

sociaino delo

S

Fakulteta za socialno delo, Univerza v Ljubljani

letnik **51** – oktober 2012 – št. **5**

TEMATSKA ŠTEVILKA – PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

- UVODNIK** Amra Šabić, Vera Grebenc – IZOBRAŽEVANJE ZA DOBRO PROMOCIJO DUŠEVNEGA ZDRAVJA – 289
- CLANKI**
- Amra Šabić – KONCEPT PROMOCIJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA KOT IZHODIŠČE PREVENTIVNIH AKCIJ NA PODROČJU ZASVOJENOSTI – 293
- Vera Grebenc – UPORABNOST EVROPSKIH SMERNIC PROMISE ZA IZOBRAŽEVANJE V SOCIALNEM DELU – 301
- Ksenija da Silva, Gaja Zager Kocjan – SMERNICE ZA IZOBRAŽEVANJE STROKOVNJAKOV NA PODROČJU PREVENTIVE DEPRESIVNOSTI IN SAMOMORILNOSTI TER MODEL IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA – 317
- Ksenija da Silva – EVALVACIJA PROMISE-OVIH SMERNIC IZOBRAŽEVANJA STROKOVNJAKOV NA PODROČJU PREVENTIVE PRED SAMOMORILNOSTJO IN DEPRESIJO – 327
- Albert B. Odro, Lawrence K. Dadzie, Daniela Collins, Roland Lodoiska, Peter Ryan – ZDRAVSTVENA NEGA IN PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA – ŠTUDIJA PRIMERA V ZDRUŽENEM KRALJESTVU – 337
- POROČILI**
- Marle Molneville, Emmanuelle Jouet, Tim Greacen – UKREP ZA DESTIGMATIZACIJO OSEB S TEŽAVAMI Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM MED ZAPOSILTIVENIMI SVETOVALCI IN SVETOVALKAMI – 347
- Richard Plette – VLOGA MADŽARSKEGA INŠTITUTA ZA VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU V PROJEKTU PROMISE – 353
- POVZETKI**
- SLOVENSKI – 359
- ANGLEŠKI – 362

Izdajatelj
Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani
Vse pravice pridržane

Urednik
Bogdan Lešnik

Uredniški odbor
Lena Dominelli, Srečo Dragoš
Tamara Rape Žiberna
Mojca Urek, Darja Zaviršek

Pomočnik uredništva
Borut Petrovič Jesenovec

In memoriam
Jo Campling

Uredniški svet
Gabi Čačinovič Vogrinčič, Bojan Dekleva
Vito Flaker, Andreja Kavar Vidmar, Zinka Kolarič
Anica Kos, Blaž Mesec, Zdravko Mlinar
Marija Ovsenik, Jože Ramovš, Tanja Rener
Bernard Stritih, Nada Stropnik

Naslov
Topniška 31, 1000 Ljubljana
tel. (01) 2809260, faks 2809270
socialno.delo@fsd.uni-lj.si
www.fsd.uni-lj.si/sd

Subvencije
Javna agencija za knjigo Republike Slovenije

Tisk
Tiskarna Pleško, Ljubljana

Naročnina (cena letnika)
za pravne osebe € 75,00
za fizične osebe € 36,22 (študentje € 31,69)

Oblikovanje
Jaka Modic

Vključenost v podatkovne baze
International Bibliography of the Social Sciences
Linguistics & Language Behavior Abstracts
Mental Health Abstracts
Social Planning/Policy & Development Abstracts
Sociological Abstracts
Studies on Women Abstracts

Časopis izhaja dvomesečno, začenši s februarjem.

Navodila, kako pripraviti in predložiti prispevek
za objavo, in s tem povezane informacije so na
spletnih straneh časopisa
(www.fsd.uni-lj.si/sd – Pisanje za SD).

**TEMATSKA ŠTEVILKA:
PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA**

Gostji urednici: Amra Šabić, Vera Grebenc

Publisher
University of Ljubljana Faculty of Social Work
All rights reserved

Editor
Bogdan Lešnik

Editorial Board
Lena Dominelli, Srečo Dragoš
Tamara Rape Žiberna
Mojca Urek, Darja Zaviršek

Assistant Editor
Borut Petrovič Jesenovec

In memoriam
Jo Campling

Advisory Board
Gabi Čačinovič Vogrinčič, Bojan Dekleva
Vito Flaker, Andreja Kavar Vidmar, Zinka Kolarič
Anica Kos, Blaž Mesec, Zdravko Mlinar
Marija Ovsenik, Jože Ramovš, Tanja Rener
Bernard Stritih, Nada Stropnik

Address
Topniška 31, 1000 Ljubljana, Slovenia
phone (+386 1) 2809260, fax 2809270
socialno.delo@fsd.uni-lj.si
www.fsd.uni-lj.si/sd/eng

Subventions
Slovenian Book Agency

The Journal is issued bimonthly.

Instructions and information to foreign authors
may be found on the Journal's web pages
(www.fsd.uni-lj.si/sd/eng – To authors).

SOCIALNO DELO, Vol. 51, Issue 5
(October 2012)

MENTAL HEALTH PROMOTION

Guest editors: Amra Sabič, Vera Grebenc

SELECTED CONTENTS

- 293 Amra Sabič – The concept of mental health promotion as a basis for rethinking preventive actions in the field of addiction
- 301 Vera Grebenc – The implications of the PROMISE European training guidelines for social workers
- 317 Ksenija da Silva, Gaja Zager Kocjan – Indicators for training professionals in the area of depression and suicide, and a model training programme
- 327 Ksenija da Silva – The PROMISE European Guidelines for training professionals on mental health promotion – Evaluating implementation in the area of depression and suicide
- 337 Albert B. Odro, Lawrence K. Dadzie, Daniela Collins, Roland Lodoiska, Peter Ryan – Mental health nursing and mental health promotion – A UK case example
- 362 English abstracts

IZOBRAŽEVANJE ZA DOBRO PROMOCIJO DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Z izvajanjem Evropske zelene knjige o duševnem zdravju (Evropska komisija 2005) in s Paktom za duševno zdravje (Evropska komisija 2008) je spodbujanje duševnega zdravja postalo ključni element vseevropske zdravstvene politike in prakse na področju duševnega zdravja. Promocija duševnega zdravja kot strategija delovanja je postala ena od pglavitnih usmeritev novih politik na tem področju in njen namen je preseganje do zdaj uveljavljene izrazito preventivne paradigme (preventiva bolezni) k širši in pozitivni perspektivi (omogočanje zdravja) in s tem tudi k vsem dejavnikom zagotavljanja zdravja.

Kmalu po uveljavitvi Pakta za duševno zdravja nas je Univerza v Middlesexu povabila v interdisciplinarni tim iz sedmih članic Evropske unije in skupaj smo kandidirali na razpis Evropske unije za izvajanje projekta, katerega namen je bil oblikovanje smernic za izvajanje usposabljanj na področju krepitev duševnega zdravja. Rezultate preteklih projektov krepitev duševnega zdravja v Evropi smo želeli nadgraditi z definiranjem ključnih znanj in spretnosti, ki jih potrebujejo strokovnjaki za delo na področju promocije duševnega zdravja, in z oblikovanjem meril, ki jim mora zadostiti kakovostno usposabljanje.

Cilj projekta je bil torej oblikovanje splošnih programskih smernic in modulov za izobraževanja na področju krepitev duševnega zdravja, preventive na področju depresije in samomorilnosti ter preventive na področju uporabe in zlorabe alkohola in prepovedanih drog v Evropski uniji. Po uspešnem izboru na razpisu smo oktobra 2009 začeli izvajati triletni projekt

PROMISE – Krepitev duševnega zdravja, zmanjševanje duševnih težav ter integracija in socialno vključevanje s pomočjo izobraževanja (v izvorniku PROMISE *Promoting mental health minimising mental illness and integrating social inclusion through education*). Oktobra 2012 smo projekt uspešno končali.

Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani je v okviru tega projekta prevzela več vodilnih nalog, od priprave programskih smernic za izobraževanja na področju uživanja in zlorabe alkohola in prepovedanih drog, izdelave smernic za usposabljanje socialnih delavcev in delavk ter druge naloge, povezane z izdelavo drugih smernic ter razširjanjem in evalvacijo projekta.

Pri projektu je poleg naše fakultete sodelovalo več partnerjev. Middlesex University iz Združenega kraljestva je bila nosilka in koordinatorka projekta, Bolnišnica Maison Blanche iz Francije pa je bila odgovorna za kritično presojo obstoječih smernic za usposabljanje strokovnjakov in kritično presojo programov usposabljanj ter razvoj kompleta končnih smernic in modelov usposabljanja na področju krepitev zdravja. Francoski partnerji so vsebinsko sodelovali z danskim partnerjem, Oddelkom za izobraževanje okrožja Aarhus. Danski partnerji so prav tako razvili model spodbujanja zdravega načina življenja za uporabnike storitev s področja duševnega zdravja. Uporabniki storitev in njihove organizacije so odločilno pripomogle k razvoju smernic za izvajanje izobraževanj o krepitevi duševnega zdravja in preprečevanju bolezni ter pri razvoju modela usposabljanja, s posebnim poudarkom

na pozitivnem duševnem zdravju, zdravem življenju, prehranjevanju in gibanju. Poleg naše fakultete je iz Slovenije sodelovala tudi Univerza na Primorskem, odgovorna za razvoj smernic in modela usposabljanja na področju preprečevanja depresije in samomorilnosti. Za vzpostavitev stikov s strokovnimi organizacijami, univerzami in uporabniki storitev na področju duševnega zdravja je bil pristojen Madžarski inštitut za zdravje na delovnem mestu. Pri projektu pa sta sodelovala še Občinski inštitut sklada za zdravstveno raziskovanje iz Španije (ocenjeval je pilotsko izvedbo smernic in vodil evalvacijo izvajanja projekta) ter Univerza Molise iz Italije (poleg drugih partnerjev je preskusila razvite modele).

Projekt je potekal v treh fazah: raziskovalni, razvojni in testni. V raziskovalni fazi smo vsi analizirali vse pomembne evropske in mednarodne dokumente, ki obravnavajo krepitev duševnega zdravja, in oblikovali prvo različico splošnih smernic za usposabljanje strokovnjakov. Francoski partnerji so analizirali zbrana poročila in izdelali prvi nabor meril. Zajemal je kar 50 indikatorjev kakovosti za usposabljanje delavcev za področje promocije duševnega zdravja.

V naslednjem raziskovalnem koraku smo obsežen nabor indikatorjev s postopnim razvrščanjem strnili v končnih deset indikatorjev. Na podlagi splošnih smernic smo posamezni partnerji v naslednjem koraku razvili smernice za posamezna tematska področja (alkohol in droge, samomorilnost in depresija, zdrav način življenja in vključevanje uporabnikov). Razvojna faza je bila usmerjena v oblikovanja modula izobraževanja za posamezno tematsko področje in kataloga virov, namenjenega pripravljavcem izobraževalnih programov kot vsebinski vir za oblikovanje programov usposabljanja. Faza je bila razdeljena na dva dela. V prvem delu smo vsi partnerji organizirali usposabljanja in preizkusili osnutke modelov. S to testno fazo smo preizkusili, kako modeli delujejo v praksi, in izdelali priporočila za uporabo modelov v obliki končnega modula. Na podlagi izkušenj z usposabljanjem različnih strokovnjakov smo prepoznali potrebo po prilagoditvi splošnih smernic za potrebe različnih strokovnih skupin. Tako so nastale posebne

smernice za socialno delo, zdravstveno nego, psihologe in psihiatre. Ta rezultat projekta prvotno ni bil načrtovan, vendar smo prav na podlagi multidisciplinarnosti tima partnerjev to zaznali kot vrzel in pomeni pomemben presežek projekta.

Rezultat projekta so dokumenti:

1. Smernice za izobraževanje
 - splošne smernice izobraževanja strokovnjakov na področju promocije duševnega zdravja,
 - smernice izobraževanja strokovnjakov na področju preventive uživanja drog/alkohola,
 - smernice izobraževanja strokovnjakov na področju preventive depresije in samomorilnosti,
 - smernice za vključevanje medijev na področju promocije duševnega zdravja,
 - smernice za vključevanje uporabnikov storitev duševnega zdravja v oblikovanje in izvajanje usposabljanja za promocijo duševnega zdravja in preventive bolezni.
2. Modeli usposabljanja
 - model izobraževalnega programa s posebnim poudarkom na pozitivnem duševnem zdravju, zdravem življenju, zdravem prehranjevanju in gibanju,
 - model izobraževalnega programa za preventivo uživanja alkohola/drog,
 - model izobraževalnega programa za preventivo depresije in samomorilnosti.
3. Smernice usposabljanja za posamezne skupine
 - smernice za področje zdravstvenega varstva in nege,
 - smernice za področje socialnega dela,
 - smernice za področje psihiatrije,
 - smernice za področje psihologije,
 - posebna skupina smernic za vključevanje uporabnikov storitev duševnega zdravja.

Vsi izdelki so objavljeni na spletni strani PROMISE (<http://promise-mental-health.com/index.html>). Splošne smernice so prevedene v vse jezike sodelujočih partnerjev. Izjema je Slovenija, saj bodo poslovenjeni vsi nastali dokumenti. Projekt se je končal z mednarodno konferenco v Londonu septembra 2012.

Posebna številka *Socialnega dela* je nastala v zadnji fazi projekta in prikazuje triletno dogajanje v projektu ter tako omogoča vsaj bežen vpogled v metodologijo dela in nastale rezultate. Prepletanje različnih pogledov, strokovnih

izhodišč in tradicij na področju duševnega zdravja kakor tudi vedno bolj uveljavljena paradigma promocije so projekt vsebinsko zelo razvejali in pokazali na kompleksnost področja. V prispevkih se tako seznanimo z nekaterimi rezultati, ki so nastali na podlagi sodelovanja pri projektu, hkrati pa lahko sledimo tudi razmišljanju in razpravi posameznih avtorjev in avtoric, spoznamo različne perspektive pa tudi utemeljevanje in kritične presoje koncepta promocije zdravja.

V prvem članku Amra Šabić razmišlja o dilemah, ki jih na področje preventive uživanja drog, alkohola in zasvojenosti prinaša koncept promocije zdravja. Avtorica analizira tesno povezanost preventive in promocije in razmišlja o pomenu in učinkih uveljavljenih pristopov promocije duševnega zdravja na področje zasvojenosti. Zdravje razume kot vir in pravico, promocijo pa kot proces, ki naj ljudem omogoča povečati nadzor nad dejavniki zdravja za izboljšanje njihovega zdravja, pri tem pa promocija zdravja kot strategija ne sme ostati le domena medicinskega modela. Amra Šabić meni, da je na področju zasvojenosti promocijo treba uveljaviti kot širši pojem, ki v politike ali programe dela vključuje kombiniranje družbenih, zdravstvenih, socialnih in gospodarskih dejavnikov.

V drugem članku Vera Grebenc predstavi smernice za usposabljanje socialnih delavcev in delavk, ki bodo delovale ali že delujejo na področju promocije duševnega zdravja. Posamezna merila za usposabljanje, ki so nastala v okviru projekta, ocenjuje iz perspektive socialnega dela in etike v socialnem delu. Pojasni koncept promocije kot elementa socialnega marketinga in poudari nujnost etičnega premisleka ob uporabi promocijskih metod dela. Hkrati pokaže, da se socialno delo na ravni načel, ki jih upošteva v praksi, ujeme z načeli promocije, če jo razumemo kot spodbujanje kakovosti življenja in enake dostopnosti virov, ki zagotavljajo zdravje.

Avtorici Ksenija da Silva in Gaja Zager Kocjan v svojem članku predstavita model usposabljanja na področju samomorilnosti in depresije, ki vključuje deset indikatorjev kakovosti. Opozorita tudi na nujnost interdisciplinarnosti in vključevanja uporabnikov

storitev duševnega zdravja. Predvsem pa poudarita, da je klasičen pristop k izobraževanju strokovnjakov na področju depresij in samomorilnosti, ki temelji na preventivi in diagnostični klasifikaciji DSM, treba preoblikovati v sistem, ki poudarja pomen celostne obravnave in promocije (dobrega) duševnega zdravja. Ozek farmakološko usmerjen »bio-bio-bio model« bi bilo treba nadomestiti s bio-psiho-socialno-duhovno obravnavo samomorilne tematike. Poudarita pomen krepitev moči in destigmatizacije uporabnikov.

V naslednjem članku Ksenija da Silva še bolj pojasni razliko med obema modeloma in utemelji pomen celostnega pristopa k samomorilnosti in depresiji.

Skupina sodelavcev z Univerze v Middlesexu v članku prikaže, kako lahko na podlagi izdelanih splošnih smernic ocenimo obstoječe programe usposabljanj za strokovnjake, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Indikatorje kakovosti so uporabili za evalvacijo enega od študijev zdravstvene nege v Združenem kraljestvu in pokazali vrzeli in pomanjkljivosti, ki se kažejo predvsem na področju zagovorništv in pri prenosu znanj v prakso.

Več s prakso je tudi članek Marie Moineville, Emmanuelle Jouet in Tima Greacena. Predstavijo enega od programov usposabljanj, ki ga lahko uvrstimo na področje promocije duševnega zdravja, in utemeljijo, kako z usposabljanjem zaposlenih v zdravstvu lahko pripomoremo k destigmatizaciji uporabnikov duševnega zdravja. Prav vključevanje uporabnikov služb duševnega zdravja kot izvajalcev usposabljanj sproži ozaveščanje osebja in ustvarja pozitivne izkušnje.

Sledi krajše poročilo madžarskih partnerjev. Richard Plette pojasni njihovo vlogo v projektu in posamezne dejavnosti, ki so jih izvajali. Poročilo dobro pokaže, da včasih kljub jasno zastavljenim ciljem ni vedno mogoče doseči dobrih rezultatov in da je med trajanjem projekta potrebnega veliko prilagajanja.

Projekt je bil zahteven, tako organizacijsko kot vsebinsko. Ne le, da gre za prvi poskus pregleda literature in dokumentov s področja promocije duševnega zdravja z namenom oblikovanja meril za usposabljanje, ampak

je projekt spodbudil tudi intenzivno razpravo o različnih pogledih na pomen in vlogo promocije tako na ravni politične strategije kot tudi uporabe in interpretacij znotraj različnih strok. Posebna številka revije *Socialno delo* predstavlja le majhen košček vsega, kar se je dogajalo, a vendar prinaša zanimive poglede in ideje, vredne preudarka. Za gostji urednici številke je bil projekt pomemben del raziskovanja in učenja v zadnjih treh letih, seznanjanja s koncepti, ki nama prej niso bili tako blizu, hkrati pa nama je pomagal razumeti in umestiti socialno delo kot pomembnega akterja na področju promocije duševnega zdravja.

Amra Šabić, Vera Grebenc

VIRA

Evropska komisija (2005), *Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Bruselj: Evropska komisija.

- (2008), *The European pact for mental health and well-being*. Bruselj: Evropska komisija.

Amra Šabić

KONCEPT PROMOCIJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA KOT IZHODIŠČE PREVENTIVNIH AKCIJ NA PODROČJU ZASVOJENOSTI

Koncept promocije duševnega zdravja lahko v svetovnem političnem okviru zasledimo leta 1986. Takrat so Svetovna zdravstvena organizacija, Kanadsko zdravstveno in socialnovarstveno združenje in Kanadsko združenje za javno zdravstvo v Ottawi organizirali prvo mednarodno konferenco o promociji zdravja. Namen srečanja je bilo poenotenje pojmovanja koncepta, vendar pa na ravni prakse koncept še danes ni povsem jasno opredeljen. Takrat sprejeta Ottawska listina (1986) je opredelila temeljne cilje javnega zdravstva za promocijo zdravja in postala temeljna listina za razumevanje koncepta promocije. Listina promocijo zdravja opredeli kot proces, ki ljudem omogoča, da povečajo tako nadzor nad svojim zdravjem kot tudi izboljšajo svoje zdravje (*ibid.*). Poudarja pomen popolne telesne, duševne in socialne blaginje. Zdravje v tem okvirju pomeni vir za vsakdanje življenje in ne cilj življenja, kot je to pogosto interpretirano.

V Sloveniji lahko zasledimo dve interpretaciji koncepta. Politični dokumenti promocijo zdravja definirajo najširše, v skladu s smernicami Svetovne zdravstvene organizacije, zdravstvene avtoritete pa koncept pogosto interpretirajo ožje, nemalokrat samo kot komunikacijsko upravljanje z življenjskimi slogi prebivalstva (Kamin 2004). Pogosti so slogani, kot so: »Kajenje ubija!«, »Zdrav najstnik je srečen najstnik!«, »Telovadi!«, »Jej petkrat na dan!«. Pri tem gre za upravljanje s posameznikovim telesom, ki zbuja vtis možnosti lastne izbire. Posamezniku se torej svetujejo »pravilna« vedênja in tehnike discipliniranja telesa glede uživanja hrane in drog, telesne dejavnosti ipd.,

ki mu bodo omogočali zdravo in zato kakovostnejše življenje (Kamin 2006: 74).

Kot meni Szasz (1992: 1–59), lahko razloge iščemo v tem, da sodobna družba ne prenese, da njeni državljani zavračajo vrednote samodiscipline in osebne odgovornosti, pri tem pa zanemari posameznikovo pravico do svobodnega odločanja, tudi takrat, ko gre za upravljanje z lastnim telesom. Avtor meni, da je s tem, ko nam je podeljena pravica do svobode, hkrati podeljena pravica do odločitve za tisto, kar je opredeljeno kot »slabo«. V tem kontekstu bi lahko trdili, da vlade kot take nimajo politične legitimnosti za predpisovanje, kaj naj jemo ali pijemo, koliko naj se gibljemo ali kateri življenjski slog naj izberemo, in tako tudi nima pravice, da nas zaščiti pred nami samimi (*ibid.*). Prav pri vprašanju svobodnega državljana koncept promocije zdravja sproža etične in moralne dileme.

Po svetu si nekateri predstavljajo, da promocija zdravja zajema zdravstvene storitve, drugi jo razumejo kot sinonim za preprečevanje bolezni oziroma za zgodnje odkrivanje bolezni, tretji kot široko področje delovanja, katerega del je tudi preprečevanje bolezni (Terris 1992: 270–71). V slovenskem prostoru je zmeda še toliko večja zaradi različnega prevajanja izvirne pojmovne zveze *health promotion*. V političnih dokumentih jo prevajajo kot »krepitev zdravja« (pokriva področja prehrane, tobaka, alkohola in prepovedanih drog), v programih različnih organizacij pa kot »promocija zdravja« ali pa tudi kot »krepitev zdravja«. Razloge za to bi lahko pripisali različnemu razumevanju vsebine in namena ter tudi njegovi tesni

povezanosti s konceptom preventive. Gre za prekrivajoča se koncepta, ki izhajata drug iz drugega in med katerima težko določimo jasno ločnico (tudi njune dejavnosti se prikrivajo). Na podlagi analize programov promocije zdravja lahko zasledimo, da se pod okriljem in v imenu promocije zdravja večkrat izvajajo preventivne dejavnosti, ki se osredotočajo na vzroke in preprečevanje bolezni. V tem kontekstu se promocija zdravja včasih uporablja kot krovni pojem, ki zajema tudi bolj specifične dejavnosti preventive (Lehtinen *et al.* 1997).

Vsekakor zadeva postane še bolj zapletena, ko želimo koncept promocije zdravja uporabljati na področju zasvojenosti. Ta je v okviru medicinskega diskurza v izhodišču bolezni. Promocija, razumljena kot preventiva, sicer omogoča najrazličnejše preventivne dejavnosti, vendar pa se pri tem pojavi problem, da se govor o uporabi drog lahko razume kot promocijo uživanja, to pa ni cilj preventive. Če zasvojenost razumemo kot bolezen, postane možnost za izvajanje promocijskih dejavnosti problematična. Na primer, ali lahko zasvojenemu posamezniku promoviramo, kako naj se dobro/zdravo napije?

Če izhajamo iz ciljev Ottawske listine, bi promocija zdravja na področju zasvojenosti pomenila izvajanje različnih dejavnosti za ohranjanje in izboljšanje zdravja. Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije to pomeni predvsem zagotavljanje informacij oziroma izobraževanje za posameznike, družine in skupnost z namenom spodbujanja enotnosti družine ter zagovarjanje pripadnosti skupnosti in tradicionalnih vrednot, ki pozitivno vplivajo na zdravstveno stanje posameznikov (Leksikon izrazov s področja alkohola in drog, ki jih je objavila Svetovna zdravstvena organizacija – Svetovna zdravstvena organizacija 1994). Vključuje zagotavljanje informacij o zdravem načinu življenja za »bolne« ljudi in kako najbolje izkoristiti zdravstvene storitve z namenom zagotavljanja ozaveščenosti o dejavnikih, ki določajo zdravje v skupnosti, da se omogoči ljudem možnost prave izbire za njihovo zdravje (definicija preventive v priložniku – Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2010).

Promocija zdravja je v tem kontekstu usposabljanje in spodbujanje ljudi k prizadevanju za nadzorovanje dejavnikov zdravja in izboljšanje zdravja. Je proces, ki omogoča ljudem povečati nadzor nad zdravjem. To lahko razumemo kot širši pojem, ki na področju zasvojenosti vključuje dejavnosti zmanjševanja škode – politiko ali program, ki je usmerjen v zmanjševanje škodljivih zdravstvenih, socialnih in gospodarskih posledic, ki nastajajo zaradi uporabe drog¹, ne da bi zahteval abstinenco (čeprav je lahko abstinenca ena izmed strategij), pa tudi preventivno delo.

Slednje pomeni preprečitev nastanka določene nege pojava oziroma vedenja, ki je družbeno nezaželeno, pri čemer ni nujno, da se bo zgodilo (v našem primeru je to uživanje drog). (Hočevar 2005: 53.)

V okviru promocije zdravja je cilj preventive vsekakor onemogočiti nastanek zdravstvenega problema in s tem torej tistega, kar Hočevar prepozna v prevladujočih javnih predstavah kot »zlo« (*ibid.*). S tem opozori, da je nekaj, kar je pojmovano kot zdravstveni problem, že s tem označeno najmanj kot neprijetno, predvsem pa kot slabo (*ibid.*). Pri tem pa prav ravni delovanja (univerzalna, selektivna in indikativna preventiva²) določajo vrsto dejavnosti in populacijo.

»Okrevanje« poleg promocije in preventive ne nazadnje vključuje tudi zgodnje ukrepanje, zdravljenje, rehabilitacijo in zmanjševanje škode. Sodobna literatura pri tem naredi premik naprej in nadomesti izraz preventiva z izrazom preprečevanje oziroma zmanjševanje škode.

Koncept se osredotoča na tveganje in verjetnost dogodka preko ugotavljanja dejavnikov,

¹ S pojmom droge označujemo vse psihoaktivne substance ne glede na njihov status legalnosti ali ilegalnosti.

² Ameriški Medicinski inštitut je leta 1994 predlagal nov okvir razvrščanja preventive na univerzalno, selektivno in indikativna preventivo. Navedena razvrstitev nadomesti prejšnje razvrščanje na primarno, sekundarno in terciarno preventivo, ki je po mnenju Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami za opis posegov na področju drog problematično (uporaba in neuporaba nista dobra izraza za napovedovanje težav z drogami). Vodilno načelo razvrščanja po mnenju Medicinskega inštituta je ciljna populacija, ne pa splošni cilji ali vsebina preventivne intervencije. (Mrazek, Haggerty 1994.)

ki tveganje povečajo ali zmanjšajo, ter iskanjem smiselnih odgovorov nanje. (Flaker *et al.* 2002 a: 9.)

Bistvo koncepta je tako usmerjenost v zaznavanje, zmanjševanje in preprečevanje neželenih posledic, ki niso le zdravstvene. Ključna elementa pri ocenjevanju tveganja sta škoda in dobiček. Omogočata razumevanje in pojasnjevanje določenega ravnanja na podlagi opisovanja pozitivnih in negativnih posledic. Pri tem tveganje pomeni verjetnost posledic.

S stališča posameznika si le ta sicer želi, da se bodo uresničile le pozitivne posledice, toda tveganje je ravno v tem, da ne more napovedati izida in da ne more z gotovostjo trditi, da se bodo zgodile samo pozitivne posledice. (Grebenc *et al.* 2008: 5.)

Škoda je tako negativna in hkrati neželena posledica tveganja (Flaker *et al.* 2002 b). Tako v javnozdravstveni diskurz preprečevanja uživanja dovoljenih in tudi nedovoljenih drog nekateri avtorji vpeljejo socialni diskurz, ki se usmerja v sprejemanje uživanja drog in v katerem abstinenca ni nujni cilj. Usmerjen je v izvajanje pomoči za samopomoč pri eksistenčnih opravilih, ter spodbuja procese socialne integracije (Herwig-Lempp, Stover 1992). S tem preseže prevladujoči medicinski diskurz, v okviru katerega preventiva pomeni dolgoročno prizadevanje za odpravljanje ali pa tudi spreminjanje določenih okoliščin in tako zaježitev oziroma preprečevanje širjenja »zlorabe« drog.

V obstoječih politikah kljub zapisanemu še vedno prevladuje medicinska paradigma. Vedno znova poudarja razširjenost v uporabi (zdravstvene, socialne in družbene posledice, kriminal, ekonomske posledice) in stroške za državo, pri tem pa se sklicuje na dokaze o učinkovitosti preventive glede na omenjene dejavnike (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2008). Pogosto zasledimo različna poročila in raziskave (Inštitut za varovanje zdravja, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, Svetovna zdravstvena organizacija, v Sloveniji tudi različna ministrstva), s katerimi različne interesne skupine skušajo uresničevati in za-

govarjati svoja stališča. Na področju drog in alkohola sta referenčni organizaciji Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami in Svetovna zdravstvena organizacija, v Sloveniji pa Inštitut za varovanje zdravja.

Referenčna literatura so njihova letna poročila. V njih so predstavljeni rezultati zadnjih raziskav oziroma rezultati analiz zadnjih zbranih podatkov, za katere ni nujno, da pomenijo tudi aktualno realno stanje. Na primer, v poročilu Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami v letu 2011 za območju Evropske Unije lahko zasledimo izsledke raziskav, ki so bile opravljene med leti 2001 in 2009/2010, večinoma v letih od 2004 do 2008³.

Podatki za različne države Evropske unije pokažejo, da se situacije v državah zelo razlikujejo. Na primer, razlike pri uživanju indijske konoplje kot najbolj razširjene droge⁴ se gibljejo med 0,4–15,2 %, kokaina 0,0–3,1 %, ekstazija 1,1–3,7 %, amfetaminov 0,9–1,7 %, za opiate in alkohol ni podatkov (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2011). Pri tem pa je treba poudariti, da prav vse države upoštevajo isto strategijo in iste koncepte, sprejete na ravni Evropske unije. Tako se postavlja vprašanje, ali določena splošna, poenotena in dogovorjena načela, kot v našem primeru promocija zdravja, sploh lahko v različnih kulturnih, ekonomskih in družbenih kontekstih zagotovijo primerljive rezultate.

Politični diskurz informacije o razširjenosti uporabe logično vpleta v govor o posledicah. Posledice pogosto uporabljajo tudi kot del zdravstvenega diskurza, pri tem pa je referenčna organizacija Svetovna zdravstvena organizacija. Na primer, Svetovna zdravstvena organizacija (2004) navaja, da ima 76,3 milijonov ljudi po

³ Novejši podatki niso na voljo.

⁴ Po podatkih Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2011) je indijsko konopljo uživalo kadarkoli v življenju 22,5 % odraslih Evropejcev, kokain 4,1 %, ekstazi 3,3 %, amfetamine 3,7 % in opioide 1,2 do 1,5 milijon ljudi. Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja (2010) je v Sloveniji vseživljenjska uporaba prepovedanih psihoaktivnih snovi znašala 15,8 %. To kaže, da se je ta od leta 1994, ko so bili na voljo prvi podatki (4,3 %), do leta 2010 več kot potrojila.

vsem svetu diagnozo alkoholne motnje, vsaj 15,3 milijonov ljudi pa motnje zaradi uživanja drog. Več kot 1,8 milijona smrtnih primerov v letu 2000 je bilo posledica uživanja alkohola, 205.000 smrtnih primerov v letu 2000 pa je bilo posledica uporabe prepovedanih drog. Pri tem pa največje gospodarsko breme zlorabe drog nosijo država, odvisni od drog in njihove družine. Tako je bilo po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (2003) za vsak dolar⁵, vložen v zdravljenje odvisnosti od drog, prihranjenih sedem dolarjev za zdravstvene in socialne stroške zaradi posledic zasvojenosti.

Javnozdravstveni diskurz posledice, ki nastanejo, razdeli (v grobem) na zdravstvene, socialne (družinski odnosi, revščina, socialna izključenost, brezposelnost, marginalizacija ipd.), družbene (brezposelnost, nasilje, razveze, število ljudi, aretiranih in preganjanih zaradi trgovine s prepovedanimi drogami, število sodnih pregonov zaradi uporabe drog na javnem mestu, odsotnost v šoli in na delo) in ekonomske⁶. Vsi ti razlogi so argumenti v prid potrebi po preventivnih in kurativnih dejavnostih, ki utrjujejo pomen javnozdravstvenih pristopov.

Med indikatorji, s katerimi se javno prikazuje posledice uživanja drog, se najpogosteje pojavljajo tudi argumenti kriminala. Treba je poudariti, da je večina kriminalnih dejanj povezana z uživanjem in posedovanjem prepovedanih drog. Iz poročil Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2008) o kršitvah zakonov, ki jih storijo uživalci drog, vidimo, da so kazniva

dejanja v 60–85 % primerov⁷ povezana s posedovanjem in uživanjem drog^{8, 9}. Število kršitev zakonov, povezanih z uporabo drog, se je v Evropski uniji med letoma 2001 in 2006 povečalo za 51 % (*ibid.*). V dveh tretjinah držav opazajo trend povečevanja – izjema sta Slovenija in Norveška, saj se v teh državah v petih letih kaže trend zmanjševanja (*ibid.*). Število kaznivih dejanj, povezanih z dobavo drog, se je v enakem obdobju prav tako povečalo, vendar veliko počasneje (povprečno povečanje za Evropsko unijo je 12 %). V tem obdobju se je število kaznivih dejanj, povezanih s ponudbo prepovedanih drog, povečalo v več kot polovici držav poročevalk in zmanjšalo le v štirih (*ibid.*). Navedeni podatki jasno kažejo neučinkovitost prohibicijske javnozdravstvene politike, ki teži k popolni odpravi rabe drog, na podlagi ekonomske logike ponudbe in povpraševanja (zmanjšanje ponudbe pomeni

⁷ Izjema sta Češka (88,4 %) in Norveška (62,4 %); tam kazniva dejanja izhajajo iz preprodaje in trgovine z ljudmi (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2008).

⁸ Podatki so iz leta 2006; podatkov za poznejša obdobja ni bilo moč najti (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2008).

⁹ Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2008) poroča, da je v večini držav najpogosteje predmet prijavljenih zakonskih kršitev na področju drog indijska konoplja. V petletnem obdobju 2001–2006 se je število kršitev, ki vključujejo konopljo, povečalo ali ostalo stabilno v večini držav poročevalk. To je povzročilo skupno povprečno povečanje za 34 % na ravni Evropske unije. O trendih upadanja pa so poročale Bolgarija, Češka, Italija in Slovenija. Število s kokainom povezanih kaznivih dejanj se je povečalo v vseh evropskih državah, razen v Bolgariji, Nemčiji in na Slovaškem. Zakonske kršitve, povezane s heroinom, pa kažejo drugačno sliko. V povprečju se je njihovo število v EU zmanjšalo za 14 %, predvsem med letoma 2001 in 2003. Vendar pa so nacionalni trendi zakonskih kršitev, povezanih z uživanjem heroina, bili različni v obdobju 2001–2006, pri tem je tretjina držav poročala o trendih povečevanja. Pri amfetaminih in ekstaziju je bila najvišja raven uživanja na ravni Evropske unije dosežena leta 2004. Število kaznivih dejanj, povezanih z amfetamini, se je povečalo (povprečno povečanje za 41 % med letoma 2001 in 2006), število kaznivih dejanj, povezanih z ekstazijem, v enakem obdobju ne pozna velikega odstopanja v celotnem obdobju 2001–2006. V EU trendi kaznivih dejanj, povezanih z uporabo drog, kažejo, da je bilo največje povečanje pri uživanju kokaina.

⁵ Podatki v drugih valutah niso dostopni.

⁶ Stroški, povezani s prepovedanimi drogami v Sloveniji, so leta 2010 znašali 9.699.283,01 evrov. Od tega je bilo iz proračuna Republike Slovenije namenjenih skupaj 3.685.096,56 evrov: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je z javnim razpisom podelilo 2.713.129,37 evrov, Ministrstvo za zdravje 60.707,00 evrov, Ministrstvo za javno upravo 316.426,00 evrov, Ministrstvo za pravosodje 18.794,19 evrov in Ministrstvo za notranje zadeve 576.040,00 evrov. Preostala sredstva so namenili Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (za financiranje delovanja centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog – 5.746.000,00 evrov) in Fundacija invalidskih in humanitarnih organizacij (program s področja drog v nevladnih organizacijah – 268.186,45 evrov). (Inštitut za varovanje zdravja 2011.)

Preglednica 1: Primerjava ciljev množičnih medijev in javnega zdravstva.

Cilji množičnih medijev	Cilji javnega zdravstva
zabavati, prepričati, informirati	izobraževati, poučevati
ustvarjati dobiček	izboljšati zdravje populacije
refleksija o družbi	spreminjanje družbe
Prioriteta je osebna problematika.	Prioriteta so družbeni problemi.
poročanje o kratkoročnih dogodkih	izvajanje dolgoročnih kampanj
prenos najpomembnejših informacij	boljše razumevanje kompleksnih informacij

Vir: Atkin, Arkin 1990.

hkrati zmanjšanje povpraševanja). Posledica take politike je kriminalizacija in stigmatizacija samih uživalcev.

K utrjevanju podobe uživalcev drog dodatno pripomorejo mediji. O drogah po navadi poročajo površno in senzacionalistično, čeprav je to v kontekstu promocije zdravja neproduktivno (Drev *et al.* 2006). Atkin in Arkin (1990) opozorita, da se medijski in javnozdravstveni cilji izključujejo. Mediji upoštevajo svoje lastne cilje in od njih ne moremo pričakovati, da bodo spremenili način poročanja, čeprav z njim stigmatizirajo uporabnike.

Moralna panika¹⁰, k uprizoritvi katere pripomorejo množični mediji, postane tako način, s katerimi se opravičuje in promovira prohibicijske politike in prek njih kazenskopравни model kot ustrezna rešitev na vprašanje drog (MacDonald, Patterson 1991).

Pojma »uživanje drog« in »kriminalizacija« uživalcev se s prohibicijo neločljivo zvežeta, toda intenzivnost družbene podobe uživalca drog kot kriminalca je mogoča le z nenehnim oživiljanjem ustreznosti in upravičenosti teh podob. (Grebenc 2003: 1.)

V nasprotju s povedanim tako

večina socioloških teorij pojasnjuje prestopništvo s kriminogenim »deficitom«, npr. pomanjkanjem gmotnih dobrin, pomanjkljivo

vzgojo (socializacijo), pomanjkljivim (ne) formalnim družbenim nadzorstvom, pomanjkljivimi priložnostmi (za uresničevanje želja in zadovoljevanje potreb), pomanjkanjem delovnih mest (posledica strukturne brezposelnosti), relevantnimi prikrajšanji in pomanjkanjem trdnih/soglasnih moralnih temeljev družbenega življenja (z izrazom »kriza vrednot«). (Kanduč 1999: 166.)

Države se na posledice uživanja prepovedanih drog odzivajo zelo različno, po navadi s kombinacijo prohibicijskih, zdravstvenih in socialnih oblik pomoči. Zavedajo se prepletenosti in kompleksnosti pojava uživanja drog in iščejo načine celostnih pristopov. To vpliva na poskuse načrtovanja politik in celostnih pristopov, ki bi ublažili posledice neskladnih intervencij (na primer kriminalizacija nasproti zdravljenju). Pogoste so kombinacije ukrepov, med katere sodijo tudi zdravljenje zaradi drog, razdeljevanje sterilne opreme za vbrižgavanje in drugih pripomočkov, dejavnosti v skupnosti za zagotavljanje informacij, izobraževanja, testiranja in vedenjskih ukrepov (te pogosto izvajajo ekipe na terenu ali nizkopražne organizacije), ter tudi različni preventivni in promocijski programi.

Kljub različnim vrstam zdravljenja odvisnosti veliko odvisnikov ne poišče pomoči, saj odvisnost prinaša prej omenjeno stigmo, vstop v sistem zdravljenja ali druge obravnave pa pomeni razkritje stigme. Ta vpliva tako na same odvisnike kot tudi na njihove družine. Posledica je prikrivanje odvisnosti ali pa pretvarjanje, da je ni. Tako postane pomemben korak pri pomoči ljudem z odvisnostmi znebiti se

¹⁰ V skladu s konceptom »moralne panike« (Cohen 1980) sta javna skrb in strah posledica enkratnega dogodka, ki pa napoveduje možnost »kriminalnega vala« in s tem ogroženost celotne družbe. Med »moralno paniko« se vzpostavi jasne meje med »prav« in »narobe« ter zahteva se ukrepanje proti kršiteljem.

stigmatizacije. Eden od preprostih načinov je poimenovanje. Namesto da govorimo o »odvisnikih« ali »džankijih«, lahko govorimo o »ljudih s težavami z uživanjem drog«. Tako je poudarek na človeku, ne pa na njegovi težavi ali problemu. Posamezniku s težavo damo oporo in mu pokažemo razumevanje, ki ga potrebuje, to pa povečuje njegovo moč – prav krepitev moči je eden od ciljev promocije zdravja.

Vidimo, da je koncept krepitev moči uporabnikov širši od koncepta krepitev zdravja, ker krepitev moči pomeni proces, v katerem ljudje pridobivajo večji nadzor nad odločitvami in ukrepi, ki vplivajo tudi na njihovo zdravje (Nutbeam 1998). Veliko raziskav potrjuje, da ljudje, ki imajo več moči, lahko bolje nadzorujejo svoje življenje in imajo več možnosti odločanja o dejavnostih, ki izboljšujejo njihovo zdravje, in zato je tudi njihovo zdravstveno stanje boljše. Prav tako številne raziskave kažejo, da sta revščina in dohodkovna neenakost največja vzroka ali dejavnika zdravstvenega stanja.

Preprosto povedano to pomeni, na primer, da Kanadčani¹¹ z nizkimi prihodki pogosteje umirajo mlajši in imajo več bolezni kot Kanadčani z višjimi dohodki, in to ne glede na starost, spol, raso ali prebivališče (Drugo poročilo o zdravju Kanadčanov 1999). V skladu s tem praksa promocije zdravja kaže na zaskrbljenost za socialno pravičnost. Ta praksa skuša zagotoviti, da bi imel vsak enakopraven dostop do hrane, dohodka, zaposlenosti, zatočišča, izobraževanja in drugih dejavnikov, potrebnih za ohranjanje zdravja. S tem promocija zdravja spodbuja tudi socialno vključenost, saj si prizadeva zagotoviti, da bi imel vsak dostop do sredstev, potrebnih za vzdrževanje zdravja, kot tudi odločal o stvareh, ki vplivajo na njegovo zdravje.

V nasprotju s prejšnjimi programi za promocijo zdravja je Ottawska listina (1986) zato vpeljala koncept državljan, ki ima nadzor nad svojim življenjem¹² (angl. *empowered citizen*). Poudarja potrebo po usklajenem

multisektorskem in medresorskem delovanju (v Sloveniji je izrazito slabo). Listina omenja tudi

medije kot enega ključnih promotorjev zdravja in decentralizacijo promocije zdravja na način aktivnega vključevanja ljudi v izvajanje strategij za promocijo zdravja na lokalni ravni oziroma na ravni skupnosti. (Kamin 2006: 80.)

Skupnost tako dobi legitimnost za socialno vključevanje ljudi in za spodbujanje solidarnosti za zdravje in glede na to, da imajo mediji svojo agendo, ki se ne sklada nujno s cilji promocije zdravja, se kaže potreba po nujnosti iskanja načinov sodelovanja med vsemi ključnimi akterji. Tako Svetovna zdravstvena organizacija (2009) za promocijo zdravja v 21. stoletju določa pet prednostnih nalog:

- spodbujati družbeno odgovornost za zdravje,
- povečati naložbe v razvoj zdravja,
- razširiti partnerstva za promocijo zdravja,
- povečati zmogljivosti skupnosti in krepiti vlogo posameznikov,
- ustvariti infrastrukture za promocijo zdravja.

V tem širokem okviru pa se vendarle postavlja vprašanje, kako podrobne, konkretne in usmerjene so preventivne dejavnosti in kako trdno so se akterji zavezali, da bodo delovali v skladu s temeljnimi političnimi načeli promocije zdravja. Postavlja se vprašanje, koliko se njihovi rezultati skladajo z zastavljenimi cilji promocije zdravja. Ali so preventivni ukrepi na področju drog vključeni v širši okvir promocije zdravja in pri tem še vedno ohranimo vsebino in cilje promocije (kot je vedno bolj praksa v večini držav članic), ob predpostavki (brez neposrednih dokazov), da imajo okoliščine, kot so večja blaginja, varno učenje, dobra šolska klima ipd., pozitiven vpliv na socialne dejavnike tveganja in zaščite zaradi uživanja drog? Pomembno je namreč, ali promocijske in preventivne dejavnosti dosegajo cilje promocije. To je za Slovenijo težko oceniti.

Podatki za Slovenijo kažejo, da kljub velikemu številu preventivnih programov v Sloveniji nimamo nacionalne baze podatkov o vrsti, obsegu in učinkovitosti preventivnih programov. (Inštitut za varovanje zdravja 2011: 41.)

Pomembno je, da so preventivna prizadevanja usmerjena v uresničevanje zastavljenih

¹¹ Podatkov za Slovenijo nimamo.

¹² V slovenskem izrazoslovju ne najdemo ustreznega prevoda besedne zveze, ki bi vsebinsko ustrežal pomenu besedne zveze *empowered citizen*.

ciljev in načel, ki jih promocija zdravja določa. Promocija zdravja lahko torej,

če ni dobro premišljena, deluje tudi proti interesom družbe oziroma deluje bolj v interesu posameznih družbenih skupin, na primer tistih, ki so socialno in ekonomsko že privilegirani. (Kamin 2006: 140.)

Iz tega izhaja potreba po evalvaciji promocijskih in preventivnih programov, ki bi vključevala evalvacijo procesa (odgovorila na vprašanje, ali poteka dejavnost po zastavljenem načrtu) in končno evalvacijo izidov (odgovorila na vprašanje, ali so bili cilji doseženi). Izvajanje evalvacij zahteva opredelitev minimalnih standardov za preventivne programe, ki bodo strokovnjakom v podporo pri zagotavljanju dokazano učinkovite prakse na področju preventive. To bo uporabnikom omogočilo premostitev vrzeli med znanostjo, politiko in prakso (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2010).

V Evropski uniji počasi, a vedno pogosteje potekajo pogovori o vzpostavitvi meril kakovosti, ki bi bila namenjena izvajalcem preventivnih dejavnosti (Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami 2010, Uchtenhagen, Schaub 2011). Pri tem se vedno bolj kaže tudi nujnost vzpostavitve meril glede nujnih znanj in usposobljenosti strokovnjakov. Prav cilj raziskave »Promocija duševnega zdravja, zmanjševanje duševnih težav in integracija ob pomoči izobraževanja« (ang. *Promoting mental health minimising mental illness and integrating through education*, krajše PROMISE) je bil določitev minimalnih standardov izobraževalnih programov na področju promocije zdravja in preventivnih dejavnosti. Tak pogled zagotavljajo indikatorji izobraževanja za področje promocije: vključevanje temeljnih načel promocije zdravja, interdisciplinarni in medsektorski pristop, vključevanje skupnosti/uporabnikov v vseh fazah načrtovanja in izvajanja preventivnega programa, zagovorništvo, uporaba obstoječega znanja in baz podatkov, skupnostni pristop in krepitev moči uporabnikov, holistični in ekološki pristop, ki zadovoljuje potrebe skupnosti, ocena tveganja, uporaba medijev in evalvacija preventivnih programov.

Te indikatorje smo razvili v okviru omenjenega projekta. Tako dobimo strokovnjake, ki zdajšnjim in prihodnjim izvajalcem promocijske dejavnosti dajejo smernice za ocenjevanje in tudi za oblikovanje promocijske dejavnosti, ki je v skladu s cilji in načeli promocije zdravja.

Promocije zdravja vsekakor ne smemo prepuštili trgu, saj bi ta izvajanje dejavnosti urejal po lastnih merilih. Potrebno je sistemsko urejanje, ki bo omogočalo izobraževanje in s tem zagotovilo strokovni kader, ki bo razumel širino koncepta in bil usposobljen tako za prenos znanja kot tudi za strokovno izvedbo dejavnosti. V tem kontekstu potrebujemo politike, ki bodo preprečevale zlorabo sistema (uveljavljanje prisilnosti v nasprotju s svobodo odločanja).

Tako ko govorimo o konceptu promocije zdravja in ko tudi sami izvajamo promocijo zdravja, moramo nujno ohranяти posameznikovo pravico do lastne izbire. Povedano drugače, potreben je celosten pogled, ki bo udejanjanje koncepta promocije zdravja obravnaval na mikro-, mezo- in makroravni, saj je zdravje opredeljeno kot vir (kot nekaj, kar naj bo dostopno vsem, in kot vir moči za udejanjanje posameznikovih potreb, interesov in želja) in ne kot cilj življenja (v tem primeru bi morali zdravju podrediti vse druge cilje).

VIRI

- ATKIN, C., ARKIN, E. B. (1990), Issues and initiatives in communicating health information to the public. V: Atkin, C., Wallack, L. (ur.), *Mass communication and public health: Complexities and conflicts*. London, New Delhi: Sage Publications (13–40).
- COHEN, S. (1980), *Folk devils and moral panics: The creation of the mods and rockers*. Oxford: Robertson.
- DREV, A., SEVER, M., KAMIN, T. (2006), The role of public health advocates in mediatization of illicit drugs and promotion of anti-drug related behaviour. V: Podnar, K., Jančič, Z. (ur.), *11th International conference on corporate and marketing communications. Contemporary issues in corporate and marketing communications: Towards a socially responsible future*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, Pristop.
- Drugo poročilo o zdravju Kanadčanov* (1999). *Toward a healthy future: Second report on the*

- health of Canadians*. Dostopno na: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/report-rapport/toward/pdf/toward_a_healthy_english.PDF (16. 7. 2012).
- Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (2008), *Statistical bulletin: Drug law offences*. Dostopno na: <http://www.emcdda.europa.eu/stats08/dlo> (16. 7. 2012).
- (2010), *Prevention and evaluation resources kit (PERK): A manual for prevention professionals*. Luksemburg: Publications office of the European Union.
- (2011), *Stanje na področju problematike drog v Evropi*. Luksemburg: Urad za publikacije Evropske unije.
- FLAKER, V., GREBENC, V., RODE, N., FOJAN, D., BELIN, J., KASTELIC, A., VODLAN, M., VAN DAM, T. (2002 a), *Skupnostni pristop k zmanjševanju škode povezane z uživanjem drog*. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve (končno poročilo).
- FLAKER, V., BELIN, J., FOJAN, D., GREBENC, V., KASTELIC, A. (2002 b), *Živeti s heroinom I: Družbena konstrukcija uživalca v Sloveniji*. Ljubljana: /*Cf.
- GREBENC, V. (2003), Droge in kriminal: Kritični razmislek o njuni zvezi. *Socialna pedagogika*, 7, 4: 407–430.
- GREBENC, V., ŠABIĆ, A., KVATERNIK, I. (2008), *Varna vožnja: Obvladovanje tveganja in nevarnih življenjskih slogov v prometu*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- HOČEVAR, A. (2005), *Preprečevanje rabe in zlorabe drog: Starši med stroko in ideologijo*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- HERWIG-LEMPP, J., STOVER, H. (1992), Temelji socialnega dela, ki sprejema uživanje mamil. *Iskanja: Vzgoja, prevzgoja*, 9, 12: 73–96.
- Inštitut za varovanje zdravja (2010), *Nacionalno poročilo 2010 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- (2011), *Nacionalno poročilo 2011 o stanju na področju prepovedanih drog v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.
- KAMIN, T. (2004), *Promocija zdravja in mit opolnomočenega državljana*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede (doktorska disertacija).
- (2006), *Zdravje na barikadah: Dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- KANDUČ, Z. (1999), *Kriminologija: (Stran)poti vede o (stran)poteh*. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti v Ljubljani.
- LEHTINEN, V., RIIKONEN, E., LAHTINEN, E. (1997), *Promotion of mental health on the European agenda*. Helsinki: Stakes, National research and development centre for welfare and health.
- MACDONALD, D., PATTERSON, V. (1991), *Drug training: Learning about drugs and working with drug users*. London: Routledge.
- MRAZEK, P. J., HAGGERTY, R. J. (1994), New directions in definitions. V: Mrazek, P. J., Haggerty, R. J. (ur.), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press (19–29).
- NUTBEAM, D. (1998), *Health promotion glossary*. Dostopno na: <http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/nutbeam.PDF> (16. 7. 2012).
- Ottawska listina (1986), *The Ottawa Charter for health promotion*. Dostopno na: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en> (16. 7. 2012).
- Svetovna zdravstvena organizacija (1994), *Lexicon of alcohol and drugs terms*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija. Dostopno na: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf> (16. 7. 2012).
- (2003), *Investing in mental health*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija. Dostopno na: http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf (16. 7. 2012).
- (2004), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija (poročilo).
- (2009), *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Dostopno na: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf (16. 7. 2012).
- SZASZ, T. (1992), *Our right to drugs: The case for a freemarket*. London: Westport.
- TERRIS, M. (1992), Concepts of health promotion: Dualities in public health theory. *Journal of public health policy*, 13, 3: 267–276.
- UCHTENHAGEN, A., SCHAUB, M. (2011), *Minimum quality standards in drug demand reduction EQUUS*. Zürich: Research Institute for Public Health and Addiction (končno poročilo). Dostopno na: [http://www.isgf.ch/index.php?id=94&no_cache=1&tx_ttnews\[tt_news\]=29&tx_ttnews\[backPid\]=9&cHash=f015577795e111cdb60755bb14e79383](http://www.isgf.ch/index.php?id=94&no_cache=1&tx_ttnews[tt_news]=29&tx_ttnews[backPid]=9&cHash=f015577795e111cdb60755bb14e79383) (16. 7. 2012).

Vera Grebenc

UPORABNOST EVROPSKIH SMERNIC PROMISE ZA IZOBRAŽEVANJE V SOCIALNEM DELU

UVOD

Spodbujanje in krepitev duševnega zdravja sta kompleksna cilja. V dokumentih Svetovne zdravstvene organizacije (2002, 2004) je zapisano, da je za zmanjševanje bremen, ki jih ljudem in družbi povzročajo duševne težave, treba promocijo duševnega zdravja nujno vključiti v izboljšanje splošnega zdravja in dobrega počutja ljudi. To vključuje ukvarjanje s socialnimi, ekološkimi in ekonomskimi dejavniki zdravja. Sem sodi izboljšanje družbene povezanosti in socialne vključenosti, boj proti diskriminaciji in nasilju, prilagoditev fizičnega okolja, urejanje življenjskih razmer in ustrezne infrastrukture, urejanje transporta in prometa, možnost šolanja in izobrazbe ipd. Organizacija tudi poziva k prepoznavanju in razširjanju učinkovitih in trajnostnih intervencij promocije duševnega zdravja ter opozarja, da je medsektorski pristop še bolj kot na drugih področjih zdravja pomemben pri spodbujanju duševnega zdravja.

Tudi v Evropskem dogovoru o duševnem zdravju in dobrem počutju (Evropska komisija 2008) je zapisano, da je promocija duševnega zdravja možna le s sodelovanjem različnih partnerjev, med katerimi so poleg strokovnjakov, ki delujejo na področjih zdravstvenega in socialnega varstva, pomembni tudi drugi družbeni akterji, od strokovnjakov različnih sektorjev do organizacij civilne družbe in organizacij uporabnikov, oskrbovalcev in negovalcev (*ibid.*).

Vse to kaže na razsežnost in prepletenost dejavnikov spodbujanja duševnega zdravja in nujnost vključevanja in sodelovanja vseh družbenih akterjev zdravja, hkrati pa zbudi vtis, da se lahko s promocijo zdravja ukvarja

prav vsakdo in da za to ni potrebno posebno znanje. Zaznavanje obsežnosti problematike, pomanjkljivosti in nedoslednosti v razumevanju ciljev spodbujanja duševnega zdravja pa tudi nekritičnosti do prenašanja promocijskih strategij na področje zdravja ter predvsem vrzeli v izobraževanju za področje promocije duševnega zdravja je botrovalo nastanku projekta PROMISE. Poglavitni namen projekta je bil, da se na področje izobraževanja za izvajalce promocije na področju duševnega zdravja vnesejo vsaj temeljni standardi ter določijo merila ključnih znanj in smernice za učne strategije. S tem naj bi spodbudili boljše razumevanje samega koncepta promocije in tudi bolj kakovostno in smiselno uporabo tega koncepta v praksi.

METODOLOŠKO IN KONCEPTUALNO OZADJE PROJEKTA

Cilj projekta PROMISE (*Promoting Mental Health Minimising Mental Illness and Integrating through Education*) je bil oblikovanje splošnih smernic za izobraževanje strokovnjakov na področju promocije duševnega zdravja. Smernice so nastale na podlagi pregleda dokumentov Svetovne zdravstvene organizacije, različnih političnih in zakonodajnih dokumentov Evropske unije ter analize primerov dobrih praks uveljavljanja standardov promocije na področju duševnega zdravja¹. Na podlagi raziskovalnega dela smo opredelili

¹ Podrobneje se je o vsebini projekta mogoče seznaniti na spletnih straneh projekta <http://promise-mental-health.com> (8. 10. 2012).

posebna merila za usposabljanje, pomembna za področje promocije duševnega zdravja, in oblikovali tako splošne evropske smernice kot tudi posebne evropske smernice za usposabljanja strokovnjakov v psihologiji, psihiatriji, zdravstveni negi in socialnem delu.

Pri oblikovanju posebnih smernic smo splošne smernice uporabili kot podlago in jih prilagodili merilom kakovosti za usposabljanje za posamezno stroko. Slovenski tim se je v sodelovanju z angleškim ukvarjal z oblikovanjem posebnih smernic za usposabljanje socialnih delavcev in delavk, ki že delujejo ali še bodo delovali na področju promocije duševnega zdravja. Za ta namen smo v okviru projekta PROMISE komentirali prepoznana merila kakovosti smernic za izobraževanje in se vprašali, kako lahko posamezna merila razumemo iz perspektive socialnega dela.

Ključni koncept projekta je bil promocija duševnega zdravja. Kot meni Tilford (2006), jo je treba razumeti kot spodbujanje in poudarjanje pozitivnih lastnosti posameznika in pozitivnih značilnosti družbe, in dodaja, da je cilj promocije več kot le odsotnost bolezni. V nadaljevanju piše (*ibid.*: 224):

... pri delovanju je treba najti ravnovesje med promocijo pozitivnega zdravja,² uporabo nediskriminatorških in participacijskih praks, krepitev moči uporabnikov, načinov dela z različnimi ciljnim skupinami in odločenostjo, da se odpravijo neenakosti na področju duševnega zdravja na državni in globalni ravni.

To smo pri oblikovanju smernic tudi upoštevali.

Že v Ottawski listini (1986) in Deklaraciji iz Džakarte (Svetovna zdravstvena organizacija

² V večini tekstov, ki se ukvarjajo s promocijo zdravja, se pri pojasnjevanju poglobljene značilnosti promocije najpogosteje uporablja argument pozitivnega zdravja (*positive health*) kot cilja promocije. Tako v slovenščini kot v angleščini ta besedna zveza deluje nesmiselno, saj je zdravje že samo po sebi pozitivno. Utemeljitev, ki jih navajajo avtorji ob uporabi predznaka pozitivno, pa zajemajo poudarek, da je dobro duševno zdravje rezultat kombinacije različnih pozitivnih dejavnikov (dobrega telesnega zdravja, dohodka, zaposlitve, urejenih bivalnih razmer, izobrazbe ...) (Svetovna zdravstvena organizacija 2004, gl. tudi Friedli 2009).

1997) je promocija zdravja visoko na lestvici prioritete, ki bi jih morale upoštevati države in njihove vlade. Kot temeljni dokument pa lahko predvsem Ottawsko listino razumemo tudi kot razglas vrednot in etičnih zavez, s posebnim poudarkom na miru, socialni pravičnosti in enakopravnosti kot prvih pogojih za omogočanje zdravja (Sindall 2002). Pri tem ne smemo pozabiti, da koncept promocije izhaja iz trženjskega pristopa in da je promocija kot koncept dela z javnostjo na področje družbenega vstopila kot element socialnega marketinga. Socialni marketing, ki ga lahko širše opredelimo kot načrtovano vplivanje na družbene spremembe, pomeni, da naj bi s skrbno zastavljenimi akcijami vplivali na stališča in vrednote ciljnih skupin z namenom, da spremenijo določene vedenjske vzorce (Demšar Peček 2004). V teoriji socialni marketing razlagajo kot načrtovano spodbujanje in pospeševanje sprememb v družbi. Izhaja iz predpostavke, da je družbene spremembe mogoče doseči le s poglobljenim razumevanjem potreb, zahtev in percepcij ciljnega občinstva ob skrbnem načrtovanju in učinkoviti izvedbi strategij (*ibid.*).

Avtorstvo besedne zveze socialni marketing pripisujejo Kotlerju in Zaltmanu (1971). Prvič sta jo uporabila na začetku sedemdesetih let 20. stoletja za opisovanje uporabe marketinških načel in tehnik pri reševanju družbenih problemov in pospeševanju sprejemanja novih socialnih idej. Zamisli o pospeševanju sprememb v družbi pa še zdaleč niso izviren domislek modernega časa, vendar pa smo pravi invaziji ideje, da je možno z uporabo trženjskih načel delovati na spremembe v družbi, priče šele v zadnjih treh desetletjih, ko je postal socialni marketing samostojna in jasno opredeljena disciplina.

V najožjem pomenu besede je promocija kot del socialnega marketinga sporočanje informacij o produktu (npr. ključne ugodnosti, storitve ali spremembe vedenja), ceni (npr. višini prihranka, če se odpovemo tveganemu vedenju ali prakticiramo bolj zdrav način) in prostoru (npr. priložnosti in dostopnosti prakticiranja novih vedenj) ciljnim skupinam (Kotler *et al.* 2002). Socialni marketing pa je proces, ki uporablja marketinška načela in tehnike za ustvarjanje in sporočanje vrednot z namenom

vplivanja na vedenje ciljnih javnosti v korist družbi (javno zdravje, varnost, okolje in skupnosti) kot tudi ciljne javnosti (Kotler, Lee 2008). Temeljna ideja socialnega marketinga je torej, da se spremembe v družbi dogajajo s pomočjo pospeševanja in uveljavljanja novih ali drugačnih stališč (Kotler, Roberto 1989). Strategije, ki se pri tem uporabljajo, Andreasen (1995) razdeli na izobraževalne, prepričevalne, na pristope družbenega pritiska in na pristope preoblikovanja vedenj ljudi.

Tanja Kamin (2006) meni, da se opredelitev pojma socialnega marketinga v letih uporabe ni spremenila, sta se pa povečali izčrpnost osnovne definicije in kompleksnost tehnologij, ki jih uporablja. Ugotavlja namreč, da socialni marketing črpa iz različnih alternativnih pristopov vplivanja na vedenje ljudi, a teh pristopov ne uporablja ločeno, ampak kombinira iz vsakega od njih tisto, kar omogoča delovanje glede na specifično situacijo. Takole je zapisala (*ibid.*: 103).

Vse to počne lahko samo v enem primeru, kar je bistvo socialnega marketinga, in sicer, da je usmerjen k posamezniku, njegovim vrednotam, stališčem, navadam, življenjski situaciji itd.

Promocija kot element socialnega marketinga je postala pomemben pristop pri nagovarjanju javnosti prav na področju javnega zdravja in predvsem v preventivi (npr. programi za pospeševanja zdravja, za preprečevanje zlorabe drog in alkohola, pred okužbo virusa HIV, za načrtovanje družine). Tudi v socialnem varstvu je v zadnjih tridesetih letih postala uporaba trženjske logike kot načina nagovarjanja ciljnih skupin ena od pogosto uporabljenih tehnik (pogledamo lahko samo sporočila na različnih letakih, ki jih uporabniki storitev lahko jemljejo v čakalnicah ustanov).

Hkrati lahko opazimo, da prav preplet socialnih in zdravstvenih tematik pogosto povzroči, da so v sporočilih javnosti v ospredju zdravstveni vidiki določenega pojava. Kot tema je tako promocija duševnega zdravja vključena med druge teme javnega zdravja. Toda prav z vsebinami, ki so usmerjene v spodbujanje zdravega življenjskega sloga in zdravja nasploh,

lahko pri tistih, ki jih z vsebinami nagovarjamo, zelo hitro izklopimo proces premisleka in vrednotenja sporočil.

Promocija zdravja dobro izkorišča samoumevnost govora o zdravju kot o nečem neproblematičnem (Callahan, Jennings 2002). Na področju javnega zdravja je razprava o etiki precej skromna. Kot opozori Sindall (2002), javnozdravstveni delavci jemljejo delo na področju promocije zdravja kot etično neproblematično in moralno vedno upravičeno. Nosilci promocije zdravja pogosto ne prepoznajo etičnih dilem, ki jih z dejavnostmi izzovejo, zato je še toliko pomembnejše, da različne laične in strokovne javnosti pa tudi lokalne skupnosti, mediji in tudi vlade sprožajo vprašanja etičnih stališč in vrednot. Pri tem je predvsem treba opozarjati na pasti nekritičnega prenašanja modelov promocije. Kažejo se lahko v pokroviteljskem odnosu do uporabnikov programov, v nekakšnem tehničnem »socialnem inženirstvu« ali pa v pretirani skrbi nosilcev promocije zdravja.

Kritiki promocije zdravja opozarjajo tudi na druge vidike dilem in etičnih vprašanj, kot so vprašanja zasebnosti ter interference s pravicami in svoboščinami in vloga promocije zdravja pri večanju razlik med bogatimi in revnimi, na nevarnosti »obtoževanja žrtev« pa tudi na pomanjkljivosti in nedoslednosti, ko gre za vpliv na družbene dejavnike zdravja. Kot meni Sindall (*ibid.*), precej tistih, ki se ukvarjajo z bioetiko kot izhodiščem razmišljanja pri ukvarjanju s problemom, uporabi znano analitično stališče, ki temelji na načelih avtonomije (spoštovanje osebnih in človekovih pravic), koristnosti (delati dobro, optimizirati koristi glede na bremena), neškodovanja in upoštevanja pravičnosti (to naj bi pomenilo oblikovanje norm za enako porazdelitev koristi, tveganj in stroškov) (Beaucamp, Childress 1994).

Skrb, da danes postane uporaba določenih tehnik in pristopov samoumevna, še posebej, ko gre za cilje, utemeljene na retoriki zdravja, pa ni odveč. Kot zapiše Sindall (2002), se danes pogosto zdi, da strokovnjaki ne pomišljajo več o upravičenosti uporabe različnih metod dela in tehnik. Razvoj nam omogoča več, kot smo sposobni doumeti glede mogočih posledic za življenje nasploh. Kot strokovnjaki

smo se dolžni opredeliti do uporabe določenih postopkov pri našem delu. In da smernice izobraževanj ne bi bile še eden od številnih tehničnih dokumentov, smo v okviru projekta PROMISE posamezne indikatorje komentirali vsi potencialni uporabniki teh smernic, torej tisti, ki bi smernice uporabili kot orientacijo pri oblikovanju programov usposabljanja, in tudi ciljna skupina, ki naj bi sprejemala oblikovana sporočila. Med potencialnimi uporabniki teh smernic smo bili tako predstavniki različnih strok (socialno delo, zdravstvena nega, psihologija, psihiatrija) kot tudi skupina ljudi, ki imajo izkušnjo s težavami z duševnim zdravjem, uporabniki storitev duševnega zdravja. V projektu so omenjene skupine sestavljale tudi strokovni odbor, katerega naloga je bila nenehno spremljanje in ocenjevanje nastalega dela.

REZULTATI

Smernice za izobraževanje socialnih delavcev in delavk PROMISE so nabor meril kakovosti oziroma priporočil, ki naj bi jih pri načrtovanju in izvajanju izobraževanj upoštevali vsi, ki izobražujejo na področju promocije duševnega zdravja. Nastale so kot rezultat pregleda literature in komentarja splošnih smernic, ki so bile podlaga za oblikovanje vseh drugih specifičnih smernic. To pomeni, da smo se pri vsakem od desetih meril splošnih smernic vprašali, kako relevantno je – poleg relevantnosti za druge stroke (psihologijo, psihiatrijo, zdravstveno nego) – tudi za usposabljanje socialnih delavcev in delavk na področju promocije duševnega zdravja. Spraševali smo se, kakšen je pomen in smisel določenega merila za usposabljanje za socialno delo, kako ga v socialnem delu lahko razumemo in uporabimo, ter katera znanja naj bi strokovnjaki s področja socialnega dela prejeli, da bi lahko kompetentno izvajali projekte promocije. Izdelane smernice tako niso niti seznam kompetenc niti program izobraževanja sam po sebi, temveč so nabor načel, ki naj bi jih upošteval vsak, ki oblikuje in izvaja usposabljanje za socialno delo na področju promocije duševnega zdravja.

Smernice naj bi omogočale orientacijo pri oblikovanju programov izobraževanj za socialne

delavce in delavke, ko naj bi ti pridobili znanja s področja promocije duševnega zdravja.

So ključna izhodišča tako za oblikovanje programov izobraževanj za socialno delo na vseh stopnjah študija (dodiplomski in podiplomski) kakor tudi dodatnih in dopolnilnih usposabljanj za tiste, ki že delajo v praksi. S smernicami bi si lahko pomagali tudi različni izvajalci projektov promocije zdravja v lokalni skupnosti, ko je treba za udeležene v projektu pripraviti usposabljanja, smiselno pa je smernice uporabiti tudi za ocenjevanje in vrednotenje že obstoječih programov promocije zdravja.

Promocijo duševnega zdravja obravnava veliko literature in dokumentov, vendar se vsebina teh besedil večinoma osredotoča na ocenjevanje projektov promocije duševnega zdravja glede upoštevanja osnovnih elementov koncepta promocije, na prikaze dobrih praks in ključnih načel in konceptov, ki podpirajo to prakso, ali pa gre za literaturo o promociji zdravja na splošno (Barry, Jenkins 2007, Svetovna zdravstvena organizacija 2004, Hermann *et al.* 2005, Jané-Llopis *et al.* 2005, Jané-Llopis, Anderson 2006, Friedli, Parsonage 2007). Malo ali nič pa iz obstoječe literature izvemo o izobraževanju in ključnem znanju, ki je potrebno, da promocijo razumemo, se do nje znamo tudi kritično opredeliti in delovati. Tako kritiki kot zagovorniki promocije poudarjajo pomanjkljivosti na področju izobraževanj, nihče namreč ne podaja smernic za oblikovanje izobraževalnih programov in ne določi meril, kaj bi morali strokovnjaki na področju promocije duševnega zdravja znati.

Smernice so tako namenjene oblikovalcem in izvajalcem izobraževanj, saj z upoštevanjem meril kakovosti in ključnih priporočil lahko izdelajo takšne programe usposabljanja, ki bodo upoštevali značilnosti konkretne situacije, v kateri bo potekala promocija, hkrati pa upoštevajo tudi potrebe po znanju in izkušnjah udeležencev usposabljanja. Na primer, če potrebujemo izobraževanja za socialne delavce in delavke, ki delajo na področju promocije duševnega zdravja in dobrega počutja na delovnem mestu, saj zaznavamo več težav, povezanih z zasvojenostjo/samomori/stresom, je treba usposabljanje zastaviti tako, da bo

učenje namenjeno razumevanju fenomena, s katerim se srečujemo, in potreb posameznikov in skupin, ki bodo vključeni v promocijo, pa tudi pridobivanju znanj in spretnosti, ki jih socialni delavci in delavke potrebujejo, da bodo pri svojem delu lahko uspešni. Z drugimi besedami, skupina, za katero se usposabljanje pripravlja, mora biti vključena v nastajanje programa. Lahko pa bi tudi rekli, da je idealen cilj usposabljanja po merilih PROMISE učenje za konkretne situacije dela.

DESET MERIL ZA USPOSABLJANJE NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN RELEVANTNOST ZA SOCIALNO DELO

Smernice, ki so nastale, so torej prvi poskus bolj sistematičnega pristopa k določanju ključnih meril za načrtovanje izobraževanj za dobro delo na področju promocije duševnega zdravja. Zajemajo deset indikatorjev kakovosti, ki upoštevajo vse elemente promocije duševnega zdravja in določajo merila izobraževanja. Ta merila so: upoštevanje načela promocije, vključevanje skupnosti in krepitev moči uporabnikov, interdisciplinarni in medsektorski pristop, vključevanje uporabnikov, zagovorništvo, uporaba znanja, celostni pristop, prepoznavanje tveganj, uporaba medijev in evalvacija. S temi desetimi merili smo poudarili posebnost posameznega vidika in opravili nabor pomembnih načel promocije, ki jih je treba upoštevati v programu usposabljanja. Hkrati pa je treba to skupino meril videti tudi kot povezano celoto, saj se posamezni vidiki prepletajo in dopolnjujejo, so medsebojno odvisni in nobenega ne smemo zanemariti.

Promocija in socialno delo

Prvo merilo – upoštevanje načela promocije – opozarja, da je promocija posebna strategija, ki poudarja pozitivne vidike zdravja, in da se promocija duševnega zdravja razlikuje od preventive duševnih bolezni ali zdravljenja. Duševno zdravje je vir, je vrednota in tudi temeljna človekova pravica, odločilna za družbeni in ekonomski razvoj (Svetovna

zdravstvena organizacija 1997). Promocijo duševnega zdravja je zato treba razumeti kot možnost vplivanja na različne dejavnike duševnega zdravja, da bi povečali pozitivne vidike duševnega zdravja in zmanjšali neenakosti (Svetovna zdravstvena organizacija 1986). V različnih definicijah in opredelitvah socialnega dela bomo našli zapisano, da so doseganje blaginje, zmanjševanje neenakosti, spoštovanje človekovih pravic in socialne pravičnosti temeljni cilji in hkrati načela socialnega dela (Adams *et al.* 1998, Milošević Arnold, Poštrak 2003). V *Globalnih standardih izobraževanja za socialno delo* (2005: 10) je zapisano, da se socialno delo v različnih delih sveta posveča razvojnim, zaščitnim, preventivnim oziroma terapevtskim nalogam in da je temeljni namen socialnega dela

spodbujanje vključevanja [...]; prepoznavanje in nasprotovanje oviram in neenakosti, ki obstajajo v družbi [...]; vzpostavljanje [...] delovnih odnosov [...] tako, da vzpodbudimo njihovo blaginjo in njihove zmožnosti za premagovanje problemov; [...] uvajati programe in politike, ki pripomorejo k človekovi blaginji [...]; spodbujanje stabilnih, usklajenih in medsebojno spoštljivih družb, ki ne kršijo človekovih pravic [...].

Socialno delo torej v svojem temeljnem poslanstvu lahko prepozna promocijsko vlogo, če promocijo razumemo kot spodbujanje, krepitev posameznikov in skupin, da lahko sodelujejo v vseh zanje pomembnih sferah življenja, in kot vplivanje na spreminjanje družbe za socialno pravičnost in družbeno stabilnost ter sporočanje teh vrednot različnim javnostim.

V večini držav Evropske unije imajo socialni delavci in delavke naloge in odgovornosti jasno opredeljene (javna pooblastila, pristojnosti, področja dela). Toda, ko se v praksi najdemo v nasprotujočih si vlogah nadzora, podpore, oskrbovanja in zaščite, se nam pogosto zdi, da nas izpolnjevanje določenih nalog in pooblastil ovira pri izpolnjevanju temeljnega poslanstva socialnega dela. Pogosto se nam tudi zdi, da intenzivno delo s posameznikom in skupnostjo dopušča le malo prostora za dejavnosti, ki se nanašajo na naloge promocije. Da si »resno«

socialno delo ne more privoščiti promocijskih dejavnosti in delovanja na tistih vidikih vsakdanjega življenja (tudi zdravja), pri katerih ne gre za reševanje eksistencialnih stisk in življenjsko nujnih situacij.

Preprečevanje socialne izključenosti, vključevanje uporabnikov, krepitev moči posameznikov in skupnosti, večanje blaginje, družbena solidarnost so načela socialnega dela, ki jih najpogosteje poudarjamo kot našo osnovno vodilo pri delu. Etika socialnega dela nam nalaga, da kot profesionalna skupina pomagamo ljudem, da si ustvarijo takšne življenjske razmere, v katerih bodo lahko poskrbeli za svojo blaginjo in svoje zdravje in tako udeleženi pavico do zdravja (ReNPSV 2006, NPZV 2008, *Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu* 2002, *Kodeks etike socialnih delavk in delavcev Slovenije* 2010).

V konceptu promocije lahko prepoznamo tudi priložnost za utemeljevanje strategij socialne pravičnosti in zmanjševanja socialnih stisk in problemov. Pomembno pa je, da v socialnem delu promocijo zdravja razumemo ne le kot spreminjanje stališč in ravnanj/vedenja, ampak predvsem kot spreminjanje življenjskih razmer. Z idejo promocije duševnega zdravja se v socialnem delu lahko odmaknemo od administrativne vloge nadziranja k vlogi pospeševalcev pozitivnega duševnega zdravja in dobrega počutja. Ob upoštevanju specifičnih okoliščin, ki so pomembne za razumevanje vsakdanjega življenja ljudi, ki imajo težave z duševnim zdravjem, postane naloga socialnega dela prepoznavanje načinov, kako krepiti moč ljudi in skupnosti. Tako pozornost razširimo od ozkega ukvarjanja s problemom oziroma s posameznikom s problemom k bolj splošnim in tudi pozitivnim vidikom življenja, cilj dela pa postane zagotavljanje nujnih pogojev pozitivnega duševnega zdravja (Tilford *et al.* 1997, Hosman, Jané-Llopis 2005, Svetovna zdravstvena organizacija 2004).

Z vidika promocije duševnega zdravja je v tem okviru pomembno, da vsem, ki se izobražujejo za socialno delo, omogočimo: (1) razumevanje ključnih dejavnikov duševnega zdravja, kot so družbena vključenost, ekonomska participacija, varnost pred nasiljem in

diskriminacijami, (2) prepoznavanje prioritet posameznikov in skupin ter ključnih področij in vprašanj, ko gre za vzpostavljanje akcij in aktivnosti, in (3) predvidevanje (pričakovanje) koristi. Izobraževanje naj bi pomagalo razumeti, da imajo ljudje pravico do duševnega zdravja in da je naloga socialnih delavcev in delavk, da posameznikom in skupnostim pomagajo delovati na različne dejavnike in pogoje duševnega zdravja (Ottawska listina 1986). Glede na to, da promocija duševnega zdravja, kot jo opredeljuje dokument Svetovne zdravstvene organizacije (2004), vključuje delovanje na različnih področjih in sferah vsakdanjega življenja posameznikov in skupnosti (npr. na področju zaposlovanja, stanovanja in bivanja, prostega časa, vsakodnevnih rutin in opravil, družbenega in fizičnega okolja), ima lahko prav socialno delo, ki svoje delo opravlja na teh področjih vsakdanjega življenja, odločilno vlogo pri vzpostavljanju in uresničevanju programov promocije duševnega zdravja.

V izobraževanju naj bi socialne delavce in delavke spodbudili, da bi raziskovali različna področja, ki vplivajo na zdravje in počutje ljudi, in jim omogočili razpravo o tem, kako lahko primerjamo pravico do zdravja z drugimi človekovimi pravicami, kot so kulturne, socialne, ekonomske in politične pravice. Pri tem je pomembno opozoriti na še eno od vlog socialnega dela, in sicer na družbeni aktivizem in iz njega izhajajočo zagovorniško držo, ki socialne delavke/delavce obvezuje k prepoznavanju krivičnosti in pomanjkljivosti v družbi (npr. sistemske ovire, pomanjkljiva zakonodaja), ki preprečujejo, da bi ljudje zares imeli dostop do virov zdravja (Pape, Galipeault 2002, Ife 2002).

Vključevanje skupnosti

Brez učinkovitega vključevanja in krepitev skupnosti (drugo merilo) pa ciljev promocije sploh ni mogoče izvesti. To merilo temelji na predpostavki, da promocija brez dejavne participacije skupnosti sploh ni mogoča (Skinner 1997, Austen 2003). Socialno delo ima močno tradicijo delovanja v skupnosti in promocija (spodbujanje) je element skupnostnega

pristopa, v katerem se socialno delo dobro prepozna: skupnostne akcije, vključevanje uporabnikov storitev, razvoj služb in storitev skupnosti so v socialnem delu razviti pristopi in oblike dela (Žnidarec Demšar 2005, Milošević Arnold, Poštrak 2003, Zaviršek *et al.* 2002). Znanja, ki smo jih razvili v socialnem delu, na primer, kako delovati v skupnosti, kako vzpostaviti in vzdrževati široko povezanost posameznikov in različnih skupin in organizacij v skupnosti – od pomoči skupinam in organizacijam v skupnosti, da se organizirajo in vzpostavijo trdnejše strukture, do pomoči posameznikom in skupinam, da definirajo in dosežejo cilje, ki si jih zastavijo – nam kot socialnim delavcem pri promociji duševnega zdravja dajejo prednost pred drugimi strokami.

Z merilom vključenosti skupnosti postane usposabljanje priložnost, da se med pobudniki projektov promocije in uporabniki teh projektov (ciljnimi skupinami, posamezniki, skupnostmi) vzpostavi sodelovanje in dialog, ki bi omogočala prepoznavanje potrebnega znanja in spretnosti za poznejše delovanje. Skupnost bi tako že med usposabljanjem pridobila možnost vplivanja na vsebine, velja pa tudi obrnjeno, usposabljanje bi bil že prvi korak spoprijemanja z resničnostjo in potrebami v skupnosti.

Izobraževanje po merilu vključenosti skupnosti pa je tudi zaveza, da socialne delavke in delavci prevzamemo aktivno pobudo pri vključevanju lokalnega znanja in vednosti, ki je v skupnosti. Z raziskovanjem in sodelovanjem z akterji v skupnosti ustvarjamo skupno znanje, to pa naj bo dostopno vsem posameznikom in tako vir moči skupnosti (Grebenc 2006). Še več, z usposabljanjem, ki omogoča stik z nosilci različnih znanj in izkušenj, ustvarjamo situacije osebnoznega profesionalnega zorenja, saj znanje ni več le tehnično in posplošeno, ampak omogočimo socialnim delavkam in delavcem možnost perspektive, izkušnje, refleksijo o lastni strokovni vlogi na podlagi doživljanje drugih akterjev. Taka perspektiva je tudi pogoj za profesionalno etiko, ki ni etika prepričanosti (z utrjenimi nazorskimi pogledi, ki ne omogočajo premika v pogledu), ampak etika odgovornosti, saj se zavedamo svojega početja in prevzemamo odgovornost (Dragoš 1996).

Interdisciplinarnost

Prav umeščanje socialnega dela kot akterja projektov promocije duševnega zdravja v skupnosti pa sproži tudi vprašanje partnerstev v skupnosti in vprašanje sodelovanja z drugimi interesnimi skupinami. Tretje merilo je interdisciplinarni in intersektorski pristop. V socialnem delu to merilo razumemo kot priložnost za sodelovanja z drugimi disciplinami, ki delujejo na področju duševnega zdravja. V različnih kompleksnih življenjskih situacijah uporabnikov storitev (bolezen, stanovanje in bivanje, dohodek, vključenost v izobraževanje, delo in zaposlitev, socialne mreže in odnosi ...) nujno sodelujemo z drugimi strokami. Vloga socialnega dela je ne le "podpora" drugim strokam in drugim strokovnim pristopom (kakor nas pogosto dojemajo družbeno bolj uveljavljeni strokovni profili), ampak je najpomembnejše poslanstvo vseh sodelujočih partnerstvo v iskanju dogovorov za posameznike in skupnosti, s katerimi delamo. Izobraževanje naj bi tako omogočalo raziskovanje in vzpostavljanje intersektorskega in multidisciplinarnega sodelovanja na način, ki udeleženi omogoči odprt dialog in razpravo o pogosto delikatnih scenarijih vsakdanjega življenja. Z vidika promocije duševnega zdravja to pomeni, da nobenega vidika vsakdanjega življenja ni mogoče podrediti posamezni disciplini.

Tako kot za večino področij, ki se s hitrim razvojem znanosti in dogajanja v družbi nenehno spreminjajo, tudi za področje duševnega zdravja velja, da moramo strokovnjaki nenehno spremljati spremembe in se učiti ustrezno strokovno odzivati. Namen tega merila je tudi poudariti, da imajo vse interesne skupine in posamezniki, ki so vpeti v pripravljane in izvajanje programa usposabljanja, kolektivno lastništvo tako izobraževalnega programa kakor tudi intervencij, ki so povezane s programom (Jané-Llopis *et al.* 2005). S poudarjanjem multidisciplinarnosti predpostavljamo, da program usposabljanja vključuje področja znanja in ekspertize različnih področij in različne strokovnjake kot nosilce tega znanja (npr. socialne delavke, psihologi, psihiatrinje, splošni zdravniki, medicinske sestre/tehnik, policisti, odvetnice, nutricionistke). Pri tem

promocijo duševnega zdravja razumemo tudi kot vzpostavljanje boljšega sodelovanja med strokami v prid dobre in koordinirane pomoči ljudem (Barry 2007). V vsakdanjem življenju namreč pogosto različni vidiki in problemi ljudi po navadi sodijo v pristojnosti različnih sektorjev in politik, obravnavajo jih različne stroke, na podlagi različnih zakonskih podlag in z različnimi administrativnimi postopki. Ta razdrobljenost strokovnih področij vnaša različnost strokovnih odzivov, ki ne le, da pogosto niso usklajeni, ampak so si celo v navzkrižju in navadno povzročijo, da so se ljudje prisiljeni pomikati po različnih sistemih, ter vodi v stalno kroženje med različnimi službami in strokovnjaki (Bah *et al.* 2011).

Hkrati pa se na tej točki usposabljanja zavemo, da tudi strokovnjaki potrebujemo varen prostor, v katerem bi lahko razpravljali in se spraševali o različnih idejah našega ravnanja, ki imajo lahko za ljudi, s katerimi delamo, resne in daljnosežne posledice za življenje. Izobraževanje mora biti priložnost, da lahko udeleženci spregovorijo tako o različnih vidikih vsakdanjih situacij, povezanih z vprašanji duševnega zdravja in dobrega počutja (uporabnikov in strokovnjakov), kot tudi o dilemah in etičnih vprašanjih odzivov strokovnjakov ter vprašanjih, kako lahko sistemi pomoči ne le podprejo, ampak tudi kršijo ali ovirajo posameznikove osebne projekte in scenarije življenja. Te naloge ne bomo zmogli brez dialoga z uporabniki.

Vloga ljudi s težavami z duševnim zdravjem in zagovorništvo

Četrto merilo je vključevanje ljudi s težavami z duševnim zdravjem. To pomeni, da so v oblikovanje in izvajanje programa izobraževanja vključeni ljudje z izkušnjo težav z duševnim zdravjem, ljudje z izkušnjo obravnave in tudi njihovi svojci. V kontekstu promocije ne smemo pozabiti, da so ljudje s težavami z duševnim zdravjem del splošne populacije, ki jih bomo nagovarjali s programi promocije. V socialnem delu že več desetletij poudarjamo pomembnost partnerstva z uporabniki služb in sodelovanja z ljudmi z izkušnjami in posebnimi vednostmi

vsakdanjega življenja (Flaker *et al.* 2008, Lamovec 2006).

Upoštevanje tega merila pomeni, da dojemamo uporabnike služb in ljudi s težavami z duševnim zdravjem kot ljudi, ki imajo posebno znanje in vednost, pridobljeno na podlagi osebne izkušnje. Njihov pogled pomembno pripomore k oblikovanju praks socialnega dela, ki upoštevajo vrednote in potrebe uporabnikov. Tako neposredno vplivamo tudi na posledice stigme, ki ljudi s težavami z duševnim zdravjem potisne na mesto drugorazrednih državljanov. Vendar pa moramo vedeti, da kljub jasno izraženi orientaciji k vključevanju uporabnikov na ravni vsakdanjega življenja obstajajo omejitve in ovire, ki preprečujejo resnično participacijo uporabnikov (Urek, Ramon 2010, Grebenc *et al.* 2010). Kljub spoznanju, da je v promocijo treba vključiti uporabnike, strokovnjaki niso imuni pred predsodki in stereotipi. Družbena vloga pacienta/bolnika ljudem s težavami z duševnim zdravjem prekrije vse druge pozitivne socialne vloge, v ospredje potisne pogled na uporabnike kot na pasivne in v smislu sodelavcev nezanesljive osebe. Programi usposabljanja pomagajo ugotoviti, kako resnično vključiti uporabnike kot sodelavce izobraževalnega programa (tudi plačilo za opravljeno delo), saj to lahko pomembno pripomore k normalizaciji odnosa do ljudi s težavami z duševnim zdravjem (McDaid 2008).

Socialno delo pozna strategije normalizacije. Posebej ko gre za marginalizirane skupine in posameznike je pomembna naloga socialnega dela oblikovanje in podpora zagovorniškimi mrežam (Lamovec 2001). Socialnemu delu je podeljen mandat, da deluje proti družbeni krivičnosti, ki (danes vedno večji) del ljudi odrine na družbeni rob. Kot je zapisano v dokumentih Mednarodne zveze socialnega dela (IFSW) in Mednarodnega združenja šol za socialno delo (IASSW), je temeljni cilj socialnega dela izboljšati življenjske razmere in pomagati ljudem pri zadovoljevanju osnovnih potreb, še posebej ljudem, ki živijo v revščini ali zatiranju. Socialno delo mora nenehno delovati v smeri socialne pravičnosti in si prizadevati proti diskriminaciji, zatiranju in revščini s koordiniranim delovanjem, ki vključuje tako

svetovanje, administracijo, zagovorništvo, socialne in politične akcije, razvoj politik, izobraževanje, raziskovanje in evalvacijo (*Etika v socialnem delu* 2004).

Peto merilo tako poudarja pomen zagovorništva in vlogo znanja pri promociji in prepoznavanju interesov posameznikov in skupin ter pri oblikovanju pozitivnih stališč do ljudi s težavami z duševnim zdravjem (Anderson *et al.* 2008). Vprašanje promocije je, kako predstaviti in zagovarjati stališča ljudi, ki morda nimajo ustreznih spretnosti ali dovolj družbene moči, da bi ubranili svoj položaj ali da bi delovali v politični areni za spremembo socialnih in zdravstvenih sistemov. Usposabljanje mora omogočati pridobivanje znanj in izkušenj, da lahko izvajalci programov promocije te naloge opravili. Na izobraževanju naj bi se tako udeleženci naučili, kako vključiti strategije zagovorništva v razvoj projektov promocije duševnega zdravja, še posebej na ravni skupnosti, za skupine in posameznike, ki imajo malo ali nič moči oziroma glasu v skupnosti ali pa se njihov pogled ne zdi relevanten (stari, otroci, etnične manjšine, migranti ...). Ker s promocijo duševnega zdravja ciljamo na socialni, ekonomski, okoljski in kulturni vidik dobrega počutja, lahko dojemamo zagovorništvo kot ključno strategijo promocije.

Zagovorništvo ni le metoda dela, ampak bi moralo biti vtakano v prakso socialnega dela nasploh (Lamovec 2001, D’Cruz, Jones 2004, Flaker *et al.* 2008, 2011). Naloga zagovorništva od izvajalcev socialnega dela zahteva jasen in konkreten premislek o lastnih postopkih in metodah dela. Pogosto v službah, ki delujejo na področju socialnega dela, tudi duševnega zdravja, utečeni procesi dela povzročijo, da na eni strani premalo upoštevamo potrebe posameznikov (na primer, potreba po intimnosti v domovih za stare), na drugi pa za druge potrebe “poskrbimo pretirano”, npr. prevzemanje gospodinjskih nalog, ki bi jih uporabniki lahko opravili sami (kuhanje, čiščenje ipd.). Zagovorništvo pomeni, da morajo socialne delavke in delavci preveriti načine dela na več ravneh, na ravni posameznika, z vprašanjem, kako so posamezniki obravnavani in kako se zagovarjajo njihove potrebe znotraj obstoječih

služb in storitev, in širše, kako na položaj uporabnikov vplivajo lokalni, nacionalni in mednarodni politični, ekonomski, kulturni in drugi družbeni vidiki in okoliščine. Če razmišljamo o zagovorništvu v kontekstu promocije, ne gre več le za »omogočiti glas« tistim, ki niso slišani, ampak za spremembo javnih podob, dojemanja njihovega položaja v razmerjih moči odločanja in za strukturne spremembe. Z vidika promocije duševnega zdravja pa ta pristop zahteva iskanje partnerstev z vsemi akterji v lokalnem okolju.

Baza znanja

Šesto merilo – uporaba baze znanja – pomeni upoštevanje aktualnih znanstvenih dosegov in informacij ter etnografskih podatkov, pridobljenih na podlagi različnih metod in z različnih področij (od epidemiologije do družbenih znanosti), s katerimi lahko prepoznamo možna področja delovanja (Lister-Sharp *et al.* 1999, Tilford *et al.* 1997, Barry 2007). Za socialno delo pa »baza znanja« ni le nabor informacij in opis realnosti, ampak pomeni tudi vedeti, kdaj in kje so odzivi socialnega dela potrebni in katere intervencije pri delu s posamezniki in skupinami so smiselne in učinkovite. Gre za to, da postanemo pozorni na različne tipe informacij – npr. kvantitativne podatke o družbenih problemih in potrebah, o dejavnikih dobrega zdravja in dobrega duševnega zdravja, da si pridobimo kvalitativne podatke, ki zajemajo analize in opise ter definicije problemov/potreb iz različnih virov, kot so pripovedi članov skupnosti, interesnih skupin, posameznikov z osebno izkušnjo in drugih ključnih sogovornikov.

Hkrati pa »baza znanja« pomeni tudi vključevanje uporabnikov v raziskovanje in upoštevanje ekspertize uporabnikov, pomeni bolj poglobljen dialog z različnimi akterji v skupnosti in ustvarjanje novega znanja. Udeleženci usposabljanja po tem merilu tudi nismo več anonimna in izolirana skupina »slušateljcev«, ampak postanemo ustvarjalci znanja, odgovorni za znanje, ki se ga naučimo. Ko govorimo o empirični bazi znanja kot o merilu za usposabljanje, postane očitno, da se

vseh deset prepoznanih meril za usposabljanje prepleta in dopolnjuje in da je ustvarjanje znanja (učenje) vedno tudi ustvarjanje stališč, prepričanj. Znanje nikoli ni ideološko (ali vrednostno) nevtralno (D'Cruz, Jones 2004) in socialne delavke in delavci se morajo zavedati lastnih izvorov vednosti in stališč, lastne baze znanja. To je prvi pogoj, da se odmaknemo od potencialno zatiralskih praks dela.

V *Globalnih standardih izobraževanja in usposabljanja za socialno delo* (2005: 9) je zapisano, da

so posebnega pomena za izobraževanje, usposabljanje in prakso socialnega dela ti teoretski/epistemološki okviri, ki morajo biti zajeti v kurikulum:

- potrditev in priznanje dostojanstva, vrednosti in enkratnosti vseh ljudi (na posameznika usmerjen pristop),
- znanje in razumevanje prepletenosti in povezanosti, ki obstaja med vsemi sistemi in znotraj posameznega sistema na mikro-, mezo- in makroravni (ekološki sistemski vidik),
- razvoj znanja in spretnosti za delo v različnih kontekstih, z različnimi skupinami uporabnikov in v različnih sistemih (holistični, splošni ali integrirani pristop),
- razvijanje spretnosti in krepitev moči posameznikov, družin, skupin, organizacij in skupnosti na podlagi na človeka usmerjenega razvojnega pristopa (perspektiva družbenega razvoja),
- v reševanje problema in pričakovanje pozitivnih rešitev usmerjeno razumevanje normativnega razvoja posameznika z vidika življenjskega cikla in pričakovanih življenjskih nalog in prelomnic (perspektiva življenjskih obdobj),
- predpostavlanje, prepoznavanje in priznavanje moči in potencialov vsakega človeka (perspektiva moči),
- spoštovanje in cenjenje vseh razlik ne glede na raso, kulturo, religijo, etničnost, jezik, spol, spolno usmerjenost in različne spretnosti (spoštovanje različnosti).

Če te standarde izobraževanja vzamemo zares, pomeni, da je izobraževanje ustvarjalen proces preverjanja in dograjevanja obstoječega znanja, je aktiven proces refleksije o znanem

na podlagi različnih in tudi spreminjajočih se perspektiv in paradigem.

LOKALNI KONTEKST IN CELOSTNI PRISTOP

Kompleksno znanje omogoča, da lahko pri načrtovanju usposabljanja upoštevamo sedmo merilo, in sicer prilagajanje intervencij lokalnemu kontekstu in potrebam, upoštevanje celostnega, ekološkega pristopa k promociji. To merilo poudarja, da mora izobraževalni program promocije duševnega zdravja upoštevati perspektivo posameznikov, ki jih promocija nagovarja, in kontekst, v katerem ljudje živijo. Holistični in ekološki pogled na promocijo temelji na predpostavki, da je cilje promocije duševnega zdravja treba obravnavati na način, ki upošteva posebnosti skupnosti in fizičnega okolja, različne kulturne, družbenoekonomske situacije, starost, spol, spolno usmerjenost, zdravje in sposobnosti (Friedli *et al.* 2007). Upošteva to merilo naj bi izobraževanje za socialne delavke in delavce vključilo učenje o vseh metodah, s katerimi lahko pri svojem delu upoštevajo načela holistične in ekološke perspektive: individualno načrtovanje, zgovornišvo, posredništvo, metode delovanja v skupnosti in izvajanje skupnostnih akcij, ocena tveganja in druge.

Bistvo te perspektive na načrtovanje promocije je zavedanje, da na dokazih utemeljeni programi, ki se pokažejo kot smiselni in dobro sprejeti, z dobrimi rezultati v enem okolju, ne delujejo nujno tako uspešno v drugem, čeprav morda podobnem okolju. Z drugimi besedami, holistično in ekološko delujemo, ko vsako novo situacijo posebej preučimo in se odzivamo nanjo glede na ugotovljene razmere. V socialnem delu to pomeni raziskovanje potreb in načrtovanje dela tako, da s postopki interpretiranja resničnosti ne vzpostavljamo praks, po katerih vsakdanje situacije ljudi in njihove potrebe pojasnjujemo tako, da se prilgajo obstoječim storitvam in službam, ampak razvijamo odzive, ki upoštevajo potrebe ljudi glede na lokalni kontekst in osebne situacije, upoštevaje razpoložljive vire in priložnosti. Intervencije socialnega dela ne smejo voditi v

dotatno marginalizacijo, enako velja za cilje promocije. Včasih s pretirano specializiranimi strategijami pomoči sprožimo procese segregacije, ki določeno skupino ljudi ločijo od preostale skupnosti. Tudi v projektih promocije je to lahko past.

OBRAVNAVANJE TVEGANJ V PROMOCIJI

Osmo merilo, prepoznavanje in evalviranje tveganj, nas opozarja, da mora program usposabljanja upoštevati ne le pričakovane pozitivne rezultate programov promocije, ampak tudi možne negativne učinke in posledice promocije duševnega zdravja. Tveganje lahko definiramo kot

možnost koristnih ali škodljivih rezultatov in verjetnost, da se pojavijo v določenem obdobju. (Alberg *et al.* 1996: 9).

Tako za posameznike kot za skupnost lahko promocijske dejavnosti vključujejo določeno stopnjo tveganja za njihovo zdravje in varnost, zato jih je treba pripraviti na te učinke, oceniti skupaj z njimi, koliko tveganja so pripravljeni prevzeti, in delovati tudi na ravni preprečevanja teh tveganj za posameznike in skupnosti. Še posebej razdiralni učinki stigme so lahko veliko tveganje za morebitne udeležence dejavnosti in z usposabljanjem bi morali udeleženci dobiti znanje in spretnosti, kako zavarovati sodelavce, ko je to potrebno.

S promoviranjem zdravja lahko sprožimo konflikte v skupnosti. Posebej v okoljih, ki so zelo pod vplivi določene stroke, na primer v bolnišnicah, šolah, zaporih, domovih za stare, različnih zavodih in drugih ustanov, so lahko obstoječi koncepti dela ali politike ustanov v nasprotju s filozofijo in metodami dela pobudnikov promocije duševnega zdravja. To lahko povzroči zadržanost vodstev teh ustanov do sodelovanja ali pa lahko prinese hude negativne posledice za tiste, ki se odločijo sodelovati (npr. šikaniranje sodelavcev, prikrite oblike izključevanja iz skupnosti, izgorevanje).

Prav tako moramo pričakovati, da se lahko pojavijo učinki in posledice, ki jih ni mogoče nadzorovati (npr. posamezniki delujejo na

svojo pest, brez dogovarjanja). Socialne delavke in delavci se morajo med usposabljanjem dobro pripraviti in naučiti, kako predvideti in regulirati možne negativne okoliščine in učinke projektov. Odločanje v dogovoru z vsemi zainteresiranimi skupinami in sodelujočimi posamezniki mora postati del naučenih metod in postopkov.

Dejavnost, ki bi lahko vplivala na zasebnost in življenje udeleženih posameznikov in tudi na življenje skupnosti, je treba pretehtati z zornega kota možnih koristi in škode. Načrt delovanja naj tako ob upoštevanju zelenih izidov vključuje tudi taktike in strategije preprečevanja, zmanjševanja in popravljanja škode, če se zgodijo neželene posledice (Flaker 2003). Tak primer negativnih posledic se lahko zgodi na ravni sporočil, ko npr. posameznik sporočila promocije doživlja kot zahteve, ki omejujejo osebno svobodo ali osebne vrednote ali posegajo vanje.

Tveganja projekta (kateregakoli) so lahko strukturna, npr., ko nekatere skupine ostanejo izključene zaradi pomanjkanja in revščine. Prav tako se tveganja za projekt promocije pojavljajo na ravni vzdržnosti delovanja, npr. pri zagotavljanju zadostnih sredstev in drugih virov za izvajanje dejavnosti (npr. nezadostno financiranje, posamezniki, na katere smo računali, odstopijo od sodelovanja). Med usposabljanjem je udeležence izobraževanja treba opozoriti na pogosto pokroviteljsko in zaščitniško držo, ki jo imamo do uporabnikov, ocena tveganja pa omogoča normalizacijo odnosa do tveganja – ustvarjalno organizirani odzivi in taktike preprečevanja škode omogočajo vsem, ki se udeležijo programov promocije duševnega zdravja, da prevzamejo tveganja, na katera lahko računajo in ki jih je možno predvideti (*op. cit.*). Usposabljanje naj bi ponudilo učenje načrtovanja strategij in vsebin promocije glede na ocenjeno tveganje in ne na podlagi pretiravanj ali strahu.

UPORABA MEDIJEV

Promocija duševnega zdravja in spopadanje s stigmo duševne bolezni vključujeta uporabo medijev (deveto merilo) in komunikacijskih

strategij. To merilo za usposabljanje poudarja pomen dobre informiranosti, tako izvajalcev programov promocije kot javnosti. S tem merilom poudarimo pomen informacij, ki socialnim delavkam in delavcem omogočajo argumentirano razlago in pojasnjevanje resničnosti vsakdanjega sveta uporabnikov storitev kot tudi njihovo lastno delo. Gre tudi za to, da se tisto, kar želimo podati, čim bolj razširi oziroma doseže čim širše množice. Največja ovira, ki jo pri svojem delu in v stikih z mediji občutijo socialne delavke in delavci, je pogosto v javnosti navzoč negativen odnos tako do skupin, s katerimi delamo v praksi, kot tudi do našega dela. Področje duševnega zdravja je za medije privlačno, saj »se senzacija najbolje prodaja«.

Javno mnenje je o vprašanih duševnega zdravja še vedno obremenjeno s predsodki, strahom pred ljudmi, ki imajo težave z duševnim zdravjem, ignoriranjem in izključevanjem, posmehljivim ali vzvišenim odnosom tudi strokovnjakov (Lamovec 1998, 2006, Pritchard 2006, Flaker *et al.* 2008). Uporabo medijev moramo tako v kontekstu promocije razumeti predvsem kot možnost prevrednotenja položaja ljudi s težavami z duševnim zdravjem, kolektivno razpravo o teh temah v skupnosti, ozaveščanje, vzpostavljanje klime, v kateri lahko prekinemo prakse zatiranja in diskriminiranja. Usposabljanje mora omogočati spoprijemanje z lastnimi predsodki. Socialne delavke in delavci nismo imuni pred stigmatiziranjem in tudi ne pred stigmo, ki se »prilepi« na nas zaradi delovanja na tem področju. Te ovire lahko obidemo, če se naučimo sodelovati z mediji, poročati o situacijah dela in nastopiti. Pred mediji se nam ne bo treba umikati, če bomo pripravili kakovostne, konkretne informacije in jasna sporočila za splošno javnost, če bomo izbirali primerne informacije, ki ne škodujejo uporabnikom služb, zavarovali zasebnost in upoštevali zakonodajo s področja informacijskih praks.

EVALVACIJA

Deseto merilo poudarja pomen evalvacije tako samega usposabljanja kot tudi oceno rezultatov programov promocije na splošno.

Zadnje merilo nas torej opozori, da bi se morali strokovnjaki in vsi, ki s svojimi odločitvami kakorkoli vplivamo na življenja ljudi, nenehno spraševati, kaj delamo, kako delamo, s kakšnim namenom nekaj delamo, kakšne rezultate pričakujemo in kakšni so uresničeni rezultati našega dela. In da o rezultatih in učinkih promocije ne bomo govorili »na pamet«, s stereotipnimi parolami in zdravorazumsko retoriko, ampak da bomo lahko utemeljevali učinkovitost dela z zanesljivimi empiričnimi dokazi, se bo evalvacije tako kot vseh drugih devet meril za usposabljanje treba ne samo naučiti, ampak jo tudi uporabljati.

Zato je učenje o uporabi priročnih metod evalvacije in o vključevanju strategije evalvacije v sam proces načrtovanja in izvajanja projektov promocije, v razvoj politik, filozofije in konceptov dela pomemben vidik usposabljanja (Friedli, Parsonage 2007). To merilo nas opozarja, da mora usposabljanje vključevati učenje različnih metod raziskovanja sveta, metodologij, ki omogočajo oblikovanje in dograjevanje intervencij z novimi spoznanji, načrtovanje odzivov na ugotovitve evalvacije, določanja ciljev, kombiniranja raziskovanja in intervencij, sistematičnega zbiranja in dokumentiranja informacij o dejavnostih in o uporabnih tehnikah poročanja.

Zadržki do evalvacije so med praktiki pogosti. Raziskovanje, tudi evalvacijo, doživljajo kot dodatno delo, ki jemlje energijo in čas, ki bi ju morali namenjati delu z uporabniki. Evaluiranje bi morali razumeti kot optimiziranje svoje vloge, znanja in ravnanja, kot priložnost razvijanja znanja in prakse. Socialne delavke in delavci v praksi pa pogosto (Rode *et al.* 2006) evalvacijo doživljajo kot nadzor bodisi menedžmenta bodisi sponzorjev ali financerjev programa, redko pa kot strategijo za izboljšanje učinkovitosti dela in zmanjšanje negotovosti izidov.

SKLEP

Smernice usposabljanja na področju duševnega zdravja z desetimi merili kakovosti so prvi poskus izdelave vsaj osnovnih standardov, ki bi jih vsako izobraževanje za to vsebino

moralo upoštevati. Še zdaleč niso idealen rezultat, so pa pomemben pripomoček vsem izvajalcem pri oblikovanju programov usposabljanja. Hkrati pa so lahko tudi spodbuda vsem, ki se s tem področjem ukvarjajo, da kritično pogledajo te rezultate ter nadaljujejo in izboljšajo priporočila ustvarjalcem programov.

Po treh letih izvajanja projekta PROMISE, ko smo se sodelavci projekta tako rekoč vsak dan spraševali, kako naj razumemo promocijo v kontekstu socialnega dela, kako naj se do te strategije kot socialne delavke in delavci opredelimo, kako naj definiramo svojo vlogo v razmerjih do drugih akterjev promocije in kako naj jo umestimo v naše delo z ljudmi, lahko ugotovim, da tako kot velja za vse druge pristope, strategije, metode dela, velja tudi za promocijo, da vsak avtomatizem pri delu lahko resno ogrozi etičnost našega dela, in kakor smo opozarjali že uvodoma, prav promocija, ki uporablja moralni argument zdravja, lahko hitro zdrkne na raven dogmatizma.

Na področju promocije zdravja se pri delu z ljudmi prepletajo etike različnih strok in sektorjev. To včasih lahko pomeni, da se bomo strokovnjaki morda ujeli v nesporazumih in poskusih hierarhiziranja načel na račun močnejših strok. Zato socialne delavke in delavci, ki promocijo – če jo razumemo kot krepitev, spodbujanje, izboljšanje kakovosti življenja – kot pogoj za dobro duševno zdravje uporabljamo že zdaj kot del naših strokovnih praks in naše izkušnje dela ter znanje prav na tem področju so nepogrešljivi. Vendar pa je naloga vseh akterjev promocije, da smo pozorni na ideje, ki so v ozadju pobud, in na možne učinke teh idej, ki jih prenašamo v sporočila promocije. Ob premisleku o smernicah usposabljanja za promocijo duševnega zdravja, ki so namenjene socialnim delavcem in delavkam, moramo tako ugotoviti tudi to, da vsi postopki in oblike dela, ki jih strokovnjaki uporabljamo, lahko pomenijo večanje svobode, lahko pa vodijo tudi v nove prisile in zatiranje. Za vsako dejavnost, ki jo izvajamo, si je treba vzeti čas za premislek.

VIRI

- ADAMS, R., DOMINELLI, L., PAYNE, M. (ur.) (1998), *Social work, themes, issues and critical debates*. London: Macmillan.
- ALBERG, C., HATFIELD, B., HUXLEY, P. (ur.) (1996), *Learning materials on mental health: Risk assessment*. Manchester: University of Manchester, Department of Health.
- ANDERSON, P., GORDON, R., JANÉ-LLOPIS E. (2008), *Training manual on advocacy skills in mental health promotion and mental disorder prevention*. Barcelona: Department of Health of Government of Catalonia.
- ANDREASEN, A. R. (1995), *Marketing social change: Changing behaviour to promote health, social development, and the environment*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- AUSTEN, P. (2003). *Community capacity building and mobilization in youth mental health promotion: The story of the community of West Carleton*. Dostopno na: <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/pub/community-communautaires/pdf/comm-cap-build-mobil-youth.pdf> (9. 10. 2012).
- BAH, B., CIGOJ-KUZMA, N., FLAKER, V., GREBENC, V., KVATERNIK, I., PODGORNİK, N., UREK, M. (2011), *Dual diagnosis training*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (priročnik).
- BARRY M., M. (2007), Generic principles of effective mental health promotion. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9, 2: 4–16.
- BARRY, M. M., JENKINS, R. (2007), *Implementing mental health promotion*. Oxford: Churchill Livingstone, Elsevier.
- BEAUCAMP, T., CHILDRESS, B. (1994), *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- CALLAHAN, D., JENNINGS, B. (2002), Ethics and public health: Forging a strong relationship. *American Journal of Public Health*, 92: 169–176.
- ČAČINOVIC VOGRINČIČ, G. (2003), Jezik socialnega dela. *Socialno delo*, 42, 4–5: 199–203.
- D'CRUZ, H., JONES, M. (2004), *Social work research: Ethical and political contexts*. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications.
- DEMŠAR PEČAK, N. (2004), Socialni marketing – dejavnik družbenih sprememb. *Socialna pedagogika*, 8, 1: 29–64.
- DOMINELLI, L. (2002), *Anti-oppressive social work theory and practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- DRAGOŠ, S. (1996), Socialna etika: Med prepričanjem in odgovornostjo. *Socialno delo*, 35, 3: 217–225.
- Etika v socialnem delu* (2004), *Ethics in social work: Statement of principles*. Dostopno na: <http://ethics.iit.edu/ecodes/node/3934>.
- Evropska komisija (2008), European pact on mental health and well-being. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf (7. 10. 2012).
- FLAKER, V. (2003), *Oris metod socialnega dela: Uvod v katalog nalog centrov za socialno delo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Skupnost centrov za socialno delo Slovenije.
- FLAKER, V., MALI, J., KODELE, T., GREBENC, V., ŠKERJANC, J., UREK, M. (2008) *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- FLAKER, V., NAGODE, M., RAFAELIČ, A., UDOVIČ, N. (2011), *Nastajanje dolgotrajne oskrbe: Ljudje in procesi – eksperiment in sistem*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- FRIEDLI, L. (2009), *Mental health, resilience and inequalities*. København: WHO Regional Office for Europe.
- FRIEDLI, L., OLIVER, C., TIDYMAN, M., WARD, G. (2007) *Mental health improvement: Evidence based messages to promote mental wellbeing*. Edinburgh: Health Scotland.
- FRIEDLI, L., PARSONAGE, M. (2007), *Building an economic case for mental health promotion*. Belfast: Northern Ireland Association for Mental Health.
- Globalni standardi izobraževanja in usposabljanja za socialno delo: Predlog etičnega kodeksa v socialnem delu* (2005). Ljubljana: Skupnost centrov za socialno delo, Fakulteta za socialno delo.
- GREBENC, V. (2006), Needs assessment in community: What communities can tell us. V: Flaker, V., Schmid, T. (ur.). *Von der Idee zur Forschungsarbeit: Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft*. Dunaj: Böhlau Verlag (167–189).
- GREBENC, V., KVATERNIK, I., KODELE, T., RIHTER, L. (2010), *Pogovarjajmo se: Skupnostni pristop v šoli*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- HERMANN, H., SAXENA, S., MOODIE, R. (ur.) (2005), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- HOSMAN, C., JANÉ-LLOPIS, E. (2005), The evidence of effective interventions for mental health promotion. V: Hermann, H., Saxena, S., Moodie, R. (ur.), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- IFE, J. (2002), *Community development: Community based alternatives in an era of globalization*. French Forest, New South Wales: Pearson Education Australia (druga izdaja).
- JANÉ-LLOPIS, E., ANDERSON, P. (2006), *Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories*. Luksemburg: European Communities. Dostopno na: http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1662/dd11714/country_stories.pdf (7. 10. 2012).
- JANÉ-LLOPIS, E., BARRY, M., HOSMAN, C., PATEL, V. (2005), The evidence of mental health promotion effectiveness: Strategies for action. *International Journal of Health*, priloga 2. Dostopno na: http://www.gencat.net/salut/imhpa/Du32/html/en/dir1663/Dd12975/iuhpe_special_edition_no2.pdf. (7. 10. 2012)
- KAMIN, T. (2006), *Zdravje na barikadah: Dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu* (2002). *Ur. l. RS*, št. 59/2002.
- Kodeks etike socialnih delavcev in delavcev Slovenije* (2010). Ljubljana: Društvo socialnih delavcev in delavcev.
- KOTLER, P., LEE, N. (2008), *Social marketing: Influencing behaviors for good*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- KOTLER, P., ROBERTO, N., LEE, N. (2002), *Social marketing: Improving the quality of life*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- KOTLER, P., ZALTMAN, G. (1971), Social marketing: An approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 35, 3: 3–12.
- LAMOVEC, T. (1998), *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- (2001), *Uporabniška iniciativa in država*. *Socialno delo*, 40, 1: 29–36.
- (2006), *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: Nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- LISTER-SHARP, D., CHAPMAN, S., STEWART-BROWN, S., SNOWDEN, A. (1999), Health promoting schools and health promotion in schools: Two systematic reviews. *Health Technology Assessment*, 22, 3: 1–207.

- MARMOT, M. (1999), The solid facts: The social determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia*, 9, 2: 133–139.
- McDAID, D. (2008), *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe*. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/stigma_paper_en.pdf (8. 10. 2012).
- MILOŠEVIČ ARNOLD, V., POŠTRAK, M. (2003), *Uvod v socialno delo*. Ljubljana: Študentska založba.
- Ottawska listina (1986), The Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion international*, 1, 4: iii-v.
- PAPE, B., GALIPEAULT, J-P. (2002), Mental health promotion for people with mental illness: A discussion paper. Dostopno na: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mh-sm/mhp02-psm02/index-eng.php> (7. 10. 2012).
- PRITCHARD, C. (2006), *Mental health social work: Evidence-based practice*. Abingdon, New York: Routledge.
- ReNPSV (2006), Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006–2010. *Ur. l. RS*, št. 39/2006.
- NPZV (2008). Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013: Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev. *Ur. l. RS*, št. 72/2008.
- RODE, N., RIHTER, L., KOBAL TOMC, B. (2006), *Evalvacija programov v socialnem varstvu: Model in postopek izvedbe*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, Inštitut RS za socialno varstvo.
- SINDALL, C. (2002), Does health promotion need a code of ethic?, *Health Promotion International*, 17, 3: 201–203.
- SKINNER, S. (1997), *Building community strengths: A resource book on capacity building*. London: Community Development Foundation.
- Svetovna zdravstvena organizacija (1997), *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- (2003), *The world health report 2003: Shaping the future*. Dostopno na: <http://www.who.int/whr/2003/en/index.html> (9. 10. 2012).
- (2004), *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Ženeva: Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.
- TILFORD, S. (2006), *Mental health promotion: A lifespan approach*. Berkshire: Open University Press.
- TILFORD, S., DELANEY, F., VOGELS, M. (1997), *Effectiveness of mental health promotion interventions: A review*. London: Health Education Authority.
- UREK, M., RAMON, S. (2010), *Emilia: Empowerment of mental illness service users through lifelong learning integration and action. Final report on impact of mainstreaming gender and ethnicity*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- ZAVIRŠEK, D., ZORN, J., VIDEMŠEK, P. (2002), *Inovativne metode v socialnem delu: Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje*. Ljubljana: Študentska založba, zbirka Scripta.
- ŽNIDAREC DEMŠAR, S. (2005), *Skupnostno socialno delo: Interno delovno študijsko gradivo za študente*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Ksenija da Silva, Gaja Zager Kocjan

SMERNICE ZA IZOBRAŽEVANJE STROKOVNJAKOV NA PODROČJU PREVENTIVE DEPRESIVNOSTI IN SAMOMORILNOSTI TER MODEL IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

IZZIVI IN POMANJKLJIVOSTI KLASIČNIH PROGRAMOV IZOBRAŽEVANJA NA PODROČJU PREVENTIVE DEPRESIVNOSTI IN SAMOMORILNOSTI

Diagnostični in statistični priročnik duševnih bolezni (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders* ali DSM) je, kot predlaga ime, zbirka vseh znanih duševnih bolezni, njihovih opisov in meril za klasifikacijo. Zdravstveni delavci in delavke, raziskovalci in raziskovalke, zdravstvene zavarovalnice, farmacevtska podjetja in oblikovalci politik se pri svojem delu zanašajo na klasifikacijo, kot je določena v DSM-IV-R, kljub številnim kritikam sistema. Nezadovoljiva veljavnost in zanesljivost sistema (Baca-Garcia *et al.* 2007, Kendell, Jablensky 2003, McLaren 2007, Pincus *et al.* 1998), identifikacija simptomov namesto vzrokov bolezni, določanje arbitrarnih mejnikov med dvema ali več boleznimi, določanje arbitrarnih mej, ki zadoščajo, da se določen pojav uvrsti med duševne bolezni (Dalal, Sivakumar 2009), podvrženost kulturnim razlikam (Widiger, Sankis 2000) ter pritiskom farmacevtskih družb (Cosgrove 2006) je samo nekaj pogostih kritik.

Z vidika zdravstvenih delavk in delavcev ter organizacij, ki so pri svojem delu odvisni od diagnostičnega sistema, je »problem« samomorov oziroma samomorilnega vedenja in misli v tem, da jih DSM ne opredeljuje kot duševno bolezen (vsaj ne do leta 2013, takrat se obeta nova revidirana izdaja, DSM-V). V praksi se temu problemu praviloma izognejo tako, da ozadje samomora pripišejo neki duševni motnji, ki je navedena v sistemu in

utemeljena z medicinskim modelom (pogosto z nepravilnim delovanjem nevrottransmiterjev). Največkrat je ta duševna bolezen povezana z depresijo, bipolarno motnjo, shizofrenijo, alkoholizmom, zlorabo drog ipd. Dokument Evropske komisije (Wahlbeck, Mäkinen 2008) npr. ocenjuje, da je 90 % samomorov storjenih zaradi depresije ali drugih duševnih motenj.

Med samomorilnim vedenjem in depresijo obstaja močna korelacijska vez, vendar ne gre vedno za vzročno povezavo. Občutki brezupa, nepripadnosti, samote, nesmisla bivanja so povezani z depresivnimi občutki (korelacijska vez), vendar so pod vplivom »bio-bio-bio modela« samomorov interpretirani kot posledica oziroma izraz določene primarne duševne motnje. Taka klasifikacija pa ne pripomore k boljšemu razumevanju samomorov in lahko poleg tega celo ogroža duševno stanje samomorilnih posameznikov, v družbi pa povzroča nastanek stigmatizacije, povezane tako z duševnimi boleznimi kot s samomori. Posameznike z izkušnjo samomora ali samomorilnih misli se npr. napačno uvršča med duševne bolnike in se jim krati pravice do moči, to pa lahko povzroči poznejšo stigmatizacijo pri vključevanju v družbo, iskanju zaposlitve ali v izobraževanju.

Tako se tematika samomorilnosti, ki je bila prvotno obravnavana celostno (»bio-psiho-socialno-duhovni model«), skrči na ozko usmerjeno farmakološko zdravljenje. Tak pristop ima tako pozitivno kot negativno plat. Obe sta opisani drugje (da Silva 2012). Med drugim je tudi sam predsednik Ameriškega psihiatričnega združenja Steven Sharfstein (2005: 5) glede pritiskov farmacevtskih družb zapisal, da so psihiatri

dopustili, da je »bio-psiho-socialni model« samomorilnosti postal »bio-bio-bio model«.

Samomorilne izkušnje pomembno vplivajo na posameznika in njegov odnos z družino, prijatelji, sodelavci, šolskimi ali službenimi obveznostmi ipd. Ne izginejo niti ob ustreznem farmakološkem zdravljenju, zato je obravnavana samomorov po biološkem, psihološkem in socialnem modelu za posameznike s samomorilnimi mislimi tako reaktivnega kot tudi organskega izvora ključna.

Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva (2005) in *Evropski pakt za duševno zdravje* (2008) poudarjata strateški pomen promocije duševnega zdravja in zmanjševanja obolelosti kot ključna temelja vseevropske politike duševnega zdravja. Eden pglavitnih ciljev projekta PROMISE je tako razviti in razširiti izčrpne smernice za izobraževanje in primere izobraževalnih programov za strokovnjake, ki se srečujejo ali pa se bodo v svoji karieri srečali s tematiko samomorilnosti. Klasičen pristop k izobraževanju strokovnjakov na področju depresivnosti in samomorilnosti se tako po novih smernicah odmika od sistema, ki temelji na DSM in preventivi, ter poudarja pozitiven premik k celostni obravnavi depresivnosti in samomorilnosti, predvsem pomembnost promocije (dobrega) duševnega zdravja.

SMERNICE ZA IZOBRAŽEVANJE STROKOVNJAKOV NA PODROČJU PREVENTIVE DEPRESIVNOSTI IN SAMOMORILNOSTI

Smernice so bile pripravljene na evropski ravni v sodelovanju s strokovnimi organi za zdravstvene in socialne storitve, univerzitetnimi mrežami, civilnimi organizacijami in samimi uporabniki storitev, da bi skupaj prepoznali potrebe strokovnih organizacij, ki zagotavljajo izobraževanje iz promocije duševnega zdravja. Smernice upoštevajo politiko in zakonodajo različnih držav ter različne primere najboljših praks s področja tako promocije duševnega zdravja kot tudi preventive depresivnosti in samomorilnosti (Jané-Llopis, Anderson 2006, Jané-Llopis, Barry 2005, Jané-Llopis *et al.* 2005, Patel *et al.* 2007, PROMO 2008, Taylor *et al.* 2007, Sve-

tovna zdravstvena organizacija 2004 a, b). Pri razvoju smernic smo se povezovali z nacionalnimi vladnimi in nevladnimi organizacijami, ki delujejo na področju preventive depresivnosti in samomorilnosti, in razvijali učinkovite delovne odnose z lokalnimi organizacijami in uporabniki storitev s področja duševnega zdravja (izčrpne informacije o vseh sodelujočih akterjih je mogoče najti v uradnih dokumentih na internetni strani projekta PROMISE).

Pri razvoju smernic je bilo pomembno sodelovanje z uporabniki storitev duševnega zdravja kot netradicionalnimi sodelavci (npr. posamezniki z izkušnjo samomora ali samomorilnih misli, uporabniki preventivnih storitev s področja depresivnosti in samomorilnosti in njihovi bližnji). V izobraževalni program so bili vključili kot predavatelji, ki lahko s svojim pogledom in izkušnjami obogatijo obravnavo izbrane problematike (»strokovnjaki z osebnimi izkušnjami«).

Smernica 1: Preprečevanje duševnih bolezni in promocija duševnega zdravja

Cilj preventive je

zmanjšati pojavnost, razširjenost in ponovitev duševnih motenj, čas trajanja simptomov, preprečevanje ponovitve in zmanjševanje vpliva bolezni na prizadete osebe, njihove družine in družbo. (Mrazek, Haggerty 1994: 22.)

Po drugi strani pa pomenijo dejavnosti promocije duševnega zdravja

ustvarjanje takih posameznikovih, družbenih in okoljskih razmer, ki omogočajo optimalen psihološki in psihofiziološki razvoj. Take pobude vključujejo posameznika v procesu doseganja pozitivnega duševnega zdravja, izboljšanja kakovosti življenja in zmanjševanja zdravstvenih razlik med državami in skupinami. (Hosman, Jané-Llopis 1999: 30.)

Cilj promocije duševnega zdravja je torej spodbujanje pozitivnega duševnega zdravja z izboljšanjem duševnega počutja, sposobnosti in odpornosti ter z ustvarjanjem ugodnih življenjskih razmer. Cilj preprečevanja duševnih motenj pa je zmanjšanje simptomov. Pri tem

ne gre za dva konca ene dimenzije, pač pa za prekrivajoči se in medsebojno povezani komponenti enotnega koncepta duševnega zdravja (Detels *et al.* 2002).

Prvi indikator tako poudarja, da mora program usposabljanja zajemati idejo o promociji duševnega zdravja za razliko od preventive ali kurativne obravnave. Pozitivno duševno zdravje se kaže kot vir, kot vrednota sama po sebi in kot osnovna človekova pravica, odločilna za družbeni in gospodarski razvoj (Svetovna zdravstvena organizacija 1997). Promocija duševnega zdravja naj bi vplivala na dejavnike duševnega zdravja, saj povečuje pozitivno duševno zdravje in zmanjšuje neenakosti.

V zvezi z depresivnostjo in samomorilnostjo se program ne omejuje na tradicionalne preventivne pristope (kot so omejevanje dostopa do sredstev za izvedbo samomora, naslavljanje ogroženih skupin in ukvarjanje z dejavniki tveganja, zgodnje prepoznavanje depresije; Hegerl *et al.* 2008), ampak obravnava tudi spodbujanje duševnega zdravja na področju depresivnosti in samomorilnosti. V ta okvir vključuje pozitivne vidike dobrega počutja in subjektivne blaginje, vprašanja glede spanja, spolnosti, prehrane in telesne aktivnosti, nekatera specifična vprašanja s področja duševnega zdravja, kot so razmere, v katerih je lahko depresija normalna reakcija ali v katerih lahko posameznik vidi samomor kot razumno izbiro, pomen subjektivnega razumevanja sebe in drugih, samopodobo, identiteto in samospoštovanje, čustveno pismenost in asertivnost, maksimizacijo uporabe učinkovitih strategij spoprijemanja s stresom, zavedanje pomena dobrega duševnega počutja ipd. (*cf.* Kohyama 2010, Li *et al.* 2010, Marty *et al.* 2010, Neustadter 2010, Selvi *et al.* 2010, Tyson *et al.* 2010). Program v zvezi z navedenim upošteva tudi posebne človekove pravice in zakonodajo s področja samomorilnosti in depresivnosti.

Smernica 2: Sodelovanje skupnosti in krepitev moči uporabnikov

Program usposabljanja obsega načelo sodelovanja skupnosti. Gre za posameznike s skupnimi interesi, ki jih družijo skupna lokacija, zgodovina ali drugi socialni dejavniki (npr. jezik, družinska

struktura, odnosi med spoloma, rasa, ekonomski dejavniki, kulturni dejavniki, način oblačenja, vera, rituali, prazniki, zakoni, morala, sistem vrednot). Promocija duševnega zdravja vključuje spodbujanje in krepitev vseh zainteresiranih strani, da sodelujejo pri razvoju projektov za promocijo duševnega zdravja (*cf.* Austen 2003, Berry, Rickwood 2000). Krepitev moči zajema dostop do informacij, vključevanje in sodelovanje ter prevzemanje odgovornosti in upošteva lokalne organizacijske zmogljivosti. V primeru usposabljanja strokovnjakov za posebne projekte s področja duševnega zdravja so predstavniki iz skupnosti povabljeni k sodelovanju pri določitvi zdravstvenih ciljev ter k oblikovanju in izvajanju projekta. Program usposabljanja upošteva tudi vire, ki jih imajo na voljo zainteresirani posamezniki za promocijo duševnega zdravja na trajnosten način (finance, čas ipd.).

Na primer, študentje in vsi zaposleni na univerzi, ki delujejo v okviru izobraževalnega programa s področja samomorilnosti in depresivnosti, sodelujejo pri določitvi zdravstvenih ciljev ter oblikovanju in izvajanju programa. Vse skupnosti znotraj univerze se ukvarjajo tudi s tem, kako zagotoviti sredstva za trajnostno izvedbo programa.

Gre za dlje časa trajajoč projekt, v katerem postopno razvrstimo naloge in prioritete. Bistvo je v delovanju skupnosti in ne več posameznika. Najbolje je, da vodenje prevzame nekdo, ki prihaja iz skupnosti (Austen 2003). Optimalen izid je sodelovanje med skupnostjo in strokovnjaki, pri tem pa ne smemo pozabiti, da je mnenje obeh strani enako pomembno.

Smernica 3: Interdisciplinarni in medsektorski pristop

Program usposabljanja upošteva nujen interdisciplinaren in medsektorski pristop k promociji duševnega zdravja. Cilj je kolektivno lastništvo programa usposabljanja in intervencij za promocijo duševnega zdravja, povezanih s programom, ki si ga delijo vse zainteresirane strani. Interesne skupine (*stakeholders*) so lahko posamezniki oziroma podjetja znotraj ali zunaj organizacije, ki sponzorirajo projekt, imajo interes oziroma dobiček po uspešnem

koncu projekta in imajo lahko pozitiven ali negativen vpliv na dokončanje projekta (Jané-Llopis, Anderson 2006, Jané-Llopis *et al.* 2005). Primer so lahko stranke, uporabniki in uporabniške skupine, vodje projektov, razvojne ekipe, nevladne in vladne organizacije ipd.

Pri oblikovanju programa usposabljanja na področju samomorilnosti in depresivnosti je tako pomembno posvetovanje s strokovnjaki z različnih področij – ne le zdravniki, ampak tudi s psihologi, socialnimi delavkami, medicinskimi sestrami, učitelji ipd.

Herrman *et al.* (2005) in Hosman *et al.* (2004) menijo, da morata biti preventiva in promocija na področju duševnega zdravja integrirani v javni politični pristop, ki vključuje horizontalne ukrepe med različnimi javnimi sektorji, kot so okolje, nastanitev, socialno varstvo, javno zdravstvo, zaposlovanje, izobraževanje, šport, umetnost, kazensko pravo in človekove pravice. Menijo, da bi moralo biti to usklajevanje del nacionalne strategije za učinkovito medsektorsko sodelovanje med javnim zdravstvom, promocijo zdravja, sektorji primarnega zdravstvenega varstva in zdravstvenega varstva na področju duševnega zdravja. Pomembno je tudi sodelovanje z drugimi javnimi sektorji, ki bi lahko imeli koristi od učinkovitih preventivnih programov in politike, kot so izobraževanje, delo in pravice.

Smernica 4: Vključevanje uporabnikov storitev s področja duševnega zdravja

Program usposabljanja je usmerjen tudi k posameznikom z osebnimi izkušnjami duševnih težav, k uporabnikom storitev s področja duševnega zdravja in k njihovim skrbnikom. Posamezniki s težavami z duševnim zdravjem in tisti s težavami, povezanimi s cilji specifičnega programa, so v izvedbo programa vključeni že od začetka.

Primer je lahko program usposabljanja, usmerjen k posameznikom z zgodovino depresivnih ali samomorilnih misli – na primer k uporabnikom storitev programov za preprečevanje depresivnosti in samomorilnosti ter k njihovim skrbnikom (*cf.* Chen *et al.* 2011, Gulfi

et al. 2010, Pape, Galipeault 2002, Taylor *et al.* 2007, Tzeng *et al.* 2010, Webb 2010).

Smernica 5: Zagovorništvo

Program usposabljanja poudarja pomen zagovorništva, tj. znanja o tem, kako predstaviti in zagovarjati stališča posameznikov, ki nimajo ustreznih spretnosti ali družbene moči, da bi branili svoje pravice, oziroma politične moči za pozitivne spremembe v socialnem ali zdravstvenem sistemu. Nevladne organizacije in posamezniki lahko spodbujajo vlado, naj deluje v javnem interesu, in svoje delo načrtujejo tako, da bi povečali možnosti sprejetja pozitivne politike in programov (*cf.* Anderson *et al.* 2008, Jané-Llopis, Anderson 2005, Jané-Llopis *et al.* 2005, Zigmund 2010).

Program se lahko na primer osredotoča na izražanje potreb in mnenj pri posameznikih s samomorilnimi mislimi in njihovih bližnjih. Njegov cilj je lahko tudi usposabljanje predstavnikov nevladnih organizacij, da se konstruktivno zavzamejo za program preventive na področju samomorilnosti oziroma za spodbujanje duševnega zdravja.

Smernica 6: Uporaba baze znanja

Pri opredelitvi strategij dela program usposabljanja upošteva sodobna znanstvena odkritja in etnografske podatke, ki jih črpa iz različnih metod, tudi epidemiologije in družbenih ved.

V zvezi s samomorilnostjo in depresivnostjo program usposabljanja obsega sodobna znanstvena odkritja s področij epidemiologije in družbenih ved ter tudi dejavnike tveganja in varovalne dejavnike, modele najboljših praks, ki so povezani s krepitvijo in sodelovanjem uporabnikov, ipd. (npr. statistika o samomorih, dejavniki tveganja, nevrobiologija depresije in načini zdravljenja; *cf.* Beautrais 2001, Guo, Harstall 2004, Sobocki *et al.* 2007, Stacey *et al.* 2007).

Smernica 7: Celostni, ekološki pristop

Program usposabljanja je osredotočen na cilje promocije zdravja, ki temeljijo na oceni

lokalnih potreb in so merljivi. Intervencije morajo biti prilagojene lokalnim razmeram in celostno obravnavati specifične cilje promocije duševnega zdravja z vidika posameznika in skupnosti ter ob upoštevanju različnih kulturnih, socialno-ekonomskih in izobrazbenih dejavnikov, starosti, spola, spolne usmerjenosti, zdravstvenega stanja in sposobnosti (cf. Patel, Kleinman 2003, Svetovna zdravstvena organizacija 2005, 2011). Skupnosti ali posamezniki sodelujejo pri ocenjevanju lokalnih potreb, izbiri ciljev in ugotavljanju rezultatov.

Posamezniki in organizacije, ki se kakorkoli ukvarjajo s temami s področij samomorilnosti in depresije, sodelujejo z oceno lokalnih potreb, izbiro ciljev in ugotavljanjem rezultatov. Na primer, univerzitetni učitelji in drugo osebje univerze, ki izvajajo študijski program o samomorilnosti in depresiji, sodelujejo z oceno potreb univerze. Te potrebe določijo s pregledom vseh dejavnikov, ki bi lahko bili povezani z duševnim zdravjem študentske populacije na določeni univerzi – npr. študij, konjički, nastanitev, dohodki in finance, socialne mreže, telesna dejavnost. Program usposabljanja upošteva potrebo po prilagoditvi znanstveno podprtih intervencij, povezanih z depresijo in samomorilnostjo, lokalnemu kontekstu (cf. Beautrais *et al.* 1998, Berk *et al.* 2006, Goeschel 2010, Milner, De Leo 2010, Middleton *et al.* 2006).

V zvezi z depresijo in samomorilnostjo program znanja ne le črpa iz znanstvenih virov, ampak upošteva tudi življenjske strategije in izkušnje ljudi iz skupnosti.

Smernica 8: Prepoznavanje tveganj

Program usposabljanja se ukvarja ne samo s pričakovanimi pozitivnimi izidi, ampak tudi z morebitnimi tveganji intervencij za promocijo duševnega zdravja tako za posameznika kot za skupnost. Možna tveganja v fazi implementacije programa so lahko: izvajalci brez ustreznega znanja, premajhna podpora organizaciji in ključnim vodjem, slaba motivacija, slaba tehnična pomoč, pomanjkanje spremljanja, neustrezen čas izvedbe in pomanjkanje sredstev (Chen 1998, Mihalic *et al.* 2002). Prepozna-

vanje tveganj ima lahko zdravstvene, socialne in ekonomske koristi, povečuje lahko socialno vključenost in ekonomsko produktivnost, zmanjšuje tveganja za duševne in vedenjske motnje, zmanjšuje stroške socialnega varstva in zdravstvene stroške ter s pomočjo izobraževanja zmanjšuje stigmatizacijo (Austen 2003, Jané-Llopis, Anderson 2005).

Posamezniki s samomorilnim vedenjem bi se na primer lahko bali sodelovati v projektu promocije duševnega zdravja zaradi strahu, da bi bili javno prepoznani, obravnavani kot duševno bolne osebe, da bi izgubili socialne stike, bili stigmatizirani ipd.

Smernica 9: Uporaba medijev

Za spodbujanje duševnega zdravja in boj proti stigmatizaciji, povezani z duševnimi boleznimi, programi usposabljanja vključujejo medije in komunikacijsko strategijo.

Senzacionalistična poročila medijev o samomorih so povezana s povečanjem števila samomorov in z učinkom posnemanja (t. i. Wertherjev učinek). Mediji lahko pripomorejo tudi k stigmatizaciji, še posebej če so ljudje, ki so umrli zaradi samomora, predstavljeni kot posamezniki s težavami z duševnim zdravjem (cf. Jenner *et al.* 2010, Pirkis *et al.* 2010, Tatum *et al.* 2010). Zato so številne države že sprejele smernice za etično poročanje o samomorih v medijih (Jané-Llopis, Anderson 2006). Njihov namen je spodbujanje vseh strokovnjakov s področja medijev k razpravi o ključnih etičnih vprašanjih, ki so vključena v medijska poročila o samomorilnem vedenju.

Primer dobre prakse so lahko kampanje ozaveščanja javnosti s ciljem destigmatizacije depresije in spodbujanja zgodnjega iskanja pomoči. Pozitiven vpliv imajo lahko tudi zgodbe o slavnih, ki so prestali depresijo, saj zmanjšujejo stigo in posameznikom vlivajo upanje (Wahlbeck, Mäkinen 2008).

Smernica 10: Evalvacija

Poudarjen je pomen vrednotenja rezultatov usposabljanja za promocijo duševnega zdravja ter tudi ukrepov in programov na splošno

(*cf.* Herrman *et al.* 2005, Holden *et al.* 2001, Jané-Llopis, Anderson 2006, Jané-Llopis *et al.* 2005).

Na področju preprečevanja depresivnosti in samomorilnosti morajo biti programi usposabljanja temeljito evalvirani – ocenimo na primer pridobitev spretnosti, motivacijo in izvedbo programa, pa tudi cilje programa usposabljanja, obstoječa znanja in izkušnje udeležencev programa, možnost za transfer novih spretnosti, naučenih v času usposabljanja, poklicne situacije posameznih udeležencev.

MODEL IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

Usposabljanje po modelu izobraževalnega programa, razvitem v okviru projekta PROMI-SE, je potekalo na Univerzi na Primorskem, in sicer na Fakulteti za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije v sklopu študija biopsihologija (prva bolonjska stopnja) pri predmetu psihološki praktikum (izvaja se v prvem letniku). Splošni namen je bil uvesti nov koncept promocije duševnega zdravja na področju depresivnosti in samomorilnosti ter boja proti stigmatizaciji s teoretskim in praktičnim usposabljanjem s poudarkom na sodobnem, uravnoteženem, multisektorskem pristopu in »bio-psiho-socialno-duhovnem modelu«.

Ob koncu usposabljanja naj bi bil vsak udeleženec zmožen kompetentno oceniti obstoječe modele usposabljanja na področju depresivnosti in samomorilnosti, pa tudi na širšem področju promocije duševnega zdravja. Poleg tega naj bi znal tudi sam oblikovati ustrezne modele usposabljanja. Seznanjen naj bi bil s sodobnim, uravnoteženim, multisektorskim pristopom ter z »bio-psiho-socialno-duhovnim modelom« depresivnosti in samomorilnosti kot optimalnim načinom za boj proti stigmatizaciji. Pridobil naj bi nova znanja, spretnosti in tehnike za vodenje vsakdanjega življenja pri preprečevanju depresivnosti in samomorilnosti.

Usposabljanje po razvitem modelu lahko izvajata dva predavatelja z izobrazbo s področja (duševnega) zdravja ali en predavatelj z izobrazbo s področja (duševnega) zdravja v celotnem programu in za vsak sklop programa

drug »specialist« (npr. novinar, predstavnik nevladne organizacije). Predavatelji morajo imeti znanje in izkušnje s področja samomorilnosti, po možnosti s področja izobraževanja in usposabljanja, ter morajo programu usposabljanja posvetiti vsaj en dan na teden v enomesečnem obdobju, potrebnem za izvedbo. Priporočljiva je vključitev predavatelja z uporabniško izkušnjo (depresija oziroma samomorilnost), ker ima izkušnje iz prve roke. Če želimo ustvariti intimno in zelo interaktivno okolje, je priporočeno, da v usposabljanje vključimo do 10 udeležencev, za namene poučevanja pa je lahko skupina tudi večja.

Usposabljanje naj bi potekalo enkrat na teden in ne več zaporednih dni (zaradi utrditve znanja). Priporočena dolžina posameznega sklopa (štirje sklopi) je tri ure s kratkima odmoroma (po približno 10 minut). En dodaten dan lahko namenimo ocenjevanju. Pri pripravi posebno pozornost posvetimo primernemu času in prostoru, da bosta ustrezala udeležencem. Določimo finančna sredstva za program usposabljanja (npr. finančna podpora lokalnih institucij s področja duševnega zdravja). Prepričamo se o dosegljivosti potrebnih učnih pripomočkov in opreme. Določimo predavatelje »specialiste«, jih seznanimo s programom usposabljanja in jim razdelimo naloge. Razvijemo učinkovite delovne odnose z lokalnimi uporabniki storitev s področja duševnega zdravja in z organizacijami ter tako pridobimo njihovo sodelovanje v programu (lahko so udeleženci ali pa mentorji in predavatelji). Raziščemo tudi lokalna pooblastila za izvedbo programa.

V našem primeru sta program usposabljanja vodili nevropsihologinja in uporabnica storitev s področja duševnega zdravja (predsednica nevladne organizacije za preprečevanje depresije v Sloveniji). Udeleženih je bilo med 55 in 59 študentov prvega letnika biopsihologije s povprečno starostjo 19 let (prib. 80 % žensk in 20 % moških). Usposabljanje je potekalo tri tedne in je skupaj trajalo 10 ur. Posamezni sklopi so bili dolgi tri ure in 20 minut. Poudarek je bil na preprečevanju depresivnosti in samomorilnosti in na promociji pozitivnega duševnega zdravja. Študenti so morali izvesti

10 ur individualnega dela doma, da so lahko napisali poročilo. Uporabnica je vodila uro in pol dolgo usposabljanje iz psihoedukacije.

Predavateljica je vsak tematski sklop začela s predstavitvijo teoretskih osnov, potem pa je v usposabljanje vključevala različne metode dela, kot so učenje z vajo (npr. z vajo »bolečina v ušesu – duševna bolečina«, s fizičnimi vajami, kot je sproščanje, in nekaterimi kognitivno-vedenjskimi tehnikami), skupinske diskusije, individualne vaje, domače naloge (npr. branje gradiva, oblikovanje lastnih smernic za usposabljanje in modela usposabljanja) ter povzemanje evalvacij/refleksij in pričakovanj udeležencev. Uporabljeni pripomočki so bili računalnik, projektor za predstavitve s powerpointom, internet, tabla, pisala, papir in fotokopirni stroj.

Predstavljen primer kaže, da je mogoče oblikovati dodiplomsko usposabljanje, ki temelji na smernicah, ki so nastale v okviru projekta PROMISE. Čeprav študenti prej niso imeli izkušenj z uporabniki kot predavatelji, so usposabljanje vsi ocenili zelo pozitivno. Podali so pozitivne povratne informacije v zvezi z učnim gradivom. Najbolj pozitiven odziv se je nanašal na učenje iz resničnih življenjskih zgodb, ki jih je povedala uporabnica. Študenti so idejo o promociji zdravja doživeli kot ključno pri usposabljanju.

SKLEPI

Nove smernice, razvite v okviru projekta PROMISE, in klasičen pristop k izobraževanju strokovnjakov na področju depresivnosti in samomorilnosti, ki temelji na preventivi in na diagnostični klasifikaciji DSM, pomenijo premik k sistemu, ki poudarja pomen celostne obravnave depresivnosti in samomorilnosti in promocije (dobrega) duševnega zdravja. Od ozkega farmakološko usmerjenega »bio-bio-bio modela« nas tako usmerijo k bio-psiho-socialno-duhovni obravnavi samomorilne tematike, poudarjajo pomen večanja moči samomorilnih posameznikov in boja proti stigmatizaciji na področju depresivnosti in samomorilnosti.

Smernice upoštevajo vseevropsko politiko duševnega zdravja, ki temelji na *Zeleni knjigi*

za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva (2005) in na *Evropskem paktu za duševno zdravje* (2008). Upoštevajo politiko in zakonodajo različnih evropskih držav ter primere najboljših praks. Nastale so v sodelovanju z nacionalnimi vladnimi in nevladnimi organizacijami ter lokalnimi organizacijami, posebno vlogo pri razvoju pa so imeli uporabniki storitev s področja duševnega zdravja, saj so s svojimi izkušnjami obogatili razumevanje izbrane tematike.

V okviru projekta PROMISE so bili razviti nekateri modeli programov usposabljanj. Univerza na Primorskem kot sodelujoča članica je razvila model programa usposabljanja na področju preventivne depresivnosti in samomorilnosti in ga je v okviru študijskega programa biopsihologija preizkusila tudi v praksi. Študenti so bili z izvedenim programom usposabljanja zadovoljni. Pri končni evalvaciji programa so poudarili predvsem vključevanje uporabnikov in njihovih osebnih zgodb. Ob klasičnih preventivnih pristopih pri preprečevanju samomorilnosti so poudarili pomen duševnega zdravja (dejavnike, ki pripomorejo k boljšemu zdravju, kot so šport, prehrana, konjički, vera, glasba, ples). Po drugi strani pa so izrazili dvome o moči, ki jo imajo lahko običajni posamezniki ali organizacije kot zagovorniki. Po njihovem mnenju so spremembe v zakonodaji ali obravnavi duševnih problemov mogoče le tedaj, ko se zanje zavzamejo vplivni posamezniki ali organizacije.

Smernice in predlagan model usposabljanja prihodnjih strokovnjakov spodbujajo nov pristop k tematiki depresivnosti in samomorilnosti. Ta pristop poudrja sodelovanje z uporabniki, celostno obravnavo, spodbujanje duševnega zdravja in destigmatizacijo duševnih bolezni.

VIRI

- ANDERSON, P., GORDON, R., JANÉ-LLOPIS, E. (2008), *Training manual on advocacy skills in mental health promotion and mental disorder prevention*. Barcelona: Department of Health of Government of Catalonia.
- AUSTEN, P. (2003), *Community capacity building and mobilisation in youth mental health promotion*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.

- BACA-GARCIA, E., PEREZ-RODRIGUEZ, M. M., BASURTE-VILLAMOR, I., DEL MORAL, A. L. F., JIMENEZ-ARRIERO, M. A., DE RIVERA, J. L. G., SAIZ-RUIZ, J., OQUENDO, M. A. (2007), Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *British Journal of Psychiatry*, 190: 210–216.
- BEAUTRAIS, A. L. (2001), Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: A case study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 5: 557–562.
- BEAUTRAIS, A. L., JOYCE, P. R., MULDER, R. T. (1998), Unemployment and serious suicide attempts. *Psychological Medicine*, 28, 1: 209–218.
- BERK, M., DODD, S., HENRY, M. (2006), The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychological Medicine*, 36, 2: 181–189.
- BERRY, H. L., RICKWOOD, D. J. (2000), Measuring social capital at the individual level: Personal social capital, values and psychological distress. *International Journal of Mental Health Promotion*, 2, 3: 35–44.
- CHEN, H. (1998), Theory-driven evaluations. *Advances in Educational Productivity*, 7: 15–34.
- CHEN, V. C. H., TAN, H. K. L., CHEN, C.-Y., CHEN, T. H. H., LIAO, L.-R., LEE, C. T. C., DEWEY, M., STEWART, R., PRINCE, M., CHENG, A. T. A. (2011), Mortality and suicide after self-harm: community cohort study in Taiwan. *British Journal of Psychiatry*, 198, 1: 31–36.
- COSGROVE, L., KRIMSKY, S., VIJAYARAGHAVAN, M., SCHNEIDER, L. (2006), Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75: 154–160.
- DALAL, P. K., SIVAKUMAR, T. (2009), Moving towards ICD-11 and DSM-V: Concept and evolution of psychiatric classification. *Indian Journal of Psychiatry*, 51, 4: 310–319.
- DA SILVA, K. (2012), Pravice ljudi s samomorilnimi izkušnjami v bio-bio-bio modelu. *Časopis za kritiko znanosti*, 246.
- DETELS, R., MCEWEN, J., BEAGLEHOLE, R., TANAKA, H. (ur.) (2002), *Oxford textbook of public health*. Oxford: Oxford University Press.
- Evropski pakt za duševno zdravje* (2008). *The European pact for mental health and well-being*. Bruselj: Evropska komisija.
- GOESCHEL, C. (2010), Suicide in nazi concentration camps. *Journal of Contemporary History*, 45, 3: 628–648.
- GULFI, A., DRANSART, D. A. C., HEEB, J.-L., GUTJAHR, E. (2010), The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis – Toronto*, 31, 4: 202–210.
- GUO, B., HARSTALL, C. (2004), *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* København: WHO Regional Office for Europe.
- HEGERL, U., WITTMANN, M., ARENSMAN, E., VAN AUDENHOVE, C., BOULEAU, J. H., VAN DER FELTZ-CORNELIS, C., GUSMAO, R., KOPP, M., LÖHR, C., MAXWELL, M., MEISE, U., MIRJANIC, M., OSKARSSON, H., SOLA, V. P., PULL, C., PYCHA, R., RICKA, R., TUULARI, J., VÁRNIK, A., PFEIFFER-GERSCHEL, T. (2008), The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 9, 1: 51–58.
- HERRMAN H., SAXENA S., MOODIE R. (ur.) (2005), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija (poročilo).
- HOLDEN, R. R., MEHTA, K., CUNNINGHAM, E. J., MCLEOD, L. D. (2001), Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33: 224–232.
- HOSMAN, C., JANÉ-LLOPIS, E. (1999), Political challenges 2: Mental health. V: *The evidence of health promotion effectiveness: Shaping public health in a new Europe*. Pariz: IUHPE (29–41).
- HOSMAN, C., JANÉ-LLOPIS, E., SAXENA S. (ur.) (2004), Prevention of mental disorders – effective interventions and policy options. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- JANÉ-LLOPIS, E., ANDERSON, P. (2005), *Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- (ur.) (2006), *Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories*. Luksemburg: European Communities.
- JANÉ-LLOPIS, E., BARRY, M. (2005), What makes mental health promotion effective? *Promotion & Education*, 2: 47–54.
- JANÉ-LLOPIS, E., BARRY, M., HOSMAN, C., PATEL, V. (2005), The evidence of mental health promotion effectiveness: Strategies for action. *Promotion and education*, priloga 2. Saint Denis Cedex: IUHPE/ UIPES.
- JENNER, E., JENNER, L. W., MATTHEWS-STERLING, M., BUTTS, J. K., WILLIAMS, T. E. (2010), Awareness

- effects of a youth suicide prevention media campaign in Louisiana. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 4: 394–406.
- KENDELL, R. E., JABLENSKY, A. (2003), Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1: 4–12.
- KOHYAMA, J. (2010), More sleep will bring more serotonin and less suicide in Japan. *Medical Hypotheses*, 75, 3: 340.
- LI, S. X., LAM, S. P., YU, M. W., ZHANG, J., WING, Y. K. (2010), Nocturnal sleep disturbances as a predictor of suicide attempts among psychiatric outpatients: A clinical, epidemiologic, prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 11: 1440–1446.
- MARTY, M. A., SEGAL, D. L., COOLIDGE, F. L. (2010), Relationships among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging and Mental Health*, 14, 8: 1015–1023.
- McLAREN, N. (2007), *Humanising madness*. Ann Arbor: Loving Healing press.
- MIDDLETON, N., STERNE, J. A. C., GUNNELL, D. (2006), The geography of despair among 15–44-year-old men in England and Wales: Putting suicide on the map. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 1040–1047.
- MIHALIC, S., FAGAN, A., IRWIN, K., BALLARD, D., ELLIOTT, D. (2002), *Blueprints for violence prevention replications: Factors for implementation success*. Boulder: Center for the study of prevention of violence.
- MILNER, A., DE LEO, D. (2010), Suicide research and prevention in developing countries in Asia and the Pacific. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 10: 795–796.
- MRAZEK, P. J., HAGGERTY, R. J. (ur.) (1994), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
- NEUSTADTER, S. B. (2010), Understanding the motivation for suicide from a transpersonal perspective: Research and clinical approaches. *Journal of Transpersonal Psychology*, 42, 1: 61–88.
- PAPE, B., GALIPEAULT, J. P. (2002), *Mental health promotion for people with mental illness: A discussion paper*. Public health agency of Canada.
- PATEL, V., KLEINMAN, A. (2003), Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81: 609–615.
- PATEL, V., ARAYA, R., CHATTERJEE, S., CHISHOLM, D., COHEN, A., DE SILVA, M., HOSMAN, C., MCGUIRE, H., ROJAS, G., VAN OMMEREN, M. (2007), Global Mental Health 3: Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 370: 991–1005.
- PINCUS, H. A., TANIELLIAN, T. L., MARCUS, S. C., OLFSON, M., ZARIN, D. A., THOMPSON, J., ZITO, J. M. (1998), Prescribing trends in psychotropic medications. *Journal of the American Medical Association*, 279, 7: 526–531.
- PIRKIS, J., BLOOD, R. W., SKEHAN, J., DARE, A. (2010), Suicide in the news: Informing strategies to improve the reporting of suicide. *Health Communication*, 25, 6–7: 576–577.
- PROMO (2008), Best practice in promoting mental health in socially marginalized people in Europe – PROMO. Dostopno na: <http://www.promostudy.org/index.html>. (29. 5. 2012).
- SELVI, Y., AYDIN, A., BOYSAN, M., ATLI, A., AGARGUN, M. Y., BESIROGLU, L. (2010), Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiology International*, 27, 9–10: 1813–1828.
- SHARFSTEIN, S. (2005), Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad, and the ugly. *Psychiatric News*, 40, 16: 3–4.
- SOBOCKI, P., LEKANDER, I., BORGSTRÖM, F., STRÖM, O., RUNESON, B. (2007), The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, 22, 3: 146–152.
- STACEY, K., KELLER, N., GIBSON, B., JOHNSON, R., JURY, L., KELLY, D., NEWCHURCH, A., NEWCHURCH, L., RYAN, B., SHORT, T. (2007), Promoting mental health and well-being in Aboriginal contexts: Successful elements of suicide prevention work. *Health Promotion Journal of Australia*, 18, 3: 247–254.
- Svetovna zdravstvena organizacija (1997), *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- (2004 a), *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- (2004 b), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- (2005), *Highlights on health in Slovenia in 2005*. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/data/>

- assets/pdf_file/0008/103598/E88408.pdf (29. 5. 2012).
- (2011), *Slovenia – facts and figures*. Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/slovenia/facts-and-figures> (29. 5. 2012).
- TATUM, P. T., CANETTO, S. S., SLATER, M. D. (2010), Suicide coverage in U.S. newspapers following the publication of the media guidelines. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 40, 5: 524–534.
- TAYLOR, L., TASKE, N., SWANN, C., WALLER, S. (2007), *Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults*. London: NICE.
- TYSON, P., WILSON, K., CRONE, D., BRAILSFORD, R., LAWS, K. (2010), Physical activity and mental health in a student population. *Journal of Mental Health*, 19, 6: 492–499.
- TZENG, W.-C., SU, P.-Y., TZENG, N.-S., YEH, C.-B., CHEN, T.-H., CHEN, C.-H. (2010), A moral life after a suicide death in Taiwan. *Qualitative Health Research*, 20, 7: 999–1007.
- WAHLBECK, K., MÄKINEN, M. (ur.) (2008), *Prevention of depression and suicide: Consensus paper*. Luksemburg: European Communities.
- WEBB, D. (2010), *Thinking about suicide: Contemplating and comprehending the urge to die*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- WIDIGER, T. A., SANKIS, L. M. (2000), Adult psychopathology: Issues and controversies. *Annual Review of Psychology*, 51: 377–404.
- Zelena knjiga za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva* (2005). *Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Bruselj: Evropska komisija.
- ZIGMOND, J. (2010), Prevention through intervention: Programs use training, patient education to help head off suicide attempts. *Modern Healthcare*, 40, 39: 22.

Ksenija da Silva

EVALVACIJA PROMISE-OVIH SMERNIC IZOBRAŽEVANJA STROKOVNJAKOV NA PODROČJU PREVENTIVE PRED SAMOMORILNOSTJO IN DEPRESIJO

UVOD

Potek oblikovanja PROMISE-ovih smernic za izobraževanje strokovnjakov

Prva različica smernic za izobraževanje strokovnjakov, ki delujejo na področju preprečevanja samomorilnosti in depresije, je bila oblikovana na podlagi najpomembnejših dokumentov Evropske unije, politike in zakonodaje na področju promocije duševnega zdravja v različnih državah in na podlagi vzorcev najboljše prakse. Tako po obliki kot po vsebini so bile razvite nadaljnje različice teh smernic, in sicer s pomočjo uporabnikov storitev na področju duševnega zdravja (uporabniki¹), zdravstvenih delavk in delavcev, strokovnih ustanov, univerzitetnih mrež, organizacij civilne družbe in drugih vladnih in nevladnih organizacij, ki delujejo na področju preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti².

Smernica 1: Promocija duševnega zdravja na področju preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti

Prva smernica je sprožila največ žgočih vprašanj o obstoječi obravnavi samomorilnih in depresivnih posameznikov, zato bo v

¹ V članku uporabljen izraz "uporabniki" so sprejeli ljudje, ki imajo ali so imeli osebno izkušnjo s samomorilnostjo in depresijo ter so uporabili katerokoli storitev v duševnem zdravstvu. Vsi uporabniki so seznanjeni z obstoječim zdravstvenim sistemom svoje države in so bili v njem tudi obravnavani.

² Za podroben opis poteka raziskave in udeleženi akterjev gl. <http://promise-mental-health.com> (10. 10. 2012).

članku podrobno obravnavana. Hkrati bodo predstavljeni tudi možni odgovori in pomen za nadaljnja usposabljanja in potrebne spremembe obstoječih programov preventive samomorilnosti in depresivnosti.

Smernica poudarja, da mora vsak program usposabljanja strokovnjakov na področju preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti vsebovati idejo o promociji duševnega zdravja, ne pa samo o preprečevanju samomorilnosti in depresivnosti ter kurativni oskrbi uporabnikov. Pozitivno duševno zdravje mora biti predstavljeno kot vir preventive, ki ima vrednost sam po sebi, in kot osnovna človekova pravica. Promocija duševnega zdravja vpliva na povečevanje dejavnikov duševne blaginje in na zmanjševanje dejavnikov neenakosti (Anderson *et al.* 2008, Herrman *et al.* 2005, Hosman *et al.* 2004).

V praksi to pomeni, da se program ne le omejuje na tradicionalne pristope preprečevanja depresivnosti in samomorilnosti (npr. zmanjšanje dostopa do samopoškodbenih pripomočkov, obravnavanje ogroženih skupin, prepoznavanje dejavnikov tveganja), ampak obravnava tudi različne načine spodbujanja duševnega zdravja pri depresivnih in samomorilnih posameznikih, tudi pozitivne vidike dobrega počutja, pomen spanja, spolnosti, prehrane/hrane, telesnih dejavnosti/telovadbe ipd. Program promocije duševnega zdravja poudarja pomen razumevanja sebe in drugih, koncept identitete in samozavesti, čustvene stabilnosti, načine izboljšanja samoobvladovanja, duhovnosti ipd. (cf. Blazer 2009, Koenig 2009, Kohyama 2010, Li *et al.* 2010, Moreira-Almeida *et al.* 2006, Pires *et al.* 2010, Selvi *et*

al. 2010, Tyson *et al.* 2010, Wong *et al.* 2006).

Program se lahko ukvarja tudi s posebnimi temami, kot so razmere, v katerih je depresija normalna reakcija, ali situacije, v katerih je samomor z vidika posameznika razumna možnost (Kjølseth *et al.* 2010, Marušič 2010, Strobel *et al.* 2007).

Pri tem je treba upoštevati človekove pravice in zakonodajo posameznih držav glede samomora in depresije ter zagotoviti spoštovanje človekovih pravic in enakost v duševnem zdravstvu (npr. Evropska komisija 2005, Svetovna zdravstvena organizacija 1997).

KVALITATIVNI REZULTATI RAZUMEVANJA POJMA PROMOCIJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Kako pojem promocije duševnega zdravja razumejo strokovnjaki

Tako strokovnjaki kot uporabniki so se strinjali, da je smernico preprosto razumeti in da so navedeni primeri izbranih tem promocije duševnega zdravja jasni. Kljub temu je primerjava odgovorov pokazala kritično vrzel v razumevanju koncepta promocije duševnega zdravja med strokovnjaki in uporabniki.

Strokovnjaki so dobro seznanjeni s preprečevanjem samomorov (v usposabljanjih na primer obravnavajo izobraževanje zdravnikov o zgodnjem odkrivanju depresije, dejavnike tveganja, kot so starost, spol, zloraba alkohola, duševne ali druge kronične bolezni, slaba samopodoba ...). Po drugi strani je evalvacija pokazala, da v veliki meri ne poznajo pristopov promocije duševnega zdravja in da je na področju preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti to popolnoma nov koncept. Strokovnjaki so navajali, da obstaja malo usposabljanj na tem področju, prav tako pa je tudi literatura z zanesljivimi in preverjenimi rezultati omejena. Promocija duševnega zdravja je tudi redko obravnavana v klasičnih suicidoloških tekstih; v njih prevladujejo teme preprečevanja. Tematiko samomorilnosti in depresivnosti danes večinoma obravnavajo z vidika neravnovesja v delovanju nevrotansmitterjev, čeprav je bila zgodovinsko obravnavana predvsem s filozofskega, psihološkega, sociološkega

in duhovnega vidika (več o premiku v t. i. bio-bio-bio model pozneje). Zato ni bilo presenetljivo, da večina strokovnjakov v svojih usposabljanjih obravnava samomorilnost in depresivnost z vidika preventive. Nekateri so med drugim dejali, da vključitev promocije duševnega zdravja v njihovo vsakodnevno delo ni relevantno in da sami ne bi znali vključiti promocije duševnega zdravja v svoja usposabljanja. Če bi se ta sprememba zgodila, bi kot predavatelje na to temo zaposlili uporabnike iz lokalne skupnosti, sami pa se novih znanj ne bi priučili.

Nekateri so govor o razmerah, v katerih »je depresija popolnoma normalna reakcija«, ali o situacijah, v katerih »je samomor z vidika posameznika povsem razumna možnost«, ocenili kot neprimerne, češ da so to črne misli, o katerih se ne govori, in da samomor ni nikoli razumna možnost. To so bili predvsem strokovnjaki s področja psihiatrije. Drugi niso razumeli, kaj bi lahko navajali kot promocijo duševnega zdravja v svojih izobraževanjih, saj se zanj niso usposabljali. Nekateri so dejali, da v svojih usposabljanjih nikoli ne dovolijo, da se o samomorih pogovarjajo, saj so to »črne misli, ki lahko vodijo v samomor«. (Ti strokovnjaki v praksi zdravijo samomorilnost in depresijo s farmakološkimi sredstvi). Ta mit je bil večkrat izpodbit – dopustiti, da nekdo svobodno in brez obsojanja govori o samomorilnih mislih, lahko deluje kot preventiva pred samomorilnostjo (Marušič, Temnik 2009, Valetič 2009, Webb 2010).

Čeprav je poznavanje promocije duševnega zdravja na področju preventive samomorilnosti in depresivnosti med vsemi sodelujočimi strokovnjaki slabo, so predvsem psihologi in socialne delavke bolj naklonjeni ideji o promociji duševnega zdravja na področju samomorilnosti in depresivnosti kot npr. psihiatri. To so pripisovali predvsem temu, da v praksi nimajo dovoljenja za predpisovanje antidepresivnih in drugih farmakoloških sredstev, zato morajo iskati druge učinkovite načine obravnave.

V prid potrebam po spremembi v obstoječih usposabljanjih s področja promocije duševnega zdravja so strokovnjaki med najpomembnejšimi navajali širok spekter samomorilnosti,

predvsem potrebo po vključitvi teme o evtanaziji in prilagajanje usposabljanj specifičnim potrebam samomorilnih posameznikov (npr. specifičnim potrebam posameznikov, usposabljanja, prilagojena njihovim situacijam, morebitnim boleznim, socialnim statusom, starosti ipd.).

Na koncu so nekateri strokovnjaki dejali, da ne vidijo povezave med promocijo duševnega zdravja in osnovnimi človekovimi pravicami ter potrebe po vključitvi pravic do enakosti v duševnem zdravstvu v usposabljanja.

Kako pojem promocije duševnega zdravja razumejo uporabniki

V nasprotju s strokovnjaki pa so uporabniki poudarili pomen promocije duševnega zdravja ne zgolj pri preventivi samomorilnosti in depresivnosti, temveč tudi pri izboljšanju duševnega zdravja na splošno. Uporabniki in njihove predstavniške organizacije so razumeli, da (dobro) duševno zdravje vključuje tako preprečevanje pred duševnimi boleznimi kot tudi spodbujanje duševnega zdravja. Zato je pomembno, da je tematika samomorilnosti in depresivnosti obravnavana tako z vidika preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti kot tudi z vidika promocije duševnega zdravja pri samomorilnih/depresivnih posameznikih in tudi v splošni populaciji. Navajali so, da promocija duševnega zdravja na področju samomorilnosti in depresivnosti (nekateri so namesto tega izraza uporabljali kar izraz »terapija« ipd.) vključuje pomen subjektivnega razumevanja sebe in drugih, gradnje identitete in samozavesti, čustvene stabilnosti, učenja učinkovitega spopadanja z življenjskimi situacijami, dobrega duševnega počutja ipd.

Med najpomembnejšimi temami so poudarili nujnost spoštljive obravnave samomorilnih posameznikov; zdajšnji sistem je v veliki meri ne upošteva. Navajali so, da so (bili) deležni le hitre diagnoze in napotkov, kako natančno upoštevati strokovnjakova navodila glede jemanja zdravil, tega pa od terapije niso pričakovali. (Na forumih je večkrat zaslediti iskanje dobrega terapevta, ki ne ponuja le terapije z antidepressivi). Več združenj uporabnikov

(tudi forum slovenske nevladne organizacije DAM) vprašanje etične obravnave samomorilnih posameznikov (pa tudi posameznikov z različnimi oblikami psihiatričnih diagnoz) navaja kot enega od odločilnih razkorakov med strokovnjaki in uporabniki. Poudarjajo, da je spoštljivo ukvarjanje z osebno stisko posameznika, ki išče pomoč, pri zdravljenju zelo pomembno.

To je v skladu s čedalje več dokazi, da imajo uporabniki korist zlasti od novih, nekonvencionalnih pogledov na samomorilnost, na primer, da se samomorilne misli obravnava kot vredna, popolnoma legitimna človeška čustva. Namesto da se jih zatira, se jih je treba z njimi odkrito ukvarjati, to pa je za uporabnike pogosto pomemben korak pri okrevanju (cf. Webb 2010). Pri tem uporabniki *a priori* ne odklanjajo farmakološkega zdravljenja, poudarjajo le, da je učinkovito le ob resni terapiji oziroma »delu na sebi«.

Evalvacija je pokazala, da obstaja velika razlika med strokovnjaki (še posebej psihiatri) in uporabniki: prvi se spopadajo z idejo o promociji duševnega zdravja na področju samomorilnosti in depresivnosti, drugi pa jo pozdravljajo kot ključni del preventive samomorilnosti in depresivnosti.

PREHOD OD VEČPLASTNEGA RAZUMEVANJA SAMOMORILNOSTI IN DEPRESIVNOSTI K BIO-BIO-BIO MODELU

Zgodovinsko so bili samomori obravnavani večplastno, ne samo medicinske. Predvsem druge vede so poskušale razložiti pojav s filozofskega (Kant 1938, Sartre 1970), sociološkega (Durkheim 1897) in psihološkega vidika (Beck *et al.* 1979, Shneidman 1995), torej s celostnega, t. i. bio-psiho-socialnega vidika.

Danes duševne bolezni obravnavajo po *Diagnostičnem in statističnem priručniku duševnih bolezni* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ali DSM). V njem so zbrane vse znane duševne bolezni, tam so njihovi opisi in merila za klasifikacijo. Zdravstveni delavci in delavke, raziskovalci, zdravstvene zavarovalnice, farmacevtska podjetja in oblikovalci politik se

pri svojem delu zanašajo na klasifikacijo, kot je določena v DSM. Z vidika vseh, ki so pri svojem delu odvisni od diagnostičnega sistema, je »problem« samomorov oziroma samomorilnega vedenja in misli v tem, da jih DSM ne opredeljuje kot duševno bolezen (vsaj ne do leta 2013, ko se obeta nova, revidirana izdaja, DSM-V).

V večini primerov se ozadje samomora pripiše določeni duševni bolezni (v 90 % depresivni motnji) (Maris *et al.* 2010), potem pa se samomorilne misli in vedenje obravnava skozi prizmo te znane bolezni, ki je obravnavana po biološkem modelu (največkrat z nepravilnim delovanjem nevrottransmitterjev; to se zdravi z antidepresivi). Tako se pojmovanje samomorilnosti odmika od prvotno bio-socio-psihološkega modela v model, ki temelji na skoraj izključno biološki razlagi in zato tudi biološki, npr. farmakološki obravnavi.

Čeprav samomorilne misli in vedenje niti po sistemu DSM niso opredeljeni kot duševna bolezen, se jih torej pripiše neki znani duševni bolezni in v praksi tako tudi obravnava. To se dogaja kljub številnim dokumentom, izdanih in podprtih tako v Evropski uniji kot v posameznih evropskih državah, ki varujejo človekovo dostojanstvo in zagovarjajo osnovne človekove pravice na področju duševnega zdravja (Herrman *et al.* 2005, Jané-Llopis, Anderson 2005, 2006, Pape, Galipeault 2002, Patel *et al.* 2007), torej tudi pravico do vsestranske obravnave, in ne zgolj obravnave po bio-bio-bio modelu. Posledice takega razumevanja bodo obravnavane v naslednjem poglavju.

Kljub razširjeni uporabi je sistem deležen številnih kritik, npr.: nezadovoljiva veljavnost in zanesljivost sistema (Kendell, Jablensky 2003); prepoznavanje simptomov namesto vzrokov bolezni; določanje arbitrarnih mejnikov med dvema ali več boleznimi; določanje arbitrarnih mej, ki zadoščajo, da se določen pojav uvrsti med duševne bolezni (Dalal, Sivakumar 2009); podvrženost kulturnim razlikam (Widiger, Sankis 2000) in pritiskom farmacevtskih družb (Cosgrove *et al.* 2006). Sam predsednik Ameriškega psihiatričnega združenja Steven Shafstein (2005: 5) je zapisal, da so psihiatri dopustili, da je bio-psiho-socialni model razumevanja samomorilnosti postal

bio-bio-bio model. Kljub številnim kritikam in spornemu zanašanju na DSM pa sistem ostaja najpomembnejše merilo pri prepoznavanju in zdravljenju duševnih bolezni.

POSLEDICE BIO-BIO-BIO MODELA

Najpomembnejši učbenik o suicidologiji (Maris *et al.* 2000) ocenjuje, da je 90 % samomorov storjenih zaradi depresije ali drugih duševnih motenj. Toda čeprav je med samomorilnim vedenjem in depresijo močna korelacijska vez, ne gre vedno za vzročno povezavo. Seveda so določene samomorilne misli lahko posledica depresije ali duševnih motenj in lahko predpostavljamo vzročno povezavo (tj. depresija vodi v samomorilnost). Pogosto pa to ne drži. Webb (2010) pojasnjuje, da so občutki brezupa, nepriпадnosti, osamljenosti, nesmisla bivanja povezani z depresivnimi občutki (korelacijska vez), vendar so pod vplivom bio-bio-bio modela samomorov interpretirani kot posledica oziroma izraz neke primarne duševne motnje. Zaradi tega so ti odstotki vzročne zveze precenjeni. Taka klasifikacija pa ne samo ne pripomore k boljšemu razumevanju samomorov, ampak lahko celo ogroža duševno stanje samomorilnih posameznikov, v družbi pa povzroča nastanek stigmatizacije, povezane tako z duševnimi boleznimi kot s samomori (več o tem pozneje).

Pri ljudeh, pri katerih je primarni vir samomorilnih misli in vedenja duševna ali duhovna stiska (ali celo dolgotrajno telesno trpljenje), je strogo farmakološki pristop na dolgi rok neučinkovit, ker ne odpravlja vzrokov samomorilnih misli. Teh je veliko več kot 10 % po ocenah najpomembnejše knjige o samomorilnosti (Maris *et al.* 2010), vendar nobena raziskava do danes ne obravnava razlikovanja med organskimi in reaktivnimi samomori, torej samomori, ki so posledica biološkega neravnovesja v delovanju nevrottransmitterjev in tistih samomorilnih misli, ki so naravna posledica situacij, v katerih so se posamezniki znašli. Čeprav najrazličnejše stiske in trpljenje vplivajo na delovanje nevrottransmiterjev, je v primerih, ko ne gre za organsko okvaro, treba odkriti tiste dejavnike, ki povzročajo kronično

neravnovesje v delovanju nevrottransmitterjev, in prekiniti začaran krog samomorilnih misli in dejanj na način, ki lahko le spremlja kratkotrajno farmakološko zdravljenje. Zanašanje na trditev, da je v takih primerih samomor posledica zgolj neravnovesja v bio-bio-bio sistemu, je napačno ali v najboljšem primeru pomanjkljivo. V praktičnih primerih to pomeni, da oseba s samomorilnimi mislimi te misli pripiše zgolj biološkemu neravnovesju, ustrežno terapijo pa zgolj farmakološkemu zdravljenju. Dejavniki, ki ogrožajo duševno zdravje posameznika in so sprožilec samomorilnih misli, niso bili upoštevani. Ne samo da takšne posameznike napačno uvrščajo med duševne bolnike in jim kratijo pravice do odločanja, ampak lahko to povzroči poznejšo stigmatizacijo pri vključevanju v družbo, iskanju zaposlitve ali izobraževanju. Destigmatizacija samomorov kot zgolj posledica neravnovesja v delovanju nevrottransmiterjev zato ni možen izid pri reaktivnih samomorih.

Webb (2010) to navaja kot največji problem, saj ustvarja izkrivljeno in popačeno sliko samomorov, pa tudi, da gre za duševne bolnike, ki jim večinoma ni pomoči. Zmote med drugim vključujejo prepričanja, da so uporabniki nevarni, podpovprečno inteligentni, nezmožni za delo in nimajo možnosti popolne ozdravitve (Hawton *et al.* 1999, Taylor (2012), Schurtz *et al.* 2010). Čeprav trditve nimajo znanstvene podlage, pa stigmatizacija in diskriminacija ustvarjata skupino ljudi, ki so sistematično prikrajšani in osiromašeni za svoje pravice. Številni uporabniki postanejo brezdomci, brezposelni, so slabo izobraženi, družbeno izolirani in nimajo ustreznega zdravstvenega varstva. Pogosto postanejo odvisni od skromnih vladnih programov pomoči. Posledica je, da so uporabniki redno izključeni iz odločanja in aktivnega spreminjanja sistema, ki bi lahko izboljšal kakovost njihovega življenja.

To se sliši paradoksalno, saj obstaja veliko svetovnih in državnih priporočil na področju spoštovanja pravic ljudi s težavami z duševnim zdravjem in so razmeroma dobro razdelana tako v kodeksih poklicne etike kot v drugih dokumentih Evropske unije. Zelena knjiga, ki jo je objavila Evropska komisija (2005: 5), opozarja na ta problem:

Kljub izboljšanim možnostim za zdravljenje in pozitivnemu razvoju v psihiatrični oskrbi se pri ljudeh z duševnimi boleznimi ali prizadetostjo še vedno dogajajo socialna izključenost, stigmatizacija, diskriminacija in nespoštovanje njihovih temeljnih pravic in dostojanstva.

Webb (2010: 170), avtor prvega doktorata s področja samomorilnosti in sam nekdanji uporabnik, v svoji knjigi trdi:

Obstaja veliko drugih resnih vprašanj na področju duševnega zdravja, kot sta potreba po nezdravstvenih alternativah in pomanjkanje sredstev za storitve. Toda ključno vprašanje je diskriminacija družbe proti ljudem, označenim kot »duševno bolni«. To se po navadi imenuje stigma, vendar moramo to poimenovati s pravim imenom, diskriminacija. In najpomembnejši vir te diskriminacije je zakonodaja na področju duševnega zdravja, ki odvzame državljanstvo in državljanske pravice na podlagi psihiatrične diagnoze.

Posledice predsodkov so po njegovem mnenju veliko hujše kot le slabo razumevanje samomorov. Trdi celo, da zakoni o duševnem zdravju pripomorejo k višjim količnikom samomora, pri tem pa se sklicuje predvsem na prisilno priprtje in jemanje določenih zdravil.

Podobno postajajo društva uporabnikov po svetu glasnejša prav v trditvah, da so njihove temeljne človekove pravice kršene zaradi bio-bio-bio modela. Svetovna mreža uporabnikov in preživelih v psihiatriji (World Network of Users and Survivors of Psychiatry) je mednarodna organizacija zdajšnjih in preteklih prejemnikov storitev v duševnem zdravstvu (tj. ljudi s kakršnokoli psihiatrično diagnozo in njihovih bližnjih, pa tudi ljudi s samomorilnimi mislimi, ljudi po poskusu samomora in bližnjih po samomoru). Namenjena je varovanju človekovih pravic, samoodločbe in dostojanstva vseh uporabnikov in preživelih po vsem svetu. Opozarjajo na probleme socialne izključenosti, družbene prezrtosti in na različne zlorabe, povzročene v imenu »zdravljenja«. Stigma in zmote o »duševni bolezni« so se razširili na diskriminacijo na stanovanjskem področju, zaposlovanju in izobraževanju.

Zato ni presenetljivo, da postajajo društva uporabnikov v boju za temeljne človekove pravice čedalje bolj organizirana in razširjena. V Sloveniji je ena izmed najodmevnejših in najbolje organiziranih nevladna organizacija DAM (Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami)³. Na forumu o izkušnjah uporabnikov z zdravstvenim sistemom nekateri uporabniki opisujejo, da so jim številne pravice kratili tako »strokovnjaki« kot tudi prijatelji. Nekateri so bili nezadovoljni nad odnosom strokovnih delavcev, prikrivanjem diagnoze ali prehitro določitvijo diagnoze depresivne motnje, druge zaradi tega skrbita možnost izključenosti in stigmatizacija.

Velik vir nezadovoljstva med uporabniki povzroča prav nestrokoven odnos zdravstvenih delavcev, npr. izjava po poskusu samomora, da »imamo vsi probleme v življenju.« Drugi uporabniki opozarjajo na neodzivnost psihiatrične službe in na posledice, ki jih lahko to povzroči pri samomorilnem posamezniku, ki išče pomoč, naročen pa je šele čez nekaj tednov. Več uporabnikov je nezadovoljnih s farmakološkim pristopom svojih psihiatrov (»A ni nič boljše? Ja, bomo pa zamenjali tablete!« piše o svoji izkušnji neka uporabnica) in opozarjajo, da je »prava« terapija ukvarjanje s sabo in aktivno spreminjanje sebe. Zdravila so sicer lahko del zdravljenja, vendar pa je napačno pričakovanje, da lahko psihiatri s pomočjo zdravil takoj pričarajo »srečo, zadovoljstvo in dobro počutje«.

PREDLAGANE SPREMEMBE

PROMISE je projekt promocije izboljšanja duševnega zdravja in kot tak ponuja nov način obravnave samomorilnosti in depresije. Pri tem se sklicuje na omejeno literaturo s področja promocije duševnega zdravja (omejeno, ker je področje novo), po drugi strani pa na množico evropskih in svetovnih priporočil na področju spoštovanja človekovega dostojanstva in na izkušnje »strokovnjakov z osebni izkušnjami«, tj. uporabnikov, in njihovih zastopniških organizacij.

Priporočila projekta PROMISE v prvi od smernic opozarjajo, da odnos, ki ni v skladu s kodeksom poklicne etike, na uporabnike vpliva negativno in ne pripomore k boljšemu razumevanju samomorov niti k strokovni obravnavi in spoštovanju pravic samomorilnih ljudi. Uporabniki, ki so (bili) s strokovno pomočjo zadovoljni, omenjajo razumevanje, poslušanje brez obsojanja in enakovreden odnos. Med temi strokovnimi delavci so večkrat kot psihiatri omenjeni psihologi in socialne delavke, morda prav zaradi omenjenega dejstva, da profili brez dovoljenja za predpisovanje farmakološkega zdravljenja ponujajo samomorilnim posameznikom več alternativnih oblik obravnave.

Spoštljiva obravnava in spoštovanje človekovih pravic sta povezana s pravico do celostnega zdravljenja. Pri tem ne gre za *a priori* odklanjanje farmakološke terapije, ampak za povezavo s terapijo, ki se ukvarja z viri samomorilnih misli. Obravnava po strogo bio-bio-bio modelu ima ugodne posledice za farmakološke družbe, ne pa za uporabnike na področju duševnega zdravja niti za samo razumevanje pojava samomorilnosti.

Destigmatizacija je možna, le če se samomore niti ne uvršča niti ne obravnava kot duševno motnjo. Uporabniki ne želijo, da so njihove težave obravnavane s patološkega vidika ali da jih obravnavajo kot ljudi s težavami z duševnim zdravjem, ampak kot posameznike, ki so popolnoma sposobni za samostojno življenje in jih je vredno imeti v skupnosti. Nočejo biti »tisti z zgodovino duševnih problemov«, pač pa želijo imeti občutek, da so v resnici bogatejši prav zaradi teh svojih izkušenj. Neki uporabnik je dejal, da ga boli, kadar ljudje govorijo o duševnih boleznih, saj zanje po njegovem ni dokazov.

To področje se prekriva z vprašanjem človekovih pravic, saj so posamezniki, ki so imeli v preteklosti tako ali drugačno diagnozo psihiatričnega bolnika, pogosto zaznamovani, in sicer na vseh ravneh vsakdanjega življenja (npr. težja zaposljivost, predvsem za poln delovni čas, stigma, stanovanjski, finančni problemi), in to kljub temu, da naj bi bili pred državo enaki (enakost pravic za vse državljanke) (Flaker *et al.* 2008). Neka uporabnica je opisala, da si zelo

³ Več na: <http://www.nebojse.si/Forum> (10. 10. 2012).

želi zaposlitve za poln delovni čas, vendar tega s svojo (preteklo) diagnozo ne more doseči, po drugi strani pa dobiva pripombe, da živi na račun države.

Samomori morajo biti obravnavani tako, kot je bilo prvotno mišljeno: po bio-psiho-socialnem modelu namesto po strogem bio-bio-bio modelu (Shafstein 2005). Deset smernic PROMISE temelji na celostnem usposabljanju. Samomorilne izkušnje imajo za posameznika in njegov odnos z družino, prijatelji, sodelavci in do šolskih ali službenih obveznosti pomembne posledice. Te ne izginejo niti zaradi ustreznega farmakološkega zdravljenja, zato je obravnava samomorov po biološkem, psihološkem in sociološkem modelu (nekateri zagovarjajo tudi duhovnega, npr. Webb 2010) za posameznike s samomorilnimi mislimi tako reaktivnega kot tudi organskega izvora ključna.

SKLEPI

Rogers in Lester (Rogers, Lester 2010, Lester 2000) v svojih delih opisujeta, da je današnji pragmatični pristop obravnave samomorov povzročil jasnejšo sliko korelatov samomorilnega vedenja, kljub temu pa ni pripomogel k boljši napovedni vrednosti niti k manjšemu številu samomorov. Predlagata usmeritev k razvoju makroteorij samomorilnosti in nadgraditev zgolj prepoznavanja dejavnikov tveganja. Bio-bio-bio model obravnave koristi redkim, vsekakor pa ne uporabnikom in ne pripomore k boljšemu razumevanju samomorilnega vedenja. Bio-bio-bio model je treba nadomestiti s celostno obravnavo, ta pa je možna le v sodelovanju vseh udeležениh akterjev. Pri tem morajo imeti vsi akterji enakovredno vlogo pri oblikovanju priporočil in drugih pomembnih dokumentov (Austen 2003, Grebenc 2006, Grebenc, Šabić 2011).

Literatura na področju promocije duševnega zdravja pri obravnavi samomorilnosti in depresivnosti je omejena, zato je pomembno, da razvoj poteka v smeri izobraževanja na področju promocije duševnega zdravja. Pomembno je ta znanja prenesti v vsakodnevno delo strokovnjakov in v programe preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti (tj. integracija

preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti kot tudi promocije duševnega zdravja). Prva smernica PROMISE tudi poudarja pomen spoštljive oblike obravnave. Obravnava, ki ljudi s samomorilnimi mislimi dojema ne kot psihiatrične bolnike, ampak kot enakovredne državljane, bo morda pripomogla k boljšemu razumevanju pojava, hkrati pa pozitivno vplivala na destigmatizacijo samomorilnosti in depresivnosti.

Etična načela na področju samomorilnosti in depresije morajo vključevati krepitev posameznikov in skupin z namenom, da se optimizira duševno zdravje in zmanjša zdravstvene neenakosti; duševno zdravje mora biti obravnavano kot osnovna človekova pravica. Tak pristop se mora nujno oddaljiti od obstoječega bio-bio-bio modela in vrniti k prvotnemu pojmovanju samomorov po bio-psiho-socialnem modelu. Poleg tega je človekova pravica, da se njegove samomorilne misli oziroma dejanja obravnava s spoštljivim odnosom. Posledica je odnos, v katerem je posameznik sam strokovnjak na področju »sebe« in aktivni iskalec smisla svojega življenja in vedanja. Kakršnakoli pomoč od zunaj je lahko le pomoč v metodološkem pomenu, kajti različni strokovnjaki na področju duševnega zdravja predlagajo določeno metodo dela oziroma zdravljenja, vedno pa posameznik sam določa, koliko je metoda primerna zanj. Le odnos, ki temelji na spoštovanju osnovnih človekovih pravic, spoštovanju poklicnega kodeksa in sočutju do človeka v stiski, ima možnost ne samo uspešnega zdravljenja, ampak tudi učenja posameznika o boljšem duševnem zdravju kot pred nastankom samomorilnih misli ali dejanj.

VIRI

- ANDERSON, P., GORDON, R., JANÉ-LLOPIS, E. (2008), *Training manual on advocacy skills in mental health promotion and mental disorder prevention*. Barcelona: Department of Health of Government of Catalonia.
- AUSTEN, P. (2003), *Community capacity building and mobilisation in youth mental health promotion*. Dostopno na: <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/pub/community-communautaires/>

- pdf/comm-cap-build-mobil-youth.pdf (10. 10. 2012).
- BLAZER, D. G. (2009), Religion, spirituality, and mental health: What we know and why this is a tough topic to research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 5: 281–282.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G. (1979), *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- COSGROVE, L., KRIMSKY, S., VIJAYARAGHAVAN, M. (2006), Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75: 154–160.
- DALAL, P. K., SIVAKUMAR, T. (2009), Moving towards ICD-11 and DSM-5: Concept and evolution of psychiatric classification. *Indian Journal of Psychiatry*, 51: 310–319.
- DURKHEIM, E. (1897), *Le suicide*. Pariz: Alcan.
- Evropska komisija (2005), *Green Paper: Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. Bruselj: Evropska komisija.
- FLAKER, V., MALI, J., KODELE, T., GREBENC, V., ŠKERJANC, J., UREK, M. (2008), *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (480).
- GREBENC, V. (2006), Needs assessment in community: What communities can tell us. V: Flaker, V., Schmid, T. (ur.), *Von der Idee zur Forschungsarbeit: Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft*. Dunaj: Böhlau (167–189).
- GREBENC, V., ŠABIĆ, A. (2011), Zmanjševanje škode zaradi rabe alkohola in prepovedanih drog med mladimi : Projekt »Z vrstniki varnejši na cesti«. V: Mrgole, A. L. (ur.). ProRoad Safety Conference 2011, 1. Mednarodna strokovna konferenca. *Proroad safety: Vloga in pomen diseminacije znanj za zagotavljanje varnosti v cestnem prometu = the role and importance of dissemination of knowledge to ensure better road safety*. Maribor: Fakulteta za gradbeništvo (105–122).
- HAWTON, K. K. E., TOWNSEND, E., ARENSMAN, E., GUNNELL, D., HAZELL, P., HOUSE, A., VAN HEERINGEN, K. (1999), Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- HERRMAN, H., SAXENA, S., MOODIE, R. (ur.) (2005), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija (poročilo).
- HOSMAN, C., JANÉ-LLOPIS, E., SAXENA, S. (ur.) (2004), *Prevention of mental disorders – effective interventions and policy options*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija (poročilo).
- JANÉ-LLOPIS, E., ANDERSON, P. (2005), *Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- (ur.) (2006), *Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories*. Luksemburg: European Communities.
- KANT, I. (1938), *The fundamental principles of the metaphysic of ethics*. London: D. Appleton-Century Company.
- KENDELL, R., JABLENSKY, A. (2003), Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160: 4–12.
- KJØLSETH, I., EKEBERG, Ø., STEIHAUG, S. (2010), Elderly people who committed suicide – their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging And Mental Health*, 14, 8: 938–946.
- KOENIG, H. G. (2009), Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 5: 283–291.
- KOHYAMA, J. (2010), More sleep will bring more serotonin and less suicide in Japan. *Medical Hypotheses*, 75, 3: 340.
- LESTER, D. (2000), The end of suicidology: Fourth column in a series – Crisis: *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21, 4: 158–159.
- LI, S. X., LAM, S. P., YU, M. W., ZHANG, J., WING, Y. K. (2010), Nocturnal sleep disturbances as a predictor of suicide attempts among psychiatric outpatients: A clinical, epidemiologic, prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 11: 1440–1446.
- MARIS, R. W., BERMAN, A. L., SILVERMAN, M. M. (2000), *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: The Guilford Press.
- MARUŠIČ, A. (2010), *Retoric and mental health*. Univerza na Primorskem, FAMNIT, CIKLUS d. o. o. [DVD].
- MARUŠIČ, A., TEMNIK, S. (2009), *Javno duševno zdravje*. Ljubljana: Mohorjeva družba.
- MOREIRA-ALMEIDA, A., NETO, F. L., KOENIG, H. G. (2006), Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 3: 242–250.

- PAPE, B., GALIPEAULT, J. P. (2002), *Mental health promotion for people with mental illness for mental health promotion unit of health Canada*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- PATEL, V., ARAYA, R., CHATTERJEE, S. (2007), Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370: 991–1005.
- PIRES, G. N., ANDERSEN, M. L., KAHAN, V., ARAUJO, P., GALDURÓZ, J. C., TUFIK, S. (2010), Is serotonin responsible for the relationship between sleep debt and suicide? A comment on Kohyama's hypothesis. *Medical Hypotheses*, 75, 6: 675.
- ROGERS, J. R., LESTER, D. (2010), *Understanding suicide: Why we don't and how we might*. Cambridge, MA: Hogrefe.
- SARTRE, J. P. (1970), *Literary and philosophical essays*. New York: Collier Books.
- SELVI, Y., AYDIN, A., BOYSAN, M., ATLI, A., AGARGUN, M. Y., BESIROGLU, L. (2010), Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiology International*, 27, 9–10: 1813–1828.
- SCHURTZ, D., CEREL, J., RODGERS, P. (2010), Myths and facts about suicide from individuals involved in suicide prevention. *Suicide and life threatening behavior*, 40, 4: 346–350.
- SHARFSTEIN, S. S. (2005), Big pharma and American psychiatry: The good, the bad, and the ugly. *Psychiatric News*, 40, 3–4.
- SHNEIDMAN, E. S. (1995), *Psychology of suicide: A clinician's guide to evaluation and treatment*. New York: Aronson.
- STROBEL, A., DREISBACH, G., MÜLLER, J., GOSCHKE, T., BROCKE, B., LESCH, K. P. (2007), Genetic variation of serotonin function and cognitive control. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 12: 1923–1931.
- Svetovna zdravstvena organizacija (1997), *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- VALETIČ, Ž. (2009), *Samomor: Večplastni fenomen*. Maribor: Ozara Slovenija.
- TAYLOR, E. (2012), *Myths (and truths) about suicide*. Dostopno na: <https://www.universitylifecafe.k-state.edu/bookshelf/myths-vs-truths-about-suicide> (10. 10. 2012).
- TYSON, P., WILSON, K., CRONE, D., BRAILSFORD, R., LAWS, K. (2010), Physical activity and mental health in a student population. *Journal of Mental Health*, 19, 6: 492–499.
- WEBB, D. (2010), *Thinking about suicide: Contemplating and comprehending the urge to die*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- WIDIGER, T. A., SANKIS, L. M. (2000), Adult psychopathology: Issues and controversies. *Annual Reviews of Psychology*, 51: 377–404.
- WONG, Y. J., REW, L., SLAIKEU, K. D. (2006), A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 2: 161–183.

Albert B. Odro, Lawrence K. Dadzie, Daniela Collins, Roland Lodoiska, Peter Ryan

ZDRAVSTVENA NEGA IN PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

ŠTUDIJA PRIMERA V ZDRUŽENEM KRALJESTVU

UVOD

Zagovarjamo stališče, da je promocija duševnega zdravja čedalje pomembnejša značilnost sodobnih socialnih trendov v družbi in da je to vključujoča vizija, ki prežema družbo v celoti. Pristop k promociji duševnega zdravja, ki upošteva ta vidik, je pristop Sveta za izobraževanje na področju zdravstva v Združenem kraljestvu (*UK Health Education Authority*). Leta 1997 je duševno zdravje opredelil kot:

[...] čustveno in duhovno vzdržljivost, ki nam omogoča uživati življenje in premagovati bolečino, trpljenje in razočaranje. Je pozitiven čut za dobro počutje, ki temelji na veri v lastno dostojanstvo in vrednost ter v dostojanstvo in vrednost drugih.

V *Bamfordovem pregledu služb duševnega zdravja in služb za pomoč osebam z oviranostmi* (*Bamfordov pregled 2006*)¹ so jasno prepoznali pomen širše strategije na področju duševnega zdravja. Takole piše v njem:

Holističen pristop k vprašanju slabega duševnega zdravja zahteva tudi preudarno strategijo za preprečevanje in promocijo duševnega zdravja.

V ločenem poročilu o promociji duševnega zdravja pa trdijo (*ibid.*):

Prav tako si želimo družbo, v kateri bo lahko vsakdo odigral svojo vlogo in postal dejaven, da bi ustvaril okolje, ki spodbuja duševno

zdravje in dobro počutje posameznikov, družin, organizacij in skupnosti.

V angleški Beli knjigi o duševnem zdravju (Ministrstvo za zdravje 2011) pa je znan zapis:

Ni zdravja brez duševnega zdravja. Duševno zdravje je ključni del človeškega, družbenega, ekonomskega in nacionalnega kapitala in ga je zato treba obravnavati kot sestavni in bistveni del drugih področij javne politike, kot so človekove pravice, socialno varstvo, izobraževanje in zaposlovanje.

Promocijo duševnega zdravja lahko razumemo tudi kot prispevek k trem ključnim področjem.

STRUKTURNA IZHODIŠČA ZA ZDRAVJE

Družbena, ekonomska in kulturna izhodišča za zdravje tvorijo osnovni okvir, ki omogoča razvijanje in ohranjanje pozitivnega duševnega zdravja. Strukturni dejavniki, ki so povezani s povečanim tveganjem za težave z duševnim zdravjem, so brezposelnost, slabe bivalne razmere, neenakost porazdelitve dohodka, diskriminacija in omejene možnosti izbire ali nadzora. Crane-Ross *et al.* (2006: 142) so krepitev služb opredelili kot

uporabniško sodelovanje pri sprejemanju odločitev v službah in stopnjo vzajemnosti ter spoštovanja tistih, ki vodijo primere.

Neposredne in posredne učinke krepitev služb so ocenili na podlagi štirih ciljev okrevanja:

¹ Bamfordov pregled ali Bamfordova komisija je neodvisna severnoirska komisija, ki je pregledala službe duševnega zdravja in službe za pomoč osebam z oviranostmi – op. prev.

- kakovost življenja,
- raven funkcioniranja,
- simptomi, ki jih zaznava posameznik,
- simptomi, ki jih zaznavajo službe.

Ugotovili so, da so opažanja uporabnikov služb glede krepitve moči najmočnejši napovednik rezultatov vseh štirih ciljev (Jormfeldt *et al.* 2008).

DRŽAVLJANSTVO – DRUŽBENI SVET

Družbena podpora, močne socialne mreže ter občutek povezanosti in socialne vključenosti so ključni napovedniki duševnega zdravja. Osamljenost in izolacija povečujeta tveganja za samomor in hujše oblike depresije, prav tako pa zmanjšujeta sposobnost ljudi, da bi se spopadali s stresnimi dogodki v življenju. Pozitiven občutek pripadnosti in sodelovanja v družbi ter priznavanje raznovrstnosti in medsebojne odgovornosti pripomorejo k dobremu psihičnemu počutju. Številne države v Evropski uniji upoštevajo zavezo »duševno zdravje za vsakogar«, da bi razvile ali okrepile nacionalne politike in ukrepe, ki bi spodbujali dobro psihično počutje, torej trend, ki se kaže tudi v odzivih na Zeleno knjigo Evropske skupnosti. Povečuje se zanimanje za dodano vrednost posledic vključevanja promocije duševnega zdravja in dobrega počutja v splošno zdravje in v politike duševnega zdravja. Denimo, duševno zdravje je bil pomemben del koncepta »zdravje v vseh politikah«, poglobljena zdravstvena tema finskega predsedovanja Svetu Evropske unije (Stáhl *et al.* 2006).

Promocija pozitivnega duševnega zdravja bi lahko bila tudi zanesljiva socialna naložba, ki bi ob ustreznih agencijah za izobraževanje in zdravstveno varstvo lahko dvignila raven splošnega psihičnega zdravja prebivalstva. Pomagala bi pri spopadanju z nekaterimi družbeno-ekonomskimi izzivi, ki lahko ogrozijo stabilnost socialnih podpornih mrež. Zato je pomembno ohranjati vlogo, ki jo ima učinkovita promocija duševnega zdravja pri spodbujanju občutka samozavesti in vere vase, zlasti v času, ko so vidiki nacionalnega ekonomskega sistema krhki in negotovi. Presečne

študije namreč kažejo na povezavo med dobrim psihičnim počutjem in prosocialnim vedenjem, kot sta sodelovanje v civilnih iniciativah in prostovoljstvo.

ČUSTVENA VZDRŽLJIVOST – NOTRANJI SVET

Čustvena vzdržljivost je povezana z občutki, ki jih imajo ljudje o sebi, z interpretacijo dogodkov in s sposobnostjo za spopadanje s stresnimi ali neprijetnimi okoliščinami. Samozavest, spretnost spopadanja s težavami in spretnosti za življenje ter priložnosti za sprejemanje odločitev in izvajanje nadzora nad lastnim življenjem povečujejo čustveno vzdržljivost in zmanjšujejo duševno stisko (Friedli 2009).

Tak pristop k promociji duševnega zdravja je dobro zasnovan v PROMISE-ovih smernicah in merilih za promocijo duševnega zdravja (gl. preglednico 1). Projekt PROMISE je projekt promocije duševnega zdravja, ki sodi pod okrilje Glavnega direktorata za zdravje in varstvo potrošnikov (DG Sanco) in je osredinjen na razvijanje smernic za strokovno usposabljanje poglobitnih strokovnih skupin, ki zagotavljajo nego uporabnikov služb duševnega zdravja: kliničnih psihologov, medicinskih sester² na oddelkih za duševno zdravje, socialnih delavk in psihiatrov. Dokument, ki opredeljuje politiko Ministrstva za zdravje (2011) v Združenem kraljestvu z naslovom *Ni zdravja brez duševnega zdravja* jasno kaže, da je duševno zdravje neločljivo povezano z nacionalnim programom sprememb v promociji zdravja.

Zato se je treba vprašati, koliko so načela promocije duševnega zdravja zastopana oz. niso zastopana na področju poučevanja strokovnih skupin o njihovih strokovnih vlogah in spretnostih.

V članku se osredotočamo predvsem na poklice zdravstvene nege na področju duševnega zdravja v Združenem kraljestvu in preverjamo, koliko so načela promocije duševnega zdravja

² Zaradi večje zastopanosti žensk v poklicu zdravstvene nege uporabljamo izraz medicinska sestra tudi za moške predstavnike tega poklica, čeprav je njihov uradni naziv diplomirani zdravstvenik.

Preglednica 1: Deset meril kakovosti projekta PROMISE.

Kazalci najboljše prakse za usposabljanje strokovnjakov na področju promocije duševnega zdravja: Deset meril kakovosti
<p>1. Sprejemanje načel promocije duševnega zdravja</p> <p>Program usposabljanja, ki promocijo duševnega zdravja obravnava ločeno od preprečevanja duševne bolezni ali kurativne oskrbe.</p>
<p>2. Sodelovanje skupnosti in krepitev moči</p> <p>Program usposabljanja upošteva načelo sodelovanja skupnosti. Promocija duševnega zdravja vključuje spodbujanje in krepitev moči vseh interesnih skupin v skupnosti pri promociji duševnega zdravja na splošno ali pri razvijanju specifičnih projektov promocije duševnega zdravja.</p>
<p>3. Uresničevanje interdisciplinarnega in medsektorskega pristopa</p> <p>Program usposabljanja upošteva potrebne interdisciplinarne in medsektorske pristope k promociji duševnega zdravja.</p>
<p>4. Vključevanje ljudi s težavami z duševnim zdravjem</p> <p>Cilji programa usposabljanja so usmerjeni tudi k ljudem z izkušnjo težav z duševnim zdravjem, uporabnikom služb za duševno zdravje in njihovim skrbnikom.</p>
<p>5. Zagovorništvo</p> <p>Program usposabljanja poudarja pomen zagovorništva, torej védenje o tem, kako poudariti in zagovarjati stališča ljudi, ki morda nimajo lastnih spretnosti ali potrebne družbene moči, da bi se lahko zagovarjali sami.</p>
<p>6. Pregled zbirke znanja</p> <p>Program usposabljanja upošteva najnovejša znanstvena dognanja in etnografske podatke; črpa jih iz različnih metod, tudi iz epidemiologije in družboslovja, da lahko opredeli strategije ukrepanja.</p>
<p>7. Prilagajanje intervencij lokalnemu kontekstu in potrebam po načelih holističnega in ekološkega pristopa</p> <p>Program usposabljanja temelji na ciljih promocije zdravja, ki temeljijo na oceni in izmeri lokalnih potreb.</p>
<p>8. Opredelitev tveganj</p> <p>Program usposabljanja obravnava ne samo pričakovane pozitivne učinke, temveč tudi možna tveganja promocijskih ukrepov na področju duševnega zdravja tako za posameznike kot za skupnosti.</p>
<p>9. Uporaba medijev</p> <p>Program usposabljanja vključuje medije in strategije komuniciranja pri promociji duševnega zdravja in boj proti stigmati, ki je povezana z duševno boleznijo.</p>
<p>10. Evalvacija usposabljanja, izvajanja in ciljev</p> <p>Usposabljanje poudarja pomen evalvacije ciljev usposabljanja pri promociji duševnega zdravja, ukrepov in programov na splošno.</p>

zastopana oz. niso zastopana pri poučevanju zdravstvene nege v študijskem programu zdravstvena nega na Univerzi v Middlesexu. Raziskavo je opravila ekspertna skupina štirih predavateljev zdravstvene nege z Univerze v Middlesexu. Kritično so pregledali, koliko novi kurikulum zdravstvene nege, ki so ga začeli izvajati leta 2011, izpolnjuje načela promocije duševnega zdravja, ki so opredeljena v smernicah projekta PROMISE in navedena v preglednici 1.

KURIKUL ZDRAVSTVENE NEGE NA UNIVERZI V MIDDLESEXU

Triletni dodiplomski študijski program zdravstvene nege na področju duševnega zdravja sestavlja 14 modulov, sedem teoretičnih in sedem praktičnih. Obsega štiri splošne module, ki so namenjeni tudi študentom in študentkam zdravstvene nege z drugih področjih (npr. študentom in študentkam s področja pediatrije in splošne zdravstvene nege za odrasle), in deset specifičnih modulov, ki so namenjeni

študentom in študentkam duševnega zdravja. Vsebine novega kurikula zdravstvene nege na Univerzi v Middlesexu temeljijo na kompetenčnem pristopu, ki študente in študentke pripravlja na varno in učinkovito prakso po opravljenem strokovnem izpitu in vpisu v register Zbornice zdravstvene in babiške nege. Novi kurikulum razvija kompetence na štirih področjih: (1) strokovne vrednote, (2) komunikacija in medosebne spretnosti, (3) praksa zdravstvene nege in sprejemanje odločitev, (4) vodenje, upravljanje in timsko delo. Cilj omenjenega študijskega programa je študentom in študentkam omogočiti (a) usvojiti znanje, spretnosti in naravnosti, s katerimi bodo avtonomno, sočutno, spretno in varno delali v praksi, pri tem pa varovali dostojanstvo in človekove pravice, (b) delati z ljudmi vseh starosti in se pri tem opirati na duševno zdravje, ki temelji na spoštovanju vrednot, (c) spodbujati pozitivne odnose, katerih osrednje vloge so socialna vključenost, spoštovanje človekovih pravic in okrevanje, (č) delati v partnerstvu z drugimi strokovnjaki in agencijami na področju zdravja in socialnega varstva, z uporabniki služb in njihovimi skrbniki, pri tem pa spodbujati skupne odločitve, povezane z oskrbo.

RAZISKOVALNA METODA IN UTEMELJITEV

Pri preverjanju kurikula zdravstvene nege na Univerzi v Middlesexu smo upoštevali dve merili:

1. Standard je deset PROMISE-ovih splošnih smernic za strokovnjake, ki obravnavajo promocijo duševnega zdravja.
2. Študijski kurikulum mora imeti v sestavnem delu vsakega modula (npr. učni cilji, učni načrt, podporni viri/študijsko gradivo in merilo ocenjevanja) jasno opredeljene in zapisane podatke o nekaterih ali vseh ključnih vidikih desetih PROMISE-ovih meril. Celostni pristop nam je omogočil, da smo opredelili tudi najmanjše znake kateregakoli vidika desetih PROMISE-ovih meril iz smernic za strokovnjake pri promociji duševnega zdravja.

Module kurikula zdravstvene nege smo potem razdelili med člane ekspertnega

raziskovalnega tima, da bi njihovo vsebino primerjali z desetimi merili, ki smo jih opredelili v projektu PROMISE. Člani raziskovalnega tima so na podlagi raziskovalnih načel navzkrižno preverili module. Po navzkrižnem preverjanju je tim ocenjevalcev še enkrat pregledal in potrdil vsako ugotovitev. V sklepni fazi smo analizirali ugotovitve. S takšno strategijo natančnega pregleda smo razvili mehanizem, s katerim smo zagotovili natančnost, doslednost in objektivnost pravil za vsebinski pregled modulov. Zadnji sestanek odbora za pregled in verifikacijo je bilo koristno srečanje, na katerem smo razjasnili morebitne napačne interpretacije pri uporabi PROMISE-ovih meril za zbiranje podatkov (Polit, Beck 2008).

ANALIZA IN UGOTOVITVE

Sprejemanje načel promocije duševnega zdravja:

Merilo je bilo dobro zastopano v sedmih od 14 modulov. Sedem modulov sestavljajo (a) splošni modul prvega letnika »osnove strokovne prakse«, (b) dva teoretska modula s področja duševnega zdravja »razvijanje medsebojnega razumevanja na področju duševnega zdravja« in »odzivi na potrebe kompleksne oskrbe« ter (c) štirje praktični moduli »osnove terenske prakse« in »gradivo za učno prakso«. Vsebine teh sedmih modulov pa so porazdeljene na vse tri stopnje študijskega programa (od prvega do tretjega letnika). Poleg tega so koncepti in modeli promocije duševnega zdravja upoštevani tudi v merilih ocenjevanja, ki obsegajo opise opažanj pri praktičnem usposabljanju in razprave, v katerih študenti in študentke pokažejo razumevanje. Natančneje to pomeni, da to merilo promocije duševnega zdravja v štirih modulih prvega letnika študija pokriva dva modula, osnovni teoretični modul in modul klinične prakse. V drugem letniku študijskega programa pa to merilo pokrivajo trije od petih modulov zdravstvene nege na področju duševnega zdravja. Od petih modulov tretjega letnika študijskega programa dva vključujeta to merilo, tretji pa ne. Od štirinajstih modulov programa zdravstvene nege jih torej sedem pokriva prvo merilo. To pomeni,

da je merilo dobro zastopano (za primerjavo gl. preglednico 2, 1. merilo).

Čeprav upoštevamo širši vpliv zastopanosti tega merila v zdravstveni negi, pa kaže, da smo v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja pripravljeni sprejeti možnost, da se merilo uveljavi kot ključni element vloge medicinskih sester. To pomeni, da je že na začetku usposabljanja za medicinsko sestro treba predstaviti potrebe klientov ne le v ozkem smislu zdravljenja bolezni in oskrbe bolnih ljudi, temveč kot usmerjenost na promocijo pozitivnega zdravja.

Sodelovanje in krepitev moči skupnosti

Program usposabljanja upošteva načelo sodelovanja skupnosti. Promocija duševnega zdravja vključuje spodbujanje in krepitev moči vseh interesnih skupin v skupnosti pri promociji duševnega zdravja na splošno ali pri razvijanju specifičnih projektov promocije duševnega zdravja.

Merilo načela sodelovanja in krepitev vseh interesnih skupin v skupnosti pri promociji duševnega zdravja na splošno ali pri razvijanju specifičnih projektov za promocijo duševnega zdravja je opredeljen kot učni cilj, ki ga je v tretjem letniku študijskega programa treba izpolniti v okviru posebnega teoretskega modula duševnega zdravja z naslovom »odzivi na potrebe kompleksne oskrbe v duševnem zdravju« (za primerjavo gl. preglednico 2, 2. merilo). Merilo naj bi bilo vključeno v teoretsko vajo v »kritičnem mišljenju«, ki pa ne zahteva izrecno, da bi se študenti in študentke morali vključiti v praktične projekte ali klinične dejavnosti, v katerih bi lahko opazovali in analizirali, kako poteka praksa. To bi spodbudilo konstruktivistični pristop k razumevanju promocije duševnega zdravja.

Lahko bi rekli, da ta hip širše zastavljeno prestrukturiranje oskrbovalnih služb na področju duševnega zdravja v skupnosti zahteva, da vloga medicinske sestre v duševnem zdravju v prihodnje vključuje tudi spretnosti, ki bodo pri promociji duševnega zdravja spodbujale krepitev interesnih skupin v skupnosti. To bi

medicinskim sestram in interesnim skupinam v skupnosti omogočilo, da bi dosegle vzdržne sisteme promocije duševnega zdravja (Tilford 2001). Z manjšim, izpitnim, praktično naravnanim projektom, ki bi bil namenjen krepitevi nekega vzorca ali manjše interesne skupine in bi obravnaval vprašanje, povezano z duševnim zdravjem v skupnosti, bi pridobili zelo koristno orodje izobraževanja, s katerim bi študente in študentke zdravstvene nege pripravili na dodiplomski program usposabljanja.

Treba je opozoriti, da so medicinske sestre kot del vseh osrednjih timov duševnega zdravja v skupnosti v Združenem kraljestvu poleg številnih pobud, ki spodbujajo njihovo vključevanje v lokalne skupnosti, eksplicitno zavezane politiki socialnega vključevanja. To v praksi pomeni iniciativo, ki jo v veliki meri izvajajo prav medicinske sestre na področju duševnega zdravja v skupnosti. V tem pogledu pa kurikulum dodiplomskega študijskega programa za medicinske sestre temu merilu namenja malo pozornosti. To, da je merilo, ki ga obravnavamo tukaj, zastopano samo v enem modulu triletnega dodiplomskega študijskega programa, kaže, da se britanske medicinske sestre s tem načelom srečajo šele po pridobljeni izobrazbi bodisi na podiplomskem magistrskem študiju, univerzitetnem dodiplomskem študiju ali pa v okviru strokovnega usposabljanja na delovnem mestu. Na podiplomski stopnji izobraževanja pa številni magistrski študijski programi vsebujejo modul, osredinjen na socialno vključenost, promocijo duševnega zdravja oziroma razvijanje socialnega kapitala. Ti magistrski programi so po navadi multidisciplinarni in niso ozko usmerjeni na poklic, čeprav marsikatera medicinska sestra pridobi dodatno izobrazbo in tako poglobi razumevanje tega merila pri promociji duševnega zdravja.

Usvajanje interdisciplinarnega in medsektorskega pristopa

Program usposabljanja upošteva potrebne interdisciplinarne in medsektorske pristope k promociji duševnega zdravja.

Merilo ni izrecno obravnavano v nobenem modulu študijskega programa. To je pomembna ugotovitev, saj kljub temu, da ideja o medpoklic-

nem sodelovanju, ki podobno kot koncepti »interdisciplinarnega in medsektorskega« pristopa velja za najboljšo prakso v zdravstveni negi, v resnici ni izpeljana v nobenih vsebinah modula. Lahko bi rekli, da velja bodisi predpostavka ali »samoumevna« usmerjenost, da se medsektorska in interdisciplinarna dejavnost v vsakem primeru izvaja samodejno, kot da bi bila del študijskega programa, toda ker temu ni namenjena nobena posebna postavka, lahko o tem dvomimo.

To vrzel je treba zapolniti, saj bomo tako lahko dopolnili spretnosti, ki jih v promociji duševnega zdravja obravnava prvo merilo, merilo o krepitvi moči vseh strokovnjakov in interesnih skupin v skupnosti. V vsakem primeru moramo ta sklop spretnosti jasno opredeliti v kurikulumu, če želimo zdravstveno nego dobro pripraviti za interdisciplinarno delo. To je nujno, saj delo medicinskih sester na področju duševnega zdravja zahteva povezovanje z drugimi disciplinami, ki bi lahko sodelovale in morajo sodelovati ter se medsebojno podpirati v prizadevanjih za promocijo duševnega zdravja, da bi izboljšali podlage za uveljavitev in širjenje učinkovite promocije duševnega zdravja na vseh področjih skupnosti, ki bi jim učinki pozitivnega psihičnega počutja lahko koristili.

Vključevanje ljudi s težavami z duševnim zdravjem

Cilji programa usposabljanja se uveljavljajo tudi med ljudmi z izkušnjo duševnih težav, uporabniki služb za duševno zdravje in njihovimi skrbniki.

Merilo obravnavajo štirje praktični moduli v treh letnikih študijskega programa. Eden od modulov se izvaja v prvem letniku študija (»osnove za terensko delo«), dva v drugem letniku (»učna praksa 2 in 3«), eden pa v četrtem letniku (»učna praksa 4«) (za primerjavo gl. preglednico 2, 4. merilo). To merilo je dobro zastopano v dejavnostih učne prakse in na vsaki od treh stopenj programa ustreza zahtevam ocenjevanja. Kot primer lahko navedemo, da postopek ocenjevanja pri enem od ključnih modulov zdravstvene nege v zadnjem letniku študijskega programa v živo opravijo člani izpitne skupine, ki jo sestavljajo uporabnik

ali uporabnica službe, zdravnik ali zdravnica klinične zdravstvene nege in predavatelj ali predavateljica s področja zdravstvene nege, pri čemer študenti in študentke izpit bodisi opravijo ali pa ne opravijo.

Glede na to, da so sedanje strukture odločanja na področju duševnega zdravja v Združenem kraljestvu bolj naklonjene strokovnjakom, je treba zagotoviti boljše razumevanje, kaj lahko doda vključevanje uporabnikov in uporabnic (Barnes, Bowl 2001). Linnett (1999) meni, da bi moralo biti vključevanje uporabnikov usmerjeno k spremembam v ravnovesju moči znotraj organizacij. Poudarja, da je pristno vključevanje uporabnikov redko, saj povzroči temeljito, revolucionarno spremembo. Ta namreč zahteva, da se osebje odreče delu moči, kajti »če klienti pridobijo pristno uradno moč, niso več samo klienti ali uporabniki služb«. V tem pogledu je spodbudno, da kurikulum duševnega zdravja v zdravstveni negi dokaj sistematično pokriva to pomembno merilo promocije duševnega zdravja v vseh treh letnikih študija in da bodo novo usposobljene medicinske sestre dobro seznanjene z načelom in prakso krepitve moči uporabnikov in uporabnic.

Zagovorništvo

Program usposabljanja poudarja pomen zagovorništva, torej védenje, kako poudariti in zagovarjati stališča ljudi, ki morda nimajo lastnih spretnosti ali potrebne družbene moči, da bi se lahko zagovarjali sami.

Merilo je zastopano samo v splošnem modulu »osnove strokovne prakse« v prvem letniku (za primerjavo gl. preglednico 2, 5. merilo). Pomanjkanje jasne navedbe tega merila v vseh drugih specifičnih modulih duševnega zdravja v drugem in tretjem letniku študijskega programa je treba posebej omeniti. Jasno namreč kaže, da zagovorništvo ni prepoznano kot ključna naloga zdravstvene nege. Zato bi lahko dejali, da ni zadostne podlage, da bi študenti in študentke lahko razvijali spretnosti zagovorništva. Če bi jih medicinske sestre znale spretno uporabiti, bi bil učinek lahko dvojen: v ožjem smislu bi spretnosti zagovorništva pripomogle k promociji duševnega zdravja, v

splošnem pa bi ohranjale stabilen odnos med medicinsko sestro in pacientom (Tilford 2001). V Združenem kraljestvu je zagovorniška vloga za medicinske sestre na področju duševnega zdravja zelo dvoumna in potencialno konfliktna. Od medicinske sestre pričakujemo, da bo našla ravnovesje med oskrbo klienta in spremljanjem njegovih potreb na eni strani in potrebami skupnosti, da se zavaruje pred nepotrebni tveganji, na drugi strani. Poleg tega imajo medicinske sestre na področju duševnega zdravja po pred kratkim dopolnjenem Zakonu o duševnem zdravju (2007) osrednjo vlogo v skupnosti, če je treba uporabnika ali uporabnico odpeljati nazaj v bolnišnico glede na določbo o prisilnem zdravljenju, torej če uporabnik ali uporabnica ne upošteva postopkov zdravljenja, ki so ga predpisali psihiatri ali splošni zdravniki.

Ker se medicinske sestre na področju duševnega zdravja na poseben, za poklic značilen način vključujejo v skupnost pri spremljanju uporabnikov in dajanju predpisanih zdravil, se srečajo s posebnim izzivom, ko uporabnik ali uporabnica ne upošteva zdravljenja. To lahko povzroči napetosti v odnosu in možno uporabo prisilnega zdravljenja, pri katerem je medicinska

sestra lahko neposredno udeležena. To pa lahko ogrozi ali poslabša odnos med medicinsko sestro in uporabnikom. V takšnih okoliščinah medicinska sestra težko deluje kot zagovornica. Zato je še posebej obžalovanja vredno, da zagovorništvo obravnava samo en modul v prvem letniku študijskega programa. To strokovno področje je treba bolj poudariti v študijskem programu, saj imajo medicinske sestre na področju duševnega zdravja čedalje pomembnejšo vlogo pri oskrbi in spremljanju uporabnikov služb duševnega zdravja v skupnosti.

Pregled zbirke znanja

Program usposabljanja upošteva najnovejša znanstvena dognanja in etnografske podatke. Črpa jih iz različnih metod, tudi iz epidemiologije in družboslovja, da lahko opredeli strategije ukrepanja.

Merilo je zastopano v treh modulih. To so splošni teoretski modul v prvem letniku »osnove strokovne prakse«, praktični modul v prvem letniku »osnove terenske prakse« in praktični modul duševnega zdravja v tretjem letniku »učna praksa 4«. Iz tega lahko sklepamo, da ni dovolj možnosti, da

Preglednica 2: Dodiplomski program zdravstvene nege na področju duševnega zdravja – profil skladnosti kurikula z merili za promocijo duševnega zdravja.

Projekt PROMISE (merila za najboljšo prakso usposabljanja za strokovnjake na področju promocije duševnega zdravja)	Skupno število modulov v kurikulu	Število modulov, v katerem je zastopano merilo	Odstotek skladnosti
1. Sprejemanje načel promocije duševnega zdravja	14	7	50 %
2. Sodelovanje in krepitev moči skupnosti	14	1	7 %
3. Uresničevanje interdisciplinarnega in medsektorskega pristopa	14	0	0 %
4. Vključevanje ljudi s težavami z duševnim zdravjem	14	4	28 %
5. Zagovorništvo	14	1	7 %
6. Pregled zbirke znanja	14	3	21 %
7. Prilagajanje intervencij lokalnemu kontekstu in potrebam po načelih holističnega in ekološkega pristopa	14	2	14 %
8. Prepoznavanje tveganj	14	1	7 %
9. Uporaba medijev	14	0	0 %
10. Evalvacija usposabljanja, izvajanja in ciljev	14	0	0 %

bi zagotovili kontinuirano razvijanje merila v drugih teoretskih modulih, ki sestavljajo drugi letnik študija. Treba je ohranjati in krepiti kontinuiran razvoj baze znanja, saj bomo tako pripravili koristno zbirko podatkov, iz katerih bodo študenti in študentke lahko črpali reference in refleksije. Na splošno pa velja, da je študijska literatura kot podporni učni vir v kurikulumu preiščena. Primeri vključujejo raziskovalno delo Nacionalnega inštituta za zdravje in klinično odličnost (2008). Inštitut redno obvešča zdravstveno osebje o raziskavah, povezanih z najboljšimi intervencijami in prakso (objave raziskovalnih ugotovitev v strokovni medicinski reviji *British Medical Journal* s področja, ki ga Davies in Craig (2009) obravnavata v zbirki strokovne literature *ABC duševnega zdravja*).

Prilagajanje intervencij lokalnemu kontekstu in potrebam po načelu holističnega in ekološkega pristopa

Program usposabljanja temelji na ciljnih promocije zdravja, ki temeljijo na oceni in izmeri lokalnih potreb.

Merilo je zastopano v splošnem teoretskem modulu v prvem letniku študija »osnove strokovne prakse« in teoretskem modulu duševnega zdravja v drugem letniku »ocenjevanje, zdravljenje in intervencije na področju duševnega zdravja«. Možnosti za vključitev tega merila bi lahko poiskali tudi v drugih modulih tretjega letnika študijskega programa, na primer v modulu »odzivi na potrebe kompleksne oskrbe«. Omenjeno merilo je slabo zastopano (za primerjavo gl. preglednico 2, 7. merilo). Toda ker je del zadnjega letnika študija, bi lahko uporabili naslednjo strategijo, s katero bi izboljšali njegovo zastopanost: študentom in študentkam bi dali zahtevno nalogo, pri kateri bi morali uporabiti znanje iz prvega in drugega letnika in poiskati klienta ali manjšo skupino klientov v okolici kraja, v katerem opravljajo delovno prakso. Skupaj bi pripravili izobraževalni program duševnega zdravja, ki bi črpal iz virov v skupnosti in bi klientom omogočil, da ohranijo dobro in stabilno duševno zdravje, hkrati pa bi jim dajal občutek, da imajo vse pod nadzorom in da jih okolje podpira.

Prepoznavanje tveganj

Program usposabljanja ne obravnava samo pričakovanih pozitivnih vplivov, temveč tudi možna tveganja promocijskih ukrepov na področju duševnega zdravja tako za posameznike kot za skupnosti.

Merilo je zastopano samo v modulu »učna praksa 4«, v zadnjem letniku študija. Ni pa vključeno v noben modul prvega in drugega letnika. Merilo upošteva spretnosti prepoznavanja tveganj za posameznike in skupnosti, ki sicer spremljajo promocijske ukrepe na področju duševnega zdravja. Treba ga je razvijati in sčasoma okrepiti, da bo program dosegel kakovostno raven, potrebno za ohranjanje sorazmernosti napredovanja v učenju (za primerjavo gl. preglednico 2, 8. merilo). Razvoj in krepitev znanja bi lahko dosegli s takšnim pristopom: v prvem letniku študija bi se lahko osredotočili na oceno tveganj na področju duševnega zdravja pri občasni in rekreativni uporabi ene vrste drog, denimo kanabisa, in na strategije, ki bi jih lahko uporabili pri izvajanju promocijskega programa s poudarkom na preventivnem vedenju. V drugem in tretjem letniku bi lahko pregledali večja in kompleksnejša tveganja, ki jih je treba prepoznati v tistih situacijah, v katerih je duševno zdravje posameznika ali skupin resno ogroženo zaradi rednega in kombiniranega uživanja številnih in močnejših drog, denimo čistega kokaina in amfetaminov, saj lahko poslabšajo že obstoječe težave z duševnim zdravjem ali pa postanejo etiološki dejavniki hujše duševne nestabilnosti, slabega socialnega in fizičnega delovanja in splošnega propadanja ali umika iz skupnosti (Templeton *et al.* 2006).

Kompleksnost tveganj v različnih situacijah, denimo samopoškodovalno vedenje, samomor in nasilje, bi lahko raziskali tudi v tretjem letniku študija, skupaj s pomembnimi vladnimi politikami in določbami, s katerimi bi podkrepili primere. Študenti in študentke tega študijskega programa bi lahko uporabili medije, da bi izobraževali skupnost na splošno, ne le o različnih vrstah tveganja, temveč tudi o tem, kako lahko preprečimo negativne izide teh tveganj. To bi lahko izpeljali tako, da bi za preprečevanje samomora uporabili reference Smernice nacionalnih služb (1999), smernice

Nacionalnega inštituta za klinično odličnost (2008) in Nacionalnega inštituta za duševno zdravje v Angliji (2003).

Medicinske sestre se, tako kot druge strokovne skupine v skupnosti, spoprijemajo s kočljivo situacijo: na eni strani varujejo potrebe posameznih uporabnikov služb, na drugi pa potrebe skupnosti. V Združenem kraljestvu medicinske sestre na področju duševnega zdravja v skupnosti najbrž ne bodo opravile ocene tveganja, ki je povezano z njihovim poklicem. To bodo prej opravile v kontekstu multidisciplinarnega tima duševnega zdravja v skupnosti, saj se tam uporabljajo orodja za standardizirano oceno tveganja in upravljanja s tveganjem. Te po navadi oblikuje in razvija Center za duševno zdravje v javnem zdravstvu (Mental Health Trust), v katerem dela tim. Kljub temu je ključno, da se že v kurikulumu usposabljanja za medicinske sestre čim prej usmerimo k oceni tveganja in pozitivnega tveganja, ki ju prinaša promocija duševnega zdravja.

Uporaba medijev

Program usposabljanja vključuje medije in strategije komuniciranja pri promociji duševnega zdravja in boja proti stigmati, ki je povezana z duševno boleznijo.

Merilo ni zastopano v nobenem modulu študijskega programa. Promocija duševnega zdravja ne razvija znanj in spretnosti za boj proti stigmati, ki bi vključeval uporabo medijev in komunikacijskih strategij. To pomeni, da nismo izkoristili možnosti, da bi spodbujali boljšo ozaveščenost in prepoznali pomembno vlogo medijev in načine, kako jih lahko pozitivno uporabimo kot »orodje« zdravstvene nege, saj bi tako izboljšali razumevanje duševnega zdravja. Če bi izkoristili medije, bi lahko spodbudili tudi »zagovorniške« vloge medicinskih sester pri promociji duševnega zdravja (za primerjavo gl. preglednico 2, 9. merilo).

Evalvacija usposabljanja, izvajanja in ciljev

Usposabljanje poudarja pomen evalvacije ciljev usposabljanja pri promociji duševnega zdravja, ukrepov in programov na splošno.

Zadnje merilo ni zastopano v nobenem modulu. To pomeni, da v obstoječih vsebinah študijskega programa niso prepoznali možnosti, da bi raziskali in izboljšali metode in uporabili evalvacijske spretnosti za promocijo duševnega zdravja (za primerjavo gl. preglednico 2, 10. merilo).

RAZPRAVA IN SKLEPI

Zdi se, da merila promocije duševnega zdravja, ki smo jih pripravili v projektu PROMISE, ne sodijo v štiri področja, ki jih opredeljuje kurikulum zdravstvene nege na Univerzi v Middlesexu, in niso vsebinski del znanj in kompetenc. Čeprav sicer 50 odstotkov modulov zdravstvene nege v študijskem programu duševnega zdravja upošteva promocijo duševnega zdravja in pomen »pozitivnega duševnega zdravja«, pa tega ne izpelje pri ključnih spretnostih, ki so potrebne, da bi promocija duševnega zdravja v Združenem kraljestvu postala ključna komponenta vloge medicinske sestre na področju duševnega zdravja. Denimo, samo en modul upošteva, da je za medicinske sestre pomembno izvajanje drugega in tretjega merila smernic o krepitvi moči skupnosti ali o pomenu zagovorništva. Noben modul ne upošteva pomena dela z mediji kot sredstvi, s katerimi bi premagovali stigmo. Med prednostmi pa lahko naštejemo načelo sodelovalnega dela z uporabnikom, ki je vključeno v štiri module in širše zastopano v kurikulumu, saj je takšen modul na voljo v vsakem letniku študija. Najbolj opazen pa je pomanjkljiv poudarek na teoriji in praksi meddisciplinarnosti v promociji duševnega zdravja.

Na koncu lahko jasno poudarimo, da promocija duševnega zdravja še ni ključna komponenta zdravstvene nege na področju duševnega zdravja na Univerzi v Middlesexu ali v Združenem kraljestvu na splošno. To je pravzaprav ključno vprašanje nacionalne politike, prav tako pa bi lahko ukrepali na lokalni ravni in oblikovali »dodatne« izbirne module, ki bi bili na voljo dodiplomskim študentom in študentkam zdravstvene nege, da bi preoblikovali njihovo zdravstveno nalogo in vizijo ter pri tem vključili politiko in prakso promocije duševnega zdravja.

V nasprotju s štirimi področji, ki so opredeljena v študijskem programu in so najpomembnejši stebri, na katerih temeljijo znanje in spretnosti zdravstvene nege, pa merilom za promocijo duševnega zdravja ni namenjen enak pomen v vsebinah študijskega programa. V veliki meri je to morda stvar nacionalne presoje o tem, kaj so in kaj niso ključni elementi strokovne zdravstvene nege v duševnem zdravju v Združenem kraljestvu. Lahko bi rekli, da zdravstvena nega na področju duševnega zdravja ne ustreza novemu programu duševnega zdravja, ki je zastavljen v nacionalni politiki Združenega kraljestva (Ministrstvo za zdravje 2011). Podobno se na evropski ravni najbrž zdi, da se zdravstvena nega v Združenem kraljestvu ne zaveda novih izzivov in priložnosti, ki jih uvajajo skupni ukrepi na področju duševnega zdravja (*joint action on mental health*), ki so pomemben del skupne evropske politike vključevanja. Težko bi se torej izognili sklepu, da se v Združenem kraljestvu in v Evropi pomanjkljivo ukvarjamo z nekaterimi ključnimi temami v duševnem zdravju.

Prevod iz angleščine: Mateja Petan

VIRI

- Bamfordov pregled (2006), *The Bamford review of mental health and learning difficulties (Northern Ireland): Mental health improvement and well-being – a personal public and political issue*. Dostopno na: <http://www.dhsspsni.gov.uk/mentalhealth-promotion-report.pdf> (22. 10. 2012).
- BARNES, M., BOWL, R. (2001), *Taking over the asylum*. Basingstoke: Palgrave.
- CRANE-ROSS, D., LUTZ, W. J., ROTH, D. (2006), Consumer and case manager perspectives of service empowerment: Relationship to mental health recovery. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33, 2: 142–155.
- DAVIES, T., CRAIG, T. (ur.) (2009), *ABC of mental health*. Chichester: BMJ Books (2. izdaja).
- FRIEDLI, L. (2009), *Mental health, resilience and inequalities*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- JORMFELDT, H., ARVIDSSON, B., SVENSSON, B., HANSSON, L. (2008), Construct validity of a health questionnaire intended to measure the subjective experience of health among patients in mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 3: 238–245.
- LINNETT, P. (1999), Which Way to Utopia? Thoughts on »User Involvement«. *Open Mind*, 98, julij/avgust, 18–19.
- Ministrstvo za zdravje (2011), *No health without mental health – DS strategy*. London: Ministry of health. Dostopno na: http://mhfe.org.uk/sites/default/files/shared/dh_124006%202.2.11%20DHMHstrategy.pdf (22. 10. 2012).
- Nacionalni inštitut za duševno zdravje v Angliji (2003), National Institute for Mental Health for England, *The cases for change: User involvement*. Leeds: Department of Health.
- Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (2008), National Institute for Health and Clinical Excellence, *Social and emotional wellbeing in primary education*. Public health guidance, PH12. London: NICE.
- POLIT, D. F., BECK, C. T. (2008), *Nursing Research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Smernice nacionalnih služb (1999), The National Service Framework for Mental Health. London: Department of Health.
- STÄHL, T., WISMAR, M., OLLILA, E., LAHTINEN, E., LEPPÖ, K. (2006), *Health in all policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of social affairs and health. Dostopno na: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/health_in_all_policies.pdf (10. 10. 2012).
- TEMPLETON, L., ZOHADI, S., GALVANI, S., VELLEMAN, R. (2006), *Looking beyond risk parental substance misuse: Scoping study*. Birmingham: University of Birmingham.
- TILFORD, S. (2001), Mental health promotion. V: Cattan, M., Tilford, S. (ur.), *Mental health promotion: A lifespan approach*. Maidenhead: McGraw-Hill, Open University Press.
- Zakon o duševnem zdravju (2007). Dostopno na: http://www.mentalhealthlaw.co.uk/Mental_Health_Act_2007_Overview (20. 10. 2012).

UKREP ZA DESTIGMATIZACIJO OSEB S TEŽAVAMI Z DUŠEVNIM ZDRAVJEM MED ZAPOSLOTVENIMI SVETOVALCI IN SVETOVALKAMI

STIGMATIZACIJA IN DUŠEVNO ZDRAVJE

Osebe s težavami z duševnim zdravjem so v običajnem delovnem okolju žrtve stigmatizacije in diskriminacije pri dostopu do zaposlitve (Wojtowicz-Pomierna 2003, Brohan *et al.* 2012). Študija INDIGO o izkušnjah z diskriminacijo (Thornicroft *et al.* 2009) – zajela je 732 anketiranih oseb s shizofrenijo v 27 državah – kaže, da je 29 % oseb doživelo diskriminacijo v času iskanja zaposlitve, 29 % pa pri ohranjanju zaposlitve. Problem je še bolj žgoč za mladostnike in mlajše odrasle, saj v tem obdobju lahko sovpadajo tveganja, ki spremljajo dostop do poklicnega življenja, in prva znamenja duševne bolezni.

V tem kontekstu Erving Goffman (1963) poudarja pomen samostigmatizacije, torej stigmatizacije, ki jo uporabniki in uporabnice izvajajo nad samimi seboj, in pomen pričakovane stigmatizacije ali diskriminacije, torej vedenjskih sprememb, s katerimi bi se izognili situacijam, v katerih je stigmatizacija pričakovana. Študija INDIGO tudi kaže, da pričakovano stigmatizacijo sicer omenjajo vsi udeleženci raziskave ne glede na evropsko državo, v kateri so opravljali raziskavo, v nasprotju z diskriminacijo, ki jo zares doživljajo,

ta se namreč razlikuje glede na okolje (Thornicroft *et al.* 2009).

DESTIGMATIZACIJA: UČINKOVITI UKREPI, KI VKLJUČUJEJO UPORABNIKE IN UPORABNICE

Izraz destigmatizacija označuje hkrati boj proti diskriminaciji (različna obravnava enakih lastnosti) in proti stigmatizaciji (negativen odziv na določeno skupino, predvsem pa vedenje) in je posledica kompleksnega procesa. Prvi poskusi destigmatizacije so temeljili na načelu, da bi s spreminjanjem reprezentacij, znanja in naravnosti lahko spremenili tudi vedenje. Osebe, ki so imele negativne predsodke zaradi napačnih predstav o duševni bolezni (denimo nepredvidljivost oseb s shizofrenijo), so se namreč vedle najbolj diskriminatorsko. To pomeni, da bi morali te napačne predstave preprosto popraviti. Toda realnost ni tako preprosta (Giordana *et al.* 2010, Stuart 2008). Enega prvih ukrepov za destigmatizacijo na mednarodni ravni od leta 1996 izvaja Svetovno psihiatrično združenje (WPA) s programom *Odprimo vrata (Open the Doors)*. Tako kot omenjeni ukrepi tudi ta temelji na ideji, da bi z boljšim objektivnim poznavanjem psihiatrije – vzrokov psihiatričnih simptomov, njihovih »nevrobioloških« značilnosti – lahko zmanjšali stigmatizacijo duševne bolezni. Toda nazadnje so ugotovili prav nasprotno. Ljudje se kljub boljšemu poznavanju vzrokov in celo strinjanju, da so težave z duševnim zdravjem izraz bolezni, ne znebijo strahu, njihova želja po ohranjanju socialne razdalje do duševnih bolnikov in bolnic pa se krepi.

Svetovno psihiatrično združenje (WPA), Svetovna zdravstvena organizacija in razna politična poročila o francoskem zdravstvenem sistemu (Couty 2009, Ministrstvo za zdravje 2012) so boj proti stigmatizaciji večkrat opredelili kot prednostno nalogo na področju javnega zdravja. Njihova poročila in druge študije so opozorili tudi na ekonomske stroške stigmatizacije (Sharac *et al.* 2010). Ta pomemben vidik navajajo celo v sklepih konference o javnih kampanjah za destigmatizacijo leta

2010 (Clement *et al.* 2010). Na tej konferenci so opredelili dejavnike učinkovitosti ukrepov destigmatizacije. Povezalo se je 32 strokovnjakov, da bi pretresli najučinkovitejša sporočila javnih kampanj za destigmatizacijo duševnih bolezni. Štirje od petih strokovnjakov so se strinjali, da so sporočila (Thornicroft *et al.* 2008), ki opisujejo možnost okrevanja osebe z duševno boleznijo, in sporočila, pri katerih oseba z duševno boleznijo neposredno nagovarja javnost, učinkovita (Pinfold *et al.* 2003 a). Hkrati pa je bilo sprejeto »precejšnje« soglasje, torej soglasje 70 % strokovnjakov, da so lahko učinkovita tudi tista sporočila, ki obveščajo o visoki prevalenci duševnih bolezni v splošni populaciji, ter sporočila, ki se sklicujejo na človekove pravice in poudarjajo pomen socialne vključenosti duševnih bolnikov in bolnic.

Usmerjene intervencije, ki so vključevale tudi pričevanja oseb z izkušnjo duševne bolezni, so pozitivno vplivale zlasti na prepričanja strokovnjakov, ki imajo stik z osebami z duševnimi težavami (Thornicroft *et al.* 2009, Pinfold *et al.* 2003 b). Pokazalo se je, da je socialni stik z osebami z duševno boleznijo lahko učinkovita sestavina v ukrepih, ki so usmerjeni k zmanjševanju stigmatizirajočega vedenja mladih v šolskem okolju, policistov, novinarjev in članov duhovščine (Thornicroft *et al.* 2009, Pinfold *et al.* 2003 a, Spencer *et al.* 2011, Tew *et al.* 2004).

Ker je pričakovana diskriminacija pomembna in jo je mogoče zaznati v vseh kulturah (opazili so jo tudi v raziskavi INDIGO), je treba poudariti, da moramo ukrepom za destigmatizacijo nameniti posebno pozornost, saj bo posameznik z duševno boleznijo le tako lahko izboljšal svojo samopodobo. Razlike v dostopu oseb z duševnimi boleznimi do oskrbe, stanovanja, poklica, materialna prikrajšanost in prikrajšanost v osebnih odnosih se lahko pojavijo zaradi diskriminatornega in stigmatizirajočega vedenja drugih, prav tako pa tudi zaradi samostigmatizacije. Ta povzroča opustitev iskanja prijateljev, ljubezenskih odnosov in dela. V tem kontekstu torej izboljšanje usmerjenosti splošne populacije do oseb s težavami z duševnim zdravjem in nekaterih ključnih okolij

morda ne bo zadostovalo, če se bodo osebe z duševno boleznijo hkrati še naprej izogibale iskanju zadovoljstva zaradi strahu pred porazom in stigmatizacijo (Thornicroft *et al.* 2009).

UKREP ZA DESTIGMATIZACIJO V PARIZU

Videli smo, da so osebe s težavami z duševnim zdravjem v običajnem okolju pogosteje žrtve stigmatizacije in diskriminacije pri dostopu do izobraževanja in zaposlitve. Ta pojav zadeva predvsem nekatere mladostnike in mlajše odrasle, ki jih spremljajo zaposlitveni svetovalci in svetovalke, v Franciji denimo v organizaciji z imenom Lokalno poslanstvo (*Missions Locales*)¹. Čeprav je razloge za težave, s katerimi se spopadajo mlajši odrasli, deloma treba iskati pri njih samih, saj se srečujejo s tveganji, ki spremljajo dostop do poklicnega življenja, in s pričakovano stigmatizacijo, pa njihove težave po drugi strani izhajajo tudi iz posebnosti spremljanja, ki poteka v okviru organizacije Lokalno poslanstvo. Omenjeni svetovalci morajo izpolniti svoje obveznosti in pokazati določene rezultate, saj naj bi mladim, ki jih spremljajo, priskrbeli zaposlitev ali omogočili izobraževanje, mladi s težavami z duševnim zdravjem pa si raje sami organizirajo čas, ko jih spremljajo svetovalci. Ker zanje veljajo enaki predpisi kot za druge, ti uporabniki in uporabnice pogosto opuščajo nadaljnje pogovore ali pa jim spodleti pri vseh predlogih, ki jih je pripravil njihov svetovalci ali svetovalka. Pri tem je treba upoštevati tudi negativne socialne dejavnike, povezane s socialno negotovostjo velikega števila teh oseb, torej z negotovostjo, ki vpliva na zdravje na splošno, zlasti pa na duševno zdravje (Cetaf 2009).

Temu je treba dodati tudi nepoznavanje duševnih bolezni, celo stigmatizirajoče vedenje zaposlitvenih svetovalcev in svetovalk do oseb

¹ Lokalno poslanstvo je center za pomoč mladim med 16 in 25 leti. Mlada oseba, ki jo sprejmejo, dobi osebne spremljevalca glede na svoje potrebe. Svetovalci v sprejemnem centru morajo mladim priskrbeti odgovore na vprašanja glede zaposlitve, izobraževanja, stanovanja ali zdravja.

s težavami z duševnim zdravjem. V Franciji je namreč oviranost zaradi duševnih težav šele pred kratkim postala pravno priznana, zlasti zaradi pritiskov uporabniških združenj. Šele zakon, sprejet 11. februarja 2005, ki zagotavlja enake pravice in možnosti, je osebe z duševnimi težavami jasno ločil od oseb z intelektualno oviranostjo. To posebnost še vedno slabo poznajo tisti, ki koordinirajo zaposlovanje v običajnem delovnem okolju. Navsezadnje to pomeni, da se zaposlitvenim svetovalcem in svetovalkam meja med psihičnimi težavami, ki jih lahko doživlja vsaka mlajša odrasla oseba, in praviimi psihiatričnimi težavami zdi precej zabrisana.

Čeprav so bili izvedeni različni ukrepi za destigmatizacijo duševnih bolezni, pa v Franciji doslej še nobena študija ni opisala, kako takšni ukrepi vplivajo na akterje na področju zaposlovanja. Z ukrepi za destigmatizacijo, ki smo jih predlagali v raziskovalnem laboratoriju javne bolnišnice Maison Blanche v okviru evropskega raziskovalnega projekta EMILIA (krepitev moči uporabnikov in uporabnic služb duševnega zdravja prek integracije in ukrepov za vseživljenjsko učenje) na zahtevo Departmajskega načrta zaposlovanja delavcev z oviranostmi (*Plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés* – PDITH), smo želeli upoštevati merila učinkovitosti, ki jih je opredelila mednarodna literatura (Greacen, Jouet 2012).

Cilji dneva, namenjenega razvijanju občutljivosti

Predlagali so nam, naj med zaposlitvenimi svetovalci in svetovalkami v departmaju Île de France organiziramo dan, namenjen razvijanju občutljivosti za oviranost zaradi težav z duševnim zdravjem. Ti dogodki so v skladu s priporočili mednarodne literature vključevali tudi plačanega uporabnika predavatelja (Jouet *et al.* 2010). Poglavitni cilj dogodka je bil boj proti stigmatizaciji, povezani z duševnimi boleznimi. Ta boj naj bi bil usmerjen ne zgolj proti prepričanem o duševnih boleznih, temveč tudi proti občutkom, ki spremljajo socialno

distanco do oseb z duševno boleznijo.

Departmajski načrt zaposlovanja delavcev z oviranostmi v Parizu, ki podpira lokalne organizacije za zaposlovanje, je strokovnjakom iz organizacije Lokalno poslanstvo (*Missions locales*) predlagal, naj sodelujejo pri pripravi dneva, namenjenega razvijanju občutljivosti do oviranosti zaradi težav z duševnim zdravjem, saj so izrazili zaskrbljenost glede obravnavanih oseb. Zaradi velikega zadovoljstva udeležencev na prvih dogodkih, namenjenih razvijanju občutljivosti, smo se odločili, da bomo usposabljanje omogočili tudi svetovalcem in svetovalkam, ki so izrazili enake težave, vendar sodijo v druge institucije podporne mreže za zaposlovanje v departmaju Île de France.

Nekatere od teh organizacij so pri zaposlovanju podpirale zlasti osebe z oviranostmi: Cap Emploi, Handipass, Departmajski center za ljudi z oviranostmi (*Maison départementale des personnes handicapées*), Podporna služba za pomoč pri ohranjanju zaposlitve delavcev z oviranostmi. Druge organizacije so enake podporne storitve zastopale pri zaposlovanju splošne populacije: pariški Zavod za zaposlovanje, Pôle Emploi. Drugi udeleženci so imeli drugačne naloge pri zagotavljanju pomoči na področju zaposlovanja, na drugih hierarhičnih ravneh in v drugačnih organizacijah: Združenje neodvisnih strokovnjakov (*Association des professionnels indépendants*), ki vodi organizacijo za pomoč študentom in študentkam z oviranostmi (*Mission handicap Universités*), departmajske enote Direktorata za delo, zaposlitev in strokovno usposabljanje (*Directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle*), zdravniki, specialisti medicine dela v velikih podjetjih, ki izvajajo politiko zaposlovanja oseb s težavami z duševnim zdravjem.

Vsebina dneva, namenjenega razvijanju občutljivosti

IZobraževalne vsebine so vključevale dva dodatna vidika razvijanja občutljivosti: teoretska spoznanja (predstavili so jih psihiatri predavatelji) in izkustveno znanje (predstavili

so ga uporabniki predavateljji). Uporabniki so sodeč po mednarodni literaturi, kot smo videli, ključni pri zagotavljanju učinkovitosti destigmatizacije. V prvem delu je psihiater predstavil pojme duševno zdravje, oviranost zaradi duševnih težav in intelektualna oviranost. Potem je v posebnem modulu psihiatriji v Franciji umestil v zgodovinski kontekst in opisal epidemiologijo duševnih bolezni, nato pa podrobneje predstavil anksioznost, motnje razpoloženja in psihoze.

Drugi del dneva je bil namenjen pričevanju uporabnikov in uporabnic psihiatrije in pogovoru o stališčih udeležencev in uporabnikov. Vsi uporabniki predavateljji, ki so sodelovali na dogodkih za razvijanje občutljivosti, so imeli diagnozo »psihoze« ali »shizofrenije«, en udeleženec pa diagnozo »mejne osebnostne motnje« in »depresije«. Njihove stopnje okrevanja so bile različne. V tem modulu je uporabnik predavatelj opisal svoj življenjski potek na splošno in v okviru medicinsko-socialnih in zdravstvenih služb.

Potem so udeleženci uporabniku predavatelju postavljali vprašanja, povezana s težavami, s katerimi se kot zaposlitveni svetovalci in svetovalke srečujejo, ko sprejmejo osebo s težavami z duševnim zdravjem. Tedaj je uporabnik predavatelj lahko pomiril svetovalce in svetovalke, saj je pričal o nazadovanju bolezni oziroma okrevanju in jim zaupal osebne izkušnje z zdravstvenimi in medicinsko-socialnimi organizacijami. Uporabniki in uporabnice so poudarili pomen potrpežljivosti, ohranjanja povezave in usmerjanja, ki jim ga zagotavljajo svetovalci, čeprav rešitve glede zaposlovanja niso takoj na dlani in jim lahko tudi spodleti.

Dan smo začeli s pisnim vprašalnikom, sledil je pogovor o pričakovanih in potrebah udeležencev. Po začetnem pregledu trenutnega stanja smo s pogovorom omogočili sodelovanje zaposlitvenih svetovalcev in svetovalk in spodbudili njihovo dojemljivost ter jasno opredelili cilje dogodka; nameravali smo torej razvijati občutljivost za duševno bolezen, ne da bi hkrati usmerjali razpoloženja v skupini ali spodbujali izmenjavo primerov dobre prakse. Vodja raziskovanja v javni bolnišnici Maison

Blanche, koordinatorica dogodka in doktorica izobraževalnih znanosti je imela ključno vlogo pri moderiranju, oblikovanju idej in povezovanju različnih modulov ter govorcev in govork, prav tako pa pri spremljanju čustvenih odzivov sodelujočih in podpiranju uporabnikov predavateljev. Zanje je bila referenčna oseba, ko so se pojavile težave, ki so bile posledice tega, da je bila to prva takšna strokovna izkušnja uporabnikov predavateljev. Pri oblikovanju vsebinskega dela dogodka smo upoštevali vidik uporabnikov in uporabnic, tako v pedagoškem pogledu kot glede dobrega počutja, posebno pozornost pa smo namenili pričevanju uporabnikov in uporabnic, izmenjavi mnenj s svetovalci in trenutkom, ko so se zaradi udeležencev morda počutili stigmatizirane.

Evalvacija

Ker so takšni ukrepi za destigmatizacijo v Franciji novost, smo morali ovrednotiti njihov vpliv na udeležence. Evalvacijski vprašalnik o prepričanjih, spoznanjih in občutkih, ki spremljajo socialno distanco do duševnih bolnikov in bolnic, je nastal na podlagi mednarodne literature (Link *et al.* 2004, Brohan *et al.* 2010). Sestavljal ga je kvantitativni in kvalitativni del, obsegal pa je tri stopnje evalvacije: vpliv dogodka, trenutno stanje prepričanj, spoznanj in želja po ohranjanju socialne distance do duševnih bolnikov in bolnic ter opredelitev potreb pri usvajanju koristnih spretnosti za opravljanje poklica. Na kvantitativni ravni smo upoštevali Thornicroftovo študijo o vplivih ukrepov za destigmatizacijo med angleškimi policisti, uporabili vprašalnik pred usposabljanjem in po njem, da bi lahko spremljali učinke vsakih šest mesecev, oblikovali pilotski vprašalnik na podlagi obstoječih virov in hkrati razvili tri stopnje evalvacije. V kvalitativnem delu pa smo s postavljanjem odprtih vprašanj ovrednotili spoznanja in prepričanja o duševnih boleznih, zdravljenju, znamenjih, pričakovanih in odzivih udeležencev, torej zaposlitvenih svetovalcev in svetovalk in izobraževalnega kadra. Prav zdaj se ukvarjamo z analizo rezultatov evalvacije, objavili jih bomo pozneje.

SKLEP

Dogodek je bil izjemno uspešen. Odzivi udeležencev so bili tako pozitivni, da je Departmajski načrt zaposlovanja delavcev z oviranostmi (PDITH) poleg prvotno predvidenih organizacij razširil ponudbo o pripravi dneva, namenjenega razvijanju občutljivosti, še na deset drugih. Skupaj smo torej opravili osem takšnih dogodkov. Več delavcev je poudarilo pomen pričevanj uporabnikov in uporabnic, ki dopolnjujejo teoretski del pod vodstvom psihiatra. Neki udeleženec, ki je opisal sodelovanje uporabnikov predavateljev, je začetek usposabljanja komentiral takole:

Kolegi, ki so prejšnji mesec opravili usposabljanje, so mi povedali, da je odlično.

Komentarji udeležencev ob koncu dneva so bili ganljivi:

Zelo zanimivo je bilo slišati za občutke nekega uporabnika.

Pričevanja so pojasnila dopoldanski teoretski prispevek.

Neki udeleženec pa je obžaloval, da ni bilo dovolj izmenjav s svetovalci. Na dogodku je sodelovalo 89 oseb.

Dan, namenjen razvijanju občutljivosti za oviranosti zaradi težav z duševnim zdravjem med zaposlitvenimi svetovalci in svetovalkami, ki je v skladu s priporočili mednarodne literature s področja destigmatizacije potekal v sodelovanju z uporabniki in uporabnicami kot plačanimi predavatelji in predavateljicami, je bil eden prvih izkustvenih ukrepov za destigmatizacijo duševnih bolezni v Franciji. Po dogodku so bili udeleženci, zlasti zaradi prispevka sodelujočih uporabnikov in uporabnic psihiatrije v vlogi predavateljev in predavateljic, tako navdušeni, da je Departmajski načrt zaposlovanja delavcev z oviranostmi razširil svojo ponudbo o pripravi dneva, namenjenega razvijanju občutljivosti, na vse zaposlene v svoji organizaciji in na druge partnerske organizacije. Zdaj premišljujemo o dogodku, opravljamo dodatne raziskave o posebnostih izobraževalnih vsebin za razvijanje občutli-

vosti med zaposlitvenimi svetovalci in svetovalkami ter evalviramo teoretske prispevke.

**Marie Moineville, Emmanuelle Jouet,
Tim Greacen**

Prevod iz francoščine: Mateja Petan

VIRI

- BROHAN, E., SLADE, M., CLEMENT, S., THORNICROFT, G. (2010), Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: A review of measures. *BMC Health Services Research*, 25, 10: 80.
- BROHAN, E., HENDERSON, C., WHEAT, K., MALCOLM, E., CLEMENT, S., BARLEY, E. A., SLADE, M., THORNICRAFT, G. (2012), Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12: 11.
- CETAF (2009), *La santé mentale des jeunes en insertion*. Dostopno na: http://www.cnml.gouv.fr/IMG/pdf_20100325_RE_SAME.pdf (18. 10. 2102).
- CLEMENT, S., JARRETT, M., HENDERSON, C., THORNICROFT, G. (2010), Messages to use in population-level campaigns to reduce mental health-related stigma: Consensus development study. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19, 1: 72–79.
- COUZY E. (2009), *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Dostopno na: <http://www.cgtlaborit.fr/UserFiles/File/rapport%20Couty%202009%20Psychiatrie.pdf> (18. 10. 2012).
- GIORDANA, J.-Y., ANGERMEYER, M., BALLESTER ROSELLO, J., BENRADIA, I. (2010), *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy Les Moulinaux : Elsevier Masson.
- GOFFMAN, E. (1963), *Stigmate*. Pariz: Prentice-Hall.
- GREACEN T., JOUET, E. (2012), *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie*. Toulouse: Erès.
- JOUET, E., FLORA, L. G., LAS VERGNAS, O. (2010), Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de formation – Analyses*, 58–59.
- LINK, B. G., YANG, L. H., PHELAN, J. C., COLLINS, P. J. (2004), Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 3: 511–541.

- Ministrstvo za zdravje (2012), *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011–2015*. Dostopno na: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf (18. 10. 2012).
- PINFOLD, V., TOULMIN, H., THORNICROFT, G., HUXLEY, P. (2003 b), Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *The British Journal of Psychiatry*, 182: 342–346.
- PINFOLD, V., HUXLEY, P., THORNICROFT, G. (2003 a), Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluating an educational intervention with the police force in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 6: 337–344.
- SHARAC, J., MCCRONE, P., CLEMENT, S. THORNICROFT, G. (2010), The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19, 3: 223–232.
- SPENCER, J., GODOLPHIN, W., KARPENKO, N. (2011), *Can patients be teachers?: Involving patients and service users in healthcare professional's education*. London: The Health Foundation.
- STUART, H. (2008), Fighting the stigma caused by mental disorders: Past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*, 7, 3: 185–188.
- TEW, J., GELL. C., FOSTER, S. (2004), *Learning from experience: Involving service users and carers in mental health education and training*. Nottingham: Higher Education Academy, NIMHE, Trent Workforce Development Confederation. Dostopno na: <http://www.undergraduatincoln.com/ccawi/publications/Learning%20From%20Experience.pdf> (18. 10. 2012).
- THORNICROFT, G., BROHAN, E., KASSAM, A., LEWIS-HOLMES, E. (2008), Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2: 3.
- THORNICROFT, G., BROHAN, E., ROSE, D. (2009), INDIGO Study Group: Global pattern of experienced stigma and anticipated discrimination against people with schizophrenia. *Lancet*, 31, 373(9661): 408–415.
- WOJTOWICZ-POMIERNIA, A. (2003), Sytuacja osób chorych psychicznie na rynku pracy w Polsce: Wybrane aspekty. V: Cechnicki, A., Kaszyński, H. (ur.), *Przeszłość pracy dla osób chorych psychicznie*. Krakov: Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatri i Opieki Środowiskowej (63–73).

VLOGA MADŽARSKEGA INŠTITUTA ZA VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU V PROJEKTU PROMISE

UVOD

S projektom Promocija duševnega zdravja, zmanjševanje duševnih težav in integracija s pomočjo izobraževanja (v nadaljevanju PROMISE) želimo razvijati in širiti smernice za splošno usposabljanje in izobraževanje na področju promocije duševnega zdravja in zmanjševanja duševnih težav. Poleg tega želimo razvijati tudi dodatne, posebne možnosti uporabe programa, zlasti na področju preprečevanja samomora, depresije ter zlorabe alkohola in drog.

Pregled ključnih nalog

Ključne naloge madžarskega Inštituta za varnost in zdravje pri delu (OMFI) so obsegale vzpostavitev prvih stikov z vsemi pomembnimi evropskimi skupinami in mrežami, ki delujejo na področju promocije duševnega zdravja, da bi se lahko odzvali na potrebe in zahteve, ki so jih opredelile glede razvijanja splošne in specifične promocije duševnega zdravja ter smernic za usposabljanje na področju zmanjševanja duševnih težav in ovir, s katerimi se srečujejo pri izvajanju.

Ker smo madžarski nacionalni inštitut, usposobljen za področje zdravja in higiene na delovnem mestu, nismo imeli razvitih

mednarodnih stikov. To je bila za nas velika pomanjkljivost, saj smo se marsikdaj srečevali z neznanim.

Cilj projekta je bil razvijanje smernic za usposabljanje na področju multidisciplinarne promocije duševnega zdravja ter programa za usposabljanje strokovnjakov. Smernice za usposabljanje so splošne, hkrati pa tudi specifične za področja samomora, depresije ter zlorabe alkohola in drog. Posebna inovacija je vključevanje uporabnikov služb duševnega zdravja kot netradicionalnih akterjev. Z razvijanjem multidisciplinarnih smernic in programov za usposabljanje s posebnim poudarkom na pozitivnem duševnem zdravju, zdravem življenju, prehrani in gibanju smo nadgradili že obstoječe delo.

Splošni cilj projekta je torej nadgradnja pomembnih, že obstoječih projektov na področju promocije javnega duševnega zdravja. Po njih se projekt PROMISE zgleduje, jih upošteva in se nanje navezuje.

METODOLOGIJA

V prvem koraku smo opredelili ključna vprašanja. Pozneje smo jih uporabili v telefonskih intervjujih z interesnimi skupinami. Vprašanja so izražala cilje, ki smo si jih zastavili v našem delovnem sklopu. Opredelili smo tudi sredstva za snemanje in analizo odgovorov, ki bi bila časovno učinkovita.

Na prvem srečanju partnerjev projekta PROMISE v Luksemburgu leta 2009 smo predstavili dvanajst vprašanj, s katerimi smo želeli dobiti odgovore interesnih skupin. Vprašanja so pokrivala teme, povezane z delom interesnih skupin (kaj počnejo glede usposabljanj za strokovnjake na področju promocije duševnega zdravja?), smernice (smernice ali orodja, metode, ki jih uporabljajo, morebitne vrzeli), vključevanje uporabnikov služb duševnega zdravja, delo interesnih skupin v povezavi s promocijo duševnega zdravja, politike (uradni protokoli, ki zadevajo njihove strokovne vloge na področju duševnega zdravja in možnosti uporabe pri delu), priporočila glede izpolnjevanja potreb na strokovnem področju in pomoči, ki jo potrebujejo.

Pozneje smo število vprašanj od prvotnih dvanajst zmanjšali na tri, saj so se nam zdela predolga, zlasti zato, ker smo se ukvarjali z zelo zaposlenimi strokovnjaki. Odločili smo se, da bomo vprašalnik poenostavili. Da bi postavili kar najprimernejša vprašanja, smo za pomoč prosili strokovnjake z Univerze Middlesex v Angliji in iz Bolnišnice Maison Blanche v Franciji. Ključna vprašanja, ki smo jih opredelili (prva tri vprašanja v intervjuju), so bila:

1. Ali za vašo strokovno vlogo na področju promocije duševnega zdravja velja kakšna politika? Če velja, nam, prosimo, sporočite, katera.
2. Ali menite, da je promocija del vašega dela? Če da, ali za vaš poklic obstajajo posebna priporočila glede potreb po usposabljanju na področju promocije duševnega zdravja?
3. Ali lahko navedete osebo v vaši interesni skupini, ki bi nam v poznejši fazi projekta lahko svetovala pri razvijanju priporočil za usposabljanje strokovnjakov na področju promocije duševnega zdravja v Evropi?

Vzpostavljanje stikov, dialog in izvajanje telefonskih intervjujev

V naslednjem koraku smo opredelili ključne evropske mreže, ki se ukvarjajo s promocijo duševnega zdravja (Svetovna zdravstvena organizacija, Združenje evropskih univerz, Evropsko združenje psihiatrov, Evropska mreža šol za socialno delo (EASSW), Evropsko združenje medicinskih sester v psihiatriji, Evropska mreža za promocijo duševnega zdravja in preprečevanje duševnih motenj (IMHPA), Znanje za blaginjo in zdravje (STAKES), Mreža uporabnikov služb EMILIA, Evropski forum za alkohol, Evropski center za spremljanje zasvojenosti z drogami in alkoholom (EMCDDA in ASPHER).

Po srečanju v Luksemburgu smo se dogovorili, da bo naš inštitut (OMFI) za potrebe projekta razširil ciljno populacijo raziskave s prvotnih ciljnih skupin na univerze, ki izvajajo program multidisciplinarnega zdravstvenega in socialnega varstva, na uporabnike služb na področju duševnega zdravja in na pogla-

vitna evropska telesa s področja psihiatrije, socialnega dela, zdravstvene nege in klinične psihologije. Najprej smo opredelili potrebe interesnih skupin in sodelujočih partnerjev glede usposabljanja za strokovnjake na področju promocije duševnega zdravja.

V naslednjem koraku smo torej povečali ciljno populacijo interesnih skupin in vključili netradicionalne akterje. Opredelili smo jih na podlagi iskanja po spletu in že vzpostavljenih stikov. OMFI je dopolnil seznam pomembnih udeležencev v raziskavi, vključil je torej mreže univerz, socialnih delavcev in združenj splošnih zdravnikov. Prizadevali smo si doseči približno 70 organizacij in sodelujočih partnerjev. Opredelili smo tudi ključna vprašanja, ki smo jih uporabili pri telefonskih intervjujih z interesnimi skupinami.

Uvodni stik

Najprej smo z ustanovami s seznama poskušali vzpostaviti telefonski stik, toda veliko kontaktnih podatkov je bilo napačnih (elektronski naslovi, telefonske številke), zato smo morali poiskati druge načine. Težave smo imeli tudi z odzivom ljudi, s katerimi nam je vendarle uspelo vzpostaviti stik. Ljudje, ki so odgovarjali na naše klice, nam namreč niso bili pripravljeni odgovarjati na vprašalnik, temveč so nas raje preusmerili na druge osebe. To nam je povzročilo precej preglavic. Tretja težava, na katero nismo računali, da bo tako moteča, pa je bila v tem, da moramo na našem inštitutu za klice v tujino pridobiti dovoljenje pristojne službe.

Kljub temu nam je uspelo vzpostaviti nekaj pravih stikov in organizacije smo povabili k sodelovanju, saj so izrazile zanimanje za takšen pogovor. Vprašanja smo jim poslali vnaprej, zato so se lahko pripravili na desetminutni telefonski intervju in intervju po skypu ali klepet po spletu. Ponudili smo jim tudi četrto možnost odgovarjanja na vprašanja – po elektronski pošti. V elektronskem sporočilu smo jih prosili, naj nam pošljejo povratne informacije o teh postavkah: ime in priimek, poklic, ime projekta/ustanove, spletna stran projekta ali inštituta, telefonska številka, elektronski naslov,

identifikacijska številka na skypu, datumi, ko so pripravljene odgovoriti na naša vprašanja (lahko so jih označili tudi v časovnem razporedu v priponki) in kratek opis vloge, ki jo imajo na področju promocije duševnega zdravja. Pozneje smo poslali še nadaljnje podrobnosti in naša prva vprašanja za telefonski intervju.

UGOTOVITVE

Dobljene odgovore v intervjujih smo obdelali in jih uredili po temah: vloga uporabnikov pri promociji duševnega zdravja in potrebe interesnih skupin glede vsebin usposabljanja.

Uporabniki

Iz odgovorov je razvidno, da imajo uporabniki služb pomembno vlogo zlasti pri ozaveščanju o duševnem zdravju in premagovanju stigme, njihovo delo je bolj osredinjeno na ozaveščanje kot na preprečevanje, sodelujejo pa tudi pri razvijanju vseživljenjskega multidisciplinarnega usposabljanja na področju duševnega zdravja. Zanimiva je bila izkušnja, za katero smo izvedeli v enem od intervjujev, da v enem od okolij v skupnostnih centrih in v lokalnih cerkvah izvajajo delavnice o lokalnih službah duševnega zdravja. Izvedeli smo, da uporabniki delujejo tudi prek lokalnih medijev, na primer, na lokalni radijski postaji so opravili intervju o znakih depresije. Vloga uporabnikov pa je pomembna tudi pri izvajanju programov na področju ozaveščanja o duševnem zdravju v zapostavljenih okoljih. Ocena sogovornikov je bila, da jih lokalna skupnost tako bolj sprejema. Njihovo najpomembnejše priporočilo je, da bi del usposabljanja na področju promocije duševnega zdravja morali opravljati uporabniki služb, ki okrevajo, saj so uporabniki in hkrati vzorniki in lahko preženejo strah pred duševnimi težavami.

Interesne skupine

Na vprašanja je odgovorilo šest strokovnjakov iz mednarodnih interesnih skupin, en strokovnjak pa nam ni dal nobenih uporabnih

informacij. Večina strokovnjakov (4/5) je govorila o promociji duševnega zdravja, čeprav so v resnici navajali primere dejavnosti za preprečevanje duševnih težav. Zamisli o promociji duševnega zdravja, ki bi bile drugačne od »preprečevanja«, so bile redke.

Med odgovori so stališča, da bi se morali usposabljati vsi udeleženci, zlasti tisti, ki so neposredno vključeni v klinično delo; da je treba prilagoditi tematike usposabljanj aktualnim situacijam (omenjajo npr. promocijo duševnega zdravja na delovnem mestu in preprečevanje nadlegovanja na delovnem mestu); da bi morali več pozornosti nameniti izobraževanju osebja, ki je vsak dan v stikih z uporabniki, in upoštevati njihova opažanja (pri zgodnjem odkrivanju skrb zbujujočih simptomov so medicinske sestre kot vojakinje v prvi bojni liniji). Kot eno ključnih priporočil navajajo, da je treba poskrbeti za dobro informiranost splošne javnosti.

Zanimivo je, da so sogovorniki kot promotorje duševnega zdravja omenjali predvsem medicinsko osebje oziroma psihologe.

Glede razvijanja nujno potrebnih zmožnosti in idej za usposabljanje/programme smo dobili sedem predlogov:

- večja pozornost delovnemu mestu ali na z delom povezanim vidikom duševnega zdravja – namesto osredinjenja zgolj na duševno zdravje je treba usposabljanja/programme umestiti v delovno okolje,
- promocija duševnega zdravja bi se morala osrediniti zlasti na povečevanje ozaveščenosti o duševnem zdravju in premagovanje stigme,
- del usposabljanja bi morali izvajati uporabniki služb, ki okrevajo, saj so uporabniki in hkrati vzorniki, ki lahko preženejo strah pred duševnimi težavami,
- natečaji za promocijo zdravja (npr. najbolj zdravju naklonjeno podjetje),
- evropske kampanje za promocijo zdravja na delovnem mestu, ki bi se izvajale na državni ravni,
- težave z referencami (strokovnjaki, ki se zanimajo za promocijo zdravja in duševnega zdravja nimajo vzornikov/teorije/prakse, na katere bi se oprli),

- z razvijanjem teh programov bomo lažje opredelili, kaj bi lahko pomenila skupnostna psihologija, da bi tako spodbujali promocijo duševnega zdravja.

Ker nismo imeli možnosti, da bi vzpostavili osebne stike, smo morali poiskati drug način: analizo spleta.

Analiza spleta

Po srečanju v Budimpešti leta 2010 na madžarskem Inštitutu za varnost in zdravje pri delu (OMFI) smo se partnerji v projektu PROMISE zaradi neodzivanja evropskih interesnih skupin odločili, da ne bomo več iskali stika z njimi, in smo se raje usmerili v analizo spleta, da bi znanstveni odbor lahko pripravil splošne smernice za usposabljanje strokovnjakov.

V tej analizi smo na inštitutu opredelili nekaj spletnih strani (poleg že obstoječe zbirke podatkov), ki so povezane s promocijo duševnega zdravja v Evropi in dajejo informacije o usposabljanjih za strokovnjake na področju promocije/preprečevanja v duševnem zdravju, hkrati pa poleg ciljne populacije vključujejo tudi netradicionalne akterje. Poglavitni cilj je bilo poiskati tiste spletne strani in smernice za usposabljanja, ki jih partnerji iz Bolnišnice Maison Blanche iz Francije še niso pregledali.

Med skoraj 200 spletnimi stranmi smo jih na OMFI-ju izbrali 50, ki so izpolnjevale sedem meril:

1. duševno zdravje,
2. promocija,
3. usposabljanje,
4. smernice,
5. prva ciljna populacija: strokovnjaki,
6. druga ciljna populacija: delavci na področju duševnega zdravja in netradicionalni akterji,
7. Evropa.

Analizirali smo jih po tematikah, ki smo jih določili že v prvotnem vprašalniku.

SKLEP

Ovire

V telefonskih intervjujih smo prejeli odgovore samo desetih organizacij. Razloge je

treba iskati v pomanjkanju osebnega stika z interesnimi skupinami, v preveč teoretsko zastavljenih in premalo konkretnih vprašanjih (naše izkušnje kažejo, da je lažje vprašati za mnenje tako, da udeleženci v raziskavi odgovarjajo na vprašanja z da in ne, npr. ali se strinjate z nekaterimi trditvami? Če se ne strinjate, zakaj se ne strinjate?). Interesne skupine so v večini primerov izbrale prvi odgovor, ki so ga imele na dlani, obljubile, da se nam bodo spet oglasile, ali pa so vprašanje naslovile na koga drugega, tega pa v času dogovorjenega zmenka ni bilo na voljo. Opazili smo tudi, da interesne skupine ne sodelujejo rade v raziskovanju, če iz sodelovanja ni mogoče računati tudi na konkreten »posel« in če zase ne prepoznajo koristi.

Ker smo dobro zastavili delo, smo pričakovali, da bomo prejeli veliko dragocenih odgovorov, saj smo imeli dovolj časa, da smo dobro premislili vprašanja. Toda to se žal ni zgodilo. Od 70 organizacij smo prejeli samo 15 odgovorov.

Od 15 odgovorov smo jih lahko evalvirali samo 10, druge smo zavrnil, ker niso bili dovolj strokovno utemeljeni. Tisti, ki so nam poslali odgovore, so podali dragocene, natančne povratne informacije, telefonski odgovori pa niso bili uporabni.

Kot smo že omenili, smo se zaradi neodzivnosti interesnih skupin odločili za analizo spleta. OMFI je opredelil nekaj spletnih strani (poleg prejšnje zbirke podatkov), povezanih s promocijo duševnega zdravja. Najprej smo pripravili seznam spletnih strani, poiskali kontaktne osebe in nato poskušali poiskati opise njihovih usposabljanj. Stopnja aktivnih spletnih strani je znašala 30–35 %. Od 150 pregledanih spletnih strani jih veliko ni bilo več aktivnih, imele so zastarele podatke in kontaktne naslove ali pa nikoli niso bile posodobljene. Pogosto so organizacije, ki delujejo na državni ravni, namreč odvisne od finančne podpore vlade, čeprav izvajajo projekt, ki sicer ne sodi pod okrilje vlade.

Čeprav je bilo vzpostavlanje stikov z interesnimi skupinami velik izziv, smo na podlagi nekaj odgovorov in analize spleta vendarle dobili stališča interesnih skupin. Toda v prihodnje predlagamo, da bi glede na

omenjene težave raje izbrali drugačen način pridobivanja podatkov.

Pogled v prihodnost

Glede na razpoložljive podatke smo vabila na zaključno konferenco projekta PROMISE v septembru 2012 razposlali na skoraj 70 naslovov. Upamo, da nam bo ob pomoči splošnih in specifičnih smernic tokrat uspelo prejeti koristne nasvete in predloge in da bo več interesnih skupin pokazalo zanimanje za cilje in rezultate našega projekta.

Richard Plette

Prevod iz angleščine: Mateja Petan

Amra Šabić

KONCEPT PROMOCIJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA KOT IZHODIŠČE PREVENTIVNIH AKCIJ NA PODROČJU ZASVOJENOSTI

Koncept promocije zdravja v zadnjem času postaja vse bolj viden v slovenskem političnem in družbenem življenju. Z različnimi promocijskimi in preventivnimi dejavnostmi zdrav življenjski slog utrjuje podobo zdravja in s tem zdravega telesa, ki se v slovenskem prostoru predstavlja kot cilj življenja in ne vir življenja, kot ga opredeljuje prvotni koncept. Zato avtorica želi pokazati na bistvene dileme, ki se porajajo na področju njegovega uveljavljanja. Opozori na dileme, ki izhajajo iz neenotnega poimenovanja in konceptualne interpretacije, saj je zaznati predvsem dualizem političnega in zdravstvenega diskurza. Problemizira tesno povezanost med promocijo zdravja in preventivo ter pojasni argumentacijo za njegovo aplikacijo na področju zasvojenosti in prevlado zdravstvenega diskurza. Ta poudarja abstinenco kot temeljni cilj zdravja. Opozori na pomanjkljivo argumentacijo, ki nastaja na podlagi bodisi zastarelosti empiričnih podatkov bodisi podajanja pomanjkljivih informacij. To argumentacijo tu dodatno podkrepi senzacionalistično in pomanjkljivo medijsko poročanje, ki utrjuje stigmatizirajočo podobo uživalca drog. Avtorica povedanemu kot protitež predstavi socialni diskurz, ki prek koncepta preprečevanja in zmanjševanja škode pridobiva pomen, ter opozori na socialne posledice, ki izhajajo iz prej navedene argumentacije. Omeni prohibistični model, ki je v večini evropskih držav dobro uveljavljen. Na koncu poudari potrebo po izobraževanju strokovnjakov, ki delujejo na področju promocijskih in preventivnih dejavnosti. Piše tudi o smernicah za dobro izobraževanje strokovnjakov, razvitih v okviru mednarodnega projekta PROMISE.

KLJUČNE BESEDE: preventiva, mediji, preprečevanje in zmanjševanje škode, prohibicija, izobraževanje strokovnjakov.

Amra Šabić je univerzitetna diplomirana socialna delavka. Zaposlena je kot raziskovalka na Univerzi v Ljubljani, Fakulteti za socialno delo. V času zaposlitve je bila aktivno udeležena v več raziskovalnih projektih tako v tujini kot doma. V pedagoški in raziskovalni proces se vključuje v zadnjih dveh letih in sicer na področju mladine, duševnega zdravja in dela s starimi

ljudmi, metod socialnega dela, uživanja dovoljenih in nedovoljenih drog in raziskovanja tveganj. Kontakt: amra.sabic@fsd.uni-lj.si.

Vera Grebenc

UPORABNOST EVROPSKIH SMERNIC PROMISE ZA IZOBRAŽEVANJE V SOCIALNEM DELU

V članku je razložen pomen in proces nastajanja smernic usposabljanja za področje duševnega zdravja. Desetih meril kakovosti, ki naj bi jih upoštevali ustvarjalci promocije duševnega zdravja pri načrtovanju usposabljanj, je komentiranih in ocenjenih z vidika konceptov in načel ter etike socialnega dela. Hkrati so izpostavljene dileme koncepta promocije zdravja, ki bodisi kot ideja bodisi kot politična strategija po navadi lastna etična in moralna načela jemlje kot samoumevna. Kar je problem tudi na ravni prakse, delavci na področju javnega zdravja se o moralnih in etičnih vprašanjih uporabe metod in aktivnosti na področju promocije ne sprašujejo. Vsi, ki imajo vlogo na področju promocije zdravja, bi zato morali prepoznati nujnost artikuliranja lastnih praks in pomen teh praks tako na ravni človekovih pravic kot na ravni vsakdanjega življenja. Socialno delo se tradicionalno postavlja na stran prizadevanj za socialno pravičnost. Prizadevanje za enak in pravičen dostop do vseh dejavnikov dobrega duševnega zdravja je v samem bistvu socialnega dela, zato promocije zdravja ne moremo razumeti le kot spreminjanje stališč in ravnanj, ampak predvsem kot spreminjanje socialnih in življenjskih okoliščin. V socialnem delu smo razvili vrsto strategij in metod, s katerimi lahko prepoznamo možne načine in vire za krepitev moči posameznikov in skupnosti kakor tudi ustvarjanja pogojev, ki so nujni za uresničevanje pravice do zdravja. S sodelovanjem v promociji duševnega zdravja socialni delavci in delavke dobimo priložnost, da se odmaknemo od svoje nadzorovalne vloge in postanemo pospeševalci dobrega duševnega zdravja in dobrega počutja. Ta cilj pa zahteva natančen pregled naših profesionalnih pozicij v spreminjajoči se družbi. Zbirko PROMISE-ovih meril kakovosti za usposabljanje socialnih delavcev in delavk lahko razumemo tudi kot zbirko etičnih načel, ki bi morala biti vključena v vse korake vsakdanjih praks socialnega dela, in z njimi bi se morali spoznati na vseh stopnjah izobraževanja za socialno delo.

KLJUČNE BESEDE: promocija zdravja, duševno zdravje, etika, socialno delo v skupnosti, vključevanje uporabnikov.

Vera Grebenc je doktorica socialnega dela, zaposlena kot raziskovalka in asistentka na Fakulteti za socialno delo, Univerza v Ljubljani. Kontakt: vera.grebenc@fsd.uni-lj.si.

Ksenija da Silva, Gaja Zager Kocjan

SMERNICE ZA IZOBRAŽEVANJE STROKOVNJAKOV NA PODROČJU PREVENTIVE DEPRESIVNOSTI IN SAMOMORILNOSTI TER MODEL IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

Depresivnost in samomorilnost (DS) sta po navadi obravnavani z zdravstvenega vidika, tj. z vidika optimalnih metod za zdravljenje samomorilnega ali depresivnega bolnika. Te so največkrat povezane s farmakološkim zdravljenjem depresije. Implementacija Zelene knjige za izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva (2005) ter razvoj Evropskega pakta za duševno zdravje (2008) postavljata v ospredje strateški pomen promocije duševnega zdravja (PDZ) in zmanjševanja obolevnosti kot ključnih temeljev vseevropske politike duševnega zdravja. PROMISE je mednarodni projekt, katerega poglobitveni cilj je razviti izčrpne smernice za izobraževanje in primere izobraževalnih programov za strokovnjake z različnih področij. Odgovornost Univerze na Primorskem kot sodelujoče članice je razvoj teh smernic na področju DS. V članku sta predstavljena dva dokumenta: (a) smernice za izobraževanje strokovnjakov iz preventive DS in (b) model izobraževalnega programa na področju preventive DS. Smernice so bile pripravljene na evropski ravni v sodelovanju s strokovnimi organi za zdravstvene in socialne storitve, univerzitetnimi mrežami, civilnimi organizacijami in samimi uporabniki storitev, da bi skupaj prepoznali potrebe strokovnih organizacij, ki ponujajo izobraževanja iz PDZ. Upoštevali smo politiko in zakonodajo različnih držav ter različne primere najboljših praks. Pri razvoju smernic smo se povezovali z nacionalnimi vladnimi in nevladnimi organizacijami, ki delujejo na področju DS, ter razvijali učinkovite delovne odnose z lokalnimi organizacijami in uporabniki storitev s področja duševnega zdravja. Razvit izobraževalni program smo implementirali v praksi in izvedli evalvacijo.

KLJUČNE BESEDE: promocija duševnega zdravja, izobraževanje strokovnjakov, celostna obravnava.

Ksenija da Silva je doktorica nevropsihologije. Zaposlena je kot raziskovalka in predavateljica na Univerzi na Primorskem ter sodeluje pri več evropskih nevropsiholoških projektih. Kontakt: ksenija.dasilva@upr.si.

Gaja Zager Kocjan je diplomirala na Oddelku za psihologijo v Ljubljani. Dela v okviru Inštituta Andrej Marušič, Univerze na Primorskem. Kontakt: gaja.zagerkocjan@upr.si.

Ksenija da Silva

EVALVACIJA PROMISE-OVIH SMERNIC IZOBRAŽEVANJA STROKOVNJAKOV NA PODROČJU PREVENTIVE PRED SAMOMORILNOSTJO IN DEPRESIJO

Glavni cilj projekta PROMISE je izdelava sklopov smernic za usposabljanje strokovnjakov na področju promocije (spodbujanja) duševnega zdravja (PDZ), in sicer v zvezi: 1) s spodbujanjem zdravega življenja za uporabnike storitev v duševnem zdravstvu; 2) s preprečevanjem zlorabe drog in alkohola; ter 3) s preprečevanjem samomorov in depresije (SD). Poleg vključevanja politike in zakonodaje na področju PDZ evropskih držav je dodana vrednost projekta v sodelovanju s strokovnjaki na področju zdravstva ter socialnih storitev, osmimi evropskimi univerzitetnimi mrežami, državnimi vladnimi in nevladnimi organizacijami, ki delujejo na področju preprečevanja SD, ter z razvojem učinkovitih delovnih odnosov z lokalnimi uporabniki storitev v duševnem zdravstvu in njihovimi predstavniškimi organizacijami. Vsi akterji so skupaj prepoznali potrebe strokovnih organizacij, ki zagotavljajo usposabljanje na področju PDZ. V članku so obravnavane teme, povezane s konceptom preprečevanja DS, ki so jih udeleženi akterji največkrat poudarili.

KLJUČNE BESEDE: promocija duševnega zdravja, izobraževanje strokovnjakov, celostna obravnava, človekove pravice.

Ksenija da Silva je doktorica nevropsihologije. Zaposlena je kot raziskovalka in predavateljica na Univerzi na Primorskem ter sodeluje pri več evropskih nevropsiholoških projektih. Kontakt: ksenija.dasilva@upr.si.

Albert B. Odro, Lawrence K. Dadzie, Daniela Collins, Roland Lodoiska, Peter Ryan

ZDRAVSTVENA NEGA IN PROMOCIJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA

ŠTUDIJA PRIMERA V ZDRUŽENEM KRALJESTVU

Članek v evropski kontekst umešča raziskovalno delo, ki ga je Univerza Middlesex v Londonu opravila za potrebe evropskega projekta PROMISE. Avtorji so kritično pregledali pred kratkim uvedeni kurikulum zdravstvene nege na področju duševnega zdravja in pri tem uporabili deset meril za promocijo duševnega zdravja v okviru splošnih smernic za strokovnjake, razvitih v projektu PROMISE, da bi spodbudili razvoj promocije duševnega zdravja v izobraževalnih programih. Vsakega od štirinajstih modulov programa zdravstvene nege v novem kurikulumu je pregledal evalvacijski tim z Univerze Middlesex in presodil, koliko so PROMISE-ova merila duševnega zdravja zastopana oziroma niso zastopana v teh modulih. Ugotovili so, da polovica modulov vsebuje reference na načela promocije duševnega zdravja, čeprav temeljne spretnosti, ki so potrebne pri uveljavljanju promocije duševnega zdravja, niso bile v celoti izpeljane. Denimo, le malo referenc obravnava zagovorništvo. Zato je mogoče ugotoviti, da v Združenem kraljestvu promocija duševnega zdravja še ne velja za ključni sestavni del spretnosti v strokovni vlogi zdravstvene nege na področju duševnega zdravja.

KLJUČNE BESEDE: promocija duševnega zdravja, skladnost, projekt PROMISE, vključevanje, moduli, kurikulum.

Dr. Albert B. Odro je izredni profesor na Univerzi Middlesex. Kontakt: a.odro@mdx.ac.uk.

Dr. Lawrence K. Dadzie je docent na Univerzi Middlesex. Kontakt: l.dadzie@mdx.ac.uk.

Dr. Daniela Collins je docentka na Univerzi Middlesex. Kontakt: d.collins@mdx.ac.uk.

Doc. Dr. Roland Lodoiska je docent na Univerzi Essex. Kontakt: r.lodoiska@mdx.ac.uk.

Peter Ryan je redni profesor na Univerzi Middlesex in poučuje na področju duševnega zdravja. Kontakt: p.ryan@mdx.ac.uk.

Amra Šabić

THE CONCEPT OF MENTAL HEALTH PROMOTION AS A BASIS FOR RETHINKING PREVENTIVE ACTIONS IN THE FIELD OF ADDICTION

In recent times, the concept of health promotion has become increasingly present in Slovene political and social life. Through various promotional and preventive activities, a healthy lifestyle reinforces the image of health and the healthy body, which is seen in the Slovene context as being an objective of life and not a source of life. The author underlines the dilemmas arising from divergent conceptual descriptions and interpretations with regard to mental health promotion, particularly with regard to political dualism in much medical discourse. The close links between health promotion and prevention are analysed, and the implications of applying mental health promotion approaches in the field of addiction, an area in which the dominant medical discourse continues to emphasise abstinence as the primary objective of health interventions in this field. This is reinforced by the sensationalistic and stigmatising coverage by the media which reinforces the negative image of drug users. The author then describes how the concept of harm reduction has been gaining in importance, and draws attention to the social consequences of this approach. She examines the prohibition model, which is currently the dominant model in most European countries. Finally, she underlines the need for training professionals working in the field of promotion and prevention and discusses the implications of the recently published guidelines for training professionals working in the field of drugs, developed during the international project PROMISE (Promoting Mental Health Minimising Mental Illness and Integrating through Education).

KEYWORDS: prevention, media, drug prevention, harm reduction, prohibition, training of professionals.

Amra Šabić is a graduate social worker. She is employed as a researcher at the University of Ljubljana, Faculty of Social Work. She has been actively involved in several research projects both abroad and in Slovenia. The teaching and research process in the last two years includes the field of youth, mental health, work

with the elderly, methods of social work, use of legal and illegal drugs and exploration of risks. Contact: amra.sabic@fsd.uni-lj.si.

Vera Grebenc

THE IMPLICATIONS OF THE PROMISE EUROPEAN TRAINING GUIDELINES FOR SOCIAL WORKERS

The article explains the implications and process of applying, in the area of mental health promotion, the ethics of social work and current concepts and principles of social work practice. The set of ten quality criteria for designing training for social workers is discussed and commented through the perspective of social work. Health promotion as an idea and as a political strategy often takes its own ethical and moral principles for granted. Public health workers often take it for granted that their activities are morally and ethically impeccable. Those who play a role in health promotion need to recognize the need to articulate their practice and the meaning of this practice with regard to both the human rights agenda and people's everyday life. Social work as a profession traditionally sees its role as striving for social justice. Equal access to all the determinants of health is at the very heart of the social work profession. In social work, we cannot understand health promotion only as changing attitudes and behaviour but rather as changing social and life conditions. Social work itself has developed a number of strategies and methods of identify ways of strengthening people's and communities' capabilities, resources and aspirations so as to create the conditions necessary to exercise their health rights. Mental health promotion involves social workers finding ways of escaping from their supervision roles and seeing themselves as facilitators of good mental health and well-being. However, this goal requires close scrutiny with regard to our professional position in a changing society. The PROMISE quality criteria for training social workers should also be understood as a set of ethical principles to be incorporated at each step of our everyday practice and thus necessarily introduced into all levels of training for social work professionals.

KEYWORDS: health promotion, mental health, ethics, social work in the community, user's involvement.

Vera Grebenc has a PhD in social work. She works as a researcher and an assistant lecturer at the Faculty for Social work, University of Ljubljana. Contact: vera.grebenc@fsd.uni-lj.si.

Ksenija da Silva, Gaja Zager Kocjan

INDICATORS FOR TRAINING PROFESSIONALS IN THE AREA OF DEPRESSION AND SUICIDE, AND A MODEL TRAINING PROGRAMME

Traditionally, suicide and depression (SD) have been viewed from a treatment point of view, i.e. what are the best steps to treat a suicidal or a depressed patient. These are usually related to the pharmacological treatment of depression. With the implementation of the European Green Paper on Mental Health (2005), and the development of Mental Health Pact (2008), the strategic importance of mental health promotion (MHP) and illness reduction as keystones of Europe-wide mental health policy and practice has never been greater. PROMISE (Promoting Mental Health Minimising Mental Illness and Integration through Education) is an international project, with the specific aim of developing and disseminating comprehensive training guidelines and model programmes for professionals working in health and social care. The present article describes the role of the University of Primorska: adapting the guidelines with regard to SD prevention and developing and implementing a model training programme in SD prevention. Added value was supplied through collaboration with European level health and social service professional bodies, university networks, civil society organizations and non-traditional actors to identify the needs of organisations that provide training in MHP. The project also took into account different countries' policy and legislation on MHP as well as best practice models; liaising with national governmental and non-governmental organisations working in the area of SD; developing effective working relationships with the local mental health service users and organisations.

KEYWORDS: mental health promotion, training of professionals, holistic approach.

Ksenija da Silva has a PhD in Neuropsychology. She is a researcher and a lecturer at University of Primorska and collaborates on several European

neuropsychological projects. Contact: ksenija.dasilva@upr.si.

Gaja Zager Kocjan has a BA degree from the Department of Psychology in Ljubljana. She is a researcher at the Andrej Marušič Institute, University of Primorska. Contact: gaja.zagerkocjan@upr.si..

Ksenija da Silva

THE PROMISE EUROPEAN GUIDELINES FOR TRAINING PROFESSIONALS ON MENTAL HEALTH PROMOTION: EVALUATING IMPLEMENTATION IN THE AREA OF DEPRESSION AND SUICIDE

The main aim of the PROMISE project was to develop and disseminate comprehensive training guidelines and model programmes on mental health promotion for professionals working in social and health care, in the areas of 1) healthy living for mental health service users; 2) alcohol and drug use; and 3) suicide and depression. Following an initial analysis of policy, legislation and literature reviews in the area of mental health promotion in different countries, added value was supplied through collaborating with European level health and social service professional bodies, university networks, civil society organizations and non-traditional actors, such as users and their representative organisations to identify the needs of professional bodies that provide training in mental health promotion in the area of suicide and depression. The article addresses the principle topics in the field of suicide and depression which were emphasised as most crucial from users' and professionals' points of view.

KEYWORDS: mental health promotion, training of professionals, holistic approach, human rights.

Ksenija da Silva has a PhD in Neuropsychology. She is a researcher and a lecturer at University of Primorska and collaborates on several European neuropsychological projects. Contact: ksenija.dasilva@upr.si.

Albert B. Odro, Lawrence K. Dadzie, Daniela Collins, Roland Lodoiska, Peter Ryan

MENTAL HEALTH NURSING AND MENTAL HEALTH PROMOTION

A UK CASE EXAMPLE

This paper places in a European context recent research work carried out at Middlesex University, London, UK for the PROMISE DG Sanco European project. The work at Middlesex sought to critically review a new mental health nursing curriculum being introduced at the university, using the ten quality criteria for training social and health care professionals in mental health promotion. Each of fourteen nursing modules in this new curriculum was individually reviewed and judgements were made as to what extent each of the 10 PROMISE Guidelines quality criteria were present or absent in these modules. It was found that half of the modules contained references to the principles of mental health promotion, but that this was not followed through in terms of identifying and developing core skills necessary to implement mental health promotion. There was little reference for example to advocacy. It was concluded that mental health promotion is still not seen as a core essential skill component in professional mental health nursing in the UK.

KEYWORDS: mental health promotion, compliance, PROMISE project, inclusion, modules, curriculum.

Albert B. Odro is a Principal Lecturer at Middlesex University. Contact: a.odro@mdx.ac.uk.

Lawrence K. Dadzie is a Senior Lecturer at Middlesex University. Contact: l.dadzie@mdx.ac.uk.

Daniela Collins is a Senior Lecturer at Middlesex University. Contact: d.collins@mdx.ac.uk.

Roland Lodoiska is a Senior Lecturer at Essex University. Contact: r.lodoiska@mdx.ac.uk.

Peter Ryan is a Professor of Mental Health at Middlesex University. Contact: p.ryan@mdx.ac.uk.