

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

MAGISTRSKO DELO

PISMENOST O DUŠEVNEM ZDRAVJU, STIGMA IN
STALIŠČA DO ISKANJA STROKOVNE PSIHOLOŠKE
POMOČI MED SLOVENSKIMI MLADOSTNIKI

SAMANTA HERVOL

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Magistrsko delo

**Pismenost o duševnem zdravju, stigma in stališča do iskanja
strokovne psihološke pomoči med slovenskimi mladostniki**

(Mental health literacy, stigma and attitudes toward seeking professional
psychological help among Slovenian adolescents)

Ime in priimek: Samanta Hervol

Študijski program: Psihologija, 2. stopnja

Mentor: izr. prof. dr. Vita Poštuvan

Somentor: asist. dr. Tina Podlogar

Koper, oktober 2021

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Samanta HERVOL

Naslov magistrskega dela: Pismenost o duševnem zdravju, stigma in stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči med slovenskimi mladostniki

Kraj: Koper

Leto: 2021

Število listov: 95

Število slik: 8

Število tabel: 7

Število prilog: 6

Št. strani prilog: 6

Število referenc: 110

Mentor: izr. prof. dr. Vita Poštuvan

Somentor: asist. dr. Tina Podlogar

UDK: 616.89:159.922.8(043.2)

Ključne besede: pismenost o duševnem zdravju, stigma, iskanje strokovne psihološke pomoči, mladostniki

Izvilleček: Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da ima okoli 10–20 % mladostnikov težave v duševnem zdravju. Večina duševnih motenj se začne v obdobju mladostništva, vendar te težave velikokrat niso obravnavane, zdravljene ali pa ostanejo nediagnosticirane. Slaba pismenost o duševnem zdravju, stigma in negativna stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči lahko zmanjšujejo verjetnost, da bodo mladostniki poiskali pomoč. V pričujoči raziskavi smo preučevali PODZ, stigmo in stališča o iskanju strokovne psihološke pomoči med slovenskimi mladostniki. Zanimalo nas je, kako se te spremenljivke med seboj povezujejo in katere izmed njih so statistično pomembni napovedniki stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči. Mladostniki (N = 268), stari od 15 do 18 let, so preko spletne ankete odgovarjali na vprašalnike s področja PODZ, stigme, samostigme, pozitivne pismenosti o duševnem zdravju, psihološkem blagostanju in o stališčih do iskanja strokovne psihološke pomoči. Ugotovili smo, da je PODZ pozitivno povezana s stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči in negativno povezana z javno stigmo in samostigmo. Med mladostniki obstajajo tudi pomembne razlike med spoloma v ravneh PODZ, mladostnice so izkazovale statistično značilno višjo raven PODZ. Spol, PODZ in samostigma so se izkazali kot statistično značilni napovedniki stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči. Rezultati hierarhične regresije so pokazali, da samostigma statistično pomembno napoveduje stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči nad drugimi spremenljivkami (PODZ in spol). Na koncu razpravljamo o možnih implikacijah, ki bi lahko pripomogle k izboljšanju stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči in s tem pripomogle k opogumljanju mladih k pravočasnemu iskanju strokovne psihološke pomoči, ko se znajdejo v duševni stiski.

Key document information

Name and SURNAME: Samanta HERVOL

Title of the thesis: Mental health literacy, stigma and attitudes toward seeking professional psychological help among Slovenian adolescents

Place: Koper

Year: 2021

Number of pages: 95

Number of figures: 8

Number of tables: 7

Number of appendix: 6

Number of appendix pages: 6

Number of references: 110

Mentor: Assoc. Prof. Vita Poštuvan, PhD

Co-Mentor: Assist. Tina Podlogar, PhD

UDC: 616.89:159.922.8(043.2)

Keywords: mental health literacy, stigma, seeking professional psychological help, adolescents

Abstract: World Health Organization estimates that around 10-20 % adolescents suffer from mental health issues. Most mental disorders have onset in adolescence, but these problems are often not treated nor diagnosed. Low mental health literacy levels, stigma and negative attitudes toward psychological help seeking can lower probability of help seeking in adolescents. This study examines mental health literacy, stigma and attitudes toward seeking professional psychological help among Slovenian adolescents. Our research question was how these variables are correlated and which variables are statistically significant predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. Web survey was conducted among adolescents (N = 268), aged 15 to 18. Self-report questionnaires and scales assessing MHL, stigma, self-stigma, positive MHL, psychological wellbeing and about attitudes toward psychological help seeking were used. MHL was positively correlated to attitudes toward seeking professional psychological help and negative correlated to public stigma and self-stigma. Statistically important sex differences in MHL levels among Slovenian adolescents were found. Girls had statistically significant higher levels of MHL. Gender, MHL and self-stigma were significant predictors of attitudes toward seeking professional psychological help. Results of a hierarchical regression indicated that self-stigma variable significantly and uniquely explained attitudes toward seeking professional psychological help above and beyond other correlates (MHL and gender). Implications for improving attitudes toward psychological help seeking, which would help empowering youth for timely help-seeking behaviours when mental distress occurs are discussed.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	1
1.1	DUŠEVNO ZDRAVJE	1
1.1.1	Pozitivno duševno zdravje	2
1.1.2	Duševne motnje.....	3
1.1.3	Dvofaktorski model duševnega zdravja	3
1.2	DUŠEVNO ZDRAVJE V MLADOSTNIŠTVU	5
1.2.1	Mladostništvo	5
1.3	PISMENOST O DUŠEVNEM ZDRAVJU	9
1.3.1	Definicije pismenosti o duševnem zdravju	9
1.3.2	Konceptualizacija pismenosti o duševnem zdravju	11
1.3.3	Pismenost o duševnem zdravju in splošna populacija	11
1.3.4	Pismenost o duševnem zdravju med mladostniki	12
1.4	ISKANJE STROKOVNE POMOČI.....	15
1.4.1	Mladostniki in iskanje strokovne pomoči	16
1.4.2	Mere iskanja pomoči	18
1.5	STIGMATIZIRANOST DUŠEVNIH MOTENJ.....	19
1.5.1	Javna stigma.....	21
1.5.2	Samostigma.....	22
1.5.3	Posledice stigme.....	23
1.5.4	Stigma o duševnih motnjah med mladostniki in otroci.....	23
1.6	ODNOSI MED PODZ, STIGMO IN ISKANJEM POMOČI	25
1.6.1	Povezanost med preučevanimi spremenljivkami	25
1.6.2	Preučevane spremenljivke kot napovedniki iskanja pomoči.....	27
1.6.3	Pomembnost preučevanja odnosov med spremenljivkami	27
1.7	OPREDELITEV PROBLEMA	28
1.7.1	Namen in cilji.....	28
1.7.2	Raziskovalna vprašanja oz. hipoteze.....	28
2	METODA.....	30
2.1	VZOREC.....	30
2.2	PRIPOMOČKI.....	30
2.3	POSTOPEK.....	33
3	REZULTATI.....	35
3.1	Opisna statistika	35
3.1.1	Dosedanje izkušnje.....	36
3.1.2	Dosežki na uporabljenih vprašalnikih	37
3.2	Povezanost spremenljivk.....	41
3.3	Razlike med spoloma	42

3.4	Sociodemografski napovedniki pismenosti o duševnem zdravju	46
3.5	Hierarhična regresija	49
4	RAZPRAVA	52
4.1	Povezanost med stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči in PODZ.....	53
4.2	Razlike med spoloma v PODZ	53
4.3	Pozitivna PODZ in psihološko blagostanje	54
4.4	Povezanost javne stigme in samostigme s stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči	55
4.5	Napovedniki stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči.....	56
4.6	Implikacije	58
4.7	Pomanjkljivosti raziskave	60
5	SKLEPI.....	62
6	LITERATURA IN VIRI.....	64

KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1: Izobrazbena struktura udeležencev in njihovih staršev.....	35
Tabela 2: Prikaz opisne statistike dosežkov udeležencev na uporabljenih vprašalnikih ..	37
Tabela 3: Prikaz Spearmanovih koeficientov povezanosti med različnimi vprašalniki in lestvicami, uporabljenimi v raziskavi.....	41
Tabela 4: Prikaz faktorjev povečanja variance in tolerance za napovedne spremenljivke	47
Tabela 5: Sociodemografske spremenljivke kot napovedniki dosežka na lestvici MHLS	48
Tabela 6: Hierarhična regresija	50
Tabela 7: Prikaz faktorjev povečanja variance in tolerance za napovedne spremenljivke Modela 3.....	51

KAZALO SLIK IN GRAFIKONOV

Slika 1: Prikaz dvofaktorskega modela duševnega zdravja	4
Slika 2: Porazdelitev dosežkov vseh udeležencev na Lestvici pismenosti o duševnem zdravju.....	38
Slika 3: Porazdelitev dosežkov vseh udeležencev na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju.....	39
Slika 4: Porazdelitev glede na spol udeležencev na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju.....	42
Slika 5: Porazdelitev dosežkov glede na spol udeležencev na dimenziji Spretnosti iskanja prve pomoči in iskanja pomoči na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju	43
Slika 6: Porazdelitev dosežkov glede na spol udeležencev na dimenziji Znanje/Stereotipi na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju.....	44
Slika 7: Porazdelitev dosežkov glede na spol udeležencev na dimenziji Strategije samopomoči na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju	45
Slika 8: Porazdelitev dosežkov udeležencev glede na spol na Lestvici pismenosti o duševnem zdravju	46

KAZALO PRILOG

- PRILOGA A *Potrdilo Komisije za etiko raziskovanja (KER)*
- PRILOGA B *Rezultati numeričnega preverjanja normalnosti porazdelitve dosežkov na lestvicah*
- PRILOGA C *Histogrami frekvenčne porazdelitve dosežkov na lestvicah, uporabljenih v raziskavi*
- PRILOGA D *Prikaz kvantil-kvantil grafikonov za lestvice, uporabljene v raziskavi*
- PRILOGA E *Prikaz osnovnih diagnostičnih grafov modela, ki napoveduje dosežke na lestvici MHLS*
- PRILOGA F *Prikaz osnovnih diagnostičnih grafov Modela 3*

SEZNAM KRATIC

ATSPPH-SF	Vprašalnik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči – krajša oblika
DSM-V	Diagnostični in statistični priročnik za duševne motnje
HBSC	Health Behaviour in School-Aged Children
MHLS	Lestvica pismenosti o duševnem zdravju
MHLQ	Vprašalnik pismenosti o duševnem zdravju
MHPK-10	Mera znanja o spodbujanju duševnega zdravja
PODZ	Pismenost o duševnem zdravju
SSOSH	Lestvica samostigme za iskanje pomoči
SSRPH	Lestvica stigme za prejemanje strokovne psihološke pomoči
VIF	Faktor povečanja variance (angl. <i>variance inflation factor</i>)
WHO	Svetovna zdravstvena organizacija
ZPP	Zgodovina prejemanja psihološke pomoči

ZAHVALA

Mentorici, izr. prof. dr. Viti Poštuvan, in somentorici asist. dr. Tini Podlogar se zahvaljujem za njuno razpoložljivost in pomoč. Ob vseh temeljitih pregledih sta mi podali veliko koristnih predlogov, usmeritev in konstruktivnih kritik ter mi s tem omogočali napredovati.

Želim se zahvaliti tudi vsem učiteljem, ki so pomagali pri rekrutaciji udeležencev in pri izvedbi raziskave. Hvala vsem mladostnikom, ki so bili pripravljeni sodelovati in mi s tem omogočiti raziskovanje izbrane teme ter se dokopati do novih spoznanj.

Za vso oporo in spodbudo, ki so mi jo nudli pri nastajanju tega dela, se želim zahvaliti vsem mojim najbližjim. Posebna zahvala gre staršem, ki so mi omogočili študij ter partnerju, ki mi je ob nastajanju magistrskega dela vedno stal ob strani.

1 UVOD

1.1 DUŠEVNO ZDRAVJE

Duševno zdravje je nujen in pomemben del zdravja. Svetovna zdravstvena organizacija zdravje definira kot: »*stanje popolnega fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne samo odsotnost bolezni ali slabotnosti.*« (WHO, 2006, str. 1) in pravi, da ni zdravja brez duševnega zdravja (2018b). Natančneje, WHO duševno zdravje definira kot »... *stanje blagostanja, v katerem se posameznik zaveda njegovih sposobnosti, se lahko sooča z normalnim stresom v življenju, lahko produktivno dela in je sposoben prispevati k njegovi skupnosti.*« (WHO, 2018b). Ta definicija sodi v sodobnejše opredelitve, pri katerih se vedno bolj uveljavljajo ugotovitve, da je duševno zdravje več kot le odsotnost bolezni (WHO, 2018b) in v katerih je vse večji poudarek na ustreznem socialnem delovanju, delovni uspešnosti ter sposobnostih obvladovanja ovir in težav (Mikuš Kos, 2017). Koncept duševnega zdravja je relevanten za vse posameznike, saj imamo vsi potrebe, ki se nanašajo na duševno zdravje (Barry, 2019). Biti duševno zdrav je pomembno za naše sposobnosti razmišljanja, čustvovanja, interakcije z drugimi, finančno preživetje in uživanje v življenju (WHO, 2018b).

Definicije in koncepti duševnega zdravja se spreminjajo skozi čas, kraj, kulture in različne kontekste (Barry, 2019; Greenspoon in Saklofske, 2000; Westerhof in Keyes, 2010). Predvsem v preteklosti so se definicije osredotočale na odsotnost duševnih motenj oziroma psihopatologije (Greenspoon in Saklofske, 2000; Manwell idr. 2015; Westerhof in Keyes, 2010). Takšni tradicionalni modeli v ospredje postavljajo psihopatologijo, psihološke težave in stisko (Antaramian, 2010), že sama odsotnost psihopatologije pa je obravnavana kot kazalnik pozitivnega subjektivnega blagostanja (Greenspoon in Saklofske, 2000; Westerhof in Keyes, 2010). Temeljijo na enodimenzionalni perspektivi, kjer se subjektivno blagostanje in psihopatologija še vedno konceptualizirata na isto dimenzijo (Antaramian, 2010; Wang, Zhang in Wang, 2011). Druge definicije duševno zdravje definirajo kot stanje, ki vključuje tudi biološke, psihološke ali socialne faktorje, ki prispevajo k posameznikovemu duševnem stanju in k njegovim sposobnostim funkcioniranja v okolju. Nekatere definicije še širše opredeljujejo duševno zdravje in vključujejo tudi intelektualen, čustven in duhovni razvoj, pozitivno samo-zaznavanje, občutja samovrednosti, telesnega zdravja in znotrajosebne skladnosti (Manwell idr. 2015).

Na področju duševnega zdravja še vedno ni doseženega konsenza oz. strinjanja o splošni definiciji duševnega zdravja. Pomanjkanje skupne definicije duševnega zdravja se izkaže za pomembno pri raziskavah, v politiki in v praksi (Manwell idr. 2015). Več avtorjev se strinja, da je pojem duševno zdravje pogosto nerazumljen in interpretiran le v povezavi z duševnimi motnjami. Zato sodobni raziskovalci duševnega zdravja tega vedno bolj konceptualizirajo kot ločenega od duševnih motenj in kot nekaj, kar se jasno nanaša na

psihosocialno blagostanje (Barry, 2019; Keyes, 2005; Seligman in Csikszentmihalyi, 2000, po Moore idr., 2019). Keyes (2005) duševno zdravje opredeli kot multidimenzionalni konstrukt, saj duševno zdravje in duševne motnje uvršča na dve različni oziroma ločeni dimenziji.

1.1.1 Pozitivno duševno zdravje

Pozitivno duševno zdravje lahko konceptualiziramo na različne načine: kot pozitivna čustva ali afekt (npr. subjektiven občutek blagostanja in občutja sreče); kot osebnostno lastnost, ki zajema koncepte samospoštovanja in občutke kontrole; kot odpornost na negativne življenjske dogodke in sposobnosti soočanja z različnimi življenjskimi stresorji. Koncept pozitivnega duševnega zdravja vključuje sposobnosti, da se razvijamo psihološko, čustveno, intelektualno, fizično, socialno in duhovno (Barry, 2019). V pričujoči nalogi se bomo osredotočili predvsem na subjektivno blagostanje. V raziskavah se subjektivno blagostanje deli na dve veji. Prvi pristop blagostanje enači z dobrim počutjem, drugi pa z dobrim funkcioniranjem v življenju. Ta dva pristopa izvirata iz dveh različnih filozofskih pogledov na srečo – prvi pristop odseva hedonsko tradicijo (užitek, pozitivna občutja), drugi pa eudaimonično tradicijo (strmenje k odličnosti oziroma dobremu življenju kot posameznik). Pri prvem gre predvsem za raziskovanje čustvenega blagostanja, pri drugem pa za raziskovanje psihološkega in socialnega blagostanja (Keyes in Simoes, 2012).

V raziskavi Keyesa in Simoesa (2012) se je izkazalo, da odsotnost pozitivnega duševnega zdravja poveča verjetnost umrljivosti med moškimi in ženskami vseh starosti. Učinek odsotnosti pozitivnega duševnega zdravja na umrljivost je bil neodvisen od individualnih in pridruženih učinkov ostalih faktorjev, za katere je znano, da so vzročno povezani s smrtnostjo, kot so starost, spol, rasa, telesna neaktivnost, kajenje in telesne bolezni (npr. rak, kap idr.). Ugotovili so tudi, da so kajenje, fizična neaktivnost in kardiovaskularne bolezni (ki so bile v večji meri prisotne pri tistih s slabšim duševnim zdravjem v primerjavi s tistimi z boljšim duševnim zdravjem) delno pojasnjevali razmerje verjetnosti umrljivosti povezane z odsotnostjo dobrega duševnega zdravja. Glede na to, da je bilo razmerje le delno pojasnjeno, sklepamo, da obstajajo tudi drugi mehanizmi, preko katerih bi pozitivno duševno zdravje lahko učinkovalo na verjetnost umrljivosti, a še niso povsem znani.

Osredotočanje na pozitivno duševno zdravje se sklada tudi z osredotočenostjo na promocijo zdravja namesto le na duševne motnje. Promocija duševnega zdravja je relevantna za vse, tudi za osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju in duševne motnje. Vključuje ustvarjanje podpornih okolij, zmanjševanje stigmatizacije in diskriminacije ter podpiranje socialnega in čustvenega blagostanja uporabnikov storitev in njihovih družin. Z osredotočenostjo na pozitivno duševno zdravje se razvijajo tudi teorije in raziskave na področju pozitivne psihologije in raziskave duševnega blagostanja (Barry, 2019).

1.1.2 Duševne motnje

Obstaja veliko različnih duševnih motenj, ki se kažejo na različne načine. V splošnem jih lahko opišemo kot kombinacijo nenavadnih misli, zaznav, čustev, vedenja in odnosov z drugimi (WHO, 2019). Ameriška psihološka zveza v Diagnostičnem in statističnem priročniku za duševne motnje DSM-V duševno motnjo opredeljuje kot: *»sindrom, za katerega je značilno, da klinično pomembno vpliva/moti posameznikovo kognicijo, uravnavanje čustev ali vedenja, kar se izraža v disfunkciji (nepravilnih) psiholoških, bioloških ali razvojnih procesov, ki so osnova duševnega funkcioniranja«* (DSM-5; American Psychological Association, 2013, str. 20). Izraz duševne motnje se običajno nanaša na klinične znake, ki presegajo definiran prag resnosti in kroničnosti simptomov ter pomembno vplivajo na posameznikovo funkcioniranje in sposobnosti (Barry, 2019). Običajno so duševne motnje povezane z veliko stisko ali nezmožnostjo na socialnem, poklicnem področju ali pri kateri drugi pomembni aktivnosti (5th ed.; DSM-5; American Psychological Association, 2013). Med duševne motnje prištevamo depresijo, bipolarno motnjo, shizofrenijo in druge psihoze, demenco in razvojne motnje vključno z avtizmom (WHO, 2019). Med pogostejše duševne motnje sodijo anksioznost, depresija in mešane anksiozno-depresivne motnje (Barry, 2019).

Običajno tako psihotične motnje kot druge pogoste duševne motnje sprožijo življenjski stresorji. Ob tem pa je potrebno poudariti, da so nekateri posamezniki bolj ranljivi kot drugi, zaradi nekaterih izkušenj v zgodnjem življenju (npr. zloraba v otroštvu), trenutnih neugodnih življenjskih izkušenj ali zaradi genetskih predispozicij (Barry, 2019). Če se posameznik na pogoste stresorje ali izgube, kot je smrt bližnjega odzove na pričakovan ali družbeno sprejemljiv način, to ni duševna motnja (DSM-5; American Psychological Association, 2013).

1.1.3 Dvofaktorski model duševnega zdravja

Dvofaktorski model duševnega zdravja temelji na predpostavki, da duševno zdravje ni samo odsotnost duševne motnje ali samo visoko izraženo subjektivno blagostanje. Obstajata dva indikatorja duševnega zdravja – pozitivni indikator (subjektivno blagostanje) in negativni indikator (psihopatološki simptomi), ki predstavljata par dveh kontinuumov, dve neodvisni, a povezani strukturi (Wang idr., 2011). Ta model duševnega zdravja pravi, da gre pri duševnih motnjah in duševnem zdravju za dve dimenziji, ki sta povezani, a vseeno ločeni ena od druge. Kot prikazuje Slika 1, se na eni dimenziji nahaja prisotnost ali odsotnost duševnega zdravja ter na drugi dimenziji prisotnost ali odsotnost duševne motnje (Westerhof in Keyes, 2010).

Posameznike lahko glede na visoko duševno zdravje opredelimo kot »cvetoče« (angl. *flourishing*) ali pa tiste z nizkim duševnim zdravjem kot oslabiljene (angl. *languishing*). Popolno duševno zdravje bi lahko opisali kot odsotnost duševne motnje in prisotnost »cvetenja« (angl. *flourishing*). Po drugi strani pa se lahko tudi brez prisotnosti duševne motnje pojavi čista oslabiljenost (angl. *languishing*), kar je lahko prav tako disfunkcionalno kot epizoda neke duševne motnje (npr. prisotnost duševne motnje in hkrati celo prisotnost zmernega duševnega zdravja ali celo »cvetenja«). »Popolna« duševna motnja (prisotnost duševne motnje in hkrati odsotnost duševnega zdravja – oslabiljenost) je še bolj disfunkcionalna kot samo duševna motnja (Keyes, 2005).

Slika 1

Prikaz dvofaktorskega modela duševnega zdravja (prirejeno po Iasiello idr., 2020 in Wang idr., 2011)



Model torej poudarja, da mnogo posameznikov nima duševnih motenj, vendar to še ne pomeni, da so tudi duševno zdravi. Seveda so duševno zdravje in duševne motnje med seboj visoko povezane, vendar avtorji predlagajo, da spadata na dva različna kontinuuma – preprečevanje in zdravljenje duševnih motenj se ne bodo nujno kazale v duševno bolj zdravih posameznikih. Zato bi morala biti promocija duševnega zdravja tudi pomemben del zdravljenja (Keyes, 2002).

1.2 DUŠEVNO ZDRAVJE V MLADOSTNIŠTVU

1.2.1 Mladostništvo

S kronološkega vidika ni enotne opredelitve, kdaj se mladostništvo začne in kdaj konča, M. Zupančič (2009) to obdobje opredeljuje kot razvojno obdobje med približno 11.–12. in 22.–24. letom, Evans in Seligman (2005) podata grobo oceno, da so mladostniki posamezniki stari od 10 do 22 let, Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2018a) pa obdobje mladostništva kronološko opredeljuje kot obdobje med 10. in 19. letom. Razlogi za neenotnost kronoloških opredelitev obdobja mladostništva so različni. Prvi so na primer velike razlike med posamezniki v razvoju. Pri nekaterih mladih se hormonske in fizične spremembe, s katerimi je povezano to obdobje, pojavijo veliko prej kot pri drugih. Drugi razlog je, da je to obdobje pogojeno tudi s kulturnimi spremembami. Ena izmed takšnih sprememb je vse daljše obdobje izobraževanja, zaradi česar mladi velikokrat ne prestopijo v odraslost do njihovih poznih dvajsetih let. Tretji razlog je v tem, da je natančna določitev začetka tega obdobja težka tudi iz razloga, da se puberteta (ki običajno sovpada z začetkom zgodnjega mladostništva) v razvitih državah začne prej, kot se je včasih (Evans in Seligman, 2005). Ugotovimo lahko, da različne opredelitve za določitev obdobja mladostništva upoštevajo različne kriterije (npr. pravno-formalni vidik, psihološki, sociološki in biološki vidik). Za bolj razvojno primerno oblikovane zakone, socialno politiko in sisteme storitev je potrebna širša in bolj inkluzivna definicija mladostništva, torej od 10 do 24 let, ki bolj ustreza rasti v mladostništvu in trenutnim razumevanjem tega razvojnega obdobja (Sawyer idr., 2018). Vsekakor lahko rečemo, da je mladostništvo razvojno obdobje med koncem otroštva in začetkom odraslosti (Zupančič, 2009; Sawyer idr., 2018).

Čeprav se mladostništvo ne začne v vseh državah pri enaki starosti, je mladostnikom iz različnih družb skupno to, da se morajo, da bi se razvili v odraslega, osamosvojiti od primarne družine, oblikovati učinkovite odnose z vrstniki, se odločiti in pripraviti za delo, ki ga bodo v bližnji prihodnosti opravljali. Razvoje naloge v mladostništvu se v širšem nanašajo na prilagajanje na telesne spremembe, čustveno osamosvajanje od družine in drugih odraslih, oblikovanje socialne spolne vloge, oblikovanje novih in stabilnih odnosov z vrstniki, razvoj socialno odgovornega vedenja, priprava na poklicno delo, priprava na partnerstvo in družino ter oblikovanje vrednotne usmeritve. Večina navedenih razvojnih nalog je vključenih v razvoj identitete, kar je ena izmed ključnih vlog mladostništva (Zupančič, 2009).

Zaradi pomembnih sprememb, ki se dogajajo na telesnem, psihološkem in socialnem področju, obdobje mladostništva pojmuje tudi kot kritično obdobje v razvoju. Pomembne spremembe potekajo v razvoju možganov, endokrinologiji, čustvih, kogniciji,

vedenju in na področju medosebnih odnosov (Evans in Seligman, 2005). Mladostniki potrebujejo dobre fizične, kognitivne, čustvene, socialne in ekonomske pogoje, ki so kasneje v življenju podlaga za zdravje in blagostanje (Patton, idr. 2016). Interakcije s socialnim okoljem oblikujejo različne sposobnosti, ki jih posameznik nato prenese v odraslo življenje (Patton, idr. 2016). Razvoj dobrih socialnih in čustvenih navad je pomemben za duševno blagostanje mladostnikov (WHO, 2018a).

1.2.1.1 Mladostništvo in duševno zdravje

Z vidika duševnega zdravja je obdobje mladostništva pomembno, saj se večina duševnih motenj začne ravno v tem obdobju in ne v obdobju otroštva (Evans in Seligman, 2005). Če v obdobje mladostništva uvrstimo posameznike stare od 10 do 19 let, to pomeni, da je v svetu te starosti eden od šestih ljudi (WHO, 2018a). V tej starostni skupini je eden od najpogostejših vzrokov bolezni in invalidnosti depresija, tretji najpogostejši vzrok za smrt je samomor (WHO, 2018a). Svetovna zdravstvena organizacija (2018a) ocenjuje, da ima okoli 10–20 % mladostnikov težave v duševnem zdravju, ki velikokrat niso obravnavane in ostanejo nediagnosticirane, zdravljenje pa se lahko začne šele več let kasneje (Kessler idr., 2007). Znake slabega duševnega zdravja lahko spregledamo iz več razlogov, kot so pomanjkanje znanja ali zavedanja o duševnem zdravju med zdravstvenimi delavci ali zaradi stigme, ki jim preprečuje, da bi poiskali pomoč (WHO, 2018a). Ko se v mladostništvu pojavi duševna motnja, se ta lahko prenese v odraslost, kar lahko vodi v pomembne težave v duševnem zdravju v odraslih letih (Evans in Seligman, 2005).

V sistematičnem pregledu literature in meta-analizi raziskav o prevalenosti duševnih motenj v 27 državah je Polanczyk s sodelavci (2015) ocenil, da ima 13.4 % otrok in mladostnikov duševne motnje. Po njihovih ocenah je na svetu 241 milijonov mladih, ki trpijo zaradi duševnih motenj (Polanczyk idr., 2015). Najpogostejša skupina duševnih motenj so anksiozne motnje, ki prizadenejo okoli 117 milijonov mladih; vedenjske motnje (*angl. disruptive behavior disorder*), ki prizadenejo 113 milijonov, motnje pozornosti in hiperaktivnosti – ADHD, ki prizadenejo okoli 63 milijonov mladih, in depresivne motnje, ki prizadenejo okoli 47 milijonov mladih. Med raziskavami je bila prisotna velika metodološka variabilnost. Ocene prevalenc, ki so bile vključene v raziskavo, so bile zelo heterogene. Pri tem je pomembno poudariti, da so v raziskavi preferenčno izbirali ocene, ki so bile povezane z okvaro funkcioniranja, kar pomeni, da so to v tej oceni zajeti tisti mladi, ki z veliko verjetnostjo potrebujejo zdravljenje. Razširjenost duševnih motenj brez okvar v funkcioniranju, bi bila za 10.7 % in 17.4 % višja (Polanczyk idr., 2015). V veliki evropski študiji so ocenili, da je razširjenost anksioznih motenj pri mladostnikih 5.8 %, če upoštevamo še podpražno (*angl. subthreshold*) anksioznost, torej takšno, ki popolnoma ne zadosti diagnostičnim kriterijem, pa bi teh mladostnikov bilo 32 %. Ocene razširjenosti depresije so bile 10.5 %, za podpražno depresijo pa 29.2 % (Balázs idr., 2013, po Polanczyk idr., 2015). Smiselno je torej pričakovati, da je pri teh ocenah tudi določeno

število otrok in mladostnikov, ki imajo prisotne simptome, ki ne zadostujejo diagnostičnim kriterijem, a bi vseeno potrebovali spremljanje ali celo zdravljenje (Polanczyk idr., 2015). Glede razširjenosti določenih duševnih motenj obstajajo pri mladostnikih tudi razlike med spoloma, kar pripisujemo predvsem interakciji med biološkimi faktorji, socialno ranljivostjo in spolnimi vlogami. Pri mladostnicah obstaja višja prevalenca depresivnih motenj in motenj hranjenja, prisotnih je tudi več poskusov samomora kot pri mladostnikih. Po drugi strani imajo mladostniki pogosteje težave z jezo, se pogosteje tvegano vedejo in storijo več samomorov kot mladostnice (WHO, 2002).

Po podatkih mednarodne raziskave HBSC, ki so jo v Sloveniji izvedli v letu 2014, je kar 22,8 % mladostnikov poročalo o občutkih depresivnosti v zadnjem letu. Ugotovili so, da občutki depresivnosti s starostjo pomembno naraščajo. Poleg tega je 15,5 % 15-letnikov poročalo, da so v zadnjem letu imeli samomorilne misli. Opazili so tudi razlike med spoloma, in sicer so mladostnice pogosteje poročale o občutkih depresivnosti in samomorilnih mislih kot mladostniki (Jeriček Klanšček in Britovšek, 2015).

Vedno več je zavedanja o veliki razširjenosti težav v duševnem zdravju pri mladih, o nizkih ravneh zdravljenja teh težav ter o visokih stroških, ki jih nezdravljene duševne motnje prinesejo tako mladim kot družbi (Bagnell in Santor, 2012). Današnje obdobje je hkrati obdobje, ki ponuja pogoje za najbolj zdravo generacijo mladostnikov – zaradi boljšega zdravja v otroštvu in prehrane, podaljšanja obdobja izobraževanja, kasnejšega ustvarjanja družine in novih tehnologij. Hkrati pa je to tudi starost, ko se lahko običajno pojavijo različni zdravstveni problemi povezani s spolno aktivnostjo, čustveno kontrolo in vedenjem. Poleg tega se pojavljajo tudi globalni trendi, ki spodbujajo nezdrav življenjski slog, kriza zaradi nezaposlenosti mladih, manjše družinske stabilnosti, okoljska degradacija, oboroženi konflikti, masovne migracije, kar predstavlja grožnjo za zdravje in blagostanje mladostnikov (Patton, idr. 2016).

1.2.1.2 Pozitivno duševno zdravje otrok in mladostnikov

Ko govorimo o duševnem zdravju mladostnikov, ponovno nimamo v mislih le duševnih motenj, ampak tudi pozitiven vidik duševnega zdravja. Kot že večkrat omenimo, na duševno zdravje vedno bolj gledamo kot na celovito stanje, sestavljeno tako iz odsotnosti psihopatologije kot tudi iz prisotnosti pozitivnih faktorjev, kot je na primer subjektivno blagostanje (Suldo idr., 2016). Večina mladostnikov je duševno zdravih, a odsotnost duševnih težav in motenj še ne pomeni, da dosejajo visoko stopnjo pozitivnega duševnega zdravja (Jeriček Klanšček idr., 2018b). Na pozitivno duševno zdravje otrok in mladostnikov se je smiselno osredotočati, saj je vedno več dokazov o tem, da pozitivno duševno zdravje ali blagostanje ščiti pred pojavom psihopatologije. Skozi čas pozitivno duševno zdravje deluje kot vir odpornosti in varuje tako pred fizičnimi kot tudi psihičnimi motnjami in boleznimi. Zaradi tega je pozitivno duševno zdravje relevantno tudi v klinični

praksi (Trompetter idr., 2017). Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2005, str. 2) duševno zdrave otroke in mladostnike opisuje tako: »*Otroci in mladostniki z dobrim duševnim zdravjem so sposobni dosegati in vzdrževati optimalno psihološko in socialno funkcioniranje ter blagostanje. Imajo občutek identitete in lastne vrednosti, dobre odnose z družino in vrstniki, so sposobni biti produktivni in se učiti, so se zmožni soočiti z razvojnimi izzivi ter uporabiti vire svoje kulture za svojo psihosocialno rast. Poleg tega je dobro duševno zdravje otrok in mladostnikov ključno za njihovo aktivno socialno in ekonomsko participacijo.*«

Spremenljivke, ki so pomembno povezane s pozitivnim duševnim zdravjem mladostnikov, so spol, zaznano ekonomsko stanje družine, sorojenci, zadovoljstvo s svojim izgledom, telesna aktivnost, kvaliteta spanja, stres, socialno zaupanje, želja po učenju, podpora s strani učiteljev in staršev ter tudi to, ali jih kdo v šoli ustrahuje. Z višjim pozitivnim duševnim zdravjem je povezan ženski spol; boljše zaznano ekonomsko stanje družine; to da imajo mladostniki enega ali več sorojencev; da so zadovoljni s svojim izgledom; so bolj telesno aktivni; imajo dobro kvaliteta spanja; da redko (ali nikoli) ne občutijo stresa; da imajo visoko socialno zaupanje; imajo močno željo po učenju; visoko podporo staršev in učiteljev ter da v šoli niso bili nikoli ustrahovani. Razširjenost pozitivnega duševnega zdravja med kitajskimi mladostniki je bila 57.4 %, toliko udeležencev bi namreč lahko označili kot posameznike z dobrim duševnim zdravjem (angl. *flourishing*) (Guo idr., 2018).

Prisotnost ali odsotnost duševne motnje še ne pomeni nujno tudi prisotnosti ali odsotnosti dobrega duševnega počutja oziroma pozitivnega duševnega zdravja (Jeriček Klanšček idr. 2018a). Več raziskav je raziskovalo dvofaktorski model duševnega zdravja na mladostnikih (Antaramian idr., 2010; Moore idr., 2019; Suldo idr., 2016). S. P. Antaramian je skupaj s sodelavci (2010) z raziskavo podprla dvofaktorski model duševnega zdravja pri mladostnikih. V raziskavi so uspeli ločiti štiri različne skupine glede na različne ravni subjektivnega blagostanja in psihopatologije. Večina mladostnikov je spadala v kategorijo pozitivnega duševnega zdravja (to pomeni, da so imeli povprečno ali visoko subjektivno blagostanje in nizko raven ponotranjenih in pozunanjenih simptomov). Približno 8 % udeležencev raziskave pa je bilo takšnih, ki so spadali v tipično zanemarjeno skupino mladostnikov, ki bi jih lahko obravnavali kot ranljive. To so bili posamezniki, ki so imeli nizko raven psihopatoloških simptomov in so zato lahko glede na tradicionalne modele obravnavani kot duševno zdravi, hkrati pa so imeli nizko raven subjektivnega blagostanja, kar lahko nakazuje na nižje zaznavanje kvalitete življenja. Zanimivo je bilo tudi 17 % takšnih, ki so bili razvrščeni kot simptomatski, a zadovoljni. Pri njih je bila prisotna psihopatologija, a so še vedno poročali o relativno visokem zadovoljstvu z življenjem in pozitivnem afektu. Obstoj štirih različnih skupin nakazuje na to, da blagostanje ni samo nasprotje psihopatologiji. Prav tako se je pokazalo, kot že v prejšnjih raziskavah, da sta

blagostanje in psihološki distress povezani, a različni domeni duševnega zdravja. Ugotovili so tudi, da so imeli mladostniki s pozitivnim duševnim zdravjem konsistentno najvišje rezultate na vedenjskih, kognitivnih in čustvenih domenah, kar podpira pomembnost tako visokega subjektivnega blagostanja kot tudi nizkih ravni psihopatologije za optimalno vključenost učencev v šolo.

V raziskavi so Moore in sodelavci (2019) longitudinalno raziskovali stabilnost dvofaktorskega modela duševnega zdravja pri mladostnikih. Ugotovili so, da ima trenutni status duševnega zdravja glede na dvofaktorski model duševnega zdravja, trajen učinek. Rezultati so na primer pokazali, da trenutno duševno zdravje lahko predvidi duševno zdravje za dve leti naprej. Kot najbolj stabilno stanje v obdobju štirih let se je izkazalo stanje popolnega duševnega zdravja. Najslabšo štiriletno stabilnost pa je imela skupina, ki so jo glede duševnega zdravja opredelili kot »težavne«. Kot bolj stabilne skupine skozi čas so se izkazale tiste, za katere je značilno povprečno do nadpovprečno blagostanje, v primerjavi s tistimi skupinami, za katere je značilno nizko povprečno blagostanje.

Visoko subjektivno blagostanje je pomembno za optimalno funkcioniranje mladostnikov. Raziskava na 14–18 letnikih je pokazala, da so učenci s popolnim duševnim zdravjem (visoko subjektivno blagostanje in nizka psihopatologija) poročali o boljših izidih glede akademskih stališč, dožemanja njihovega splošnega fizičnega zdravja, socialne podpore in zadovoljstva z ljubezenskim razmerjem ter razvojem identitete kot tisti, ki so glede duševnega zdravja sodili v ranljivo skupino (nizko subjektivno blagostanje kljub nizki psihopatologiji). Poleg tega so tudi med tistimi z visoko izraženo psihopatologijo, tisti, ki so ob tem imeli visoke vrednosti subjektivnega blagostanja, poročali o bolj pozitivnem akademskih samoznavanju, boljšem dožemanju fizičnega zdravja, socialni podpori in zadovoljstvu z ljubezenskim razmerjem in razvojem identitete v primerjavi z njihovimi vrstniki, ki so imeli nizko raven subjektivnega blagostanja (Suldo idr., 2016).

1.3 PISMENOST O DUŠEVNEM ZDRAVJU

1.3.1 Definicije pismenosti o duševnem zdravju

V javnosti je, v primerjavi z nekaterimi fizičnimi boleznimi, prisotnega veliko več neznanja glede tega, kaj lahko vsak posameznik stori za preprečevanje duševnih motenj. Ljudje pogosto zavlačujejo ali se izogibajo iskanju zdravljenja in so glede priporočenega zdravljenja sumljivi, poleg tega se pojavlja tudi nesigurnost glede tega, kako pomagati nekemu, ki ima duševno motnjo (Jorm, 2012). Vse to je privedlo do vedno pogostejšega raziskovanja pismenosti o duševnem zdravju (PODZ) kot faktorja, ki lahko vpliva na vedenja povezana z duševnim zdravjem (Spiker in Hammer, 2019).

Pismenost o duševnem zdravju (PODZ) je razvijajoč se konstrukt, ki izhaja s področja pismenosti o zdravju (Kutcher idr., 2016). Prvič je bil koncept PODZ predstavljen leta 1997 in sicer so ga takrat definirali kot *»znanje in prepričanja o duševnih motnjah, ki pomagajo pri njihovem prepoznavanju, upravljanju in preprečevanju.«* (Jorm idr., 1997, str. 182). Kasneje je Jorm (2012) svojo prvotno definicijo še razširil. Pravi, da je PODZ večkomponentni konstrukt, ki po novejši definiciji zajema naslednje komponente: *»(1) znanje o tem, kako preprečiti duševne motnje; (2) prepoznavanje, kdaj se motnja razvija; (3) znanje o možnostih samopomoči in o zdravljenjih, ki so na voljo; (4) znanje o učinkovitih strategijah samopomoči za blažje probleme; (5) spretnosti prve pomoči za podporo drugim, ki razvijajo duševno motnjo ali so v krizi duševnega zdravja«* (Jorm, 2012, str. 231).

Nekateri drugi avtorji so dodali še dodatne razširitve koncepta PODZ. Kutcher s sodelavci (2016) je definicijo na primer razširil tako, da v koncept PODZ zajame tudi vzdrževanje pozitivnega duševnega zdravja in stigmo povezano z duševnimi motnjami. PODZ opredeli kot: *»razumevanje, kako pridobiti in vzdrževati pozitivno duševno zdravje; razumevanje duševnih motenj in njihovega zdravljenja; zmanjševanje stigme povezane z duševnimi motnjami in spodbujanje učinkovitosti v iskanju pomoči (znanje o tem, kdaj in kje iskati pomoč in razvijanje kompetenc, ki izboljšajo skrb posameznika za duševno zdravje in sposobnosti samoupravljanja).«* (Kutcher idr., 2016, str. 155). Novejše definicije torej vključujejo tudi stigmo kot del PODZ. Pred tem je bil konstrukt stigme obravnavan ločeno od POZD. Nedavne teorije o stigmati obravnavajo pomanjkanje znanja kot gonilno silo predsodkov (oz. negativnih stališč), ki vplivajo na vedenje posameznikov (diskriminacijo) (Kutcher idr., 2016).

Na podlagi zgoraj podanih definicij lahko ugotovimo, da različni raziskovalci različno definirajo PODZ in želijo z vključevanjem dodatnih komponent še razširiti konstrukt. Med raziskovalci še ni prišlo do soglasja, kateri so tisti konstrukti, ki bi morali biti del pismenosti o duševnem zdravju (Spiker in Hammer, 2019).

Ne glede na definicijo, ki jo privzamemo, je pomembna značilnost definiranja tega koncepta, da PODZ ni enostavno le znanje o duševnih motnjah ali duševnem zdravju, ampak je, bolje rečeno, tudi znanje, ki ga posameznik lahko uporabi, da je zmožen ukrepati tako, da to koristi njegovemu duševnemu zdravju ali duševnemu zdravju drugih. V tem smislu znanje o genetiki shizofrenije ne bi bilo del PODZ, saj to znanje ne podkrepi nobenih potencialno koristnih ukrepov posameznika (Jorm, 2019). Nekatere komponente PODZ so relevantne za celotno skupnost, medtem ko so druge bolj pomembne za osebe, ki imajo duševno motnjo (npr. znanje o tem, kako upravljati z boleznijo, kaj morajo skrbniki vedeti, da družinskim članom nudijo podporo) (Jorm, 2012). Če povzamemo, POZD ne

pomeni imeti le znanja o področju duševnega zdravja, ampak tudi znanja, ki so povezana s koristnimi vedenji za duševno zdravje posameznika in drugih.

1.3.2 Konceptualizacija pismenosti o duševnem zdravju

Večina definicij pojmuje PODZ kot multidimenzionalni konstrukt. To lahko predstavlja težavo, saj novejšje definicije, ki vključujejo stigmo, stališča, pozitivno duševno zdravje, učinkovitost pri iskanju pomoči v PODZ, s tem lahko le preoblikujejo že prej dobro uveljavljene konstrukte v širši konstrukt z novim imenom, kar bi lahko ustvarilo zmedo med raziskovalci (Spiker in Hammer, 2019). Zato Spiker in Hammer (2019) predlagata, da bi pojmovanje PODZ prekonceptualizirali tako, da bi jo namesto kot multidimenzionalni konstrukt, obravnavali kot multikonstruktno teorijo. S tem bi lahko obdržali konstrukte znanja o duševnem zdravju, stigme, stališč, pozitivnega duševnega zdravja in učinkovitega iskanja pomoči, ki so že uveljavljeni, kot del teorije in bi pri tem konstrukti ostali ločeni, ozki in jedrnat. Takšne ozke opredelitve bi nam omogočile natančnejše merjenje (Spiker in Hammer, 2019). To bi lahko pripomoglo tudi k bolj jasni določitvi domen PODZ in hkrati k priznavanju kompleksnosti teh domen (Mansfield idr., 2020).

Takšna opredelitev bi prispevala tudi k bolj jasnemu razumevanju odnosov med stališči, stigmo, učinkovitim iskanjem pomoči, pozitivnim duševnim zdravjem in znanjem o duševnem zdravju. Neodvisna opredelitev konstruktov znotraj teorije PODZ hkrati tudi prizna že dobro razvito literaturo na teh področjih, saj te konstrukte preučujejo že dolgo časa. Med navedenimi spremenljivkami so znane korelacije, ne pa tudi, kako te spremenljivke medsebojno vplivajo druga na drugo. Pomembno bi bilo raziskovati, kako interakcije med konstrukti vplivajo na izide prepoznavanja, uravnavanja in preprečevanja duševnih motenj (Spiker in Hammer, 2019). Poleg tega bi razvoj in validacija mer za specifična področja PODZ pripomogla k temu, da bi bolje razumeli način, na katerega se te domene povezujejo (Mansfield idr., 2020).

1.3.3 Pismenost o duševnem zdravju in splošna populacija

Študije konsistentno kažejo, da ima splošna javnost relativno šibko znanje na področju prepoznavanja simptomov duševnih motenj ter na področju razumevanja duševnega zdravja (Furnham in Swami, 2018; Tay idr., 2018). Prednost dajejo samopomoči pred tradicionalnim medicinskim zdravljenjem, pred biološkimi razlagami etiologije duševnih motenj pa preferirajo psihosocialne razlage etiologije duševnih motenj. Slabše razumevanje duševnega zdravja v splošni javnosti posameznike hkrati ovira pri iskanju pomoči in zdravljenja (Furnham in Swami, 2018).

V ravneh PODZ med posamezniki obstajajo pomembne starostne, izobrazbene, medkulturne razlike, razlike med spoloma ter razlike med urbanim in ruralnim okoljem, kar lahko vpliva na iskanje pomoči v različnih kontekstih. Specifično so glede sociodemografskih podatkov ugotovili, da se v urbanih populacijah kaže boljše prepoznavanje depresije in shizofrenije v primerjavi z ruralno populacijo, hkrati bodo posamezniki v prvi skupini tudi nekemu z večjo verjetnostjo priporočili strokovnjaka za psihološko pomoč. Tudi drugi sociodemografski podatki vplivajo na slabšo pismenost o duševnem zdravju. Tako so ugotovili, da so višja starost, nižja izobrazba, religioznost in manj posrednih izkušenj z duševnimi motnjami povezane s slabšo PODZ. Prisotne so tudi razlike med spoloma, ženske imajo v splošnem višjo PODZ kot moški. Tako naj bi moški manj pogosto poznali vzroke duševnih motenj in pravilno prepoznali simptome duševnih motenj ter bolj pogosto priporočali samozdravljenje. Ženske bolj pogosto vzroke duševnih motenj pripisujejo psihološkim razlagam in so bolj odprte za psihološke intervencije (Furnham in Swami, 2018).

Razumevanje PODZ je pomembno, saj lahko nizke ravni PODZ privedejo do slabega prepoznavanja duševnih motenj, zamikov v zdravljenju, nezadostnega poročanja ali pa do nediagnosticiranih stanj v duševnem zdravju. Vse to lahko pripomore k sprožanju nezdravljenih motenj, nezaposlenosti, obolevnosti, umrljivosti, povečanega stresa, s katerim se soočajo skrbniki nekoga z duševno motnjo ter do izgube življenj zaradi samomorov in umorov (Tay idr., 2018).

1.3.4 Pismenost o duševnem zdravju med mladostniki

Koncept PODZ je bil sprva oblikovan nanašajoč se na odrasle, vendar so kmalu začeli preučevati tudi PODZ v obdobju mladostništva, ki je v življenju posameznika pomembno obdobje za prvi pojav duševnih motenj (Jorm, 2019). Število raziskav o PODZ na vzorcu mladostnikov se je v zadnjih letih močno povečalo (Mansfield idr., 2020). Kljub pogostosti težav v duševnem zdravju in duševnih motenj med mladostniki ti velikokrat ne poiščejo profesionalne pomoči (Gulliver idr., 2010; Rickwood idr., 2007). V okviru tega je PODZ med mladostniki pomembna, saj bi z zviševanjem PODZ lahko povečali tudi verjetnost oziroma spodbudili mladostnike, da bi dostopali do primerne pomoči na področju duševnega zdravja, ko bi jo potrebovali (Burns in Rapee, 2006; Cairns in Rossetto, 2019; Mansfield idr., 2020).

Raziskave kažejo, da je PODZ med mladostniki relativno nizka (Melas idr., 2013; Singh idr., 2019; Lam, 2014) in da imajo v primerjavi z odraslimi, mladostniki slabšo PODZ (Jorm idr., 2007, Reavley in Jorm, 2011, Yap idr., 2013, po Cairns in Rossetto, 2019). To velja za različna področja prepoznavanja duševnih motenj. Mladostniki v večini ne prepoznajo depresije (Singh idr., 2019) in shizofrenije (Ogorchukwu idr., 2016). Če med seboj primerjamo prepoznavanje različnih duševnih motenj, se izkaže, da mladostniki

nekatero motnje prepoznavajo pogosteje kot druge. Večkrat se je že izkazalo, da mladostniki v večjem številu prepoznavajo depresijo kot ostale duševne motnje oziroma težave v duševnem zdravju, npr. socialno anksioznost, socialno fobijo, psihozo in shizofrenijo (Coles idr., 2015; Attygalle idr., 2017; Melas idr., 2013; Ogorchukwu idr., 2016). Pri tem obstajajo tudi razlike v sami raziskanosti pismenosti o posameznih duševnih motnjah, saj so nekatere motnje, kot so na primer depresija in shizofrenija v okviru PODZ v ne-zahodnih državah pogosteje del raziskav kot npr. anksioznost ali pismenost o motnjah osebnosti (Furnham in Hamid, 2014).

Če mladostnike primerjamo med seboj glede na različne sociodemografske značilnosti, ugotovitve raziskav kažejo, da imajo mladostnice višjo stopnjo pismenosti o duševnem zdravju v primerjavi z mladostniki. Bolj specifično so mladostnice uspešnejše pri prepoznavanju depresije (Burns in Rapee, 2006; Melas idr., 2013; Singh idr., 2019) in pri identifikaciji posameznih simptomov depresije. Pri mladostnicah so v večji meri prisotna pričakovanja, da je za okrevanje pri depresiji potrebnega več časa kot pri običajnih najstniških težavah. Poleg tega izkazujejo večjo skrb za depresivnega vrstnika oziroma pripravljenost pomagati posamezniku z depresijo v primerjavi z mladostniki (Burns in Rapee, 2006; Melas idr., 2013). V sistematičnem pregledu literature na temo pismenosti o depresiji so ugotovili, da je v splošnem prepoznavanje depresije med mladostniki dokaj nizko, še posebej med tistimi, ki živijo v državah v razvoju, v primerjavi z mladostniki, ki živijo v razvitih državah (Singh idr., 2019).

Obstaja tudi povezanost med PODZ in duševnim zdravjem, predvsem s simptomi depresije pri mladih. Rezultati multiple logistične regresije so namreč pokazali, da so mladostniki, ki so v tednu pred raziskavo imeli zmerno do resno izražene depresivne simptome, imeli večjo verjetnost, da imajo neustrezno raven PODZ (Lam, 2014). Ljudje, ki bolje prepoznavajo depresijo, imajo tudi višjo verjetnost, da bodo poiskali pomoč, če se bodo sami soočili s to duševno motnjo (Burns in Rapee, 2006). PODZ ni v pomoč le pri prepoznavanju duševnih motenj, ampak tudi podpira mlade, da dosegajo pozitivno duševno zdravje in blagostanje ter spodbuja dostop do primerne pomoči, ko se pojavijo težave v duševnem zdravju (Cairns in Rossetto, 2019). Za boljše izide tistih, ki imajo duševne motnje, je pomembna tako dobra PODZ med mladimi, kot tudi dobra PODZ pri tistih ključnih osebah, ki lahko mladim pomagajo. Na ta način bi spodbudili zgodnje iskanje pomoči tako s strani mladih oseb samih, kot tudi s strani odraslih, ki bi znali identificirati zgodnje znake duševnih motenj in bi tako mladim pomagali poiskati pomoč (Kelly idr., 2008).

1.3.4.1 Intervencije na področju PODZ med mladostniki

Intervencije na področju POZD bi v idealnih pogojih morale naslavljati, ocenjevati in poskušati izboljšati vse komponente POZD: znanje o duševnem zdravju, stališča ali stigma

in učinkovitost pri iskanju pomoči (Kutcher idr., 2016). Ko otroke ozaveščamo o duševnih motnjah in duševnem zdravju, je potrebno upoštevati razvojno obdobje, v katerem trenutno so. Tako pri mladostnikih lahko posvetimo posebno pozornost vplivu vrstnikov, medtem ko se pri otrocih pred puberteto prioriteto osredotočimo na družinsko okolje. Pri tem je potrebno upoštevati tudi kognitivni razvoj. Pri načrtih za preprečevanje in zdravljenje duševnih motenj pri mladostnikih lahko predvidimo, da imajo sposobnost razumevanja razmerij med koristmi in tveganji ter razumevanja vzrokov in posledic. Pri mlajših otrocih ne moremo postaviti takšnih predpostavk (WHO, 2005).

V različnih raziskavah, ki so se nanašale na izboljševanje PODZ, so ugotovili, da so takšne intervencije učinkovite (Campos idr., 2018; Lindow idr., 2020). L. Campos s sodelavci (2018) je ugotovila, da lahko na učinkovitost oziroma rezultate uspešnosti promocije PODZ vplivajo tudi sociodemografske spremenljivke. Udeleženci v eksperimentalni skupini, ki so bili vključeni v program promocije PODZ, so v povprečju dosegali statistično značilno višje vrednosti na splošnih rezultatih lestvice in tudi na vseh dimenzijah MHLQ v primerjavi s kontrolno skupino. Na podlagi tega so ocenili, da je bila intervencija učinkovita. Na učinkovitost intervencije so, kot je že omenjeno, vplivale različne sociodemografske spremenljivke, kot so spol, leto šolanja, predhodni stiki z osebami s težavami v duševnem zdravju in tip šole (javne šole ali zasebne šole). Udeleženci, ki so obiskovali zasebne šole, so imeli na dimenzijah spretnosti prve pomoči in iskanja pomoči v povprečju nižje koristi od intervencije, v primerjavi z udeleženci, ki so obiskovali javne šole. Razlike so se pojavile tudi glede na leto šolanja (učenci so bili stari od 12 do 14 let). Starejši učenci, ki so šolo obiskovali deveto leto, so v povprečju imeli več koristi od intervencije, kot tisti, ki so šolo obiskovali sedmo leto. Na uspešnost intervencije je vplivalo tudi to, ali so udeleženci poznali nekoga, ki ima težave v duševnem zdravju. Tisti, ki so poročali o tem, da poznajo nekoga, ki ima težave v duševnem zdravju, so v povprečju predvsem na celotnem rezultatu lestvice in na dimenziji znanje/stereotipi dosegali pomembno višje koristi kot tisti, ki niso poznali nikogar s težavami v duševnem zdravju. Tudi J. Lidow s sodelavci (2020) je ugotovila, da so udeleženci po intervenciji za mladostnike, kjer so promovirali duševno zdravje in izvajali primarno intervencijo na področju samomorilnosti, po intervenciji dosegli pomembno izboljšanje PODZ, zmanjšala se je stigma, povezana z duševnim zdravjem, izboljšali so se določeni vidiki iskanja pomoči, namen iskanja pomoči pa je ostal nespremenjen.

1.3.4.2 Kritika raziskav na področju PODZ mladostnikov

V sistematičnem pregledu konceptualizacije in merjenja PODZ v raziskavah na mladostnikih so ugotovili, da pogosto prihaja do konceptualne zmede, metodoloških nekonsistentnosti in do pomanjkanja mer, ki so razvite in psihometrično testirane na mladostnikih (Mansfield idr., 2020). V raziskavah se pogosto uporabljajo vinjete, vendar na tem področju ni splošno prepoznanega ali sprejetega določenega seta vinjet. To pomeni,

da je na tem področju lahko veliko zmede in pomanjkanje replikacijskih študij (Furnham in Hamid, 2014). Podobno je tudi pri uporabi različnih lestvic, s katerimi želijo raziskovalci izmeriti PODZ. Razvitih je bilo več lestvic, ki želijo zajeti širok koncept PODZ, vendar te še vedno večinoma zajemajo duševne motnje, stigo in vedenja iskanja pomoči, ni pa bilo raziskav, ki bi se v okviru PODZ nanašale na znanje o dobrem oziroma pozitivnem duševnem zdravju (Bjørnsen idr., 2017; Wei idr., 2015). Zato je Bjørnsen s sodelavci (2017) razvila inštrument, ki meri mladostnikovo razumevanje, kako pridobiti in vzdrževati dobro duševno zdravje.

Pogostost ocenjevanja različnih domen je odvisna od uporabe definicije in zasnove študije. Avtorji menijo, da je za populacijo mladostnikov potrebno razviti zanesljive in veljavne mere PODZ, ki so tudi praktične za uporabo (Mansfield idr., 2020). Na primeru vinjet, ki se v različnih raziskavah med seboj zelo razlikujejo, se namreč izkaže, da bi bilo potrebno razviti dobro konstruirane vinjete, ki bi jih lahko raziskovalci skupno uporabljali v študijah (Furnham in Hamid, 2014). Poleg tega bi lahko k boljšemu razumevanju mehanizmov za spreminjanje in izboljšanje duševnega zdravja mladostnikov prispevala obravnava PODZ kot multikonstruktne teorije (Mansfield idr., 2020).

1.4 ISKANJE STROKOVNE POMOČI

Strokovnjaki za pomoč v duševnem zdravju se pogosto srečujejo z dejstvom, da ima veliko ljudi odpor do iskanja strokovne pomoči in se, tudi takrat, ko bi jo nujno potrebovali, ne poslužujejo uporabe strokovne pomoči, ki je na voljo (Bonabi idr., 2016; Vogel idr., 2006b). To se kaže v slabših kliničnih in socialnih izidih za te posameznike. Razlogi za nizko uporabo takšnih služb še vedno niso povsem jasni (Bonabi idr., 2016). Iskanje pomoči se običajno ne začne, dokler težava v duševnem zdravju ali potreba ni prepoznana (Cauce idr., 2002).

Eden izmed modelov, ki razlaga, kako se ljudje odločajo za iskanje strokovne pomoči, je informacijsko-procesni model odločanja za iskanje pomoči. Ta model razlaga, da odločitev ljudi, da bodo poiskali pomoč pri strokovnjaku za duševno zdravje, poteka po korakih. Po teh korakih mora posameznik najprej: (1) prepoznati in interpretirati zunanje in notranje dražljaje (na primer to, da prepozna simptome in osmisli dražljaje, ki jih zaznava); (2) tvoriti in oceniti različne vedenjske možnosti (posameznik se odloči za določeno vedenje na podlagi interpretacije signalov oz. dražljajev in glede na njegove trenutne cilje – na primer: če simptoma ne oceni kot dovolj resnega, je možno, da se nanj ne bo odzival); (3) se odločiti in izvesti izbrani odziv (glede na možnosti, ki jih je ustvaril v prejšnjem koraku, pretehta koristi in ceno vsake možnosti ter se odloči in implementira izbrani odziv) in nazadnje (4) se odzvati na osebne ocene in ocene vrstnikov glede izbranega vedenja (te ocene nato ponovno vodijo do novih odločitev, kaj storiti za naprej). Model ni progresiven (torej vsi posamezniki morda procesa ne bodo doživljali v enakem zaporedju) niti

inkluziven (vsi posamezniki ne bodo doživeli teh korakov), je pa model razvojni, večina posameznikov bo pogosto začela v neki točki in se bo premaknila v naslednjo (Vogel idr., 2006b).

1.4.1 Mladostniki in iskanje strokovne pomoči

Tudi mladostniki pogosto doživljajo duševne motnje, vendar se ne nagibajo k temu, da bi poiskali pomoč (Gulliver idr., 2010). V raziskavi, ki jo je izvedel Melas s sodelavci (2013), je le manjšina mladostnikov kot pomoč pri obvladovanju simptomov depresije in shizofrenije predlagala strokovno pomoč. Da bi spodbudili iskanje pomoči pri mladostnikih, bi se morali osredotočiti na izboljševanje PODZ, zmanjševanje stigme in pri tem upoštevati tudi željo mladih, da so samostojni (Gulliver idr., 2010). Strokovnjaki za duševno zdravje lahko intervenirajo na področju skupnosti, družine ali na družbeni ravni, da pomagajo posameznikom sprejeti najboljše individualne odločitve o sebi, ko se simptomi pojavijo (Vogel idr., 2006b). Do mladih lahko dostopamo na različne načine, npr. preko (Rickwood idr., 2007):

- (1) Staršev in vrstnikov, ki so pogosto prvi, s katerimi se posvetujejo, in imajo pomembno vlogo na poti do strokovne pomoči. V zgodnjem mladostništvu so še posebej pomembni starši, z nadaljnjim razvojem pa v procesu iskanja pomoči vedno pomembnejši postajajo tudi vrstniki.
- (2) Šole, znotraj katerih imajo učitelji, šolski svetovalni delavci in drugi pomembno vlogo pri prepoznavanju težav v duševnem zdravju in napotitvijo mladih do primernih služb pomoči. Da bi lahko naslovili težave z duševnim zdravjem pri mladostnikih v šolah, morajo biti šole povezane z lokalnimi zdravstvenimi ustanovami in s strokovnimi službami, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem in podpirajo skupnost.
- (3) Splošnega zdravnika, ki običajno predstavlja začetni kontakt s strokovnimi službami. Prisotnost zdravstvenih težav običajno poveča iskanje pomoči in hkrati to ponuja tudi priložnost za raziskovanje težav z duševnim zdravjem.
- (4) Specialističnih služb, vendar velja, da pogosto preteče veliko časa od prepoznave prvih simptomov do prvega srečanja s strokovno službo in še dlje do začetka zdravljenja.
- (5) Drugih ustanov za mlade, kot so na primer mladinski centri. Ti so še posebej pomembni za tiste, ki nimajo stika z delom, šolo ali celo z družinskim zdravnikom (niso v stiku z vratarji sistema, kot so učitelji in šolski svetovalni delavci), saj je to skupina, ki ima visoko tveganje za pojav težav v duševnem zdravju. Potencialno imajo ti centri pomembno vlogo pri povezovanju marginaliziranih skupin mladostnikov s strokovnimi službami za duševno zdravje.

V različnih raziskavah so ugotovili, da se mladi pri iskanju pomoči raje obrnejo na neuradne kot na uradne vire pomoči, torej pomoč raje iščejo znotraj njihove neuradne socialne mreže (to so pogosto družina in vrstniki) (Guo idr., 2015; Ogorchukwu idr. 2016; Singh idr., 2019). Razlogi so, da so jim ti ljudje blizu in jim bolj zaupajo. Prisoten je namreč strah, da bi uradni viri pomoči, kot so šolski svetovalni delavci in strokovnjaki s področja duševnega zdravja, kršili zaupnost. Poleg tega imajo mladi pomanjkanje znanja o pomoči, ki jim je na voljo s strani strokovnjakov na področju duševnega zdravja, pojavlja pa se tudi stigma glede iskanja strokovne psihološke pomoči. Med najpogostejše navedenimi formalnimi viri pomoči so bili šolski svetovalni delavci, mogoče tudi zato, ker je večina udeležencev raziskav še obiskovala šolo in so jim šolski svetovalni delavci znani (Singh idr., 2019). Zanimivo je tudi, da so mladostniki iskanje strokovne pomoči v primeru težav z duševnim zdravjem večji meri predlagali za druge, kot zase (Ogorchukwu idr., 2016).

1.4.1.1 Ovire in spodbujevalni dejavniki iskanja strokovne psihološke pomoči

Skoraj 80 % mladih med 6. in 18. letom z duševnimi motnjami ne prejme primernega zdravljenja. Razumevanje, zakaj je temu tako, je pomembna prioriteta javnega zdravja (Coles idr., 2015). Podatki kažejo, da sta pomembni oviri pri dostopanju do primernega zdravljenja slabo prepoznavanje duševnih motenj ter slabše prepoznavanje potrebe po zdravljenju (Coles idr., 2015). V sistematičnem pregledu kvalitativnih in kvantitativnih raziskav je A. Gulliver skupaj s sodelavci (2010) ugotovila, da so ovire pri iskanju pomoči pogosto tudi stigma in osramočenost zaradi iskanja pomoči, težave pri prepoznavanju simptomov (slaba PODZ) in večja naklonjenost zanašanju nase (angl. *self-reliance*). Podobno tudi Thompson s sodelavci (2004) ugotavlja, da je eden najpogostejših razlogov za zamik iskanja strokovnega zdravljenja oziroma pomoči, pomanjkanje znanja o duševni motnji ali o zdravljenjih, ki so na voljo. Poleg tega so pri mladostnikih, starih od 13 do 21 let, ugotovili tudi, da je ena izmed ovir pri iskanju strokovne psihološke pomoči močno izražena potreba po avtonomiji. Ne glede na starost, spol in strahove povezane z iskanjem pomoči, sta nižja potreba po avtonomiji in prepričanje o koristnosti pretekle oskrbe duševnega zdravja bili pomembno povezani z višje izraženimi nameni prihodnjega iskanja strokovne pomoči na področju duševnega zdravja (Wilson in Deane, 2012). Te ugotovitve kažejo na to, da pomanjkanje PODZ prispeva k počasnemu prepoznavanju težav (Thompson idr., 2004). Poleg tega lahko nekateri simptomi duševnih motenj, kot so simptomi depresije (Ando idr., 2018; Rickwood idr., 2007), samomorilne misli (Ando idr., 2018) in simptomi, ki so podobni psihotičnim simptomom tudi delujejo kot zaviralni dejavniki glede namena iskanja pomoči. Tudi spolne norme glede reševanja problemov, katerih učinek se pri moškem spolu močneje izraža, lahko delujejo zaviralno na namen iskanja pomoči (Ando idr., 2018). Pomembno je tudi, kakšne so pretekle izkušnje mladih ter njihova stališča o iskanju pomoči in prepričanja o reševanju duševnih težav. Manjša verjetnost, da bodo mladi poiskali pomoč obstaja, če: imajo negativna stališča o iskanju

pomoči ali imajo negativne pretekle izkušnje z viri pomoči in so prepričani, da bi morali biti sposobni sami razrešiti svoje duševne težave (Rickwood idr., 2007).

Počasno prepoznavanje težav v duševnem zdravju vodi v povečanje resnosti motnje, kar po drugi strani pripomore k prepoznavanju težave in iskanju pomoči. Izkazalo se je namreč, da je povečanje resnosti motnje bil primaren spodbujevalec iskanja pomoči za večino udeležencev (Thompson idr., 2004). Na iskanje pomoči sicer spodbudno vplivajo pozitivne pretekle izkušnje, socialna podpora in spodbujanje drugih (Gulliver idr., 2010). V raziskavi so ugotovili, da imajo mladostnice večjo verjetnost, da bodo poiskale pomoč v primerjavi z mladostniki. Z logistično regresijo so pokazali, da so faktorji, ki spodbujajo namen iskanja pomoči v primeru težav z depresijo: prepoznavanje, da potrebujejo pomoč; čustvena odprtost; nagnjenost k temu, da pomagajo sošolcem, pozitivna naravnost staršev glede namenov iskanja pomoči in število ljudi, s katerimi se lahko posvetujejo (Ando idr., 2018). Primerjava treh starostnih skupin (13–15 let; 16–18 let in 19–21 let) je pokazala, da so strahovi glede iskanja pomoči šibkejši pri starejših skupinah (Wilson in Deane, 2012). Mladostniki in mladi odrasli so bolj nagnjeni k temu, da bodo poiskali pomoč za težave v duševnem zdravljenju, če: imajo nekaj znanja o težavah v duševnem zdravju in vire pomoči; se počutijo čustveno kompetentne izraziti njihove občutke in imajo že vzpostavljene zaupanja vredne odnose s potencialnimi ponudniki pomoči (Rickwood idr., 2007). Pomembno vlogo pri napovedovanju namena iskanja pomoči imajo zaznane koristi in zaznane ovire, pri čemer so raziskovalci ugotovili, da so zaznane koristi prejemanja pomoči pomembnejši napovednik kot zaznane ovire. Zaznana dovzetnost za težave v duševnem zdravju je vodila do iskanja pomoči le, kadar so mladostniki takšnemu vedenju pripisali koristi ali so bili ozaveščeni o duševnem zdravju že na začetku (O'Connor idr., 2014).

1.4.2 Mere iskanja pomoči

Pri merah iskanja pomoči se lahko osredotočimo na različna področja. Različne mere tako ocenjujejo namene iskanja pomoči, stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči, splošna prepričanja o pomoči na področju pomoči v duševnem zdravju in zdravljenja ter dejanska vedenja iskanja pomoči, učinkovitost iskanja pomoči (npr. znanje o tem, kje in kako najti pomoč), samoporočanje o sposobnostih nudenja pomoči drugim ali pa merijo več komponent, kot so nameni iskanja pomoči, učinkovitost iskanja pomoči in ovire pri iskanju pomoči (Wei idr., 2015).

1.4.2.1 Stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči

Stališča o iskanju pomoči imajo pomembno vlogo pri pripravljenosti iskanja strokovne psihološke pomoči (Sheffield idr., 2004), saj negativna stališča o iskanju pomoči zmanjšajo verjetnost, da bodo mladi poiskali pomoč (Ando idr., 2018). Različne mere, ki ocenjujejo

stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči, običajno naslavlja prepoznavanje potrebe po psihološki pomoči, medosebno odprtost, zaupnost in v kolikšni meri zaupajo strokovnjakom na področju duševnega zdravja (Wei idr., 2015).

V meta-analizi so Nam in sodelavci (2013) ugotavljali, kako se pri študentih s stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči povezuje devet različnih spremenljivk: pričakovana korist, pričakovana tveganja, depresija, stiska, samoprikrivanje (angl. *self-concealment*), samorazkrivanje (angl. *self-disclosure*), socialna podpora, javna stigma in samostigma. Največjo velikost učinka so opazili pri samostigmi, pričakovanih koristih in samorazkrivanju. Med pozitivno povezanimi spremenljivkami s stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči so največji učinek ugotovili pri pričakovanih koristih svetovanja. Poleg tega je bilo s stališči do iskanja strokovne pomoči močno pozitivno povezano tudi samorazkrivanje, torej koliko informacij in/ali čustev so ljudje pripravljeni razkriti o sebi strokovnjaku za duševno zdravje. Po drugi strani so največjo negativno velikost učinka opazili pri samostigmi. Ta je torej bila negativno povezana s stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči. Poleg tega so negativno povezanost ugotovili tudi s pričakovanimi tveganji – posamezniki, ki v iskanju strokovne psihološke pomoči vidijo več tveganj kot koristi, bodo takšno vedenje dojemali bolj negativno. Na podlagi teh ugotovitev bi lahko raziskovalci in strokovnjaki za duševno zdravje razmislili o strategijah za zmanjševanje stigme, kot tudi spodbujali povečanje zavedanja o pričakovanih koristih povezanih s stališči o iskanju pomoči, da bi povečali pozitivna stališča do iskanja pomoči.

1.5 STIGMATIZIRANOST DUŠEVNIH MOTENJ

Termin stigma so prvi skovali stari Grki. Takrat se je termin nanašal na telesne znake, s katerimi so izpostavljali nekaj nenavadnega ali slabega o moralnem statusu označenega. Te znake so vrezali ali vžgali v telo in s tem označili ljudi kot sužnje, kriminalce in izdajalce – kot ljudi z »madeži« oziroma ljudi z napakami, ki se jim je potrebno, še posebej na javnih mestih, izogibati (Goffman, 2009). Danes termin stigma »označuje takšno posameznikovo lastnost, ki ga loči od večine v skupnosti, tako da ima večina in tudi on sam to lastnost za odklonsko, deviantno« (Goffman, 1986, citirano v: Nastran Ule, 2000, str. 186). Predmet stigme so lahko različne lastnosti, kot so fizične pomanjkljivosti, odklonski načini življenja, pripadnost manjšinam in duševne motnje. Ob tem je potrebno poudariti, da se lahko vsak izmed nas znajde v situaciji, ko je označen kot oseba s primanjkljaji, na primer smo premajhni, predebeli, premladi, prestari, prerevni, prebogatit itd., saj kriterijev normalnosti preprosto ni mogoče v celoti izpolniti (Nastran Ule, 2000). Stigma in diskriminacija se lahko kaže na različne načine, in sicer vključujeta: »pristranskost, stereotipe, strah, osramočenost, jezo in zavračanje ali izogibanje; kršitve osnovnih človekovih pravic in svoboščin; zavrnitve priložnosti na področju izobrazbe in usposabljanja; kršitve civilnih, političnih, ekonomskih, socialnih in kulturnih pravic.« (WHO, 2005, str. 9).

Tako kot zgoraj navedene lastnosti tudi duševne motnje najpogosteje razumemo v povezavi s prevladujočimi družbenimi stališči v danem družbenem trenutku in v dani družbi. V vseh obdobjih in v vseh družbah ima duševna motnja skupni imenovalec, to je stigma (Marušič in Temnik, 2009). Duševne motnje so prepoznane kot ena izmed najbolj stigmatiziranih lastnosti, ki jih ima lahko oseba v moderni družbi (Heflinger in Hinshaw, 2010). Osebe z duševnimi motnjami in s težavami v duševnem zdravju se soočajo z dvojnimi težavami. Kot prvo se morajo soočiti z vsemi izzivi, ki jih prinaša življenje z duševno motnjo (npr. soočanje s samimi simptomi duševnih motenj). Kot drugo pa se morajo soočiti še z nerazumevanjem družbe o različnih duševnih motnjah, kar se kaže v javni stigmi duševnih motenj (Rüsch idr., 2005; Campos idr., 2015). Stigmatizirajoča stališča lahko opazimo na različnih področjih. Iz medijske analize filmov in tiska ugotovimo, da se v njih pojavljajo tri pogosta napačna prepričanja o ljudeh z duševnimi motnjami: (1) ljudje z duševnimi motnjami so »morilski norci«, ki bi se jih mogli bati; (2) ljudje z duševnimi motnjami imajo otrokom podobno zaznavanje sveta ali pa (3), da so ljudje z duševnimi motnjami uporniški. Poleg tega se glede oseb z duševno motnjo v javnosti velikokrat pojavljajo: (1) strah in izključitev: »oseb s težkimi duševnimi motnjami bi se morali bati in jih zato izključiti iz skupnosti«; (2) avtoritarnost: »osebe z duševnimi motnjami so neodgovorne, zato bi morali njihove življenjske odločitve sprejemati drugi«; (3) dobrohotnost oziroma dobronamernost: »osebe z duševnimi motnjami so kot otroci in moramo za njih skrbeti« (Corrigan in Watson, 2002).

Da bi se stigmatizirani obranili pred napadi na svojo identiteto, lahko razvijejo cel spekter strategij, kot so (1) prikrivanje stigme; (2) sprejem stigme oz. »negativne samopodobe« in (3) refleksija stigme. Prikrivanje stigme pomeni, da oseba na vsak način poskuša drugim prikriti svojo stigmo. Oseba, ki prikriva stigmo, si prizadeva delovati poudarjeno normalno, ali pa se izogiba stikov z ljudmi, ki bi utegnili postati pozorni na njeno drugačnost. Sprejem stigme oz. »negativne samopodobe« pomeni, da oseba pristane na svojo »pomanjkljivost« in se oprime »samoizpolnjujočega« obnašanja. Refleksija stigme pa pomeni, da se oseba trudi za kognitivno predelavo stigme in se trudi soočiti z razlogi za svojo drugačnost (Nastran Ule, 2000).

Takšno označevanje ljudi oziroma skupin se pogosto nanaša na ločevanje med »nami« in »njimi«. To ločevanje enostavno vodi do prepričanj, da so »oni« v osnovi drugačni od »nas« in da so »oni« ta »stvar«, ki jih označuje (Rüsch idr., 2005). Čeprav stigmatizirajoča stališča niso omejena le na duševne motnje, se v splošni javnosti neodobravanje ljudi z duševnimi motnjami pojavlja pogosteje kot do oseb, ki imajo fizične bolezni. Za razliko od fizičnih invalidnosti javnost za osebe z duševnimi motnjami pogosto meni, da lahko kontrolirajo svojo motnjo in so same odgovorne zanje (Corrigan in Watson, 2002). Pogosto je na primer, da nekomu rečemo, da je »shizofrenik«, namesto oseba s shizofrenijo,

medtem ko se pri fizičnih boleznih jezik pogosteje uporablja drugače in rečemo, da ima oseba raka. Tako oseba z rakom ostane ena izmed »nas« in ima le določen atribut, medtem ko »shizofrenik« postane eden izmed »njih« in se oznaka pripne na osebo. Na ta način je jezik lahko močen vir in znak stigmatizacije. Glede na ozadje razločevanja med skupinami, označevanjem in ločevanjem »nas« od »njih«, so socialni psihologi identificirali kognitiven, čustven in vedenjski vidik javne stigme, to so stereotipi, predsodki in diskriminacija (Rüsch idr., 2005).

Podobno kot PODZ je tudi stigma večdimenzionalni konstrukt. V splošnem se v literaturi pojavljajo štiri glavni tipi stigme: javna stigma, osebna stigma, samostigma in zaznana javna stigma (Jung idr., 2017). *Javna stigma* je vedenje javnosti (družbe, skupnosti) do določene stigmatizirane skupine, s tem, ko podpirajo predsodke o tej skupini (Corrigan, 2004; Rüsch idr., 2005). To, kako posameznik zaznava javno stigmo, imenujemo tudi *zaznana javna stigma* (Eisenberg idr., 2009). *Samostigma* se nanaša na vedenje članov stigmatizirane skupine do sebe, s tem, ko ponotranjijo javno stigmo – torej sprejmejo in ponotranjijo pogoste predsodke o duševnih motnjah ter izgubijo samozavest. *Osebno stigmo* pa lahko razumemo na nivoju posameznika, torej predstavlja stereotipe in predsodke vsakega posameznika (Eisenberg idr., 2009).

V pričujoči nalogi se bomo osredotočili predvsem na delitev stigme na javno in samostigmo, ki ju v nadaljevanju tudi podrobneje opišemo. Čeprav ta dva tipa stigme predstavljamo ločeno, pa sta v medsebojni interakciji (Corrigan, 2004; Rüsch idr., 2005).

1.5.1 Javna stigma

Socialno kognitivna paradigma javne stigme pravi, da lahko javno stigmo od samostigme ločimo kot reakcijo, ki jo ima splošna populacija do ljudi z duševnimi motnjami. V tem obziru lahko na javno stigmo tako kot na splošno stigmo gledamo z vidika štirih socialno-kognitivnih procesov: iztočnice, stereotipi, predsodki in diskriminacija.

- (1) *Iztočnice* so različni namigi, na podlagi katerih javnost sklepa o tem, ali ima nekdo duševno motnjo. Te iztočnice so na primer: psihiatrični simptomi, primanjkljaji v socialnih spretnostih, fizičen izgled in oznake. Iztočnice izzovejo stereotipe.
- (2) *Stereotipi* so strukture znanja, ki se jih nauči večina članov neke socialne skupine in so posebej učinkoviti pri kategoriziranju informacij o socialnih skupinah, saj ljudem omogočajo, da si hitro ustvarijo vtis in pričakovanja o posameznikih stereotipizirane skupine. Tako lahko neka iztočnica, npr. neurejen telesni videz, v javnosti že vodi do stigmatizirajočega stališča, kot je na primer »ta zanemarjena oseba na klopci je duševni bolnik«. Stereotipi o duševnih motnjah vključujejo nevarnost, nekompetentnost in šibkost karakterja. Večina ljudi ima stereotipe, vendar to ne pomeni, da se z njimi tudi strinjajo.
- (3) *Predsodki* vključujejo podpiranje negativnih stereotipov (npr. »vsilni ljudje z duševno motnjo so nasilni in nekompetentni«) in kot rezultat vzbujajo negativne čustvene reakcije (»Takšnih ljudi me je strah«). Stereotipi so torej prepričanja, predsodki pa so v osnovi kognitiven in afektiven odziv, ki vključujejo ocenjevalno komponento

(večinoma negativno) in tudi čustveno komponento. Predsodki pa ne izvirajo le iz stereotipov, ampak lahko izvirajo tudi iz preteklih vedenj in čustev do članov te skupine. Predsodki nato vodijo do vedenjskega odziva, tj. diskriminacije.

- (4) *Diskriminacija* je vedenjski odziv, do katerega vodijo predsodki. Diskriminacijsko vedenje se kaže v obliki negativnih dejanja usmerjenih na nekoga, ki je zunaj skupine, ali pa kot ekskluzivno pozitivna dejanja za nekoga, ki je znotraj skupine. Predsodki, ki imajo kot čustven odziv jezo, lahko vodijo do vedenj, kot so fizično nasilje do manjšinske skupine. Strah pa lahko na primer vodi do izogibanja, delodajalci na primer ne želijo imeti osebe z duševno motnjo v bližini, zato je ne zaposlijo (Corrigan in Watson, 2002; Corrigan, 2004).

1.5.2 Samostigma

Mnogo oseb z duševno motnjo se zaveda stigmatizacije o duševnih motnjah, vendar pa samo zavedanje o stigmatizaciji še ne pomeni, da jo tudi ponotranjijo (Corrigan in Watson, 2002; Corrigan in Rao, 2012). Posamezniki, ki imajo nekatere motnje, npr. shizofrenijo, so lahko ranljivi predvsem v tem smislu, da lahko tudi sami podpirajo stereotipe (npr. »*Sem nevaren.*«) in predsodke o sebi (npr. »*Bojim se sam sebe.*«), kar se kaže v samodiskriminaciji (npr. sami sebi odredijo izolacijo). Ko osebe ponotranjijo negativne stereotipe, imajo lahko tudi negativne čustvene reakcije. Te se lahko kažejo v nizkem samospoštovanju in slabi samoučinkovitosti, kar se dalje povezuje s tem, da ne izkoriščajo priložnosti, ki spodbujajo zaposlitev in neodvisno življenje. Ponotranjenje stigmatizacije o duševni motnji lahko poslabša potek motnje že zaradi škode, ki jo povzroči sama ponotranjena izkušnja (Corrigan in Rao, 2012).

Na srečo za veliko oseb z duševnimi motnjami, zavedanje stereotipov kot samo še ne vodi do samostigmatizacije (Rüsch idr., 2005). Paradoks samostigmatizacije je, da jo nekatere osebe z duševnimi motnjami ponotranjijo in imajo oškodovano samospoštovanje, samoučinkovitost in izgubijo cilje. Na veliko drugih posameznikov pa stigma nima opaznih učinkov in ne poročajo o bolečini zaradi stigmatizacije. Tretja skupina pa je takšna, ki je upravičeno ogorčena nad nepravilnostjo stigmatizacije. Pri tej tretji skupini kot reakcijo na stigmatizacijo opazimo osebno opolnomočenje, kar bi lahko poimenovali tudi »*protistrup*« za samostigmatizacijo (Corrigan in Rao, 2012). Ponotranjenje predsodkov in diskriminacije ni nujno posledica stigmatizacije. Veliko ljudi prepozna stigmatizacijo kot nepravilno in namesto, da bi bili zaradi tega potrjeni, si raje kot osebni cilj privzamejo, da se bodo spremenili (Corrigan in Rao, 2012). Lahko bi rekli, da sta opolnomočenje in samostigma nasprotna pola na istem kontinuumu. Na negativnem delu kontinuumu so ljudje, ki ne zmorejo iti preko pesimističnih pričakovanj glede duševnih motenj, to so osebe, ki so samostigmatizirane. Na pozitivnem koncu kontinuumu pa so osebe, ki imajo duševno motnjo, a imajo kljub temu pozitivno samospoštovanje in niso pomembno obremenjeni s stigmatizirajočo skupnostjo. Nasprotno, zdi se, da jih stigmatizacija napolni z občutki upravičene jeze (Corrigan in Watson, 2002). Ljudje, ki trpijo zaradi samostigmatizacije, bi lahko imeli koristi od strukturiranih

programov, ki bi jih naučili, kako se spopasti z nerazumnimi izjavami, ki lahko pestijo njihovo samoidentiteto. Koristi bi lahko prinesla tudi pridružitve k skupinam vrstnikov, ki so se uspešno soočili s stigmatom (Corrigan in Rao, 2012).

1.5.3 Posledice stigme

Veliko ljudi, ki bi sicer imelo koristi od služb, ki skrbijo za duševno zdravje, se ne odloči za iskanje pomoči ali pri zdravljenju ne sodeluje popolnoma, saj se želijo izogniti stigmati – oznaki duševne motnje in škodi, ki jo ta oznaka prinese. Stereotipi, predsodki in diskriminacija lahko namreč osebe, ki so označene kot duševno motene, oropajo pomembnih življenjskih priložnosti, ki so bistvene za doseganje življenjskih ciljev (Corrigan, 2004). Iz raziskav so ugotovili, da delodajalci z manjšo verjetnostjo zaposlijo tiste, ki so označeni kot »duševno bolni«, najemodajalci jim z manjšo verjetnostjo dajo v najem stanovanje ter da so zoper tako označene z večjo verjetnostjo podane lažne obtožbe za nasilne zločine (Corrigan in Watson, 2002).

Posledice stigme se kažejo tudi v tem, da so predsodki in diskriminacija, ki sestavljajo stigmato o duševnih motnjah, pomemben razlog za prekinjeno povezavo med učinkovitim zdravljenjem in iskanjem pomoči (Corrigan idr., 2014). Ljudje se izogibajo javni identifikaciji kot duševno moteni, saj jim lahko to prinese škodo. Izogibanje tej »nalepki« je pomemben način, kako stigma vpliva na iskanje pomoči. Tako se stigmati izogibajo tudi na način, da ne obiščejo institucij, ki bi jih lahko kot take označile (različne službe za duševno zdravje) (Corrigan, 2004). Zavedati se moramo tudi, da je stigma le del razlogov, zakaj se ljudje odločijo, da ne bodo uporabljali služb za duševno zdravje ali pa predčasno zapustijo zdravljenje. Druge ovire so lahko še osebni, politični in ekonomski faktorji (Corrigan idr., 2014).

1.5.4 Stigma o duševnih motnjah med mladostniki in otroci

Vsi ljudje, ki imajo duševno motnjo, trpijo zaradi diskriminacije. Razlika med odraslimi ter med otroci in mladostniki je, da se slednji niso sposobni v tolikšni meri zavzeti zase. Tudi razvojno gledano otroci na kategorije gledajo bolj dihotomno kot odrasli, zato še hitreje sprejmejo negativne in neprimerno uporabljene oznake (WHO, 2005).

Stigma se lahko kaže na različnih področjih mladostnikovega življenja. Pomemben vidik, s katerim se srečujejo učenci osnovnih in srednjih šol, je tudi stigma s strani vrstnikov, družinskih članov in šolskega osebja. V raziskavi je T. Moses (2010) preučevala, na kakšen način mladostniki zaznavajo drugačno obravnavo s strani družinskih članov, vrstnikov in šolskega osebja zaradi svojih težav v duševnem zdravju. Največ udeležencev je doživelo stigmatizacijo ravno v povezavi z njihovimi odnosi z vrstniki (62 %), kar je pogosto vodilo do izgube prijateljev. Tisti udeleženci, ki niso poročali o stigmatizaciji s

strani vrstnikov, pa so pogosto poročali o tem, da so se družili z drugimi, ki imajo podobne težave ali pa o prikrivanju težav – obe sta metodi za izogibanje potencialnim stigmatizirajočim interakcijam. Približno polovica jih poroča tudi o drugačnem vedenju njihovih družinskih članov, ki se je kazalo na primer v nezaupanju, izogibanju, pomilovanju ali ogovarjanju. Približno tretjina udeležencev je doživela tudi stigo s strani šolskih delavcev, ki so izražali strah, odpor in podcenjevanje njihovih sposobnosti. Je pa tudi 22 % takšnih, ki so s strani šolskih delavcev doživeli pozitivno drugačno podporno vedenje (Moses, 2010). Ne le s strani vrstnikov, družinskih članov in šolskih delavcev – stigma se lahko pojavi tudi s strani strokovnih delavcev in institucij, kar imenujemo strokovna in institucijska stigma. Ta se kaže v načinu komunikacije, ki izkazuje sram in nizka pričakovanja do mladih z duševnimi motnjami in do njihovih družin. To se zgodi takrat, ko se na primer osredotočamo le na pomanjkljivosti klienta in družinske disfunkcije, namesto da bi se osredotočali tudi na njihove prednosti in moči; osredotočanje samo na otrokovo duševno stanje, namesto da bi uporabili bolj celostni pristop, ki prepozna tudi potrebo po sistemski obravnavi in priznava več vidikov otrokovega življenja, ki se med seboj križajo (Heflinger in Hinshaw, 2010). Ne le mladostniki, tudi starši otrok in mladostnikov z duševnimi motnjami lahko doživljajo stigo. V nasprotju s fizičnimi boleznimi, ko starši običajno prejmejo podporo skupnosti, se stigma pogosto kaže tudi v tem, da okolica krivi starše za duševne težave njihovih otrok (WHO, 2005).

Otroci in mladostniki implicitno in eksplicitno stigmatizirajo vrstnike z ADHD in depresijo (O'Driscoll idr., 2012). Dojemanje oseb z duševnimi motnjami s strani mladostnikov je lahko različno glede na različne duševne motnje in glede na različne sociodemografske (npr. starost in spol) in druge dejavnike (npr. Izkušnje, kot so stik z osebo, ki ima duševno motnjo). Mladi vidijo osebe, ki so depresivne, skupaj z zlorabo alkohola in osebe s psihozami kot nevarne in nepredvidljive, te duševne motnje pri njih vzbudijo večjo socialno distanco. Socialno fobijo pa vidijo bolj kot slabost namesto bolezni in jo dojemajo kot bolj stigmatizirano s strani drugih in družbe (Jorm in Wright, 2008). Osebna izkušnja z duševno motnjo ali stik z drugimi, ki imajo duševno motnjo in so poiskali strokovno pomoč, izpostavljenost raznim kampanjam in prepričanja staršev so se pri mladih (od 12 do 25 let) izkazali kot dejavniki, ki vplivajo na nekatere vidike stigme. Obe vrsti kontaktov (kontakt z družinskimi člani ali prijatelji, ki so iskali pomoč) sta znižali socialno distanco in prepričanje, da je oseba šibka namesto bolna. Osebna zgodovina težav v duševnem zdravju je zvišala zaznavanje stigme s strani drugih, kontakt z družino in prijatelji, ki so iskali pomoč pa je zmanjšal odpor do razkrivanja. Čeprav je kontakt z ljudmi s težavami v duševnem zdravju dober, pa ne zmanjšuje vseh vidikov stigme. Poleg tega je potrebno izpostaviti tudi, da v nekaterih primerih lahko kontakt z osebami z duševnimi težavami celo poslabša nek stereotip, če je oseba v stiku z nekom, ki ta stereotip le še podkrepi (Jorm in Wright, 2008). Pogosto je raven stigmatiziranja odvisna tudi od starosti in spola opazovalca. Tako so ugotovili, da so v primerjavi z otroki, mladostniki

celo manj sprejemajoči in imajo več predsodkov do duševnih motenj, še posebej do ADHD. Vendar pa se pri mladostnikih pojavi manj poročanja o fizični socialni distanci do takšnih vrstnikov (O'Driscoll idr., 2012). Če med seboj primerjamo mladostnike, lahko opazimo, da s starostjo upada socialna distanca in prepričanje, da so osebe z duševnimi motnjami šibke namesto bolne, prepričanje o nevarnosti in nepredvidljivosti oseb z duševno motnjo, zaznana stigma s strani drugih in odpor do razkrivanja pa so s starostjo pri mladostnikih naraščali (Jorm in Wright, 2008). Tudi spol je povezan z izraženostjo določenih stereotipov o duševnih motnjah. Udeleženci moškega spola so v večji meri verjeli, da so vrstniki sami odgovorni za njihovo duševno motnjo in so bili do teh vrstnikov manj sprejemajoči (O'Driscoll idr., 2012). Jorm in Wright (2008) sta ugotovila, da so razlike med spoloma lahko kompleksne, saj je večina vidikov stigme bila pri moškem spolu višje izražena, vendar pa se je izkazalo, da udeleženci moškega spola v manjši meri zaznavajo stigmatizacijo s strani drugih, kar bi se lahko povezovalo tudi z njihovim manjšim zavedanjem in znanjem o težavah v duševnem zdravju na splošno.

Tudi na področju stigme je med mladostniki smiselna uporaba intervencij. V eni izmed raziskav je intervencija, ki je naslavljala stigmatizacijo, bila koristna v smislu zmanjševanja negativnih stališč do duševnih motenj in izboljšanja znanja srednješolci. Z izboljšanjem znanja o duševnih motnjah so se povečala tudi pozitivna stališča do ljudi z duševnimi motnjami. Pozitivne spremembe v splošnih stališčih o duševnih motnjah so bile pozitivno in pomembno povezane s pripravljenostjo interakcije in tudi z namenom iskanja pomoči (Lanfredi idr., 2019).

1.6 ODNOSI MED PODZ, STIGMO IN ISKANJEM POMOČI

Slabo znanje in stigma do ljudi, ki imajo duševno motnjo, negativno vplivata na iskanje pomoči med mladostniki (Lanfredi idr., 2019). V sistematičnem pregledu literature sta se stigma in negativna prepričanja o službah za duševno zdravje in strokovnjakih na tem področju izkazali kot najbolj pogosti oviri pri iskanju pomoči. Na drugi strani so bili spodbujevalni dejavniki iskanja pomoči pozitivne pretekle izkušnje s službami za duševno zdravje in PODZ (Aguirre Velasco idr., 2020). Posamezniki, ki iščejo psihološko pomoč, se morajo soočiti z javno stigmatizacijo, pomembna pa je tudi samostigma glede iskanja pomoči. Osebe z višjo ravno samostigmatizacije redkeje poiščejo pomoč v primerjavi z osebami, ki imajo izražene nižje ravni samostigmatizacije (Cheng idr., 2018).

1.6.1 Povezanost med preučevanimi spremenljivkami

Več raziskav potrjuje, da so PODZ, stigma in iskanje pomoči med seboj povezane (Burns in Rapee, 2006; Cheng idr., 2018; Jung idr. 2017; Shea in Yeah, 2008). Kar nekaj raziskav glede povezanosti omenjenih spremenljivk je bilo narejenih na študentih in mladostnikih. Ena izmed teh je pokazala, da sta med učenci in študenti iz gospodinjstev z nizkimi

prihodki višja samostigma in nižja starost povezani z negativnimi stališči glede iskanja pomoči v duševnem zdravju (Ibrahim idr., 2019). Podobno so ugotovili tudi v raziskavah na študentih, kjer je bila nižja raven stigme in samostigme povezana z bolj pozitivnimi stališči glede iskanja pomoči (Cheng idr., 2018; Shea in Yeah, 2008). Glede povezanosti PODZ in iskanja pomoči lahko v raziskavah opazimo različne rezultate. Nekateri avtorji trdijo, da boljša, kot je PODZ, višja je tudi verjetnost, da bo mladostnik dostopal do primerne pomoči, ko jo bo potreboval (Burns in Rapee, 2006). Podobna je tudi ugotovitev, da se PODZ pri osebah starih od 12 do 25 let pozitivno povezuje s stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči (Gorczynski idr., 2016). Vendar vse raziskave ne prihajajo do enakih zaključkov, kar bi lahko bilo povezano tudi z nekonsistentno opredelitvijo konstrukta PODZ in različnimi metodami, ki jih uporabljajo za ugotavljanje PODZ v raziskavah. Tako se je v drugi raziskavi izkazalo, da PODZ ni bila povezana z iskanjem pomoči (Ratnayake in Hyde, 2019).

Odnosi med omenjenimi spremenljivkami so lahko zapleteni. Odrasli, ki imajo višje rezultate na področju PODZ, imajo večjo verjetnost, da bodo imeli tudi bolj pozitivna stališča do iskanja pomoči pri službah za duševno zdravje. Ko so preverjali, ali sta samostigma in osebna stigma morebiti mediatorja v odnosu med PODZ in stališči do iskanja pomoči, so ugotovili naslednje: PODZ je sicer bila pomembno povezana z osebno stigmo, vendar osebna stigma ni bila povezana s stališči do iskanja pomoči v duševnem zdravju. Po drugi strani je bila samostigma povezana s stališči do iskanja pomoči, ni pa bila povezana s PODZ. V tej specifični raziskavi se je torej izkazalo, da osebna stigma in samostigma nista mediatorja odnosa med PODZ in stališči do iskanja pomoči (Jung idr. 2017).

Dodatno bi omenili še povezanost blagostanja mladostnikov z nekaterimi spremenljivkami. Mladostniki z višjimi ravnmi blagostanja poročajo o višjih ravneh pozitivne pismenosti o duševnem zdravju (Bjørnsen idr., 2019). Blagostanje mladostnikov starih od 16 do 18 let se pozitivno povezuje tudi z iskanjem pomoči (Ratnayake in Hyde, 2019).

Tudi sociodemografske spremenljivke se izkažejo kot pomembne, ko govorimo o njihovi povezanosti s stališči do iskanja pomoči, PODZ in stigmo. Običajno je ženski spol povezan z bolj pozitivnimi stališči do iskanja pomoči (Shea in Yeah, 2008), manj stigmatizirajočimi stališči (Reavley idr., 2012) in tudi višjo PODZ (Burns in Rapee, 2006; Cotton, idr., 2006). Moški v zvezi z iskanjem psihološke pomoči z višjo verjetnostjo občutijo samostigmo in javno stigmo v primerjavi z ženskami (Topkaya, 2014). Glede izobrazbene ravni se je izkazalo, da so študenti izkazovali pomembno boljšo pismenost o depresiji, nižje ravni samostigme za iskanje pomoči ter nižje ravni negativnih prepričanj o duševnih motnjah v primerjavi s srednješolci. Negativna prepričanja in stigma duševnih motenj se z večjo verjetnostjo pojavijo pri tistih z nižjo izobrazbo (Ibrahim idr., 2019).

1.6.2 Preučevane spremenljivke kot napovedniki iskanja pomoči

V različnih raziskavah, kjer so preverjali, kako samostigma, javna stigma, PODZ ali sociodemografski podatki pojasnjujejo iskanje pomoči oziroma stališča do iskanja pomoči, so prišli do nekaterih podobnih in tudi do nekaterih različnih zaključkov. N. Topkaya (2014) je na vzorcu študentov ugotovila, da spol in samostigma povezana z iskanjem psihološke pomoči pomembno napovedujeta stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči, medtem ko se javna stigma ni izkazala kot pomemben napovednik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči. Zanimivo je, da je v kasnejši raziskavi Cheng s sodelavci (2018) na vzorcu študentov ugotovil podobno. Samostigma glede iskanja pomoči in tudi PODZ sta se izkazala kot pomembna napovednika stališč do iskanja pomoči. Dodatno so ugotovili še, da sta se ti dve spremenljivki izkazali kot pomembnejša napovednika od nekaterih demografskih (spol, rasa/etničnost) in nekaterih psiholoških značilnosti (zgodovina iskanja pomoči, trenutna prisotnost depresije in anksioznosti). Da samostigma lahko pomembno napove stališča do iskanja pomoči povezane z duševnim zdravjem podkrepijo tudi rezultati študije, v kateri se je izkazalo, da je samostigma najmočnejši napovednik stališč do iskanja pomoči v duševnem zdravju med mladostniki in mladimi odraslimi, ki imajo nizek socioekonomski status (Ibrahim idr., 2019). Ko so nadalje preučevali, ali se med samostigmo in PODZ pojavljajo učinki interakcije pri napovedovanju stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči, se ta ni izkazala za statistično značilno. Poleg zgoraj omenjenih, tudi moški spol, azijsko-ameriška etničnost (v primerjavi z afroameriško, latinoameriško in belo (ne-latinoameriško)), trenutna raven simptomov depresije pomembno in negativno napovedujejo stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči. Iskanje pomoči v preteklosti, in sicer v zadnjih 12 mesecih ali pa pred več kot 12 meseci, se tudi izkaže kot pozitiven napovednik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči (Cheng idr., 2018).

1.6.3 Pomembnost preučevanja odnosov med spremenljivkami

Glede na velik razkorak med potrebami v duševnem zdravju mladostnikov in med dejansko uporabo služb za duševno zdravje in nizkimi ravnmi namena iskanja pomoči med mladimi ter glede na pomembnost zgodnje intervencije je razumevanje dejavnikov, ki vplivajo na vzorce iskanja strokovne pomoči med mladimi, pomemben korak k zmanjševanju bremena duševnih motenj (Guo idr., 2015; Reavley idr., 2012). Preučevanje napovednikov pozitivnih stališč je pomembno, saj ta poleg PODZ in zaznane potrebe po pomoči oziroma zdravljenju pomembno in neodvisno napovejo uporabo psihoterapije. PODZ, zaznana potreba in preteklost uporabe storitev povezanih z duševnim zdravjem so pomembno napovedali uporabo psihiatričnih zdravil (Bonabi idr., 2016). Obstaja več razlogov za prepoznavanje stopnje in zviševanje PODZ ter za zniževanje stigme med

mladostniki – eden izmed pomembnejših je, da bi povečali verjetnost, da bodo mladostniki dostopali do primerne pomoči, ko jo bodo potrebovali (Lanfredi idr., 2019).

Več znanja o različnih medsebojnih odnosih med preučevanimi spremenljivkami, ne samo o njihovi povezanosti, ampak tudi o njihovem medsebojnem vplivu druga na drugo in o tem, kako interakcije vplivajo na izide prepoznavanja, uravnavanja in preprečevanja duševnih motenj (Spiker in Hammer, 2019), bi pripomoglo tudi pri odločitvah, katere teme naslavljati v intervencijah namenjenih temu področju (Lanfredi idr., 2019).

1.7 OPREDELITEV PROBLEMA

1.7.1 Namen in cilji

Z magistrskim delom smo želeli ugotoviti, kakšen je nivo pismenosti o duševnem zdravju med mladostniki v Sloveniji. Hkrati smo želeli preveriti tudi, kakšni so odnosi med različnimi komponentami pismenosti o duševnem zdravju, stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči, stigmo glede iskanja in prejemanja strokovne psihološke pomoči, pozitivno pismenostjo o duševnem zdravju, blagostanjem mladostnikov ter sociodemografskimi spremenljivkami. Zanimalo nas je tudi, kakšno vlogo imajo zgoraj omenjene spremenljivke pri napovedovanju stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči.

1.7.2 Raziskovalna vprašanja in hipoteze

Pri raziskavi so nas vodila naslednja raziskovalna vprašanja:

- (1) Kakšen je nivo pismenosti o duševnem zdravju med slovenskimi mladostniki?
- (2) Kako se pismenost o duševnem zdravju povezuje z javno stigmo za prejemanje psihološke pomoči, samostigmo za iskanje pomoči, blagostanjem mladostnikov ter z različnimi sociodemografskimi dejavniki (starost, spol itd.)?
- (3) Kako preučevane pojasnjevalne spremenljivke napovedujejo/pojasnjujejo stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči med mladostniki?

Na podlagi in skladno s preučeno teorijo smo postavili šest hipotez:

H1: Pismenost o duševnem zdravju (PODZ) in stališča o iskanju strokovne psihološke pomoči so pozitivno povezani.

H2: Udeleženske ženskega spola imajo statistično značilno višji nivo pismenosti o duševnem zdravju v primerjavi z udeleženci moškega spola.

H3: Mladostniki z višjo ravno pozitivne pismenosti o duševnem zdravju imajo izraženo višjo raven blagostanja v primerjavi z mladostniki z nižjo pozitivno pismenostjo o duševnem zdravju.

H4: Javna stigma je negativno povezana s stališči o iskanju strokovne psihološke pomoči.

H5: Samostigma je negativno povezana s stališči o iskanju strokovne psihološke pomoči.

H6: Stigma, javna stigma in PODZ statistično značilno pomembno napovedujejo stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči.

2 METODA

2.1 VZOREC

V raziskavo smo vključili mladostnike stare od 15 do 18 let. Skupno naš vzorec predstavlja 268 udeležencev. Od tega je bilo 178 udeleženk ženskega spola (66.42 %) in 90 udeležencev moškega spola (33.58 %). Povprečna starost udeležencev je bila 16.46 let (SD = 0.88). Udeleženke ženskega spola so bila v povprečju stare 16.51 leta (SD = 0.93), udeleženci moškega spola pa 16.37 leta (SD = 0.79).

2.2 PRIPOMOČKI

S pomočjo spodaj navedenih in opisanih vprašalnikov smo v obliki spletne ankete zbirali podatke o pismenosti duševnem zdravju, stigmati glede iskanja in prejemanja strokovne psihološke pomoči, blagostanju mladostnikov ter o njihovih stališčih do iskanja strokovne psihološke pomoči.

- *Lestvica pismenosti o duševnem zdravju* (Mental Health Literacy Scale (MHLS), O'Connor in Casey, 2015). Namen lestvice je oceniti stopnjo PODZ. Ocenjuje prepoznavanje duševnih motenj, znanje o iskanju pomoči, znanje o dejavnih tveganja in vzrokih, znanje o samozdravljenju, znanje o strokovnem zdravljenju in stališča do spodbujanja pozitivnega duševnega zdravja ali iskanja pomoči. Sestavlja jo 35 postavk. Na postavke od 1 do 15 posameznik odgovarja na podlagi 4-stopenjske lestvice (1 – zelo neverjetno nekoristno, 4 – zelo verjetno/koristno), na postavke od 16 do 35 pa se odgovarja na podlagi 5-stopenjske lestvice (1 – se močno ne strinjam/zagotovo ne bi bil pripravljen, 5 – se močno strinjam/zagotovo bi bil pripravljen). Najnižji rezultat, ki ga lahko posameznik doseže, je 35 točk, najvišji pa 160 točk. Višji, kot je rezultat, višja je pismenost o duševnem zdravju. Lestvica ima dobro zanesljivost ($\alpha = 0,84$).
- *Vprašalnik pismenosti o duševnem zdravju* (Mental Health Literacy Questionnaire (MHLQ), Campos, Dias, Palha, Duarte in Veiga, 2016). Vprašalnik je bil razvit posebej za mlade (udeleženci so bili stari od 11 do 17 let). Ocenjuje znanje o duševnih težavah (splošne značilnosti, prevalenco, znake in simptome, dejavnike tveganja ter varovalne dejavnike), znanje o treh specifičnih duševnih motnjah (depresija, anksioznost in shizofrenija), stereotipe povezane z duševnimi motnjami ter vedenjske namere (predispozicije za pomoč; vedenjske promotorje duševnega zdravja/strategije za samopomoč; vedenja, ki spodbujajo iskanje pomoči). Sestavljen je iz dveh delov. V prvem delu sprašuje po sociodemografskih podatkih in postavi tri vprašanja o poznavanju ljudi, ki imajo duševno motnjo ((1) ali poznajo kakšno osebo z duševno motnjo; (2) identifikacija te duševne motnje; (3) v

kakšnem odnosu so s to osebo, npr. prijatelj, družinski član itd.). Drugi del pa vsebuje 33 postavk, ki jih udeleženci ocenjujejo na 5-stopenjski lestvici (1 – *močno se ne strinjam*, 5 – *močno se strinjam*). Postavke se združujejo v tri dimenzije: (1) Spretnosti prve pomoči in iskanja pomoči (10 postavk, $\alpha = 0.79$); (2) Znanje/Stereotipi (18 postavk, $\alpha = 0.78$) ter (3) Strategije samopomoči (5 postavk, $\alpha = 0.72$). Višji dosežki na posamezni dimenziji in skupnem rezultatu kažejo na višjo pismenost o duševnem zdravju.

- *Mera znanja o spodbujanju duševnega zdravja* (Mental Health-Promoting Knowledge Measure (MHPK-10), Bjørnsen idr., 2017). MHPK-10 je lestvica z desetimi postavkami, ki se nanašajo na faktorje, ki so pomembni za dobro duševno zdravje. Udeleženci na vsako postavko odgovorijo na 6-stopenjski lestvici (0 – *ne vem* in od 1 – *povsem napačno* do 5 – *povsem pravilno*). Končni seštevek točk predstavlja aritmetično sredino vseh odgovorov. Maksimalen dosežek je torej 5 točk, minimalen pa 0 točk. Vrednosti 4 in 5 so obravnavane kot pravilni odgovor na vsako postavko, zato povprečna vrednost odgovorov manj kot 4 predstavlja nezadostno znanje o faktorjih, ki spodbujajo dobro duševno zdravje. Vrednosti Lestvica se je izkazala za veljavno in zanesljivo mero pismenosti o pozitivnem duševnem zdravju na vzorcu norveških mladostnikov. Lestvica ima dobro zanesljivost ($\alpha = 0.87$).
- *WHO 5 kazalec blaginje* (WHO-5 Wellbeing Index (WHO-5), World Health Organization, 1998) je vprašalnik, ki ocenjuje psihološko blagostanje posameznika v zadnjih dveh tednih. Sestavljen je iz petih postavk (npr. *V zadnjih dveh tednih sem se počutil/a pomirjeno in sproščeno*). Posamezniki na 6-stopenjski lestvici (0 – *nikoli*, 5 – *ves čas*) ocenjujejo, kako dobro navedene postavke opisujejo njihovo počutje v zadnjih dveh tednih. Višji rezultat pomeni boljše razpoloženje. Surovi rezultat se lahko giblje med 0 in 25 točk. Surovi rezultat lahko pretvorimo v odstotke od 0 do 100, tako da ga pomnožimo s 4. V obeh primerih višje število doseženih točk nakazuje na boljšo kakovost življenja. Slovenski prevod se je na vzorcu mladostnikov izkazal kot zadovoljivo zanesljiv ($\alpha = 0.69-0.70$) (Ozmeč, 2015).
- *Lestvica stigme za prejemanje strokovne psihološke pomoči* (Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH), Komiya, Good, in Sherrod, 2000). Lestvica se uporablja za ocenjevanje javne stigme. Lestvica je sestavljena iz petih postavk, posameznik na podlagi 4-stopenjske lestvice (0 – *močno se ne strinjam*, 3 – *močno se strinjam*) določi stopnjo strinjanja z navedenimi postavkami. Višji rezultat nakazuje na zaznavanje višje stigme povezane s prejemanjem psihološke pomoči. Lestvica ima zadovoljivo raven notranje konsistentnosti ($\alpha = 0.72$).

Slovenski prevod, ki smo ga prejeli je imel nekoliko drugačno točkovanje (1 – močno se ne strinjam, 4 – močno se strinjam), tak način točkovanja smo v raziskavi tudi obdržali in uporabili. Tako je minimalni dosežek na SSRPH 5 točk, maksimalen dosežek pa 20 točk.

- *Lestvica samostigme za iskanje pomoči* (Self-Stigma of Seeking Help (SSOSH) scale, Vogel idr., 2006a). Meri prisotnost samostigme za iskanje pomoči oziroma ocenjuje skrbi glede izgube samospoštovanja, ki bi jih oseba občutila, če bi se odločila poiskati pomoč psihologa ali drugega strokovnjaka za duševno zdravje. Sestavljena je iz desetih postavk. Udeleženci na 5-stopenjski lestvici (1 – močno se ne strinjam, 5 – močno se strinjam) ocenijo strinjanje s postavkami, kot so na primer “*Počutil bi se manjvrednega, če bi šel k terapevtu po psihološko pomoč.*” Minimalno število možnih točk je 10, največje število možnih točk pa je 50. Višji rezultat nakazuje na višje izraženo oziroma zaznano samostigmo povezano z iskanjem psihološke pomoči. To pomeni, da višji rezultat nakazuje na višjo skrb glede tega, da bi iskanje pomoči psihologa ali drugega strokovnjaka za duševno zdravje negativno vplivalo na samoupoštevanje, zadovoljstvo s sabo, samozavest in na splošno vrednotenje sebe kot osebe. Lestvica ima dobro zanesljivost ($\alpha = 0.91$).
- *Vprašalnik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči – krajša oblika* (Attitudes toward seeking professional psychological help (ATSPPH-S), Fischer in Farina, 1995). Vprašalnik je sestavljen iz desetih postavk, ki jih ocenjujemo na 4-stopenjski lestvici (0 – ne strinjam se, 3 – strinjam se). Seštevek vseh ocen je končni rezultat, pri čemer višje število točk kaže na bolj pozitivna stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči. Postavke 2, 4, 9, 9 in 10 se vrednotijo obratno. Na vzorcu študentov je vprašalnik izkazal zadovoljivo raven zanesljivosti ($\alpha = 0.77$).

V spletno anketo so bila vključena dodatna vprašanja, s pomočjo katerih smo o udeležencih zbrali še nekaj sociodemografskih podatkov in podatke o njihovih dosedanjih izkušnjah s strokovno psihološko pomočjo:

- spol,
- starost (»*Koliko ste stari?*« - udeleženci so vpisali svojo starost),
- najvišja dosežena izobrazba (»*Kakšna je vaša najvišja dosežena formalna izobrazba?*«).
- trenutni status (podatek smo pridobili z izbirnim vprašanjem: »*Kako bi opisali vaš sedanji status?*« Na izbiro so bili naslednji odgovori: *dijak, samozaposleni, zaposleni, aktiven – drugo (npr. kmet, gospodinja), brezposelni, študent, neaktiven – drugo*),

- najvišja dosežena izobrazba staršev (*»Kakšna je najvišja dosežena formalna izobrazba vaše mame?«, »Kakšna je najvišja dosežena formalna izobrazba vašega očeta?«*),
- zgodovina iskanja strokovne psihološke pomoči (*»Ali ste že kdaj poiskali strokovno psihološko pomoč?«* Ponujena sta bila odgovora da in ne. V kolikor je udeleženec odgovoril z da, so se pojavila podvprašanja na naslednjo temo:
 - o S katerimi strokovnjaki za duševno zdravje so do sedaj bili v stiku (*»Zaradi težav z duševnim zdravjem mi je strokovno pomoč nudil:«* možno je bilo označiti več odgovorov: psihiater, psiholog, psihoterapevt, drugo _____).
 - o Ocena izkušnje s strokovno psihološko pomočjo (*»Na lestvici od 1 do 5 (1 – zelo slaba izkušnja, 3-niti slaba niti dobra izkušnja, 5 – zelo dobra izkušnja) ocenite vašo izkušnjo s strokovno psihološko pomočjo«*).

2.3 POSTOPEK

Najprej smo se lotili ustreznega prevoda vprašalnikov, ki še niso bili prevedeni v slovenščino. Naredili smo vzratni prevod vprašalnikov MHLQ, MHPK-10 in SSOSH. Po odobritvi raziskave s strani Komisije za etiko raziskovanja (KER) Oddelka za psihologijo UP Famnit (potrdilo se nahaja v Prilogi A) smo pričeli z rekrutacijo udeležencev. Vzorčenje je potekalo po principu *»snežene kepe«*. Vabilo za sodelovanje v raziskavi smo delili na socialnih omrežjih (Facebook), na spletnih straneh (TOM telefon) in jih poslali v srednje šole v Sloveniji ter naključno izbranim učiteljem psihologije na srednjih šolah. Raziskava je potekala preko spleta, in sicer smo oblikovali spletno anketo na spletni platformi (1ka.si). To je omogočilo, da so nekateri mladostniki anketo reševali doma, drugi v šoli. Vsi udeleženci so morali anketo reševati individualno. Vsak udeleženec je pred pričetkom izpolnjevanja ankete obkljukal, da je (tako on, kot njegovi skrbniki) seznanjen z namenom raziskave, da je sodelovanje prostovoljno in da lahko z raziskavo preneha kadarkoli želi. Sodelovanje je bilo torej prostovoljno, udeleženci pa za sodelovanje niso prejeli nobenega nadomestila oziroma nagrade. Zbiranje podatkov je potekalo od 20. 6. 2020 do 30. 9. 2020. Udeleženci so za izpolnjevanje ankete v povprečju porabili 19 minut in pol. Obvestilo o poteku raziskave je imelo dokaj velik doseg, v največjem številu so se odzvali učitelji psihologije, ki so svoje učence spodbudili k sodelovanju v raziskavi. Na nagovor je kliknilo 908 ljudi. Vendar pa je anketo do konca izpolnilo veliko manj mladostnikov. Na anketo je kliknilo 437 ljudi (48 %), od tega jih je anketo delno rešilo 405 (45 %), v celoti oziroma več kot 90 % ankete pa je rešilo 310 udeležencev (34 %). Na koncu spletne ankete smo udeležencem ob zahvali za sodelovanje ponudili še informacije o tem, kam se lahko obrnejo po pomoč v duševni stiski.

Po fazi zbiranja podatkov smo v programu R (verzija 3.6.1) izvedli statistično analizo podatkov. Najprej je potekalo čiščenje in urejanje podatkov. V prvi fazi smo preverili, koliko je manjkajočih podatkov in kateri so ti podatki, ki manjkajo. Na podlagi pregleda

vrste podatkov, ki manjkajo, smo se odločili, da zaradi neustrezne starosti ali pa nepopolnih podatkov nekatere udeležence izločimo iz nadaljnje analize podatkov. Vključitveni dejavnik, od katerega nismo odstopali, je bil starost od 15 do (vključno) 18 let. Zato smo mladostnike, ki niso bili primerne starosti ali pa podatka o starosti niso podali, izločili iz analize podatkov. Želeli smo namreč zagotoviti, da smo imeli vzorec, ki se nanaša na našo ciljno populacijo. Ko smo izločili vse udeležence neprimerne starosti smo imeli 316 opazovanj. Med temi je bilo 0.90 % manjkajočih podatkov. Odločili smo se za analizo popolnih primerov (angl. *complete case analysis* ali *listwise deletion*), zato smo vse primere z manjkajočimi podatki izločili iz nadaljnje analize. Končno število primerov, ki smo jih analizirali v naši raziskavi je bilo 270, kar predstavlja 67 % udeležencev, ki so anketo vsaj delno rešili.

V preliminarnem koraku smo pregledali tudi nekatere lastnosti naših zdaj že prečiščenih in urejenih podatkov. Preverili smo zanesljivost vseh vprašalnikov uporabljenih v raziskavi. Zaradi problematične postavke smo se pri vprašalniku ATSPPH odločili, da iz analize izločimo postavko 4, ki je močno vplivala na zanesljivost prevedenega vprašalnika. Zaradi negativne korelacije s celotnim dosežkom na testu je bila ta postavka problematična (kljub temu, da smo jo pravilno obratno vrednotili). Zaradi podobnih težav – ena postavka je negativno korelirala z dosežkom na vprašalniku, smo tudi pri MHLQ iz nadaljnje analize izločili postavko 16. Poleg zanesljivosti uporabljenih vprašalnikov, smo preverili tudi normalnost porazdelitve podatkov. Ugotovili smo, da večina podatkov ni normalno porazdeljenih (Priloge B, C in D). Prav tako smo v naših podatkih našli nekaj osamelcev. Zaradi vseh teh lastnosti podatkov smo se odločili, da bomo uporabili neparametrične teste. Za izračun korelacij med spremenljivkami smo uporabili Spearmanov koeficient korelacije, za izračun razlik med spoloma v dosežkih na vprašalnikih, ki ocenjujejo pismenost o duševnem zdravju (MHLQ in MHLS), pa smo uporabili Wilcoxonov test vsot rangov oz. test Mann-Whitneyev test (U) (angl. *Wilcoxon rank-sum test* ali *Mann-Whitney U test*). Na koncu smo izvedli še hierarhično regresijo, saj smo želeli izvedeti, kako izbrane spremenljivke napovedujejo stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči. Po osrednji analizi smo izvedli tudi *post hoc* analizo. Pri razlikah med spoloma smo preverili velikost učinka. S programom G*Power (Faul idr., 2007) smo za izbrani model multiple linearne regresije preverili statistično moč testa.

3 REZULTATI

3.1 Opisna statistika

V sklopu raziskave smo preverjali izkušnje udeležencev z iskanjem strokovne psihološke pomoči in kako to izkušnjo ocenjujejo, doseženo izobrazbo mame in očeta, njihov trenutni status in najvišjo doseženo izobrazbo, ali poznajo koga z duševno motnjo in kdo ta oseba je.

Glede izobrazbe udeležencev in njihovih staršev smo ugotovili naslednje (glej Tabelo 1). Večina udeležencev je imela dokončano osnovno šolo, sledila je dokončana gimnazijska izobrazba, srednje poklicno izobraževanje in nižje poklicno izobraževanje. Večina je odgovorila, da ima trenutno status dijaka (98.88 %), ena oseba je bila zaposlena (0.37 %), ena brezposelna (0.37 %) in ena neaktivna oz. drugo (0.37 %).

Tabela 1

Izobrazbena struktura udeležencev in njihovih staršev

Stopnja izobrazbe	Udeleženci N (%)	Starši udeležencev	
		Mama N (%)	Oče N (%)
Osnovna šola	202 (75.37)	6 (2.24)	5 (1.87)
Nižje poklicno izobraževanje	2 (0.75)	6 (2.24)	10 (3.73)
Srednje poklicno izobraževanje	4 (1.49)	57 (21.27)	68 (25.37)
Gimnazijsko	60 (22.39)	9 (3.36)	14 (5.22)
Srednje poklicno-tehniško izobraževanje	0 (0)	37 (13.81)	55 (20.52)
1. bolonjska stopnja	0 (0)	38 (14.18)	34 (12.69)
Univerzitetno dodiplomsko izobraževanje	0 (0)	68 (25.37)	42 (15.67)
2. bolonjska stopnja	0 (0)	22 (8.21)	20 (7.46)
Magisterij znanosti	0 (0)	17 (6.34)	15 (5.60)
Doktorat	0 (0)	8 (2.99)	5 (1.87)

N=268

Preverjali smo tudi izobrazbo staršev udeležencev. Iz Tabele 1 lahko razberemo, da je imelo največ očetov udeležencev dokončano srednje poklicno izobraževanje ali pa srednje poklicno-tehniško izobraževanje, sledilo je univerzitetno dodiplomsko izobraževanje, 1. bolonjska stopnja, strokovni magisterij, magisterij znanosti, gimnazijsko izobraževanje, nižje poklicno izobraževanje, enako število pa je bilo takšnih, ki so imeli dokončan osnovno šolo ali doktorat. Izobrazbena struktura mater udeležencev je bila nekoliko drugačna, in sicer je bilo največ teh, ki so dokončale univerzitetno dodiplomsko izobraževanje, srednje poklicno izobraževanje, 1. bolonjsko stopnjo, srednje poklicno-

tehniško izobraževanje, strokovni magisterij, magisterij znanosti, gimnazijsko izobraževanje, doktorat, enako število pa je bilo takih, ki so zaključile nižje poklicno izobraževanje ali osnovno šolo.

3.1.1 Dosedanje izkušnje

V sklopu vprašalnika MHLQ smo udeležence spraševali o tem, ali poznajo koga, ki ima duševno motnjo, za kakšno motnjo gre in kdo je ta oseba, ki jo poznajo. Od 268 udeležencev je 113 (42.16 %) udeležencev poznalo nekoga, ki ima duševno motnjo, 70 (26.12 %) ni poznalo nikogar z duševno motnjo, 85 (31.72 %) pa o tem ni bilo povsem prepričanih. Osebam, ki poznajo nekoga z duševno motnjo, smo postavili dve podvprašanji:

- *Za katero duševno motnjo gre:* Na to vprašanje je odgovorilo 91 udeležencev (lahko so podali več odgovorov). Največkrat je bila omenjena depresija (67-krat), sledila je anksioznost (35-krat), anoreksija (12-krat), socialna anksioznost (9-krat), bipolarna motnja (9-krat), motnje hranjenja (7-krat), obsesivno kompulzivna motnja (4-krat), mejna osebnostna motnja (3-krat), panični napadi (3-krat), shizofrenija (2-krat), bulimija, avtizem, motnje pozornosti, posttravmatska stresna motnja (vsi po 2-krat), po enkrat so bile omenjene tudi psihoza, demenca, zasvojenost z alkoholom, motnje pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD), umska zaostalost in gaptofobija. Velikokrat so udeleženci kot motnje omenjali tudi simptome nekaterih motenj, niso pa opredelili, za katero motnjo gre. Tako so na primer omenjali samopoškodovanje (5-krat), samomorilne misli (4-krat), poskus samomora, žalost, dolgo trajajoči strah, stres (2-krat), nizko samopodobo, občutke manjvrednosti, brezvoljnost, konstantno primerjavo z ostalimi, občutek neuspeha, prehitro razburjanje, težave s koncentracijo, izgubo interesov, izogibanje situacijam, ki bi lahko poslabšale razpoloženje, izogibanje socialnim stikom (2-krat), narcizem, slabo počutje, slabo spanje oz. nespečnost (2-krat), izgubo apetita. Nekateri pa težav niso znali opredeliti in so odgovorili z ne vem (5-krat) ali pa niso želeli razkriti, za katero duševno motnjo je šlo in so odgovorili z zaupno, neopredeljena težava (ipd.).
- *Kdo je oseba z duševno motnjo, ki jo poznajo:* Najpogosteje izbran odgovor je bil prijatelj (65 %), drugi najpogostejši odgovor je bil »jaz« (32 %), sledil je odgovor sorodnik (25 %), najmanjkrat pa je to bila neka druga oseba (9 %). Udeleženci so morali natančneje opredeliti, za katerega sorodnika gre. Nekateri so ob tem vprašanju navedli več oseb. Odgovore smo združili v skupine glede na to, ali je šlo za starše, stare starše, sorojence, strice/tete, sestrične/bratrance in drugo. Najpogosteje so bili omenjeni strici ali tete (35 %), druga najpogostejša skupina, ki se je pojavila, so bili starši (23 %), sledili so bratrance ali sestrične (16 %), babice ali dedki (13 %) in drugi daljnji sorodniki (npr. babičin brat, mamin bratranec, prastric) (13 %). Pri opredelitvi drugih so osebe, ki so jih udeleženci navedli, bile

največkrat daljnji prijatelji ali znanci, sošolci/sošolke ali pa družinski prijatelj, bivši partner, sosed, sestrina sošolka ...

Udeležence smo spraševali tudi o njihovi *zgodovini iskanja psihološke pomoči*. Strokovno psihološko pomoč je v preteklosti že poiskalo 42 udeležencev (15.67 %). Nekateri so pomoč poiskali le pri enem strokovnjaku za duševno zdravje, drugi pri več različnih strokovnjakih za duševno zdravje. Največkrat so poiskali strokovno pomoč pri psihologu (32-krat) in psihiatru (10-krat), sledilo je iskanje pomoči pri psihoterapevtu (7-krat), najmanjkrat pa je bil izbran odgovor drugo (5-krat), kjer so udeleženci omenjali hospitalno zdravljenje, osebnega zdravnika, duhovnika ali pa niso točno vedeli, kako odgovoriti. Iz števila izbranih odgovorov lahko razberemo tudi, da so nekateri udeleženci za strokovno psihološko pomoč obiskali več različnih strokovnjakov. Tisti, ki so prejeli strokovno psihološko pomoč, svojo *dosedanjo izkušnjo ocenjujejo* v povprečju z oceno 3.83 (SD = 1.17), kar se najbolj nagiba k temu, da so v povprečju udeleženci s prejemanjem strokovne psihološke pomoči imeli dobro izkušnjo.

3.1.2 Dosežki na uporabljenih vprašalnikih

V Tabeli 2 prikazujemo deskriptivno statistiko dosežkov udeležencev na vseh uporabljenih vprašalnikih v raziskavi. Prikazani so minimalni in maksimalni dosežki na lestvicah ter aritmetična sredina, standardni odklon in zanesljivost posameznega vprašalnika oziroma lestvice.

Tabela 2

Prikaz opisne statistike dosežkov udeležencev na uporabljenih vprašalnikih

Lestvice	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	α
MHLQ	56	152	125.83	12.05	0.85
faktor 1	14	48	37.71	5.19	0.74
faktor 2	37	82	68.41	7.22	0.80
faktor 3	5	25	19.71	3.06	0.79
MHLS	79	152	119.85	13.29	0.86
MHPK	0	5	4.10	0.83	0.86
ATSPPH	0	27	16.66	4.44	0.66
SSOSH	10	46	25.74	6.38	0.83
SSRPH	5	19	11.17	2.43	0.67
WHO	0	25	13.36	4.86	0.85

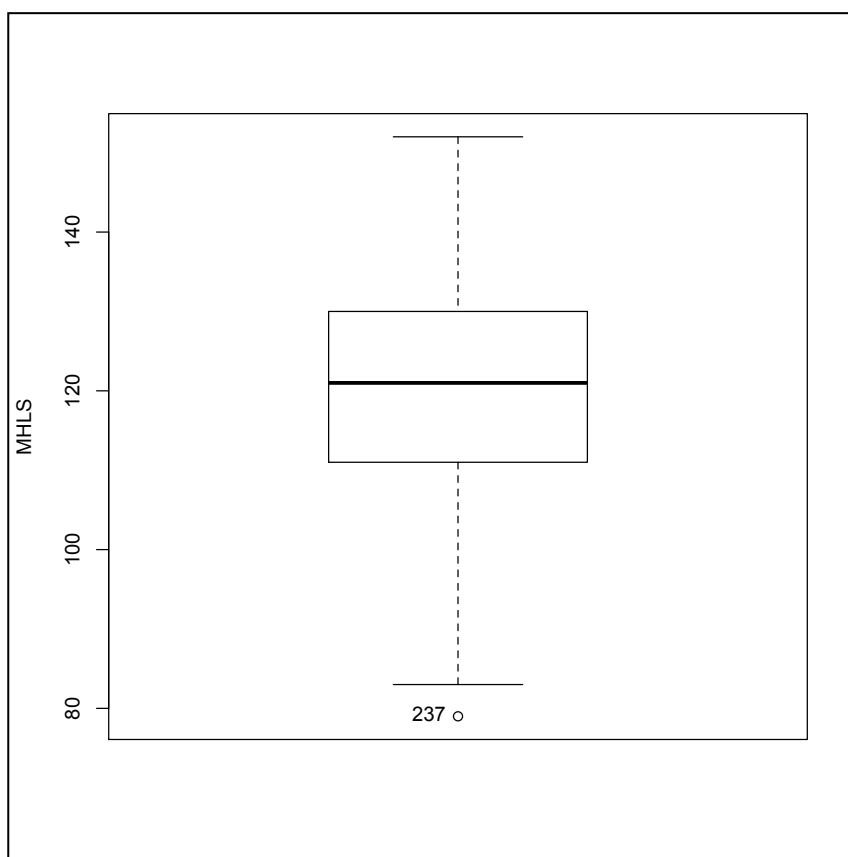
Opombe. N=268, MHLQ = Vprašalnik pismenosti o duševnem zdravju, faktor 1 = Spretnosti prve pomoči in iskanja pomoči, faktor 2 = Znanje/Stereotipi, faktor 3 = Strategije samopomoči, MHLS = Lestvica pismenosti o duševnem zdravju, MHPK = Mera znanja o spodbujanju duševnega zdravja, SSOSH = Lestvica samostigme za iskanje pomoči, SSRPH = Lestvica stigme za prejemanje strokovne psihološke pomoči, WHO = WHO 5 kazalec blaginje, ATSPPH-S = Vprašalnik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči – krajša oblika.

Na lestvici MHPK je 69 % udeležencev doseglo povprečno vrednost odgovorov na postavke več kot 4, kar pomeni, da so izkazali zadostno znanje o faktorjih, ki spodbujajo dobro oziroma pozitivno duševno zdravje. Na drugi strani pa je 31 % mladostnikov izkazalo nezadostno znanje o faktorjih, ki spodbujajo dobro duševno zdravje.

Natančneje smo želeli pogledati še porazdelitev dosežkov slovenskih mladostnikov na dveh merah PODZ. Na Sliki 2 lahko vidimo porazdelitev dosežkov vseh udeležencev na Lestvici pismenosti o duševnem zdravju (MHLS). Iz Slike 2 lahko opazimo, da je na Lestvici pismenosti o duševnem zdravju srednjih 50 % (angl. *middle fifty*) udeležencev doseglo med 111 in 130 točk (IQR = 19).

Slika 2

Porazdelitev dosežkov vseh udeležencev na Lestvici pismenosti o duševnem zdravju



Opombe. Škatlasti grafikon: srednja črta označuje mediano, škatla interkvartilni razmik, ročaji razpon brez osamelcev in krožci osamelce.

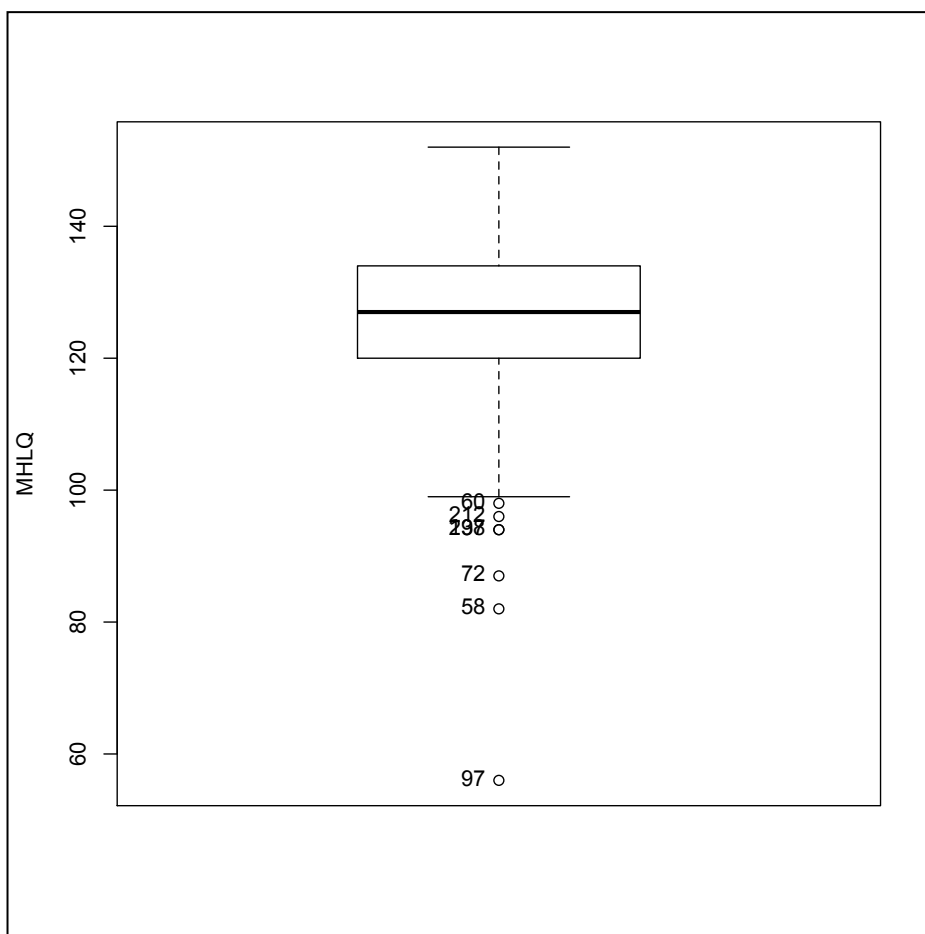
Glede Lestvice pismenosti o duševnem zdravju (MHLS) lahko omenimo še, da so udeleženci na postavkah, ki preverjajo poznavanje motenj, najboljše prepoznavali bipolarno motnjo, sledi zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi, osebnostne motnje,

generalizirano anksiozno motnjo, distimijo, socialno anksioznost, agorafobijo in nazadnje hudo depresivno motnjo. Razlike v prepoznavanju teh duševnih motenj so bile zelo majhne in smo jih razvrstili na podlagi aritmetične sredine pri vsakem odgovoru.

Na Sliki 3 lahko vidimo porazdelitev dosežkov udeležencev na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju (MHLQ). Opazimo, da je srednja polovica udeležencev (50 %) dosegla rezultate med 120 in 134 točk (IQR = 14). Opazimo lahko tudi, da se je na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju (MHLQ) pojavilo več osamelcev, ki so imeli visoko podpovprečne rezultate.

Slika 3

Porazdelitev dosežkov vseh udeležencev na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju



Opomba. Škatlasti grafikon: srednja črta označuje mediano, škatla interkvartilni razmik, ročaji razpon brez osamelcev in krožci osamelce.

Zanimalo nas je tudi, ali so udeleženci na vprašalnikih MHLQ in MHLS v povprečju dosegli več kot polovico točk. Podatki na MHLQ in MHLS niso ustrezali kriterijem normalne porazdelitve, zato smo se odločili, da bomo namesto t testa za en vzorec (angl. *one-sample t-test*) uporabili ekvivalenten neparametrični Wilcoxonov test predznačenih

rangov. Wilcoxonov test predznačenih rangov za en vzorec je pokazal, da so dosežki mladostnikov na MHLQ statistično značilno višji od polovice možnih točk ($V = 35440$, $p < 0.001$). Enako je tudi pri dosežkih na MHLS Wilcoxonov test predznačenih rangov za en vzorec pokazal, da so dosežki mladostnikov na MHLS statistično značilno višji od polovice možnih točk ($V = 34366$, $p < 0.001$).

3.2 Povezanost spremenljivk

V Tabeli 3 prikazujemo Spearmanove koeficiente povezanosti med lestvicami in vprašalniki, ki smo jih uporabili v raziskavi. Opazimo lahko, da so vse uporabljene mere PODZ statistično značilno pozitivno povezane s stališči o iskanju strokovne psihološke pomoči, medtem ko se javna stigma in samostigma negativno povezuje s stališči o iskanju psihološke pomoči. Prav tako lahko iz Tabele 3 opazimo, da sta samostigma in javna stigma negativno povezani z nekaterimi merami PODZ, medsebojno pa sta pozitivno povezani. Nekoliko nekonsistentne rezultate opazimo med povezanostjo mer PODZ s psihološkim blagostanjem, saj je to z nekaterimi vidiki PODZ povezano pozitivno (npr. z MHPK in dimenzijo Spretnosti prve pomoči in iskanja pomoči na MHLQ), z drugimi pa negativno (npr. MHLS, dimenzija Znanje/Stereotipi na MHLQ).

Tabela 3

Prikaz Spearmanovih koeficientov povezanosti med različnimi vprašalniki in lestvicami, uporabljenimi v raziskavi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.MHLQ	1									
2.MHLQ1	0.68***	1								
3.MHLQ2	0.80***	0.22***	1							
4.MHLQ3	0.65***	0.37***	0.35***	1						
5.MHLS	0.46***	0.25***	0.54***	0.12*	1					
6.MHPK	0.42***	0.31***	0.29***	0.40***	0.29***	1				
7.SSOSH	-0.31***	-0.39***	-0.17**	-0.14*	-0.39***	-0.20**	1			
8.SSRPH	-0.17**	-0.13*	-0.16**	-0.03	-0.30***	-0.08	0.30***	1		
9. WHO	0.05	0.21***	-0.15*	0.21***	-0.20***	0.13*	-0.09	0.13*	1	
10.ATSPPH	0.43***	0.49***	0.26***	0.15*	0.45***	0.30***	-0.51***	-0.21***	<0.01	1

Opombe. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; MHLQ = Vprašalnik pismenosti o duševnem zdravju, MHLQ1 = Spretnosti prve pomoči in iskanja pomoči; MHLQ2 = Znanje/Stereotipi, MHLQ3 = Strategije samopomoči, MHLS = Lestvica pismenosti o duševnem zdravju, MHPK = Mera znanja o spodbujanju duševnega zdravja, SSOSH = Lestvica samostigme za iskanje pomoči, SSRPH = Lestvica stigme za prejemanje strokovne psihološke pomoči, WHO = WHO 5 kazalec blaginje, ATSPPH-S = Vprašalnik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči – krajša oblika.

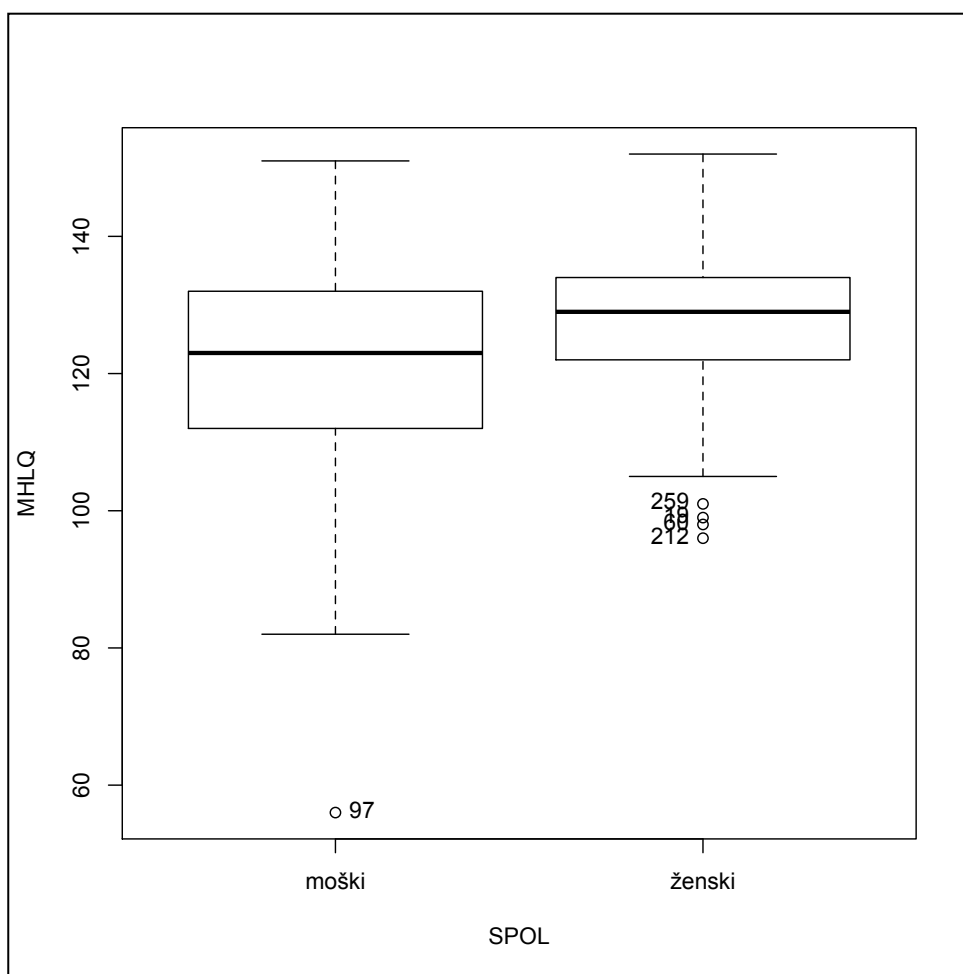
3.3 Razlike med spoloma

Za ugotavljanje razlik med spoloma je Wilcoxonov test vsot rangov oz. test Manna in Whitneyja (U) pokazal, da med mladostnicami in mladostniki obstajajo statistično značilne razlike v dosežkih na vprašalniku MHLQ in MHLS. Na obeh vprašalnikih, ki merita PODZ, so mladostnice dosegale statistično pomembno višje rezultate od mladostnikov.

Wilcoxonov test vsot rangov je pokazal, da je razlika med spoloma v dosežkih na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju (MHLQ) statistično značilna, in sicer $W = 6015$, $Z = -3.3307$, $p < 0.001$ (standardizirana velikost učinka $r = 0.20$). Porazdelitev dosežkov na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju (MHLQ) glede na spol je prikazana na Sliki 4.

Slika 4

Porazdelitev glede na spol udeležencev na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju

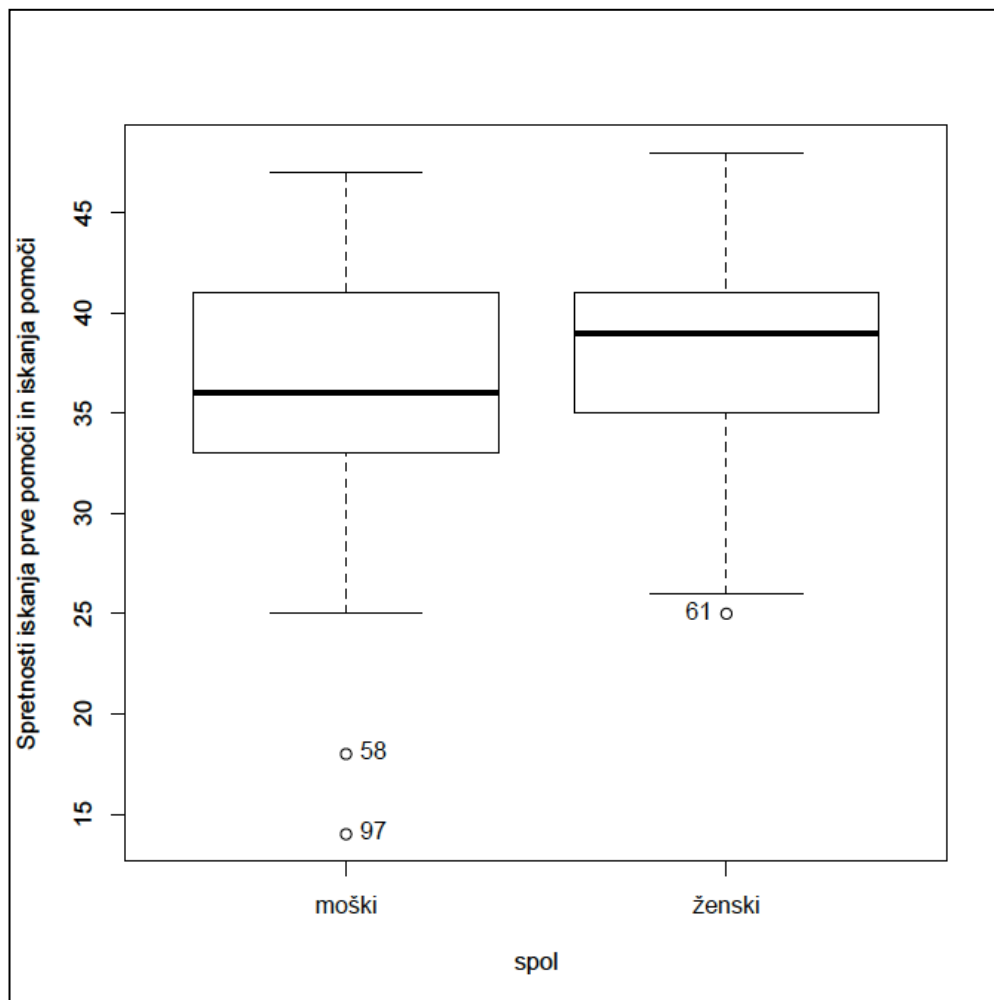


Opombe. Škatlasti grafikon: srednja črta označuje mediano, škatla interkvartilni razmik, ročaj razpon brez osamelcev in krožci osamelce.

Postavke se na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju (MHLQ) združujejo v tri dimenzije. Preverili smo, ali obstajajo pomembne razlike med spoloma tudi na teh posameznih dimenzijah. Na Sliki 5 prikazujemo porazdelitev dosežkov glede na spol na dimenziji Spretnosti iskanja prve pomoči in iskanja pomoči. Ugotovili smo, da obstajajo statistično značilno pomembne razlike med spoloma v dosežkih na dimenziji Spretnosti iskanja prve pomoči in iskanja pomoči ($W=6542.5$, $Z=-2.4536$, $p=0.01$). Standardizirana velikost učinka, $r = 0.15$, kar je majhna velikost učinka.

Slika 5

Porazdelitev dosežkov glede na spol udeležencev na dimenziji Spretnosti iskanja prve pomoči in iskanja pomoči na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju

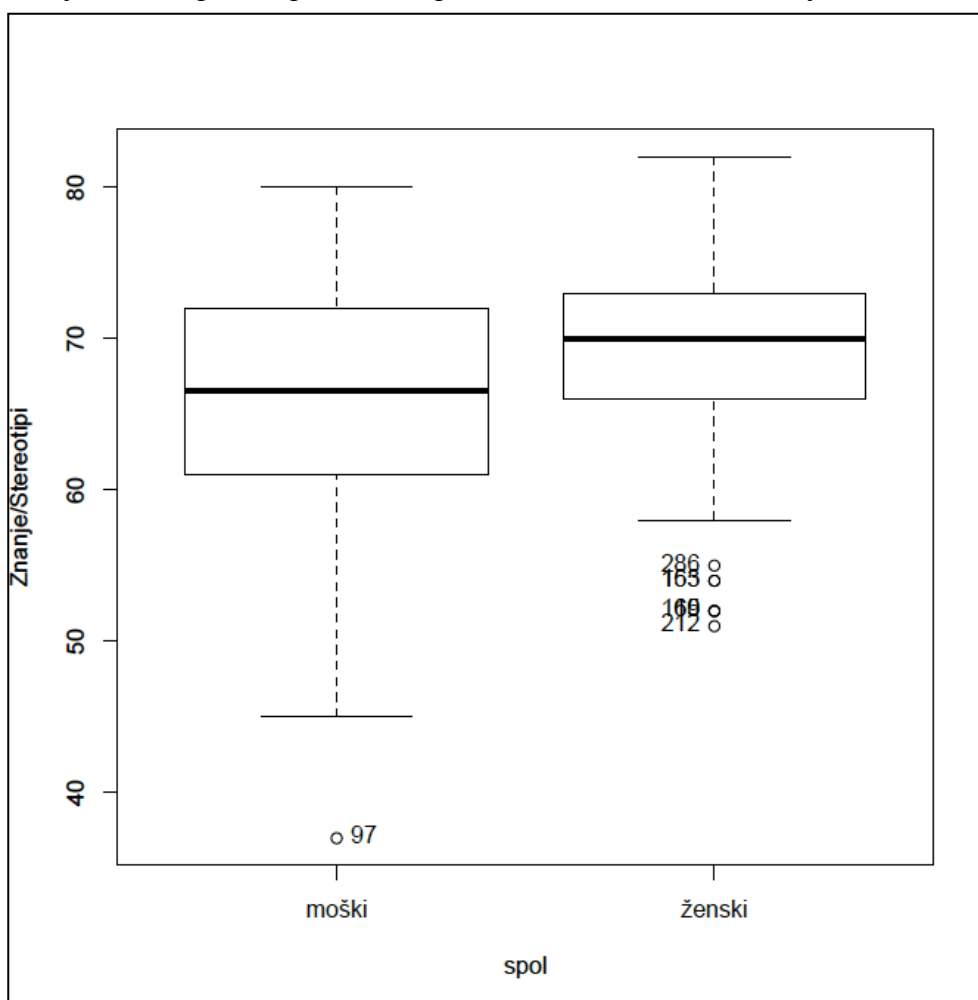


Opombe. Škatlasti grafikon: srednja črta označuje mediano, škatla interkvartilni razmik, ročaji razpon brez osamelcev in krožci osamelce.

Tudi na drugi dimenziji vprašalnika MHLQ – Znanje/Stereotipi se je izkazalo, da mladostnice dosegajo statistično pomembno višji rezultat (Slika 6). Wilcoxonov test vsot rangov je pokazal, da je razlika med spoloma v dosežkih na omenjeni dimenziji statistično značilna, in sicer $W = 5904$, $Z = -3.5185$, $p < 0.001$ (standardizirana velikost učinka $r = 0.21$).

Slika 6

Porazdelitev dosežkov glede na spol udeležencev na dimenziji Znanje/Stereotipi na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju

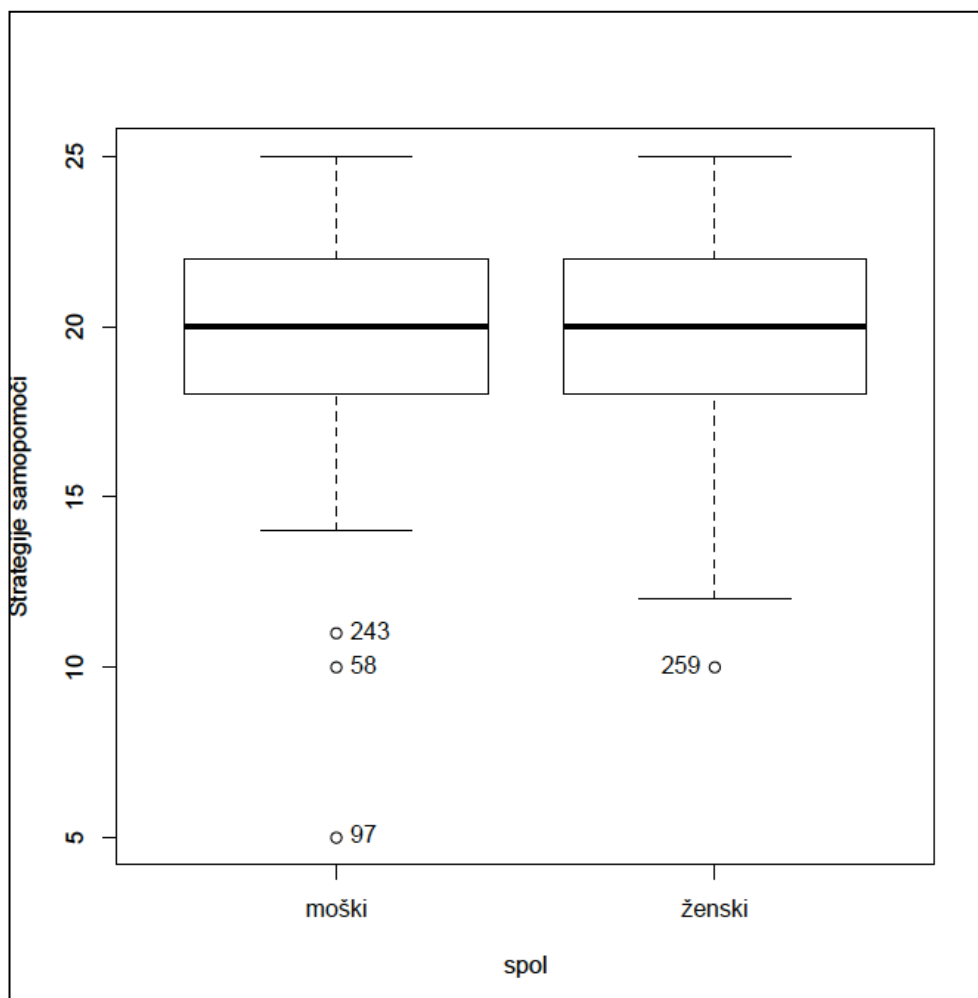


Opombe. Skatlasti grafikon: srednja črta označuje mediano, škatla interkvartilni razmik, ročaji razpon brez osamelcev in krožci osamelce.

Na zadnji dimenziji MHLQ – Strategije samopomoči razlik med spoloma nismo zaznali. Že iz Slike 7, ki prikazuje porazdelitev dosežkov glede na spol, lahko opazimo, da so mladostnice in mladostniki na dimenziji Strategije samopomoči dosegali relativno podobne rezultate. Wilcoxonov test vsot rangov je pokazal, da razlika med spoloma v dosežkih na omenjeni dimenziji ni statistično značilna, in sicer $W = 7801$, $Z = -0.3508$, $p = 0.7266$.

Slika 7

Porazdelitev dosežkov glede na spol udeležencev na dimenziji Strategije samopomoči na Vprašalniku pismenosti o duševnem zdravju

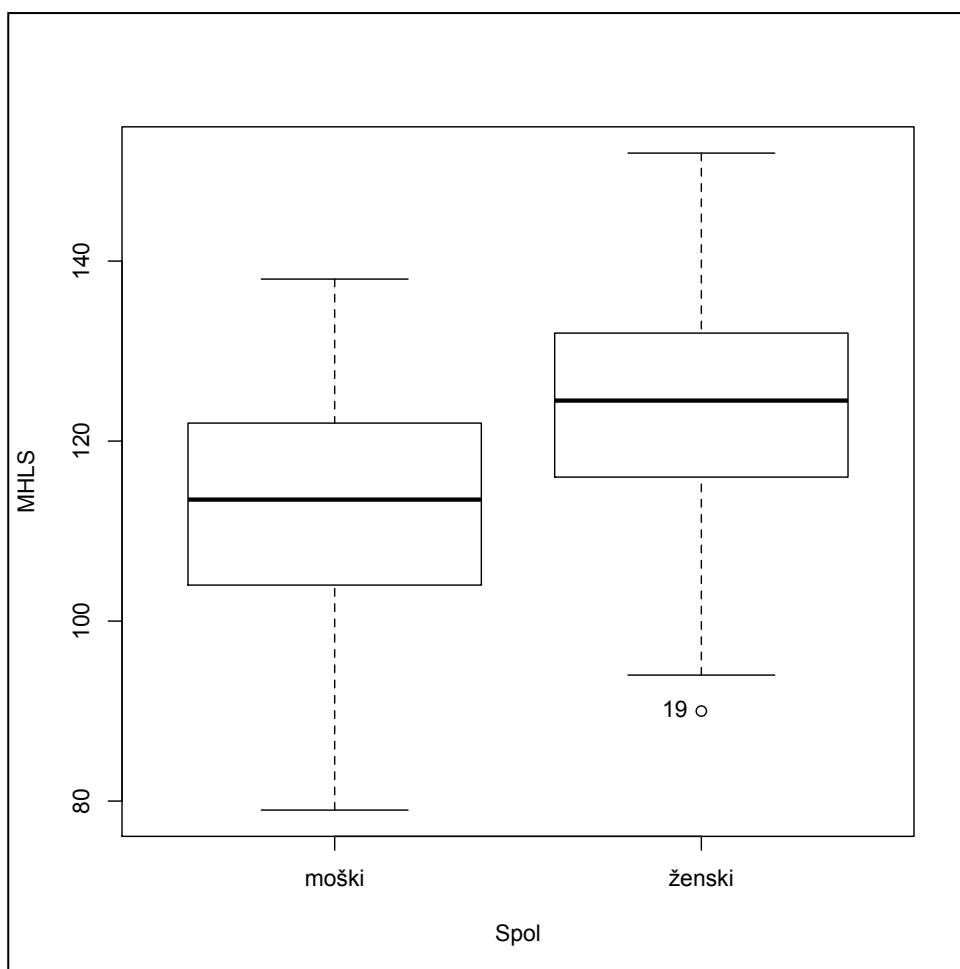


Opombe. Škatlasti grafikon: srednja črta označuje mediano, škatla interkvartilni razmik, ročaji razpon brez osamelcev in krožci osamelce.

Na Sliki 8 prikazujemo še porazdelitev dosežkov na Lestvici pismenosti o duševnem zdravju glede na spol. Wilcoxonov test vsot rangov je pokazal, da tudi v dosežkih na Lestvici pismenosti o duševnem zdravju (MHLS) obstajajo statistično značilno pomembne razlike med spoloma ($W=4633.5$, $Z=-5.6364$, $p<0.001$). Standardizirana velikost učinka, $r = 0.34$, kar je srednje velik učinek.

Slika 8

Porazdelitev dosežkov udeležencev glede na spol na Lestvici pismenosti o duševnem zdravju



Opombe. Škatlasti grafikon: srednja črta označuje mediano, škatla interkvartilni razmik, ročaji razpon brez osamelcev in krožci osamelce.

3.4 Sociodemografski napovedniki pismenosti o duševnem zdravju

Preverili smo, kako nekateri sociodemografski podatki napovedujejo raven pismenosti o duševnem zdravju med mladostniki. Rezultati multiple linearne regresije so prikazani v Tabeli 5. Prikazan model pojasni 23 % variabilnosti v dosežkih na MHLS. Kot statistično pomembni napovedniki dosežkov na Lestvici pismenosti o duševnem zdravju so se

izkazali zgodovina prejemanja psihološke pomoči, spol in poznavanje osebe z duševno motnjo. Če mladostniki niso poznali nikogar z duševno motnjo ($B=-7.05$, $p<0.001$) ali pa o tem niso bili prepričani ($B=-6.75$, $p<0.001$), je to napovedovalo nižje dosežke na MHLS. Udeleženci, ki niso imeli nobene izkušnje s prejemanjem strokovne psihološke pomoči, so prav tako imeli statistično značilno pomembno nižje dosežke na MHLS lestvici ($B=-5.80$, $p<0.01$). Ženski spol je bil statistično značilen napovednik višjih dosežkov na lestvici MHLS ($B=8.39$, $p<0.001$). Velikost učinka Cohenov $f^2 = 0.06$, kar lahko obravnavamo kot majhen učinek (Cohen, 1992). S programom G*Power (Faul idr., 2007) smo opravili *post hoc* analizo. Za analizo smo uporabili $p < 0.05$. Post hoc analiza je pokazala, da je statistična moč testa 0.63.

Grafično in numernično smo preverili, ali naš model ustreza predpostavkam multiple linearne regresije. V prilogi E lahko vidimo grafe, ki se nanašajo na preverjanje predpostavk o linearnosti, normalnosti porazdelitve ostankov, predpostavko o homoscedastičnosti in o odsotnosti vplivnih točk. Iz razsevnega grafikona ostankov (Priloga F, graf zgoraj levo) lahko vidimo, da v modelu ne zaznamo nelinearnih odnosov. Ostanke se normalno porazdeljujejo (Priloga E, Q-Q graf zgoraj desno). Zadostili smo tudi predpostavki o homoscedastičnosti (Priloga E, grafa levo zgoraj in levo spodaj), saj se ostanke enako porazdeljujejo glede na napovedane vrednosti. V modelu nismo zaznali vplivnih točk, ki bi opazno vplivale na regresijske parametre (Priloga E, graf desno spodaj). Z Durbin-Watsonovim testom smo preverili še predpostavko o neodvisnosti napak (angl. *independent errors*) in ugotovili, da smo zadostili tej predpostavki ($DW = 2.04$, $p = 0.76$). Glede na faktor povečanja variance (angl. *variance inflation factor – VIF*) in toleranco (angl. *tolerance statistics*) lahko zaključimo, da model ustreza tudi predpostavki o multikolinearnosti (Tabela 4).

Tabela 4

Prikaz faktorjev povečanja variance in tolerance za napovedne spremenljivke

Spremenljivka	VIF	Toleranca
Spol	1.10	0.91
Starost	1.12	0.89
ZPP	1.17	0.86
Poznavanje osebe z DM	1.20	0.83
Izobrazba mame	2.82	0.35
Izobrazba očeta	2.57	0.39

Opombe. VIF = faktor povečanja variance, ZPP = zgodovina iskanja strokovne psihološke pomoči; Poznavanje osebe z DM = poznavanje osebe z duševno motnjo.

Na podlagi vseh grafičnih in numeričnih testov lahko zaključimo, da podatki zadoščajo predpostavkam normalnosti porazdelitve ostankov, homoscedastičnosti in linearnosti. V modelu prav tako nismo zaznali multikolinearnosti prediktorjev in vplivnih točk.

Tabela 5*Sociodemografske spremenljivke kot napovedniki dosežka na lestvici MHLS*

Spremenljivka	B	SE B	95 % IZ	
			SM	ZM
Konstanta	126.03	17.15	92.25	159.81
Spol (ženski) ^a	8.39***	1.58	5.27	11.50
Starost	0.17	0.86	-1.52	1.85
ZPP (ne) ^b	-5.80**	2.12	-9.97	-1.62
Poznavanje osebe z DM (ne) ^c	-7.04***	1.87	-10.73	-3.37
Poznavanje osebe z DM (nisem prepričan/a)	-6.75***	1.76	-10.22	-3.28
Izobrazba mame (III. stopnja) ^d	-9.48	7.02	-23.31	4.34
Izobrazba mame (IV. stopnja)	-5.50	5.16	-15.65	4.65
Izobrazba mame (V. stopnja)	-7.70	5.23	-17.03	2.60
Izobrazba mame (VI/2. stopnja)	-9.68	5.33	-20.17	0.82
Izobrazba mame (VII. stopnja)	-6.77	5.21	-17.03	3.49
Izobrazba mame (VIII/1. stopnja)	-4.88	5.86	-16.41	6.66
Izobrazba mame (VIII/2. stopnja)	-5.49	6.71	-18.70	7.73
Izobrazba očeta (III. stopnja) ^e	6.40	6.69	-6.76	19.57
Izobrazba očeta (IV. stopnja)	0.09	5.51	-10.76	10.94
Izobrazba očeta (V. stopnja)	1.86	5.52	-9.02	12.73
Izobrazba očeta (VI/1. stopnja)	2.00	5.71	-9.24	13.25
Izobrazba očeta (VII. stopnja)	2.62	5.59	-8.38	13.63
Izobrazba očeta (VIII/1. stopnja)	-3.80	6.17	-15.94	8.34
Izobrazba očeta (VIII/2. stopnja)	-9.52	7.82	-24.92	5.88

Opombe. N = 268. IZ = interval zaupanja; SM = spodnja meja, ZM = zgornja meja; ZPP = zgodovina iskanja strokovne psihološke pomoči; Poznavanje osebe z DM = poznavanje osebe z duševno motnjo.

^a referenčna skupina = moški; ^b in ^c referenčna skupina = da; ^d in ^e referenčna skupina = II. stopnja.

** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; $R^2 = 0.29$; adj. $R^2 = 0.22$.

3.5 Hierarhična regresija

V Tabeli 6 so prikazani rezultati treh modelov multiple linearne regresije. Izvedli smo hierarhično regresijsko analizo. V prvem koraku smo kot napovednike testirali nekatere demografske (spol, starost) ter psihološke značilnosti udeležencev (zgodovino iskanja strokovne psihološke pomoči). Izkazalo se je, da v tem primeru ženski spol statistično pomembno pozitivno napoveduje višji dosežek na vprašalniku stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči ($B=2.20, p<0.001$). V Modelu 2 smo kot napovednika dodali mero PODZ in pismenost o pozitivnem duševnem zdravju. Oba sta se izkazala kot statistično značilna pozitivna napovednika stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči, MHLS ($B=0.14, p<0.001$) in MHPK ($B=0.64, p<0.05$). Na podlagi rezultatov ANOVE lahko rečemo, da se Model 2 bistveno bolje prilega podatkom v primerjavi z Modelom 1, $F(2, 262) = 38.75, p < 0.001$, ter da PODZ in pismenost o pozitivnem duševnem zdravju napovedujeta stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči nad demografskimi in psihološkimi značilnostmi, ki so vključene v Model 1. V Modelu 3 smo v analizo vključili še meri javne stigme in samostigme. Model 3 pojasni 39 % variabilnosti. Izkazalo se je, da v tem primeru spol ($B=1.23, p<0.05$) in pismenost o duševnem zdravju ($B=0.07, p<0.001$) statistično značilno napovedujeta višje dosežke na Vprašalniku stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči. Izkazalo se je, da je Model 3 bistveno izboljšal (oz. je bolje pojasnil variabilnost) prileganje modela podatkom v primerjavi z Modelom 2, $F(2, 260)=32.11, p < 0.001$. V nadaljevanju smo se osredotočili na Model 3, za katerega smo ocenili velikost učinka in statistično moč testa. Velikost učinka Cohenov $f^2 = 0.20$, kar lahko obravnavamo kot srednje velik učinek (Cohen, 1992). S programom G*Power (Faul idr., 2007) smo opravili post hoc analizo. Za analizo smo uporabili $p < 0.001$. Post hoc analiza je pokazal, da je statistična moč testa presegla 0.99.

Tabela 6*Hierarhična regresija*

Spremenljivka	ATSPPH								
	Model 1			Model 2			Model 3		
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	95 % IZ	<i>B</i>	<i>SE B</i>	95 % IZ	<i>B</i>	<i>SE B</i>	95 % IZ
Konstanta	9.67	5.06	(-0.31, 19.64)	-8.08	5.09	(-18.10, 1.94)	8.39	5.07	(-1.59, 18.36)
Spol (ženski)	2.20***	0.56	(1.10, 3.30)	0.71	0.54	(-0.35, 1.77)	1.23*	0.49	(0.27, 2.19)
Starost	0.40	0.30	(-0.20, 0.99)	0.31	0.27	(-0.22, 0.85)	0.34	0.24	(-0.14, 0.82)
ZPP (ne)	-1.15	0.73	(-2.59, 0.29)	-0.01	0.68	(-1.34, 1.32)	-0.17	0.61	(-1.36, 1.03)
MHLS				0.14***	0.02	(0.10, 0.18)	0.07***	0.02	(0.03, 0.11)
MHPK				0.64*	0.30	(0.05, 1.24)	0.44	0.27	(-0.09, 0.98)
SSOSH							-0.29***	0.04	(-0.37, -0.22)
SSRPH							-0.06	0.09	(-0.24, 0.13)
R ²		0.08			0.26			0.41	
adj. R ²		0.07			0.24			0.39	

Opombe. N = 268. $p < 0.1$; $*p < 0.05$; $***p < 0.001$; ZPP = zgodovina iskanja strokovne psihološke pomoči, MHLS = Lestvica pismenosti o duševnem zdravju, MHPK = Mera znanja o spodbujanju duševnega zdravja, SSOSH = Lestvica samostigme za iskanje pomoči, SSRPH = Lestvica stigme za prejemanje strokovne psihološke pomoči, ATSPPH-S = Vprašalnik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči – krajša oblika.

V Prilogi F lahko vidimo sliko štirih osnovnih diagnostičnih grafov, s katerimi smo želeli preveriti, ali Model 3 ustreza predpostavkam multiple linearne regresije. Ugotovili smo, da v Modelu 3 ne zaznamo nelinearnih odnosov (Priloga F, razsevni grafikon levo zgoraj). Graf standardiziranih ostankov glede na teoretične kvantile nam prikazuje, da se ostanki normalno porazdeljujejo (Priloga F, Q-Q graf zgoraj desno). Grafično smo preverili še predpostavko o homoscedastičnosti (Priloga F, grafa levo zgoraj in levo spodaj), ki ji Model 3 ustreza in prisotnost vplivnih točk, ki bi lahko opazno vplivale na regresijske parametre v Modelu 3 (Priloga F, graf desno spodaj) – takšnih točk nismo zaznali. Za preverjanje predpostavk smo uporabili nekatere numerične teste. Z Durbin-Watsonovim testom smo preverili predpostavko o neodvisnosti napak in ugotovili, da smo zadostili tej predpostavki ($DW = 2.04$, $p = 0.76$). Glede na faktor povečanja variance in toleranco (rezultati so prikazani v Tabeli 7) lahko rečemo, da Model 3 ustreza tudi predpostavki o multikolinearnosti.

Tabela 7

Prikaz faktorjev povečanja variance in tolerance za napovedne spremenljivke Modela 3

Spremenljivka	VIF	Toleranca
Spol	1.19	0.84
Starost	1.03	0.97
ZPP	1.09	0.92
MHLS	1.63	0.61
MHPK	1.15	0.87
SSOSH	1.32	0.76
SSRPH	1.16	0.86

Opombe. VIF = faktor povečanja variance, ZPP = zgodovina iskanja strokovne psihološke pomoči, MHLS = Lestvica pismenosti o duševnem zdravju, MHPK = Mera znanja o spodbujanju duševnega zdravja, SSOSH = Lestvica samostigme za iskanje pomoči, SSRPH = Lestvica stigme za prejetje strokovne psihološke pomoči.

4 RAZPRAVA

V pričujoči raziskavi smo želeli izvedeti več o PODZ slovenskih mladostnikov, prisotnosti stigme glede iskanja pomoči in o stališčih do iskanja strokovne psihološke pomoči ter tudi o tem, koliko udeležencev je že prejelo strokovno psihološko pomoč in kako ocenjujejo to izkušnjo. Natančneje nas je zanimalo, kakšna je PODZ med slovenskimi mladostniki, kako se povezuje z javno stigo, samostigo, blagostanjem in nekaterimi sociodemografskimi podatki ter kako nekatere izmed preučevanih spremenljivk napovedujejo stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči.

Ugotovitve o dosedanjih izkušnjah udeležencev z duševnimi motnjami in strokovnjaki za duševno zdravje lahko strnemo v naslednje točke: (1) nekaj manj kot polovica udeležencev je poznala nekoga, ki ima duševno motnjo, približno tretjina udeležencev ni bila povsem prepričana o tem, ali pozna osebo z duševno motnjo, malo manj kot tretjina udeležencev pa ni poznala nikogar, ki bi imel duševno motnjo; (2) kot osebe z duševnimi motnjami, ki so jih poznali, so najpogosteje navajali (v sledečem vrstnem redu): prijatelji, oni sami, sledili so sorodniki (najpogosteje strici ali tete, sledijo starši, bratranci ali sestrične, nato babice ali dedki ter drugi daljnji sorodniki); (3) delež udeležencev raziskave, ki so do sedaj poiskali pomoč je bil zelo majhen, takšnih je bila manj kot šestina vseh udeležencev; (4) tisti, ki so že poiskali strokovno pomoč, so jo največkrat poiskali pri psihologu; (5) v povprečju so dosedanji stik s strokovno psihološko pomočjo udeleženci ocenili kot dobro izkušnjo.

Slovenski mladostniki so na obeh lestvicah MHLS in MHLQ, ki merita PODZ, v povprečju dosegli več kot polovico točk. Glede na dosežene rezultate opazamo, da je še nekaj prostora za izboljšanje povprečne PODZ med mladostniki. Rezultata nismo primerjali z dosežki mladostnikov iz drugih držav, zato o PODZ slovenskih mladostnikov glede na ostale mladostnike po svetu ne moremo podati relevantnih informacij. Na lestvici MHPK, ki meri pozitivno pismenost o duševnem zdravju, so udeleženci glede na maksimalen možen dosežek na lestvici v povprečju dosegali relativno visoke rezultate. Približno tretjina ni presegla praga, ki predstavlja zadostno znanje o faktorjih, ki spodbujajo pozitivno duševno zdravje. Glede na te rezultate lahko sklepamo, da večina slovenskih mladostnikov dobro pozna faktorje, ki varujejo pozitivno duševno zdravje.

Preverili smo tudi, katere izmed izmerjenih sociodemografskih spremenljivk so statistično značilni napovedniki PODZ med mladostniki. Izkazalo se je, da so to spol, zgodovina prejemanja strokovne psihološke pomoči in poznavanje osebe z duševno motnjo. Rezultati so pokazali, da je ženski spol napovedoval statistično značilno višje dosežke na Lestvici pismenosti o duševnem zdravju (MHLS). Zgodovina neprejetanja strokovne psihološke

pomoči in nepoznavanje osebe z duševno motnjo (ali ne prepričanost o tem) so napovedovali statistično značilno nižje dosežke na MHLS.

V osrednjem delu naše raziskave smo se osredotočili na preverjanje vnaprej postavljenih hipotez. Te so zajemale predvsem korelacijske odnose med spremenljivkami in pa tudi iskanje napovednikov pozitivnih stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči.

4.1 Povezanost med stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči in PODZ

Naša prva hipoteza je bila, *da bosta PODZ in stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči pozitivno povezani*. Na podlagi rezultatov smo obdržali prvo hipotezo. Izkazalo se je, da so mladostniki, ki so dosegali višje rezultate na različnih merah pismenosti o duševnem zdravju (velja za vse tri mere PODZ, ki smo jih uporabili v raziskavi: MHLS, MHLQ in MHPK), imeli bolj pozitivna stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči (oziroma višje dosežke na lestvici ATSPPH). Rezultati se skladajo z ugotovitvami predhodno izvedenih raziskav, v katerih se je, enako kot v naši raziskavi, izkazalo, da so stališča mladostnikov o iskanju strokovne psihološke pomoči pozitivno povezana s PODZ (Gorczyński idr., 2016, Cheng idr., 2018). Glede na to, da stališča do iskanja pomoči med drugim naslavljajo tudi prepoznavanje potrebe po pomoči (Wei idr., 2015), je smiselno, da se lahko boljše prepoznavanje simptomov, kaže tudi v bolj pozitivnih stališčih do iskanja strokovne psihološke pomoči. Ugotovitve so smiselne, če jih postavimo v kontekst dveh modelov iskanja pomoči (Cauce idr., 2002; Vogel, 2006b). Oba modela pravita, da je običajno prvi korak iskanja pomoči v prepoznavanju in interpretaciji simptomov, kar bi posredno lahko razložilo tudi povezanost, ki smo jo ugotovili v okviru prve hipoteze.

4.2 Razlike med spoloma v PODZ

Rezultati raziskave podpirajo tudi drugo hipotezo, pri kateri smo predvidevali, da *bodo udeleženske ženskega spola imela statistično značilno višji nivo PODZ v primerjavi z udeleženci moškega spola*. Naša primerjava spolov v dosežkih na različnih merah PODZ je, tako kot prejšnje raziskave (Burns in Rapee, 2006; Cotton idr., 2006), pokazala, da med spoloma obstajajo statistično pomembne razlike v dosežkih na vprašalnikih MHLS in MHLQ, ki merita pismenost o duševnem zdravju. Na podlagi naših ugotovitev lahko rečemo, da so mladostnice v splošnem izkazale višji nivo PODZ v primerjavi z mladostniki. Dodatno smo preverili tudi razlike med spoloma na posameznih dimenzijah MHLQ. Ugotovili smo, da so mladostnice v primerjavi z mladostniki dosegale boljše rezultate na dimenziji Spretnosti prve pomoči in iskanja pomoči ter na dimenziji Znanje/Stereotipi. To pomeni, da so se bolje izkazale v poznavanju tega, kje in na kakšne načine lahko pomagajo sebi ali drugim v duševni stiski in v znanju, ki ga imajo o duševnih motnjah. Ni pa bilo statistično pomembnih razlik med spoloma na dimenziji Strategije samopomoči, kar se nanaša predvsem na prepoznavanje vedenj, s katerimi lahko sami pripomorejo k boljšemu duševnemu zdravju (npr. »Početi nekaj, v čemer uživaš, pomaga

pri izboljšanju duševnega zdravja»). Več raziskav v preteklosti je že pokazalo, da moški v primerjavi z ženskami slabše prepoznajo simptome nekaterih duševnih motenj (Cotton idr., 2006, Gibbons idr., 2015; Ratnayake in Hyde, 2019) in da imajo ženske v splošnem višjo PODZ kot moški (Gibbons idr., 2015; Furnham in Swami, 2018). Pretekle raziskave se skladajo tudi z dodatnimi ugotovitvami o razlikah na dimenziji Spretnosti prve pomoči in iskanja pomoči, saj so ugotovili, da so mladostnice v primerjavi z mladostniki izkazale večjo skrb in pripravljenost pomagati depresivnemu vrstniku (Burns in Rapee, 2006; Melas idr., 2013). Razlike med spoloma se ne kažejo le na področju PODZ, ampak se kažejo na različnih področjih duševnega zdravja, na primer v višji prevalenci določenih duševnih motenj pri določenem spolu, v različnih vedenjih glede iskanja pomoči in v različnem odzivu družbe kot celote (WHO, 2002). K temu bi lahko, v interakciji z biološkimi razlikami med spoloma, doprinesle tudi razlike v socialnih vlogah moškega in ženskega spola. Ugotovili so tudi, da je pri mladostnikih nižja PODZ povezana z maskulinostjo (Clark idr. 2020), kar bi lahko navezali tudi na razlago naših ugotovitev. Dodatno lahko ugotovljeno razliko med spoloma razložimo še s tem, da so mladostnice bolj poučena o PODZ, ker v višji meri zaznavajo, da so ranljiva za bolezni, tj. »stopnja, do katere oseba verjame ali pričakuje, da se jim lahko zgodi določena zdravstvena težava, bolezen ali nesreča« (Gochman in Saucier, 1982, str. 47). Model zdravstvenih prepričanj (angl. Health Belief Model, HBM) izpostavi, da so za proaktivno vedenje povezano z zdravjem pomembni: zaznana dovzetnost za določeno bolezen, zaznana stopnja resnosti posledic določenega stanja, stopnja zaznanih koristi specifičnih za zdravje koristnih vedenj in nivo zaznanih ovir (na primer fizičnih, psiholoških, finančnih in drugih) ter pozitivne zdravstvene vrednote ali splošna motivacija glede zdravja (Rosenstock, 1990, po O'Connor idr., 2014).

4.3 Pozitivna PODZ in psihološko blagostanje

Hipotezo H3, pri kateri smo predvidevali *pozitivno povezanost med pozitivno pismenostjo o duševnem zdravju in psihološkim blagostanjem*, smo obdržali. Med pozitivno pismenostjo o duševnem zdravju in psihološkim blagostanjem smo odkrili statistično značilno šibko pozitivno povezanost (Schober idr., 2018). Naši rezultati se skladajo z ugotovitvami Bjørsen in drugih (2019), ki so prav tako opazili pozitivno povezanost med omenjenima konstruktoma. Raziskave, ki proučujejo povezanost med pozitivno PODZ in psihološkim blagostanjem, so po našem vedenju redke. Nekaj več je takšnih, ki preverjajo povezanost psihološkega blagostanja s PODZ. Gorczynski s sodelavci (2016) je na primer ugotovil, da PODZ ni povezana z blagostanjem, pri tem pa je torej preverjal splošno pismenost o duševnem zdravju in raziskava ni posebej izpostavljala pozitivne pismenosti o duševnem zdravju. Povezanost, ki smo jo ugotovili v naši raziskavi, je šibka. Na tem mestu se nam zdi pomembno poudariti razliko med samim znanjem mladostnikov o pozitivnim duševnem zdravju oziroma o faktorjih, ki pripomorejo k boljšemu duševnemu zdravju in med dejanskimi sposobnostmi mladostnikov, da to znanje uporabijo tudi v praksi (Bjørsen

idr., 2017). Samo pozitivna pismenost o duševnem zdravju še ne zadošča za implementacijo vedenj, ki spodbujajo pozitivno duševno zdravje – morda bi bilo bolj praktično preučevati povezanost med samo pogostostjo vedenj, ki pripomorejo k boljšemu duševnemu zdravju in psihološkim blagostanjem. Kljub temu ocenjujemo, da je znanje o pozitivnem duševnem zdravju pomembno, saj predstavlja osnovo, ki je potrebna, da posamezniki sprejmejo odločitve in gradijo na veččinah, ki jim bodo kasneje koristile pri uporabi znanj v korist njihovem duševnemu zdravju.

4.4 Povezanost javne stigme in samostigme s stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči

Raziskovali smo tudi povezanost javne stigme in samostigme s stališči o iskanju strokovne psihološke pomoči in na podlagi naših ugotovitev lahko obdržimo hipotezi H4 in H5, ki sta se nanašali na te odnose. Pri hipotezi H4 smo predvidevali, da bo *javna stigma negativno povezana s stališči o iskanju strokovne psihološke pomoči*. Pri hipotezi H5 pa smo predvidevali, da bo *samostigma negativno povezana s stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči*. Na našem vzorcu smo zaznali zmerno negativno povezanost med samostigmo in stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči ter šibko negativno povezanost med javno stigmo in stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči. Podobno so ugotovili že v prejšnjih raziskavah, da sta pri mladostnikih samostigma in javna stigma negativno povezani s stališči o iskanju pomoči (Shea in Yeh, 2008, Vogel idr., 2006a). Glede na to, da samostigma pomeni ponotranjenje negativnih stereotipov, se kaže v nizkem samospoštovanju in slabi samoučinkovitosti (Corrigan in Rao, 2012), je razumljivo, da imajo posamezniki z visoko samostigmo nižja stališča do iskanja strokovne pomoči. Iskanje pomoči za težave v duševnem zdravju bi lahko še znižalo posameznikovo samospoštovanje, saj jim to lahko vzbuja občutke manjvrednosti ali neustreznosti. Posamezniki z visoko samostigmo se tako ne odločijo za iskanje pomoči zaradi prepričanja, da bi to bil znak slabosti ali priznanje neuspeha (Vogel idr., 2006). Medtem ko povezanost samostigme z nižjimi stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči razlagamo na individualni ravni, saj se samostigma nanaša na vedenje članov stigmatizirane skupne (Eisenberg idr., 2009), pa povezavo med nižjimi stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči in javno stigmo lahko pojasnimo na družbeni ravni. Glede na to, da gre pri javni stigmatizaciji za vedenje družbe do stigmatizirane skupine (Corrigan, 2004; Rüschi idr., 2005), bi negativnejša stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči pri višji javni stigmatizaciji razložili s tem, da se ljudje želijo izogniti »nalepki« oziroma »oznaki« osebe z duševno motnjo, ki bi jo lahko pridobili, če bi iskali pomoč za težave v duševnem zdravju. Diagnoza oziroma oznaka lahko s seboj prinese veliko negativnih posledic za posameznika, ki se odražajo na družbeni ravni oziroma v javni stigmatizaciji. Negativnejša stališča o iskanju pomoči zmanjšujejo verjetnost, da bi mladi poiskali pomoč (Ando idr., 2018). S tem ko mladi ne poiščejo pomoči, se na nek način lahko izognejo diagnozi. Za nekoga, ki ima visoko izraženo zaznavanje javne stigme, lahko nižja stališča do iskanja

strokovne psihološke pomoči na nek način predstavljajo »korist«, saj se z neiskanjem pomoči lahko izognejo tudi stereotipom in diskriminaciji (npr. slabše zaposlitvene možnosti), ki so je lahko deležni v družbi, če so označeni kot duševno bolni (Corrigan in Watson, 2002; Corrigan, 2004). Seveda pa te »koristi« v resnici niso koristi, saj dolgoročno nezdravljene bolezni pomenijo veliko breme tako za posameznika kot za družbo (Bagnell in Santor, 2012).

4.5 Napovedniki stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči

Hipotezo H6 – da so *PODZ*, *samostigma* in *stigma* pomembni napovedniki stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči – ne moremo v celoti obdržati ali zavrnila, saj sta se samostigma in *PODZ* izkazala kot statistično pomembna napovednika, medtem ko javna stigma ni bila statistično značilen napovednik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči. Delno se naše ugotovitve torej skladajo z že prej izvedenimi raziskavami, da samostigma in *PODZ* napovedujeta stališča do iskanja strokovne s psihološke pomoči (Ibrahim idr., 2019, Cheng idr., 2018). Zanimivo je, da se je na našem vzorcu kot napovednik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči pokazala le samostigma, ne pa tudi javna stigma. Delno bi lahko to pojasnili tudi s tem, da samo zaznavanje javne stigme še ni nujno za poistovetenje z njo. Nekdo lahko torej zaznava javno stigo, a je ne ponotranji, kar pa velja pri samostigmi. Corrigan in Rao (2012) pojasnjujeta, da lahko ljudi razdelimo na kontinuum, kjer so na pozitivnem polu tisti, ki se s stigmatizirajočo skupnostjo ne obremenjujejo pretirano. Torej ni nujno, da se nekdo, ki zaznava javno stigo, z njo tudi poistoveti, ampak ga nasprotno javna stigma napolni z občutki upravičene jeze. V tem kontekstu javna stigma mogoče ni v tolikšni meri ovira pri iskanju pomoči. Na negativnem polu tega kontinuum je samostigma, pri kateri gre za ponotranjenje predsodkov in stereotipov. Običajno imajo samostigmatizirane osebe oškodovano samospoštovanje in izgubijo cilje (Corrigan in Rao, 2012). V tem kontekstu lahko tudi pojasnimo, zakaj je samostigma pomemben napovednik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči. Pri osebah z visoko samostigmo zaradi ponotranjenih predsodkov in stereotipov o sebi (na podlagi duševne motnje), nizkega samospoštovanja in samoučinkovitosti ter izgube ciljev pride do učnika »zakaj bi se trudil?« (angl. »why try« effect) (Corrigan idr., 2009). Rezultat tega je, da se ljudje z duševnimi motnjami ne vključijo v različne priložnosti, ki bi jim omogočile napredek na področju dela ali drugih osebnih aspiracij (Corrigan idr., 2009). Ta učinek, ki nakazuje občutek nesmiselnosti vlaganja truda za izboljšanje stanja oziroma duševnega zdravja, nam pomaga razumeti tudi negativnejša stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči, nepripravljenost posluževanja strokovne pomoči na področju duševnega zdravja, kar vpliva na zmanjšanje življenjskih priložnosti.

V multiplo linearno regresijo smo vključili še nekaj pojasnjevalnih spremenljivk, ki v hipotezo H6 niso bile vključene. S tem smo dodatno kot pomembni napovednik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči identificirali tudi spol. Izkaže se, da ženski spol napoveduje stališča, ki so bolj naklonjena k iskanju strokovne psihološke pomoči. To se sklada s prejšnjimi raziskavami, ki so že raziskovale spol kot napovednik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči in v katerih se je izkazalo, da je ženski spol statistično značilno pozitivno povezan s pozitivnejšimi stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči (Cheng idr., 2018). Rezultati meta analize so pokazali, da imajo ženske bolj pozitivna stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči (Nam idr., 2010), kar lahko povežemo tudi z našimi ugotovitvami. Da je temu tako, bi lahko pojasnili v okviru stereotipov in socialne konstrukcije maskulnosti. Stereotipi prikazujejo moške kot osebe, ki na primer nerade vprašajo za smer, ko se izgubijo; ki imajo težave z deljenjem svoje ranljivosti s prijatelji in družino ter se izogibajo potrebni pomoči strokovnjakov. Pri iskanju pomoči moških gre lahko za različne ideologije o maskulnosti, norme in spolne vloge, ki lahko nespodbudno delujejo na iskanje pomoči. Moško iskanje pomoči lahko razumemo kot funkcijo tako socializacije kot tudi socialne konstrukcije maskulnosti. Lahko gre torej za ponotranjenje omenjenih vidikov, ki moške predstavljajo kot močne, tekmovalne in včasih čustveno neizrazne – vse to ima potencialno lahko učinek na stališča in pogled moških na iskanje pomoči. Hkrati se moramo zavedati, da obstaja tudi bogata raznolikost znotraj te skupine, torej med različnimi moškimi, ki iščejo ali ne iščejo pomoči za različne probleme (Addis in Mahalik, 2003).

Čeprav to ni bil primarni fokus naše raziskave, smo dodatno preučili in ugotovili še, da samostigma pojasnjuje stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči nad ostalimi preučevanimi sociodemografskimi spremenljivkami in nad PODZ. Naše spoznanje je skladno z raziskavo, ki je bila sicer izvedena na mladih, ki imajo nizek socioekonomski status (Ibrahim idr., 2019), kjer se je samostigma izkazala kot najmočnejši napovednik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči. V tej raziskavi so ugotovili tudi, da se med samostigmo in PODZ ne pojavijo učinki interakcije pri napovedovanju stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči. Zakaj se je samostigma tako v naši raziskavi, kot tudi v prej omenjeni (Ibrahim idr., 2019) pojavila kot najpomembnejši napovednik, ni povsem jasno. Ena izmed razlag bi lahko bila, da ima samostigma zajema več različnih vidikov človekovega funkcioniranja kot PODZ. S tem mislimo predvsem na to, da samostigma vključuje tako prepričanja oziroma kognitivno komponento kot tudi čustvene reakcije in vedenjske odzive (Corrigan in Watson, 2002; Corrigan, 2004). Pri PODZ, če upoštevamo definicijo po Jormu (2012, 2019), ki ne vključuje tudi stigme, pa gre za znanje o duševnem zdravju, iskanju pomoči in za znanje, ki se navezuje na koristna vedenja za duševno zdravje – iz definicije lahko razberemo, da se PODZ navezuje predvsem na kognitivno raven. Na podlagi tega bi bilo mogoče, da je samostigma močnejši napovednik zaradi različnih ravni (čustvene, kognitivne in vedenjske), ki jih zajema. Rocklage in Luttrell

(2021) sta v več longitudinalnih študijah ugotovila, da so stališča, ki temeljijo na čustvih relativno fiksna. Bolj kot je neko stališče temeljilo na čustvih, dlje je trajalo oziroma se je skozi čas manj spreminjalo (še posebej, če so bila čustva pozitivna). Učinek čustvenosti je pojasnjeval spreminjanje stališč nad učinki ekstremnosti, jasnosti, ambivalence in znanja (Rocklage in Luttrell, 2021). Vsekakor je potrebno kot pomembna napovednika upoštevati oba, tako PODZ kot samostigmo, saj se je stigma večkrat izkazala kot ovira pri iskanju pomoči, PODZ po drugi strani pa kot spodbujevalni dejavnik iskanja pomoči (Aguirre Velasco idr., 2020).

4.6 Implikacije

Predlagamo intervencije na področju PODZ, ki pa bi morale celostno zajeti vse komponente, ki se je dotikajo. Če bi PODZ obravnavali kot multikonstruktno teorijo (Spiker in Hammer, 2019) in bi upoštevali novejšje definicije PODZ, potem bi morale intervencije v idealnih pogojih naslavljeni, ocenjevati in poskušati izboljšati znanje o duševnem zdravju, stališča in stigmo, dotakniti bi se morale tudi učinkovitosti pri iskanju pomoči (Kutcher idr., 2016). Do sedaj so se različne intervencije na področju izboljševanja znanja o duševnem zdravju, iskanju pomoči in stigme pri mladostnikih izkazale kot učinkovite (Campos idr., 2018; Lindow idr., 2020; Seedaket idr., 2020).

Na podlagi spoznanj pridobljenih v raziskavi so naši predlogi usmerjeni predvsem v oblikovanje strukturiranih programov oziroma intervencij, ki bi naslavliale različne vsebine. Intervencije bi lahko po poglavjih ali enotah pokrivalo več področij PODZ: ocenjevanje in izboljševanje PODZ mladostnikov, zmanjševanje samostigme ter v ozaveščanje o povezanosti spolnih stereotipov z iskanjem strokovne psihološke pomoči. Ker se je vse naštet v naši raziskavi izkazalo kot pomemben napovednik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči, želimo, da bi z izboljševanjem teh spremenljivk posledično pripomogli tudi k pozitivnejšim stališčem do iskanja strokovne psihološke pomoči. Z izboljševanjem PODZ bi lahko pripomogli k temu, da bi mladostniki pravočasno prepoznali morebitne težave v duševnem zdravju in bi vedeli, kako ukrepati, če se težave pojavijo. Z izboljševanjem samostigme glede iskanja pomoči, bi lahko izboljšali stališča do iskanja strokovne pomoči in s tem tudi iskanje pomoči mladostnikov, če bi jo potrebovali.

Vse teme bi morali naslavljeni prilagojeno glede na specifične značilnosti populacije, ki jo obravnavamo. Pri oblikovanju intervencij za mladostnike, je potrebno upoštevati razvojno obdobje, v katerem se nahajajo. Pri mladostnikih lahko predpostavimo, da razumejo razmerja med koristmi in tveganji ter razumejo vzroke in posledice. Poleg tega je pri mladostnikih potrebno posvetiti posebno pozornost tudi vplivu vrstnikov (WHO, 2005). Na tem mestu bi bilo pomembno, da intervencije in promocijski programi za duševno zdravje izpostavijo prednosti in koristi, ki jih strokovne službe lahko ponudijo – pomembno sporočilo takšnih programov bi moralo biti, da so strokovne službe na področju duševnega

zdravja učinkovite pri preprečevanju težav in pri izboljševanju trenutnega funkcioniranja posameznikov (O'Connor idr., 2014). Ker večina slovenskih mladostnikov obiskuje osnovne in srednje šole ter tam preživijo veliko časa, predlagamo, da bi se intervencije dogajale v šolah.

Eden izmed naših predlogov, kakšne intervencije bi lahko bile uspešne, so kontaktne delavnice, v katerih bi mladostnike opolnomočili in jih poskušali naučiti, kako se spopasti s tem, da ne ponotranjijo stigme. K zmanjševanju stigme bi pripomogel tudi socialni kontakt z osebami, ki imajo duševno motnjo in so okrevali oziroma so še v fazi zdravljenja. Izkazalo se je namreč, da so takšne kontaktne delavnice učinkovite pri zmanjševanju stigme (Seedaket idr., 2020). V eni izmed intervencij so oblikovali skupine, v katerih je polovica oseb imela duševno motnjo, približno polovica pa duševne motnje ni imela. Po izvedenih delavnicah, ki niso bile neposredno vezane na temo duševnega zdravja, so ugotovili, da je prišlo do pomembnega zmanjšanja samostigme pri osebah z duševno motnjo (Martínez-Hidalgo idr., 2018). Ker se je v naši raziskavi samostigma izkazala kot najbolj pomemben napovednik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči, menimo, da bi takšen način kontaktnih delavnic, ki bi bil prilagojen na šolsko okolje, lahko pomenil pomemben doprinos k izboljšanju na področju stigme. Mladostniki se lahko učijo direktno od osebe, ki ima izkušnjo z duševno motnjo in s prejemanjem pomoči. Pri takšnih kontaktnih oblikah, je potrebno biti previden pri izbiri kontaktnih oseb, saj lahko v določenih primerih kontakt z osebami s težavami v duševnem zdravju celo poslabša nek stereotip, če kontakt predstavlja nekdo, ki ta stereotip le še podkrepi (Jorm in Wright, 2008). Zato je smiselno, da bi bili v takšne kontaktne delavnice vključeni vrstniki, ki so se uspešno soočili s stigmatom (Corrigan in Rao, 2012).

Ne smemo zanemariti tudi ugotovitve o razlikah med spoloma. Glede na to, da se je moški spol izkazal kot pomemben napovednik negativnejših stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči in da so mladostniki imeli statistično pomembno slabšo PODZ v primerjavi z mladostnicami, menimo, da je pomembno, da bi v intervencijah morali nameniti pozornost spolnim stereotipom. Če bi izvajali kontaktne delavnice, bi lahko pripomoglo že to, da bi kontaktne osebe uravnotežili glede na spol – pomembno je vključiti dovolj predstavnikov moškega spola. Tudi v primeru, ko ne gre za neposredni socialni kontakt (npr. izobraževalnih delavnicah o PODZ – predstavitve primerov, promocijski videi o duševnem zdravju), je pomembno vključevanje predstavnikov moškega spola. Na podlagi modelnega učenja (Bandura, 1977) namreč vemo, da se osebe lažje poistovetijo in posnemajo osebe, ki so jim po več lastnostih podobni in ena izmed teh lastnosti je tudi spol. V intervencije bi lahko vključili modele, ki imajo hkrati neke za mladostnike zaželene lastnosti, so po značilnostih podobni povprečnemu slovenskemu mladostniku.

Menimo, da imajo zgoraj naštetih predlogi za prakso potencial pri povečanju pravočasnega prepoznavanja težav v duševnem zdravju, zmanjševanju stigme in samostigme ter pri izboljšanju stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči s strani mladostnikov. Ob vseh predlogih za intervencije se nam zdi pomembno izpostaviti še, da le dobro zasnovane intervencije niso dovolj, ampak so za korenite spremembe potrebne sistemske rešitve, ki te spremembe omogočajo. To pomeni, da bi bilo potrebno dobre programe in intervencije podpreti tako, da jim omogočimo implementacijo in zagotavljanje finančnih virov. Na sistemski ravni bi bilo pomembno in potrebno poskrbeti tudi za lažjo dostopnost do psihološke pomoči. V Sloveniji beležimo primanjkljaj psihologov za otroke in mladostnike in dolge čakalne vrste. Po številu specialistov klinične psihologije na število prebivalcev je Slovenija na repu držav Evropske unije. Zaradi tega je v Sloveniji dostopnost do kliničnopsiholoških storitev močno omejena, soočamo pa se tudi z nedopustno dolgimi čakalnimi dobami (Naraločnik Sinur, 2020) – ta je lahko za prvi pregled pri kliničnem psihologu ali pedopsihiatru tudi daljša od enega leta (Mikuž, 2020). Menimo in upamo, da bodo k izboljšanju stanja dostopnosti do strokovne psihološke pomoči v določeni meri pripomogli novo odprti Centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ki se odpirajo v okviru Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028. Če vzamemo v obzir določene značilnosti obdobja mladostništva, bi na sistemski ravni predlagali tudi več nedirektnih kanalov za iskanje pomoči (npr. strokovna pomoč preko spleta, aplikacij ali po telefonu, kot je na primer TOM telefon), saj je za mlade pomembno, da službe za duševno zdravje ponujajo tudi možnosti, ki ne zahtevajo direktne konfrontacije (O'Connor idr., 2014).

4.7 Pomanjkljivosti raziskave

Izpostaviti želimo še nekaj pomanjkljivosti izvedene raziskave. Najprej bi izpostavili, da naše ugotovitve temeljijo na samoocenjevalnih vprašalnikih in lestvicah. Poleg tega naš vzorec ni bil reprezentativen, zato naše ugotovitve mogoče niso posplošljive na celotno populacijo slovenskih mladostnikov. Do pristranskosti v vzorcu je prišlo že med samo rekrutacijo udeležencev, saj so se na povabilo k sodelovanju v raziskavi v večji meri odzivali dijaki, ki so obiskovali pouk psihologije. Menimo, da bi rezultati lahko bili drugačni, če bi v vzorcu bilo več mladostnikov, ki psihologije nimajo v rednem programu na njihovi srednji šoli. Še ena pomanjkljivost, ki bi jo želeli izpostaviti, je ta, da so nekateri prevodi vprašalnikov bili prvič uporabljeni in pred izvedbo raziskave nismo preverili psihometričnih lastnosti uporabljenih prevodov. Izkazalo se je, da sta vprašalnika ATSSPH in MHLQ imela nekoliko slabšo zanesljivost, vsak je imel po eno problematično postavko, zato smo ju izključili iz nadaljnje analize. Možno je, da je do tega prišlo zaradi kulturnih ali pa starostnih razlik (npr. ATSSPH ni bil ustvarjen posebej za mladostnike) in sta bili ti dve postavki drugače razumljeni, kot bi bili v drugi kulturi ali v nekem drugem starostnem obdobju. Menimo, da s tem nismo posegli v samo veljavnost lestvic (kar bi bilo potrebno v prihodnjih raziskavah preveriti). Rezultate pridobljene na podlagi teh dveh lestvic, zaradi

omenjenih prilagoditev, v popolnosti ne moremo primerjati z drugimi raziskavami, ki so uporabile enaki lestvici. Zaradi lastnosti naših podatkov smo pri analizi uporabljali neparametrične teste, ki imajo načeloma manjšo moč od parametričnih, vendar jih je bilo glede na lastnosti naših podatkov bolj smiselno uporabiti.

Kljub navedenim pomanjkljivostim, menimo, da raziskava prinaša nekaj novih pomembnih spoznanj o stanju PODZ slovenskih mladostnikov, stigmi in njihovih stališčih do iskanja strokovne psihološke pomoči. Po našem vedenju v Sloveniji področje PODZ na populaciji mladostnikov še ni bilo raziskano.

5 SKLEPI

Večina duševnih motenj se začne ravno v obdobju mladostništva (Evans in Seligman, 2005), vendar pa te velikokrat niso obravnavane in ostanejo nediagnosticirane (Kessler idr., 2007). Med glavnimi razlogi za spregled teh motenj so slaba PODZ ali stigma (WHO, 2018a). Želeli smo raziskati, kakšno je stanje na področju PODZ, stigme in iskanja strokovne psihološke pomoči pri slovenskih mladostnikih. Zanimale so nas predvsem povezave med preučevanimi spremenljivkami. Ker je pomembno, da mladostniki, ki se soočajo s težavami v duševnem zdravju, le-te prepoznajo in si poiščejo pomoč, nas je zanimalo tudi, katere izmed preučevanih spremenljivk napovedujejo stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči. V raziskavi smo prišli do nekaj ugotovitev, ki se navezujejo na PODZ in stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči pri slovenskih mladostnikih. Glavne ugotovitve, do katerih smo prišli, so, da je pri slovenskih mladostnikih PODZ statistično pomembno pozitivno povezana s stališči do iskanja strokovne psihološke pomoči. Glede PODZ smo ugotovili tudi, da med mladostniki obstajajo pomembne razlike med spoloma, udeleženke ženskega spola so namreč izkazovale statistično značilno višjo raven PODZ. Ugotovili smo tudi, da se javna stigma in samostigma negativno povezujeta s PODZ. Kot napovedniki bolj pozitivnih stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči so se kot statistično značilno pomembni izkazala PODZ in ženski spol. Samostigma pa se je izkazala kot napovednik negativnejših stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči. S pomočjo hierarhične regresije smo ugotovili tudi, da samostigma pojasnjuje stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči nad drugimi preučevanimi spremenljivkami.

Kljub pomanjkljivostim naše raziskave, menimo, da smo na podlagi rezultatov iz raziskave izluščili nekaj koristnih predlogov za implikacijo, v nadaljevanju pa navajamo še nekaj predlogov za prihodnje raziskave. Pri tem bi najprej opozorili na neenotnost teorij o PODZ, ki v PODZ vključujejo različne konstrukte in na vrsto različnih mer, ki se uporabljajo. V tem kontekstu poudarjamo, da bi bilo potrebno že na področju merjenja vzpostaviti relativno enotne instrumente, ki bi omogočali medkulturno primerjavo ugotovitev. Vsekakor smo mnenja, da bi v prvi vrsti bile potrebne replikacijske študije, kar bi našim ugotovitvam dalo večjo veljavnost. Pomembno dopolnitev naših spoznanj glede stališč do iskanja strokovne pomoči vidimo tudi v kvalitativnih raziskavah, ki bi pri slovenskih mladostnikih na kvalitativen način preučile odnos do iskanja strokovne pomoči, stigme in PODZ. Mladostniki bi lahko v takšnih raziskavah tudi sami podali predloge, ki bi strokovnjakom s področja duševnega zdravja pomagali, da bi se mladostnikom bolj približali in da bi zmanjšali stigmato na področju duševnega zdravja med mladostniki. V raziskavah bi se lahko osredotočili tudi na to, v kolikšni meri stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči temeljijo na čustvih ter kakšen je učinek čustev v povezavi s spreminjanjem stigme in stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči. S pomočjo

takšnih raziskav bi morda prišli do novih poti, preko katerih bi lahko na učinkovit način izboljševali stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči. Glede na to, da se je samostigma izkazala kot najpomembnejši napovednik pozitivnih stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči, predlagamo, da se prihodnje raziskave osredotočijo specifično na načine učinkovitega zmanjševanja samostigme glede iskanja pomoči pri mladostnikih in kako spodbujati iskanje pomoči pri mladostnikih. Pomembno se nam zdi tudi, da bi skozi nadaljnje raziskave oblikovali programe oziroma intervencije, temelječe na dokazih, ki bi pomagale pri zviševanju PODZ med mladostniki, zmanjševanju stigme, zmanjševanju prisotnosti spolnih stereotipov in opogumljanju mladih k iskanju strokovne psihološke pomoči, kadar jo potrebujejo. Želimo, da bi bilo mladostnikom omogočeno, da so obveščeni o pomembnih temah za njihovo duševno zdravje, da so opremljeni z znanjem za prepoznavanje simptomov ter da bi pri iskanju in uporabi strokovne pomoči bili manj izpostavljeni stigmati. Pravočasno prepoznavanje težav v duševnem zdravju z njihove strani in pravočasno iskanje ter prejemanje pomoči, bi lahko prineslo pomembne koristi in zmanjšanje bremen, ki jih duševne motnje prinašajo posameznikom in družbi.

6 LITERATURA IN VIRI

Addis, M. E. in Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14.

Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M. in Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20, 293.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5 (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Ando, S., Nishida, A., Usami, S., Koike, S., Yamasaki, S., Kanata, S., Fujikawa, S., Furukawa, T. A., Fukufa, M., Sawyer, S. M., Hiraiwa-Hasegawa, M. in Kasai, K. (2018). Help-seeking intentions for depression in early adolescents: Associated factors and sex differences. *Journal of Affective Disorders*, 238, 259–365.

Antaramian, S. P., Huebner, E. S., Hills, K. J. in Valois, R. F. (2010). A Dual-Factor Model of Mental Health: Toward a More Comprehensive Understanding of Youth Functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 462–472.

Attygalle, U. R., Perera, H. in Jayamanne, B. (2017). Mental health literacy in adolescents: ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11, 38.

Bagnell, A. L. in Santor, D. A. (2012). Building Mental Health Literacy: Opportunities and Resources for Clinicians. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21, 1–9.

Barry, M. M. (2019). Concepts and Principles of Mental Health Promotion. V M. M. Barry, A. M. Clarke, I. Petersen in R. Jenkins (ur.), *Implementing Mental Health Promotion* (str. 3–29). Springer Nature.

Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Espnes, G. A. in Moksens, U. K. (2017). Positive mental health literacy: Development and validation of measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17, 717.

Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R. in Moksnes, U. K. (2019). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of School Nursing*, 35(2), 107–116.

Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., Rössler, W. in Rüschi, N. (2016). Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(4), 321–324.

Burns, J. R. in Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29(2), 225–239.

Cairns, K. in Rossetto, A. (2019). School-based mental health literacy interventions. V O. Okan, U. Baure, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro in K. Sørensen (ur.), *International Handbook of Health Literacy; Research, practice and policy across the lifespan* (str. 291–305). Policy Press.

Campos, L., Palha, F., Sousa Lima, V., Dias, P. in Duarte, A. (2015). School-based Innovative Practices for the Promotion of Social, Emotional and Learning Skills in Portugal. V Kourkoutas, E. in Hart, A. (ur.), *Innovative practice and interventions for children and adolescents with psychosocial difficulties and disabilities*, str. 152–183. Cambridge Scholars Publisher.

Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A. in Veiga, E. (2016). Development and Psychometric Properties of a New Questionnaire for Assessing Mental Health Literacy in Young People. *Universitas Psychologica*, 15(2), 61–72.

Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Veiga, E., Dias, C. C. in Palha, F. (2018). Is It Possible to "Find Space for Mental Health" in Young People? Effectiveness of a School-Based Mental Health Literacy Promotion Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1426.

Cauce, A. M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D. in Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44–55.

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, 64–74.

Clark, L. H., Hudson, J. L., Rapee, R. M. in Grasby, K. L. (2020). Investigating the impact of masculinity on the relationship between anxiety specific mental health literacy and mental health help-seeking in adolescent males. *Journal of Anxiety Disorders*, 76, 102292.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.

Coles, M. E., Ravid, A., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L. R. in McLeod, S. (2017). Adolescent Mental Health Literacy: Young People's Knowledge of Depression and Social Anxiety Disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58, 57–62.

Corrigan, P. W. in Watson, A. C. (2002). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology Science and Practice*, 9(1), 35–53.

Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.

Corrigan, P. W., Larson, J. E. in Rüscher, N. (2009). Self-stigma and the »why try« effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8, 75–81.

Corrigan, P. W., Druss, B. G. in Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37–70.

Corrigan, P. W. in Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469.

Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F. In McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 790–796.

Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E. in Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical care research and review : MCRR*, 66(5), 522-541.

Evans, D. L. in Seligman, M. E. P. (2005). Introduction. V D. L. Evans, E. B. Foa in R. E. Gur (ur.), *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know*, str. xxv–xl. Oxford University Press.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. in Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191.

Fischer, E. H., in Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368–373.

Furnham, A. in Hamid, A. (2014). Mental health literacy in non-western countries: A review of the recent literature. *Mental Health Review Journal*, 19(2), 84–98.

Furnham, A. in Swami, V. (2018). Mental Health Literacy: A Review of What It Is and Why It Matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240–257.

Gibbons, R. J., Thorsteinsson, E. B. in Loi, N. M. (2015). Beliefs and attitudes towards mental illness: an examination of the sex differences in mental health literacy in a community sample. *PeerJ*, 3, e1004.

Gochman, D. S. in Saucier, J.-F. (1982). Perceived Vulnerability in Children and Adolescents. *Health Education & Behavior*, 9(2&3), 46–59.

Gorczyński, P., Sims-schouten, W., Hill, D. in Wilson, J. C. (2016). Examining mental health literacy, help-seeking behaviour, and mental health outcomes in UK university students. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(2), 111–120.

Greenspoon, P. J. in Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54, 81–108.

Gulliver, A., Griffiths, K. M. in Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113.

Guo, S., Nguyen, H., Weiss, B., Ngo, V. K. in Lau, A. S. (2015). Linkages between mental health need and help-seeking behavior among adolescents: Moderating role of ethnicity and cultural values. *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 682–693.

Guo, C., Tomson, G., Keller, C. in Söderqvist (2018). Prevalence and correlates of positive mental health in Chinese adolescents. *BMC public health*, 18(1), 263.

Heflinger, C. A. in Hinshaw, S. P. (2010). Stigma in Child and Adolescent Mental Health Services Research: Understanding Professional and Institutional Stigmatization of Youth with Mental Health Problems and their Families. *Administration and Policy of Mental Health and Mental Health Services Research*, 37, 61–70.

Iasiello, M., van Agteren, J. in Cochrane, E. M. (2020). Mental Health and/or Mental Illness: A Scoping Review of the Evidence and Implications of the Dual-Continua Model of Mental Health. *Evidence Base*, 1, 1–45.

Ibrahim, N., Amit, N., Shahar, S., Wee, L.-H., Ismail, R., Khairuddin, R., Siau, C. S. in Safien, A. M. (2019). Do depression literacy, mental illness beliefs and stigma influence mental health help-seeking attitude? A cross-sectional study of secondary school and university students from B40 households in Malaysia. *BMC Public Health*, 9(Suppl 4), 544.

Jeriček Klanšček, H. in Britovšek, K. (2015). Zdravstveni izidi: samoocena (duševnega) zdravja in počutja, poškodbe ter odnos do telesa in diet. V H. Jeriček Klanšček, M. Bajt, A. Drev, H. Koprivnikar, T. Zupanič in V. Pucelj (ur.), *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2014* (str. 29–37). Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., Konec Juričič, N., Hočevar Grom, A., Bajt, M., Čuš, A., Furman, L., Zager Kocjan, G., Hafner, A., Medved, T., Floyd Bračič, M. in Poldrugovac, M. (2018). Uvod. V H. Jeriček Klanšček, S. Roškar, M. Vinko in A. Hočevar Grom (ur.), *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji* (str. 18–24). Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., Konec Juričič, N., Hočevar Grom, A., Bajt, M., Čuš, A., Furman, L., Zager Kocjan, G., Hafner, A., Medved, T., Floyd Bračič, M. in Poldrugovac, M. (2018). Pozitivno duševno zdravje otrok in mladostnikov. V H. Jeriček Klanšček, S. Roškar, M. Vinko in A. Hočevar Grom (ur.), *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji* (str. 36–49). Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Jorm, A. F. (1997). »Mental health literacy«: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Journal of Australia*, 166(4), 182–186.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396–401.

Jorm, A. F. in Wright A. (2008). Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: A national survey of young Australians and their parents. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 144–149.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243.

Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. V O. Okan, U. Baure, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro in K. Sørensen (ur.), *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (str. 53–66). Policy Press.

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*, 5, 252–267.

Kelly, C. M., Jorm, A. F. in Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*, 187(S7), 26–30.

Kessler, R. C., Amminger, P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. in Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364.

Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43(2), 207–222.

Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548.

Keyes, C. L. M. in Simoes, E. J. (2012). To Flourish or Not: Positive Mental Health and All-Cause Mortality. *American Journal of Public Health*, 102(11), 2164–2172.

Komiya, N., Good, G. E. in Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 138–143.

Kutcher, S., Wei, Y. in Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(3), 154–158.

Lanfredi, M., Macis, A., Ferrari, C., Rilloso, L., Ughi, E. C., Fanetti, A., Younis, N., Cadei, L., Gallizioli, C., Uggeri, G. in Rossi, R. (2019). Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school students. *Psychiatry Research*, 281, 112581.

Mansfield, R., Patalay, P. in Humphrey, N. (2020). A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies. *BMC Public Health*, 20(1), 607.

Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E. in McKenzie, K. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ open*, 5(6), e007079.

Marušič, A. in Temnik, S. (2009). *Javno duševno zdravje*. Celjska Mohorjeva družba.

Martínez-Hidalgo, M. N., Lorenzo-Sánchez, E., López García, J. J. in Regadera, J. J. (2018). Social contact as a strategy for self-stigma reduction in young adults and adolescents with mental health problems. *Psychiatry research*, 260, 443–450.

Melas, P. A., Tartani, E., Forsner, T., Edhborg, M. in Forsell, Y. (2013). Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry*, 28(7), 404–411.

Mikuš Kos, A. (2017). *Duševno zdravje otrok današnjega časa*. Didakta.

Mikuž, A. (2020). Ali smo v naslednjih 30 letih pri razvoju področja skrbi za duševno zdravje lahko učinkovitejši kot v prejšnjih? V A. Mikuž in A. Zupančič, A. (ur.), *Perspektive: Duševno zdravje. Dostopnost učinkovite obravnave pri težavah v duševnem zdravju, razvojnih in duševnih motnjah – izzivi, dobre prakse in sistemske priložnosti*. *Javno zdravje*, 4, 1–18.

Moore, S. A., Dowdy, E., Nylund-Gibson, K. in Furlong, M. J. (2019). A Latent Transition Analysis of the Longitudinal Stability of Dual-Factor Mental Health in Adolescence. *Journal of School Psychology*, 73, 56–73.

Moses, T. (2010). Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine*, 70, 985–993.

Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N. in Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American college health*, 59(2), 110–116.

Nam, S. K., Choi, S. I., Lee, J. H., Lee, M. K., Kim, A. R. in Lee, S. M. (2013). Psychological factors in college students' attitudes toward seeking professional psychological help: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(1), 37–45.

Naraločnik Sinur, M. (2020) Vlaganje v delujočo mrežo pomeni najprej vlaganje v ljudi. V A. Mikuž in A. Zupančič, A. (ur.), *Perspektive: Duševno zdravje. Dostopnost učinkovite obravnave pri težavah v duševnem zdravju, razvojnih in duševnih motnjah – izzivi, dobre prakse in sistemske priložnosti. Javno zdravje*, 4, 1–18.

Nastran Ule, M. (2000). *Temelji socialne psihologije*. Znanstveno in publicistično središče.

O'Connor, P. J., Brett, M., Clinton, S. Q. in Ong, L. (2014). Factors that influence young people's mental health help-seeking behaviour: a study based on the Health Belief Model. *Journal of advanced nursing*, 70(11), 2577–2587.

O'Connor M. in Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229, 511–516.

O'Driscoll, C., Heary, C., Hennessy, E. in McKeague, L. (2012). Explicit and implicit stigma towards peers with mental health problems in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1054–1062.

Ogorchukwu, J. M., Sekaran, V. C., Nair, S. in Ashok, L. (2016). Mental Health Literacy Among Late Adolescents in South India: What They Know and What Attitudes Drive Them. *Indian journal of psychological medicine*, 38(3), 234–241.

Ozmeç, N. (2015). *Čečkanje kot indikator razpoloženja mladostnikov* (Magistrska naloga, Filozofska fakulteta). Pridobljeno s <https://dk.um.si/Dokument.php?id=81755>

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*, 387(10036), 2423–2478.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. in Rohde, L. A. (2015). Research Review: A meta-analysis of the prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.

Ratnayake, P. in Hyde, C. (2019). Mental Health Literacy, Help-Seeking Behavior and Wellbeing in Young People: Implications for Practice. *The Educational and Developmental Psychologist*, 36, 16–21.

Reavley, N. J., McCann, T. V. in Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy in higher education students. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, 45–52.

Rickwood, D. J., Deane, F. P. in Wilson C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187(7), S35–39.

Rocklage, M. D. in Luttrell, A. (2021). Attitudes Based on Feelings: Fixed or Fleeting? *Psychological science*, 32(3), 364–380.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C. in Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 529–539.

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D. in Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228.

Schober, P., Boer, C. in Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesthesia and analgesia*, 126(5), 1763–1768.

Seedaket, S., Turnbull, N., Phajan, T. in Wanchai, A. (2020). Improving mental health literacy in adolescents: systematic review of supporting intervention studies. *Tropical Medicine and International Health*, 25(9), 1055–1064.

Shea, M. in Yeh, C. J. (2008). Asian American Students' Cultural Values, Stigma, and Relational Self-construal: Correlates of Attitudes Toward Professional Help Seeking. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 157–172.

Sheffield, J. K., Fiorenza, E. in Sofronoff, K. (2004). Adolescents' Willingness to Seek Psychological Help: Promoting and Preventing Factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(6), 495–507.

Singh, S., Zaki, R. A., Farid, N. (2019). A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 154–172.

Spiker, D. A. in Hammer, J. H. (2019). Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 28(3), 238–242.

Suldo, S. M., Thalji-Raitano, A., Kiefer, S. M. in Ferron, J. M. (2016). Conceptualizing High School Students' Mental Health Through a Dual-Factor Model. *School Psychology Review*, 45(4), 434–457.

Tay, J. L., Tay, Y. F. in Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 757–763.

Thompson, A., Hunt, C. in Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 810–817.

Topkaya, N. (2014). Gender, Self-stigma and Public Stigma in Predicting Attitudes toward Psychological Help-seeking. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 14(2), 480–487.

Trompetter, H. R., de Kleine, E. in Bohlmeijer, E. T. (2017). Why Does Positive Mental Health Buffer Against Psychopathology? An Exploratory Study on Self-Compassion as a Resilience Mechanism and Adaptive Emotion Regulation Strategy. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 459–468. DOI 10.1007/s10608-016-9774-0

Vogel, D. L., Wade N. G. in Haake, S. (2006). Measuring the Self-Stigma Associated With Seeking Psychological Help. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 325–337.

Vogel, D. L., Wester, S. R., Larson M. L. in Wade, N. G. (2006). An Information-Processing Model of the Decision to Seek Professional Help. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(4), 398–406.

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.

Westerhof, G. J. in Keys, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110–119.

WHO Department of Gender, Women and Health (2002). *Gender and mental health*. Pridobljeno januarja 2021 na <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68884/a85573.pdf?sequence=1>

Wilson, C. J. in Deane, F. P. (2012). Brief report: Need for autonomy and other perceived barriers relating to adolescents' intentions to seek professional mental health care. *Journal of Adolescence*, 35, 233–237.

World Health Organization (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans (Mental Health Policy and Service Guidance Package)*. World Health Organization.

World Health Organization (2006). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization. Pridobljeno januarja 2020 na http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

World Health Organization (2018). *Adolescent mental health*. Pridobljeno septembra 2019 na <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

World Health Organization (2018). *Mental health: strengthening our response*. Pridobljeno septembra 2019 na <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization (2019). *Mental disorders*. Pridobljeno septembra 2020 na <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Zupančič, M. (2009). Opredelitev razvojnega obdobja in razvojne naloge v mladostništvu. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija* (str. 511–524). Znanstvenoraziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

PRILOGE

PRILOGA A *Potrdilo Komisije za etiko raziskovanja (KER)*

Komisija za etiko raziskovanja
Oddelka za psihologijo UP Famnit
Glagoljaška ulica 8
6000 Koper

Datum: 17.6.2020

Številka vloge: 2020-01

Samanta Hervol
hervol.samanta@gmail.com

ZADEVA: Strokovno mnenje komisije o predlogu raziskave

Spoštovana ga. Hervol,

Komisiji za etiko raziskovanja Oddelka za psihologijo UP Famnit ste dne 10. 6. 2020 v pregled oddali vlogo za presojo raziskave z naslovom »*Pismenost o duševnem zdravju, stigma in stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči med slovenskimi mladostniki.*»

Komisija je na seji dne 16. 6. 2020 ugotovila, da je vloga za presojo raziskave primerno pripravljena, in sprejela sklep, da **izvedba raziskave ustreza načelom etike v raziskovanju.**

V prilogi vam pošiljamo še nekaj naših opomb, za katere upamo, da jih boste vzeli v obzir.

S prijaznimi pozdravi,

dr. Urša Mars Bitenc,
predsednica Komisije za etiko raziskovanja
Oddelka za psihologijo UP Famnit

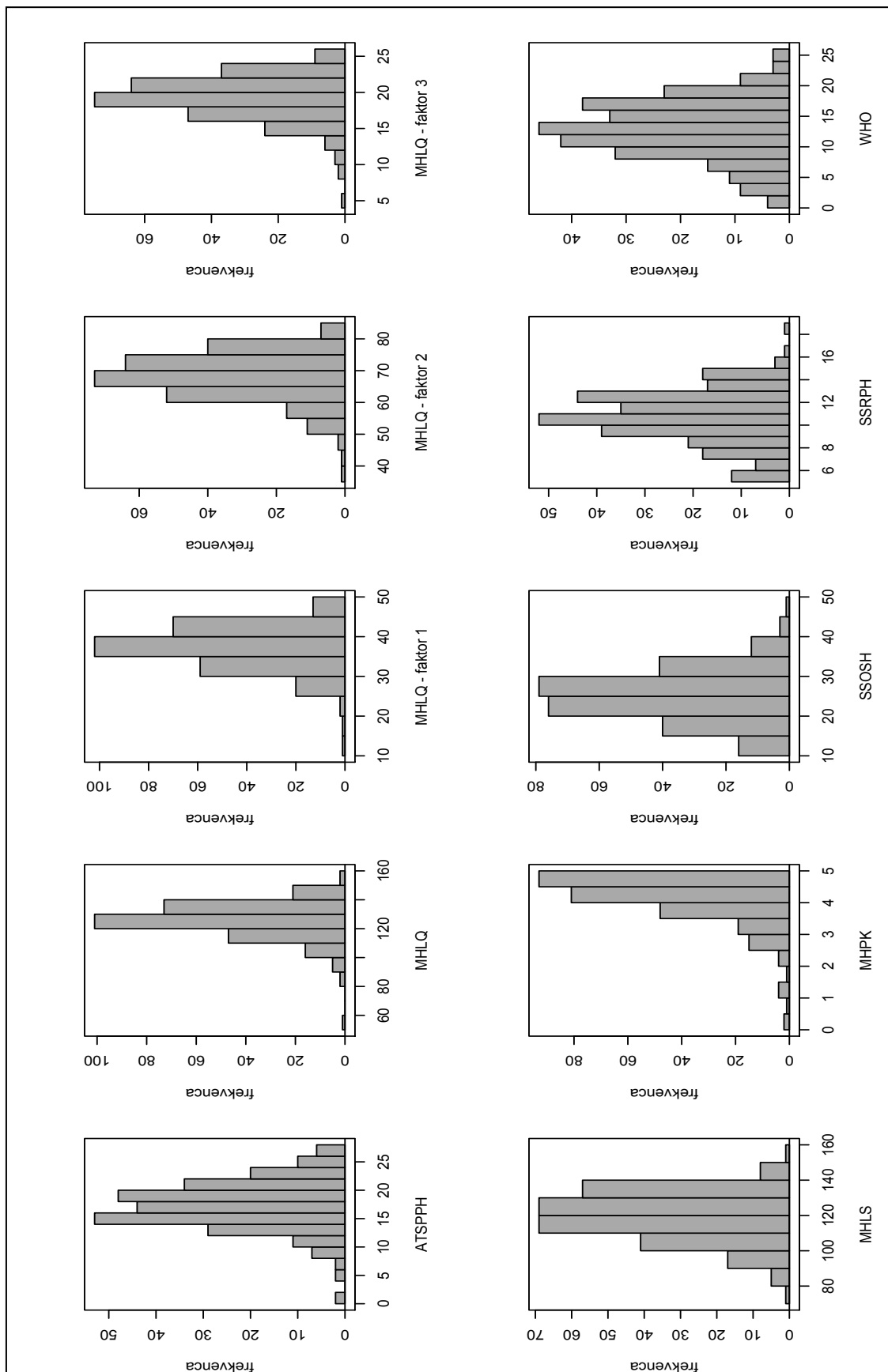


PRILOGA B *Rezultati numeričnega preverjanja normalnosti porazdelitve dosežkov na lestvicah*

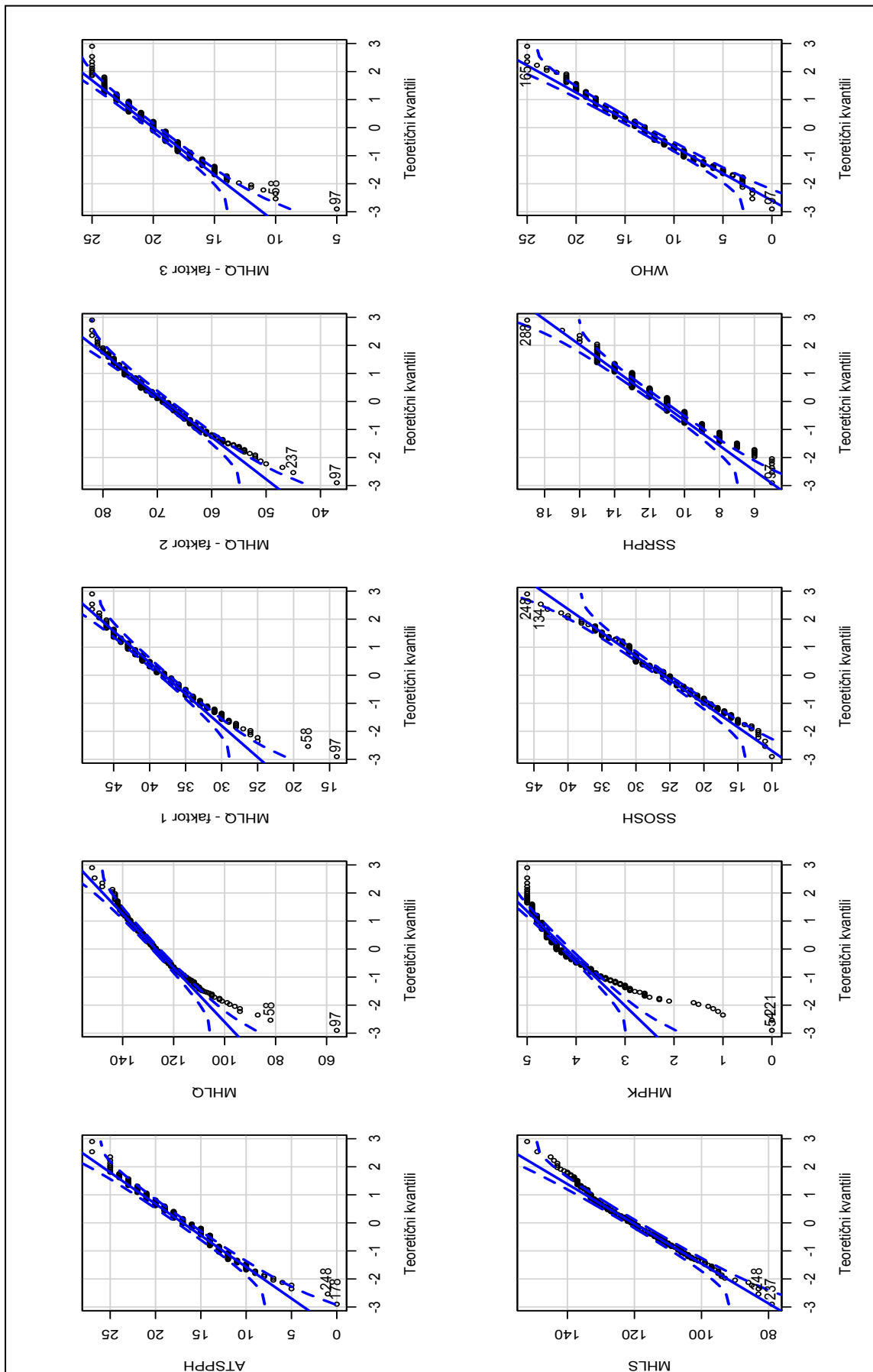
Lestvice	Koefficient asimetrije	Koefficient sploščenosti	Shapiro-Wilk test	
			W	p
MHLQ	-1.26	4.35	0.94	<0.001
faktor 1	-0.71	1.52	0.97	<0.001
faktor 2	-0.72	1.15	0.97	<0.001
faktor 3	-0.80	1.83	0.95	<0.001
MHLS	-0.42	-0.08	0.98	0.006
MHPK	-2.03	5.55	0.82	<0.001
ATSPPH	-0.34	0.63	0.98	0.001
SSOSH	0.06	0.17	0.99	0.090
SSRPH	-0.24	0.18	0.98	<0.001
WHO	-0.21	-0.19	0.99	0.031

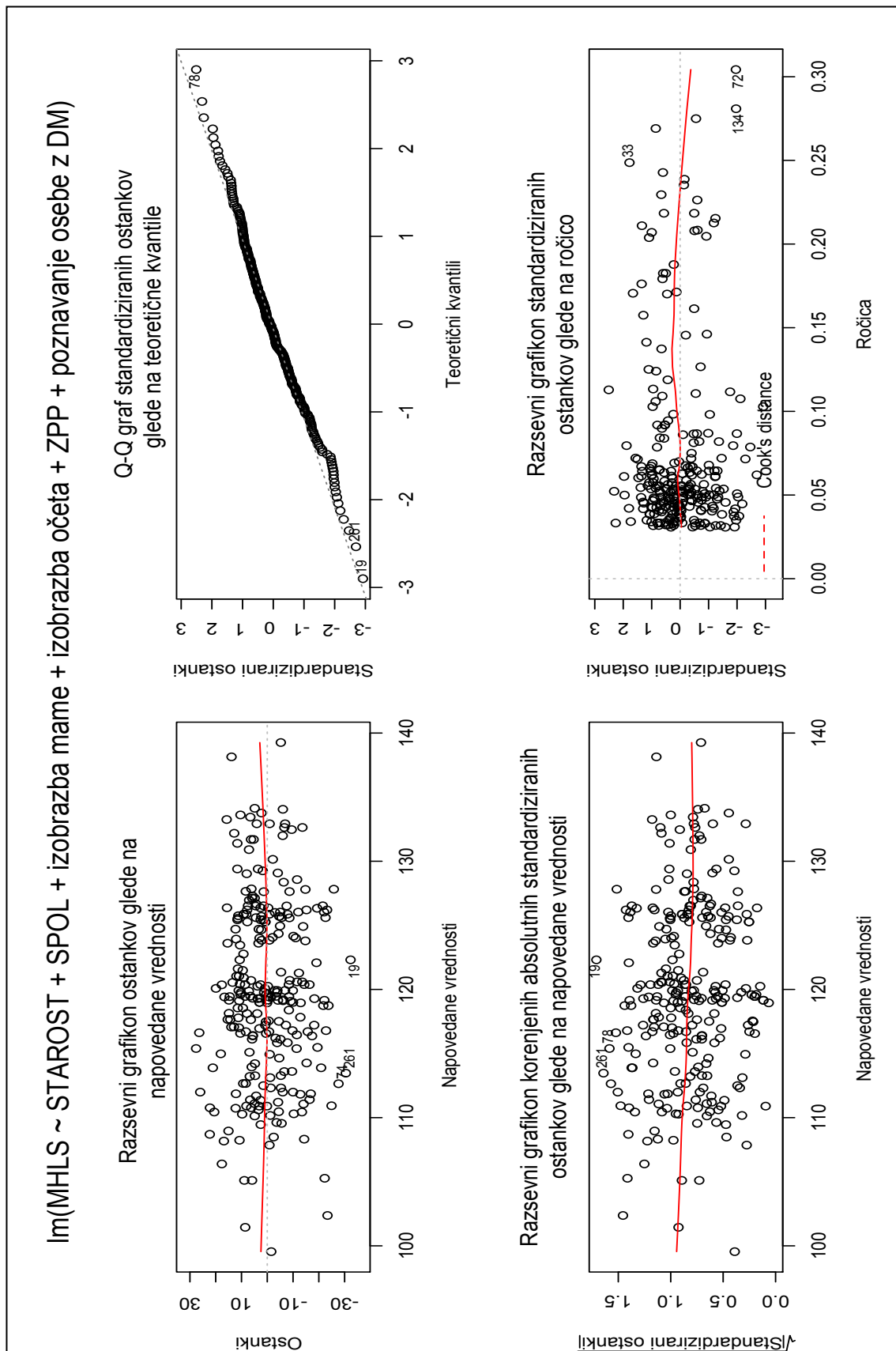
Opombe. MHLQ = Vprašalnik pismenosti o duševnem zdravju, faktor 1 = Spretnosti prve pomoči in iskanja pomoči, faktor 2 = Znanje/Stereotipi, faktor 3 = Strategije samopomoči, MHLS = Lestvica pismenosti o duševnem zdravju, MHPK = Mera znanja o spodbujanju duševnega zdravja, SSOSH = Lestvica samostigme za iskanje pomoči, SSRPH = Lestvica stigme za prejemanje strokovne psihološke pomoči, WHO = WHO 5 kazalec blaginje, ATSPPH-S = Vprašalnik stališč do iskanja strokovne psihološke pomoči – krajša oblika.

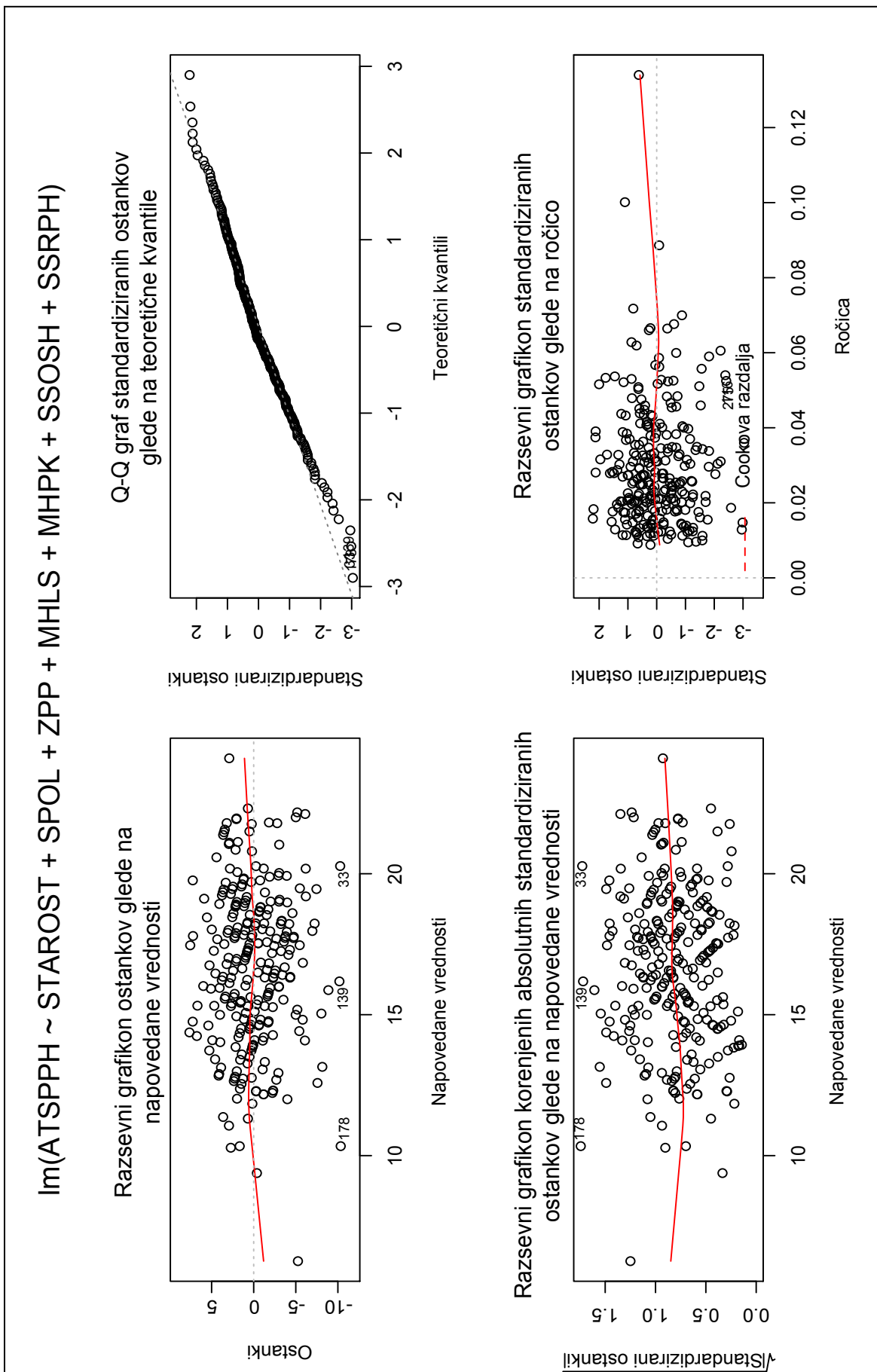
PRILOGA C *Histogrami frekvenčne porazdelitve dosegov na lestvicah, uporabljenih v raziskavi*



PRILOGA D *Prikaz kvantil-kvantil grafikonov za lestvice, uporabljene v raziskavi*







IZJAVA O AVTORSTVU MAGISTRSKEGA DELA

Spodaj podpisana Samanta Hervol, z vpisno številko 89172039, vpisana v študijski program Psihologija, 2. stopnja, sem avtorica magistrskega dela z naslovom:

Pismenost o duševnem zdravju, stigma in stališča do iskanja strokovne psihološke pomoči med slovenskimi mladostniki

S svojim podpisom zagotavljam, da je predloženo magistrsko delo izključno rezultat mojega lastnega dela. Prav tako se zavedam, da je predstavljanje tujih del kot mojih lastnih kaznivo po zakonu.

Soglašam z objavo elektronske verzije magistrskega dela v zbirki »Dela FAMNIT« ter zagotavljam, da je elektronska oblika magistrskega dela identična tiskani.

Samanta Hervol

