

Človek v primežu covid-19

Duševno zdravje in psihosocialne potrebe
prebivalcev Slovenije



Uredili **Nina Krohne** in **Tanja Šraj Lebar**



Človek v primežu covid-19

Duševno zdravje in psihosocialne potrebe
prebivalcev Slovenije

Uredili

Nina Krohne

Tanja Šraj Lebar



**Človek v primežu covid-19:
duševno zdravje in psihosocialne potrebe
prebivalcev Slovenije**

Uredili · Nina Krohne in Tanja Šraj Lebar
Recenzenta · Robert Masten in Nuša Zadavec Šedivy

Tehnična ureditev · Tajda Senica and Davorin Dukič
Prelom · Primož Orešnik

Izdala in založila · Založba Univerze na Primorskem

Titov trg 4, 6000 Koper · hippocampus.si

Glavna urednica · Simona Kustec

Vodja založbe · Alen Ježovnik

Koper · 2025

© 2025 Avtorji

Brezplačna elektronska izdaja

<https://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-293-510-8.pdf>

<https://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-293-511-5/index.html>

<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8>



Monografija je nastala v okviru programa P3-0384 in projekta J5-3113,
ki ju financira Javna agencija za znanstvenoraziskovalno
in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije (ARIS).

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

COBISS.SI-ID 272147203

ISBN 978-961-293-510-8 (PDF)

ISBN 978-961-293-511-5 (HTML)

Vsebina

Zahvala • 7

Kontekstualni in metodološki vidiki raziskave • 9

Nina Krohne, Tanja Šraj Lebar, Patricija Kerč, Julija Pelc, Mateja Štirn in Matej Vinko

Novejša spoznanja s poudarkom na ranljivih skupinah • 23

Ana Šemrov

Rezultati raziskave • 33

- 1. Ocena potreb po psihosocialni pomoči za vse udeležence • 35**
Nina Krohne
 - 2. Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v vzgoji in izobraževanju (VIZ) • 65**
Monika Brdnik, Nina Krohne in Tanja Šraj Lebar
 - 3. Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v zdravstvu • 97**
Mirjam Fašmon in Nina Krohne
 - 4. Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v socialnem varstvu • 121**
Maja Jotić in Nina Krohne
 - 5. Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v gospodarstvu • 143**
Vanja Gomboc in Tanja Šraj Lebar
 - 6. Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za starše šoloobveznih otrok • 167**
Meta Lavrič in Tanja Šraj Lebar
 - 7. Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za študente • 191**
Mark Floyd Bračič in Tanja Šraj Lebar
 - 8. Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči upokojujencem • 215**
Tanja Šraj Lebar
 - 9. Kvalitativni vpogled v doživljanje, stiske in potrebe ljudi med epidemijo in po njej • 233**
Eva Sedlašek, Nina Krohne in Vita Poštuvan
- Psihološke intervencije v času kriznih dogodkov • 253**
Vita Poštuvan
- Recenziji • 261**
- Priloge • 263**

Zahvala

Najprej iskrena zahvala vsem soavtorjem poglavij v tej knjigi. S svojim znanjem, predanostjo in časom ste soustvarili celovit in poglobljen pregled duševnega stanja v času epidemije in pomembno prispevali k razumevanju izzivov, s katerimi smo se kot družba spoprijemali, ter nas opremili z znanjem, kako zagotavljati psihološko rezilientnost celotne družbe v prihodnosti.

Posebna zahvala gre prof. dr. Viti Poštuvan, vodji projekta *Človek v primežu covid-19: psihološke posledice epidemije in preventivnih zaščitnih ukrepov za zajezitev širjenja okužb* (ARIS, št. J5-3113), ki predstavlja temeljno podlago za izdajo te knjige. Hvala tudi recenzentoma, izr. prof. dr. Robertu Mastenu in doc. dr. Nuši Zadravec Šedivy za temeljit pregled dela in podajo znanstvene ocene.

Večji del publikacije izhaja iz raziskave, izvedene med najstrožjim zaprtjem države v drugem valu epidemije covid-19 (od novembra 2020 do januarja 2021). Raziskava je potekala v obdobju velike negotovosti, ko so bile potrebe po zanesljivih podatkih in strokovnih usmeritvah še posebej izrazite. Preliminarni rezultati so bili že med potekom epidemije objavljeni v poročilu *Ocena potreb po psihosocialni podpori v drugem valu epidemije covid-19*, ki je nastalo v okviru Društva psihologov Slovenije in Nacionalnega inštituta za javno zdravje v sodelovanju z Univerzo v Ljubljani in Univerzo na Primorskem.

Brez skupnega sodelovanja, medsebojne podpore in strokovne predanosti tako obsežnega projekta v zahtevnih okoliščinah ne bi bilo mogoče izpeljati. Zato iskrena hvala dr. med. Mateju Vinku, Juliji Pelc, Mateji Štirn in Patriciji Kerč za ključno vlogo pri zasnovi in izvedbi raziskave *Ocena potreb po psihosocialni podpori v drugem valu epidemije covid-19* ter diseminaciji rezultatov. Hvala tudi dr. Heleni Jeriček Klanšček, dr. Vesni Jug, Andreji Križan-Lipnik, mag. Petru Markiču, Tamari Mijatović, dr. Saški Roškar, mag. Alenki Tančič Grum, Ireni Toš Koren, mag. Tadeji Trojar Jan in dr. Gaji Zager Kocjan za sodelovanje pri pripravi vprašalnika ter dr. Marku Bračič Floyd, Sari Brglez, Mirjam Fašmon, Maji Jotić, Meti Lavrič, Urši Leban, Tini Pahovnik, Emi Petavar in Janini Žiberna, ki so s skrbnimi in ažurnimi analizami omogočili, da so bili rezultati dostopni že med samim trajanjem zaprtja. Hvala tudi Tatjani Ličen in Mihaeli Törnar za jezikovni pregled ter Maji Jotić in Petri Mikolič za oblikovno pripravo prvega poročila

Rezultati kvantitativnega dela raziskave so bili v preteklih letih široko diseminirani – predstavljeni so bili na strokovnih srečanjih, znanstvenih konferen-


cah in v različnih medijih, vključno z novinarsko konferenco Vlade Republike Slovenije. Verjamemo, da so bili marsikomu dragocen vir vpogleda v stiske in potrebe ljudi med epidemijo. Povzetek prepoznanih potreb prebivalstva med epidemijo se je namreč na tedenski ravni v obliki kratkih poročil Operativne skupine za izvajanje psihološke pomoči ob epidemiji usklajeval s strokovno skupino za covid-19 (pri Vladi Republike Slovenije in pozneje pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije), štabom Civilne zaščite in Uradom za komuniciranje Repulike Slovenije.

Z izdajo te knjige želimo to znanje ohraniti in utrditi; prepričani smo, da bo predstavljeno delo še naprej v pomoč strokovnjakom pri razumevanju psihosocialnih posledic kriznih razmer, oblikovanju ustreznih podpornih ukrepov in boljšem približevanju ljudem v stiski.

Nina Krohne in Tanja Šraj Lebar

Kontekstualni in metodološki vidiki raziskave

Nina Krohne, Tanja Šraj Lebar, Patricija Kerč, Julija Pelc, Mateja Štirn in Matej Vinko

 © Nina Krohne, Tanja Šraj Lebar, Patricija Kerč, Julija Pelc, Mateja Štirn in Matej Vinko
<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.00>

Raziskava v kontekstu pandemije covid-19 v Sloveniji

Pandemija covid-19 je bila v Sloveniji prvič razglašena 12. marca 2020, le nekaj dni po potrditvi prve okužbe. V prvem valu, ki je trajal od marca do maja 2020, so bili uvedeni številni zaščitni ukrepi (uporaba mask, zaprtje šol, ustavitve javnega življenja, omejitve gibanja), širjenje virusa pa je bilo zamejeno razmeroma uspešno.

Nasprotno pa je drugi val, ki se je začel jeseni 2020, prinesel bistveno hujšo epidemiološko sliko. V obdobju med decembrom 2020 in januarjem 2021, ko je potekalo zbiranje podatkov za kvantitativni del raziskave, so v Sloveniji veljali strogi ukrepi: prepoved prehajanja med občinami, nočna omejitev gibanja, zaprtje vrtcev, šol ter večine gospodarskih in storitvenih dejavnosti. Slovenija je imela v tem času eno najvišjih stopenj umrljivosti zaradi covid-19 v Evropi, prebivalstvo pa je bilo izpostavljeno dolgotrajni negotovosti, izolaciji in stiskam. Kvantitativni del raziskave, predstavljen v poglavjih 1–8, temelji na podatkih, zbranih v opisanem kontekstu, in odraža potrebe po psihosocialni podpori v času visoke družbene obremenjenosti.

Po letu 2021 so se epidemiološki ukrepi v Sloveniji postopoma prilagajali in rahljali. Pomembna prelomnica je bilo cepljenje, ki se je začelo decembra 2020 in postopno razširilo na vse starostne skupine. Leta 2021 so se ukrepi še večkrat zaostrovali in rahljali glede na epidemiološko sliko (t. i. semaforški sistem). V letu 2022 so bile omejitve že bistveno manjše kljub pojavu novih različic virusa, kot je omikron. Do konca leta 2022 in v letu 2023 je večina omejitev prenehala veljati, življenje pa se je formalno vrnilo v običajne tirnice – a številne posledice pandemije so ostale, zlasti na področjih duševnega zdravja, socialne povezanosti in zaupanja v institucije.

Z namenom ugotavljanja dolgoročnih posledic pandemije in razumevanja, kaj od izkušenj, potreb in stisk prebivalstva ostaja prisotno tudi po koncu akutne faze epidemije, smo raziskavi dodali še kvalitativni del, ki omogoča retrospektivni pogled z določeno časovno distanco. Kvalitativni del raziskave, predstavljen v poglavju 9, vključuje:

- a) izkušnje prebivalcev, zbrane z intervjuji, izvedenimi med junijem in novembrom 2023, v katerih posamezniki reflektirajo obdobje med marcem 2020 in aprilom 2022, in
- b) perspektivo strokovnjakov, zbranih v okviru t. i. študije Delfi. Ta je potekala v dveh fazah: v prvi, kvalitativni, fazi (april–junij 2022) so sodelujoči identificirali ključna področja, izzive in potrebe, v drugi, kvantitativni, fazi (december 2022–januar 2023) pa so bili ti poudarki ovrednoteni širše in statistično potrjeni.

Knjiga, ki vključuje kombinacijo treh pristopov, kvantitativne analize iz obdobja akutne krize, kvalitativnih pogledov prebivalcev z retrospektivno refleksijo in strokovne evalvacije sistemskih odzivov, tako ponuja celovito razumevanje psihosocialnih potreb prebivalstva v času pandemije in njenih dolgotrajnih učinkov.

Kmalu po razglasitvi epidemije covid-19 v Sloveniji je bila razglašena tudi pandemija, zato v tej publikaciji uporabljamo izraza *epidemija* in *pandemija* izmenično in ju razumemo kot sopomenki.

Odziv služb za (javno) duševno zdravje

Že z začetkom drugega vala pandemije oktobra 2020 se je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje, dejavno zavzel za koordinacijo psihosocialne podpore prebivalstvu. V skladu z državnim načrtom zaščite in reševanja je bila 20. oktobra 2020 ustanovljena Operativna skupina za izvajanje psihološke pomoči ob epidemiji (OSIPP), v okviru česar je bil 26. oktobra sprejet tudi akcijski načrt OSIPP s konkretno definiranimi štirimi cilji delovanja:

1. usklajeno delovanje vseh deležnikov, ki nudijo psihološko pomoč;
2. prepoznava ranljivih skupin in njihovih specifičnih potreb;
3. vzpostavitev storitev in dejavnosti za naslavljanje potreb ranljivih posameznikov;
4. krepitev in varovanje duševnega zdravja celotne populacije (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021).

Operativna skupina je združevala več kot 39 različnih deležnikov – od javnih institucij in ministrstev do nevladnih organizacij. Glavne dejavnosti OSIPP so bile:

- Spremljanje ranljivih skupin prek rednega zbiranja podatkov in analize potreb v organizaciji Rdečega križa Slovenije.
- Izvedba anketne raziskave za ugotavljanje potreb po psihosocialni podpori, ki jo predstavljamo v tej knjigi in je potekala pod okriljem Društva psihologov Slovenije.
- Vzpostavitev brezplačne telefonske linije (080 51 00) za psihološko pomoč prebivalcem, organizirane v enotnem multimedijem centru, ta je bila na voljo ves čas, saj se je usklajevala s pomočjo drugih organizacij in zdravstvenih služb. Svetovalcem, ki so delovali na telefonu za psihološko podporo, sta bili zagotovljeni supervizija in tudi podpora v obliki konzultacij. Psihološka podpora je bila zagotovljena tako posameznikom kot skupinam zaposlenih v socialnem varstvu in v nevladnih organizacijah. Hkrati se je izvajalo usposabljanje za svetovalce po telefonu, ob tem pa so bile pripravljene tudi smernice – gradiva za svetovalce (kot so: Usmeritve za pogovor s samomorilnim klicalcem, Pogosta vprašanja in odgovori, Osnovne informacije o koronavirusu, Smernice za ravnanje v primeru suma nasilja v družini, Splošna priporočila za svetovalce, Etične smernice za svetovanje na Telefonu, Klicanci s spolnimi vsebinami, seksualnimi fantazijami oz. klicanci, ki se med klicem samozadovoljujejo, Stalni klicanci in skrb zase).
- Psihoedukacija in distribucija strokovnih gradiv, usmerjena v osebe v karanteni, različne jezikovne skupine in splošno javnost. Prav tako so bili pripravljene priporočila za zdravje v izolaciji, smernice za preprečevanje stigme, priporočila za premagovanje stisk in vzpostavljeno sodelovanje z mediji, vključno z RTV SLO.
- Usposabljanje laikov za izvajanje prve psihološke pomoči in ozaveščanje zaposlenih v kritični infrastrukturi o pomembnosti celovite skrbi za lastno duševno zdravje, vključno z nudenjem podpore in supervizije pod koordinacijo NIJZ.
- Vzpostavitev sistemov za spremljanje in evalvacijo, vključno z analizo klicev in odziva na telefonsko linijo (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021).

OSIPP je bil ocenjen kot zelo uspešen pri doseganju ciljev. V evalvaciji so sodelujoče organizacije izrazile zadovoljstvo z usklajevanjem, stalno podporo in dosegom akcijskega načrta (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021).

Iz sodelovanj, vzpostavljenih v okviru OSIPP, se je razvil novi raziskovalni projekt *Človek v primežu Covid-19: psihološke posledice epidemije in preventivnih zaščitnih ukrepov za zajezitev širjenja okužb* (ARRS, št. J5-3113). Projekt vodi Univerza na Primorskem (Inštitut Andrej Marušič) pod vodstvom prof. dr. Vite Poštuvan v partnerstvu z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje in Filozofsko fakulteto Univerze v Ljubljani s podporo Agencije za raziskovanje in inovacije Republike Slovenije (ARIS).

Glavni cilji projekta so poglobljena analiza psihosocialnih posledic epidemije, osvetlitev izkušenj splošne populacije in ranljivih skupin, razvoj gradiv za krepitev duševnega zdravja in krepitev psihološke prožnosti v povezavi z institucionalnimi odzivi. Projekt predstavlja pomembno nadgradnjo anketnih ugotovitev, saj omogoča celosten vpogled – od osebnih doživljanj prebivalcev do strokovne interpretacije in razvoja praktičnih orodij za prihodnje krizne situacije. V okviru tega projekta je nastalo tudi kvalitativno poglavje, predstavljeno v tej knjigi.

Kvantitativna študija

Kvantitativni del raziskave, predstavljen v poglavjih 1–8, temelji na podatkih, zbranih v času drugega vala pandemije covid-19, najverjetneje najzahtevnejšega obdobja epidemije v Sloveniji, med decembrom 2020 in januarjem 2021. Raziskava je rezultat obsežnega interdisciplinarnega sodelovanja številnih strokovnjakov, ki so s svojim znanjem in spretnostmi prispevali k oblikovanju in distribuciji spletnega vprašalnika, zbiranju podatkov ter statistični analizi in interpretaciji rezultatov. Izsledki kvantitativne obravnave tako predstavljajo pomemben vir vpogleda v psihosocialno stanje prebivalstva v izrazito kriznem obdobju.

Raziskava, ki je potekala pod vodstvom dr. Tanje Šraj Lebar, dr. Nine Krohne, Patricije Kerč in Mateje Štirn, je bila zasnovana kot del akcijskega načrta OSIPP, katerega nosilec je bil Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Izvajala se je v okviru aktivnosti spremljanja in analiziranja podatkov pod okriljem Društva psihologov Slovenije.

Pri načrtovanju raziskave, zbiranju in analizi podatkov so poleg omenjenih sodelovale tudi naslednje osrednje institucije:

- Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo;
- Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič, Slovenski center za raziskovanje samomora;
- Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijsko tehnologijo, Oddelek za psihologijo.

Osrednji namen raziskave je bila analiza potreb za učinkovitejše načrtovanje virov podpore za različne ciljne skupine. Z raziskavo in predstavljenimi rezultati smo prepoznali vrste duševnih stisk, ki so jih posamezniki doživljali med epidemijo covid-19, in načine, kako so se s temi stiskami spoprijemali. Pozornost je bila namenjena tudi identifikaciji psihosocialnih virov, ki so jih udeleženci prepoznali kot koristne ali bi si jih v kriznem obdobju še želeli.

Poleg splošnih potreb (poglavje 1), ki vključujejo celoten vzorec, smo se osredotočili tudi na določene posebej izpostavljene skupine, ki so se v času pandemije spopadale z izrazitimi spremembami in pritiski, bodisi zaradi dela bodisi zaradi drugih okoliščin, in so bile prepoznane prek ocene strokovnjakov (predvsem psihologov) s prakse na podlagi preteklih izkušenj in kriznih situacij. To so:

- zaposleni v vzgoji in izobraževanju (poglavje 2), zdravstvu (poglavje 3), socialnem varstvu (poglavje 4) in gospodarstvu (poglavje 5);
- starši šoloobveznih otrok (poglavje 6);
- študenti, kot skupina, pri kateri so ukrepi za zaježitev covid-19 imeli izrazit vpliv na njihove razvojne naloge (poglavje 7);
- ter upokojenci (poglavje 8).

V raziskavo so bili vključeni tudi samozaposleni in brezposelni, ki so bili zaradi nizkega števila udeležencev izključeni iz nadaljnjih analiz in v knjigi niso posebej izpostavljeni.

Posredno smo se v raziskavi dotaknili tudi ocene potreb otrok in mladostnikov. Prek vprašanj staršem in strokovnim delavcem vzgojno-izobraževalnih ustanov smo pridobili njihovo oceno stanja, potreb in spopadanja z epidemijo.

Raziskavo je potrdila Komisija za etiko Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, ki je presodila, da izpolnjuje vse etične standarde in merila za raziskovanje (št. 212-2020).

Zbiranje podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo od 3. decembra 2020 do 11. januarja 2021 prek spletnega vprašalnika, dostopnega na portalu 1KA. Vprašalnik smo širili s pomočjo različnih komunikacijskih poti, vključno z objavami na spletnih straneh organizacij in posameznikov, družbenih omrežjih, elektronsko pošto in spletnimi glasilniki. Pomembno vlogo pri razširjanju ankete je imelo Društvo psihologov Slovenije, ki je s svojo strokovno mrežo omogočilo širok doseg. K sodelovanju so prispevali tudi številne zbornice, zveze, društva, univerze in drugi zavodi in organizacije, za kar se vsem iskreno zahvaljujemo.

Vzorec

V raziskavi je sodelovalo 3556 oseb. V vzorcu prevladujejo ženske in osebe z višjo izobrazbo, delež starejših od 65 let je bil majhen. Zaradi usmerjene promocije vprašalnika med posameznimi družbenimi skupinami (npr. zaposleni v vzgoji in izobraževanju, socialnem varstvu, zdravstvu, študenti, brezposelni, zaposleni v gospodarstvu ipd.) vzorec ni reprezentativen za celotno populacijo, vendar omogoča vpogled v izkušnje in stiske različnih ključnih skupin prebivalstva.

Največja pomanjkljivost vzorca je odsotnost ocene potreb skupin prebivalstva z nižjimi dohodki in starejših odraslih, ki zaradi finančnih razlogov ali ovir z reševanjem spletnih anket niso mogli sodelovati v raziskavi.

Merski instrumenti

V raziskavi smo uporabili kombinacijo standardiziranih merskih instrumentov in avtorsko oblikovanih vsebinskih sklopov, ki so omogočali poglobljen vpogled v psihosocialne vidike epidemije covid-19 med prebivalci Slovenije.

Standardizirana instrumenta

Dva psihometrično uveljavljena instrumenta sta bila vključena za merjenje duševnega in telesnega zdravja:

- *PHQ-15* (Kroenke et al., 2002) za oceno somatskih simptomov v zadnjih štirih tednih, ki so jih udeleženci ocenjevali na tristopenjski lestvici (0 = »nič«, 1 = »nekaj«, 2 = »zelo«). V raziskavo smo vključili le prvih 13 postavk, saj sta bili za potrebe temeljitejšega uvida v problematiko dodani še dve avtorski postavki za merjenje težav s spominom in napadov panike.
- *PHQ-8* (Kroenke & Spitzer, 2002) za oceno simptomov depresije v zadnjih dveh tednih. Lestvica vključuje osem postavk, ocenjenih na štiristopenjski lestvici (od 0 = »nikoli« do 3 = »skoraj vsak dan«). Uporaba *PHQ-8* (namesto *PHQ-9*) je omogočila presojo depresivne simptomatike brez neposrednega vprašanja o mislih o samomoru.

Tematski sklopi avtorsko oblikovanih vprašanj

Preostali del vprašalnika je bil razdeljen na vsebinske sklope, ki jih opisujemo spodaj. Postavke s področji, znotraj katerih lestvica ni opredeljena, so bile kategorične narave. Te so bile bodisi dihonomne (npr. da ali ne) bodisi z več mogočimi odgovori. Z izjemo demografskih podatkov so udeleženci pri vprašanjih lahko izbrali več odgovorov, zato kumulativni deleži zastopanosti po-

sameznih odgovorov, prikazanih v tabelah in grafih v nadaljevanju te knjige, pogosto presegajo 100 %.

1. *Demografski in delovnospecifični podatki*: udeleženci so poročali o spolu, starosti, izobrazbi, okolju prebivališča (npr. mestno), regiji, statusu zaposlitve, delovnem področju in načinu dela (npr. od doma, na delovnem mestu itd.).
2. *Doživljanje stisk in mehanizmov spoprijemanja*: vprašanja so ocenjevala trenutno raven stiske, spoprijemanje in primerjavo s prvim valom epidemije in obdobjem pred epidemijo z uporabo sedemstopenjskih številskih lestvic.
3. *Specifične stiske, povezane z epidemijo*: udeleženci so na lestvici 0–7 ocenjevali intenzivnost doživljanja različnih situacij, kot so strah pred okužbo, izolacija, delo na daljavo, skrb za dohodke, slabšanje medosebnih odnosov, občutek izgube svoboščin idr.
4. *Doživljanje nasilja*: udeleženci so poročali o morebitni izpostavljenosti različnim oblikam nasilja v partnerskem, družinskem ali institucionalnem kontekstu pred in med epidemijo.
5. *Potrebe po podpori in že uporabljeni viri pomoči*: ta sklop je vključeval vprašanja o subjektivni potrebi po psihološki podpori, dostopu do pomoči, razlogih za neiskanje pomoči in uporabljenih strategijah samopomoči.
6. *Želeni viri pomoči*: udeleženci so označevali, katere oblike pomoči si še želijo (npr. pogovor s strokovnjakom, supervizija, medijski viri, prostovoljske dejavnosti ...).
7. *Pripravljenost prispevati k skupnosti*: vključeno je bilo vprašanje o pripravljenosti sodelovati v podpornih dejavnostih za druge (npr. prostovoljstvo, informiranje, pomoč ranljivim skupinam ...).
8. *Vprašanja, vezana na covid-19*: zajeti so bili osebne izkušnje z okužbo, izkušnje bližnjih, upoštevanje zaščitnih ukrepov ter pogostost spremljanja informacij o epidemiji in zaupanja v vire informacij.

V prikazu rezultatov v nadaljevanju te knjige so navedene zgolj kategorije, pri katerih je bila zastopanost višja od petih odstotkov oz. je zajemala več kot 20 udeležencev.

Kvalitativna vprašanja

Vprašalnik je vseboval odprta vprašanja, namenjena poglobljenemu razumevanju izkušenj udeležencev. Udeleženci so lahko:

- navedli spol, ki se razlikuje od moškega ali ženskega,
- navedli druge načine oz. vrste dela,
- opisali druge specifične stiske,
- navedli člane svoje socialne mreže, na katere se lahko obrnejo po pomoč,
- navedli razloge za neiskanje pomoči,
- izrazili druge vire samopomoči in želje glede pomoči v prihodnosti,
- navedli dodatne kanale, prek katerih pridobivajo vire informacij,
- odgovarjali na vprašanje: *na katera vprašanja v povezavi z duševno stisko in njenim reševanjem bi želeli dobiti odgovore,*
- izrazili, kako želijo pomagati lokalni skupnosti.

Tematske prilagoditve po ciljnih skupinah

V vsaki ciljni skupini smo identificirali posamezna področja dela, značilna za posamezni sektor, in omogočili primerjave med delovnospecifičnimi podskupinami znotraj skupine. Sprva je bilo prepoznanih več podskupin znotraj posameznega sektorja, vendar so bile v analizo vključene zgolj podskupine, kjer je bila zastopanost višja od 10 odstotkov oz. več kot 25 udeleženci. Za posamezno ciljno skupino so bile v vprašalniku upoštewane določene prilagoditve oz. dodatna vprašanja, vezana na kontekst njihovega dela (med epidemijo).

Zaposleni v vzgoji in izobraževanju: zajeta so bila delovna mesta s področij poučevanja, podpornih služb, svetovalnih služb in vodstvenega kadra. Vključen je bil dodatni vsebinski sklop, osredotočen na poučevanje na daljavo, tehnične in organizacijske izzive, podporo vodstva, odnose s starši in zaznano izgorelost.

- *Zaposleni v zdravstvu:* zajeti so bili zdravniki, medicinske sestre oz. zdravstveni tehniki, psihologi in drugi zdravstveni profili (npr. farmacevti, fizioterapevti, javno zdravje).
- *Zaposleni v socialnem varstvu:* vključeval je zaposlene na centrih za socialno delo (CSD), v domovih za starejše občane (DSO) in nevladnih organizacijah (NVO). Vključeno je bilo dodatno kvalitativno vprašanje o najbolj stresnih delovnih področjih.
- *Zaposleni v gospodarstvu:* v to skupino so bili vključeni lastniki/direktorji, vodstveni zaposleni, strokovnjaki za izbrano področje, tehnična ali administrativna podpora, zaposleni v prodaji in nabavi ter izvajalci preprostih del oz. zaposleni v proizvodnji in skladiščih.
- *Študenti:* zajeti so bili študenti vseh stopenj, ločeno pa smo analizirali tiste, ki so opravljali študentsko delo, in tiste, ki ga niso. Vprašanja so

bila prilagojena okoliščinam študija na daljavo in zajemala oceno stresa ob študijskih obveznostih, izolacijo, finančne skrbi in zaznano pomanjkanje stikov. Dodatni sklopi so vključevali tudi vprašanja o tem, kaj bi študentom najbolj pomagalo pri premagovanju stisk.

- *Starši šoloobveznih otrok*: dodatno so odgovarjali na sklope o obremenitvah, povezanih s šolanjem otrok na daljavo, in o opaženih spremembah v počutju in vedenju otrok. Vsebina je zajemala tudi usklajevanje starševskih in poklicnih obveznosti.
- *Upokojenci*: vključeni so bili kot del splošne populacije brez dodatnih vsebinskih sklopov v vprašalniku. V analizah so bili obravnavani kot samostojna demografska skupina.

Analiza podatkov

Prva analiza podatkov je bila izvedena januarja 2021 z namenom hitre diseminacije ključnih ugotovitev strokovnim službam. Vsebovala je osnovno deskriptivno obravnavo podatkov za splošno populacijo ter izbrane zaposlitvene in demografske skupine. Analiza je potekala v okolju Microsoft Excel, rezultati pa so bili predstavljeni v poročilu *Ocena potreb po psihosocialni podpori v drugem valu epidemije Covid-19* (Društvo psihologov Slovenije, 2021), to je bilo februarja 2021 javno objavljeno na spletnih straneh Društva psihologov Slovenije in Nacionalnega inštituta za javno zdravje.

V obdobju med letoma 2022 in 2024 je bila izvedena poglobljena analiza podatkov, ki je poleg deskriptivne statistike vključevala tudi inferenčne statistične postopke za preverjanje razlik med skupinami. Uporabljeni so bili tako parametrični testi (npr. t-test) kot neparametrični testi (npr. Mann-Whitneyjev test) ter testi za analizo razlik v frekvencah (hi-kvadrat test). Statistično značilne razlike so bile določene z uporabo kriterija $p < 0,05$, dopolnjene z izračuni velikosti učinka. Analiza je potekala v statističnem programu IBM SPSS, rezultati pa so predstavljeni v tej publikaciji.

Odgovori na odprta vprašanja so bili analizirani s pomočjo poenostavljene tematske analize in razvrščeni v vsebinske kategorije (npr. sistem zdravstva, delo na daljavo, medosebni odnosi, informiranost, politični odziv ipd.).

Pri analizi podatkov so sodelovali: Mark Bračič Floyd, Monika Brdnik, Sara Brglez, Mirjam Fašmon, Vanja Gomboc, Maja Jotić, Patricija Kerč, Nina Krohne, Meta Lavrič, Urša Leban, Tina Pahovnik, Ema Petavar, Tanja Šraj Lebar in Janina Žiberna.

Zahvala

Iskrena hvala vsem sodelujočim, ki so s prostovoljnim delom, znanjem in angažiranostjo prispevali k izvedbi raziskave in pripravi te publikacije. Brez skupnih prizadevanj tako obsežnega projekta v času velike negotovosti ne bi bilo mogoče izpeljati. Rezultati raziskave so bili v preteklih letih široko diseminirani – predstavljeni so bili na strokovnih srečanjih, znanstvenih konferencah in v različnih medijih, vključno z novinarsko konferenco Vlade Republike Slovenije. Verjamemo, da so že marsikomu služili kot dragocen vir vpogleda v stiske in potrebe ljudi med epidemijo. Povzetek prepoznanih potreb prebivalstva med epidemijo se je namreč na tedenski ravni v obliki kratkih poročil iz OSIPP usklajeval s strokovno skupino za covid-19 (pri Vladi Republike Slovenije in pozneje pri Ministrstvu za zdravje RS), štabom Civilne zaščite in Uradom za komuniciranje RS.

Z izdajo te knjige želimo to znanje ohraniti in utrditi; prepričani smo, da bo predstavljeno delo še naprej v pomoč strokovnjakom pri razumevanju psihosocialnih posledic kriznih razmer, oblikovanju ustreznih podpornih ukrepov in boljšem približevanju ljudem v stiski.

Posebna zahvala gre tudi Maji Jotić in Petri Mikolič za oblikovno pripravo prvega poročila *Ocena potreb po psihosocialni podpori v drugem valu epidemije covid-19* (Društvo psihologov Slovenije, 2021) ter Tatjani Ličen in Mihaeli Törnar za jezikovni pregled.

Kvalitativna študija

Deveto, kvalitativno poglavje te publikacije temelji na rezultatih raziskave, izvedene v okviru projekta *Človek v primežu Covid-19: psihološke posledice epidemije in preventivnih zaščitnih ukrepov za zajezitev širjenja okužb* (J5-3113), ki ga financira Javna agencija za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije (ARIS). Poglavje je sestavljeno iz dveh metodološko dopolnjujočih se delov: poglobljene kvalitativne raziskave, ki predstavlja pogled prebivalstva, in študije Delfi, ki osvetljuje perspektivo strokovnjakov.

Kvalitativna študija – pogled prebivalstva

Namen kvalitativne študije je bil pridobiti poglobljen uvid v doživljanje in spoprijemanje z epidemijo iz perspektive prebivalcev.

Med junijem in novembrom 2023 je bilo izvedenih 24 polstrukturiranih intervjujev z odraslimi prebivalci iz devetih slovenskih regij. V vzorcu so prevladovala ženske (približno dve tretjini), povprečna starost udeležencev je bila 49 let. Intervjuji so se osredotočali na doživljanje vsakdanjega življenja med epidemijo, zaznane vire obremenitve in strategije spoprijemanja.

Podatki so bili analizirani po načelih utemeljene teorije (ang. *Grounded Theory*), kar je omogočilo postopno gradnjo konceptualnih kategorij iz izjav udeležencev. Analiza je osvetlila širok spekter doživljanj – od negotovosti in izolacije do razočaranja nad institucijami – in izpostavila pomembne varovalne dejavnike, kot so socialna opora, telesna dejavnost, pomoč drugim in prilagajanje vsakdanjim rutinam.

Študija Delfi – pogled strokovnjakov

Namen študije Delfi je bil zbrati strokovna mnenja o ključnih tveganjih in zaščitnih dejavnikih za duševno zdravje v času epidemije in identificirati priporočila za sistemske ukrepe. Raziskava je potekala med aprilom 2022 in januarjem 2023 po načelu modificirane metode Delfi (ang. *Modified Delphi*).

V prvi fazi je bilo izvedenih 11 polstrukturiranih intervjujev s strokovnjaki s področij psihologije, socialnega varstva, javnega zdravja, mladinskega dela in dela s starejšimi. Ti intervjuji so bili kvalitativno analizirani, iz rezultatov pa je bila oblikovana vsebina za drugo fazo.

Druga faza je zajemala spletno anketo, v kateri je sodelovalo 73 strokovnjakov, ki so kvantitativno ocenjevali pomen posameznih tveganj in varovalnih dejavnikov za štiri ciljne skupine: otroke in mladostnike, mlade na prehodu v odraslost, delovno aktivno populacijo ter starejše. Analiza je temeljila na iskanju soglasja med strokovnjaki glede ključnih izzivov in mogočih smernic za ukrepanje.

Združena interpretacija obeh faz je omogočila oblikovanje preglednega modela dejavnikov tveganja in zaščite, ki je relevanten za odzivanje na prihodnje javnozdravstvene in psihosocialne krize.

Pričujoča knjiga

Pričujoča knjiga ponuja celovit vpogled v duševno zdravje prebivalcev Slovenije v času epidemije covid-19 in na ta način poskuša orisati morebitni vpliv zaščitnih in omejevalnih ukrepov na njihovo psihosocialno dobrobit. Temelji na obsežni empirični raziskavi, katere namen ni bil le spremljati psihološke odzive prebivalstva, temveč predvsem razumeti, katere potrebe so imeli posamezniki in kako so se te potrebe razlikovale glede na življenjske in poklicne okoliščine. Razumevanje teh potreb predstavlja temelj za oblikovanje ciljno usmerjenih intervencij in strokovnjakom nudi ključne informacije o tem, kaj ljudje v kriznih razmerah dejansko potrebujejo.

Uvodni prispevek knjige osvetljuje neenakomerno porazdeljeno breme pandemije. Na osnovi podatkov iz različnih raziskav prikazuje, kako so psihosocialni stresorji, kot so negotovost, izolacija, pomanjkanje podpore, izguba

dela ali preobremenjenost, različno vplivali na zaposlitvene in demografske skupine, ter kako so te skupine izražale različne potrebe in doživljale različno stopnjo tveganja za duševno stisko. Ta kontekstualni okvir bralcu omogoča razumevanje, zakaj je pristop k raziskavi moral biti raznolik in ciljno usmerjen.

Jedro knjige tvorijo izsledki kvantitativne raziskave, razdeljeni v osem poglavij. Prvo poglavje predstavi osnovne kazalnike duševnega zdravja in osvetli potrebe po psihosocialni podpori za celoten vzorec, v naslednjih sedmih poglavjih pa sledijo poglobljene analize posameznih ciljnih skupin: zaposlenih v vzgoji in izobraževanju, zdravstvu, socialnem varstvu, gospodarstvu, staršev šoloobveznih otrok, študentov in upokojencev. Vsako poglavje osvetljuje specifične obremenitve in izzive, s katerimi so se spopadali pripadniki teh skupin, in vire podpore, ki so jim bili na voljo ali pa so jim primanjkovali.

Kvantitativni del je nadgrajen s kvalitativno raziskavo, ki dopolnjuje statistične izsledke z globljim razumevanjem izkušenj. Vključeni sta dve dopolnjujoči si perspektivi: pogled prebivalcev, zbran s poglobljenimi intervjuji, in pogled strokovnjakov, razvit skozi metodo Delfi. Triangulacija metod omogoča preplet številčnih kazalcev in osebnih pripovedi ter nudi celovito razumevanje psihosocialnih posledic epidemije.

Zaključek knjige je usmerjevalen in predstavlja pomemben temelj odziva skupnosti na krizna dogajanja v prihodnosti. Na osnovi analiziranih podatkov in teoretičnih spoznanj populacijskih znanosti so oblikovana priporočila, kako načrtovati javnozdravstvene in psihosocialne intervencije v kriznih situacijah ter tako graditi in utrjevati kolektivno odpornost posameznikov in celotne skupnosti.

Odziv strokovnjakov in služb za javno duševno zdravje v Sloveniji je bil v času epidemije hiter, usklajen in strokovno utemeljen, kar predstavlja dragoceno izhodišče za nadaljnji razvoj sistemskih rešitev in odzivanja v kriznih razmerah. V času, ko se kot družba spopadamo z nenehnimi negotovostmi, podnebnimi izzivi, socialnimi razlikami in svetovnimi krizami, so izkušnje, pridobljene v času epidemije, kot jih predstavljamo v tej knjigi, pomemben temelj za oblikovanje bolj sočutnih, povezanih in odzivnih sistemov skrbi za duševno zdravje.

Ključnega pomena je, da se v prihodnjih strategijah kriznega odzivanja duševno zdravje obravnava kot integralni del. Mednarodna stroka poudarja, da morajo nacionalne politike prepoznati in spremljati te vplive, pri čemer je treba upoštevati ranljive skupine (Eissa idr., 2025). Zato je nujno, da se načrtujejo in izvajajo posebni ukrepi za zaščito in promocijo duševnega zdravja, hkrati pa se zagotovi ustrezno financiranje za te dejavnosti. Pri tem sta pomembni tudi vzpostavljanje medsektorskega sodelovanja in zagotavljanje psihosoci-

alne podpore prizadetim prebivalcem. Ta podpora mora imeti dolgoročno perspektivo, saj posledice kriznih razmer za duševno zdravje pogosto niso omejene zgolj na stresne in travmatske motnje, temveč so dolgoročne in predvidljive. Zato jih je z vidika preventive in javnega zdravja nujno začeti reševati na populacijski ravni takoj, ko je mogoče, da bi bilo naše delovanje karseda uspešno.

Viri in literatura

- Eissa, M., Newberry Le Vay, J., Jennings, N., Lawrance, E. L., & Massazza, A. (2025). *Integrating mental health into climate change adaptation policies*. United for Global Mental Health.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021). *Poročilo OSIPP: Zaključno poročilo o izvajanju ukrepov za nudenje psihosocialne pomoči ob epidemiji COVID-19*. https://nijz.si/wp-content/uploads/2021/09/porocilo_osipp_koncno_3108.pdf
- Društvo psihologov Slovenije. (2021). *Ocena potreb po psihosocialni podpori v drugem valu epidemije COVID-19*. <http://www.dps.si/za-psihologe/koronavirus/ocena-potreb-po-psihosocialni-podpori/>

Novejša spoznanja s poudarkom na ranljivih skupinah

Ana Šemrov



© Ana Šemrov

<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.0>

Svetovne krize močno zaznamujejo različne vidike vsakdanjega življenja in pogosto očitno preoblikujejo psihosocialne potrebe posameznikov. Pandemija covid-19 tako ni predstavljala zgolj svetovne zdravstvene krize, temveč jo je spremljala tudi vrsta družbenih sprememb in osebnih stisk. Kot to navedejo številne pregledne študije in metaanalize (npr. Santomauro idr., 2021; Witteveen idr., 2023; Wu idr., 2021; Xiong idr., 2020), so se te med drugim izrazile v precejšnjem porastu duševnih težav, vključno z depresijo, anksioznostjo in nespečnostjo.

Psihosocialna pomoč je namenjena naslavljanju kompleksnih psiholoških in socialnih potreb, ki se pojavijo, ko zahteve okolja presežejo posameznikove zmožnosti obvladovanja. V kriznih obdobjih, kot je bila pandemija, se te potrebe pogosto povečajo, zlasti pri ranljivejših skupinah prebivalstva.

Spoprijemanje s kriznimi dogodki sicer ne vodi nujno v dolgotrajne duševne težave, pri čemer poglavitno vlogo igrata prisotnost zaščitnih dejavnikov in odsotnost ali nizka intenzivnost dejavnikov tveganja. Na duševno zdravje in psihosocialno prilagojenost posameznika vplivajo dejavniki na več ravneh. Tako na ravni individualnih značilnosti (npr. predhodno duševno zdravje, strategije spoprijemanja s stresom, optimizem) kot tudi v okviru širšega socialnega in systemskega konteksta (npr. socioekonomski položaj družine, kakovost družinskih odnosov, podpora skupnosti in ukrepi države) (World Health Organization, 2022b). Močna socialna mreža, denimo, posamezniku omogoča učinkovitejše spoprijemanje z življenjskimi obremenitvami. To kažejo tudi izkušnje zdravstvenih delavcev med pandemijo, pri katerih je socialna podpora zmanjšala verjetnost pojava duševnih težav (Muller idr., 2020).

Razumevanje teh dejavnikov je bistveno za pravočasno prepoznavo posameznikov, ki bodo v kriznih razmerah bolj verjetno potrebovali psihosocialno pomoč, kot tudi za oblikovanje intervencij, ki bo zanje najučinkovitejše.

Psihosocialni stresorji in posledice pandemije covid-19 na duševno zdravje

V splošni populaciji sta se med prvim letom pandemije covid-19 pojavila kar 27,6-odstotni porast v številu oseb z veliko depresivno motnjo in 25,6-odstotni porast v številu oseb z anksioznimi motnjami (Santomauro idr., 2021). Metaanaliza 66 študij je pokazala, da je bila povprečna skupna prevalenca depresije 31,4-odstotna, anksioznosti 31,9-odstotna, zvišanih ravni stresa 41,1-odstotna, medtem ko je 37,9 odstotka oseb poročalo o motnjah spanja, zlasti o nespečnosti (Wu idr., 2021).

K poslabšanju duševnega zdravja prebivalstva so med drugim prispevali številni stresorji, povezani z ukrepi za omejevanje širjenja bolezni covid-19, ki so povečevali tveganja ali zmanjševali učinek varovalnih dejavnikov. Omejitve na področju dela in vsakdanjih dejavnostih so zmanjšale možnosti za neposredne stike z bližnjimi, kar je povzročilo povečano socialno izolacijo. Ta je lahko vodila v občutke osamljenosti, zlasti med starejšimi odraslimi (Seifert in Hassler, 2020; van Tilburg, 2022). Ljudje so se spopadali s strahom pred okužbo, boleznijo in smrtjo sebe ali bližnjih, z žalovanjem za umrlimi, informacijsko preobremenjenostjo ter občutki negotovosti tudi zaradi nestabilnih gospodarskih razmer. Številni so doživeli izgubo zaposlitve ali občutno zmanjšanje prihodkov, pri čemer so bile finančne skrbi še posebej obremenjujoče za gospodinjstva z nižjim socioekonomskim statusom (Calvano idr., 2022; Hart in Han, 2021; Stracke idr., 2023; Suarez idr., 2023).

Zadovoljevanje temeljnih psiholoških potreb, kot so potreba po varnosti, socialnih stikih, povezanosti, pripadnosti in skupnosti, je bilo v času pandemije zagotovo oteženo za velik del človeštva (Seckman, 2023). Tako ni presenetljivo, da so potrebe po psihosocialni podpori po svetu skokovito narasle (Santomauro idr., 2021). Posledično je večina držav v svoje nacionalne načrte odzivanja na covid-19 – bolj ali manj uspešno – vključila tudi ukrepe, vezane na zdravstvene storitve za podporo duševnemu zdravju (World Health Organization, 2022a).

Vseeno je bila dejanska zmožnost zdravstvenih sistemov pogosto omejena (Seckman, 2023; World Health Organization, 2022a). V Sloveniji so bile že pred pandemijo sistemske težave na področju dostopnosti storitev za duševno zdravje, to so dolge čakalne vrste, pomanjkanje kliničnih psihologov, regionalna neenakost v razpoložljivosti psihiatričnih ambulant in stigma glede iskanja pomoči (STA - Slovenska tiskovna agencija, 2021).

Čeprav so bili številni psihosocialni stresorji med seboj povezani in se je njihov vpliv običajno sešteval in krepil, pandemija ni nujno delovala kot primarni sprožilec duševnih težav, temveč zgolj kot njihov pospeševalec krepitve že

obstojećih stisk (Dubey idr., 2020; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020). To morda tako razkriva razsežnost psihosocialne krize ne več le kot posledice pandemije, temveč tudi kot izraz dolgotrajnejše nezadostne zmogljivosti podpornih sistemov.

Neenako breme pandemije covid-19: vpliv psihosocialnih stresorjev na različne skupine prebivalstva in njihove potrebe

Pandemija covid-19 je sicer predstavljala vsestranski stresor, ki je prizadel večino svetovnega prebivalstva, a so bili njeni učinki med različnimi družbenimi skupinami neenakomerni, morda ravno zaradi večplastnosti številnih drugih stresorjev v obdobju krize.

V primerjavi s splošno populacijo so imeli npr. pacienti z (nenalezljivimi) kroničnimi boleznimi višje tveganje za pojavnost depresije, anksioznosti in povišanega stresa (Wu idr., 2021; Xiong idr., 2020).

Ženske so imele višje tveganje za razvoj simptomov depresije, anksioznosti in posttravmatske stresne motnje ter izrazito višjo zaznano raven stresa. Ta je lahko deloma posledica dejstva, da so ženske predstavljale večinski delež delovne sile v poklicih in panogah, ki so bile pod večjim udarom pandemija (Hao idr., 2021; Pierce idr., 2020; Xiong idr., 2020). V Sloveniji in širše v Evropski uniji ženske v primerjavi z moškimi opravijo približno enkrat več neplačanega dela, kot je skrb za otroke, sorodnike in gospodinjstvo (Eurofound, 2022). Čeprav so med pandemijo tako moški kot ženske poročali o več urah neplačanega dela, pa je razlika med spoloma ostala predvsem pri spolnotipičnih opravilih, kot so npr. pospravljanje, pranje perila, kuhanje. Posebno pozornost bi bilo torej treba nameniti duševnemu zdravju žensk, pri čemer moramo razmišljati o spodbujanju pravičnejše porazdelitve neplačanega dela in prožnosti pri delu za lažje usklajevanje poklicnega in zasebnega življenja.

Vpliv pandemije na duševno blagostanje se je razlikoval tudi med posameznimi starostnimi skupinami. Mlajši odrasli so pogosteje poročali o psihosocialnih in duševnih težavah (Pierce idr., 2020; Seckman, 2023; Xiong idr., 2020), kar je mogoče pripisati številnim odgovornostim, povezanim z družinskimi obveznostmi, kot je skrb za otroke (Pierce idr., 2020; Xiong idr., 2020). V času socialnega distanciranja in izolacije so bile najpogostejše težave med študenti anksioznost, depresija in visoka raven stresa (Martins idr., 2024). Pri otrocih, mladostnikih in njihovih starših so k tveganju za pojav duševnih težav prispevali tudi dejavniki, kot so nižji socioekonomski status družine, nezdrav življenjski slog, spopadanje z večjim številom s pandemijo povezanih stresorjev (npr. izguba zaposlitve, manj socialnih stikov, strah pred okužbo) ter v primeru otrok/mladostnikov še poslabšanje duševnega stanja staršev (Calva-

no idr., 2022; Hart in Han, 2021; Meade, 2021; Ng in Ng, 2022; Stracke idr., 2023; Suarez idr., 2023).

Starši so med pandemijo pogosto poročali o povečanem številu simptomov depresije in anksioznosti, ki so jih poleg že navedenih dejavnikov poslabšale še težave z usklajevanjem starševskih odgovornosti in slabši družinski odnosi (Calvano idr., 2022; Suarez idr., 2023). Družinsko nasilje (zlasti nad ženskami in deklicami) je bilo v času strogih ukrepov za omejevanje širjenja virusa (npr. zaprtje javnega življenja) pogostejše in intenzivnejše (Kim in Royle, 2024; Piquero idr., 2021). V družinah z nižjimi prihodki in z dojenčki ali malčki je bil porast depresije, anksioznosti in splošnega stresa med starši izrazitejši kot v družinah z višjimi prihodki. Čeprav je bil v zgodnjih fazah pandemije starševski stres višji pri starših z višjimi prihodki, se je pozneje to obrnilo. Starši z nižjimi prihodki so v kasnejših fazah epidemije namreč poročali o večjem stresu, kar kaže na varovalno vlogo višjega prihodka (Aviles idr., 2024). V prihodnjih kriznih situacijah bo zato nujna sistematična podpora staršem pri grajenju zdravih družinskih odnosov in krepitvi njihovega duševnega zdravja, pri čemer je vredno posebno pozornost nameniti staršem, ki so izpostavljeni več dejavnikom tveganja (Stracke idr., 2023).

Izguba zaposlitve ali zmanjšanje prihodkov je za mnoge pomenila izjemen vir finančnega stresa, ki je še dodatno poglobil že obstoječe dejavnike tveganja za duševne težave. Nižji ekonomski status, brezposelnost in nižja izobrazba so se izkazali kot pomembni psihosocialni stresorji za nastanek ali poglobitev duševnih težav, še posebej depresije (Xiong idr., 2020).

Čeprav je bil učinek posledic pandemije odvisen od poklica in zaposlitvene panoge, je ta v delovnem okolju porušila občutek varnosti in predvidljivosti. Zaposleni so se morali prilagoditi novim delovnim razmeram: delu na daljavo, spremenjenim urnikom, higienskim ukrepom in tveganju okužbe na delovnem mestu (Aughterson idr., 2021), pri čemer pa se je pogosto zmanjšala tudi zaposlitvena varnost in povečal strah pred izgubo zaposlitve.

Pri zdravstvenih delavcih, zlasti tistih v prvih vrstah (angl. *frontline healthcare worker*), so raziskave pogosto poročale o nadpovprečni pojavnosti simptomov depresije, anksioznosti in posttravmatske stresne motnje (Dragiotti idr., 2022; Hao idr., 2021; Pappa idr., 2020). V primerjavi s splošno populacijo je bila pri njih tudi večja pojavnost nespečnosti (Wu idr., 2021). Znotraj zdravstvenega osebja so medicinske sestre/medicinski tehniki v primerjavi z zdravniki pogosteje poročali o težavah s spanjem (Dragiotti idr., 2022) ter simptomih anksioznosti in depresije (Dragiotti idr., 2022; Hao idr., 2021; Pappa idr., 2020). Enako je veljalo tudi za ženske v primerjavi z moškimi (Hao idr., 2021; Pappa

idr., 2020), vendar te razlike v metaanalizi Elene Dragioti idr. (2022) niso dosegle statistične značilnosti.

Ugotovitve kažejo na potrebo po ciljno usmerjenih preventivnih in podpornih programih, prilagojenih izbranemu poklicnemu profilu (Dragioti idr., 2022). Tudi zaposleni na področju socialnega varstva (npr. v domovih za starejše občane, centrih za socialno delo) so se spoprijemali s spremenjenimi delovnimi razmerami, večjo delovno obremenitvijo in stresom. Z omenjenimi izzivi pa so se lažje spoprijemali tisti, ki so imeli dostop do socialne podpore, gojili hobije in prakticali čuječnost (Aughterson idr., 2021).

Na področju izobraževanja so bili učitelji in učenci izpostavljeni visokim ravnem stresa zaradi nenadne uvedbe pouka na daljavo. Posebej ranljiva skupina so bili učitelji, ki so poučevali od doma, saj so poročali o višji stopnji socialne izolacije v primerjavi s tistimi, ki so poučevali v živo (Kush idr., 2022). V Sloveniji je večina osnovnošolskih in srednješolskih učiteljev zaznavala poučevanje na daljavo kot zahtevnejše in bolj stresno kot pouk v razredu (Rupnik Vec idr., 2020). Višjo stopnjo stresa so izražali učitelji s (pred)šolskimi otroki, nizko subjektivno oceno lastnih digitalnih kompetenc, negativnim odnosom do spletnega poučevanja in nizko zaznano podporo nadrejenih. Spol pa pri tem ni igral pomembne vloge (Košir idr., 2020). Slovenski študenti so imeli največ osebnih skrbi glede opravljanja študijskih obveznosti in možnosti zaposlitve (Lep in Zupančič, 2020).

Panoge, kot sta gostinstvo in turizem, so bile med najbolj prizadetimi. Zaradi negotovih razmer in strahu pred izgubo službe so zaposleni pogosto doživljali povečan stres in anksioznost, kar je vplivalo na nižje zadovoljstvo pri delu (Demirović Bajrami idr., 2021). Strah pred okužbo z virusom je bil povezan z višjo ravno duševnih težav, zamujanjem na delo, absentizmom in nižjim življenjskim zadovoljstvom (Karatepe idr., 2021). Zaposleni v gostinskem in turističnem sektorju so tako imeli več duševnih težav (Demirović Bajrami idr., 2021; Feltmann idr., 2023; Rosemberg idr., 2021; Yu idr., 2021), tudi v državah, ki niso uvedle zaprtja gostinskih obratov (Feltmann idr., 2023).

Krepitev sistemov psihosocialne pomoči kot naložba v odpornost družbe

Čeprav so bile izkušnje in učinki pandemije covid-19 med posamezniki raznoliki, je bila povečana potreba po dostopni, celostni zdravstveni in psihosocialni pomoči skupna vsem družbenim skupinam. Zato je smiselno, da države in njihovi podsistemi psihosocialno podporo prepoznajo kot enega izmed temeljnih stebrov kriznega odziva in ne več kot zgolj dodatni ukrep ob poslabšanju duševnega zdravja prebivalstva.

Preventivni programi in dolgoročne strategije naj v prihodnje temeljijo na krepitvi psihološke prožnosti in odpornosti skupnosti, zgodnji prepoznavi duševnih težav ter zagotavljanju enakopravnega in trajnostnega dostopa do podpore za vse posameznike. Ob tem je nujno, da obstajajo tudi ciljno usmerjeni programi za ranljive skupine, ki so pogosto izpostavljene številnim bremenilnim dejavnikom, kot so nižji socioekonomski status, starševstvo, obdobje šolanja (od osnovne šole do fakultete) ženski spol in življenje s kroničnimi boleznimi.

Za vzpostavitev psihološko odporne družbe morajo torej biti podporni sistemi in programi zasnovani tako, da upoštevajo prepletenost psiholoških, socialnih in drugih okoljskih dejavnikov, ki lahko na posameznike vplivajo še dolgo po koncu akutne krize. Le z razumevanjem teh vplivov in sistematičnimi naložbami v psihosocialno pomoč bomo kot družba lahko bolje pripravljeni na prihodnje izzive.

Viri in literatura

- Aughterson, H., McKinlay, A. R., Fancourt, D., in Burton, A. (2021). Psychosocial impact on frontline health and social care professionals in the UK during the COVID-19 pandemic: A qualitative interview study. *BMJ Open*, 11(2), e047353.
- Aviles, A. I., Betar, S. K., Cline, S. M., Tian, Z., Jacobvitz, D. B., in Nicholson, J. S. (2024). Parenting young children during COVID-19: Parenting stress trajectories, parental mental health, and child problem behaviors. *Journal of Family Psychology*, 38(2), 296–308.
- Calvano, C., Engelke, L., Di Bella, J., Kindermann, J., Renneberg, B., in Winter, S. M. (2022). Families in the COVID-19 pandemic: Parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences—results of a representative survey in Germany. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 31(7). <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01739-0>
- Demirović Bajrami, D., Terzić, A., Petrović, M. D., Radovanović, M., Tretiakova, T. N., in Hadoud, A. (2021). Will we have the same employees in hospitality after all? The impact of COVID-19 on employees' work attitudes and turnover intentions. *International Journal of Hospitality Management*, 94, 102754.
- Dragioti, E., Tsartsalis, D., Mentis, M., Mantzoukas, S., in Gouva, M. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of hospital staff: An umbrella review of 44 meta-analyses. *International Journal of Nursing Studies*, 131, 104272.
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., in Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 14(5), 779–788.
- Eurofound. (2022). *COVID-19 pandemic and the gender divide at work and home*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2806/015588>

- Feltmann, K., Gustafsson, N.-K. J., Elgán, T. H., Gripenberg, J., in Kvillemo, P. (2023). Effects of the COVID-19 pandemic on mental health, working, and life situation of employees in the Swedish hospitality industry. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1178847>
- Hao, Q., Wang, D., Xie, M., Tang, Y., Dou, Y., Zhu, L., Wu, Y., Dai, M., Wu, H., in Wang, Q. (2021). Prevalence and risk factors of mental health problems among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.567381>
- Hart, J., in Han, W.-J. (2021). COVID-19 Experiences and parental mental health. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 12(2), 283–302.
- Karatepe, O. M., Saydam, M. B., in Okumus, F. (2021). COVID-19, mental health problems, and their detrimental effects on hotel employees' propensity to be late for work, absenteeism, and life satisfaction. *Current Issues in Tourism*, 24(7), 934–951.
- Kim, B., in Royle, M. (2024). Domestic violence in the context of the COVID-19 pandemic: A synthesis of systematic reviews. *Trauma, Violence & Abuse*, 25(1), 476–493.
- Košir, K., Dugonik, Š., Huskić, A., Gračner, J., Kokol, Z., in Krajnc, Ž. (2020). Predictors of perceived teachers' and school counsellors' work stress in the transition period of online education in schools during the COVID-19 pandemic. *Educational Studies*, 48(6), 844–848.
- Kush, J. M., Badillo-Goicoechea, E., Musci, R. J., in Stuart, E. A. (2022). Teachers' mental health during the COVID-19 pandemic. *Educational Researcher*, 51(9), 593–597.
- Lep, Ž., in Zupančič, M. (2000). Zdaj pa še korona: skrbi mladih na prehodu v odraslost v času tveganj, povezanih z epidemijo COVID-19. V Ž. Lep in K. Hacin Beyazoglu (ur.), *Psihologija pandemije: posamezniki in družba v času koronske krize* (str. 67–78). Filozofska fakulteta.
- Martins, T. B., Branco, J. H. L., Martins, T. B., Santos, G. M., in Andrade, A. (2024). Impact of social isolation during the COVID-19 pandemic on the mental health of university students and recommendations for the post-pandemic period: A systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity – Health*, 43, 100941.
- Meade, J. (2021). Mental health effects of the COVID-19 pandemic on children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 68(5), 945–959.
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., Stroobants, S., Van de Velde, S., in Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441.
- Ng, C. S. M., in Ng, S. S. L. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on children's mental health: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.975936>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2020). *Health at a glance: Europe 2020; State of health in the EU cycle*. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>

- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., in Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., in Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883–892.
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Jemison, E., Kaukinen, C., in Knaul, F. M. (2021). Domestic violence during the COVID-19 pandemic: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*, 74, 101806.
- Rosemberg, M.-A. S., Adams, M., Polick, C., Li, W. V., Dang, J., in Tsai, J. H.-C. (2021). COVID-19 and mental health of food retail, food service, and hospitality workers. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 18(4–5), 169–179.
- Rupnik Vec, T., Slivar, B., Zupanc Grom, R., Deutsch, T., Ivanuš Grmek, M., Mithans, M., Kregar, S., Brunauer Holcar, A., Preskar, S., Bevc, V., Logaj, V., in Musek Lešnik, K. (2020). *Analiza izobraževanja na daljavo v času prvega vala epidemije covid-19 v Sloveniji*. Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cohen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712.
- Seckman, C. (2023). The impact of COVID-19 on the psychosocial well-being of older adults: A literature review. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(1), 97–111.
- Seifert, A., in Hassler, B. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on loneliness among older adults. *Frontiers in Sociology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2020.590935>
- STA - Slovenska tiskovna agencija. (2021, 14. maj). *Spletni pogovor o vplivu epidemije covid-19 na duševno zdravje* [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Sgh3NXO3o50>
- Stracke, M., Heinzl, M., Müller, A. D., Gilbert, K., Thorup, A. A. E., Paul, J. L., in Christiansen, H. (2023). Mental health is a family affair: Systematic review and meta-analysis on the associations between mental health problems in parents and children during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4485.
- Suarez, G. L., Boone, M. H., Burt, S. A., Shewark, E. A., Mitchell, C., Guzman, P., Lopez-Duran, N. L., Klump, K. L., Monk, C. S., in Hyde, L. W. (2023). Parent mental health before and during the COVID-19 pandemic. *Child Psychiatry and Human Development*, 56, 1323–1336.

- van Tilburg, T. G. (2022). Emotional, social, and existential loneliness before and during the COVID-19 pandemic: Prevalence and risk factors among dutch older adults. *Journals of Gerontology: Series B*, 77(7), e179–e184.
- World Health Organization. (2022a). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- World Health Organization. (2022b). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*.
- Witteveen, A. B., Young, S. Y., Cuijpers, P., Ayuso-Mateos, J. L., Barbui, C., Bertolini, F., Cabello, M., Cadorin, C., Downes, N., Franzoi, D., Gasior, M., Gray, B., Melchior, M., Ommeren, M. van, Palantza, C., Purgato, M., Waerden, J. van der, Wang, S., in Sijbrandij, M. (2023). COVID-19 and common mental health symptoms in the early phase of the pandemic: An umbrella review of the evidence. *PLOS Medicine*, 20(4), e1004206.
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., in Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91–98.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., in McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64.
- Yu, J., Park, J., in Hyun, S. S. (2021). Impacts of the COVID-19 pandemic on employees' work stress, well-being, mental health, organizational citizenship behavior, and employee-customer identification. *Journal of Hospitality Marketing and Management*, 30(5), 529–548.

Rezultati raziskave



Ocena potreb po psihosocialni pomoči za vse udeležence

Nina Krohne



© Nina Krohne

<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.1>

Opisna analiza celotnega vzorca kaže, da v raziskavi prevladujejo ženske (83 %; Slika 1.1), stare med 30 in 65 let (73 %; Slika 1.2) in z višjo izobrazbo (79 %; Tabela 1.1). Dobra polovica (55 %) udeležencev prihaja iz urbanih naselij (Tabela 1.1) in iz vseh statističnih regij (Slika 1.3), pri čemer jih največ prihaja iz osrednjeslovenske regije (37 %). Zaposlitvena struktura udeležencev, prikazana v Tabeli 1.2, vključuje zaposlene v vzgoji in izobraževanju (33 %), v zdravstvu (9 %), v socialnem varstvu (6 %), v gospodarstvu (12 %), v državni upravi (4 %), nevladnem sektorju (5 %) in drugje (9 %). Ena četrtnina (25 %) udeležencev je ob merjenju opravljala delo na delovnem mestu, ena četrtnina je delala od doma (24 %), ena petina (18 %) pa je poročala o kombiniranem delu, ki zajema delo od doma in na delovnem mestu (Slika 1.4). Anketa se je izvajala med najstrožjim zaprtjem države, zato je velik delež zaposlenih, ki so delali od doma, pričakovan. Podatki so primerljivi s poročanji Biroja za statistiko dela Združenih držav Amerike (U. S. Bureau of Labour Statistics, 2021), ki ugotavlja, da je decembra 2020 v Združenih državah Amerike od doma delalo približno 24 % zaposlenih.

V drugem valu epidemije covid-19 so udeleženci poročali o doživljanju nekoliko večje stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in s prvim valom epidemije (Slika 1.7). Rezultat je deloma mogoče pojasniti z upoštevanjem epidemioloških razmer in posledičnih strogih ukrepov, vključno s popolnim zaprtjem šol, kjer je bilo zaposlenih večina udeležencev te raziskave. Kljub temu so udeleženci v povprečju poročali o doživljanju srednje intenzivne duševne stiske (Tabela 1.3), z njo pa so se srednje uspešno spoprijemali (Tabela 1.3). Udeležence so v povprečju najbolj obremenjevali strah pred okužbo drugih, strah pred negotovo prihodnostjo in skrb glede izgube oz. omejitve svoboščin (Tabela 1.4). Z izjemo omenjenih skrbi so udeleženci v povprečju večino skrbi (vezane na zdravje, delo, finančno stabilnost in medosebne odnose) ocenili z manj kot srednje intenzivne (Tabela 1.4). Poleg teh skrbi so udeleženci omenjali, da jih skrbi tudi politično dogajanje (dvomi in zadržki glede vlade in načina njenega delovanja, strah pred represijo ter izgubo demokracije in

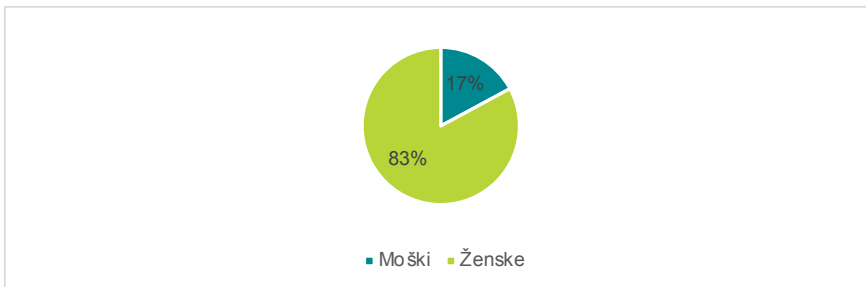
izgubo pravic), da doživljajo neprijetna čustva ob omejitvah (prepoved gibanja, kršenje odlokov, želja po dogajanju, policijska ura, izguba svobode, prilaganje, nedostopnost javnih prevozov, ujetost, nošenje maske, opravljanje pogreba) ter čutijo pomanjkanje stikov (pogrešanje prijateljev in družinskih članov, osamljenost in ločenost od partnerja). Med zaposlitvenimi skupinami so se pojavljale razlike v vrstah izraženih skrbi (Slika 1.8). Zaposlene v vzgoji in izobraževanju so nekoliko bolj obremenjevali delo na daljavo, delo v stresnih okoliščinah in spremenjen obseg dela (Tabela 10.1.2a), zaposleni v gospodarstvu pa so statistično značilno intenzivneje občutili skrbi zaradi upada dohodkov, strahu pred izgubo zaposlitve, brezposelnosti in strahu pred izgubo svoboščin (Slika 1.8, Tabela 10.4.2).

Analiza celotnega vzorca kaže na porast nasilja v družini oziroma v partnerskem odnosu (Tabela 1.6). Pred epidemijo je nasilje doživljalo 1,9 % udeležencev, med epidemijo je ta odstotek narasel na 2,9 %. Porast nasilja v družini med pandemijo je bil zaznan tudi v številnih drugih raziskavah, na kar v svoji metaanalizi opozarjajo Piquero in sodelavci (2021). Do porasta nasilja je prišlo tudi na delovnem mestu, saj je pred epidemijo tovrstno obliko nasilja doživljalo 2,1 % udeležencev, po epidemiji pa 3,7 % (Tabela 1.6). V povezavi z nasiljem na delovnem mestu so tuji avtorji navajali predvsem nasilje nad zdravstvenim osebjem, vključno z medicinskimi sestrami (Byon idr., 2022) in zaposlenimi na urgentnih centrih (Liu idr., 2021). Tudi v tej raziskavi je bilo povečanje nasilja na delovnem mestu najbolj izrazito ravno pri zdravstvenih delavcih (Tabela 3.7 in Tabela 10.2.3).

Ob opazovanem psihofizičnem počutju so udeleženci najpogosteje doživljali bolečine v hrbtu, glavobole in bolečine v rokah, nogah ali sklepih (Slika 1.9). Psihofizična simptomatika je bila najizrazitejša pri zaposlenih v zdravstvu (Slika 1.11 in Tabela 10.2.2). Udeleženci so doživljali tudi simptome depresije, in sicer predvsem utrujenost, težave s spanjem in pomanjkanje energije (Slika 1.10). Največ simptomov depresije se je kazalo pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu (Slika 1.12 in Tabela 10.4.2). Ugotovitve se skladajo z mednarodnimi raziskavami, izvedenimi med pandemijo covid-19, v katerih raziskovalci poudarjajo pogosto poročanje splošne populacije o depresivni simptomatiki, vključujoč utrujenost in težave s spanjem (Ettman idr., 2020), o pritožbah zaposlenih, ki delajo od doma, vezanih na bolečine v hrbtu in glavobole (Moretti idr., 2020), ter o povišanih ravneh psihološke stiske in somatskih simptomov med zdravstvenimi delavci (Pappa idr., 2021).

Večina udeležencev (72 %) je poročala, da med epidemijo covid-19 niso čutili potrebe po psihološki podpori (Slika 1.13). Največ tistih, ki so poročali o potrebi po psihološki pomoči, je prihajalo s področja vzgoje in izobraževanja

(Slika 1.14). Med udeleženci, ki so poročali, da potrebujejo psihološko podporo, jih večina pomoči ni poiskala (Slika 1.13). Kot razloge, da niso poiskali pomoči, so navedli težave z dostopnostjo strokovnjakov, občutek obvladanja lastne situacije in občutek pomanjkanja časa (prezasedenost, preobremenjenost) (Tabela 1.10). Udeleženci so se za podporo v stiski znotraj svoje socialne mreže najpogosteje obrnili na družinske člane ali prijatelje/sosede/znance (Slika 1.15), kar je predstavljalo njihov glavni vir pomoči za lajšanje stisk (Slika 1.16) in glavni vir informacij v povezavi z lajšanjem stisk (Slika 1.19). Za lajšanje stisk so bili športno dejavni, brali so knjige, gledali videoposnetke ali dokumentarne oddaje na spletu oziroma po televiziji in se ukvarjali z umetnostjo (Slika 1.16). Na vprašanje, katere vire pomoči bi še želeli uporabiti, je največ udeležencev odgovorilo, da ne potrebuje drugih virov pomoči (Slika 1.17). Preostali bi najpogosteje želeli več sprostitev oddaj in filmov po televiziji oziroma na spletu, 18 % pa jih je poročalo, da želijo pomoč strokovnjaka (Slika 1.17). Ta želja je bila statistično značilno višje izražena pri zaposlenih v zdravstvu (Slika 1.18 in Tabela 10.2.4), ki so poleg tega pogosteje navajali potrebo po podpori v delovni organizaciji in supervizijski podpori zunaj delovne organizacije (Slika 1.18 in Tabela 10.2.4). Ti potrebi sta bili statistično značilno višje izraženi tudi pri zaposlenih v socialnem varstvu (Slika 1.18 in Tabela 10.3.4). Najpogostejši odgovori pod 'drugo' so bili vezani na sprostitev ukrepov in pogovore v živo (Tabela 1.12). Poleg pogovora s prijatelji in sorodniki so bili za udeležence najpogostejši viri informacij o lajšanju stisk še članki na spletu, izobraževanja in usposabljanja o tej temi ter družbena omrežja. Približno ena četrtnina je za to uporabljala televizijo, približno toliko pa spletnih strani zdravstvenih institucij (Slika 1.19). Pri tem, na katera vprašanja v povezavi z duševnim zdravjem še želijo dobiti odgovore, so udeleženci poudarili predvsem področja, vezana na psihološko pomoč sebi (npr. spoprijemanje z različnimi neprijetnimi občutki, prilagajanje na stres, prepoznavanje lastne stiske in uporaba konkretnih strategij), pomoč drugim osebam in izboljšanje družinske oziroma partnerske dinamike (Tabela 1.14). Udeleženci so izrazili precejšnjo naklonjenost, pomagati drugim v lokalni skupnosti, ter poročali, da lahko v lokalni skupnosti pomagajo z nakupom hrane in potrebščin (npr. bolnim, starejšim, osebam v karanteni), s pogovorom po telefonu z osebami, ki živijo same, in s podporo pri učenju učencem/dijakom (Slika 1.20).

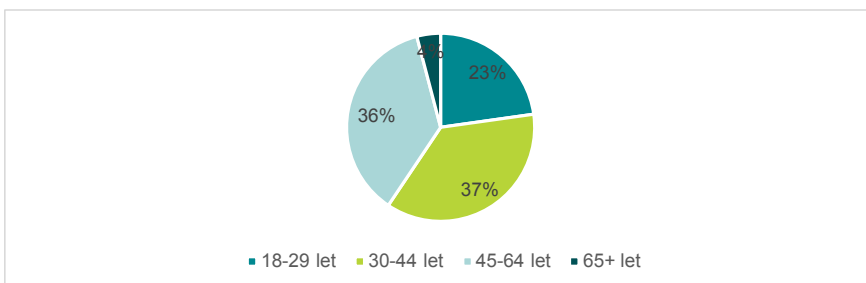


1.1 Demografske spremenljivke

1.1.1 Spol

V vzorcu so prevladovale osebe ženskega spola. Sedem oseb se je identificiralo kot nebinarnih oziroma drugače.

Slika 1.1 Delež udeležencev glede na spol ($n = 3549$)



1.1.2 Starost

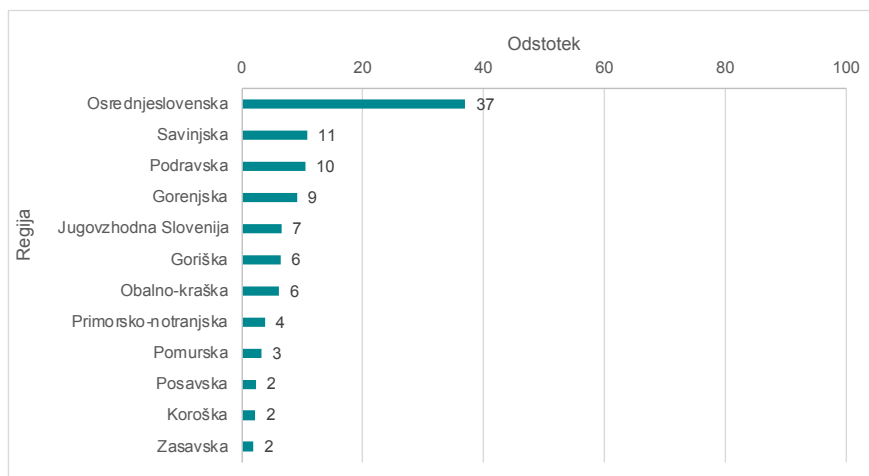
Starostna struktura udeležencev je zajemala približno tretjino posameznikov, starih od 30 do 44 let ter od 45 do 64 let, petino udeležencev, starih od 18 do 29 let, ter izjemno majhen delež oseb, starejših od 65 let.

Slika 1.2 Starostna struktura udeležencev ($n = 3555$)

Opomba $n = 3555$; $M = 41,4$; $SD = 13,7$; $min. = 18$; $maks. = 99$.

1.1.3 Regija prebivališča

V vzorcu so bile zastopane vse regije v Sloveniji, pri čemer so prevladovali udeleženci iz osrednjeslovenske regije.



Slika 1.3 Zastopanost regij pri udeležencih ($n = 3556$)

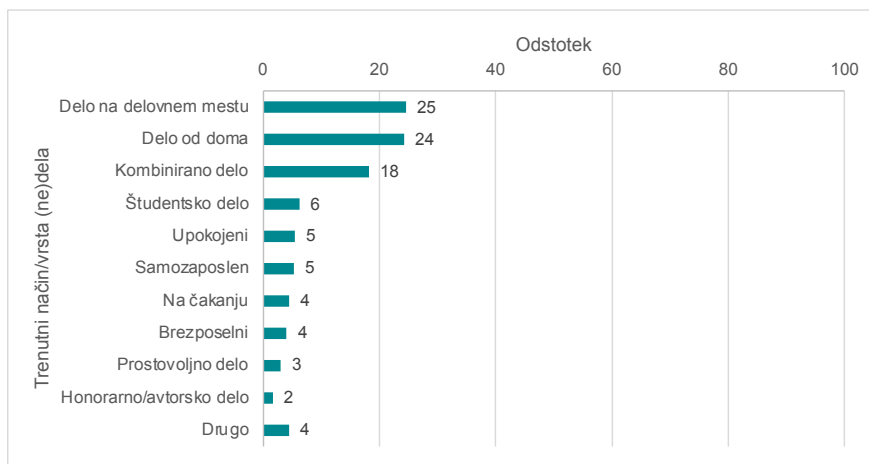
1.1.4 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev

V Tabeli 1.1. vidimo, da je nekoliko večji delež udeležencev prihajal iz mestnega okolja. Druga okolja, v katerih so živeli udeleženci, so bila predmestje, manjši kraj, spalno naselje, vas. Večina udeležencev je imela univerzitetno izobrazbo oz. drugo bolonjsko stopnjo, najmanj pa jih je imelo osnovno šolo ali poklicno šolo. Večji delež vzorca so sestavljali udeleženci brez šoloobveznih otrok.

Tabela 1.1 (Druge) socio-demografske lastnosti udeležencev ($N = 3556$, $N_{starost} = 3552$)

	<i>f</i>	%
Okolje prebivališča		
Mestno okolje	1940	54,56
Podeželje	1536	43,19
Drugo	80	2,25
Izobrazba		
Osnovna šola ali manj	24	0,67
Poklicna šola	94	2,64
Štiriletna srednja šola	662	18,62
Višja šola/visoka šola/prva bolonjska stopnja	739	20,78
Univerzitetna izobrazba/druga bolonjska stopnja	1690	47,53
Znanstveni magisterij/doktorat	347	9,76
Starši šoloobveznih otrok		
Da	1043	29,33
Ne	2513	70,67

Iz Slike 1.4 je razvidno, da je večina udeležencev med epidemijo opravljala delo na delovnem mestu ali od doma. Več oseb je poročalo tudi o kombiniranem delu. Najmanj udeležencev je opravljajo honorarno delo ali delo po avtorski oz. podjemni pogodbi. Majhen delež udeležencev (4 %) je opravljal delo na druge načine, ki niso opredeljeni v Sliki 1.4, in sicer skrajšan delovni čas (bodisi kot invalidski upokojenec bodisi zaradi drugih razlogov), bolniška ali porodniška odsotnost, dejavnost v okviru društva, del delovnega časa na čakanju, delo na terenu, pogodbeno delo, delno delo kot samostojni podjetnik, delo preko javnih del, koriščenje varstva otroka, poklicna rehabilitacija, opravljanje dela gospodinje in opravljanje usposabljanja ali pripravništva.



Slika 1.4 Trenutni način/vrsta (ne)dela udeležencev ($N = 3556$)

Opomba Kombinirano delo vključuje posameznike, ki določen delež svojega dela opravljajo doma, drug delež svojega dela pa opravljajo na delovnem mestu. Posameznik se lahko pojavlja v več kategorijah hkrati.

Tabela 1.2, vezana na zaposlitveno strukturo udeležencev, prikazuje, da so v vzorcu prevladovali udeleženci, zaposleni na področju vzgoje in izobraževanja, sledili so udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, zdravstvu in socialnem varstvu. Najmanj udeležencev je bilo zaposlenih v nevladnem sektorju in državni upravi. Pri nadaljnjih analizah v tem poglavju smo v prikaz so zajeli le zaposlitvene skupine, ki so bile dobro zastopane. Med te spadajo vzgoja in izobraževanje, zdravstvo, socialno varstvo in gospodarstvo.

Slabih 9 % udeležencev je prihajalo z drugih področij dela, med katerimi so navedli administracijo, arhitekturo, avtomobilsko industrijo, bančništvo, biznanost, civilno zaščito, cvetličarstvo, digitalno svetovanje, gospodinja/-ec, dogodkovna industrija, druge zdravstvene dejavnosti, društvo, energetiko,

fotografstvo, frizerstvo, gostinstvo in turizem, gradbeništvo, humanitarno organizacijo, inštitut, informacijske tehnologije, jezikoslovje, klicni center, kmetijstvo, komunalna, inženirstvo, komercialo, kozmetiko, kulturo, kuharstvo, lokalna (samo)uprava, mediji, mednarodno podjetje, mladinsko delo, naravovarstvo, oblikovanje, občinska uprava, pravnštvo, osebne storitve, osebno-stna rast idr.

Brezposelni, tj. 144, so v 30 % izgubili delo zaradi ukrepov. Razpon trajanja brezposelnosti pa sega od enega tedna do nekaj let.

Tabela 1.2 Zaposlitvena struktura udeležencev za posamezna področja dela ($N = 3556$)

	<i>n</i>	%
Vzgoja in izobraževanje	1176	
Svetovalna služba	184	15,6
Poučevanje	644	54,8
Vodstveni kader	239	20,3
Podporne službe	109	9,3
Zdravstvo	333	
Zdravnik	97	29
Medicinska sestra/babica/zdravstveni tehnik	94	28
(Klinični) psiholog	46	14
Vodstveni kader	14	4
Podporne službe	16	5
Opravljanje specializacije	5	2
Drugo	61	18
Socialno varstvo	213	
Dom za starejše občane (DSO)	30	14,1
Pomoč na domu	6	2,8
Center za socialno delo (CSD)	85	39,9
Nevladne organizacije (NVO)	49	23,0
Varne hiše	4	1,9
Socialnovarstveni zavodi (SVZ1), varstveno-delovni centri (VDC)	18	8,5
Drugo	21	9,9
Gospodarstvo	421	
Lastnik/direktor	68	14,08
Vodstveni zaposleni	57	11,80
Specialist/izvedenec za izbrano strokovno področje	186	38,51

	<i>n</i>	%
Prodaja in nabava	65	13,46
Tehnična/poslovna/administrativna podpora	70	14,49
Enostavna dela/proizvodnja/skladišče	31	6,42
Drugo	6	1,24
Državna uprava	148	4,2
Nevladni sektor	178	5,0
Drugo	313	8,8

1.2 Doživljanje stiske

1.2.1 Splošno doživljanje in primerjava s preteklimi obdobji

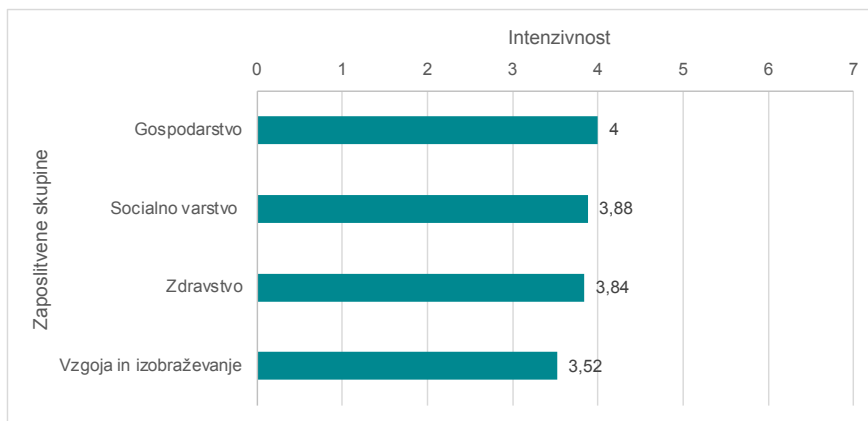
Udeleženci so doživljali srednje intenzivno duševno stisko. Z zaznano stisko so se v povprečju dokaj uspešno spoprijemali (Tabela 1.3).

Tabela 1.3 Doživljanje duševne stiske in spoprijemanje z njo med epidemijo ($N = 3556$)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Doživljanje duševne stiske	3556	3,81	1,94
Spoprijemanje z duševno stisko	3359	4,78	1,39

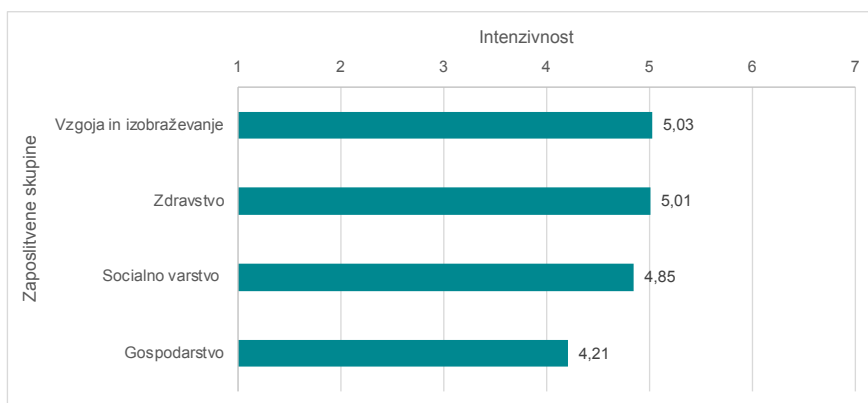
Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika. Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (zelo neuspešno) do 7 (zelo uspešno), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.

V drugem valu epidemije je bila od opazovanih skupin udeležencev duševna stiska najizrazitejša med zaposlenimi v gospodarstvu, najmanj izrazita pa med zaposlenimi v vzgoji in izobraževanju (Slika 1.5). Zaposleni v vzgoji in izobraževanju so poročali, da so se z zaznano stisko najbolj uspešno spoprijemali, medtem ko so se največje težave pri spoprijemanju s stisko pojavile pri zaposlenih v gospodarstvu (Slika 1.6).



Slika 1.5 Doživljanje duševne stiske med epidemijo pri zaposlenih na različnih področjih dela ($n_{VIZ} = 1176$; $n_{zdravstvo} = 322$; $n_{soc. varstvo} = 213$; $n_{gospodarstvo} = 421$)

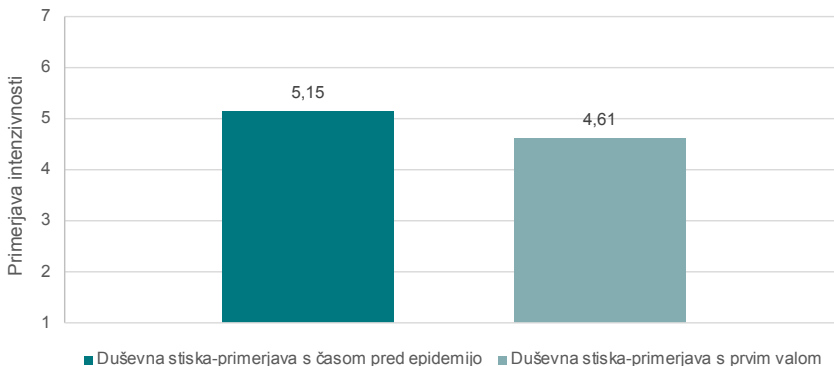
Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika.



Slika 1.6 Spoprijemanje z duševno stisko med epidemijo pri zaposlenih na različnih področjih dela ($n_{VIZ} = 1097$; $n_{zdravstvo} = 308$; $n_{soc. varstvo} = 206$; $n_{gospodarstvo} = 399$)

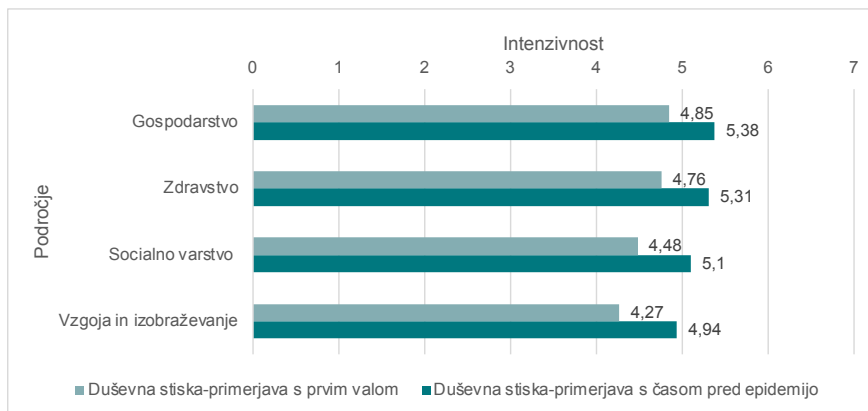
Opomba Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (zelo neuspešno) do 7 (zelo uspešno), vrednost 4 je predstavljal srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.

Udeleženci so v drugem valu epidemije čutili nekoliko večjo duševno stisko kot v prvem valu epidemije in še nekoliko večjo stisko kot pred epidemijo (Slika 1.7). Omenjeni vzorec so najbolj zaznavali zaposleni v gospodarstvu, najmanj pa zaposleni v vzgoji in izobraževanju (Slika 1.8).



Slika 1.7 Doživljanje duševne stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in med prvim valom ($n = 3556$)

Opomba Odgovor na »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« in odgovor na »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« sta merjena na lestvici od 1 (čutim veliko manjšo stisko) do 7 (čutim veliko večjo stisko). Višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko v primerjavi s časom pred epidemijo, višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« pa nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko kot med prvim valom epidemije.



Slika 1.8 Doživljanje duševne stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in med prvim valom glede na zaposlitveno skupino ($n = 3556$)

Opomba Odgovor na »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« in odgovor na »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« sta merjena na lestvici od 1 (čutim veliko manjšo stisko) do 7 (čutim veliko večjo stisko). Višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko v primerjavi s časom pred epidemijo, višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« pa nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko kot med prvim valom epidemije.

1.2.2 Specifične stiske, povezane s covidom-19

Iz Tabele 1.4 je razvidno, da so udeleženci med epidemijo najintenzivneje doživljali strah pred okužbo bližnjih, pred negotovo prihodnostjo in pred izgubo oz. omejitvijo svoboščin. To so bile med udeleženci tudi bolj prevladujoče težave, saj je o strahu pred okužbo bližnjih poročalo 93 % udeležencev, o strahu pred negotovo prihodnostjo 90 % oseb in strahu pred izgubo oz. omejitvijo svoboščin 82 % udeležencev.

Tabela 1.4 Doživljanje posameznih težav med epidemijo ($n = 3556$)

	% (vseh razen odgovora o)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Zdravstvene težave	68	1,97	2,03
Strah pred lastno okužbo	78	2,36	2,06
Strah pred okužbo bližnjih	93	4,16	2,22
Stiska zaradi izolacije	84	3,46	2,38
Strah pred negotovo prihodnostjo	90	3,98	2,32
Skrb zaradi dostopnosti zdravstvenih storitev	87	3,60	2,29
Ločenost od družine	81	3,62	2,51
Spremenjen obseg dela	81	3,51	2,45
Delo v stresnih okoliščinah	82	3,49	2,45
Delo na daljavo	68	2,76	2,50
Skrbi zaradi upada dohodkov, materialne varnosti	73	2,85	2,48
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	50	1,79	2,37
Brezposelnost	38	1,46	2,33
Pomanjkanje koristnega dela/prispevka k družbi	62	2,29	2,38
Selitev v skupno gospodinjstvo	25	0,80	1,74
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	60	2,08	2,34
Slabši medosebni odnosi v službi	51	1,60	2,09
Usklajevanje službenih in družinskih obveznosti	54	2,22	2,59
Strah pred kršenjem odlokov	67	2,25	2,30
Strah pred izgubo/omejitev svoboščin	82	3,98	2,65
Drugo	9	2,26	3,00

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.

Udeleženci so poleg skrbi, navedenih v Tabeli 1.4, navedli tudi druge, ki so prikazane v Tabeli 1.5. Najbolj so izpostavili stiske, povezane s političnim dogajanjem, ki so se v precej povezovala s strahom pred izgubo svoboščin, vendar so vključevale tudi dvome o načinu vladanja ter strah pred izgubo demokracije in represijo. Nekateri so spraševali o smiselnosti in skladnosti ukrepov ter o dolgoročnih posledicah ukrepov. V povezavi z ukrepi o prepovedi gibanja in drugimi omejitvami in predpisi so navajali določena neprijetna čustva, kot so jeza, strah, dolgčas, nemoč, žalost in empatija do prikrajšanih. Precej udeležencev je navedlo občutek pomanjkanja stikov, skrb za lastno duševno/telesno zdravje in zdravje bližnjih ter občutek negativne naravnosti družbe (sovraštvo, egoizem, polarizacija, nasilje ...).

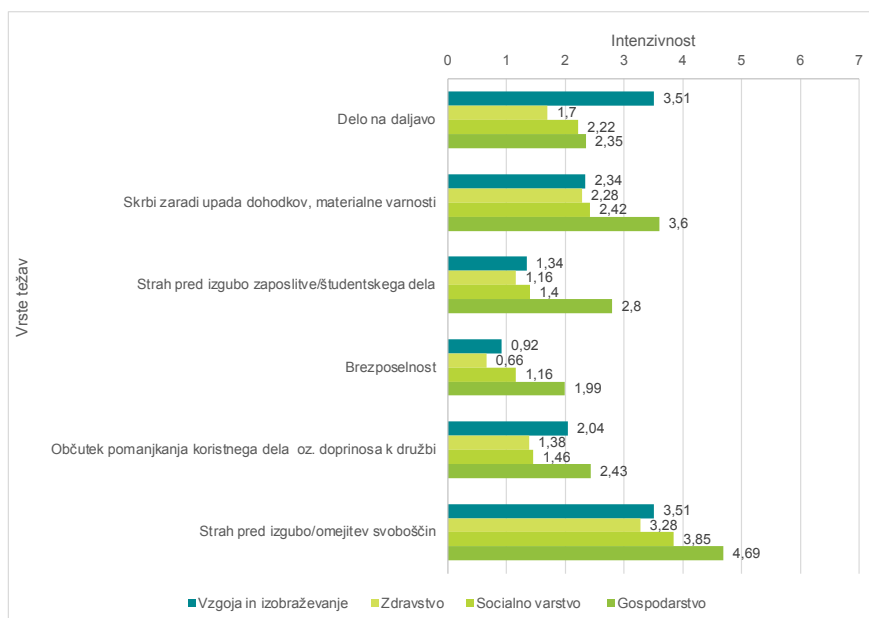
Tabela 1.5 Doživljanje posameznih težav med epidemijo, ki so jih udeleženci navedli pod kategorijo drugo (kvalitativna analiza)

Odgovori	Opis	f
Politično dogajanje	Dvomi in zadržki glede vlade in načina njenega delovanja (npr. širjenja sovraštva), ki vključuje tudi strah pred represijo, izgubo demokracije in pred izgubo pravic.	36
Neprijetna čustva ob omejitvah	Občutki, ki se pojavljajo: jeza, strah, dolgčas, nemoč, žalost, empatija do prikrajšanih ljudi. Razlogi za čustva so: prepoved gibanja, kršenje odlogov, želja po dogajanju, policijska ura, izguba svobode, prilagajanje, nedostopnost javnih prevozov, ujetost, nošenje maske, opravljanje pogreba.	29
Pomanjkanje stikov	Pogrešanje prijateljev, družinskih članov, osamljenost, ločenost od partnerja.	22
Negativna naravnost družbe	Zaznavanje družbene sovražnosti, egoizma, polarizacije družbe, nasilja, izgube človečnosti, apatije, negativnosti, nestrpnosti, sebičnosti, nezaupanja.	12
Lastno duševno in telesno zdravje in zdravje družinskih članov	Pojav občutkov tesnobe, jeze, žalosti, nemoči, obupa, samomorilnih misli (dva odgovora), strahu (splošno ter pred boleznijo in njenimi posledicami, vključujoč smrt), pomanjkanja motivacije, stres, nespečnost in skrb za telesno zdravje.	19
Nesmiselnost in neskladnost ukrepov	Občutek brezsmiselnosti in neutemeljenosti ukrepov in kazni.	9
Strah pred (obveznim) cepljenjem	Strah pred cepljenjem, pred obveznostjo cepljenja, strah pred odzivom telesa.	8
Stiske v povezavi z delom	Varnost na delovnem mestu, težave z delom na daljavo, nižja motivacija, nezaupanje vodje, občutek nekoristnosti v službi, izguba vpliva in stika z zaposlenimi, preobremenjenost.	7
Slabši življenjski slog	Pomanjkanje telesne aktivnosti, spremenjen ritem, nedostopnost skupinskih vadb, skupinskih hobijev.	7
Uspešnost šolanja otrok/mladostnikov/študentov	Slabši program, nižja motivacija, slabša poklicna usposobljenost, socializacija otrok.	6
Otežen dostop do zdravnika in terapevtskih storitev	Slabša aktivnost, manj preventivnih storitev.	5
Dolgoročne posledice ukrepov	Splošno ter pri otrocih in mladostnikih.	5
Skrb zaradi neupoštevanja ukrepov drugih ljudi	Skrbi pred širjenjem okužbe zaradi neodgovornosti ljudi.	5
Ekonomska kriza	Finančna kriza, povečanje družbenih neenakosti in slabše socialne razmere.	5

Odgovori	Opis	f
Nepredvidljivost epidemiološkega stanja	V zvezi s širjenjem virusa in novimi ukrepi.	5
Brezposelnost oz. slabša zaposljivost	Tako lastna kot pri drugih družinskih članih.	4
Strah pred razširjenostjo nestrokovnih informacij	Strah pred negativnimi posledicami takšnih informacij.	3
Usklajevanje obveznosti	Družinskih, gospodinjstkih in službenih/študijskih obveznosti.	3
Delo z uporabniki	Stres uporabnikov, grožnje uporabnikov in izčrpanost ob poskusih motiviranja uporabnikov.	3
Ustrezno komuniciranje glede informacij v zvezi z epidemijo covid-19	Občutek, da informacije niso podane ustrezno in pravi čas.	3

Opomba V (zgornji) tabeli so predstavljeni odgovori, ki so jih udeleženci v sklopu Tabele 1.6 podali pod možnostjo „drugo“.

Med zaposlenimi na različnih področjih je prihajalo do razlik v intenzivnosti doživljanja posameznih stisk (Slika 1.8). Najintenzivnejšo stisko v povezavi z delom na daljavo so doživljali zaposleni v vzgoji in izobraževanju, medtem ko so zaposlene v gospodarstvu bremenile predvsem skrbi, povezane z varnostjo zaposlitve in ekonomsko varnostjo. Pri njih je bil najizrazitejši tudi strah pred izgubo oz. omejitvijo svoboščin.



Slika 1.9 Skrbi udeležencev, zaposlenih na različnih področjih dela ($n_{VIZ} = 1176$; $n_{zdravstvo} = 322$; $n_{soc. varstvo} = 213$; $n_{gospodarstvo} = 421$)

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali

zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika. Prikazane so vrste težav, pri katerih se pojavljajo največje razlike med izbranimi poklicnimi skupinami.

1.3 Doživljanje nasilja

Tabela 1.6 prikazuje, da je pred epidemijo nasilje v družini oziroma v partnerskem odnosu doživljalo 1,9 % udeležencev, medtem ko je med epidemijo ta vrsta nasilja porasla na 2,9 %. Do porasta nasilja je prišlo tudi na delovnem mestu, saj je pred epidemijo tovrstno obliko nasilja doživljalo 2,1 % udeležencev, po epidemiji pa 3,7 %.

Tabela 1.6 Doživljanje nasilja v medosebnih odnosih pred epidemijo in med epidemije pri udeležencih ($N = 3556$)

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
V družini oziroma partnerskem odnosu	66	1,9	103	2,9
Na delovnem mestu	75	2,1	133	3,7
V drugih medosebnih odnosih	/	/	124	3,5

1.4 Psihične in fizične težave

Tabela 1.7 prikazuje, da sta dve tretjini udeležencev v zadnjih štirih tednih imeli vsaj malo težav z bolečinami v hrbtu in glavoboli, polovica pa je poročala o bolečinah v rokah, nogah ali sklepih. Te težave so navajali tudi kot najbolj izrazite. Bolečine v hrbtu so zelo mučile četrtno udeležencev, glavoboli ter bolečine bolečine v rokah, nogah ali sklepih pa šestino udeležencev.

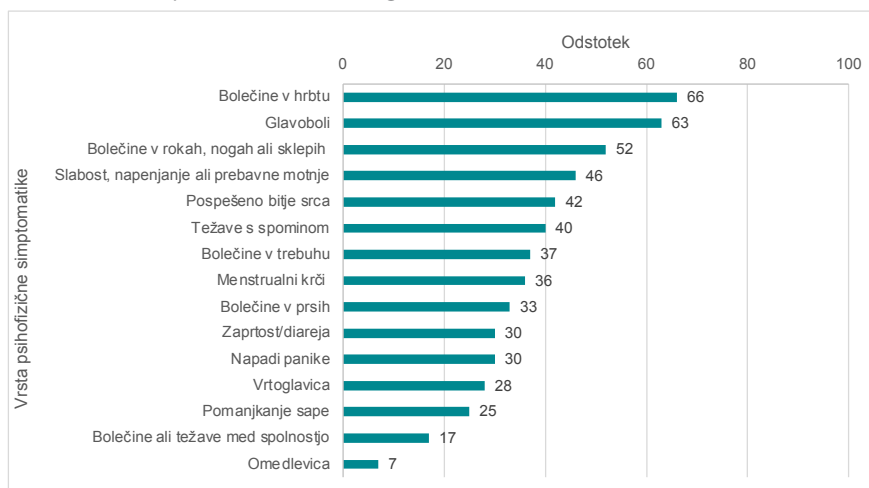
Pri udeležencih je bila psihosomatska simptomatika v povprečju blago izražena (Tabela 1.9). Med prikazanimi zaposlitvenimi skupinami ni izrazitejših razlik na skupnem rezultatu izraženosti somatske simptomatike (Slika 1.11).

Tabela 1.7 Doživljanje posameznih psihofizičnih težav v zadnjih štirih tednih pri udeležencih ($N = 3528$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Bolečine v trebuhu	37	7	0,44	0,62
Bolečine v hrbtu	66	24	0,90	0,76
Bolečine v rokah, nogah ali sklepih	52	17	0,68	0,74
Menstrualni krči	36	13	0,49	0,72
Glavoboli	63	17	0,81	0,71
Bolečine v prsih	33	8	0,41	0,62
Vrtoglavica	28	5	0,32	0,56

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Omedlevica	7	1	0,08	0,31
Pospešeno bitje srca	42	11	0,53	0,68
Pomanjkanje sape	26	5	0,30	0,55
Bolečine ali težave med spolnostjo	17	4	0,21	0,49
Zaprtoš/diareja	30	6	0,36	0,59
Slabost, napenjanje ali prebavne motnje	46	10	0,56	0,67
Težave s spominom	40	9	0,50	0,66
Napadi panike	30	7	0,37	0,61

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih vsaj malo (ali zelo) mučile navedene psihofizične težave (odgovor 1 ali 2). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih zelo mučile navedene psihofizične težave (odgovor 2).



Slika 1.9 Odstotek udeležencev, ki so v zadnjih štirih tednih vsaj malo doživljali posamezno psihofizično težavo (N = 3528)

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1 ali 2.

Tabela 1.8 prikazuje, da skoraj tri četrtine udeležencev poroča, da so vsaj nekaj dni v zadnjih štirih tednih čutili utrujenost in pomanjkanje energije, medtem ko sta se dve petini tako počutili več kot polovico dni. Dve tretjini udeležencev poroča o občasnem pomanjkanju zanimanja ali veselja in težavah s spanjem, tretjina pa omenjene simptome čuti več kot polovico dni. Prav tako slabi dve tretjini udeležencev poročata o občasnih občutkih potrtosti,

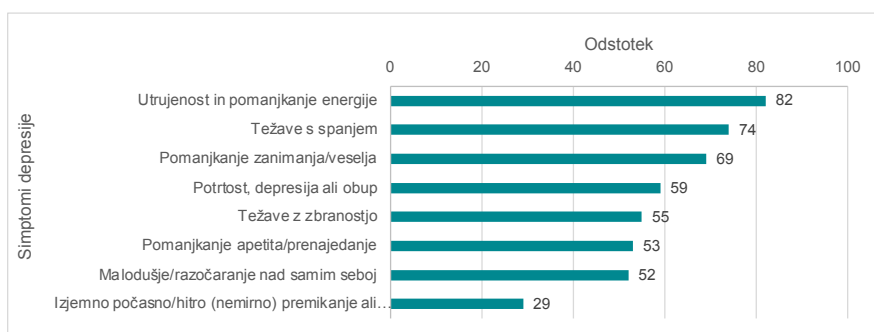
depresije, obupa, težavah z zbranostjo, pomanjkanjem apetita ali prenajedanjem ter malodušjem oziroma razočaranjem nad seboj, petina udeležencev pa te občutke doživlja več kot polovico dni.

Povprečno udeleženci izražajo simptome blage depresije (Table 1.9). Visoka mera standardne deviacije kaže, da med posamezniki obstajajo precejšnje razlike. Skupaj z relativno visokim povprečjem lahko sklepamo, da v populaciji obstaja pomemben delež posameznikov, ki bi lahko imeli klinično pomembne simptome depresije. Med prikazanimi zaposlitvenimi skupinami so bili simptomi depresije najvišje izraženi pri zaposlenih v gospodarstvu, najnižje izraženi pa so bili pri zaposlenih v socialnem varstvu (Slika 1.12).

Tabela 1.8 Doživljanje posameznih simptomov depresije pri udeležencih v zadnjih 14 dneh ($N = 3472$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pomanjkanje zanimanja/veselja	69	27	1,09	0,97
Potrtost, depresija ali obup	59	20	0,88	0,93
Težave s spanjem	74	33	1,21	0,99
Utrujenost in pomanjkanje energije	83	39	1,39	0,97
Pomanjkanje apetita/prenajedanje	53	21	0,85	0,97
Malodušje/razočaranje nad samim seboj	52	23	0,85	0,99
Težave z zbranostjo	55	23	0,88	0,99
Izjemno počasno/hitro (nemirno) premikanje ali govorjenje	29	9	0,42	0,75

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile vsaj nekaj dni ali več (odgovor 1 ali več). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile več kot polovico dni (odgovori 2 in 3).



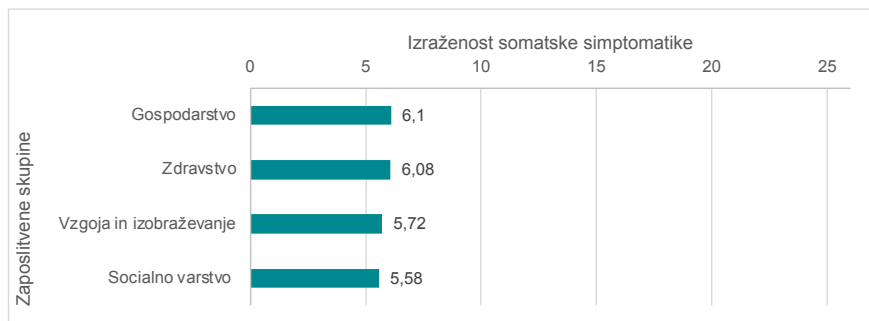
Slika 1.10 Odstotek udeležencev, ki so vsaj nekaj dni v zadnjih 14 dneh doživljali posamezne simptome depresije ($n = 3472$)

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1, 2 ali 3.

Tabela 1.9 Rezultati udeležencev na vprašalnikih PHQ-15 in PHQ-8

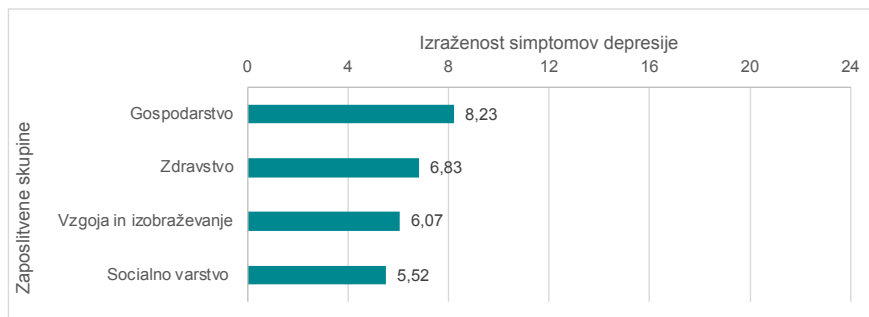
	<i>N</i>	<i>Rezultat (M)</i>	<i>SD</i>
PHQ-15 (13)	3528	6,09	4,67
PHQ-8	3472	7,56	6,01

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Tudi na lestvici PHQ-8 je najnižji možni rezultat 0, najvišji pa 24.



Slika 1.11 Rezultati vprašalnika PHQ-15 (13) glede na področje dela ($n_{viz} = 1169$; $n_{zdravstvo} = 315$; $n_{soc. varstvo} = 210$; $n_{gospodarstvo} = 420$)

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26.



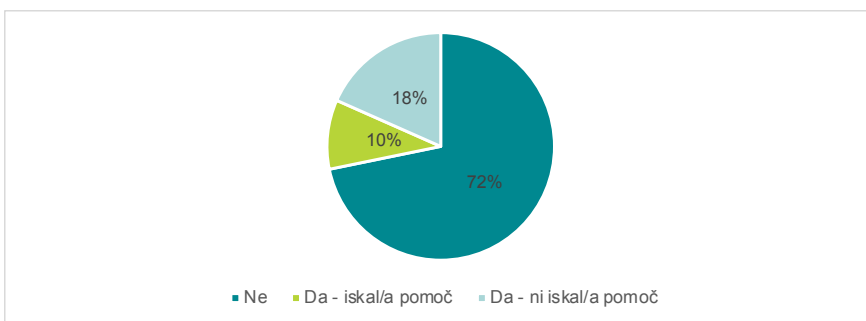
Slika 1.12 Rezultati vprašalnika PHQ-8 glede na področje dela ($n_{viz} = 1151$; $n_{zdravstvo} = 315$; $n_{soc. varstvo} = 205$; $n_{gospodarstvo} = 413$)

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-8 je 0, najvišji možni rezultat pa 24.

1.5 Potreba po podpori

Večina udeležencev je poročala, da med epidemijo covid-19 ne bi potrebovala psihološke podpore. Med udeleženci, ki so menili, da bi psihološko podporo potrebovali, jih večji delež pomoči ni poiskalo (Slika 1.13).

Kot razloge, da pomoči niso poiskali, udeleženci navajajo težave z dostopnostjo pomoči, vključno s prezasedenostjo ter geografsko in finančno nedostopnostjo. Navedli so tudi občutek, da obvladajo svoje duševno zdravje ter poznajo in uporabljajo načine, kako ga krepiti. Pri nekaterih sta bili oviri prezasedenost in pomanjkanje časa, nekateri pa so čutili, da v svoji socialni mreži dobijo dovolj podpore. Med ovirami so udeleženci nevedli tudi različne strahove, stigmo, sram in ne poznavanje virov pomoči (Tabela 1.10).



Slika 1.13 Potreba po psihološki podpori udeležencev ($n = 3463$)

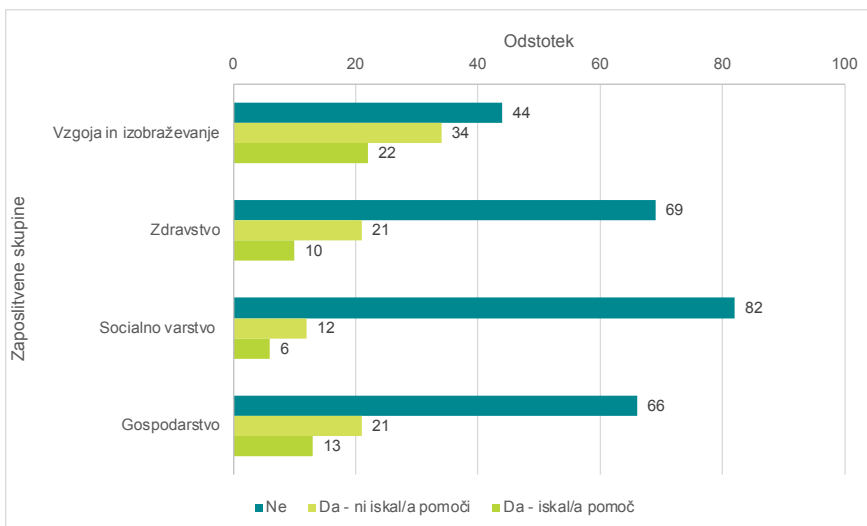
Tabela 1.10 Razlogi, da udeleženci pomoči, ki so potrebovali, niso poiskali

Odgovor	Opis	<i>f</i>
Težave z dostopnostjo	Udeleženci poudarjajo splošno pomanjkanje dostopa, pri čemer opozarjajo na prezasedenost zdravstvenega sistema, nedostopnost psiholoških storitev v njihovem okolišu ter nedostopnost psihoterapevtskih storitev v okviru zdravstva. Poudarjajo tudi pomanjkanje dostopa, ki je vezano na trenutne razmere, in ukrepe, ki vključujejo zmanjšano delovanje storitev ter težave s prevozi.	123
Občutek obvladanja situacije oz. zanašanje na lastne vire	Udeleženci si pomagajo sami z različnimi mehanizmi (čuječnost, dihalne vaje, sprehodi, telovadba, izobraževanje - psihoedukacija, vera, tapkanje, joga, delo, alternativna medicina, samopomoč ...), navajeni so potrpeti, imajo občutek "kompetentnosti" na tem področju. Nekateri menijo, da težave niso prevelike in da jih bodo že premagali. Zdi se jim, da vedo, kaj morajo narediti, vendar ni pravi čas oz. jim primanjkuje motivacije.	117
Občutek pomanjkanja časa (prezasedenost, preobremenjenost)	Kot razloge med drugim navajajo službene in družinske obveznosti.	83
Zadostna podpora v socialni mreži	Prijatelji, družina, sodelavci, prijatelji/sodelavci psihologi, parter/-ica, neformalne podporne skupine (službene).	66

1 Ocena potreb po psihosocialni pomoči za vse udeležence

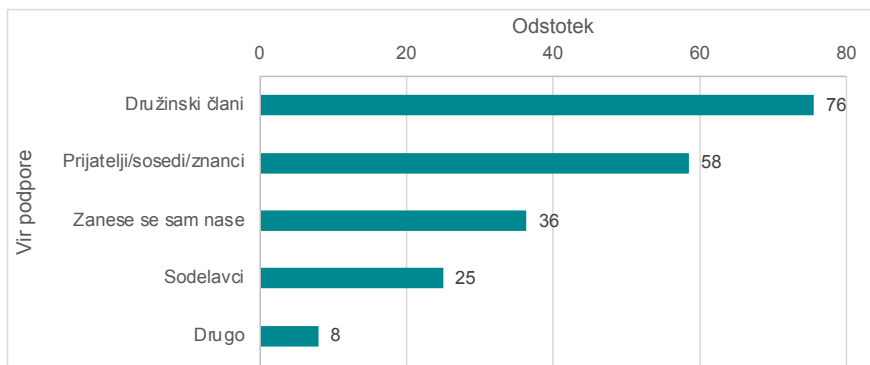
Odgovor	Opis	f
Finančni razlogi	Občutek, da so storitve predrage in si jih ne morejo privoščiti.	53
Različni strahovi in pomanjkanje poguma	Večina udeležencev strahu ni posebej opredelila, sicer pa navajajo strah pred podoživljanjem negativne izkušnje (2 odgovora), strah pred medikamentoznim zdravljenjem (2), pred možnostjo okužbe (2), pred neznanim, pred odpiranjem (novi osebi), pred tem, kakšen bo terapevt/psiholog, ter strah pred okužbo (2 odgovora).	50
Ne poznavanje (pravih) virov pomoči	Udeleženci ne vedo, kam bi se obrnili, kako do (ustrezne) pomoči, in ne vedo, kako je s pomočjo v času covid-19. Navajajo tudi slabo razvidno kredibilnost zasebnikov.	41
Občutki stigme in sramu	Doživljajo občutke sramu (glede svojega doživljanja, glede iskanja pomoči), imajo predsodke do iskanja pomoči ali so mnenja, da iskanje pomoči pomeni potrditev težav. Doživljajo tudi stigmo do medikamentoznega zdravljenja in občutek stigme v domačem okolju.	40
Občutek, da drugi potrebujejo pomoč bolj kot oni	Ne želijo obremenjevati prezasedenega kadra, saj menijo, da imajo drugi večje stiske in pomoč bolj potrebujejo.	34
Zadržki pred terapijami na daljavo	Menijo, da pogovor po telefonu oz. na daljavo ni enak (slabši občutek, dvom o učinkovitosti), imajo željo po stiku v živo, srečujejo se z nezmožnostjo pogovora na daljavo zaradi pomanjkanja zasebnosti doma.	32
Upanje na bolje	Doživljajo splošno upanje na bolje (npr. »bo minilo«, »bo bolje«) oz. upanje na bolje, ko se bo končala epidemija.	32
Dvom o uspešnosti pomoči	Občutek, da terapija ne bo v pomoč za njihove težave in da ni smiselna, ter dvomi o zadostni strokovnosti in učinkovitosti (javnozdravstvenih) psiholoških in psihiatričnih storitev.	30
Pomanjkanje energije/razpoloženja/volje	Občutek, da nimajo energije oz. volje in da bo ta korak pretežek.	28
Neodločenost/odlašanje	Za pomoč se še niso dokončno odločili oz. je še niso začeli iskati.	19
Občutki nizke lastne vrednosti	Občutek imajo, da so v napoto, da težko naredijo nekaj zase in da njihove težave niso pomembne oz. relevantne.	15
Uporaba zdravil	Jemljejo antidepresive oz. druga zdravila.	8
Želja po pomoči v njihovi socialni mreži	Med prijatelji, v družini, v širši okolici in znotraj delovnega okolja.	7
Občutki, da zaradi dela v skrbstvenem poklicu ne morejo prejeti pomoči	Zaradi dela z ljudmi menijo, da njim pomoč ne pripada, oz. imajo občutek, da ni službe, namenjene pomoči za skrbstvene poklice.	4
Službene prepreke	Občutek, da si zaradi službe ne morejo privoščiti bolniškega dopusta.	2

V grafu na Sliki 1.14 vidimo, da je bila, glede na prikazane zaposlitvene skupine, potreba po psihološki podpori najizrazitejša pri zaposlenih v vzgoji in izobraževanju, najmanj izrazita pa pri zaposlenih v socialnem varstvu. Največji odstotek udeležencev, ki je menil, da ne potrebuje psihološke podpore, so predstavljali zaposleni v socialnem varstvu, najnižji odstotek pa zaposleni v vzgoji in izobraževanju. Vsi udeleženci, zaposleni na različnih področjih dela, ki so potrebovali pomoč, pa je pogosteje niso iskali, kot da bi jo iskali.



Slika 1.14 Potreba po psihološki podpori glede na področje dela ($n_{VIZ} = 1151$; $n_{zdravstvo} = 311$; $n_{soc. varstvo} = 204$; $n_{gospodarstvo} = 411$)

Udeleženci so se za podporo v stiski, znotraj svoje socialne mreže, najpogosteje obrnili na družinske člane ali prijatelje, sosede oz. znance (Slika 1.15). Kot druge vire podpore, ki niso izpostavljeni v Sliki 1.15, so udeleženci navedli še partnerja/ko, društvo, religijo oz. duhovno podporo, domačo žival, različne strokovnjake (npr. psihiater, psiholog, zdravnik, supervizor), skupine na spletu (npr. Facebook, forumi ...), pomoč po telefonu idr.



Slika 1.15 Iskanje podpore v socialni mreži udeležencev ($N = 3435$)

1.6 Viri pomoči

Slika 1.16 prikazuje, da so udeleženci kot vir pomoči pri doživljanju stiske naj-pogosteje uporabljali pogovor s prijatelji, družino ali znanci in telesno dejavnost. Pogosto so si stisko lajšali tudi z branjem ali poslušanjem (avdio) knjig. Poleg aktivnosti, navedenih v Sliki 1.16, so udeleženci navajali tudi tehnologijo za sprostitev, stik z naravo, dodatno delo ali študij, opravljanje vsakodnevnih opravil, skrb za živali, ustvarjanje idr. (Tabela 1.11).



Slika 1.16 Viri pomoči, ki so jih udeleženci že uporabljali za lajšanje stisk ($N = 3435$)

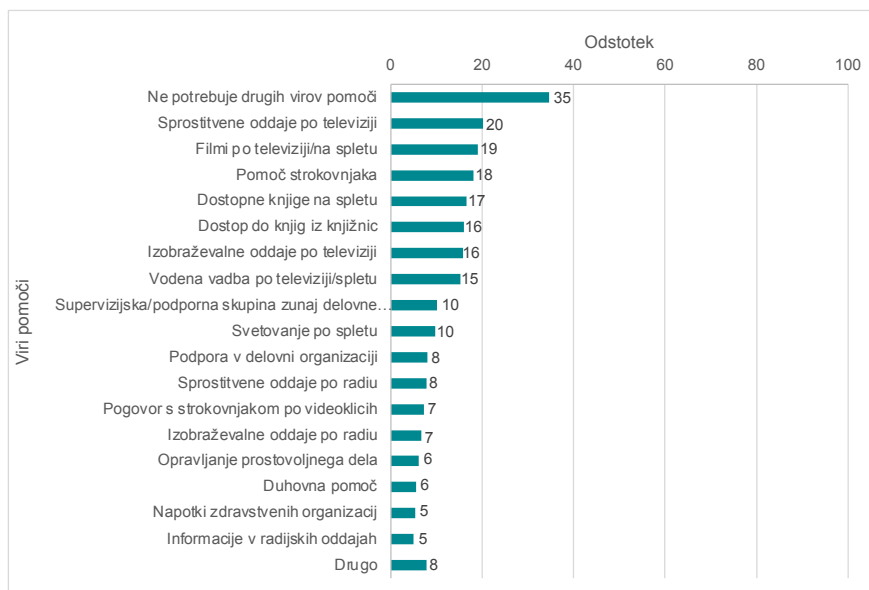
Tabela 1.11 Drugi viri pomoči, ki jih udeleženci v raziskavi že uporabljajo za lajšanje stisk

Področje	Opis področja	f
Uporaba tehnologije za sprostitvev	Televizija, filmi, nanizanke, videoigre, poslušanje glasbe, aplikacije.	35
Stik z naravo zunaj doma	Sprehodi/pohodi v naravi.	29
Dodatno delo, študiranje	Več dela, spletna izobraževanja, delo pri projektu.	21
Pogostejše opravljanje vsakodnevni opravil znotraj doma	Kuhanje in zdrava prehrana, domača opravila.	20
Skrb za živali	Nega, »crkljanje«, sprehajanje, ukvarjanje z živalmi, nakup živali.	18
Ustvarjanje	Šivanje, kvačkanje, izdelava voščilnic, ustvarjanje z otroki, petje, novi hobiji.	16
Skrb zase	Več nege in počitka.	14
Dejavnosti z otroki	Igra z otroki, varstvo, preživet čas z njimi, nega dojenčkov.	12
Delo v okolici hiše	Vrt, kmečka opravila.	10
Duhovnost	Molitev, pogovor z Bogom, duhovna pomoč.	9
Druge sprostitvene dejavnosti	Različne pritočasne dejavnosti in novi hobiji; humor/smeh.	9
Moč misli	Avtosugestija, poglobitev vase in pogovor s seboj, upanje.	7
Medikamentozna podpora	Tablete za nespečnost, depresivnost, anksioznost, obisk zdravnika.	7
Umik od težave	Odmisliti stisko, težavo, zapreti se vase, brez medijev in politike.	6
Druge fizične dejavnosti	Fizično delo; telesna dejavnost doma, po videoklicu.	4
Druge miselne dejavnosti	Pisanje knjige, predavanje, miselne igre (npr. uganke, križanke).	4
Izražanje čustev	Jok, jeza na vlado, samopoškodovanje.	4
Nakupovanje	Nakup po spletu.	3
Samopomoč	Pisanje dnevnika, prisotnost v trenutku.	3
Razmišljanje o covidu-19	Spremljanje novic, iskanje razlag.	2

Opomba V (zgornji) tabeli so predstavljeni odgovori, ki so jih udeleženci v sklopu Tabele 1.12 podali pod možnostjo »drugo«.

Večji del udeležencev je izrazilo, da ne potrebuje še drugih virov pomoči za lajšanje stiske (Slika 1.17). Udeleženci, ki so izrazili, da bi želeli druge vire pomoči, so najpogosteje navajali naslednje vire pomoči: sprostitvene oddaje po televiziji, filmi po televiziji ali na spletu, pomoč strokovnjaka, dostopne knjige po spletu in iz knjižnic, izobraževalne oddaje po televiziji in vodena vadba po televiziji ali spletu. Kot vire, ki niso navedeni v Sliki 1.17, pa so udeleženci največ navajali, da si želijo sprostitvev ukrepov in ponovno vzpostavitev socialnih stikov v živo (Tabela 1.12).

1 Ocena potreb po psihosocialni pomoči za vse udeležence



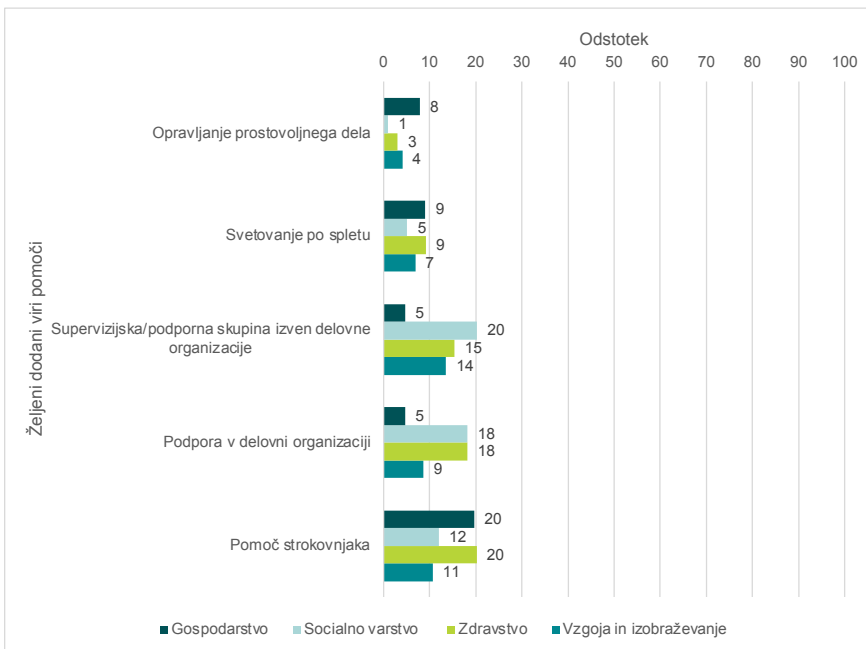
Slika 1.17 Viri pomoči, ki bi jih udeleženci še želeli uporabiti za lajšanje stiske ($n = 3228$)

Tabela 1.12 Viri pomoči, ki si jih udeleženci še želijo uporabiti za lajšanje stiske in so jih navedli pod kategorijo drugo (kvalitativna analiza)

Odgovor	<i>f</i>
Sprostitev ukrepov (normalizacija življenja, izleti v druge občine, odprte lokalov, gledališč, telovadnic, cerkva, možnosti organizirane vadbe, koncerti in drugi dogodki ...)	74
Socialni stik v živo (pogovori in srečanje s prijatelji, partnerjem in družino)	63
Jasna navodila in boljše politično/medijsko komuniciranje	11
Več časa zase	9
Politične spremembe	7
Brezplačne izobraževalne/sprostitvene oddaje na spletu	6
Služba in zaposlitvene možnosti	5
Individualna in skupinska terapevtska pomoč v živo	5
Vrtec/varstvo otroka	4
Boljša delovna organizacija (supervizije, razgovori tima)	3
Finančna pomoč	2

Opomba V (zgornji) tabeli so predstavljeni odgovori, ki so jih udeleženci v sklopu Tabele 1.12 podali pod možnostjo »drugo«.

Razlike med zaposlitvenimi skupinami, prikazane na Sliki 1.18, kažejo, da so potrebo po podpori v delovni organizaciji in supervizijski oz. podporni skupini zunaj delovne organizacije najpogosteje izrazili zaposleni v zdravstvu in socialnem varstvu. Zaposleni v gospodarstvu so izrazili večjo željo po opravljanju prostovoljnega dela in po pomoči strokovnjaka. Ta želja je bila izrazitejša tudi pri zaposlenih v zdravstvu. Ravno zaposleni v gospodarstvu in zdravstvu so najbolj naklonjeni svetovanju po spletu.



Slika 1.18 Izbrani viri pomoči, ki jih udeleženci glede na različna področja dela, še želijo uporabiti za lajšanje stiske ($n_{VIZ} = 1108$; $n_{zdravstvo} = 292$; $n_{soc. varstvo} = 192$; $n_{gospodarstvo} = 406$)

Opomba Prikazani so viri pomoči, pri katerih se pojavljajo največje razlike med izbranimi poklicnimi skupinami oziroma predstavljajo relevantna področja interveniranja.

Poleg člankov na spletu so bili za udeležence ravno socialni stiki oz. pogovor s prijatelji ali sorodniki eden izmed glavnih virov informiranja o zmanjšanju stiske (Slika 1.19). Poleg tega so kot vir informacij navajali tudi strokovnjake za duševno zdravje ter poljudno in strokovno oz. znanstveno literaturo (Tabela 1.13). Najredkeje so informacije iskali v tiskanih publikacijah, drugih virih in po radiu (slika 1.19).

Slika 1.19 Najpogostejši viri informacij v povezavi z lajšanjem duševne stiske ($n = 3228$)



Tabela 1.13 Drugi viri, preko katerih so uporabniki prišli do informacij, povezanih z zmanjševanjem duševne stiske

Viri informacij	<i>f</i>
Preko strokovnjaka (terapevta/ke, psihologa/-inje, psihiatra/-inje, osebne zdravnice)	66
Različna poljudnoznanstvena literatura in knjige za osebno rast	53
Strokovna izobrazba (študij, prebiranje znanstvene literature in izkušnje)	49
V službi, preko kolektiva iz stroke	18
Delo na sebi (joga, obisk narave, samorefleksija)	20
Kanali YouTube oz. podkasti strokovnjakov	19
Splet (splošno in strokovni spletni viri)	17
Skozi vero in s pogovorom z duhovnikom	10
Predavanja strokovnjakov	7
Pretekle izkušnje, znanje	7
Različni domači in tuji mediji in publikacije	3
Drugi družbeni mediji (Instagram, Reddit ...)	3

Opomba V tabeli so predstavljeni odgovori, ki so jih udeleženci v sklopu Tabele 1.13. podali pod možnostjo »drugo«.

Udeleženci so navedli različna vprašanja, na katera vprašanja v povezavi z duševnim zdravjem še želijo dobiti odgovore (Tabela 1.14), med katerimi so prevladovala predvsem vprašanja, povezana s psihološko pomočjo sebi, in sicer pri spoprijemanju z različnimi občutki, čustvi, motnjami, izgorelostjo in stresom. Zanimale so jih predvsem konkretne strategije in njihova uporaba.

Tabela 1.14 Teme vprašanj, ki so jih naslovili udeleženci v raziskavi

Tema vprašanja	Pogostost pojavljanja
1. Psihološka pomoč sebi	
1.1. Spoprijemanje z občutki, čustvi, motnjami, izgorelostjo, stresom	Zelo pogosto
1.2. Uporaba konkretnih strategij	Zelo pogosto
1.3. Prilagajanje, odzivanje na ukrepe in stresne situacije	Pogosto
1.4. Prepoznavna lastne stiske in kdaj po pomoč	Pogosto
1.5. Ohranjanje upanja, pozitivizma, motivacije, mirnost, smisla	Dokaj pogosto
1.6. Normalizacija situacije	Zelo redko
1.7. Spodbuda	Zelo redko
1.8. Organizacija časa, ciljev	Redko
2. Medosebni odnosi/skrb za druge	
2.1. Ohranitev zdravih odnosov	Zelo redko
2.2. Pomoč drugi osebi, skrb za druge, prostovoljstvo	Dokaj pogosto
2.3. Skrb za družinsko, partnersko dinamiko	Pogosto
2.4. Skrb za otroke, odnos z otroki	Dokaj pogosto
2.5. Ohranjanje prijateljstva, kolegalnih odnosov	Zelo redko
2.6. Skrb za starostnike	Zelo redko
3. Sistem zdravstva	
3.1. Dostopnost pomoči	Redko
3.2. Usmeritev v pomoč, kje dobiti pomoč	Redko
3.3. Vrsta pomoči	Zelo redko
4. Politično delovanje, mediji	
4.1. Nekonsistentno delo odločevalcev	Redko
4.2. Neustrezni cilji vlade	Redko
4.3. Neustrezno delo vlade	Redko
4.4. Poročanje medijev	Redko
5. Delo	
5.1. Delo/študij in družina/šola	Dokaj pogosto
5.2. Nasilje na delovnem mestu	Zelo redko
5.3. Zmanjšana zmožnost za delo	Zelo redko
5.4. Nasilni uporabniki	Zelo redko
5.5. Težave z obsegom dela, neprestano razmišljanje o njej	Redko
5.6. Zaposlitev, pridobitev dohodka za preživetje	Redko
5.7. Način dela	Zelo redko
6. Pridobivanje dodatnih informacij	
6.1. Telo in stiska	Zelo redko
6.2. Ukrepi	Dokaj pogosto

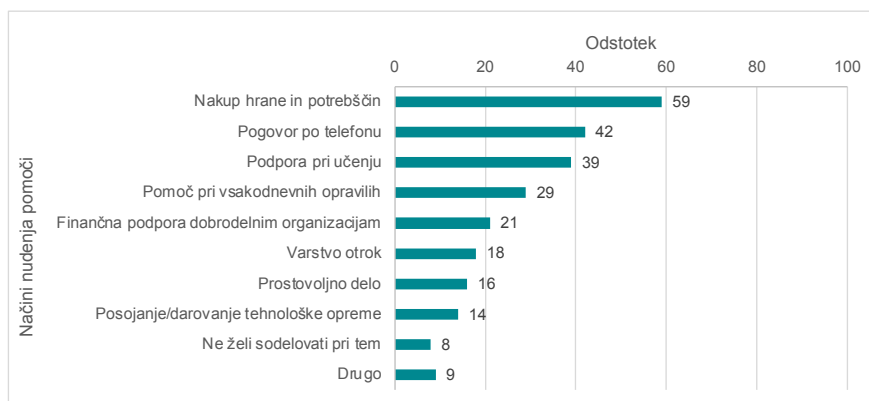
Tema vprašanja	Pogostost pojavljanja
6.3 Zdravje in ohranjanje zdravega načina življenja	Redko
6.4. Vprašanja o prihodnosti, posledicah, življenju po epidemiji	Dokaj pogosto
6.5 Vprašanje dejanskega stanja	Dokaj pogosto

Opomba Tabela predstavlja področja na odprto vprašanje »Na katera vprašanja v povezavi z duševno stisko in njenim reševanjem bi želeli dobiti odgovore?«. Nekateri udeleženci so navajali več različnih pozitivnih vidikov. Konkretna vprašanja, ki bodo v pomoč strokovnjakom, ki delamo na področju psihosocialne podpore, pa so navedena v ločenem dokumentu kot pomagalo, na kaj se še moramo odzvati, o čem ljudi informirati.

1.6.1 Podpora drugim v lokalni skupnosti

Opis podatkov: Pripravljenost pomagati drugim v lokalni skupnosti med epidemijo (pri čemer na številki lestvici 1 pomeni sploh ne, 4 pomeni niti malo niti zelo in 7 pomeni zelo): $N = 3149$, $M = 5,22$, $SD = 1,47$.

Udeleženci so v povprečju precej pripravljeni pomagati drugim v lokalni skupnosti. Najpogosteje so menili, da lahko v lokalni skupnosti pomagajo z nakupom hrane in potrebščin (npr. bolnim, starejšim, osebam v karanteni), s pogovorom po telefonu z osebami, ki živijo same, in s podporo pri učenju učencem ali dijakom (Slika 1.20).

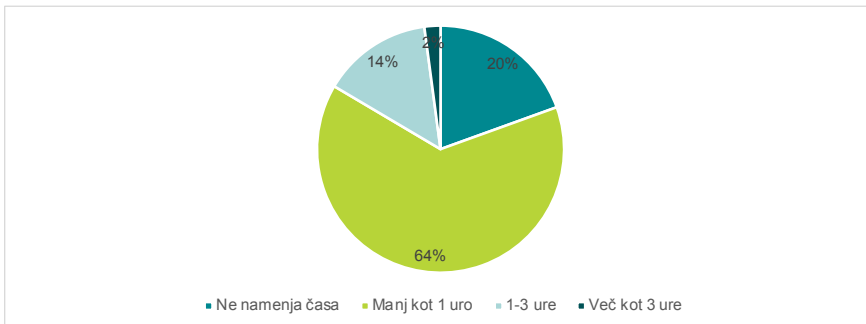


Slika 1.20 Prepoznani načini pomoči drugim v lokalni skupnosti ($N = 3149$)

Drugi prepoznani načini pomoči: zaradi pomanjkanja časa in drugih obveznosti ne zmorejo pomagati; finančna pomoč določeni osebi; psihosocialna podpora drugim; prostovoljno delo; molitev za druge idr.

1.7 Covid-19

Udeleženci so branju oziroma poslušanju novic o covidu-19 najpogosteje namenili manj kot uro dnevno (slika 1.21), ena petina je bila takšnih, ki temu ni namenila časa, 14 % udeležencev pa je temu namenilo od 1 do 3 ur dnevno.



Slika 1.21 Čas, namenjen branju/poslušanju novic o covidu-19 (N = 3140)

Tabela 1.15 prikazuje, da so udeleženci ob branju oz. poslušanju novic o bolezni covid-19 v povprečju občutili srednjo raven zaskrbljenosti ter v večini upoštevali priporočene ukrepe med epidemijo.

Tabela 1.15 Raven zaskrbljenosti ob novicah o covidu-19 in stopnja upoštevanja priporočenih ukrepov med epidemijo

	N	M	SD
Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni	3140	4,25	1,81
Upoštevanje priporočenih ukrepov	3137	6,20	1,01

Opomba Udeleženci so raven zaskrbljenosti ob branju in poslušanju novic o covidu-19 ocenili na lestvici od 1 (*zelo majhno*) do 7 (*zelo veliko*). Tudi raven upoštevanja priporočenih ukrepov so ocenili na lestvici od 1 (*splah nič*) do 7 (*povsem*).

V času meritve je vsak deseti udeleženec že obolel za covidom-19, skoraj vsak drugi pa je imel bližnjega, ki je obolel za covidom-19 (Tabela 1.16).

Tabela 1.16 Podatki o lastni obolezlosti za covidom-19 in obolezlosti bližnjih (N = 3138)

	f	%
Oboleli za covidom-19	320	10
Bližnji, oboleli za covidom-19	1191	38

Viri in literatura

Byon, H. D., Sagherian, K., Kim, Y., Lipscomb, J., Crandall, M. in Steege, L. (2022). Nurses' Experience With Type II Workplace Violence and Underreporting During

- the COVID-19 Pandemic. *Workplace health & safety*, 70(9), 412–420. <https://doi.org/10.1177/21650799211031233>
- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M. in Galea, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 3(9), e2019686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19686>
- Liu, R., Li, Y., An, Y., Zhang, L., An, F. R., Luo, J., Wang, A., Zhao, Y. J., Yuan, A., Cheung, T., Ungvari, G. S., Qin, M. Z. in Xiang, Y. T. (2021). Workplace violence against frontline clinicians in emergency departments during the COVID-19 pandemic. *PeerJ*, 9, e12459. <https://doi.org/10.7717/peerj.12459>
- Moretti, A., Menna, F., Aulicino, M., Paoletta, M., Liguori, S. in Iolascon, G. (2020). Characterization of Home Working Population during COVID-19 Emergency: A Cross-Sectional Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6284. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176284>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. in Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Jemison, E., Kaukinen, C., & Knaul, F. M. (2021). Domestic violence during the COVID-19 pandemic - Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of criminal justice*, 74, 101806. <https://doi.org/10.1016/j.jcrijus.2021.101806>
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2021, 8 januar). The employment situation—December 2020 (USDL-21-0016). U.S. Department of Labor. https://www.bls.gov/news.release/archives/empisit_01082021.htm

Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v vzgoji in izobraževanju (VIZ)

Monika Brdnik, Nina Krohne in Tanja Šraj Lebar

 © Monika Brdnik, Nina Krohne in Tanja Šraj Lebar
<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.2>

Obremenitve delavcev v vzgoji in izobraževanju, še posebej učiteljev, so se med pandemijo covid-19 še povečale, o čemer poročajo po vsem svetu (Sokal idr., 2021; Ozamiz-Etxebarria, 2021; Collie, 2021; Krajnc idr., 2020; Rupnik Vec idr., 2020). Sprememba načina dela in prehod na delo na daljavo sta še posebej obremenila učitelje v osnovnih šolah. Dodatne obremenitve in zahteve, skrb za zdravje (lastno in zdravje družinskih članov), skrb za učenje in napredek mladostnikov ter težavna situacija so aktivno prispevali k povečanju izgorelosti med učitelji (Sokal idr., 2021). Izvajanje pouka na daljavo je zaposlenim v šolstvu pomenilo dodatno obremenitev (Sokal idr., 2021; Wong idr., 2021). Tako kot po svetu so bili tudi pri nas učitelji in drugi šolski delavci dodatno obremenjeni. Dobra polovica (52 %) udeležencev raziskave Krajnc idr. (2020) jih je poročala o pogostih ali zelo pogostih občutjih stresa in vznemirjenosti, vendar jih je večina (59 %) še vedno čutila, da kljub temu svoj poklic še vedno obvladujejo. V tujini so učitelji poročali o povečanem stresu in hkratnem obvladovanju svojega poklica (Wong idr., 2021). Najpogosteje so se pri učiteljih pojavljale somatske oblike in simptomi stresa, še posebej pri tistih, ki so imeli višje vrednosti zagnanosti za svoje delo (Collie, 2021). Simptomi stresa, izgorelosti in pomanjkanja podpore so se pri učiteljih močneje izrazili ob ponovni vrnitvi k izvajanju pouka v živo. Več kot polovica udeležencev raziskave Naia-re Ozamiz-Etxebarria (2021) je doživljala fizične ali psihične simptome stresa, pri 19 % učiteljev pa so bili ti simptomi prepoznani kot hudi ali izredno hudi. Najbolj so se izrazili simptomi depresije, anksioznosti in dolgotrajnega stresa, pri čemer so se ti pogosteje pojavljali pri ženskah kot pri moških. Mlajši učitelji (23–35 let) z družinami so poročali o višjih ravneh stresa in pogostejših simptomih kot njihovi starejši kolegi. Z izjemo podpore med kolegi učitelji praviloma niso bili deležni strokovne psihološke podpore (Ozamiz-Etxebarria, 2021).

Vodstvo šole, predvsem ravnatelj in njihova dejavna vključenost v organizacijo pouka na daljavo ter usklajevanje med zahtevami dela na daljavo in zmožnostmi učiteljev so se izkazali kot pomemben varovalni dejavnik pred izgorelostjo učiteljev na posameznih šolah (Collie, 2021; Sokal idr., 2021). K preprečevanju izgorelosti učiteljev sta pomembno pripomogla tudi podpora administrativnega osebja na šoli (Sokal idr., 2021) in občutek kompetentnosti za izvajanje dela v e-okolju (Wong idr., 2021). Med epidemijo covid-19 so učitelji poročali o večji povezanosti in podpori, ki so jim jo nudili predvsem njihovi strokovni kolegi in vodstvo šole (Krajnc idr., 2020; Rupnik Vec idr., 2020), pogrešali pa so enotne usmeritve Ministrstva za šolstvo (MIZŠ; Krajnc idr., 2020) in druge oblike podpore (Rupnik Vec idr., 2020).

Raziskave tako kažejo, da so bili zaposleni v VIZ v drugem valu epidemije deležni številnih obremenitev, predvsem zaradi pogostih sprememb v izvajanju dela. Hkrati predstavljajo skupino, pri kateri so se med epidemijo pogosto pojavljale težave v duševnem zdravju. Na podlagi izsledkov dosedanjih raziskav smo predvidevali, da so zaposleni v VIZ doživljali večjo stisko v drugem valu epidemije, več simptomov depresije in psihosomatike ter da so jih, v primerjavi z drugimi, bolj bremenile predvsem težave, vezane na delo. Ugotovitve naših raziskav (Krajnc idr. 2020; Rupnik Vec idr., 2021) prav tako kažejo, da so zaposleni v VIZ podporo večinoma prejeli od kolegov, niso pa bili deležni strokovne psihološke podpore. V raziskavi smo zato preverili, kakšna je bila potreba po psihološki podpori med zaposlenimi v VIZ in kateri so bili tisti viri pomoči, s katerimi so si že pomagali ob doživljanju stiske, ter katerih virov pomoči bi si še želeli.

Ocena potreb po psihosocialni podpori v drugem valu epidemije covid-19 nam je omogočila vpogled v psihosocialne potrebe različnih skupin, v tem poglavju pa smo se osredotočili na zaposlene v VIZ ter rezultate primerjali z drugimi udeleženci. Rezultati niso nujno povsem zanesljivi zaradi nereprezentativnosti vzorca (več žensk, več višje izobraženih, manj oseb, starih nad 65 let ...) in heterogenosti med primerjanima skupinama.

Naši rezultati kažejo, da so udeleženci, zaposleni v VIZ, poročali o srednje močnem doživljanju stiske in dokaj uspešnem spoprijemanju z njo, je pa bila njihova stiska nekoliko večja v primerjavi s prvim valom epidemije. Najpogosteje doživljani stiski v skupini zaposlenih v VIZ sta bili strah pred okužbo bližnjih in stiska zaradi spremenjenega obsega dela. Sledile so stiske zaradi dela v stresnih okoliščinah, dela na daljavo in strahu pred izgubo oz. omejitvijo svoboda (Tabela 11.2.3a in Tabela 11.2.3b). Pri preverjanju razlik v doživljanju stiske med udeleženci VIZ in drugimi udeleženci smo ugotovili nekaj značilnih razlik, vendar je večina imela majhno ali izredno majhno velikost

učinka, zaradi česar pri teh rezultatih nimamo t. i. »praktične pomembnosti« oz. razlik. Pomembna razlika (s srednjo velikostjo učinka) se je pojavila pri doživljanju stiske zaradi izvajanja dela oz. storitve na daljavo, kjer so udeleženci VIZ doživljali večjo stisko kot drugi udeleženci. Vsekakor smo v obeh skupinah zaznali stiske, povezane z drugim valom epidemije covid-19, ne moremo pa z gotovostjo opredeliti, da sta skupini posamezne stiske različno doživljali ali da posamezna vrsta stiske pri eni skupini izstopa. Večina udeležencev, zaposlenih v VIZ, je v drugem valu epidemije vsaj nekoliko doživljala eno ali več vrst somatskih simptomov (Tabela 2.6). Najpogosteje so bile doživljane bolečine v hrbtu (66 %), glavoboli (61 %) ter bolečine v rokah, nogah ali sklepih (53 %). Velik del udeležencev je tudi vsaj v manjši meri izkusil enega ali več simptomov depresije. To pomeni, da so v zadnjih nekaj dneh pri sebi vsaj enkrat zaznali naveden simptom (ne da bi imeli diagnosticirano to motnjo). Najpogosteje poročani simptomi so bili utrujenost in pomanjkanje energije (79 %), težave s spanjem (67 %) ter pomanjkanje zanimanja oz. veselja (62 %). Zaposleni v VIZ so v primerjavi z drugimi udeleženci doživljali nekoliko manj simptomov depresije, vendar je velikost učinka majhna in ni t. i. praktične pomembnosti. Primerjava doživljanja posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ, in drugimi udeleženci je pokazala, da obe skupini dokaj enakovredno doživljata težave med epidemijo (Tabela 11.2.3a in Tabela 11.2.3b). Zaznali smo nekaj značilnih razlik, vendar so bile velikosti učinka majhne, zato ne moremo poročati o praktičnih razlikah.

Več kot polovica udeležencev, zaposlenih v VIZ (56 %), je poročala o potrebi po psihološki podpori, vendar jih veliko kljub temu niso iskali psihološke pomoči. Glavni vir podpore udeležencev VIZ so predstavljali družinski člani (86 %), prijatelji, sosedi, znanci (58 %) ali pa sodelavci (38 %). Pri preverjanju potrebe po psihološki podpori med skupinama zaposlenih v VIZ ter drugimi smo odkrili pomembne razlike (Tabela 11.2.5). Udeleženci VIZ so poročali o manjši potrebi po strokovni psihološki podpori kot drugi udeleženci. Četudi jih je več kot polovica zaposlenih v VIZ poročala o tej potrebi, je o potrebi po psihološki podpori poročalo še več drugih udeležencev. Velikost učinka je bila v tej primerjavi zelo visoka, kar nakazuje na visoko praktično razliko, ki bi jo bilo smiselno v prihodnje podrobneje raziskati (Tabela 11.2.5).

Primerjava doživljanja nasilja v medosebnih odnosih med udeleženci, zaposlenimi na področju VIZ, in drugimi udeleženci (Tabela 11.2.4) je pri doživljanju nasilja v družini oz. partnerskem odnosu in v drugih medosebnih odnosih pokazala minimalne razlike, vendar te nimajo zadostne velikosti učinka, da bi lahko sklepali o dejanski pojavnosti razlik.

Viri pomoči, ki so jih udeleženci VIZ v drugem valu epidemije covid-19 uporabljali, so bili različni. Najpogosteje so se pogovarjali s prijatelji, družinskimi člani ali znanci (81 %), bili so telesno dejavni (66 %) ali pa so brali oz. poslušali avdioknjige (41 %). Uporabljeni viri pomoči so v obeh skupinah udeležencev precej podobni, saj po večini obstajajo minimalne razlike ali pa teh sploh ni (Tabela 11.2.5). Drugi udeleženci so kot vire pomoči veliko pogosteje uporabljali klepet na družbenih omrežjih, si ogledovali videoposnetke na spletu in izvajali prostovoljno delo. Posebej velike razlike so se pojavile pri ogledovanju videoposnetkov kot viru pomoči, ki so ga bolj uporabljali drugi udeleženci.

Pri preverjanju želje po dodatnih virih pomoči se je dobra tretjina udeležencev, zaposlenih v VIZ (36 %), opredelila, da drugih virov pomoči ne potrebuje. Skupini sta se pomembno razlikovali v želji po pogovoru s strokovnjakom kot dodatnim virom pomoči (Tabela 11.2.5). V primerjavi z zaposlenimi v VIZ so drugi udeleženci poročali o veliko večji želji po pogovoru s strokovnjakom. Ta želja se je skladala z nekoliko nižjo potrebo zaposlenih v VIZ po psihološki pomoči, ki smo jo zaznali v tej raziskavi. So si pa v primerjavi z drugimi udeleženci zaposleni v VIZ želeli več supervizijske podpore oz. podporne skupine zunaj delovne organizacije.

Viri informacij, ki so jih zaposleni v VIZ uporabljali za lajšanje duševne stiske, so bili predvsem pogovori s prijatelji ali sorodniki (51 %), prebiranje člankov na spletu (47 %) in izobraževanja oz. usposabljanja na temo lajšanja duševne stiske (38 %). Večina udeležencev raziskave uporablja vsaj enega izmed naštetih virov informacij (Tabela 11.2.6). Pri uporabi virov informacij o zmanjševanju duševne stiske večinoma ni prihajalo do (praktičnih) razlik. Nekaj razlik se je pokazalo pri gledanju televizije kot vira informacij, ki so ga bolj uporabljali udeleženci VIZ. Pomembna razlika se je pojavila pri uporabi izobraževanj in usposabljanja, ki so jih udeleženci VIZ veliko pogosteje uporabljali kot vir informacij. Velikost učinka je bila v tem primeru zelo visoka, visoka velikost učinka pa se je pojavila tudi pri uporabi družbenih omrežij kot vira informacij. Drugi udeleženci so družbena omrežja veliko pogosteje uporabljali kot vir informacij. Te razlike so pomembne, ne samo iz statističnega vidika, temveč tudi iz vsebinskega, saj se kakovost informacij na strokovnih izobraževanjih in družbenih omrežjih močno razlikuje.

Doživljanje stresa zaposlenih na področju VIZ v drugem valu epidemije je bilo v primerjavi s prvim valom epidemije nekoliko višje. Največ stresa so povzročali usklajevanje dela in družine, angažiranje učencev oz. dijakov, nezmožnost komunikacije v živo in priprava materialov. Druge vire stresa so predstavljali tudi pomanjkljiva navodila za delo iz MIZŠ, pomanjkanje oseb-

nega stika, prevelik obseg dela, težave z ocenjevanjem, vmešavanje in odnos staršev ter usklajevanja z delom drugih učiteljev na daljavo. Glavne ovire, ki so jih zaposleni v VIZ zaznavali, so bile pomanjkanje pristnega stika z učenci (ni bilo pravega odnosa, niso mogli prepoznati stisk, spremljati napredka otrok), nemotiviranost učencev (pomanjkanje volje, manjša odzivnost, apatičnost), pomanjkljiva tehnična opremljenost in izvedba, okrnjenost komunikacije, oteženost ocenjevanja, neenake možnosti za vse učence in prevelik obseg dela (za učitelje in učence). Posebej je bila kot ovira tudi izpostavljenost nesamostojnosti mlajših učencev in učencev s posebnimi potrebami. Kot pozitivne vidike dela na daljavo so zaposleni v VIZ navedli prednosti dela v domačem okolju zase in za učence, večjo prilagodljivost pri izvajanju pouka (kombinacija dela v živo, pošiljanja interaktivnih gradiv, ustvarjalnost), odsotnost dežurstev in izvajanja disciplinskih postopkov, več medsebojnega sodelovanja in povečanje samostojnosti (nekaterih) učencev. Večino težav, ki so se pojavile, so zaposleni v VIZ reševali postopno, neposredno in z redno komunikacijo.

Kot smo na začetku tega poglavja zastavili, smo preverili doživljanje stiske zaposlenih v VIZ. V primerjavi s prvim valom so doživljali manj stiske. Nižjo raven stiske bi lahko pripisali poznavanju in boljši pripravljenosti na delo na daljavo, ki je potekalo že drugič, in zaposleni so imeli s takšnim načinom dela že izkušnje, četudi jim je manjkalo podpore. Vseeno pa so zaposleni v VIZ v primerjavi z drugimi udeleženci doživljali večjo stisko kar se tiče opravljanja dela na daljavo tudi v drugem valu. Naše predvidevanja o virih pomoči, ki so jih največ uporabljali udeleženci VIZ, so bila korektna (manj zanašanja na strokovno psihološko podporo in več na podporo sodelavcev).

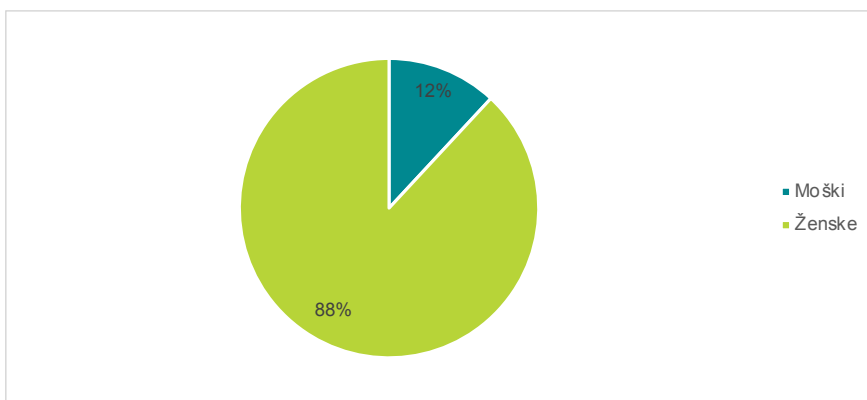
Rezultati raziskav v tujini in drugih raziskav pri nas se dobro pokrivajo z ugotovitvami naše raziskave. Tudi pri nas so zaposleni v VIZ poročali o večji obremenjenosti ter somatskih simptomih stresa (66 % udeležencev je poročalo vsaj o enem somatskem simptomu). Poročali so tudi o pojavu depresivne simptomatike. V naši raziskavi so delavci šole poročali o zgolj zmerni podpori MIZŠ (pomanjkanju smernic, navodil, primerov dobrih praks, poročil, itn.), medtem pa so poročali o ustrezni ravnateljevi podpori in podpori drugih strokovnih delavcev na šoli (70 %). Kot v navedenih raziskavah (Krajnc idr., 2020; Rupnik Vec idr., 2020) so tudi udeleženci naše raziskave poročali o nezadostni podpori MIZŠ in se pri iskanju opore zanašali na pomoč sodelavcev (38 %). Večina je poleg tega čutila še podporo družinskih članov (82 %), prijateljev, sosedov ali znancev (58 %). Udeleženci, zaposleni v VIZ, so poročali tudi o pozitivnih vidikih sodelovanja s sodelavci in dobre organizacije vodstva šole, ki sta jim olajšala delo na daljavo.

Interpretacije in rezultate raziskave je treba obravnavati odgovorno. Rezultati zaradi navedenih pomanjkljivosti vzorca niso povsem posplošljivi. Prav tako je treba upoštevati, da že sami skupini, ki smo ju primerjali (zaposleni v VIZ in drugi udeleženci), po svoji strukturi nista enaki, in smo zaradi tega lahko zaznali (ali pa spregledali) razlike, ki se pojavljajo v celotni populaciji. Kljub tem pomanjkljivostim pa raziskava vseeno naredi dober pregled nad področjem, saj nam je omogočila vpogled v stanje duševnega zdravja in primerjavo med prvima valovoma epidemije covid-19. Četudi rezultati niso povsem posplošljivi na populacijo, so lahko zelo močna osnova za nadaljnje raziskave. Omogočajo nam tudi dober vpogled v splošno stanje duševnega zdravja v času epidemije in obremenitev, s katerimi se posamezniki srečujejo.

2.1 Demografske spremenljivke

2.1.1 Spol

Med udeleženci, zaposlenimi na področju VIZ, so prevladovala ženske (Slika 2.1).

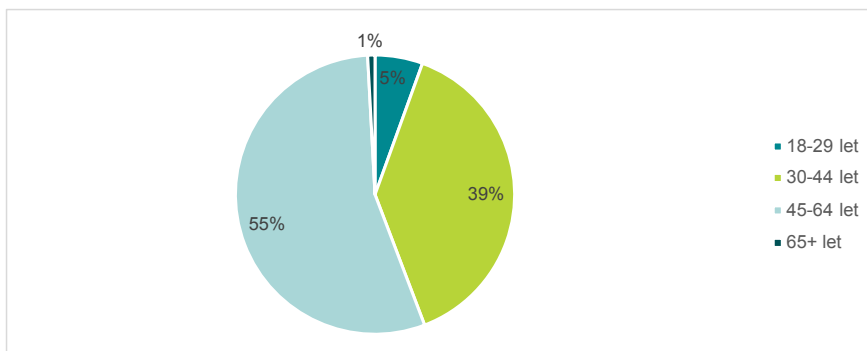


Slika 2.1 Delež udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, glede na spol ($n = 1176$)

2.1.2 Starost

Več kot polovica udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, so bile osebe, stare od 45 do 64 let, dobra tretjina udeležencev pa osebe, stare od 30 do 44 let (Slika 2.2).

2 Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v vzgoji in izobraževanju (VIZ)

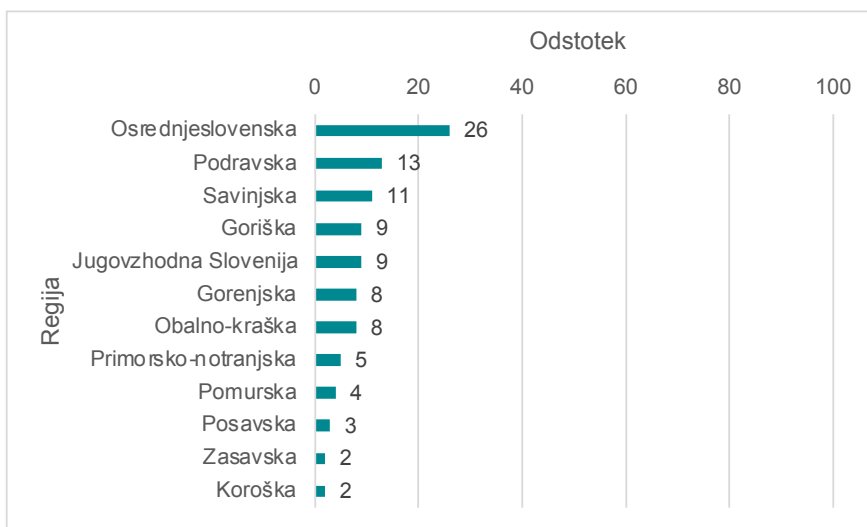


Slika 2.2 Starostna struktura udeležencev, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1176$)

Opomba $M = 46,3$; $SD = 10,1$; min. = 18; maks. = 70.

2.1.3 Regija prebivališča

Med udeleženci, zaposlenimi na področju VIZ, so bile zastopane vse regije Slovenije (Slika 2.3), pri tem pa so močno prevladovali udeleženci iz osrednjeslovenske regije (26 %).



Slika 2.3 Zastopanost regij pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1176$)

2.1.4 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev s področja VIZ

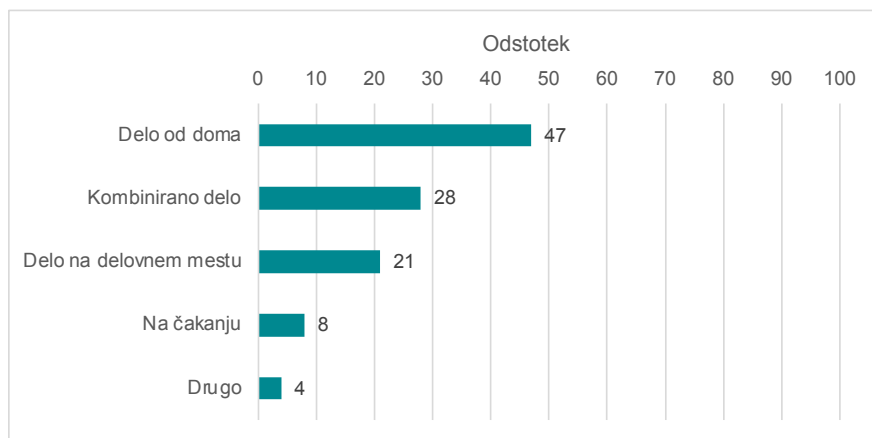
Iz Tabele 2.1 je razvidno, da so bili udeleženci glede na okolje prebivališča skoraj enakomerno porazdeljeni med mestnim in podeželskim okoljem. Večina udeležencev (65 %) je imela univerzitetno izobrazbo oz. drugo bolonjsko

stopnjo, sledili udeleženci z višjo šolo, visoko šolo ali prvo bolonjsko stopnjo (16 %) in z znanstvenim magisterijem ali doktoratom (13 %). 5 % udeležencev je imelo opravljeno štiriletno srednjo šolo, 9 % poklicno šolo in 0,2 % osnovno šolo.

Tabela 2.1 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev, zaposlenih na področju VIZ (n = 1176)

	f	%
Okolje prebivališča		
Mestno okolje	585	50
Podeželje	561	48
Izobrazba		
Osnovna šola ali manj	2	0
Poklicna šola	9	1
Štiriletna srednja šola	60	5
Višja šola/visoka šola/prva bolonjska stopnja	190	16
Univerzitetna izobrazba/druge bolonjska stopnja	765	65
Znanstveni magisterij/doktorat	150	13
Starši šoloobveznih otrok	473	40

Velika večina udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, je delala od doma (47 %), sledili sta kombinirano delo (28 %) in delo na delovnem mestu (21 %). Na čakanju je bilo 8 % udeležencev, 4 % pa se je opredelilo za drug način dela (Slika 2.4).



Slika 2.4 Trenutni način/vrsta (ne)dela udeležencev, zaposlenih na področju VIZ (n = 1176)

2 Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v vzgoji in izobraževanju (VIZ)

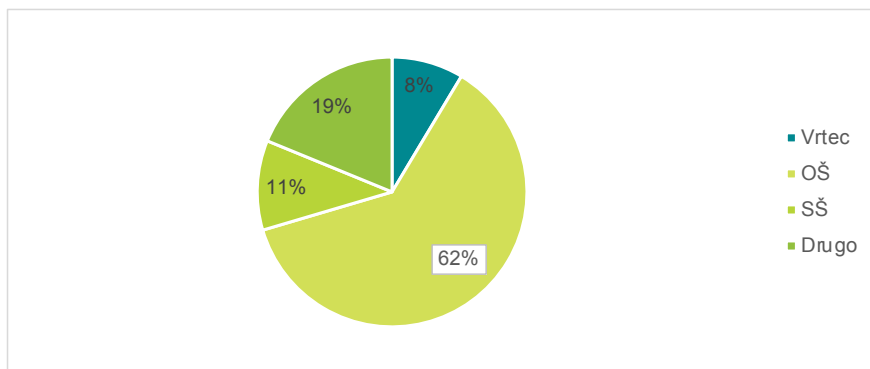
Opomba Kombinirano delo vključuje posameznike, ki so določen delež svojega dela opravljali doma, drugi delež svojega dela pa so opravljali na delovnem mestu.

V zaposlitveni strukturi VIZ so prevladovali udeleženci, zaposleni v poučevanju (55 %), sledili so vodstveni kader (20 %) in svetovalne službe (16 %), najmanj je bilo zaposlenih v podpornih službah (9 %; Tabela 2.2).

Tabela 2.2 Zaposlitvena struktura udeležencev za posamezna področja dela ($n = 1176$)

	<i>n</i>	%
Svetovalna služba	184	16
Poučevanje	644	55
Vodstveni kader	239	20
Podporne službe	109	9

Iz Slike 2.5 je razvidno, da je bila večina udeležencev zaposlenih na osnovni šoli (62 %), sledile so druge organizacije oz. institucije (19 %) ter srednje šole (11 %). Najmanj udeležencev raziskave je zaposlenih v vrtcih (9 %).



Slika 2.5 Zaposlitvena organizacija udeležencev, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1176$)

2.2 Doživljanje duševne stiske

2.2.1 Splošno doživljanje duševne stiske in primerjava s preteklimi obdobji

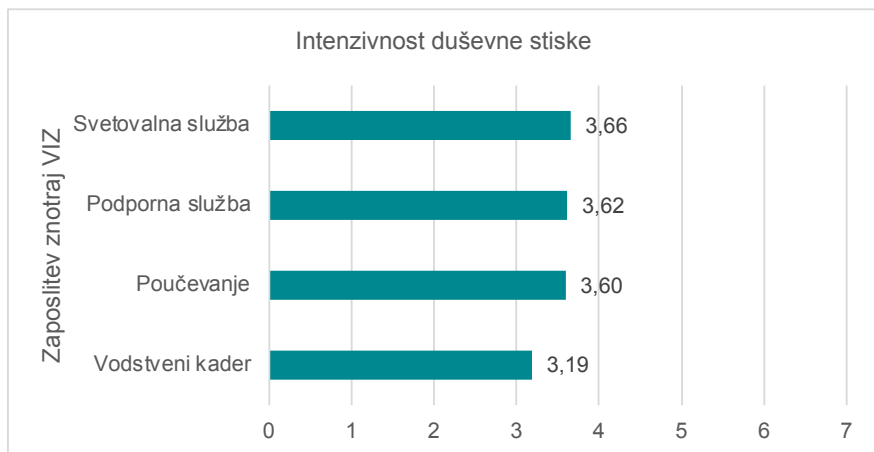
Udeleženci, zaposleni na področju VIZ, so v povprečju poročali, da čutijo srednje močno stisko in se z njo dokaj uspešno spoprijemajo (Tabela 2.3).

Tabela 2.3 Doživljanje duševne stiske v drugem valu epidemije za udeležence, zaposlene na področju VIZ

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Doživljanje duševne stiske	1176	3,52	1,88
Spoprijemanje z duševno stisko	1097	5,03	1,29

Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika. Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (zelo neuspešno) do 7 (zelo uspešno), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.

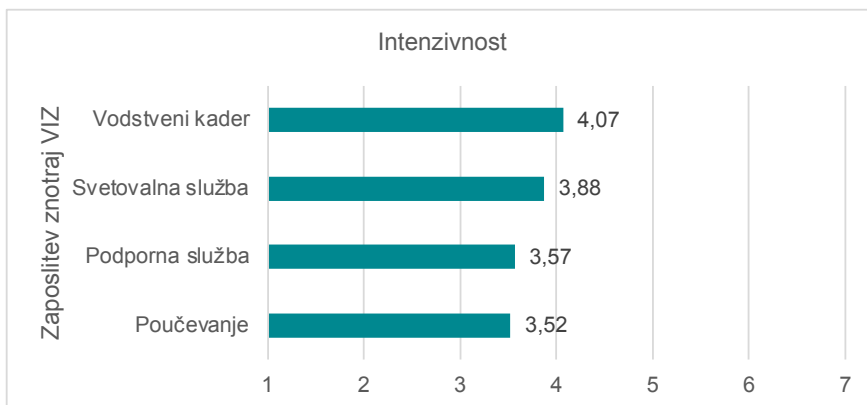
Zaposleni v vodstvenih kadrih so poročali o najnižji intenzivnosti duševne stiske in o najučinkovitejšem spoprijemanju z njo (Slika 2.6 in Slika 2.7). O največji intenzivnosti stiske so poročali zaposleni v svetovalnih službah (Slika 2.6). Največje težave pri spoprijemanju s stisko so se pojavljale pri udeležencih, zaposlenih v poučevanju (Slika 2.7).



Slika 2.6 Doživljanje duševne stiske med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju

VIZ ($n = 1176$; $n_{\text{svetovalna služba}} = 184$; $n_{\text{poučevanje}} = 644$; $n_{\text{vodstveni kader}} = 239$; $n_{\text{podporne službe}} = 109$)

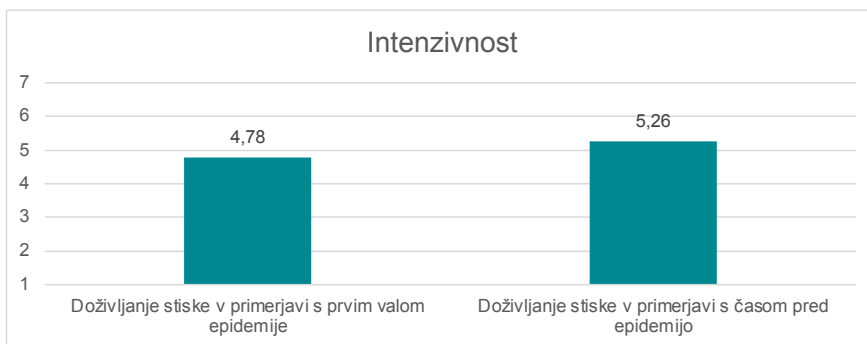
Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika.



Slika 2.7 Spoprijemanje s stisko med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1176$; $n_{\text{svetovalna služba}} = 184$; $n_{\text{poučevanje}} = 644$; $n_{\text{vodstveni kader}} = 239$; $n_{\text{podporna služba}} = 109$)

Opomba Udeleženci so intenzivnost spoprijemanja s stisko izrazili na številski lestvici od 1 (zelo neuspešno) do 7 (zelo uspešno), vrednost 4 je pomenila srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko. Višji rezultat v nizu »Spoprijemanje s stisko« nakazuje na večjo učinkovitost pri spoprijemanju z duševno stisko.

V povprečju so udeleženci, zaposleni na področju VIZ, doživljali nekoliko večjo duševno stisko v primerjavi s prvim valom epidemije, ki je trajal od marca do maja 2020 (Slika 2.8). Med epidemijo so izrazili nekoliko večje doživljanje stiske v primerjavi s časom pred njo.



Slika 2.8 Doživljanje duševne stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in med prvim valom pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1176$)

Opomba Odgovor na »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« in odgovor na »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« sta merjena na lestvici od 1 (čutim veliko manjšo stisko) do 7 (čutim veliko večjo stisko). Višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko v primerjavi s časom pred epidemijo, višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« pa nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko kot med prvim valom epidemije.

2.2.2 Specifične stiske, povezane s covidom-19

Pri večini udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, so prevladovali strah pred okužbo bližnjih (92 %), spremenjen obseg dela (88 %) in delo v stresnih okoliščinah (87 %; Tabela 2.4). Od naštetih težav jih je najmanj bremenila selitev v skupno gospodinjstvo.

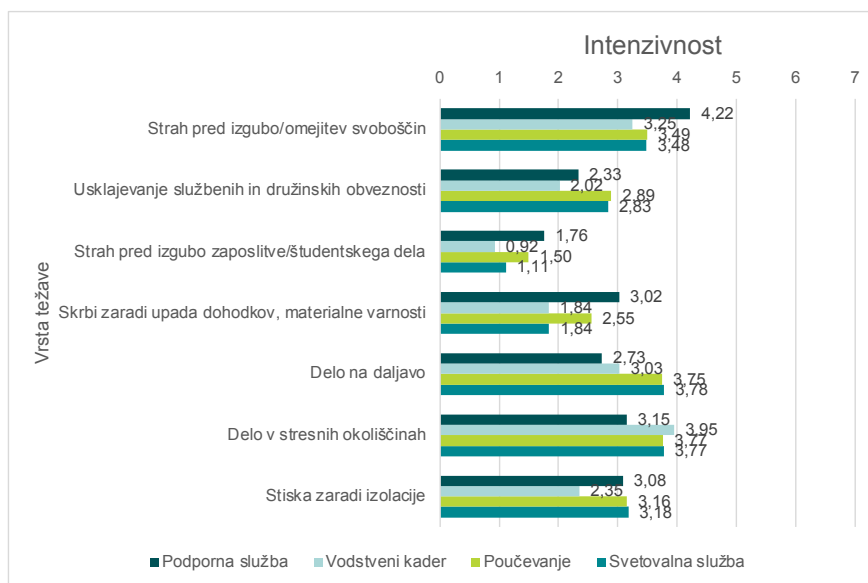
Tabela 2.4 Doživljanje posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1176$)

	Odstotek (vseh, razen odgovora o)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Zdravstvene težave	67	1,90	2,01
Strah pred lastno okužbo	78	2,25	2,03
Strah pred okužbo bližnjih	92	3,96	2,25
Stiska zaradi izolacije	81	2,99	2,27
Strah pred negotovo prihodnostjo	88	3,47	2,22
Skrb zaradi dostopnosti zdravstvenih storitev	87	3,49	2,20
Ločenost od družine	80	3,47	2,50
Spremenjen obseg dela	88	3,96	2,30
Delo v stresnih okoliščinah	87	3,75	2,32
Delo na daljavo	83	3,51	2,41
Skrbi zaradi upada dohodkov, materialne varnosti	69	2,34	2,24
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	45	1,34	1,98
Brezposelnost	31	0,92	1,78
Občutek pomanjkanja koristnega dela oz. prispevka k družbi	60	2,04	2,25
Selitev v skupno gospodinjstvo	20	0,49	1,31
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	53	1,61	2,08
Slabši medosebni odnosi v službi	54	1,55	1,98
Usklajevanje službenih in družinskih obveznosti	64	2,65	2,64
Strah pred kršenjem odlokov	63	1,98	2,21
Strah pred izgubo/omejitv svoboščin	78	3,51	2,62
Drugo	14	0,52	1,66

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.

Pri pregledu razlik v doživljanju skrbi med skupinami zaposlenih (Slika 2.9) so se največje razlike pojavile v kategoriji skrbi zaradi upadka dohodkov in

materialne varnosti. Tukaj so največjo skrb navajali zaposleni v podpornih službah, najnižjo pa vodstveni kadri. Večja razlika med skupinami se je pojavila tudi v kategoriji skrbi zaradi dela na daljavo, kjer so večjo skrb izražali zaposleni v poučevanju in svetovalnih službah. Največjo skrb je za vse skupine predstavljala tudi izguba oz. omejitve svoboščin, ki se je najvišje izrazila pri zaposlenih v podpornih službah. V tej skupini je bila tudi najbolj izražena skrb pred izgubo zaposlitve, medtem ko je bila ta skrb med vodstvenim kadrom najnižja. Zaposleni v poučevanju in svetovalnih službah so izražali večjo skrb zaradi usklajevanja službenih in družinskih obveznosti v primerjavi s podpornimi službami in vodstvenim kadrom. Delo v stresnih okoliščinah je najbolj skrbelo vodstvene kadre, najmanj pa podpirne službe. Večje skrbi zaradi izolacije so doživljali zaposleni v svetovalnih službah, poučevanju in v podpornih službah, medtem ko ta skrb med vodstvenimi kadri ni bila tako izražena.



Slika 2.9 Skrbi udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, glede na posamezno področje zaposlitve ($n = 1176$; $n_{\text{svetovalna služba}} = 184$; $n_{\text{poučevanje}} = 644$; $n_{\text{vodstveni kader}} = 239$; $n_{\text{podpirne službe}} = 109$)

Opomba Prikazane so le kategorije z največjimi razlikami v doživljanju med skupinami. Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.

2.3 Doživljanje nasilja

Udeleženci, zaposleni na področju VIZ, so pred epidemijo doživljali nasilje v družini oziroma partnerskih odnosih v manj kot 0,9 %, med epidemijo pa je odstotek tistih, ki so doživljali tovrstno nasilje, narasel na 1,6 %, kar je 1,8-kratni porast. Prav tako je prišlo do porasta nasilja na delovnem mestu, in sicer z 2,6 % pred epidemijo na 3,7 % med epidemijo, kar pa je 1,6-kratni porast (Tabela 2.5).

Tabela 2.5 Doživljanje nasilja v medosebnih odnosih pred epidemijo in med njo pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1176$)

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
V družini oziroma partnerskem odnosu	11	0,9	19	1,6
Na delovnem mestu	30	2,6	44	3,7
V drugih medosebnih odnosih	/	/	30	2,6

2.4 Psihične in fizične težave

Iz Tabele 2.6 in Slike 2.10 je razvidno, da so udeleženci, zaposleni v VIZ, v povprečju izražali malo simptomov somatskih motenj. Več kot polovica udeležencev, zaposlenih v VIZ, je imela v zadnjih štirih tednih vsaj malo težav na naslednjih področjih psihofizičnega zdravja: bolečine v hrbtu (66 % – ima izkušnjo; 26 % – ima redno težave), glavoboli (61 % – ima izkušnjo; 17 % – ima redno težave) in bolečine v nogah, rokah ter sklepih (53 % – ima izkušnjo; 18 % – ima redno težave). Te težave so ocenjevali tudi kot najbolj izrazite. Najredkeje pa so prepoznavali težave v obliki omedlevice (5 % – ima izkušnjo; 1 % – ima redno težave).

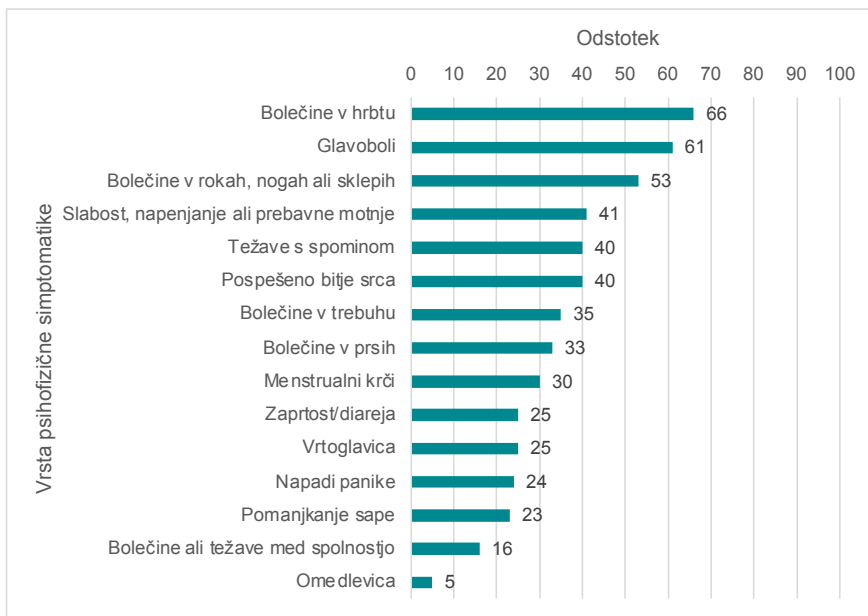
Tabela 2.6 Doživljanje posameznih psihofizičnih težav v zadnjih štirih tednih pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1169$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Bolečine v trebuhu	35	6	0,41	0,60
Bolečine v hrbtu	66	26	0,91	0,77
Bolečine v rokah, nogah ali sklepih	53	18	0,70	0,75
Menstrualni krči	30	9	0,39	0,65
Glavoboli	61	17	0,78	0,72
Bolečine v prsih	33	9	0,42	0,65
Vrtoglavica	25	4	0,29	0,54
Omedlevica	5	1	0,06	0,27

2 Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v vzgoji in izobraževanju (VIZ)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pospešeno bitje srca	40	11	0,50	0,68
Pomanjkanje sape	23	4	0,27	0,53
Bolečine ali težave med spolnostjo	16	4	0,19	0,48
Zaprtoš/diareja	25	4	0,30	0,54
Slabost, napanjanje ali prebavne motnje	41	8	0,49	0,64
Težave s spominom	40	9	0,48	0,65
Napadi panike	24	5	0,28	0,54

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih vsaj malo (ali zelo) mučile navedene psihofizične težave (odgovor 1 ali 2). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih zelo mučile navedene psihofizične težave (odgovor 2).



Slika 2.10 Odstotek udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, ki so v zadnjih štirih tednih vsaj malo doživljali posamezno psihofizično težavo ($n = 1169$)

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1 ali 2.

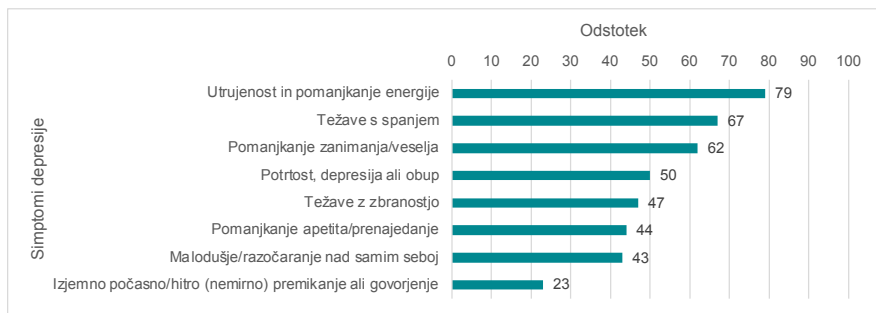
V Tabeli 2.7 in na Sliki 2.11 lahko opazimo, da so udeleženci, zaposleni na področju VIZ, kot najpogostejše simptome depresije navajali utrujenost in po-

manjkanje energije (79 % – ima izkušnjo; 31 % – ima pogosto težave), težave s spanjem (67 % – ima izkušnjo; 26 % – ima pogosto težave) ter pomanjkanje zanimanja in veselja (62 % – ima izkušnjo; 19 % – ima pogosto težave). Najredkejši simptom pa je bil izjemno počasno/hitro premikanje ali govorjenje (23 % – ima izkušnjo; 7 % ima pogosto težave).

Tabela 2.7 Doživljanje posameznih simptomov depresije v zadnjih 14 dneh pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ (n = 1151)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	M	SD
Pomanjkanje zanimanja/veselja	62	19	0,86	0,84
Potrtost, depresija ali obup	50	12	0,66	0,78
Težave s spanjem	67	26	1,04	0,95
Utrujenost in pomanjkanje energije	79	31	1,21	0,90
Pomanjkanje teka/prenajedanje	44	18	0,68	0,90
Malodušje/razočaranje nad samim seboj	43	15	0,63	0,84
Težave z zbranostjo	47	15	0,67	0,84
Izjemno počasno/hitro (nemirno) premikanje ali govorjenje	23	7	0,33	0,68

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (*nikoli*) do 3 (*skoraj vsak dan*). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile vsaj nekaj dni ali več (odgovor 1 ali več). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile več kot polovico dni (odgovori 2 in 3).



Slika 2.11 Odstotek udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, ki so vsaj nekaj dni v zadnjih 14 dneh doživljali posamezne simptome depresije (n = 1151)

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (*nikoli*) do 3 (*skoraj vsak dan*). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so jih navedene težave pestile vsaj nekaj dni ali več (so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1, 2 ali 3).

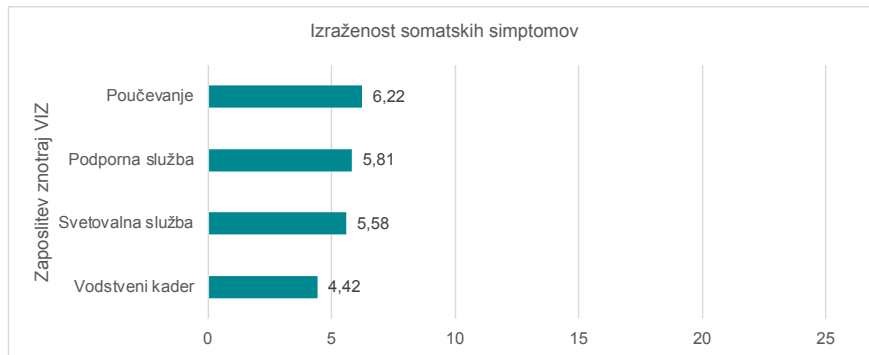
Pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ, sta bili psihosomatska simptomatika in depresivna simptomatika v povprečju blago izraženi (Tabela 2.8).

Tabela 2.8 Rezultati udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, pri vprašalnikih PHQ-15 (13 postavk) in PHQ-8

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
PHQ-15 (13)	1169	5,72	4,64
PHQ-8	1151	6,07	5,30

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Tudi na lestvici PHQ-8 je najnižji možni rezultat 0, najvišji pa 24

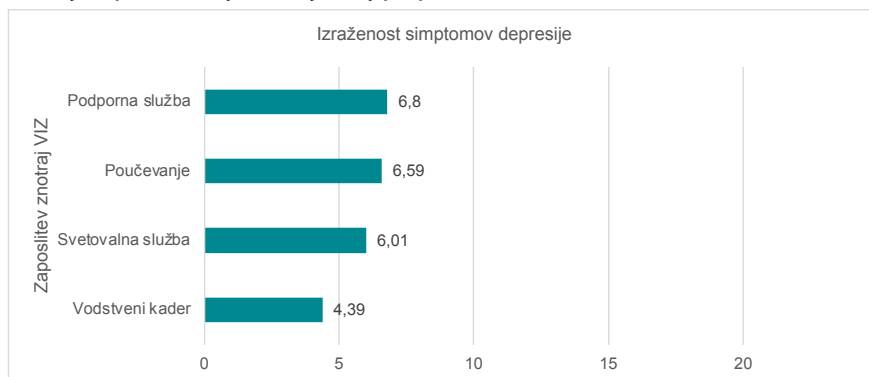
Psihosomatska simptomatika je bila najbolj izražena pri kadru, ki se ukvarja s poučevanjem, najmanj pa pri vodstvenem kadru (Slika 2.12).



Slika 2.12 Rezultati vprašalnika PHQ-15 (13 postavk) za udeležence, zaposlene na področju VIZ ($n = 1169$; $n_{\text{svetovalna služba}} = 184$; $n_{\text{poučevanje}} = 639$; $n_{\text{vodstveni kader}} = 237$; $n_{\text{podporna služba}} = 109$)

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26

Depresivna simptomatika je bila najbolj izražena pri podporni službi, ki se ukvarja s poučevanjem, najmanj pa pri vodstvenem kadru (Slika 2.13).

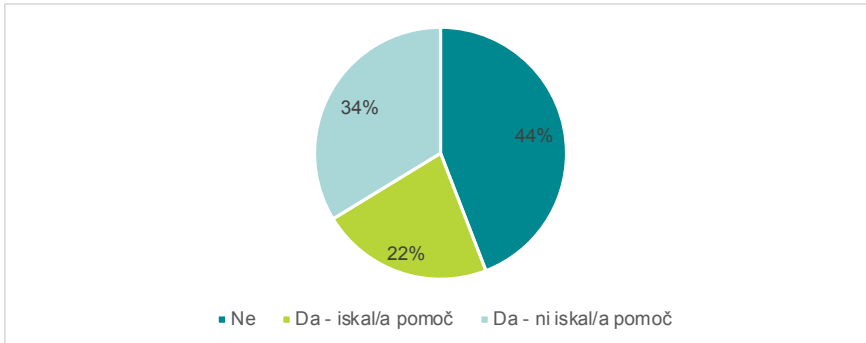


Slika 2.13 Rezultati vprašalnika PHQ-8 za udeležence, zaposlene na področju VIZ ($n = 1151$; $n_{\text{svetovalna služba}} = 181$; $n_{\text{poučevanje}} = 630$; $n_{\text{vodstveni kader}} = 234$; $n_{\text{podporna služba}} = 106$)

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-8 je 0, najvišji možni rezultat pa 24.

2.5 Potreba po podpori

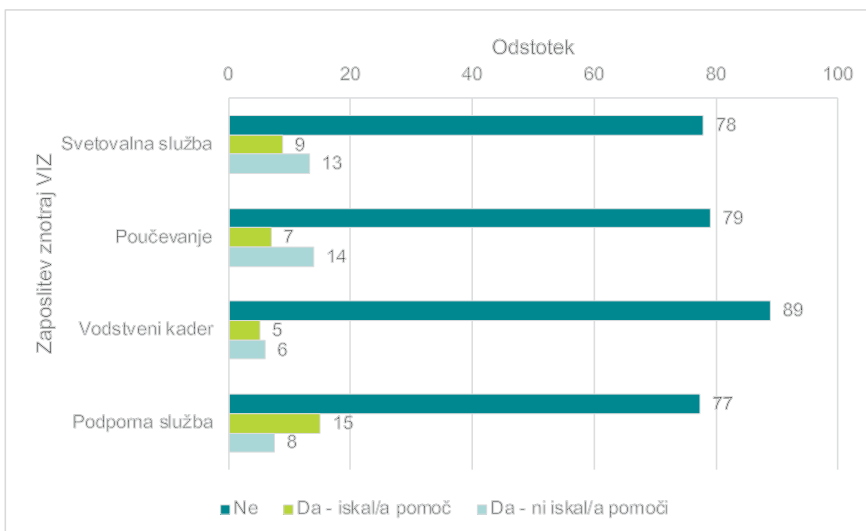
Večina udeležencev, zaposlenih v VIZ (56 %), je poročala, da bi med epidemi-



jo covid-19 potrebovala psihološko podporo (Slika 2.14), od tega jih 34 % ni iskalo pomoči.

Slika 2.14 Potreba po psihološki podpori udeležencev, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1151$)

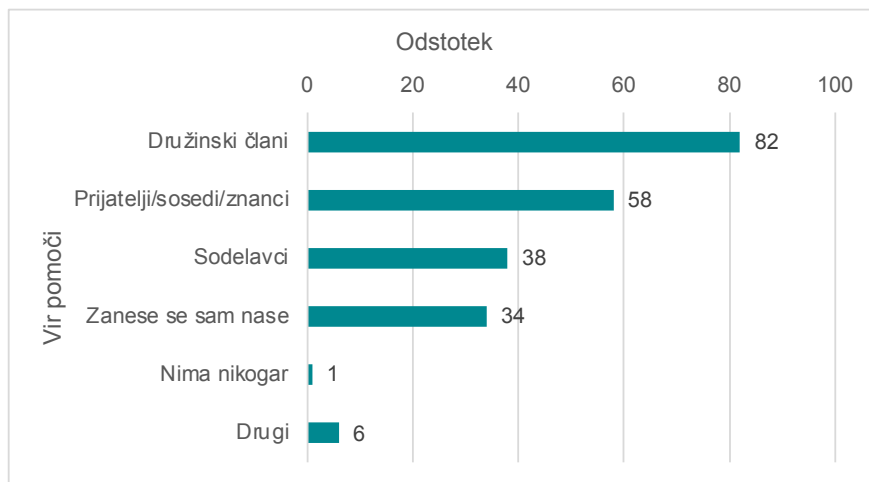
Glede na posamezna področja zaposlitve znotraj področja VIZ je bilo opaziti, da je potreba po pomoči najizrazitejša med zaposlenimi v podporni službi (23 %), med katerimi jih je večina pomoč tudi poiskala. Drugače je med tistimi, ki poučujejo in so zaposleni v svetovalni službi, saj večina (13 % od 22 %),



ki poroča o potrebi po pomoči, te še ni iskala (Slika 2.15). Najmanj potrebe po pomoči se pojavlja med vodstvenim kadrom (11 %).

Slika 2.15 Potreba po podpori udeležencev, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1151$; $n_{\text{svetovalna služba}} = 181$; $n_{\text{poučevanje}} = 630$; $n_{\text{vodstveni kader}} = 234$; $n_{\text{podporna služba}} = 106$)

Opis drugih podatkov: Razlogi, da pomoči niso poiskali, so finančni, ker je situacija še obvladljiva, ker "pač nočejo", pomanjkanje časa, pomoč po svoje, ne vem, sem sam psiholog, sam pomagam sebi, ne vem, na koga se obrniti, težave z dostopnostjo strokovne pomoči, sram, ni osebnega stika, ker jo do-



bimo drugje, pri prijateljih, v veri, obupanost.

Udeleženci, zaposleni na področju VIZ, so v svoji socialni mreži najpogosteje iskali podporo pri družinskih članih (82 %), redki pa so bili tisti, ki niso imeli nikogar, ki bi jim predstavljal vir pomoči (1 %; Slika 2.16).

Slika 2.16 Iskanje podpore v socialni mreži udeležencev, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1146$)

2.6 Viri pomoči

Kot vir pomoči pri doživljanju stiske so udeleženci, zaposleni na področju VIZ, najpogosteje uporabljali pogovor s prijatelji, družino ali znanci (81 %). Pogosto so si stisko lajšali tudi s telesno dejavnostjo (66 %) ali z branjem/poslušanjem (avdio) knjig (41 %; Slika 2.17).



Slika 2.17 Viri pomoči, ki so jih udeleženci, zaposleni na področju VIZ, že uporabljali za lajšanje stiske ($n = 1146$)

Opomba Na grafu manjka kategorija Klici na telefon za pomoč v stiski, saj je ta vir pomoči izbralo manj kot 5 % udeležencev

Iz Slike 2.18 je razvidno, da je večji del udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, izrazil, da ne potrebuje drugih virov pomoči za lajšanje stiske (36 %). Pri teh, ki so izrazili, da si želijo drugih virov pomoči, je prevladovala želja po sprostitvenih in izobraževalnih oddajah (20 %) in filmih po televiziji ali spletu (17 %). Nekateri so izrazili tudi željo po vodeni vadbi po televiziji ali spletu (16 %) ter supervizijski/podporni skupini zunaj delovne organizacije (14 %) ter dostop do knjig v knjižnicah ali na spletu (14 %) in izobraževalne oddaje po televiziji (14 %). Dostopne knjige po spletu (13 %) in pomoč strokovnjaka (11 %) sta tudi pomembni viri pomoči. Podpora v delovni organizaciji (9 %) in svetovanje po spletu (7 %) sta manj izbrani viri pomoči. Izobraževalne oddaje po radiu (6 %) in pogovor strokovnjakov po videoklicu (6 %) ter sprostitvene oddaje po radiu (6 %) so tudi manj izbrani viri pomoči. Drugo (7 %) je kategorija, ki jo je izbralo manj kot 5 % udeležencev.

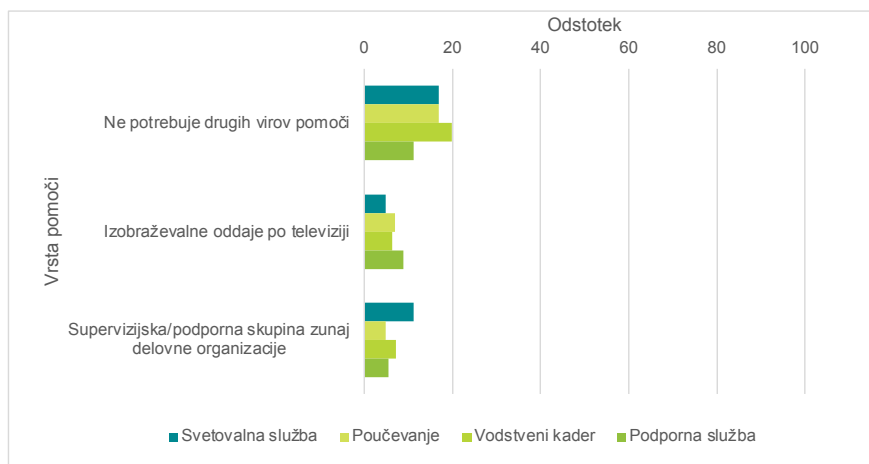


Slika 2.18 Viri pomoči, ki bi jih udeleženci, zaposleni na področju VIZ, še želeli uporabiti za lajšanje stiske ($n = 1108$)

Opomba Na grafu manjkajo kategorije Klici na telefon za pomoč v stiski, Napotki zdravstvenih organizacij, Informacije v radijskih oddajah, Opravljanje prostovoljnega dela ter Pogovori na družabnih omrežjih, saj je te zelene vire pomoči izbralo manj kot 5 % udeležencev.

Podpora v organizaciji, ki si je zaposleni še želijo in so jo navajali v kategoriji drugo, se nanaša na skupinska srečanja in skupne pedagoške sestanke, iskrene in sočutne pogovore (vodene, s strokovnjakom, z vodstvom, s sodelavci) oziroma pogovorne skupine, supervizije, delavnice, kako se spopadati s stresom, ter podporo v obliki mentorstva, saj zaradi prezasedenosti ne želijo obremenjevati svojih kolegov in sodelavcev. Prav tako pa si želijo boljšega komuniciranja, razumevanja potreb, več samoiniciative, iskreno sodelovanje, izmenjevanje idej in več razumevanja za konkretne situacije, ki povzročajo stisko.

V vseh zaposlitvenih skupinah, ki delujejo znotraj področja VIZ, je bilo opaziti težnjo, da udeleženci drugih virov pomoči ne potrebujejo. To je bilo še posebej izrazito pri vodstvenem kadru. Sicer so si zaposleni želeli predvsem različnih sprostitev in izobraževalnih oddaj, filmov in knjig. Opaziti pa je bilo, da se pojavlja potreba po supervizijski oz. podporni skupini zunaj delovne organizacije, in sicer predvsem pri zaposlenih v svetovalnih službah, saj jih je tovrstno željo izrazilo več kot 10 %. Pomoč strokovnjaka si želi okoli 5 % zaposlenih na vseh področjih VIZ, z izjemo vodstvenega kadra, ki to potrebo zaznava v nekoliko manjši meri.



Slika 2.19 Najpogosteje izbrani viri pomoči, ki so jih udeleženci, zaposleni na področju VIZ, že uporabljali za lajšanje stiske ($n = 1108$; $n_{\text{svetovalna služba}} = 181$; $n_{\text{poučevanje}} = 597$; $n_{\text{vodstveni kader}} = 229$; $n_{\text{podporna služba}} = 101$)

Opomba Prikazani so viri pomoči, kjer so se pojavljale največje razlike med izbranimi skupinami oziroma so jih udeleženci najpogosteje izbirali.

Slika 2.20 prikazuje, da so udeleženci, zaposleni na področju VIZ, do informacij o lajšanju duševne stiske najpogosteje prišli v pogovorih s prijatelji in sorodniki (51 %), v člankih na spletu (47 %), z izobraževanjem in usposabljanjem o tej temi (38 %) ter po televizije (30 %). Najredkeje so posegali po tiskanih publikacijah (7 %).



Slika 2.20 Najpogostejši viri informacij v povezavi z lajšanjem duševne stiske pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1108$)

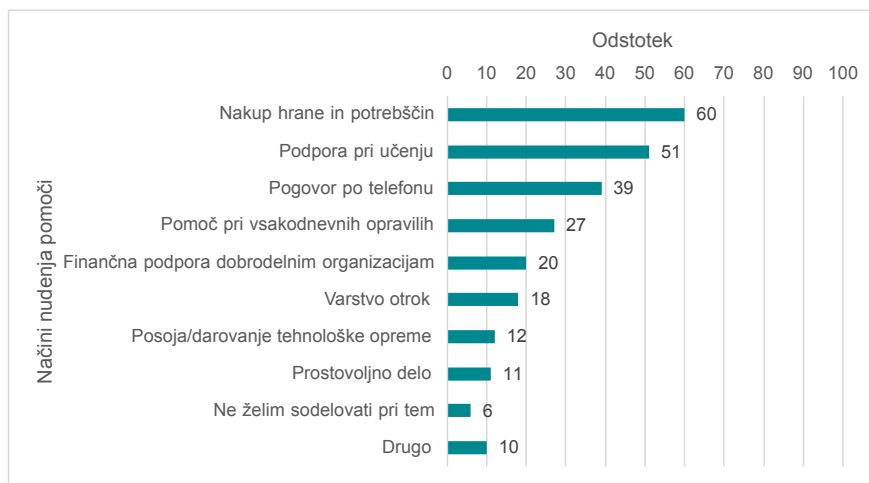
Tabela 2.9 Drugi najpogostejši vir informacij za področje zmanjševanja duševnih stisk pri udeležencih, zaposlenih v VIZ

Viri informacij	Opis	<i>f</i>
Pri strokovnjaku	terapevtu/-ki, psihologu/-nji, psihiatru/-inji, osebni zdravnici	66
S pomočjo literature	različna poljudnoznanstvena literatura in knjige za osebno rast	53
Strokovna izobrazba	študij, prebiranje znanstvene literature in izkušnje	49
Delo na sebi	joga, obisk narave, samorefleksija	20
Kanali YouTube oz. podkasti strokovnjakov	/	19
V službi	pri sodelavcih, ki so iz stroke	18
Splet	splošno in strokovni spletni viri	17
S pomočjo vere	na primer pogovor z duhovnikom	10
Predavanja strokovnjakov	/	7
Pretekle izkušnje, znanje	/	7
Mediji in publikacije	različni domači in tuji mediji in publikacije	3
Drugi družbeni mediji	na primer Instagram, Reddit . . .	3

Opomba V tabeli so predstavljeni odgovori, ki so jih udeleženci v sklopu Slike 2.20 podali v možnosti »drugo«.

Podpora drugim v lokalni skupnosti

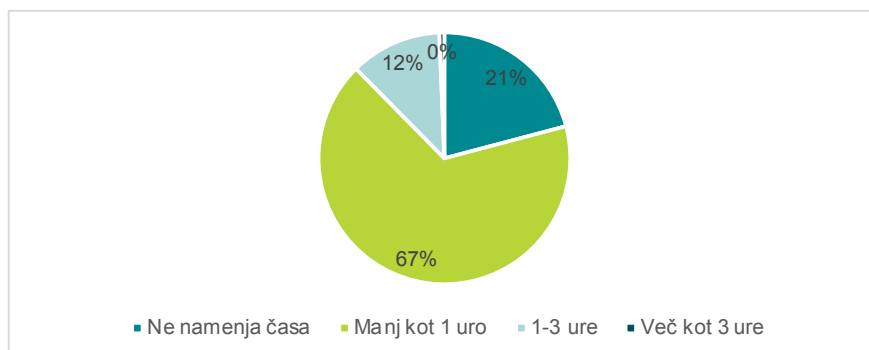
Udeleženci, zaposleni na področju VIZ, menijo, da bi drugim v svoji lokalni skupnosti lahko pomagali predvsem z nakupom hrane in potrebščin (60 %) ter s podporo pri učenju (51 %). Okoli tretjina udeležencev se je pripravljena pogovarjati po telefonu ali pomagati pri vsakodnevni opravilih (Slika 2.21).



Slika 2.21 Prepoznani načini pomoči udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, drugim v lokalni skupnosti ($n = 1083$)

2.7 Covid-19

Dve tretjini udeležencev, zaposlenih na področju VIZ, sta branju oziroma poslušanju novic o bolezni covid-19 namenili manj kot eno uro dnevno (Slika 2.22).



Slika 2.22 Čas, namenjen branju/poslušanju novic o bolezni covid-19, pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1082$)

9 % udeležencev, zaposlenih v VIZ, je že obolelo za covidom-19, 37 % pa je imelo bližnjega, ki je obolel za covidom-19 (Tabela 2.10).

Tabela 2.10 Podatki o lastni obolezlosti za covidom-19 in obolezlosti bližnjih za udeležence, zaposlene na področju VIZ ($n = 1082$)

	<i>f</i>	%
Oboleli za covidom-19	97	9
Bližnji, oboleli za covidom-19	395	37

Iz Tabele 2.11 je razvidno, da so novice udeležencem, zaposlenim v VIZ, povzročale nizko raven zaskrbljenosti. Raven upoštevanja priporočenih ukrepov pa je bila srednja.

Tabela 2.11 Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni covid-19 in stopnja upoštevanja priporočenih ukrepov med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ ($n = 1082$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni	2,67	2,21
Upoštevanje priporočenih ukrepov	4,73	2,15

Opomba Udeleženci so raven zaskrbljenosti ob branju in poslušanju novic o bolezni covid-19 ocenili na lestvici od 1 (*zelo majhno*) do 7 (*zelo veliko*). Tudi raven upoštevanja priporočenih ukrepov so ocenili na lestvici od 1 (*sploh nič*) do 7 (*povsem*).

Učitelje in profesorje (v nadaljevanju učitelji) pa smo povprašali še nekaj dodatnih vprašanj glede poučevanja in učencev/dijakov/šolencev (v nadaljevanju učencev). V nadaljevanju navajamo rezultate kvalitativnih analiz.

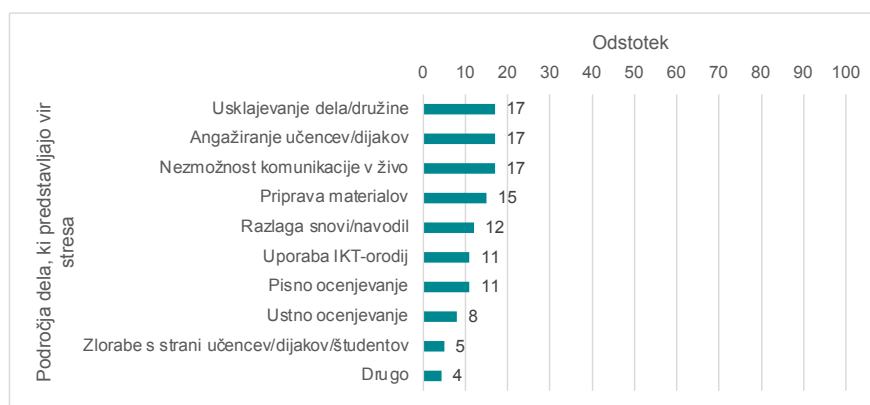
Na vprašanje »**V primeru, da ocenjujete, da je v drugem valu epidemije prišlo do sprememb v sodelovanju učencev/dijakov/šolencev, prosimo, opišite, katere so te spremembe**« so učitelji opazili, da so učenci postali v drugem valu odzivnejši (redno opravljene naloge, boljše sodelovanje, sprotno učenje, natančnejši, več povratnih informacij, dejavnejši) in odgovornejši (zavedanje, da so v šoli; zrelejši, resnejši, samostojnejši). V manjši meri sta bila opazna tudi boljši stik z učiteljem in višja motivacija. Več učiteljev pa ni zaznavalo sprememb med prvim in drugim valom. Med trajanjem raziskave je bilo prepoznanih vse več odzivov k upadu motivacije, skrivanju in neodzivnosti. Učitelji opisujejo različna neprijetna čustvovanja, kot so naveličanost, apatičnost, utrujenost, nejevoljnost in žalost.

Sledilo je vprašanje: »V primeru, da ocenjujete, da je v drugem valu epidemije prišlo do sprememb v sodelovanju učencev/dijakov/šolencev, kaj menite, da je vplivalo na te spremembe?«

Učitelji so najpogosteje opazili, da je na pozitivne spremembe od prvega do drugega vala epidemije pri učencih najbolj vplivala priprava učencev na učenje na daljavo. Predvsem so naučili učence uporabe IKT, hkrati so izvedli poskusna poučevanja na daljavo. Prav tako kot pomembno opisujejo preteklo izkušnjo iz prvega vala (poznano, navada, poznani načini dela), več neposrednega dela v videokonferencah (motiviranje učenca za delo, redni stik z učenci), boljše pripravljenost učiteljev (boljše poznavanje tehnologije, drugačno oblikovanje nalog, izobraževanje učiteljev). Navajali pa so tudi boljše tehnično opremljenost učencev, boljše organizacijo dela na šoli (bolj ozaveščeni učitelji, večja povezanost, fiksni videokonferenčni urniki, več poudarka na vsebinskem, in ne tehničnem vidiku), preglednejši način dela (poenotenje kanalov komunikacije, boljše organiziranost gradiva, enotnejša uporaba spletnih učilnic, dogovori z vsemi učitelji, ni več dela po e-pošti), večja struktura (obvezna prisotnost, več zahtev do učencev, vsakodnevno spremljanje dela, jasnejša pravila in navodila, več nadzora) in resnost razmer (ni kratkoročno, ocenjevanje vseeno prisotno, ni izogibanja obveznostim, želja po izvedenem šolskem letu).

Razlogi za negativne spremembe v drugem valu, ki so jih udeleženci v raziskavi začeli pogosteje navajati, pa je bilo trajanje dela na daljavo, negotovost glede trajanja v prihodnje, malo gibanja in dejavnosti zunaj, veliko preživete ga časa pred računalnikom, pogrešanje stikov in svobode.

Zaposlenim v VIZ so kot najpogostejše vire stresa navajali usklajevanje dela in družine, angažiranje učencev ali dijakov, nezmožnost komunikacije v živo ter pripravo materialov (Slika 2.23). Vir stresa so bili tudi razlaga snovi, uporaba ITK-orodij in ocenjevanje znanja.



Slika 2.23 Področja dela, ki so predstavljala vir stresa udeležencem, zaposlenim v VIZ ($n = 458$)

Druga področja dela, ki so jih udeleženci, zaposleni na področju VIZ, navedli na odprto vprašanje kot najbolj stresna, so uporaba orodij za delo na daljavo, kjer so se pojavljale težave zaradi nepoznavanja tehnologij, slabega delovanja računalniških sistemov in težav s povezavo ter dodatno administrativno delo s povečanim obsegom poročil, vlog in klicev. Kot stresno so navedli tudi pomanjkanje osebnega stika z uporabniki in sodelavci in opozarjanje na dosledno upoštevanje NIJZ-jevih ukrepov ob hkratni skrbi za telesno in duševno zdravje uporabnikov ter nudenje opore v primeru njihovih psihosocialnih stisk.

Drugi najpogostejši viri stresa, ki so jih navajali udeleženci, zaposleni v VIZ, pa se nanašajo najpogosteje na MIZŽ in vodstvo, osebni stik ter obseg dela (Tabela 2.12).

Tabela 2.12 Drugi viri stresa, ki jih prepoznajo udeleženci, zaposleni v VIZ

Viri stresa	Opis	f
Nič	Ne prepoznajo večjih težav oz. stresorjev.	13
MIZŠ in vodstvo	Neučinkovito vodenje vodstva med šolanjem na daljavo, nenehni pritiski in kritike, preveč informacij MIZŠ, kaotična navodila, negotovost glede dela v prihodnje, neenotne napovedi glede vrnitve na delovno mesto	7
Osebni stik	Odsotnost osebnega stika, kar je ovira še posebej pri tistih, ki potrebujejo več pomoči, nimajo ustrezne podpore doma ali pa imajo posebne potrebe.	6
Obseg dela	Prevelik obseg dela, pregledovanje izdelkov učencev in pisanje povratnih informacij na opravljeno delo, izpolnjevanje dokumentacij in pomanjkanje časa	6
Ocenjevanje	Nezmožnost objektivnega pridobivanja ocen	4
Starši	Neustrezen odnos staršev do učiteljev, nedoslednost staršev pri nadzoru dela otrok, pretirano vmešavanje staršev v delo otrok.	4
Sodelovanje z drugimi učitelji	Usklajevanja dela z delom drugih učiteljev, komunikacija po e-pošti in telefonu z drugimi učitelji	3
Delo z računalnikom	Napor 8-urnega dela za računalnikom, stres zaradi neustrezne medmrežne povezave	2
Zasebno življenje	Nezbranost pri delu zaradi skrbi, povezanih z virusom, težave pri usklajevanju zasebnega in službenega življenja	2
Odnos družbe	Razvrednotenje dela	1

Opomba V tabeli so predstavljeni odgovori, ki so jih udeleženci podali v možnosti »drugo« v sklopu Slike 2.23.

Iz Tabele 2.13 je razvidno, da so bile najpogostejše ovire pri delu udeležencev, zaposlenih v VIZ, povezane s pomanjkanjem pristnega stika z učenci, zmanjšanim sledenjem razumevanja učencev ter neaktivnost in nemotiviranost učencev.

Tabela 2.13 Glavne ovire, ki so jih pri svojem delu prepoznali udeleženci, zaposleni v VIZ (kvalitativna analiza)

Ovire	Opis
Pomanjkanje pristnega stika z učenci	Ni pristnega stika; ni odnosa; ne morejo prepoznati/pomagati pri stiskah; učenci ne zaupajo stisk; ni spontanih pogovorov; menijo, da bo to imelo posledico za socialne veščine otrok in mladostnikov; stik v živo je prepoznan kot nujen za šolanje (učenje poteka skozi odnos); učencem brez stika v živo ne morejo toliko pomagati pri delu.
Zmanjšano sledenje razumevanju učencev	Ne vidijo, koliko učenci razumejo snov; učenci, ki imajo težave, niso prepoznani in ne dobijo pravočasne pomoči, ker se nočejo izpostavljati (v živo pa učitelji sami opazijo).
Neaktivnost, nemotiviranost učencev	Učenci nimajo več volje do dela; so naveličani, apatični, pasivni; ni toliko nadzora nad njihovim delom, zato manj delajo; manjša odzivnost kot v živo; učitelji jih motivirajo težje kot v živo.
Pomanjkljive (tehnična) opremljenost in spretnosti uporabe IKT	Slaba medmrežna povezava, pomanjkljivo znanje uporabe spletnih pripomočkov – tako pri učiteljih kot pri učencih in starših; določenih predmetov ali elementov pouka se ne da izvajati na daljavo (šport, glasba ...).
Okrnjena komunikacija z učenci in sodelavci	Ni povratnih informacij od učencev; ni sprotne izmenjave informacij; komunikacija je okrnjena; prav tako je okrnjena komunikacija s sodelavci.
Oteženo ocenjevanje znanja	Ocenjevanje ne more biti objektivno; več goljufanja; učitelji se počutijo nemočne; ne morejo oceniti razumevanja; nimajo opreme za izvajanje pisnih testov.
Neenake možnosti učencev za šolanje od doma	Neenakost učencev v tehničnih možnostih in v podpori staršev; učenci, ki so prej imeli težave, imajo zdaj še večje; na daljavo se ne da delati z učenci s posebnimi potrebami.
Prevelik obseg dela	Obseg dela je zelo povečan; cele dneve so na voljo učencem in staršem; priprave na uro trajajo veliko dlje; veliko časa porabijo za pisanje poročil; veliko dela imajo s spletnimi učilnicami.
Oteženo podajanje in utrjevanje znanja	Na daljavo znanje veliko težje podajajo in utrjujejo (ne morejo resnično slediti temu, koliko učenci razumejo), zato je znanje učencev slabše.
Pomanjkanje podpore vodstva	MIZŠ in Zavod se ne prilagajata ustrezno na krizne razmere ter ne nudita podpore; na šolah vodstvo ni pripravilo izobraževanj za IKT; vsak je prepuščen samemu sebi.
Težave pri usklajevanju službenega in osebnega življenja	Varstvo lastnih otrok; delo/šolanje od doma tudi drugih družinskih članov – več videokonferenc naenkrat povzroča težave pri medmrežni povezavi. Zaradi pomanjkanja prostorov je nemogoče, da bi vsi delali v miru.
Nesamostojnost mlajših učencev in učencev s posebnimi potrebami	Učenci prvih razredov in učenci s posebnimi potrebami potrebujejo več pomoči staršev.

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »V čem vidite glavne ovire pri poučevanju na daljavo?«. Odgovori so razvrščeni od najpogostejših (na vrhu tabele) do manj pogostih (na dnu tabele).

Udeležencem, zaposlenim v VIZ, so bili najpogostejši vir pomoči sodelavci, IKT, dobra organizacija in možnost dela v domačem okolju (Tabela 2.14).

Tabela 2.14 Viri pomoči, ki so udeležencem, zaposlenim v VIZ, olajšali delo na daljavo

Viri pomoči pri delu na daljavo	Opis
Sodelovanje s sodelavci	Medsebojna pomoč in podpora; deljenje gradiv; sodelovanje znotraj aktiva
IKT	Znanja in spretnosti o IKT; hitro medmrežje; oprema (npr. tablice) – poudarek: sami si kupujejo računalniško opremo; spletne učilnice; obstoječi posnetki na YT
Dobra organizacija	Na ravni šole; v družinskem življenju; lastna organizacija dela in časa
Možnost dela v domačem okolju	Prihranjen čas za vožnjo; možnost počitka med odmori; malicanje v miru; sprehodi v odmorih; daljši čas za spanje zjutraj; možnost dela v udobnih oblačilih
Primeren prostor za delo	Učilnica ali kabinet v šoli; miren prostor doma
Pomoč družinskih članov	Pomoč odraslih otrok in partnerjev pri delu z IKT; razumevanje in podpora družinskih članov, pogovori z njimi
Psihološka prožnost	Čuječnost; volja; razčiščenje pri sebi, da je trenutno pač takšno stanje.

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Kaj vam olajša delo na daljavo?«. Odgovori so razvrščeni od pogostejših (na vrhu tabele) do manj pogostih (na dnu tabele).

Udeleženci, zaposleni na področju VIZ, so prepoznavali tudi pozitivne vidike poučevanja na daljavo, pri čemer so najpogosteje navajali prednost dela v domačem okolju (in lažje razporejanje časa), prilagodljivost pri izvajanju pouka ter razvoj novih kompetenc (Tabela 2.15).

Tabela 2.15 Pozitivni vidiki poučevanja na daljavo, ki so jih navajali udeleženci, zaposleni na področju VIZ

Kategorija pozitivnega vidika	Opis
Prednosti dela v domačem okolju in lažje razporejanje časa	Boljši učenci imajo veliko več prostega časa; čas z družino za učitelje; otroci so več s starši; otroci si sami razporejajo čas (prožnost, s tem se učijo samostojnosti); učitelji lahko gredo med odmorom ven, potelovadijo itd.; učenci lahko dlje spijo; ni izgube časa z vožnjo v službo; ni jutranjega urejanja; obroki doma; druženje z družinskimi člani med odmori; delajo lahko tudi, če se ne počutijo dobro (npr. so prehlajeni); ni vožnje na delovno mesto.
Prilagodljivost pri izvajanju pouka	Kombinacija v živo in pošiljanja gradiv; interaktivne vaje v spletnem okolju; možnost več individualnih povratnih informacij učencem (nekatero otroko poznam bolje kot prej); ustvarjalnost pri ustvarjanju gradiv; otroci lahko delajo v svojem tempu; gradivo lahko ostane dlje časa; učenci lažje nadomestijo morebitno manjkanje; sami lahko utrjujejo snov z ogledom posnetkov; vsi učenci imajo zapiske.
Razvoj novih kompetenc	Predvsem računalniške kompetence; spoznavanje novih metod/načinov učenja; razvijanje ustvarjalnosti pri izdelavi gradiv; spopadanje z novimi izzivi.
Odsotnost motečih dejavnikov in vzgojne problematike pri pouku	Ni se treba ukvarjati z disciplino in kršitvami šolskega reda, ni dežurstev; učenci ne morejo toliko motiti pouka; s "težavnimi" učenci je lažje delati 1 na 1; učitelji lažje razlagajo snov (ni vpadanja v besedo, motečih dejavnikov v učilnici); pozornost učencev je včasih celo boljša kot v razredu; večja osredinjenost na bistveno.

Nekaterim učencem bolj ustreza	Pouk na daljavo bolj ustreza uspešnim učencem, učencem s posebnimi potrebami, tistim, ki se nočejo izpostavljeni, tistim z učnimi/vzgojnimi težavami, tistim s socialno anksioznostjo; introvertiranim učencem.
Več medsebojnega sodelovanja	Več je sodelovanja in komunikacije s starši, drugimi učitelji; mogoča je takojšnja povratna informacija; boljši odnosi z učenci.
Povečanje samostojnosti učencev	Nekateri učenci so samostojnejši; prevzemajo več odgovornosti za svoje učenje/šolanje; razvijajo več računalniških kompetenc; biti morajo bolj organizirani.
Spremembe pri prihodnjem delu	Morebitne spremembe učnega sistema; več rabe IKT tudi v prihodnje; pomen računalniške pismenosti; zmanjšanje odvečnih podatkov, snovi.
Manj možnosti okužbe	Ni treba biti v razredu za več ur z učenci brez zaščitnih mask in s slabo higieno rok ter z neupoštevanjem varnostne razdalje.

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Katere vidike poučevanja na daljavo bi navedli kot pozitivne?«. Odgovori so razvrščeni od pogostejših (na vrhu tabele) do manj pogostih (na dnu tabele).

Nesodelovanje učencev/dijakov/šolencev so udeleženci, zaposleni na področju VIZ, najpogosteje reševali s pomočjo staršev, sodelavcev in neposredno z učenci (Tabela 2.16).

Tabela 2.16 Načini reševanja težav z nesodelovanjem učencev/dijakov/šolencev, ki so jih prepoznali udeleženci, zaposleni na področju VIZ

Način reševanja težav	Opis
S starši	Klicanje staršev (pogovori po telefonu, v videokonferencah); pisanje staršem (elektronska pošta); redna komunikacija s starši na govornih urah.
S sodelavci	S pomočjo drugih učiteljev, razrednikov ali z vključitvijo šolske svetovalne službe.
Neposredno z učenci	Individualni pristop, dodatni pogovori, Spodbuda in individualna pomoč; vsakodnevne/pogoste razredne ure.
Postopno	Najpogosteje najprej poskušajo z učenci, nato z razredniki in starši, na koncu vključijo tudi šolsko svetovalno službo.
Z dodatnim motiviranjem učencev	Delo v manjših skupinah, zanimive vaje, spodbujanje vprašanj; omogočanje dodatnih (manj izpostavljenih) kanalov komunikacije.
Težav ni	Ni težav z nesodelovanjem učencev, zaradi katerih bi bilo potrebno posredovanje.
Ne rešujejo težav	Ali sploh ne poskušajo reševati ali pa poskušajo in nič ne pomaga.

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Kako rešujete težave z nesodelovanjem učencev/dijakov/šolencev?«. Odgovori so razvrščeni od pogostejših (na vrhu tabele) do manj pogostih (na dnu tabele).

Udeleženci, zaposleni na področju VIZ, so kot najbolj stresna področja pri delu prepoznali spletna orodja in komunikacijo, administrativno delo, pomanjkanje osebnega stika, skrb za uporabnike, skrb za lastno zdravje in možnost za prenos okužbe, prilagajanje na spreminjanje dela.

Tabela 2.17 Področja dela, ki so jih udeleženci, zaposleni na področju VIZ, prepoznali kot najbolj stresna

Področja stresa	Opis
Spletna orodja in komunikacija	Uporaba orodij za delo na daljavo, težave se pojavljajo pri zaposlenih in uporabnikih, težave povzročajo nepoznavanje tehnologij, slabo delovanje računalniških sistemov in težave s povezavo.
Administrativno delo	Dodatno administrativno delo in birokratski postopki, več je poročil, vlog in klicev.
Pomanjkanje osebnega stika	Pomanjkanje osebnega stika z uporabniki in/ali z drugimi zaposlenimi.
Skrb za uporabnike	Opozarjanje uporabnikov na dosledno upoštevanje ukrepov NIJZ in razlaganje ukrepov, skrb ob težavah uporabnikov (npr. težja dostopnost do zdravstvenih storitev), strah za telesno in duševno zdravje uporabnikov, nudenje opore v primeru psihosocialnih stisk uporabnikov (občutki nemoči).
Skrb za lastno zdravje in možnost za prenos okužbe	Izpostavljenost covidu-19 na delovnem mestu, delo od doma ni omogočeno, nejasna navodila glede ravnanja v primeru okužbe, pomanjkanje zaščitne opreme.
Prilagajanje na spreminjanje dela	Navodila za delo, delovni proces in naloge so se pogosto spreminjali, zahtevala se je visoka fleksibilnost, nekateri programi se niso izvajali.
Usklajevanje dela z drugimi obveznostmi	Usklajevanje dela s skrbjo za lastne otroke in gospodinjstvo, pomanjkanje časa.
Finančna negotovost	Nekateri programi se ne izvajajo, osebam grozi izguba zaposlitve in prihodka.
Prihodi in odhodi na delo	Pot na delo je otežena zaradi pomanjkanja javnega prevoza in drugih omejitev (npr. omejitev gibanja).
Odnosi na delovnem mestu	Konflikti in odnosi med zaposlenimi na delovnem mestu.
Pomanjkanje kadrov	Pomanjkanje kadrov zaradi bolniških odsotnosti ali povečanega obsega dela.
Vsa področja	Največ stresa povzročajo vsa področja dela.

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Katera področja vašega dela vam v tem obdobju povzročajo največ stresa?«. Odgovori so razvrščeni od pogostejših (na vrhu tabele) do manj pogostih (na dnu tabele).


Viri in literatura

- Collie, R. J. (2021). COVID-19 and teachers' somatic burden, stress, and emotional exhaustion: examining the role of principal leadership and workplace buoyancy. *AERA Open*, 7(1), 1–15.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Berasategi Santxo, N., Idoiaga Mondragon, N., in Dosil Santa-maría, M. (2021). The psychological state of teachers during the COVID-19 crisis: The challenge of returning to face-to-face teaching. *Frontiers in Psychology*, 11, 620718.
- Krajnc, Ž., Huskić, A., Kokol, Z., in Košir, K. (2020). Učenje in poučevanje na daljavo med zaprtjem šol zaradi epidemije COVID-19: perspektiva pedagoških delavcev v osnovnih in srednjih šolah v prvem mesecu pouka na daljavo. V Ž. Lep in Hacin K. Beyazoglu (ur.), *Psihologija pandemije: posamezniki in družba v času koronske krize* (str. 179–189). Filozofska fakulteta.

- Rupnik Vec, T., Preskar, S., Slivar, B., Zupanc Grom, R., Kregar, S., Holcar Brunauer, A., Bevc, V., Mithans, M., Ivanuš-Grmek, M., in Musek Lešnik, K. (2020). *Analiza izobraževanja na daljavo v času epidemije Covid-19 v Sloveniji: delno poročilo, julij 2020*. Zavod RS za šolstvo.
- Sokal, L., Trudel, L. E., in Babb, J. (2021). I've had it! Factors associated with burnout and low organizational commitment in Canadian teachers during the second wave of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Educational Research Open*, 2(2), 100023.
- Wong, K. Y., Sulaiman, T., Ibrahim, A., Kunchi Mohd, A. G., Hassan Hussin, O., in Wan Jaafar, W. M. (2021). Secondary school teachers psychological status and competencies in e-teaching during Covid-19. *Heliyon*, e08238.

Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v zdravstvu

Mirjam Fašmon in Nina Krohne

 © Mirjam Fašmon in Nina Krohne
<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.3>

Vzorec zaposlenih v zdravstvu so predstavljale večinoma ženske (zdravnice, medicinske sestre/babice, psihologinje/klinične psihologinje, vodstveni kader, podporne službe idr.), ki so med epidemijo delo opravljale na delovnem mestu. Med drugim valom koronavirusa so doživljale srednjo visoko stisko (Tabela 3.3), ki je bila večja kot v prvem valu ali v času pred epidemijo (Slika 3.7). Eden izmed virov stiske je bilo delo v stresnih okoliščinah (Tabela 3.4) – stiska, ki so jo udeleženci, zaposleni v zdravstvu, občutili statistično značilno intenzivneje v primerjavi z drugim vzorcem (Tabela 11.3.1). Ta je bila najizrazitejša pri medicinskih sestrah oziroma zdravstvenih tehnikih ter zdravnikih (Slika 3.8). Poleg tega so poročali o stiskah zaradi spremenjenega obsega dela, ločenosti od družine, strahu pred okužbo bližnjih, strahu pred negotovo prihodnostjo in drugih težav (Tabela 3.4). Pri udeležencih, zaposlenih v zdravstvu, je bilo v primerjavi s preostalim vzorcem opaziti statistično značilno nižjo stisko zaradi slabših medosebnih odnosov v zasebnem življenju, vendar višjo stisko zaradi slabših odnosov v službi (Tabela 11.3.2). V vzorcu je bila stiska pri zdravnikih in medicinskih tehnikih/babicach rahlo večja kot pri (kliničnih) psihologih (Slika 3.5). Pri vseh skupinah je bilo spoprijemanje s stisko relativno uspešno, pri čemer so o uspešnem spoprijemanju poročali predvsem (klinični) psihologi (Slika 3.6).

Zaposleni v zdravstvu so opažali psihofizične simptome, najpogosteje glavobole, bolečine v hrbtu, rokah, nogah in sklepih ter slabost oz. prebavne motnje (Tabela 3.8; Slika 3.11). Telesna simptomatika je bila višje izražena pri medicinskih sestrah, babicach in zdravstvenih tehnikih (Slika 3.13). Navajali so tudi simptome depresije, tako so se pri več kot polovici udeležencev pojavljali utrujenost in pomanjkanje energije, težave s spanjem, pomanjkanje zanimanja in veselja, potrnost, depresija ali obup in pomanjkanje teka oz. prenajedanje (Tabela 3.9; Slika 3.12). Okoli petina udeležencev je omenjene simptome doživljala več kot polovico dni (Tabela 3.9). Simptomi depresije so bili zdravnikih, medicinskih sestrah, babicach in tehnikih izraženi višje kot pri (kliničnih) psihologih (Slika 3.14). Kljub precej izraženim simptomom so udeleženci, za-

posleni v zdravstvu, v povprečju doživljali statistično nižjo raven simptomov depresije v primerjavi s preostankom vzorca (Tabela 11.3.2).

Doživljanje duševnih stisk se sklada s podatki študij iz Evrope in širšega sveta. Metaanaliza, ki so jo izvedli Maryam Vizheh idr. (2020), navaja, da so zaposleni v zdravstvu najpogosteje zaznavali znake anksioznosti (od 24 do 68 %), depresije (od 12 do 56 %), stresa (od 30 do 63 %) in nespečnosti. Metaanaliza, ki so jo izvedli Mamidipalli Sai Spoorthy idr. (2020), prav tako navaja, da so zaposleni v zdravstvu poročali o pomembni ravni stresa, anksioznosti, depresije in nespečnosti. To se ujema s podatki metaanalize, ki je zajela tudi posledice drugih epidemij, saj navaja, da zaposleni v zdravstvu v času epidemij običajno poročajo o stresu, anksioznosti in depresiji (Cabarkapa idr., 2020). Svenja Hummel idr. (2021) so primerjali duševno stanje zaposlenih v zdravstvu med epidemijo v osmih evropskih državah, med katere ni bila vključena Slovenija. Zaposleni so poročali o simptomih depresije (18 % zmerna in 17 % huda depresija), anksioznosti (15 % zmerna in 22 % huda anksioznost) in stresa (14 % zmeren in 27 % hud stres). Navedene metaanalize poudarjajo, da so bili še posebej ogroženi zaposleni, ki so bili v večjem stiku s pacienti s covidom-19, ter medicinske sestre in ženske, medtem ko študija Svenje Hummel idr. (2021) ni našla navedene razlike. Podobno kot so v našem vzorcu duševne stiske v drugem valu intenzivnejše od stisk v prvem (Slika 3.7), Ita Daryanti Saragih idr. (2021) navajajo, da se je v prvem letu pandemije koronavirusa duševno zdravje zaposlenih v zdravstvu poslabšalo. V svoji metaanalizi so spoznali, da zaposleni kažejo znake posttravmatske stresne motnje (49 %), anksioznosti (40 %), depresije (37 %) in stresa (37 %). To so primerjali z metaanalizo Salarija idr. (2020), kjer so zaposleni poročali o anksioznosti (32 %), depresiji (34 %) in stresu (30 %).

Haozheng Cai idr. (2020) so na kitajskem vzorcu ugotovili, da so bili pomembni dejavniki stresa skrb za varnost sodelavcev, strah pred okužbo sebe ali družine, povečan obseg dela, smrti pacientov, pomanjkanje potrebščin in možnosti za zdravljenje ter pomanjkanje zaščitne opreme. Beesan Maraqa idr. (2020) so na palestinskem vzorcu spoznali, da so največje stresorje povzročali strah pred okužbo družine in sebe ter pomanjkanje ustreznih možnosti za zdravljenje. V sosednji Italiji so zdravstveni delavci poročali o povečanem tveganju, čustvenih naporih, negotovosti klinične situacije in konfliktih med delom in družino, opisovali pa so tudi psihosomatske težave (Barello idr., 2020), kar se v večini ujema s stiskami, ki so jih doživljali posamezniki na našem vzorcu.

Udeleženci, zaposleni v zdravstvu, so poročali o porastu nasilja med epidemijo. Porast nasilja je bil izrazit in statistično značilno višji od preostalega

vzorca predvsem na delovnem mestu in v drugih medosebnih odnosih (Tabela 3.7; Tabela 11.3.3). O nasilju na delovnem mestu zdravstvenih delavcev med epidemijo covid-19 poročajo številne študije, pri čemer so izvrševalci nasilja najpogosteje sorodniki pacientov (Arafa idr., 2021; Bhatti idr., 2021; Gha-reeb idr., 2021; Wang idr., 2020). Udeleženci poročajo tudi o manjšem porastu nasilja v družini (Tabela 3.7). Študij, ki bi raziskovale nasilje doma pri tej skupini zaposlenih, nismo našli, vendar Danuta Rode (2010) navaja, da se doživljanje stresa povezuje z izvajanjem nasilja v družini, medtem ko se ženski spol povezuje z verjetnostjo doživljanja nasilja v družini, pri čemer je med epidemijo virusa covid-19 v splošni populaciji naraslo nasilje nad ženskami (Piquero idr., 2021). To bi lahko pojasnilo podatke v našem vzorcu, ki ga sestavljajo večinoma ženske.

Rezultati so pokazali, da je 31 % udeležencev čutilo potrebo po podpori, kar je primerljivo s preostankom vzorca (Slika 3.15; Tabela 11.3.4). Pomoč je iskalo le 10 % udeležencev oz. vsak tretji, ki je čutil potrebo po tem, medtem ko drugi niso iskali pomoči (Slika 3.15). Kot vzroke za to navajajo slabšo dostopnost do ustreznih služb in nepoznavanje njihovega delovanja, stigma ter pomanjkanje časa in volje. Zdravniki, medicinske sestre, tehniki in babice so podporo potrebovali bolj kot (klinični) psihologi in drugi zaposleni (Slika 3.16). Udeleženci so v svoji socialni mreži najpogosteje poiskali podporo pri družinskih članih, prijateljih in znancih (Slika 3.17), in sicer v statistično značilno več v primerjavi s preostankom vzorca (Tabela 11.3.4). Poleg pogovora sta bila pogosto uporabljena vira pomoči tudi telesna dejavnost in branje knjig oz. poslušanje avdioknjig (Slika 3.18). Pomoč strokovnjaka je poiskalo 11,6 % zaposlenih v zdravstvu, kar je primerljivo z drugimi udeleženci v raziskavi (Slika 3.18; Tabela 11.3.4).

V raziskavi, izvedeni na kitajskem vzorcu, Haozheng Cai idr. (2020) navajajo, da večina udeležencev ni sama poiskala strokovne pomoči. Pri spoprijemanju s stresom jim je najbolj pomagalo upoštevanje ukrepov, poznavanje informacij o virusu, ohranjanje pozitivnega odnosa do sebe ter pomoč družine in prijateljev. Lijun Kang idr. (2020) opišejo prakso, kjer je bila psihološka pomoč za zaposlene organizirana v bolnišnici. Ekipe za psihološko intervencijo so delovale v štirih korakih, pri čemer so sodelovali vodstveni kader, strokovnjaki in prostovoljci. Raziskovalci navajajo, da je bil odziv zaposlenih pozitiven in da so se na ponujeno pomoč odzvali v velikem številu. Takšna organizacija pomoči bi bila lahko primer dobre prakse, saj je premostila večino ovir pri pomoči, o katerih so poročali udeleženci v našem vzorcu. Ne nazadnje je skoraj vsak peti udeleženec, zaposlen v zdravstvu, izrazil željo po podpori v delovni organizaciji, kar je statistično značilno več od preostalega vzorca

(Tabela 11.3.4). Želja po supervizijski oz. podporni skupini zunaj organizacije je bila izrazita predvsem pri zdravnikih in medicinskih sestrah oz. zdravstvenih tehnikih. Prav tako so izrazili željo po supervizijski oz. podporni skupini zunaj delovne organizacije, pomoči strokovnjaka in željo po več izobraževalnih, sprostitvenih oddajah in filmih po televiziji ali na spletu. Vsak tretji udeleženec pa je dejal, da ne potrebuje drugih virov pomoči (Slika 3.19).

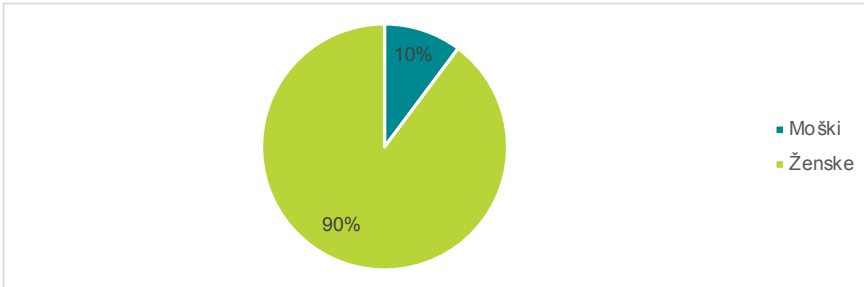
Zaposleni v zdravstvu so navedli, da so informacije o virusu in ukrepih najpogostejše iskali pri prijateljih ali sorodnikih, v člankih na spletu, znotraj izobraževanj ali strokovnih usposabljanj ter na spletnih straneh zdravstvenih institucij, kar so uporabljali več v primerjavi s preostankom vzorca (Slika 3.21; Tabela 11.3.4). V tem se razlikujejo od zdravstvenih delavcev v študijah iz Združenih arabskih emiratov, Irana, Vietnama in Pakistana, ki so kot najpogostejši vir informacij uporabljali družbena omrežja (Bhagavathula idr., 2020; Huynh idr., 2020; Saqlain idr., 2020). Večina zaposlenih v zdravstvu je branju in poslušanju novic v zvezi z virusom posvetila manj kot eno uro (Slika 3.23), ob novicah pa so izražali srednjo raven zaskrbljenosti (Tabela 3.12). Med zbiranjem podatkov je okužbo s covidom-19 prebolelo 15 % udeležencev (Tabela 3.11). Udeleženci, zaposleni v zdravstvu, so poročali o visoki meri upoštevanja priporočenih ukrepov (Tabela 3.12).

V splošnem je ocena potreb pokazala, da so bili zaposleni v zdravstvu med epidemijo covid-19 dodatno obremenjeni. Spoprijemali so se z duševnimi stiskami, psihofizičnimi simptomi in nasiljem, kar je veljalo tudi za zaposlene v zdravstvu po svetu. Udeleženci so si skušali pomagati z lastnimi viri pomoči, le redki so poiskali pomoč strokovnjaka. Za to so navajali številne razloge, med temi so bili nedostopnost in nepoznavanje ustreznih služb ter stigma. Morda bi bilo duševno stanje zaposlenih v zdravstvu boljše, če bi bile organizirane ekipe strokovnjakov na področju duševnega zdravja, namenjene zaposlenim v zdravstvu, ki bi delovale na delovnem mestu zaposlenih s čim enostavnejšim dostopom in z ustrežno spodbudo vodstva. Raziskava je prav tako pokazala, da so se psihologi in klinični psihologi rahlo uspešneje spoprijemali s stisko kot drugi zaposleni, doživljali so manj simptomov depresije in čutili so nižjo potrebo po podpori. Ena od možnih razlag za to je, da so jim pri spoprijemanju s stresom koristila strokovna znanja, v tem primeru bi bila smiselna psihoedukacija za druge zaposlene. Vendar bi ugotovitev lahko razložili tudi drugače, npr. da so bili manj izpostavljeni neposrednemu stiku s pacienti in zato manj pod stresom. Pri interpretaciji rezultatov je smiselno nameniti pozornost tudi vzorcu, saj so izrazito prevladovale ženske. Prav tako je treba upoštevati, da smo podatke pridobivali s samoocenjevalnim vprašalnikom, kjer je mogoče, da bi udeleženci poskušali prikrivati ali simulirati težave.

3.1 Demografske spremenljivke

3.1.1 Spol

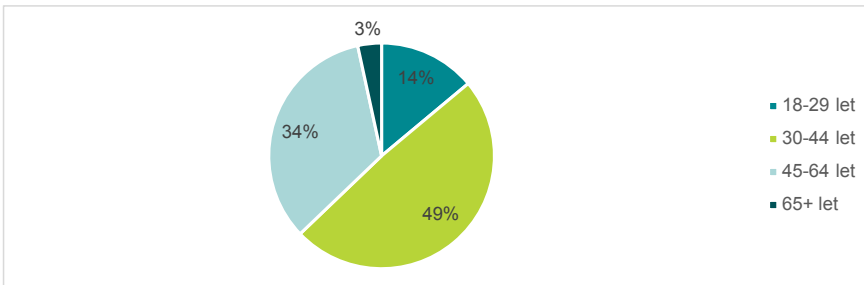
Med udeleženci, zaposlenimi na področju zdravstva, so izrazito prevladovala ženske (Slika 3.1).



Slika 3.1 Delež udeležencev, zaposlenih na področju zdravstva, glede na spol ($n = 322$)

3.1.2 Starost

Skoraj polovica udeležencev, zaposlenih na področju zdravstva, so bile osebe, stare od 30 do 44 let, dobra tretjina pa so bile osebe, stare od 45 do 64 let (Slika 3.2).



Slika 3.2 Starostna struktura udeležencev, zaposlenih na področju zdravstva ($n = 322$)

Opomba $n = 322$; $M = 42,2$; $SD = 11,7$; min. = 18; maks. = 71.

3.1.3 Regija prebivališča

Med udeleženci, zaposlenimi na področju zdravstva, so bile zastopane vse regije Slovenije, pri tem pa so močno prevladovali udeleženci iz osrednjeslovenske regije (Slika 3.3).



Slika 3.3 Zastopanost regij pri udeležencih, zaposlenih na področju zdravstva ($n = 322$)

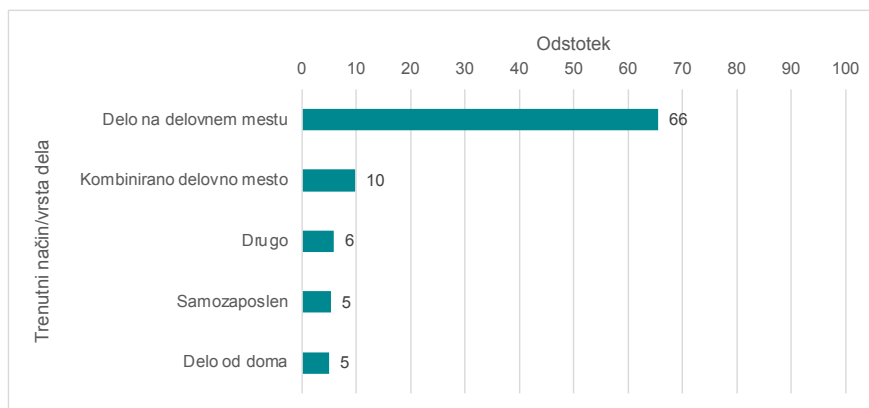
3.1.4 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev s področja zdravstva

Iz Tabele 3.1 je razvidno, da so udeleženci s področja zdravstva, v približno enakem odstotku prihajali iz mestnega in podeželskega okolja. Večina jih je imelo univerzitetno izobrazbo. 35 % udeležencev s področja zdravstva je imelo šoloobvezne otroke.

Tabela 3.1 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev, zaposlenih na področju zdravstva ($n = 322$)

	<i>f</i>	%
Okolje prebivališča		
Mestno okolje	179	56
Podeželje	140	43
Drugo	3	1
Izobrazba		
Osnovna šola ali manj	0	0
Poklicna šola	2	1
Štiriletna srednja šola	38	12
Višja šola/visoka šola/prva bolonjska stopnja	65	20
Univerzitetna izobrazba/druga bolonjska stopnja	172	53
Znanstveni magisterij/doktorat	45	14
Starši šoloobveznih otrok	114	35

Velika večina udeležencev, zaposlenih na področju zdravstva (66 %), je v obdobju drugega vala epidemije delala na delovnem mestu. 10 % je del zaposlitve opravljalo tudi od doma (Slika 3.4).



Slika 3.4 Trenutni način/vrsta (ne)dela udeležencev, zaposlenih na področju zdravstva ($n = 357$)

Opomba Kombinirano delo vključuje posameznike, ki določen delež svojega dela opravljajo doma, drugi delež svojega dela pa na delovnem mestu.

Iz Tabele 3.2 je razvidno, da je bila večina udeležencev zaposlenih kot zdravniki (29 %) oziroma medicinske sestre/babice ali zdravstveni tehniki (28 %). Udeleženci so bili tudi psihologi oz. klinični psihologi (14 %) oziroma so opravljali druge poklice znotraj zdravstva (18 %), kot so lekarništvo oz. farmakologija, nutricionistka, fizioterapija, radiologija, javno zdravstvo itd. Udeleženci, zaposleni v vodstvenem kadru, podpornih službah, in tisti, ki opravljajo specializacijo, so bili slabo zastopani, zato jih pri nadaljnjih analizah, kjer bomo primerjali razlike med posameznimi zaposlitvenimi skupinami s področja zdravstva, nismo upoštevali.

Tabela 3.2 Zaposlitvena struktura udeležencev za posamezna področja dela

	<i>n</i>	%
Zdravnik	97	29
Medicinska sestra/babica/zdravstveni tehnik	94	28
(Klinični) psiholog	46	14
Vodstveni kader	14	4
Podporne službe	16	5
Opravljanje specializacije	5	2
Drugo	61	18

3.2 Doživljanje stiske

3.2.1 Splošno doživljanje stiske in primerjava s preteklimi obdobji

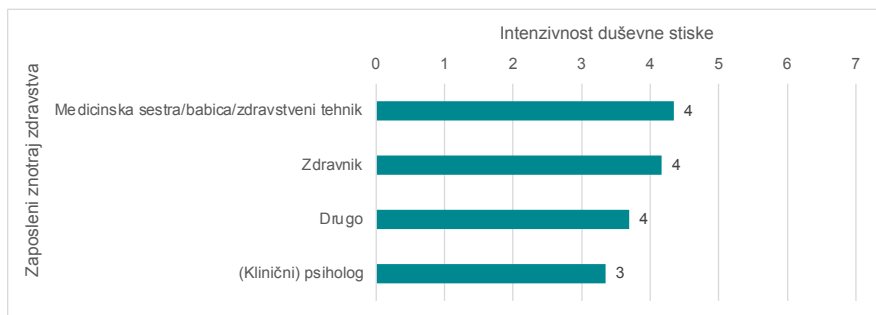
Iz Tabele 3.3 je razvidno, da so udeleženci, zaposleni na področju zdravstva, v povprečju doživljali srednje intenzivno duševno stisko in se v povprečju z njo spoprijemali relativno uspešno.

Tabela 3.3 Doživljanje duševne stiske v drugem valu epidemije za udeležence, zaposlene v zdravstvu ($n = 322$)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Doživljanje duševne stiske	322	3,84	1,89
Spoprijemanje z duševno stisko	308	5,01	1,25

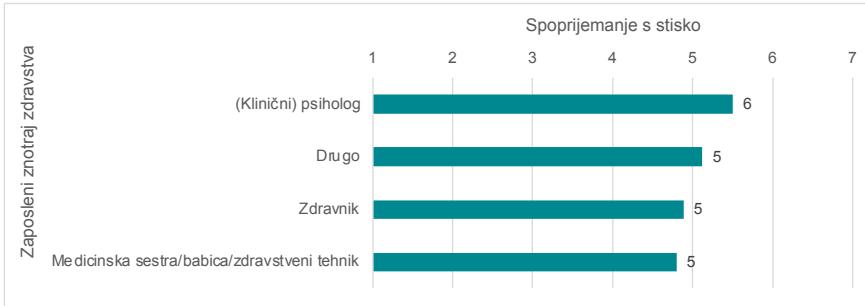
Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika. Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (zelo neuspešno) do 7 (zelo uspešno), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.

Izmed različnih skupin zaposlenih v zdravstvu so največjo stisko doživljali medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki (Slika 3.5), ki so poročali, da so se s stisko spoprijemali manj uspešno od drugih skupin (Slika 3.6). O najuspešnejšem spoprijemanjem s stisko so poročali klinični psihologi (Slika 3.6).



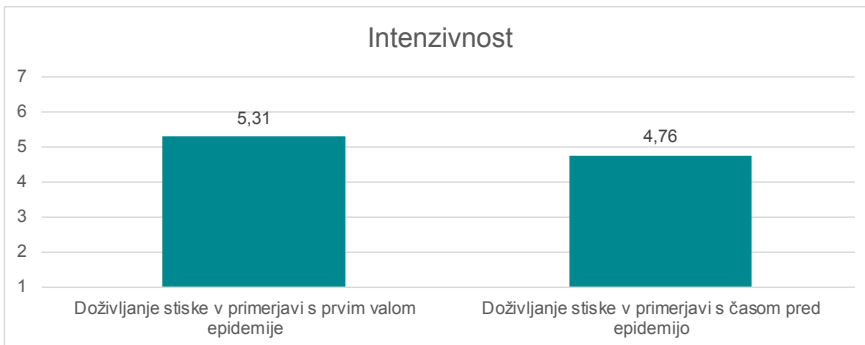
Slika 3.5 Doživljanje duševne stiske med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju zdravstva ($n = 322$)

Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika.



Slika 3.6 Spoprijemanje s stisko pri udeležencih, zaposlenih na področju zdravstva ($n = 322$)
Opomba Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (*zelo neuspešno*) do 7 (*zelo uspešno*), vrednost 4 je predstavljal srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.

Slika 3.7 prikazuje, da so udeleženci, zaposleni v zdravstvu, v drugem valu epidemije doživljali nekoliko intenzivnejšo stisko kot pred epidemijo in kot med prvim valom epidemije, ki je trajal od marca do maja 2020. Prav tako so v času merjenja, ki je potekalo v drugem valu epidemije (od decembra 2020 do januarja 2021) izrazili nekoliko večje doživljanje stiske v primerjavi s časom pred njo.



Slika 3.7 Doživljanje duševne stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in med prvim valom pri udeležencih, zaposlenih na področju zdravstva ($n = 322$)

Opomba Odgovor na »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« in odgovor na »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« sta merjena na lestvici od 1 (*čutim veliko manjšo stisko*) do 7 (*čutim veliko večjo stisko*). Višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko v primerjavi s časom pred epidemijo, višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« pa nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko kot med prvim valom epidemije.

3.2.2 Specifične stiske, povezane s covidom-19

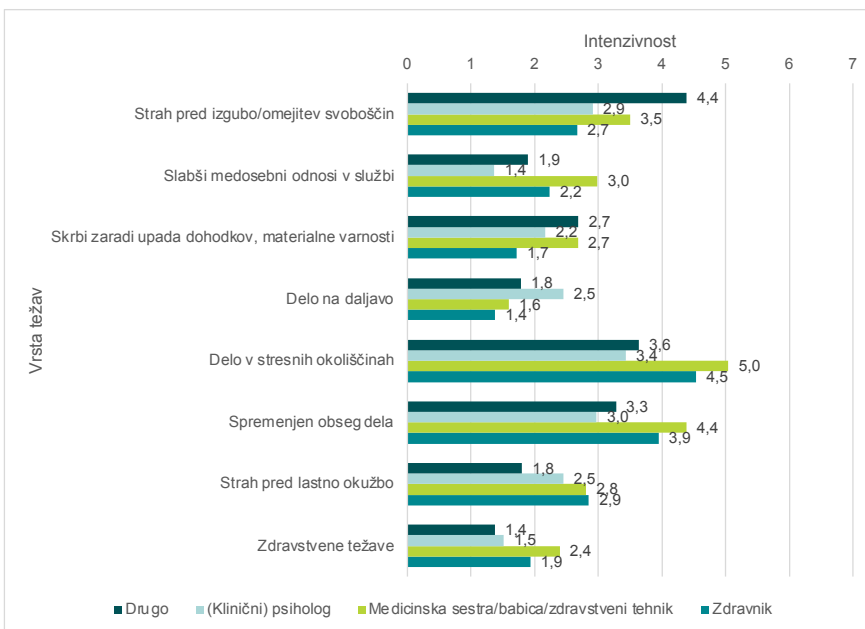
Tabela 3.4 prikazuje, da so pri večini udeležencev, zaposlenih na področju zdravstva, prevladovali strah pred okužbo bližnjih (94 %), delo v stresnih okoliščinah (90 %), spremenjen obseg dela (85 %) in strah pred negotovo prihodnostjo (85 %). Od naštetih težav je najmanj udeležencev bremenila selitev v skupno gospodinjstvo (17 %).

Tabela 3.4 Doživljanje posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju zdravstva ($n = 322$)

	Odstotek (vseh, razen odgovora o)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Zdravstvene težave	69	1,98	2,02
Strah pred lastno okužbo	79	2,53	2,13
Strah pred okužbo bližnjih	94	4,47	2,11
Stiska zaradi izolacije	79	2,84	2,27
Strah pred negotovo prihodnostjo	85	3,46	2,30
Skrb zaradi dostopnosti zdravstvenih storitev	80	3,14	2,30
Ločenost od družine	82	3,58	2,40
Spremenjen obseg dela	85	3,76	2,40
Delo v stresnih okoliščinah	90	4,30	2,32
Delo na daljavo	48	1,70	2,25
Skrbi zaradi upada dohodkov, materialne varnosti	65	2,28	2,32
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	41	1,16	1,90
Brezposelnost	23	0,66	1,55
Občutek pomanjkanja koristnega dela oz. prispevka k družbi	45	1,38	2,00
Selitev v skupno gospodinjstvo	17	0,47	1,33
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	51	1,75	2,17
Slabši medosebni odnosi v službi	62	2,21	2,29
Usklajevanje službenih in družinskih obveznosti	61	2,43	2,55
Strah pred kršenjem odlokov	62	1,83	2,12
Strah pred izgubo/omejitev svoboščin	76	3,28	2,67
Drugo	11	1,86	2,70

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.

Zaposleni v zdravstvu, ki ne spadajo v nobeno izmed ponujenih kategorij in so upoštevani v kategoriji »Drugo« (lekarništvo oz. farmakologija, nutricionistka, fizioterapija, radiologija, javno zdravstvo itd.), v primerjavi z drugimi poklicnimi skupinami, zaposlenimi v zdravstvu, najintenzivneje doživljajo strah pred izgubo oz. omejitvijo svoboščin ter skrbi zaradi upada dohodkov in materialne varnosti. Skrb zaradi obojega čutijo tudi medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki, ki v primerjavi z drugimi področji dela v zdravstvu intenzivneje doživljajo tudi stisko zaradi zdravstvenih težav, slabših medosebnih odnosov v službi, dela v stresnih okoliščinah in spremenjenega obsega dela. Ti dve težavi izraziteje pestita tudi zdravnike. Psihologe oz. klinične psihologe pa v primerjavi z drugimi bolj obremenjujejo skrbi zaradi dela na daljavo. Zaposleni, ki so upoštevani v kategoriji "Drugo", manj pogosto poročajo o strahu pred lastno okužbo.



Slika 3.8 Skrbi udeležencev, zaposlenih v zdravstvu, glede na posamezna področja zaposlitve ($n = 322$)

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika. Prikazane so zgolj kategorije z največjimi razlikami v doživljanju med skupinami.

3.3 Doživljanje nasilja

2,5 % udeležencev, zaposlenih v zdravstvu, je pred epidemijo doživljalo nasilje v družini oziroma partnerskih odnosih, med epidemijo pa je delež porasel na 4 %. Prav tako je opaziti porast nasilja na delovnem mestu, in sicer s 6,2 % pred epidemijo na 11,5 % med epidemijo.

Tabela 3.7 Doživljanje nasilja v medosebnih odnosih pred in med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v zdravstvu ($n = 322$)

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
V družini oziroma partnerskem odnosu	8	2,48	13	4,04
Na delovnem mestu	20	6,21	37	11,50
V drugih medosebnih odnosih	/	/	21	6,52

3.4 Psihične in fizične težave

Merili smo pojav somatskih simptomov in simptomov depresije. Iz Tabele 3.8 in Slike 3.11 je razvidno, da so udeleženci, zaposleni v zdravstvu, poročali o različnih somatskih težavah. Najbolj so jih obremenjevali glavoboli (64 % – ima izkušnjo; 17 % – ima redne težave), bolečine v hrbtu (63 % ima izkušnjo; 24 % – ima redne težave) ter bolečine v rokah, nogah ali sklepkih (49 % – ima težavo; 18 % – ima redne težave), o katerih poroča tudi največ udeležencev. Izraženost somatske simptomatike pri udeležencih, zaposlenih v zdravstvu, je bila najvišja pri medicinskih sestrah/zdravstvenih tehnikih in najnižja pri (kliničnih) psihologih (Slika 3.12).

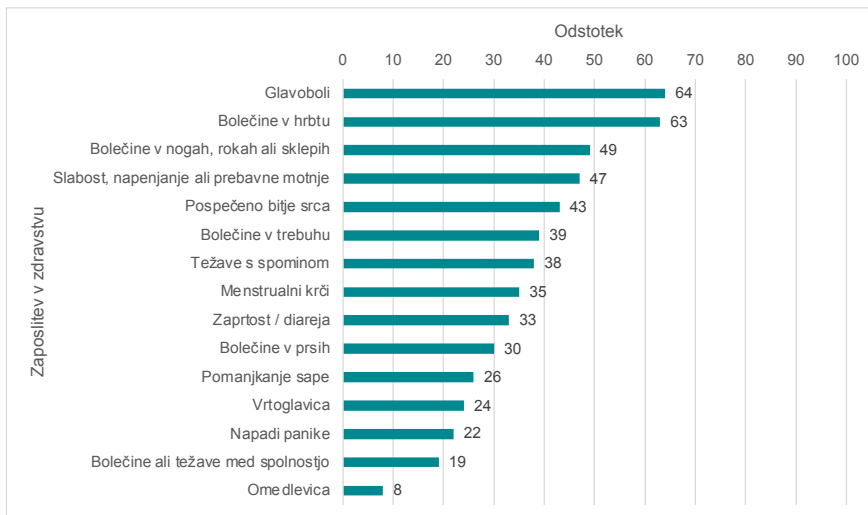
Tabela 3.8 Doživljanje posameznih psihofizičnih težav v zadnjih štirih tednih pri udeležencih, zaposlenih na področju zdravstva ($n = 315$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Bolečine v trebuhu	39	8	0,47	0,64
Bolečine v hrbtu	63	24	0,87	0,78
Bolečine v rokah, nogah ali sklepkih	49	18	0,68	0,77
Menstrualni krči	35	11	0,45	0,68
Glavoboli	64	17	0,81	0,70
Bolečine v prsih	30	6	0,36	0,60
Vrtoglavica	24	4	0,29	0,54

3 Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v zdravstvu

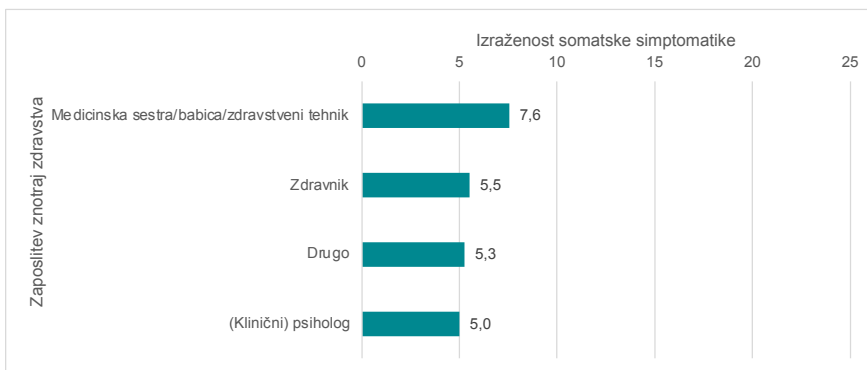
	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Omedlevica	8	1	0,09	0,30
Pospušeno bitje srca	43	11	0,54	0,68
Pomanjkanje sape	26	4	0,30	0,54
Bolečine ali težave med spolnostjo	19	4	0,23	0,50
Zaprto/diareja	33	8	0,41	0,63
Slabost, napenjanje ali prebavne motnje	47	13	0,60	0,70
Težave s spominom	38	7	0,45	0,63
Napadi panike	22	3	0,26	0,51

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih vsaj malo (ali zelo) mučile navedene psihofizične težave (odgovor 1 ali 2). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih zelo mučile navedene psihofizične težave (odgovor 2).



Slika 3.11 Odstotek udeležencev, zaposlenih v zdravstvu, ki so v zadnjih štirih tednih vsaj malo doživljali posamezno psihofizično težavo ($n = 315$)

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1 ali 2.



Slika 3.12 Rezultati vprašalnika PHQ-15 (13 postavk) za udeležence, zaposlene na področju zdravstva ($n = 315$)

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Posameznik se lahko pojavlja v več zdravstvenih kategorijah hkrati.

Udeleženci, zaposleni s področja zdravstva, so v povprečju doživljali simptome depresije, ki so značilni za blago do zmerno depresijo (Tabela 3.10). Tabela 3.19 in Slika 3.13 prikazujeta, da sta se najpogosteje in najizraziteje pojavljali utrujenost in pomanjkanje energije (83 % – ima izkušnjo; 39 % – ima redne težave) ter težave s spanjem (75 % – ima izkušnjo; 32 % – ima redne težave). Prav tako jih je več kot polovica poročala o tem, da so v preteklih 14 dneh vsaj kdaj občutili pomanjkanje zanimanja oziroma veselja (64 % – ima izkušnjo; 21 % – ima redne težave), doživljali potrnost, depresijo ali obup (56 % ima težavo; 14 % – ima redne težave), da so imeli bodisi pomanjkanje apetita bodisi so se prenajedali (54 % – ima težavo; 20 % – ima redne težave) ter doživljali težave z zbranostjo (50 % – ima izkušnjo; 18 % – ima redne težave). Skoraj polovica je poročala, da so v preteklih 14 dneh vsaj kdaj doživeli malodušje oziroma razočaranost nad seboj (46 % – ima težavo; 18 % – ima redne težave). Med zaposlenimi v zdravstvu so o najvišji izraženosti simptomov depresije poročali medicinske sestre, babice in zdravstveni tehniki, sledili so zdravniki. O najnižji izraženosti simptomov depresije so poročali psihologi in klinični psihologi (Slika 3.14).

Tabela 3.9 Doživljanje posameznih simptomov depresije v zadnjih 14 dneh pri udeležencih, zaposlenih v zdravstvu ($n = 315$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pomanjkanje zanimanja/veselja	64	21	0,93	0,89
Potrnost, depresija ali obup	56	14	0,76	0,84
Težave s spanjem	75	32	1,21	0,98

3 Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v zdravstvu

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	M	SD
Utrujenost in pomanjkanje energije	83	39	1,37	0,94
Pomanjkanje apetita/prenajedanje	54	20	0,78	0,86
Malodušje/razočaranje nad samim seboj	46	18	0,69	0,88
Težave z zbranstvijo	51	18	0,76	0,91
Izjemno počasno/hitro (nemirno) premikanje ali govorjenje	24	7	0,35	0,71

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (*nikoli*) do 3 (*skoraj vsak dan*). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile vsaj nekaj dni ali več (odgovor 1 ali več). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile več kot polovico dni (odgovori 2 in 3).



Slika 3.13 Odstotek udeležencev, zaposlenih v zdravstvu, ki so vsaj nekaj dni v zadnjih 14 dneh doživljali posamezne simptome depresije ($n = 315$)

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (*nikoli*) do 3 (*skoraj vsak dan*). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1, 2 ali 3.



Slika 3.14 Rezultati vprašalnika PHQ-8 za udeležence, zaposlene v zdravstvu ($n = 315$)

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-8 je 0, najvišji možni rezultat pa 24. Posameznik se lahko pojavlja v več zdravstvenih kategorijah hkrati.

Tabela 3.10 Rezultati udeležencev, zaposlenih v zdravstvu, pri vprašalnikih PHQ-15 (13 postavk) in PHQ-8

	<i>n</i>	<i>Rezultat</i>	<i>SD</i>
PHQ-15 (13)	315	6,08	4,76
PHQ-8	315	6,83	5,37

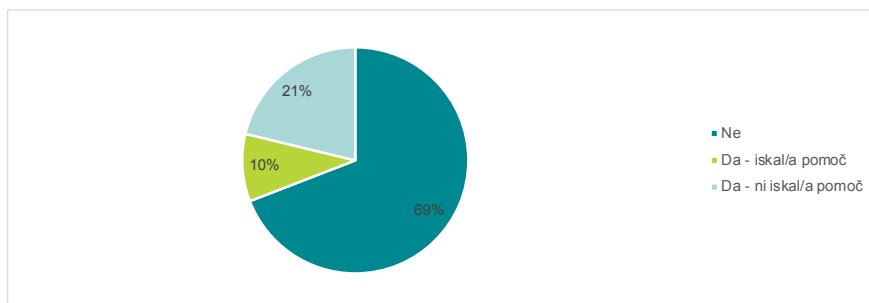
Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Tudi na lestvici PHQ-8 je najnižji možni rezultat 0, najvišji pa 24.

3.5 Potreba po podpori

Večina udeležencev, zaposlenih v zdravstvu, je izrazila, da pomoči ne potrebuje. Od teh, ki so izrazili potrebo po pomoči, jih dve tretjini pomoči ni poiskalo (Slika 3.15). Udeleženci s področja zdravstva so podporo v socialni mreži najpogosteje iskali med družinskimi člani (Slika 3.17).

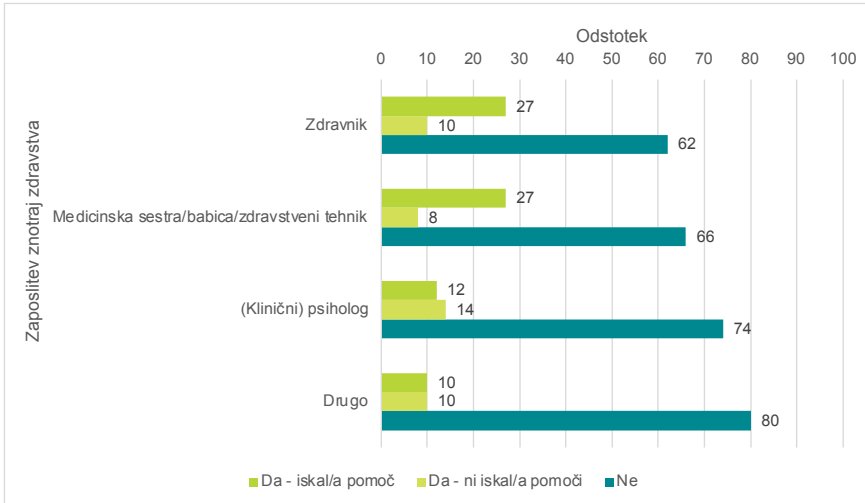
Slika 3.16 prikazuje, da se je potreba po podpori pojavljala pri dobri tretjini zdravnikov, medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov. Večina izmed omenjenih udeležencev pomoči ni poiskala. Potreba po psihološki podpori se je pojavljala tudi med (kliničnimi) psihologi, vendar je opaziti, da je omejena skupina udeležencev bolj nagnjena k iskanju pomoči.

Kot razloge, da pomoči niso poiskali, so zdravstveni delavci navajali manjšo dostopnost za psihološko in psihiatrično pomoč med epidemijo, preveliko zasedenost psihoterapevtskih služb, nepoznavanje ali nezmožnost brezplačnih možnosti psihoterapije v njihovem okolju, pomanjkanje časa, volje in energije in stigma. Omenjali so, da niso koristili bolniškega dopusta, saj niso želeli dodatno obremeniti njihovih sodelavcev, ter da navajali, da so raje »še malo potrpeali«. Poleg tega so navajali, da so zadostno podporo dobivali bodisi od svojih sodelavcev bodisi od svojih bližnjih (partnerjev, prijateljev, družine).

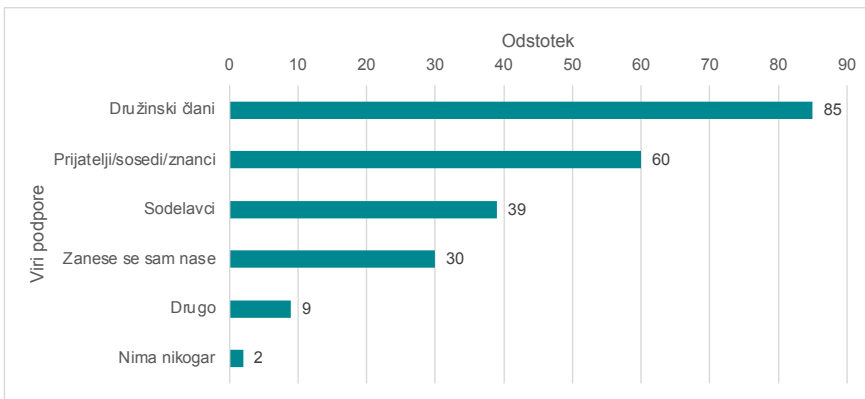


Slika 3.15 Potreba po psihološki podpori udeležencev, zaposlenih v zdravstvu (*n* = 311)

3 Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v zdravstvu



Slika 3.16 Potreba po podpori udeležencev, zaposlenih v zdravstvu ($n = 311$)



Slika 3.17 Iskanje podpore v socialni mreži udeležencev, zaposlenih v zdravstvu ($n = 311$)

3.6 Viri pomoči

Slika 3.18 prikazuje, da so kot vir pomoči pri doživljanju stiske udeleženci, zaposleni v zdravstvu, najpogosteje uporabljali pogovor s prijatelji, družino ali znanci. Pogosto so si stisko lajšali tudi s telesno dejavnostjo ali z branjem knjig ali poslušanjem avdio knjig.



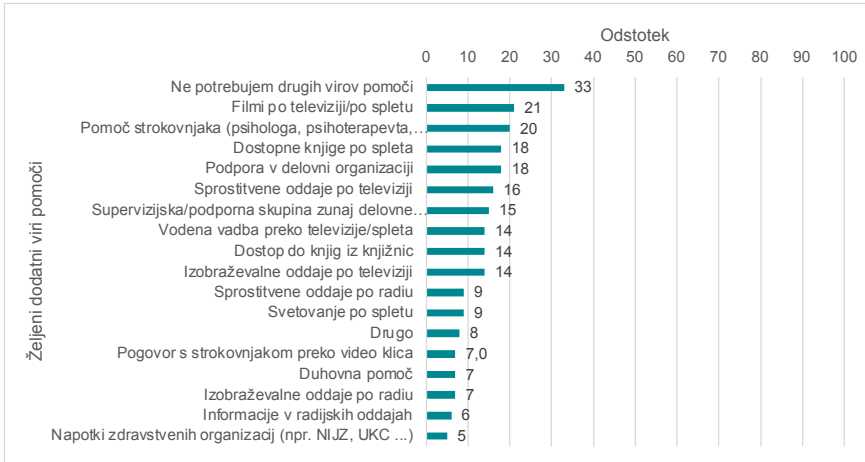
Slika 3.18 Viri pomoči, ki so jih udeleženci, zaposleni na področju zdravstva, že uporabljali za lajšanje stisk ($n = 311$)

Iz Slike 2.19 je razvidno, da je večji del udeležencev, zaposlenih na področju zdravstva, izrazil, da ne potrebuje drugih virov pomoči za lajšanje stiske (31 %). Pri teh, ki so izrazili, da si želijo drugih virov pomoči, je prevladovala želja po filmih na televiziji ali spletu (20 %), pomoč strokovnjaka (19 %), dostopne knjige preko spleta (17 %) ter podpora v delovni organizaciji (17 %).

Udeleženci so navajali, da si v povezavi s podporo v organizaciji želijo supervizijo, podporne skupine in razbremenitvena srečanja, možnost strokovne psihološke podpore v organizaciji, večjo podporo in empatijo vodstva ter zanimanje vodstva za njihove potrebe. Prav tako so izrazili, da si želijo več druženja in pogovora s sodelavci in drugimi v organizaciji, prijetnejše delovno ozračje in več spoštovanja do njihovega dela. Poleg tega je bila njihova želja izboljšati organizacijo dela, zmanjšati obseg dela oziroma povečati kader ter izboljšati vodenje na daljavo.

Iz Slike 3.20 je razvidno, da so med temi, ki menijo, da ne potrebujejo drugih virov pomoči, prevladovali (klinični) psihologi ter medicinske sestre, babice oz. medicinski tehniki. Psihologi oz. klinični psihologi so v primerjavi z drugimi zaposlitvenimi skupinami navajali predvsem željo po dostopnih knjigah na spletu. Zdravniki in medicinske sestre, babice oz. zdravstveni tehniki so v primerjavi z drugimi zaposlitvenimi profili v zdravstvu prepoznavali večjo

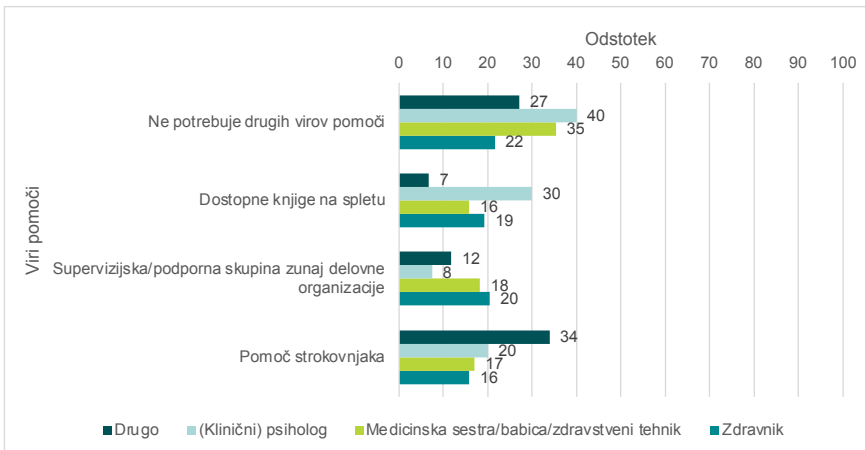
3 Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v zdravstvu



Slika 3.19 Viri pomoči, ki bi jih udeleženci, zaposleni na področju zdravstva, še želeli uporabiti za lajšanje stisk (n = 311)

Opomba Udeleženci so lahko izbrali več odgovorov, zato deleži zastopanosti posameznega odgovora skupno presegajo 100 %. Na grafu manjkajo kategorije Pogovor po kriznem telefonu, Pogovori na družabnih omrežjih in Opravljanje prostovoljnega dela, saj je te zelene vire pomoči izbralo manj kot 5 % udeležencev.

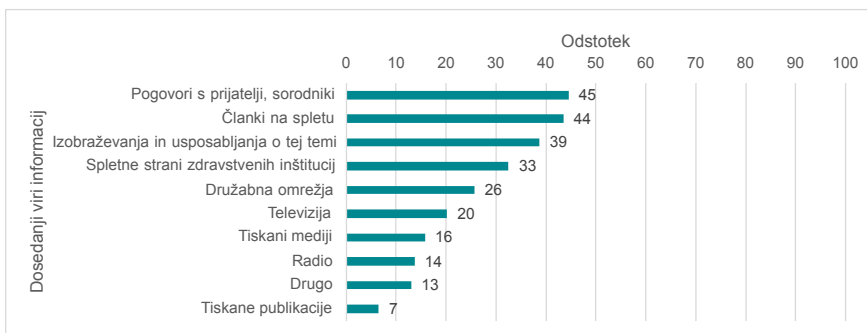
potrebo po supervizijski oz. podporni skupini zunaj organizacije, medtem ko so t. i. drugi zaposlitveni profili (lekarništvo oz. farmakologija, nutristika, fizioterapija, radiologija, javno zdravstvo itd.) bolj izražali potrebo po pomoči strokovnjaka.



Slika 3.20 Viri pomoči, ki jih udeleženci, zaposleni v zdravstvu, še želijo uporabiti za lajšanje stiske (n = 292)

Opomba Prikazani so viri pomoči, kjer se pojavljajo največje razlike med izbranimi skupinami oziroma so jih udeleženci najpogosteje izbirali.

Slika 2.21 prikazuje, da so udeleženci, zaposleni na področju zdravstva, do informacij o lajšanju duševne stiske najpogosteje prišli v pogovorih s prijatelji in sorodniki (45 %), v člankov člankih na spletu (44 %), preko z izobraževanjem in usposabljanjem o tej temi (39 %) ter na spletnih straneh zdravstvenih institucij (33 %). Najredkeje so posegali po tiskanih publikacijah (7 %).



Slika 3.21 Doseđani viri informacij o lajšanju duševne stiske za udeležence, zaposlene v zdravstvu ($n = 292$)

Podpora drugim v lokalni skupnosti

Udeleženci, zaposleni v zdravstvu, so izražali srednje močan interes za pomoč drugim v lokalni skupnosti v izrednih razmerah. Udeleženci, zaposleni v zdravstvu, so bili mnjenja, da bi drugim osebam v svoji lokalni skupnosti lahko pomagali predvsem z nakupom hrane in potrebščin (56 %) in s pogovorom po telefonu (43 %; Slika 3.22).

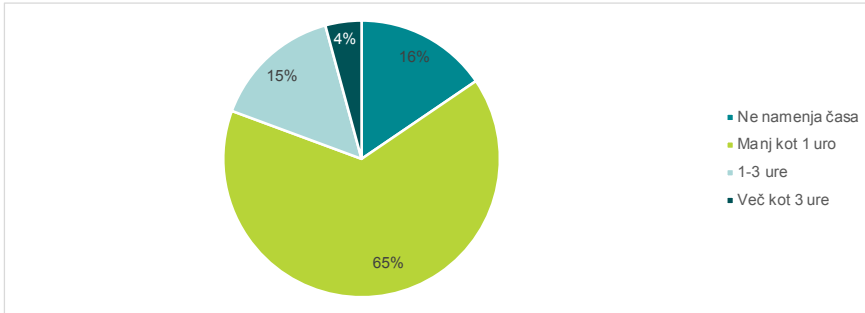
Pripravljenost pomagati drugim v lokalni skupnosti med epidemijo (pri čemer na številki lestvici 1 pomeni sploh ne, 4 pomeni niti malo niti zelo in 7 pomeni zelo): $n = 285$, $M = 4,43$, $SD = 3,04$.



Slika 3.22 Prepoznani načini pomoči udeležencev, zaposlenih v zdravstvu, drugim v lokalni skupnosti ($n = 285$)

3.7 Covid-19

Večina udeležencev, zaposlenih v zdravstvu, je branju in poslušanju novic o bolezni covid-19 namenila manj kot eno uro časa na dan za. 4 % zaposlenih je bilo takšnih, ki so tem vsebinam posvečali več kot 3 ure dnevno (Slika 3.23).



Slika 3.23 Čas, namenjen branju/poslušanju novic o bolezni covid-19, pri udeležencih, zaposlenih na področju zdravstva ($n = 284$)

Tabela 3.11 prikazuje, da je 15 % udeležencev obolelo za covidom-19, medtem ko je imelo 39 % udeležencev bližnje, ki so oboleli za covidom-19.

Tabela 3.11 Podatki o lastni obolevnosti za covidom-19 in obolevnosti bližnjih za udeležence, zaposlene v zdravstvu ($n = 284$)

	<i>f</i>	%
Oboleli za covidom-19	43	15
Bližnji, oboleli za covidom-19	111	39

Pri udeležencih, zaposlenih v zdravstvu, je bila izražena srednje visoka raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni covid-19. V povprečju so se skoraj povsem držali priporočenih ukrepov (Tabela 3.12).

Tabela 3.12 Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni covid-19 in stopnja upoštevanja priporočenih ukrepov med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v zdravstvu ($n = 284$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni	4,12	1,73
Upoštevanje priporočenih ukrepov	6,36	0,95

Opomba Udeleženci so raven zaskrbljenosti ob branju in poslušanju novic o bolezni covid-19 ocenili na lestvici od 1 (*zelo majhno*) do 7 (*zelo veliko*). Tudi raven upoštevanja priporočenih ukrepov so ocenili na lestvici od 1 (*splah nič*) do 7 (*povsem*).


Viri in literatura

- Arafa, A., Shehata, A., Youssef, M., in Senosy, S. (2021). Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study from Egypt. *Archives of Environmental and Occupational Health*, 77(8), 621–627.
- Barello, S., Palamenghi, L. in Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 290, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Bhagavathula, A. S., Aldhaleei, W. A., Rahmani, J., Mahabadi, M. A., in Bandari, D. K. (2020). Novel coronavirus (COVID-19) knowledge and perceptions: A survey of healthcare workers. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.09.20033381>
- Bhatti, O. A., Rauf, H., Aziz, N., Martins, R. S., in Khan, J. A. (2021). Violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A review of incidents from a lower-middle-income country. *Annals of Global Health*, 87(1), 41.
- Cabarkapa, S., Nadjidai, S. E., Murgier, J., in Ng, C. H. (2020). The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity-Health*, 8, 100144.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., in Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 26, e924171-1.
- Ghareeb, N. S., El-Shafei, D. A., in Eladl, A. M. (2021). Workplace violence among healthcare workers during COVID-19 pandemic in a Jordanian governmental hospital: The tip of the iceberg. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(43), 61441–61449.
- Hummel, S., Oetjen, N., Du, J., Posenato, E., De Almeida, R. M. R., Losada, R., Ribeiro, O., Frisardi, V., Hopper, L., Rashid, A., Nasser, H., König, A., Rudofsky, G., Weidt, S., Zafar, A., Gronewold, N. G., in Mayerin Schultz, J. H. (2021). Mental health among medical professionals during the COVID-19 pandemic in eight European countries: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1), e24983.
- Huynh, G., Nguyen, T. N. H., Vo, K. N., in Pham, L. A. (2020). Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at District 2 Hospital, Ho Chi Minh City. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 13(6), 260.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H., in Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14.
- Maraqa, B., Nazzal, Z., in Zink, T. (2020). Palestinian health care workers' stress and stressors during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Journal of Primary Care and Community Health*, 11, 2150132720955026.

- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Jemison, E., Kaukinen, C., in Knaul, F. M. (2021). Domestic violence during the COVID-19 pandemic—Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*, 74, 101806.
- Rode, D. (2010). Typology of perpetrators of domestic violence. *Polish Psychological Bulletin*, 41(1), 36–45.
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor S., in Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57.
- Saqlain, M., Munir, M. M., Rehman, S. U., Gulzar, A., Naz, S., Ahmed, Z., Tahir, A. H., in Mashhood, M. (2020). Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: A cross-sectional survey from Pakistan. *Journal of Hospital Infection*, 105(3), 419–423.
- Saragih, I. D., Tonapa, S. I., Saragih, I. S., Advani, S., Batubara, S. O., Suarilah, I., in Lin, C. J. (2021). Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 121(9), 104002.
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., in Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic: A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(13), 102119.
- Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S. M., Muhidin, S., Javanmard, Z., in Esmaeili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 19(2), 1967–1978.
- Wang, W., Lu, L., Kelifa, M. M., Yu, Y., He, A., Cao, N., Zheng, S., Yan, W., in Yang, Y. (2020). Mental health problems in Chinese healthcare workers exposed to workplace violence during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study using propensity score matching analysis. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2827.

Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v socialnem varstvu

Maja Jotić in Nina Krohne

 © Maja Jotić in Nina Krohne
<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.4>

Epidemiološke razmere so precej vplivale na področje socialnega varstva, saj je v več različnih sektorjih postalo preobremenjeno. Prevelika količina dela in nenehne spremembe predstavljajo stresne okoliščine, ki lahko negativno vplivajo na duševno zdravje zaposlenih (McFadden idr., 2021).

V naši raziskavi so na področju socialnega varstva sodelovali predvsem udeleženci, zaposleni v domovih za starejše občane, centrih za socialno delo in v nevladnih organizacijah. Kljub povečanemu obstoju stresorjev, ki jih zajema področje dela, so zaposleni v socialnem varstvu poročali o značilno bolj uspešnem spoprijemanju z duševno stisko od splošne populacije (Tabela 11.4.2a).

V povprečju so zaposleni v različnih ustanovah socialnega varstva izrazili podobno intenzivno doživljanje duševne stiske med epidemijo. Zaposleni v domovih za starejše občane (v nadaljevanju DSO) so poročali o močnejšem doživljanju stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo (Slika 4.8) in izrazili, da se s stisko nekoliko manj uspešno spoprijemajo. To bi lahko povezovali s kadrovskim pomanjkanjem v domovih za starejše občane med prvim valom epidemije covid-19. Imeli so pomanjkanje vseh strokovnih profilov, med drugimi tudi socialnih delavcev. Omejevanje obiskov svojcev, opravljanja praks študentov in dijakov ter prostovoljne pomoči je kadrovska stisko le še bolj poglobilo (Zagovornik načela enakosti, 2021). Zaposleni v DSO so v največ poročali tudi o zaskrbljenosti zaradi dela v stresnih okoliščinah (Tabela 4.9) in o somatskih simptomih, kot so bolečine v hrbtu, rokah nogah ali sklepih, glavobolih ipd. (Slika 4.12, Slika 4.14).

Večina udeležencev zaposlenih v socialnem varstvu je v drugem valu epidemije delala na delovnem mestu, četrtnina je kombinirala delo na delovnem mestu in doma. Tovrsten način dela bi se lahko uporabljal kot varovalni dejavnik pred izoliranostjo zaposlenih od družbe. Pri zaposlenih v socialnem varstvu je namreč opazna značilno manjša stiska zaradi izolacije v primerjavi s splošno populacijo. Hkrati pa je bilo za vse zaposlene v socialnem varstvu značilno tudi, da so imeli značilno večje težave z usklajevanjem službenih in

družinskih obveznosti v primerjavi s splošno populacijo (Tabela 11.4.2a). Kot najbolj stresna področja dela so navajali povečano administrativno delo ter spletna orodja in komunikacijo, kjer so imeli težave zaradi nepoznavanja tehnologij (Tabela 4.7).

Delo v socialnem varstvu se je pogosto uvrščalo pod bistvene storitve (npr. centri za socialno delo, domovi za starejše občane ...), ki med epidemijo niso prenehale delovati. Zaposleni na tem področju so bili zatorej manj ogroženi pred izgubo zaposlitve kot drugi profili na trgu dela, kar se je odrazilo tudi v naši raziskavi. V primerjavi z drugimi udeleženci so izrazili pomembno manj strahu pred negotovo prihodnostjo, brezposelnostjo ali pred upadom dohodkov (Tabela 11.4.2a), več pa so poročali o strahu pred izgubo oziroma omejitvijo svoboščin (Slika 4.11).

Oblika dela zaposlenih v socialnem varstvu se je znotraj celotne skupine razlikovala. Najmanjša finančna stabilnost je bila značilna za nevladne organizacije (v nadaljevanju NVO). Velik del organizacij, delujočih v Evropi, se je namreč srečal z izzivom izgube financiranja. Omejitve socialnih interakcij in izvajanja dejavnosti, ki so jih povzročile epidemiološke razmere, so hkrati pomenile tudi okrnjeno delo za NVO (Sassu in Vaš, 2020). Tudi v naši raziskavi so med udeleženci socialnega varstva zaposleni v NVO izrazili največ zaskrbljenosti zaradi upada dohodkov in materialne varnosti. V primerjavi z drugimi udeleženci znotraj področja je njim delo na daljavo predstavljalo nekoliko večjo skrb (Slika 4.10).

Večji del udeležencev s področja socialnega varstva je navedel, da jim je stres povzročalo tudi pomanjkanje osebnega stika z uporabniki ali s sodelavci (Tabela 4.5). Zaposleni v domovih za starejše so se v pri svojem delu bolj osredinili na informiranje in nižanje socialne izoliranosti starejših. Iskali so ustvarjalne načine, s katerimi bi na varen način spodbujali fizične in socialne dejavnosti pri uporabnikih. Skupinske dejavnosti so zamenjali z bolj individualnimi ter stremeli k zaupanju in bolj poglobljenim odnosom med zaposlenimi in stanovalci (Brennan idr., 2020; Stojchevska, 2021). Kljub njihovem prizadevanju za socialne odnose znotraj delovnega mesta so zaposleni v DSO izrazili največ strahu pred okužbo bližnjih v primerjavi z drugimi udeleženci s področja socialnega varstva (Slika 4.9). Poleg tega pa je večji del vseh udeležencev izrazil skrb za uporabnike kot eno izmed področij, ki je bilo zanje najbolj stresno (Tabela 4.7).

Udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, so se zatekali v raznolike oblike pomoči. V primerjavi s splošno populacijo so se pogosteje pogovarjali s prijatelji, družino ali znanci ter se zatekali k napotkom zdravstvenih organizacij. Več so uporabljali tudi duhovno pomoč, pomembno redkeje pa so posega-

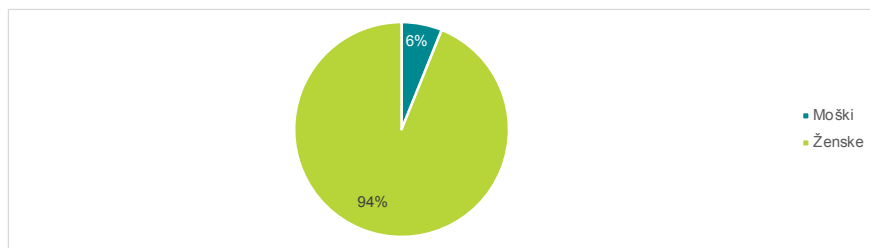
li po (nezdravi) hrani. Statistično značilno manj so izražali željo po strokovni pomoči po videoklicih ali po svetovanju po spletu. Bolj pa bi si želeli podpore tako znotraj delovne organizacije kot tudi zunaj, na primer v obliki supervizijskih ali podpornih skupin (Tabela 11.10.4), kar se je izrazilo predvsem pri zaposlenih v DSO (Slika 4.21).

Viri informacij, ki so jih zaposleni v socialnem varstvu najpogosteje uporabljali, so bili televizija, radio in spletne strani zdravstvenih institucij. Omenjene vire so uporabljali pomembno več kot splošna populacija. Poleg tega so se bistveno pogosteje udeleževali izobraževanj in usposabljanj o aktualni temi (Tabela 11.10.5).

4.1 Demografske spremenljivke

4.1.1 Spol

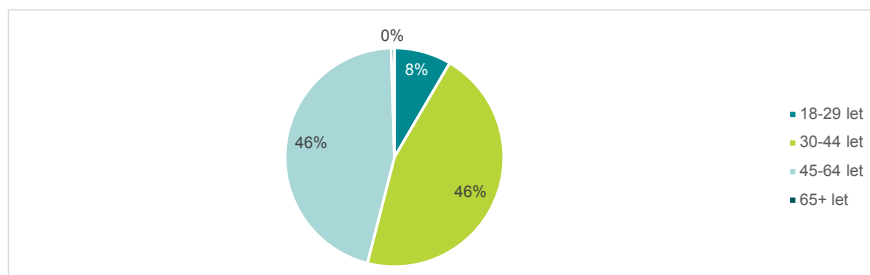
Med udeleženci, zaposlenimi v socialnem varstvu, so prevladovali ženske (Slika 4.1).



Slika 4.1 Delež udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, glede na spol ($n = 213$)

4.1.2 Starost

Med udeleženci, zaposlenimi v socialnem varstvu, so prevladovali predvsem osebe, stare od 30 do 64 let (Slika 4.2), pri čemer je bila polovica stara od 30 do 44 let, polovica pa od 45 do 64 let.

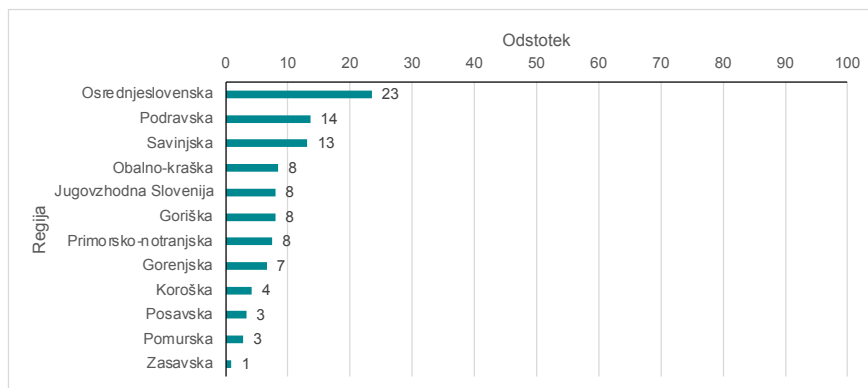


Slika 4.2 Starostna struktura udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 213$)

Opomba $n = 213$; $M = 43,15$; $SD = 9,78$; min. = 19; maks. = 65.

4.1.3 Regija prebivališča

Pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu, so bile zastopane vse regije v Sloveniji, prevladovali pa so udeleženci iz osrednjeslovenske regije (Slika 4.3).



Slika 4.3 Zastopanost regij pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 213$)

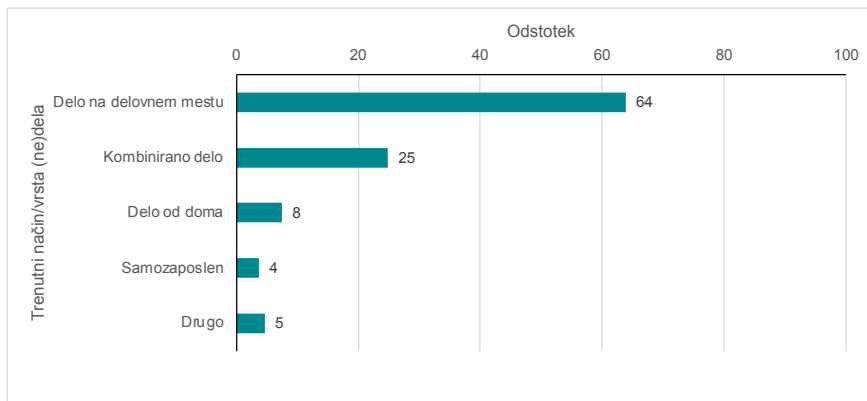
4.1.4 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev s področja socialnega varstva

Udeleženci s področja socialnega varstva so v približno enakem odstotku prihajali iz mestnega in podeželskega okolja. Večina udeležencev (73 %) je imelo univerzitetno izobrazbo. 40 % udeležencev s področja socialnega varstva je imelo šoloobvezne otroke. Podrobnejši podatki so prikazani v Tabeli 4.1.

Tabela 4.1 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 213$)

	<i>f</i>	%
Okolje prebivališča		
Mestno okolje	113	53
Podeželje	97	46
Izobrazba		
Osnovna šola ali manj	1	1
Poklicna šola	2	1
Štiriletna srednja šola	13	6
Višja šola/visoka šola/prva bolonjska stopnja	33	16
Univerzitetna izobrazba/druga bolonjska stopnja	156	73
Znanstveni magistririj/doktorat	8	4
Starši šoloobveznih otrok	85	40

Večina udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, je v drugem valu epidemije delala na delovnem mestu (64 %), četrtnina udeležencev je kombinirala delo od doma z delom na delovnem mestu. Sledila sta delo od doma (8 %) in samozaposlitev (4 %). 5 % udeležencev se je opredelilo za drug način dela. Podrobnejši podatki so prikazani na Sliki 4.4.



Slika 4.4 Trenutni način/vrsta (ne)deja udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 213$)
Opomba Kombinirano delo vključuje posameznike, ki določen delež svojega dela opravljajo doma, drug delež svojega dela pa opravljajo na delovnem mestu.

Večji del udeležencev v socialnem varstvu je zaposlen v centrih za socialno delo (40 %). Skoraj četrtnina oseb deluje v nevladnih organizacijah, kjer opravljajo različne oblike socialnega varstva, od svetovanja do materialne pomoči. Sledila je zaposlitev v domu za starejše občane (14 %). Najmanj je bilo zaposlenih v varnih hišah in v obliki pomoči na domu. Podrobnejše informacije so prikazane v Tabeli 4.2.

Pod drugo so bile uvrščene osebe, ki niso spadale v nobeno od naštetih kategorij, npr. splošna bolnišnica, ljudska univerza, občina, MDDSZ ..., in osebe, ki so področje opredelile premalo natančno za uvrstitev v eno izmed naštetih kategorij. Pod kategorijo socialnovarstveni zavodi (v nadaljevanju SVZ) so bili uvrščeni zaposleni v različnih SVZ, razen domov in centrov, namenjenih izključno starejšim (ti so uvrščene pod DSO). Pri socialnovarstvenih zavodih so prevladovali predvsem varstveno-delovni centri.

Tabela 4.2 Zaposlitvena struktura udeležencev iz socialnega varstva ($n = 213$)

	<i>n</i>	%
Dom za starejše občane (DSO)	30	14
Pomoč na domu	6	3
Center za socialno delo (CSD)	85	40
Nevladne organizacije (NVO)	49	23
Varne hiše	4	2
Socialnovarstveni zavodi (SVZ*), varstveno-delovni centri (VDC)	18	9
Drugo	21	10

Opomba *Vsi SVZ, razen tistih, ki so namenjeni starejšim.

4.2 Doživljanje duševne stiske

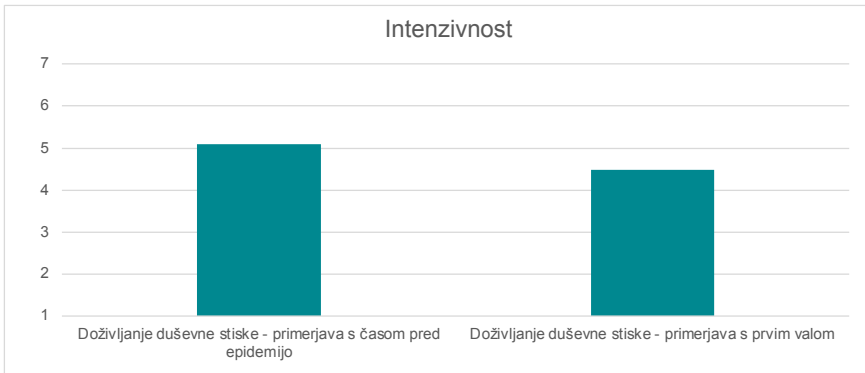
4.2.1 Splošno doživljanje duševne stiske in primerjava s preteklimi obdobji

Udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, so v povprečju doživljali srednje intenzivno duševno stisko, s katero so se v povprečju spoprijemali nekoliko bolje kot srednje uspešno. Prav tako so v času merjenja doživljali nekoliko intenzivnejšo stisko kot pred epidemijo in kot med prvim valom epidemije, ki je trajal od marca do maja 2020 (Tabela 4.3). To je bilo še posebej izrazito za udeležence, zaposlene v domovih starejših občanov (Slika 4.8). Udeleženci, zaposleni na različnih področjih socialnega varstva, so v povprečju stisko doživljali podobno intenzivno in se z njo podobno uspešno spoprijemali (Sliki 4.6 in 4.7).

Tabela 4.3 Doživljanje duševne stiske v drugem valu epidemije za udeležence, zaposlene v socialnem varstvu

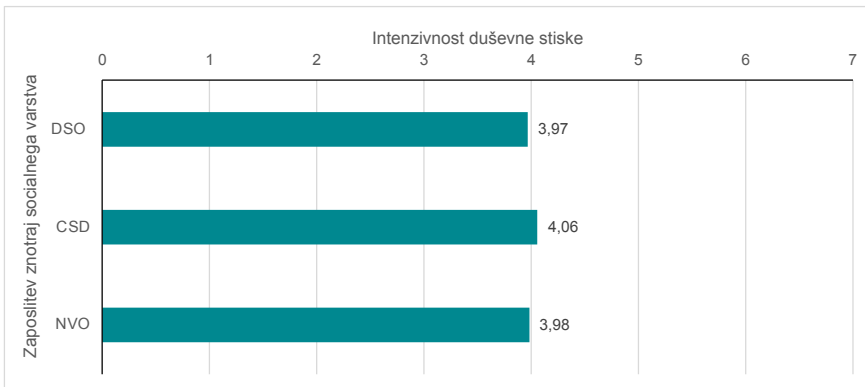
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Doživljanje duševne stiske	213	3,88	1,79
Spoprijemanje z duševno stisko	206	4,85	1,79

Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika. Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (*zelo neuspešno*) do 7 (*zelo uspešno*), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.



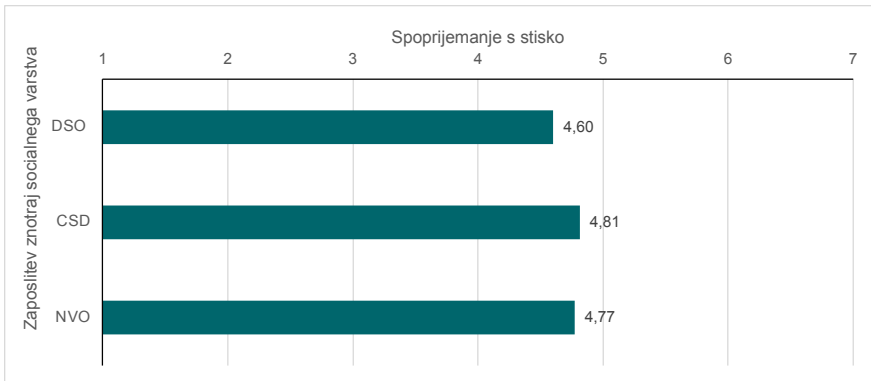
Slika 4.5 Doživljanje duševne stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in med prvim valom pri udeležencih, zaposlenih na področju socialnega varstva ($n = 213$)

Opomba Odgovor na »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« in odgovor na »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« sta merjena na lestvici od 1 (čutil veliko manjšo stisko) do 7 (čutil veliko večjo stisko). Višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko v primerjavi s časom pred epidemijo, višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« pa nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko kot med prvim valom epidemije.



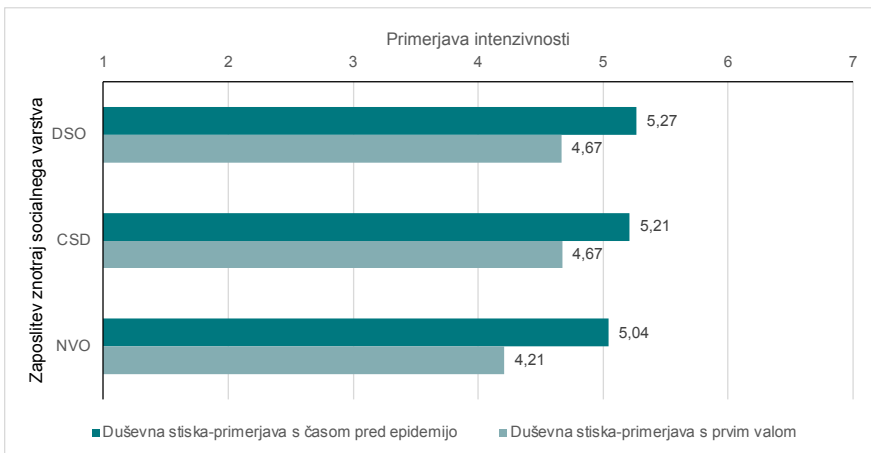
Slika 4.6 Doživljanje duševne stiske med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 213$; $n_{DSO} = 30$; $n_{CSD} = 85$; $n_{NVO} = 49$)

Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika.



Slika 4.7 Spoprijemanje z duševno stisko med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 213$; $n_{DSO} = 30$; $n_{CSD} = 85$; $n_{NVO} = 49$)

Opomba Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (*zelo neuspešno*) do 7 (*zelo uspešno*), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.



Slika 4.8 Doživljanje duševne stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in med prvim valom pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 213$)

Opomba Odgovor na »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« in odgovor na »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« sta merjena na lestvici od 1 (*čutim veliko manjšo stisko*) do 7 (*čutim veliko večjo stisko*). Višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko v primerjavi s časom pred epidemijo, višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« pa nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko kot med prvim valom epidemije.

4.2.2 Specifične stiske povezane s covidom-19

Tabela 4.4 prikazuje, da je udeležencem, zaposlenim v socialnem varstvu, največjo stisko predstavljal strah pred okužbo bližnjih, izraziteje so doživljali tudi stisko, povezano z delom v stresnih okoliščinah, in strah pred izgubo svoboščin. Najmanj sta jih bremenili selitev v skupno gospodinjstvo in brezposelnost.

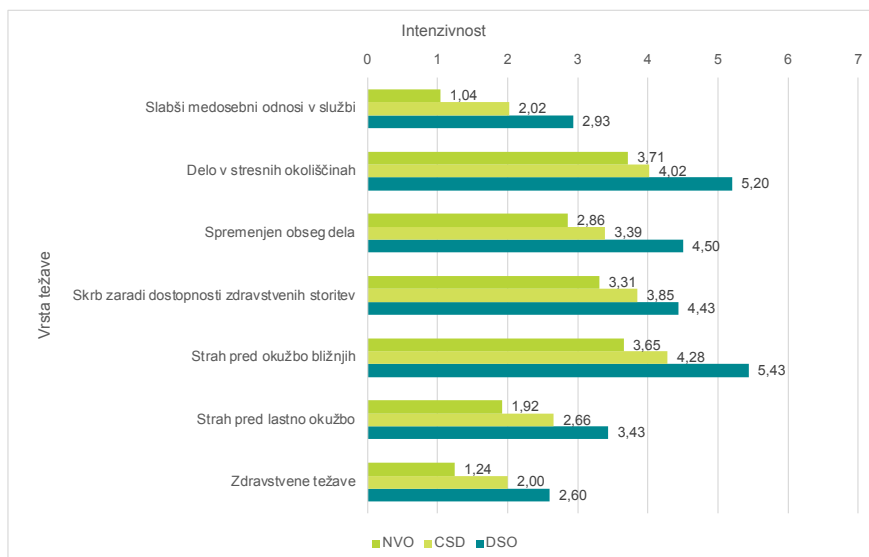
Tabela 4.4 Doživljanje posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju socialnega varstva ($n = 213$)

	Odstotek (vseh razen odgovora 0)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Zdravstvene težave	67	1,80	1,91
Strah pred lastno okužbo	80	2,55	2,15
Strah pred okužbo bližnjih	93	4,23	2,22
Stiska zaradi izolacije	80	2,99	2,30
Strah pred negotovo prihodnostjo	89	3,58	2,26
Skrb zaradi dostopnosti zdravstvenih storitev	90	3,63	2,26
Ločenost od družine	80	3,52	2,50
Spremenjen obseg dela	85	3,35	2,33
Delo v stresnih okoliščinah	91	4,02	2,29
Delo na daljavo	66	2,22	2,22
Skrbi zaradi upada dohodkov, materialne varnosti	69	2,42	2,29
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	47	1,40	2,10
Brezposelnost	36	1,16	2,05
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka družbi	51	1,46	1,98
Selitev v skupno gospodinjstvo	22	0,52	1,28
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	54	1,57	1,98
Slabši medosebni odnosi v službi	60	1,77	2,02
Usklajevanje službenih in družinskih obveznosti	65	2,59	2,64
Strah pred kršenjem odlokov	66	2,01	2,16
Strah pred izgubo/omejitvijo svoboščin	84	3,85	2,52
Drugo	8	2,40	3,07

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.

Slike 4.8 do 4.10 prikazujejo, da so udeleženci, zaposleni v domovih za starejše, konsistentno izkazovali večje izražene stiske (z izjemo stiske zaradi izolacije). Najmanjšo stisko so pri vseh težavah in skrbih izražali zaposleni v nevladnih organizacijah.

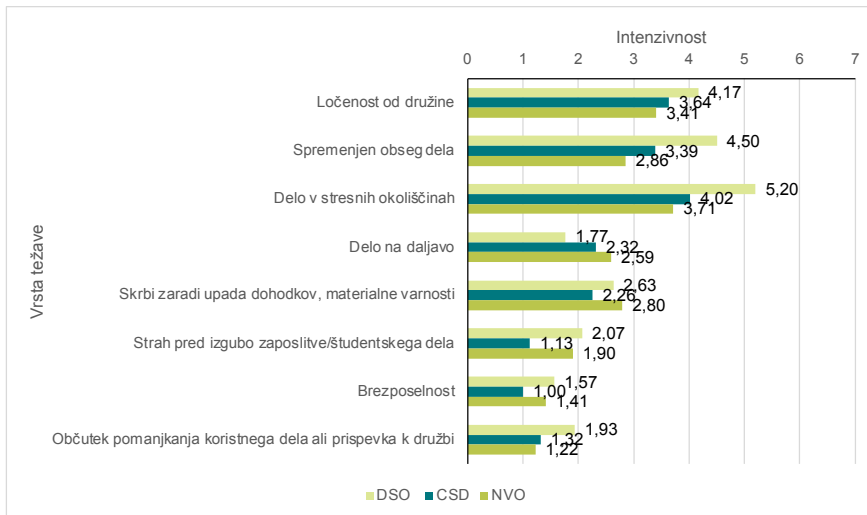
Tudi druge stiske so se najizrazitejše pojavljale pri uslužbencih domov za ostarele. Pestile so jih predvsem stiske, povezane z usklajevanjem službenih in družinskih obveznosti, ter slabši medosebni odnosi v službi in zasebnem življenju. Omenjene težave so se izrazitejše pojavljale tudi pri zaposlenih v centrih za socialno delo. Pod kategorijo Drugo pa so našli tudi nekatere druge težave, ki se navezujejo na politične razmere in aktualne ukrepe.



Slika 4.9 Skrbi udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, glede na posamezno področje zaposlitve ($n = 213$; $n_{DSO} = 30$; $n_{CSD} = 85$; $n_{NVO} = 49$)

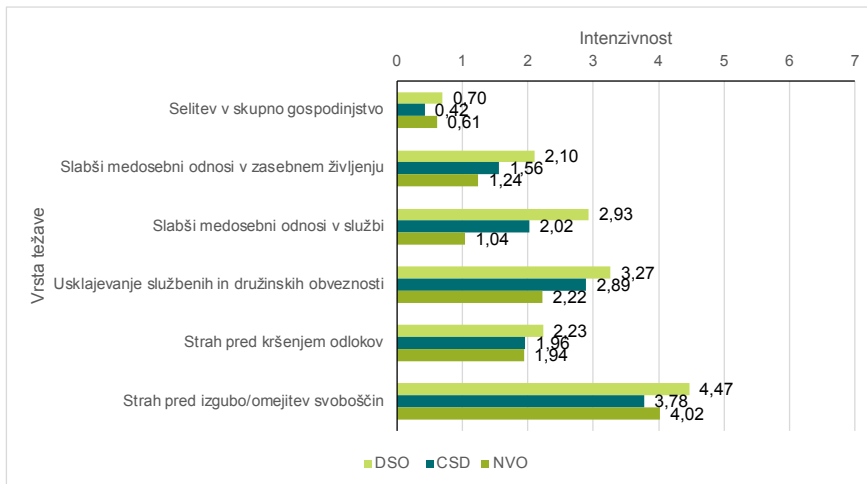
Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika. Prikazane so zgolj kategorije z največjimi razlikami v doživljanju med skupinami.

4 Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v socialnem varstvu



Slika 4.10 Skrbi udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, glede na posamezno področje zaposlitve, nadaljevanje Slike 4.8. ($n = 213$; $n_{DSO} = 30$; $n_{CSD} = 85$; $n_{NVO} = 49$)

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika. Prikazane so zgolj kategorije z največjimi razlikami v doživljanju med



skupinami.

Slika 4.11 Skrbi udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, glede na področje zaposlitve, nadaljevanje Slike 4.8. ($n = 213$; $n_{DSO} = 30$; $n_{CSD} = 85$; $n_{NVO} = 49$)

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali

zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika. Prikazane so zgolj kategorije z največjimi razlikami v doživljanju med skupinami.

V nadaljevanju predstavljamo kvalitativno analizo odgovorov udeležencev na odprto vprašanje o področjih dela, ki jih zaposleni v socialnem varstvu zaznavajo kot najbolj stresna. Iz Tabele 4.5 je razvidno, da so kot najbolj stresne zaznali uporabo spletnih orodij in digitalne komunikacije na daljavo. Na njihovo počutje je negativno vplivalo tudi dodatno administrativno delo in pomanjkanje osebnega stika z drugimi osebami.

Tabela 4.5 Področja dela, ki jih udeleženci, zaposleni na področju socialnega varstva, prepoznajo kot najbolj stresna (kvalitativna analiza)

Kategorija	Opis kategorije
Spletna orodja in komunikacija	Uporaba orodij za delo na daljavo, težave se pojavljajo pri zaposlenih in uporabnikih, težave povzročajo nepoznavanje tehnologij, slabo delovanje računalniških sistemov in težave s povezavo.
Administrativno delo	Dodatno administrativno delo in birokratski postopki; več poročil, vlog in klicev.
Pomanjkanje osebnega stika	Pomanjkanje osebnega stika z uporabniki in/ali z drugimi zaposlenimi.
Skrb za uporabnike	Opozarjanje uporabnikov na dosledno upoštevanje ukrepov NIJZ in razlaganje ukrepov, skrb ob težavah uporabnikov (npr. težja dostopnost do zdravstvenih storitev), strah za telesno in duševno zdravje uporabnikov, nudenje opore v primeru psihosocialnih stisk uporabnikov (občutki nemoči).
Skrb za lastno zdravje in možnost za prenos okužbe	Izpostavljenost covidu-19 na delovnem mestu, delo od doma ni omogočeno, nejasna navodila glede ravnanja v primeru okužbe, pomanjkanje zaščitne opreme.
Prilagajanje na spreminjanje dela	Navodila za delo (pomankljiva?), spreminjanje delovnega procesa in nalog, zahteve po visoki fleksibilnosti, prekinjeno izvajanje nekaterih programov.
Usklajevanje dela z drugimi obveznostmi	Usklajevanje dela s skrbjo za lastne otroke in gospodinjstvo, pomanjkanje časa.
Finančna negotovost	Prekinjeno izvajanje nekaterih programov; osebam grozi izguba zaposlitve in prihodka.
Prihodi in odhodi na delo	Pot na delo je otežena zaradi pomanjkanja javnega prevoza in drugih omejitev (npr. omejitev gibanja).
Odnosi na delovnem mestu	Konflikti in odnosi med zaposlenimi na delovnem mestu.
Kadrovska podhranjenost	Podhranjenost zaradi bolniških odsotnosti ali povečanega obsega dela.
Vsa področja	Največ stresa povzročajo vsa področja dela.

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Katera področja vašega dela vam v tem obdobju povzročajo največ stresa?«. Odgovori so prikazani od pogostejših (na vrhu tabele) do manj pogostih (na dnu tabele).

4.3 Doživljanje nasilja

Udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, so pred epidemijo doživljali nasilje v družini oziroma partnerskih odnosih v 2,3 %, med epidemijo pa je to poraslo na 3,8 %. Prav tako gre za porast nasilja na delovnem mestu, in sicer z 2,8 % pred epidemijo na 4,2 % med epidemijo. Podrobnejše informacije so prikazane v Tabeli 4.6.

Tabela 4.6 Doživljanje nasilja v medosebnih odnosih pred epidemijo in med njo pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 213$)

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
V družini oziroma partnerskem odnosu	5	2,3	8	3,8
Na delovnem mestu	6	2,8	9	4,2
V drugih medosebnih odnosih	/	/	4	1,9

4.4 Psihične in fizične težave

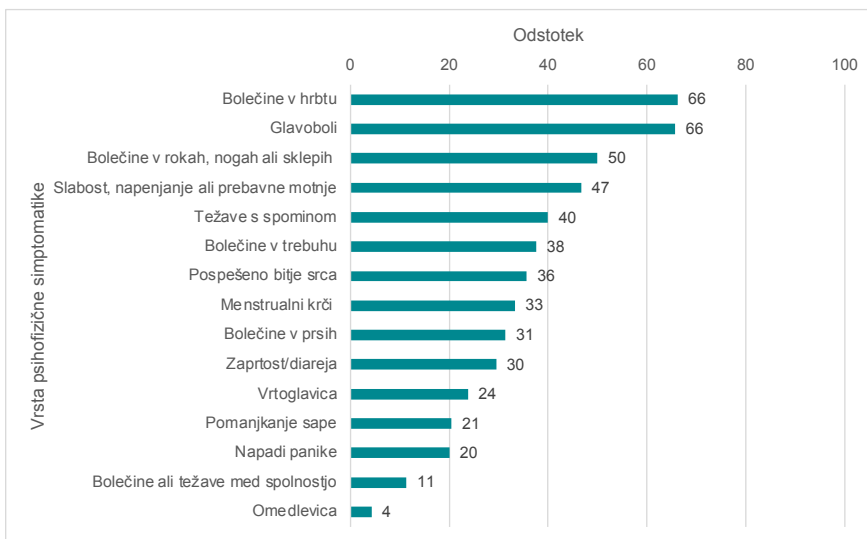
Iz Tabel 4.7 in 4.11 in Slike 4.11 je razvidno, da udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, v povprečju izražajo nekaj simptomov somatskih motenj. Več kot polovica udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, so imeli v zadnjih štirih tednih vsaj malo težav na naslednjih področjih psihofizičnega zdravja: bolečine v hrbtu (66 % – ima izkušnjo, 23 % – ima redne težave), glavoboli (66 % – ima izkušnjo, 15 % – ima redne težave) in bolečine v nogah, rokah ter sklepih (50 % – ima težavo, 17 % – ima redne težave). Opisane težave so bile v povprečju tudi najintenzivnejše. Psihofizična simptomatika je bila najbolj izražena pri zaposlenih v DSO, najmanj pa pri zaposlenih v nevladnih organizacijah (Slika 4.13).

Tabela 4.7 Doživljanje posameznih psihofizičnih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 210$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Bolečine v trebuhu	38	8	0,46	0,64
Bolečine v hrbtu	66	23	0,89	0,74
Bolečine v rokah, nogah ali sklepih	50	17	0,67	0,75
Menstrualni krči	33	9	0,42	0,64
Glavoboli	66	15	0,80	0,67
Bolečine v prsih	31	3	0,35	0,54
Vrtoglavica	24	3	0,27	0,50
Omedlevica	4	0	0,04	0,20

Pospešeno bitje srca	36	7	0,42	0,61
Pomanjkanje sape	21	3	0,23	0,49
Bolečine ali težave med spolnostjo	11	1	0,12	0,36
Zaprto /diareja	30	5	0,34	0,57
Slabost, napenjanje ali prebavne motnje	47	10	0,56	0,66
Težave s spominom	40	7	0,47	0,62
Napadi panike	20	1	0,21	0,43

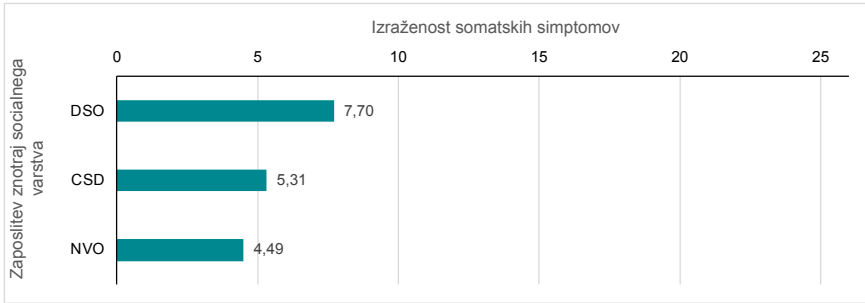
Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih vsaj malo (ali zelo) mučile navedene psihofizične težave (odgovor 1 ali 2). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih zelo mučile navedene psihofizične težave (odgovor 2).



Slika 4.12 Odstotek udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, ki so v zadnjih štirih tednih vsaj malo doživljali posamezno psihofizično težavo ($n = 210$)

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1 ali 2.

Udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, so v povprečju izražali simptome, ki sovpadajo z blago depresijo (Tabela 4.8). Iz Tabele 4.9 in Slike 4.12 je razvidno, da je vsaj polovica udeležencev navajala, da je vsaj nekaj dni v zadnjih 14 dneh pri sebi opazila naslednje simptome depresije: utrujenost in pomanjkanje energije (80 % – ima težavo), težave s spanjem (64 % – ima težavo) in pomanjkanje zanimanja/veselja (56 % – ima težavo). Redno se je z



Slika 4.13 Rezultati vprašalnika PHQ-15 (13 postavk) za udeležence, zaposlene v socialnem varstvu ($n = 210$; $n_{DSO} = 30$; $n_{CSD} = 83$; $n_{NVO} = 49$)

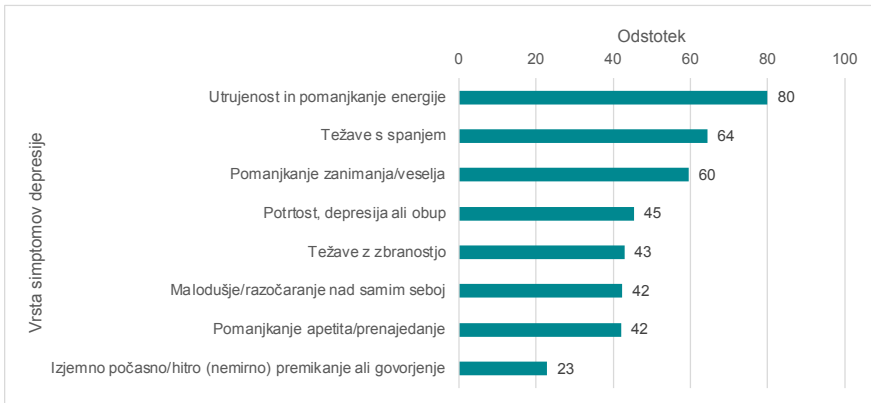
Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 25 oziroma manj kot 10 %, niso prikazane. Te kategorije so: Pomoč na domu, Varne hiše, Socialnovarstveni zavodi in varstveno-delovni centri in Drugo.

utrujenostjo in pomanjkanjem energije srečevala skoraj tretjina udeležencev, zaposlenih na področju socialnega varstva, medtem ko je dobra petina redno doživljala težave s spanjem. Najbolj izraženo depresivno simptomatiko so izražali udeleženci, zaposleni v domovih za starejše občane – v povprečju so namreč izražali simptome, ki bi jih lahko označili za zmerno depresijo (Slika 4.15).

Tabela 4.8 Doživljanje posameznih simptomov depresije v zadnjih 14 dneh pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 205$)

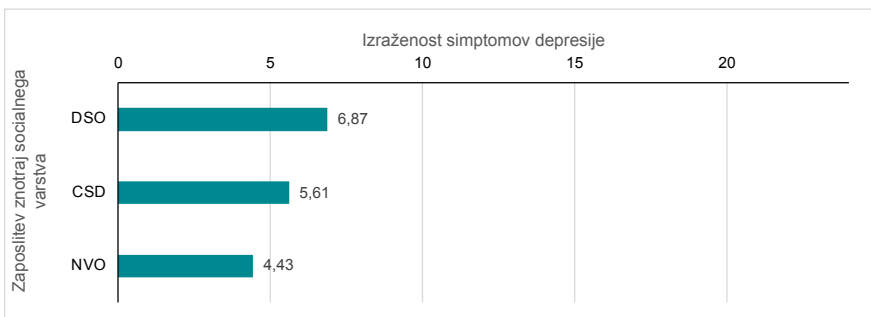
	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pomanjkanje zanimanja/veselja	60	13	0,78	0,80
Potrnost, depresija ali obup	45	10	0,59	0,76
Težave s spanjem	64	22	0,94	0,88
Utrujenost in pomanjkanje energije	80	28	1,20	0,90
Pomanjkanje apetita/prenajedanje	42	11	0,59	0,83
Malodušje/razočaranje nad samim seboj	42	11	0,57	0,78
Težave z zbranostjo	43	15	0,63	0,86
Izjemno počasno/hitro (nemirno) premikanje ali govorjenje	23	3	0,28	0,57

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile vsaj nekaj dni ali več (odgovor 1 ali več). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile več kot polovico dni (odgovori 2 in 3).



Slika 4.14 Odstotek udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, ki so vsaj nekaj dni v zadnjih 14 dneh doživljali posamezne simptome depresije ($n = 205$)

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so jih navedene težave pestile vsaj nekaj dni ali več (so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1, 2 ali 3).



Slika 4.15 Rezultati vprašalnika PHQ-8 za udeležence, zaposlene v socialnem varstvu ($n = 205$; $n_{DSO} = 30$; $n_{CSD} = 80$; $n_{NVO} = 49$)

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-8 je 0, najvišji možni rezultat pa 24.

Tabela 4.9 Rezultati udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, na vprašalnikih PHQ-15 (13 postavk) in PHQ-8

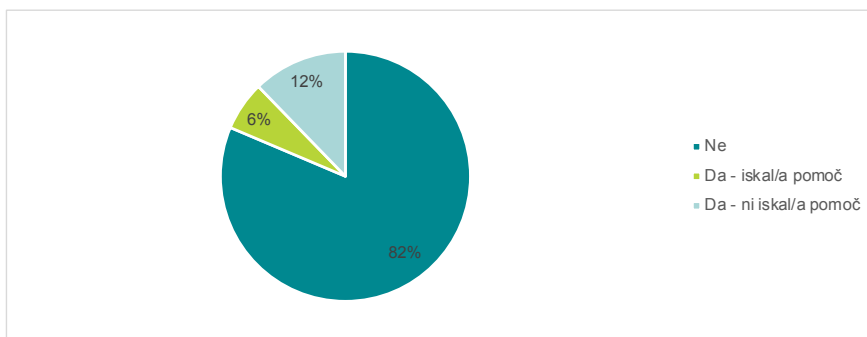
	<i>n</i>	<i>Rezultat</i>	<i>SD</i>
PHQ-15 (13)	210	5,58	4,26
PHQ-8	205	5,52	5,05

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Tudi na lestvici PHQ-8 je najnižji možni rezultat 0, najvišji pa 24.

4.5 Potreba po podpori

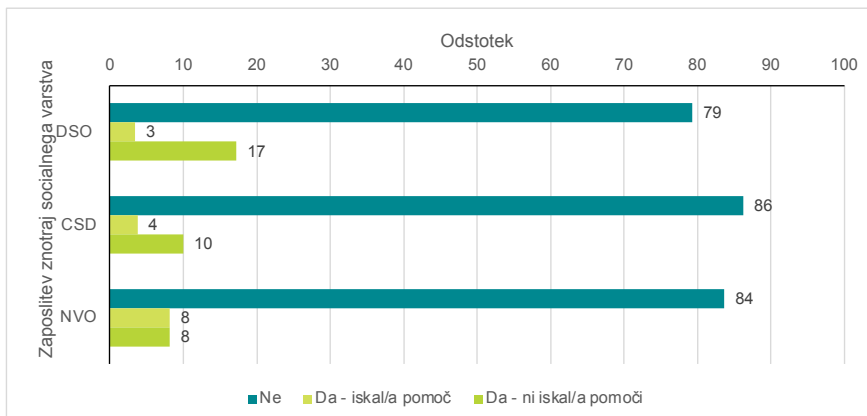
Večina udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, je poročala, da pomoči ne potrebuje. Od teh, ki so izrazili potrebo po pomoči, jih dve tretjini pomoči ni poiskalo (Slika 4.16).

Razlogi, da udeleženci pomoči niso poiskali, so različni. Nekateri so si skušali pomagati sami, nekateri menijo, da jim drugi ne morejo pomagati, oziroma nimajo dovolj časa ali finančnih zmožnosti. Več udeležencev je poročalo, da je pomoč poiskalo v socialni mreži, nekateri so izrazili problem nedostopnosti storitev (npr. zaradi ukrepov, čakalnih dob, financ ...).



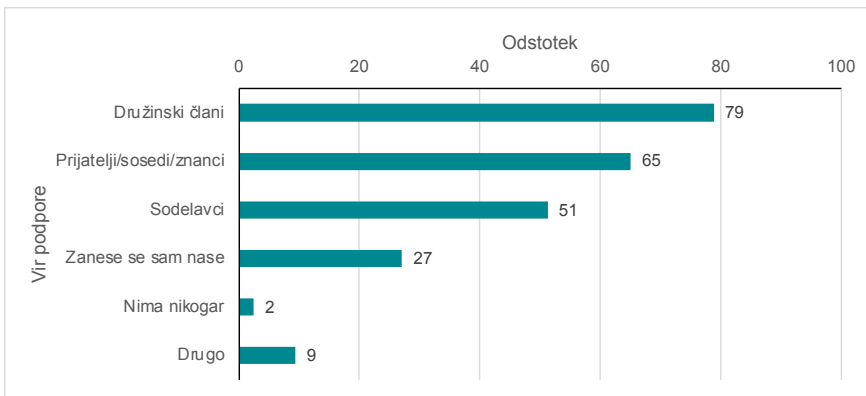
Slika 4.16 Potreba po psihološki podpori udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 204$)

Iz Slike 4.15 je razvidno, da je znotraj področja socialnega varstva potreba po podpori najizrazitejša pri zaposlenih v domovih za starejše občane, vendar večina pomoči ni poiskala. Na vseh področjih je prevladovalo prepričanje, da pomoči ne potrebujejo.



Slika 4.17 Potreba po podpori udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 204$; $n_{DSO} = 29$; $n_{CSD} = 80$; $n_{NVO} = 49$)

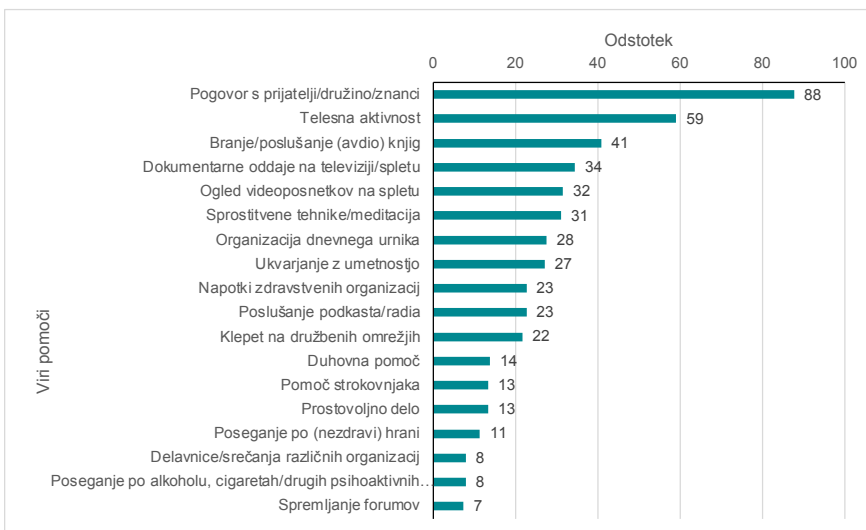
Udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, v svoji socialni mreži najpogosteje iščejo pomoč pri družinskih članih in prijateljih, sosedih znancih. Približno polovica je izrazila, da podporo išče pri sodelavcih. 2 % udeležencev je takih, ki nimajo nikogar, ki bi jim lahko nudil oporo (Slika 4.18).



Slika 4.18 Iskanje podpore v socialni mreži udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 203$)

4.6 Viri pomoči

Iz Slike 4.17 je razvidno, da so kot vir pomoči pri doživljanju stiske udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, najpogosteje uporabljali pogovor s prijatelji,



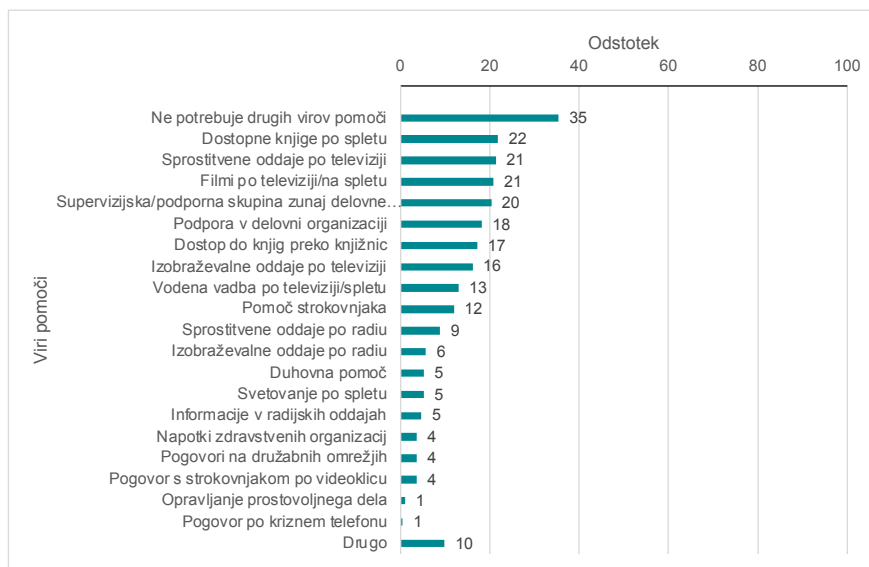
Slika 4.19 Viri pomoči, ki so jih udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, že uporabljali za lajšanje stisk ($n = 203$)

družino ali znanci. Pogosto so si stisko lajšali tudi s telesno dejavnostjo ali z branjem/poslušanjem (avdio-) knjig.

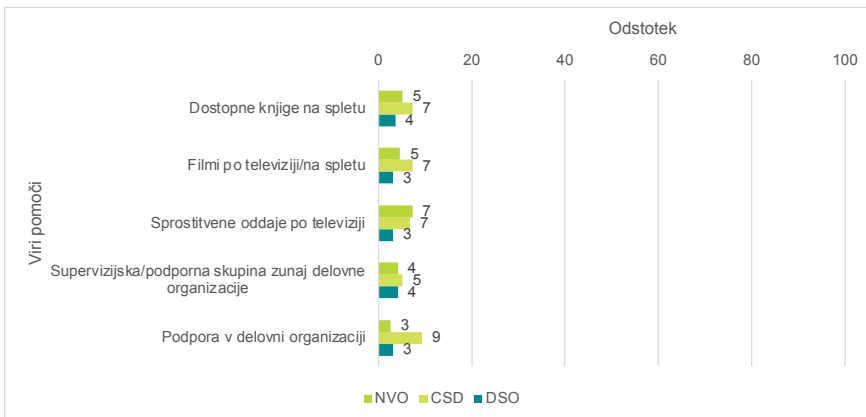
Nadalje (Slika 4.20) je večji del udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, izražal, da ne potrebujejo drugih virov pomoči za lajšanje stiske. Pri tistih, ki so izrazili, da si želijo drugih virov pomoči, je prevladovala želja po dostopnosti knjig in filmov na spletu ter sprostivnih oddaj in filmov po televiziji, kar je posebej izrazito pri zaposlenih v NVO (Slika 4.21). Nekateri so izrazili tudi željo po supervizijski/podporni skupini zunaj delovne organizacije, kar je značilno predvsem za zaposlene v DSO (Slika 4.21), medtem ko si zaposleni na CSD želijo predvsem podporo v delovni organizaciji (Slika 4.21).

Podpora v organizaciji, ki si jo še želijo, se je nanašala predvsem na medosebne odnose s sodelavci in strokovno (supervizijsko) podporo. Nekateri so izrazili tudi željo po kadrovske okrepitvi, možnosti dela od doma, večji stopnji razumevanja zaposlenih in bolj jasnih navodilih.

Udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, so pod kategorijo drugo izrazili, da bi želeli vedeti več o tem, kako se spoprijemati z anksioznostjo, utesnjenostjo in negotovostjo, kako se sproščati, kako ohranjati zdrave medosebne odnose, kako pomagati otrokom, kako se spopadati s posledicami epidemije ... (Slika 4.20).



Slika 4.20 Viri pomoči, ki bi jih udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, še želeli uporabiti za lajšanje stiske ($n = 192$)

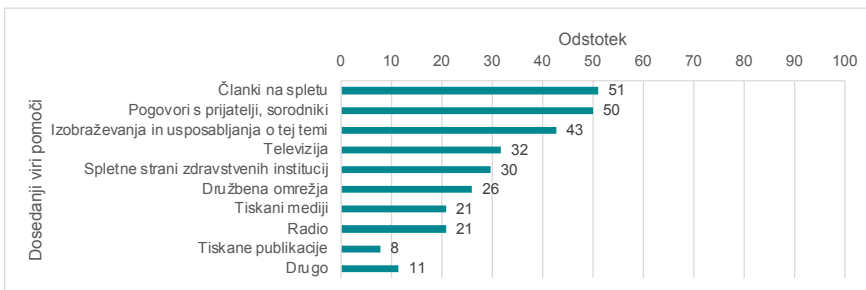


Slika 4.21 Najpogosteje izbrani viri pomoči, ki jih udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, še želijo uporabiti za lajšanje stiske

Opomba Prikazani so viri pomoči, kjer se pojavljajo največje razlike med izbranimi skupinami oziroma so jih udeleženci najpogosteje izbirali.

Kot je razvidno iz Slike 4.22, so udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, do informacij o lajšanju duševne stiske najpogosteje prišli prek člankov na spletu ali v pogovoru s prijatelji, sorodniki. Najredkeje so posegali po tiskanih publikacijah.

Najpogostejši vir informacije za udeležence, zaposlene na CSD, so bili pogovori s prijatelji in članki na spletu. Pogosto so se udeleževali tudi izobraževanja in spremljali informacije po televiziji. Najpogostejši vir informacije za udeležence, zaposlene v NVO, so bili pogovori s prijatelji, članki na spletu in izobraževanja na to temo. Najpogostejši vir informacije za udeležence, zaposlene v DSO, so bili članki na spletu, pogovori s prijatelji, družbena omrežja, televizija in spletne strani zdravstvenih organizacij.

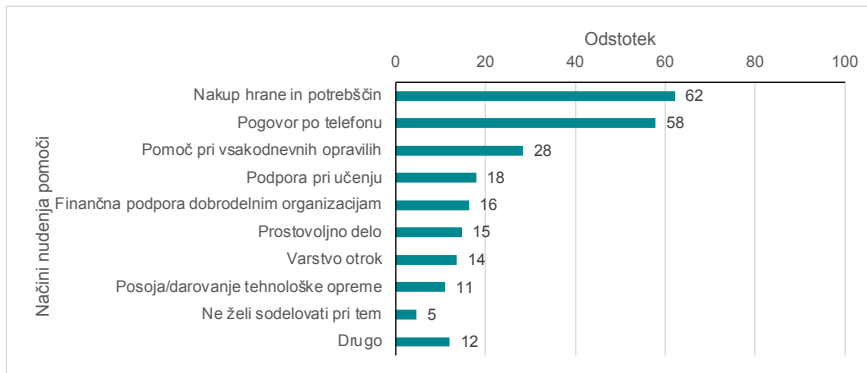


Slika 4.22 Dosedanji viri informacij o lajšanju duševne stiske za udeležence, zaposlene na področju socialnega varstva ($n = 192$)

Podpora drugim v lokalni skupnosti

Udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, so bili precej pripravljeni pomagati drugim v lokalni skupnosti. Menili so, da bi drugim osebam v svoji lokalni skupnosti lahko pomagali predvsem z nakupom hrane in potrebščin ter s pogovorom po telefonu. Pod drugo je več udeležencev navedlo, da bi radi pomagali, a trenutno nimajo dovolj časa in energije (Slika 4.23).

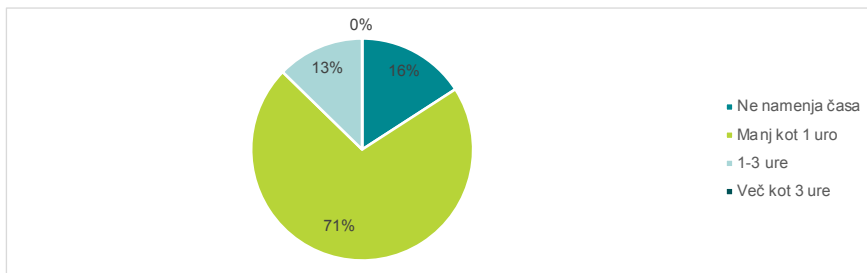
Pripravljenost pomagati drugim v lokalni skupnosti med epidemijo (pri čemer na številki lestvici 1 pomeni sploh ne, 4 pomeni niti malo niti zelo in 7 pomeni zelo): $M = 5,50$, $SD = 1,34$.



Slika 4.23 Prepoznani načini pomoči udeležencev, zaposlenih v socialnem varstvu, drugim v lokalni skupnosti ($n = 190$)

4.7 Covid-19

Udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, so posvetili večinoma manj kot uro branju in poslušanju novic o bolezni covid-19. Nihče tej vsebini ni posvetil več kot tri ure na dan (Slika 4.24).



Slika 4.24 Čas, namenjen branju/poslušanju novic o bolezni covid-19, pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 189$)

Izrazili so (Tabela 4.10), da je okoli 14 odstotkov zaposlenih v socialnem varstvu obolelo za covidom-19, 37 % pa ima bližnje, ki so oboleli za covidom-19.

Tabela 4.10 Podatki o lastni obolezlosti za covidom-19 in obolezlosti bližnjih za udeležence, zaposlene v socialnem varstvu ($n = 189$)

	<i>f</i>	%
Oboleli za covidom-19	26	14
Bližnji, oboleli za covidom-19	70	37

Iz Tabele 4.11 je razvidno, da so udeleženci, zaposleni v socialnem varstvu, prepoznavali dokaj nizko raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni covid-19, vendar so večinoma upoštevali priporočene ukrepe.

Tabela 4.11 Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni covid-19 in stopnja upoštevanja priporočenih ukrepov med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu ($n = 189$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni	3,35	2,87
Upoštevanje priporočenih ukrepov	5,21	3,04


Opomba Udeleženci so raven zaskrbljenosti ob branju in poslušanju novic o bolezni covid-19 ocenili na lestvici od 1 (*zelo majhno*) do 7 (*zelo veliko*). Tudi raven upoštevanja priporočenih ukrepov so ocenili na lestvici od 1 (*splah nič*) do 7 (*povsem*).

Viri in literatura

- Brennan, J., Reilly, P., Cuskelly, K., in Donnatelly, S. (2020). Social work, mental health, older people and COVID-19. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1205–1209.
- McFadden, P., Ross, J., Moriarty, J., Mallett, J., Schroder, H., Ravalier, J., Manthorpe, J., Currie, D., Harron, J., in Gillen, P. (2021). The role of coping in the wellbeing and work-related quality of life of UK health and social care workers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 815.
- Sassu, R. V. in Vaş, E. (2020, 6. oktober). *The impact of the COVID-19 pandemic for the European non-governmental sector*. EuropeNow. <https://www.europenowjournal.org/2020/10/06/the-impact-of-the-covid-19-pandemic-for-the-european-non-governmental-sector/>
- Stojchevska, M. (2021). Doživljanje sprememb in življenje uporabnikov v Domu starejših občanov Fužine po pojavu virusa covid-19 [Neobjavljeno magistrsko delo]. Univerza v Ljubljani.
- Zagovornik načela enakosti. (2021). *Razmere v domovih za starejše v prvem valu epidemije COVIDA-19: poročilo o raziskavi Zagovornika načela enakosti*.

Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v gospodarstvu

Vanja Gomboc in Tanja Šraj Lebar

 © Vanja Gomboc in Tanja Šraj Lebar
<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.5>

Okoliščine, povezane z omejevanjem širjenja bolezni covid-19, so dodobra posegle v zasebna in poklicna življenja ljudi. To potrjujejo tudi izsledki pričujoče študije. V tem poglavju so bile v ospredju značilnosti, stiske, soočanja in spremembe, ki so jih doživljali zaposleni v gospodarstvu. Osnovni pregled bibliografskih zbirk sicer razkrije, da so zaposleni v gospodarstvu kot ciljna skupina v raziskavah pogosto spregledani; raziskave, ki obstajajo, se povečini osredinjajo pretežno na podskupino ljudi, zaposlenih v storitvenih dejavnostih (npr. turizem, trgovina) (npr. Bajrami idr., 2021; Yin in Ni, 2021) oz. industriji (npr. Chen, 2021). Posledično je potrebna previdnost pri posploševanju izsledkov tovrstnih raziskav na zaposlene v različnih panogah gospodarstva, saj so delovna mesta, okoliščine in s tem različni učinki ter doživljanja posameznika lahko različni. Ravno zato je ta raziskava še toliko pomembnejša, saj združuje zaposlene v različnih panogah gospodarstva in s tem daje redke, a bolj celosten vpogled v stiske in doživljanja zaposlenih v gospodarstvu.

Pregled izsledkov aktualne raziskave razkrije, da so zaposleni v gospodarstvu povečini v drugem valu doživljali srednje veliko duševno stisko, s katero so se srednje uspešno spoprijemali (Tabela 5.3, Slika 5.5, Slika 5.6). Natančneje, v primerjavi s časom pred epidemijo so v drugem valu poročali o doživljanju večje duševne stiske, v primerjavi s prvim valom pa o doživljanju primerljive oz. nekoliko večje stiske (Slika 5.7). Sklenemo lahko, da so se stiske pri zaposlenih v gospodarstvu v času epidemije v prvem in drugem valu povečale na raven srednje velike duševne stiske, ki so jo udeleženci srednje uspešno obvladovali. To dopolnjuje izsledke tuje raziskave (Chen, 2021), izvedene na vzorcu zaposlenih v turizmu in industriji gostoljubnosti, ki so prav tako poročali o doživljanju stiske in negativnih posledic, povezanih z epidemijo. Udeleženci omenjene raziskave so namreč v povezavi z aktualno zdravstveno krizo doživljali paniko, pri čemer so o intenzivnejših negativnih posledicah epidemije poročale ženske in mlajši udeleženci, reševanje zdravstvene krize pa je bilo odvisno predvsem od podpore drugih oz. od pomanjkanja le-te.

Nadalje so v tej raziskavi v primerjavi z drugimi zaposlitvenimi skupinami zaposleni v gospodarstvu sicer stisko doživljali intenzivneje in se pomembno slabše spoprijemali z njo (Tabela 11.5.2). Kljub temu je potrebna previdnost pri interpretaciji teh ugotovitev, saj je bila velikost učinka omenjenih razlik zanemarljiva, kar pomeni, da so praktične implikacije teh ugotovitev omejene. To velja tudi pri ugotovitvi, da so zaposleni v gospodarstvu v primerjavi z drugimi udeleženci v obeh primerih stisko doživljali nekoliko intenzivneje, pri čemer je bila sicer ta razlika statistično pomembna, velikost učinka pa zanemarljiva (Tabela 11.5.2). Sklepamo lahko, da so se tako zaposleni v gospodarstvu kot zaposleni na drugih področjih znašli v srednje velikih stiskah, s katerimi so se srednje uspešno spoprijemali, pri čemer je bila stiska v drugem valu primerljiva oz. nekoliko večja v primerjavi s stanjem pred epidemijo in v prvem valu (Tabela 11.5.2). Tudi Marie-Anne S. Rosemberg idr. (2021) so na vzorcu zaposlenih v industriji gostoljubnosti in živilski industriji potrdili, da so bile ravni doživljanja stiske in težav z duševnim zdravjem primerljive z ravnmi doživljanja stisk in težav, o katerih so poročali zaposleni v drugih (negospodarskih) panogah (npr. Spoorthy idr., 2020). Izsledki raziskav namreč kažejo, da je večina posameznikov v povezavi z epidemijo doživljala blage do srednje intenzivne težave, manjšina posameznikov pa intenzivnejše simptome oz. težave. Do določene mere so se razlike pokazale tudi med zaposlenimi na različnih področjih (npr. zaposleni na področju zdravstva kot bolj ranljiva skupina za doživljanje intenzivnejših simptomov), vendar so imele pri tem poleg značilnosti zaposlitvenega področja pomembno vlogo tudi značilnosti samega posameznika (npr. intenzivnejši simptomi so bili zaznani pri ženskah in pri mlajših udeležencih) (Talevi idr., 2020). Na podlagi naše in tujih raziskav lahko zato povzamemo, da so poleg zaposlitvenega področja posameznika pomembne tudi druge njegove značilnosti, ki se skupaj odražajo v ravni doživljanja stiske in težav.

Najintenzivnejšo duševno stisko v drugem valu so po poročanjih doživljali tisti zaposleni v gospodarstvu, ki opravljajo enostavna dela oz. so zaposleni v proizvodnji ali skladišču, čeprav so tudi druge skupine zaposlenih v gospodarstvu poročale o relativno primerljivi intenziteti doživljanja duševne stiske. Nasprotno pa so se s stisko po poročanjih najbolje spoprijemali lastniki in direktorji, pa tudi vodstveni delavci, specialisti in izvedenci za izbrano strokovno področje (Slika 5.5). Chun-Chu Chen (2021) je pri tem ugotovil, da so o najintenzivnejših negativnih posledicah v povezavi z epidemijo poročali tisti udeleženci s področja industrije, ki so bili brezposelni ali (vsaj začasno) odpuščeni. Marie-Anne S. Rosemberg idr. (2021) pa so pri tem poudarili, da je bila negotovost glede ohranitve lastnega delovnega mesta pomemben de-

javniki doživljanja stresa. Posledično lahko sklepamo, da* so (vsaj do določene mere) udeleženci, ki opravljajo enostavna dela oz. so zaposleni v proizvodnji, doživljali intenzivnejšo stisko tudi zaradi negotovosti, povezane z ohranitvijo delovnega mesta. Ta je namreč lahko ravno v teh skupinah še bolj izrazita, saj so glede na organizacijsko strukturo običajno te skupine zaposlenih manj vpete v proces odločanja o prihodnosti podjetja.

Med težavami, ki so zaposlene na področju gospodarstva najbolj bremenile, so udeleženci navajali strah pred izgubo svoboščin, pred negotovo prihodnostjo, okužbo bližnjih in ločenost od družine (Slika 5.8), kar se ujema z izsledki oz. dopolnjuje izsledke tuje raziskave (Rosemberg idr., 2021). O teh skrbeh so v tej raziskavi nekoliko intenzivneje poročali zaposleni na področju prodaje in nabave ter vodstveni zaposleni. Zaposleni v gospodarstvu so sicer tudi v primerjavi z drugimi udeleženci (Tabela 11.5.2) doživljali nekoliko večji strah pred negotovo prihodnostjo, ločenostjo od družine in ob usklajevanju službenih in družinskih obveznosti, vendar so te razlike s praktičnega vidika zanemarljive. Teoretično in praktično pomembnejše razlike so se pokazale pri skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti ter strahu pred izgubo zaposlitve. V obeh primerih so bile skrbi intenzivneje izražene pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu. To se ujema z izsledki tuje raziskave (Rosemberg idr., 2021), v kateri so avtorji poudarili, da je negotovost glede prihodnosti zaposlitve sistemski problem v nekaterih panogah gospodarstva, ki je obstajal že pred epidemijo in se v času te le še poglobil.

Med psihofizičnimi simptomi so zaposlene v gospodarstvu v nekoliko večjem deležu in hkrati najintenzivneje bremenili glavoboli (62 %), bolečine v hrbtu (68 %), rokah, nogah in sklepih (50 %) (Tabela 5.6, Slika 5.9), med simptomi depresije pa so bili najintenzivneje in najpogosteje navajani utrujenost in pomanjkanje energije (85 %), težave s spanjem (76 %) in pomanjkanje zanimanja oz. veselja (74 %) (Tabela 5.7, Slika 5.10). V povprečju so o nekoliko bolj izraženih psihofizičnih simptomih in simptomih depresije poročali zaposleni, ki opravljajo enostavna dela oz. so zaposleni v proizvodnji in skladišču ali v prodaji in nabavi (Slika 5.11). Zaposleni v gospodarstvu se sicer glede doživljanja psihofizične simptomatike niso razlikovali od drugih udeležencev, so se pa razlike pokazale glede doživljanja simptomov depresije. Zaposleni v gospodarstvu so namreč poročali o doživljanju pomembno intenzivnejših simptomov depresije. Ker pa je velikost učinka zanemarljiva, lahko sklepamo, da je doživljanje simptomov depresije pravzaprav v praksi bolj primerljivo med skupinama (Tabela 11.5.2). Kljub temu lahko sklenemo, da so nekoliko intenzivnejši simptomi, ki so jih poročali zaposleni v gospodarstvu, pričakovani. Kanwal Iqbal Khan idr. (2021) so namreč potrdili, da je negotovost, povezana z

obstoje delovnega mesta (o čemer so posredno v naši raziskavi nekoliko intenzivneje poročali ravno zaposleni v gospodarstvu), eden ključnih dejavnikov stresa, simptomov depresije, anksioznosti in negotovosti med epidemijo bolezni covid-19 (o čemer so vsaj deloma prav tako nekoliko intenzivneje v naši raziskavi poročali zaposleni v gospodarstvu).

Zaposleni v gospodarstvu so, v primerjavi z drugimi udeleženci, sicer v nekoliko višjem deležu izrazili potrebo po podpori (Tabela 11.5.4). Pri tem so med zaposlenimi v gospodarstvu potrebo po podpori in/ali pomoč v večjem deležu izrazili oziroma poiskali zaposleni na področju tehnične poslovne oz. administrativne podpore in specialisti oz. eksperti za izbrano strokovno področje, v najnižjem deležu pa zaposleni, ki opravljajo enostavna dela oz. so zaposleni v proizvodnji in skladišču (Slika 5.14). Podpore so sicer zaposleni v gospodarstvu najpogosteje iskali pri družinskih članih in/ali prijateljih, sosedih in znancih (Slika 5.15), stisko pa so v največjem deležu lajšali v pogovorih s prijatelji, družino oz. znanci ter s telesno dejavnostjo (Slika 5.16). Kljub temu so v primerjavi z zaposlenimi v gospodarstvu tako telesno dejavnost kot pogovore za lajšanje stiske drugi udeleženci uporabljali v pomembno večjem deležu. Poudariti je sicer treba, da so zaznane razlike s praktičnega vidika omejene, zato je pri interpretaciji pomembna previdnost. Zaposleni v gospodarstvu in drugi udeleženci se niso razlikovali glede tega, v kolikšnem deležu so za lajšanje stisk poiskali pomoč strokovnjaka, poklicali na telefon za pomoč v stiski in spremljali napotke zdravstvenih organizacij. Nasprotno pa so zaposleni v gospodarstvu sicer za lajšanje stiske v pomembno višjem deležu posegali po alkoholnih pijačah, cigaretah in drugih psihoaktivnih snoveh, čeprav je tudi te izsledke treba interpretirati s previdnostjo, saj so z vidika praktične pomembnosti omejeni (Tabela 11.5.4). So pa zaposleni v gospodarstvu sicer poročali, da za lajšanje duševne stiske poleg tega, kar že uporabljajo, ne potrebujejo drugih virov pomoči; če bi jih že potrebovali, pa bi jih največ poiskalo pomoč strokovnjaka (Slika 5.17). To so sicer še posebej navajali vodstveni zaposleni, specialisti oz. eksperti za izbrano strokovno področje ter zaposleni na področju tehnične, poslovne oz. administrativne podpore (Slika 5.18). Ti izsledki so tudi primerljivi z navedbami drugih udeležencev.

Med viri informacij, ki so jih zaposleni v gospodarstvu uporabljali v povezavi z lajšanjem stiske, so bili najpogosteje navajani članki na spletu in pogovori s prijatelji ter sorodniki (Slika 5.19). Te vir so sicer v najvišjem deležu uporabljali zaposleni, ki opravljajo enostavna dela, so zaposleni v proizvodnji oz. skladišču ali kot specialisti oz. eksperti za izbrano področje. Te vire so zaposleni v gospodarstvu in drugi udeleženci navajali v podobni meri. Nasprotno so se sicer razlike pokazale glede izobraževanj in usposabljanj o tej temi ter te-

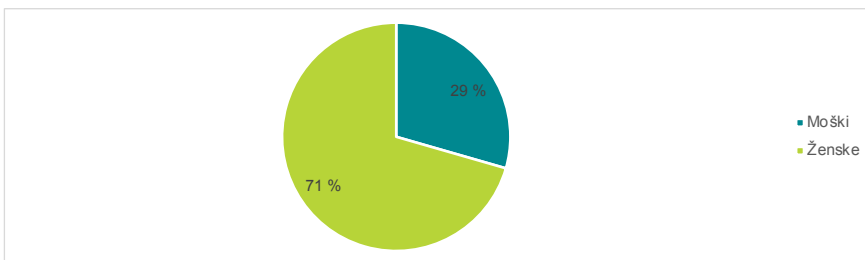
leviziji kot o viru informacij, pri čemer so oba vira pogosteje navajali drugi udeleženci (Tabela 11.5.5).

Če povzamemo, so zaposleni v gospodarstvu poročali o nekoliko intenzivnejši stiski in težavah v času epidemije bolezni covid-19 ter tudi o večji potrebi po pridobivanju podpore in pomoči. To so skušali pridobiti predvsem v pogovoru z različnimi ljudmi v okolici (npr. družina, prijatelji) in stisko lajšati s telesno dejavnostjo, pa tudi s poseganjem po alkoholnih pijačah, cigaretah in drugih psihoaktivnih snoveh. Kakor izpostavljajo tuje raziskave (npr. Chen, 2021), je poleg zaposlitvenega področja in zaposlitvenega statusa, pri interpretaciji izsledkov treba upoštevati individualne značilnosti med posamezniki, ki presegajo značilnosti delovnega mesta. Tudi panoge, delovna mesta in zaposleni znotraj gospodarstva se namreč razlikujejo med seboj, kar potrjujejo tako naša raziskava kot tuje (npr. Rosemberg idr., 2021). Vsekakor je zato v prihodnje smiselno zaposlene v gospodarstvu spremljati, raziskovati učinke epidemije in zaposlenim nuditi ustrezno podporo. Čeprav tudi naša raziskava potrjuje, da so zaposleni v gospodarstvu raznolika skupina, ki jo je zato bolj smiselno raziskovati po posameznih podskupinah, pa ostaja nespremenjeno to, da večina raziskav vključuje le najbolj proučevane podskupine, medtem ko preostale podskupine gospodarstva ostajajo spregledane. Ta raziskava zato kljub nekoliko manjšemu vzorcu zaposlenih v gospodarstvu ponuja prvi natančnejši vpogled v vse, tudi v raziskavah pogosto spregledane podskupine gospodarstva, komplementira obstoječe izsledke in poudarja vidike, ki jim bo treba tudi v prihodnje nameniti raziskovalno pozornost, da bi preprečevali poglobljanje težav.

5.1 Demografske spremenljivke

5.1.1 Spol

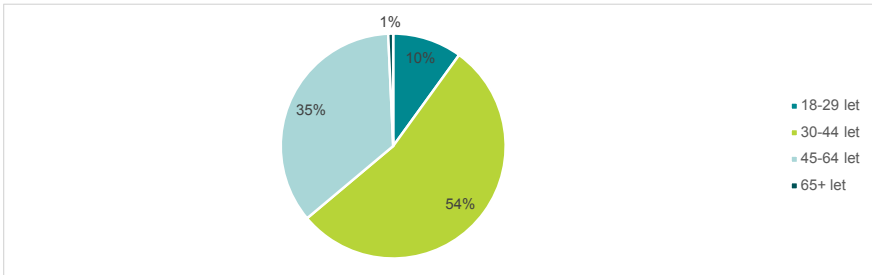
Med udeleženci, zaposlenimi v gospodarstvu, so prevladovalе osebe ženskega spola (Slika 5.1).



Slika 5.1 Odstotek udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu, glede na spol ($n = 421$)

5.1.2 Starost

Med udeleženci, zaposlenimi v gospodarstvu, so prevladovale osebe, stare od 30 do 44 let (54 %), ena tretjina udeležencev pa je bilo starih od 45 do 64 let (Slika 5.2).

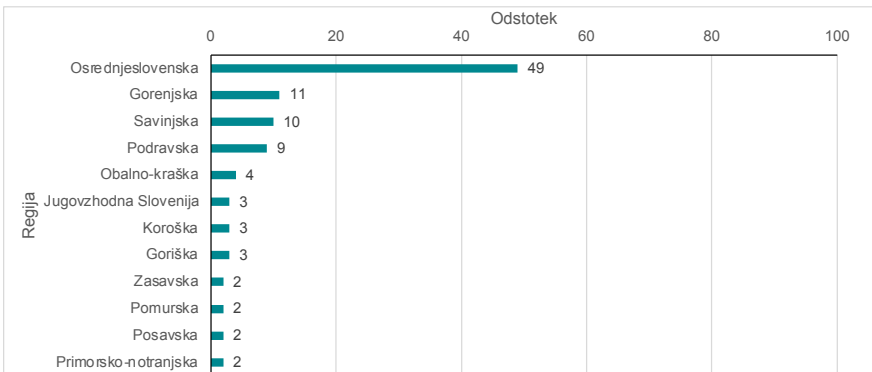


Slika 5.2 Starostna struktura udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 421$)

Opomba $M = 41$; $SD = 9,48$; $min. = 21$; $maks. = 68$.

5.1.3 Regija prebivališča

Med udeleženci, zaposlenimi v gospodarstvu, so bile zastopane vse regije v Sloveniji (Slika 5.3). Prevladovali so udeleženci iz osrednjeslovenske regije (49 %).



Slika 5.3. Zastopanost regij pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 421$)

5.1.4 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev s področja gospodarstva

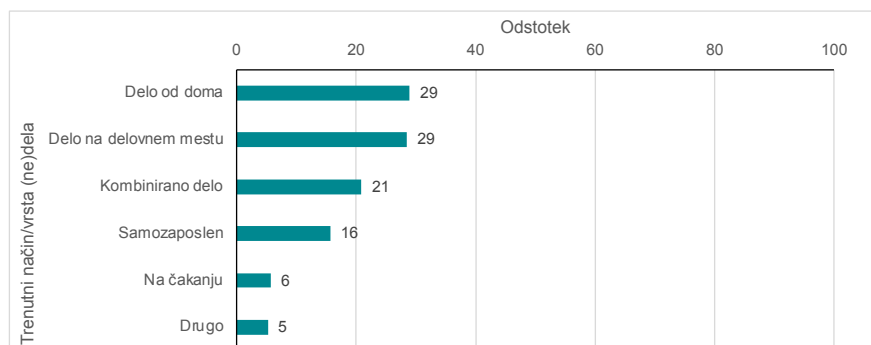
Udeleženci, ki so zaposleni v gospodarstvu (Tabela 5.1), so v večjem deležu prihajali iz mestnega okolja, tretjina jih je prihajala s podeželja. Največji delež udeležencev je imel univerzitetno izobrazbo, sledili so udeleženci s končano

višjo šolo, visoko šolo oz. prvo bolonjsko stopnjo. Med udeleženci, zaposlenimi na področju gospodarstva, je bila približno tretjina staršev šoloobveznih otrok.

Tabela 5.1 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 421$)

	<i>f</i>	%
Okolje prebivališča		
Mestno okolje	255	61
Podeželje	161	38
Drugo: predmestje	5	1
Izobrazba		
Osnovna šola ali manj	1	0
Poklicna šola	21	5
Štiriletna srednja šola	88	21
Višja šola/visoka šola/prva bolonjska stopnja	111	26
Univerzitetna izobrazba/druga bolonjska stopnja	150	36
Znanstveni magisterij/doktorat	50	12
Starši šoloobveznih otrok	150	36

Iz Slike 5.4 je razvidno, da je največ udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu, v obdobju epidemije delalo samo od doma (29 %) ali samo na delovnem mestu (29 %). Petina jih je delala kombinirano (od doma in na delovnem mestu), manjši odstotek (5 %) se je identificiral kot samozaposlen.



Slika 5.4 Trenutni način/vrsta (ne)dela udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 421$)

Opomba Kombinirano delo vključuje posameznike, ki so določen delež svojega dela opravljali doma, drug delež svojega dela pa so opravljali na delovnem mestu. Drugi načini/vrste (ne)dela udeležencev vključujejo: bolniški dopust, porodniški dopust, starševski dopust, skrajšan delovni čas. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so študentsko delo, prostovoljno delo, honorarno/avtorsko delo, brezposeln, upokojen.

Največji delež med udeleženci s področja gospodarstva (Tabela 5.2) so predstavljali specialisti za izbrano strokovno področje (39 %), najnižji pa zaposleni, ki opravljajo enostavna dela oz. so zaposleni v proizvodnji ali skladišču (6 %), ter posamezniki z drugih področij v gospodarstvu (1 %). Ti so bili zaradi nizkega deleža zastopanosti v tej raziskavi izključeni iz prikazov v nadaljevanju.

Tabela 5.2 Zaposlitvena struktura udeležencev za posamezna področja dela v gospodarstvu ($n = 421$)

	<i>f</i>	%
Lastnik/direktor	68	14
Vodstveni zaposleni	57	12
Specialist/ekspert za izbrano strokovno področje	186	39
Prodaja in nabava	65	13
Tehnična/poslovna/administrativna podpora	70	14
Enostavna dela/proizvodnja/skladišče	31	6
Drugo (gostinstvo, odvetništvo, operativa, psihologija, šport, zadruga)	6	1

5.2 Doživljanje duševne stiske

5.2.1 Splošno doživljanje duševne stiske in primerjava s preteklimi obdobji

Udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, so doživljali srednje intenzivno duševno stisko in se v povprečju z njo srednje uspešno spoprijemali (Tabela 5.3).

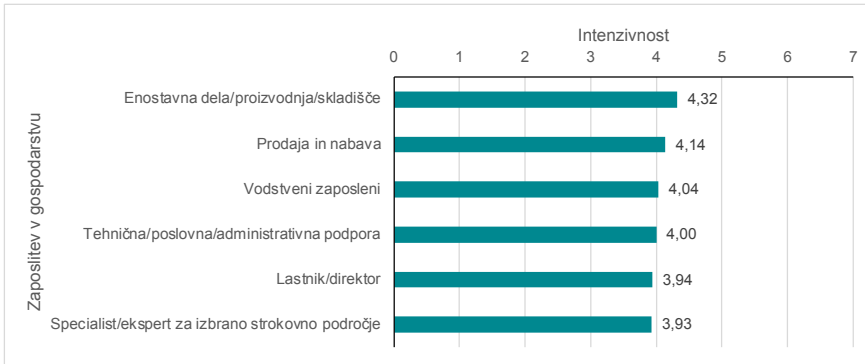
Tabela 5.3. Doživljanje duševne stiske v drugem valu epidemije za udeležence, zaposlene v gospodarstvu

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Doživljanje duševne stiske	421	4,00	1,99
Spoprijemanje z duševno stisko	399	4,21	2,06

Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika. Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (*zelo neuspešno*) do 7 (*zelo uspešno*), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.

Udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, so poročali o nekoliko različni intenziteti doživljanja duševne stiske med epidemijo (Slika 5.5). O najvišji intenzivnosti doživljanja stiske so poročali zaposleni, ki opravljajo enostavna dela oz.

so zaposleni v proizvodnji ali skladišču, o najnižji intenziteti pa specialisti oz. izvedenci za izbrano strokovno področje.



Slika 5.5 Doživljanje duševne stiske med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu ($n_{\text{specialist/ekspert}} = 185$, $n_{\text{lastnik/direktor}} = 68$, $n_{\text{tehnična/poslovna/administrativna podpora}} = 64$, $n_{\text{prodaja in nabava}} = 64$, $n_{\text{vodstveni zaposleni}} = 56$, $n_{\text{enostavna dela/proizvodnja/skladišče}} = 28$)

Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika. Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (*zelo neuspešno*) do 7 (*zelo uspešno*), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko. Posameznik se je lahko pojavljal v več gospodarskih kategorijah hkrati. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: drugo.

Zaposleni v gospodarstvu so poročali o različni intenziteti spoprijemanja s stisko (Slika 5.6). Uspešneje so se po samoporočanju udeležencev s stisko spoprijeli lastniki in direktorji, medtem ko so o najnižji intenzivnosti in s tem tudi o nekoliko slabši uspešnosti spoprijemanja s stisko poročali zaposleni, ki opravljajo enostavna dela oz. so zaposleni v proizvodnji ali skladišču.

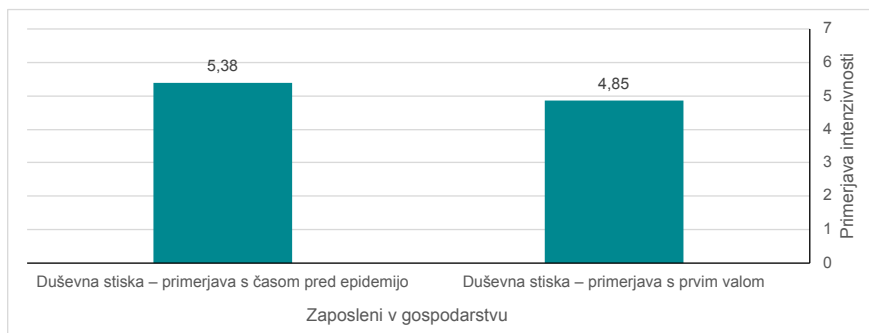


Slika 5.6 Spoprijemanje s stisko med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu ($n_{\text{specialist/ekspert}} = 171$, $n_{\text{lastnik/direktor}} = 65$, $n_{\text{tehnična/poslovna/administrativna podpora}} = 63$, $n_{\text{prodaja in nabava}} = 62$, $n_{\text{vodstveni zaposleni}} = 55$, $n_{\text{enostavna dela/proizvodnja/skladišče}} = 27$)

Opomba Udeleženci so intenzivnost spoprijemanja s stisko izrazili na številski lestvici od 1 (*zelo neuspešno*) do 7 (*zelo uspešno*), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko. Višji rezultat nakazuje na večjo učinkovitost pri spoprijemanju z duševno stisko.

Posameznik se je lahko pojavljal v več gospodarskih kategorijah hkrati. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: drugo.

Zaposleni v gospodarstvu so v drugem valu epidemije poročali, da so v povprečju čutili nekoliko intenzivnejšo duševno stisko kot pred epidemijo oz. v primerjavi s prvim valom epidemije (Slika 5.7).



Slika 5.7 Doživljanje duševne stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in med prvim valom pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 421$)

Opomba Odgovor na »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« in odgovor na »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« sta merjena na lestvici od 1 (*čutim veliko manjšo stisko*) do 7 (*čutim veliko večjo stisko*). Višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko v primerjavi s časom pred epidemijo, višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« pa nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko kot med prvim valom epidemije.

5.2.2 Specifične stiske, povezane s covidom-19

Večina udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu, je kot najpogostejše težave oz. najintenzivnejše doživljane težave navajala strah pred okužbo bližnjih (92 %), doživljanje stisk zaradi izolacije (89 %), strah pred negotovo prihodnostjo (92 %) in skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev (88 %). Najmanj jih je sicer bremenila selitev v skupno gospodinjstvo (31 %; Tabela 5.4).

Tabela 5.4 Doživljanje posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju gospodarstva ($n = 421$)

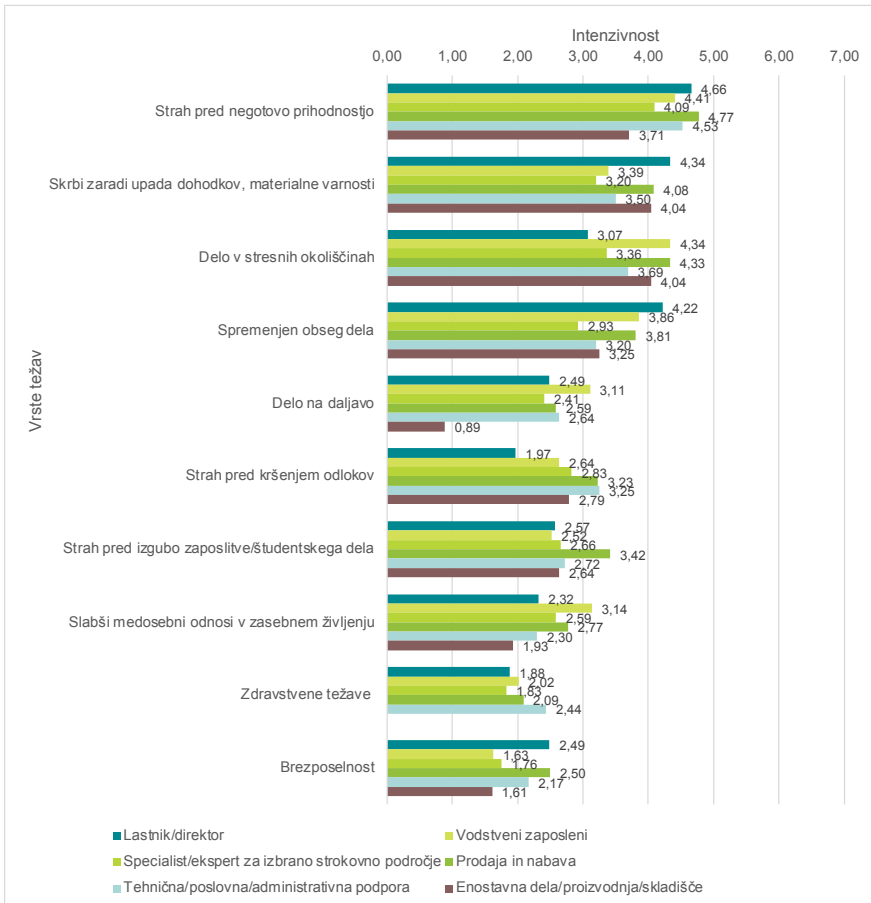
	Odstotek (vseh, razen odgovora 0)	M	SD
Zdravstvene težave	66	2,03	2,12
Strah pred lastno okužbo	79	2,63	2,16
Strah pred okužbo bližnjih	92	4,33	2,29
Stiske zaradi izolacije	89	3,82	2,35

	Odstotek (vseh, razen odgovora o)	M	SD
Strah pred negotovo prihodnostjo	92	4,29	2,27
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	88	3,97	2,41
Ločenost od družinskih članov	83	4,05	2,54
Spremenjen obseg dela	79	3,31	2,50
Delo v stresnih okoliščinah	85	3,55	2,43
Izvajanje svojega dela oziroma storitve na daljavo	62	2,35	2,38
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	82	3,60	2,55
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	68	2,80	2,62
Brezposelnost	49	1,99	2,53
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	67	2,48	2,34
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	31	0,95	1,82
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	68	2,48	2,41
Slabši medosebni odnosi v službi	66	2,26	2,30
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti (npr. varstvo/šolanje otrok ...)	60	2,68	2,79
Strah pred kršenjem odlokov	73	2,68	2,41
Strah pred izgubo/omejitev svobodčin	87	4,69	2,54
Drugo	10	5,37	1,97

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.

Na sliki 5.8 so predstavljeni tisti dejavniki, pri katerih je bilo med skupinami udeležencev največjih razlik. Strah pred negotovo prihodnostjo je bil najizrazitejši med zaposlenimi v prodaji in nabavi ter pri lastnikih oziroma direktorjih, najmanj intenziven pa pri zaposlenih, ki opravljajo enostavna dela, ali pri zaposlenih v proizvodnji oziroma skladiščih. O skrbi glede upada dohodkov so predvsem poročali lastniki in direktorji, zaposleni v prodaji ali nabavi ter zaposleni, ki opravljajo enostavna dela ali so zaposleni v proizvodnji oziroma skladiščih. Skrbi glede slabših odnosov v zasebnem življenju so intenzivneje doživljali zaposleni v vodstvu in prodaji ter nabavi, medtem ko so zdravstvene

težave intenzivneje doživljali zaposleni v tehnični, poslovni ali administrativni podpori. Brezposelnost je najbolj skrbela lastnike in direktorje ter zaposlene v prodaji in nabavi.



Slika 5.8 Doživljanje posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu ($n_{\text{specialist/ekspert}} = 185$, $n_{\text{lastnik/direktor}} = 68$, $n_{\text{tehnična/poslovna/administrativna podpora}} = 64$, $n_{\text{prodaja in nabava}} = 64$, $n_{\text{vodstveni zaposleni}} = 56$, $n_{\text{enostavna dela/proizvodnja/skladišče}} = 28$)

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika. Posameznik se je lahko pojavljal v več gospodarskih kategorijah hkrati. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: drugo.

5.3 Doživljanje nasilja

Iz Tabele 5.5 je razvidno, da so udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, pred epidemijo doživljali nasilje v družini oziroma partnerskih odnosih v 0,7 %, med epidemijo pa se je to povečalo na 2,1 %, kar je 3-kratni porast. Prav tako je zaznati porast nasilja na delovnem mestu, in sicer z 2,6 % pred epidemijo na 5 % med epidemijo, kar je skoraj 2-kratni porast.

Tabela 5.5 Doživljanje nasilja v medosebnih odnosih pred epidemijo in med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 421$)

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
V družini oziroma partnerskem odnosu	3	0,7	9	2,1
Na delovnem mestu	11	2,6	21	5,0
V drugih medosebnih odnosih	/	/	17	4,0

5.4 Psihične in fizične težave

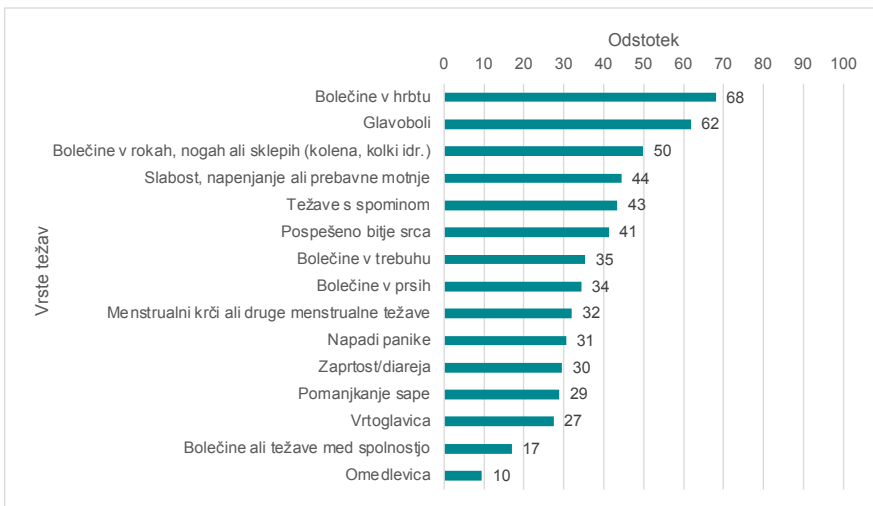
Pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu, so bili med psihofizičnimi simptomi najintenzivnejši in najpogostejši bolečine v hrbtu (68 % – ima izkušnjo; 22 % – ima redno težavo), glavoboli (62 % – ima izkušnjo; 18 % – ima redno težavo), bolečine v rokah, nogah ali sklepih (50 % – ima izkušnjo; 15 % – ima redno težavo; Tabela 5.6 in Slika 5.12). Najredkeje poročana simptoma sta bila pri zaposlenih v gospodarstvu omedlevica (10 % – ima izkušnjo; 1 % – ima redno težavo) ter bolečine oz. težave med spolnostjo (17 % – ima izkušnjo; 5 % – ima redno težavo), ki sta bila hkrati tudi najmanj intenzivno doživljana.

Tabela 5.6 Doživljanje posameznih psihofizičnih težav v zadnjih štirih tednih pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 420$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Bolečine v trebuhu	35	7	0,40	0,69
Bolečine v hrbtu	68	22	0,88	0,80
Bolečine v rokah, nogah ali sklepih	50	15	0,62	0,79
Menstrualni krči	32	13	0,43	0,78
Glavoboli	62	18	0,77	0,79
Bolečine v prsih	34	8	0,41	0,71
Vrtoglavica	27	4	0,29	0,62
Omedlevica	10	1	0,09	0,45
Pospešeno bitje srca	41	10	0,49	0,74
Pomanjkanje sape	29	7	0,34	0,68

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Bolečine ali težave med spolnostjo	17	5	0,20	0,60
Zaprtoost/diareja	30	5	0,33	0,65
Slabost, napenjanje ali prebavne motnje	44	8	0,51	0,72
Težave s spominom	43	10	0,51	0,73
Napadi panike	31	11	0,39	0,74

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih vsaj malo (ali zelo) mučile navedene psihofizične težave (odgovor 1 ali 2). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih zelo mučile navedene psihofizične težave (odgovor 2).



Slika 5.9 Odstotek udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu, ki so v zadnjih štirih tednih vsaj malo doživljali posamezno psihofizično težavo ($n = 420$)

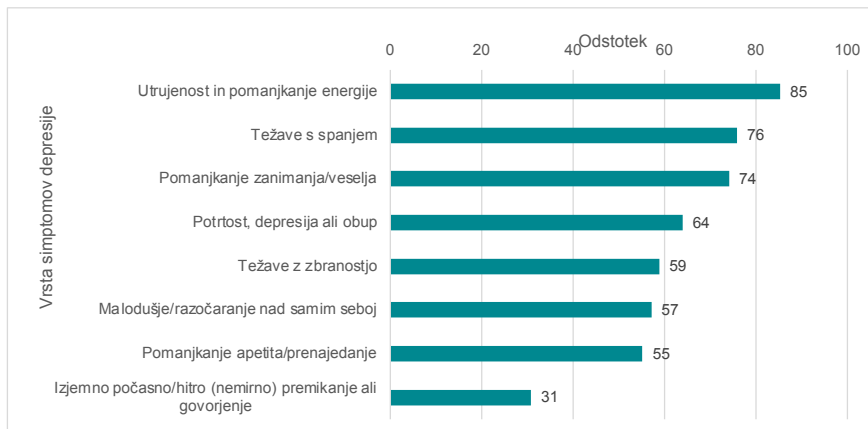
Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1 ali 2.

Pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu, so bili najpogostejši in najintenzivnejši simptomi depresije (Tabela 5.7 in Slika 5.9) utrujenost in pomanjkanje energije (85 % – ima izkušnjo; 43 % – ima redno težave), težave s spanjem (76 % – ima izkušnjo; 35 % – ima redno težave) in pomanjkanje zanimanja oz. veselja (74 % – ima izkušnjo; 32 % – ima redno težave). Najredkeje poročan simptom je bil izjemno počasno oz. hitro (nemirno) premikanje ali govorjenje (31 % – ima izkušnjo; 10 % – ima redno težave); ta je bil tudi najmanj intenzivno doživljan.

Tabela 5.7 Doživljanje posameznih simptomov depresije v zadnjih 14 dneh pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 413$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	M	SD
Pomanjkanje zanimanja/veselja	74	32	1,22	1,00
Potrlost, depresija ali obup	64	23	0,98	0,96
Težave s spanjem	76	35	1,27	1,01
Utrujenost in pomanjkanje energije	85	43	1,48	0,97
Pomanjkanje apetita/prenajedanje	55	27	0,93	1,03
Malodušje/razočaranje nad samim seboj	57	25	0,95	1,04
Težave z zbranstvo	59	23	0,93	0,99
Izjemno počasno/hitro (nemirno) premikanje ali govorjenje	31	10	0,45	0,79

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile vsaj nekaj dni ali več (odgovor 1 ali več). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile več kot polovico dni (odgovori 2 in 3).

**Slika 5.10** Odstotek udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu, ki so vsaj nekaj dni v zadnjih 14 dneh doživljali posamezne simptome depresije ($n = 413$)

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1, 2 ali 3.

Udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, so na vprašalniku o somatskih simptomih (PHQ-15) in na vprašalniku o simptomih depresije (PHQ-8) blago izražali simptome (Tabela 5.8).

Tabela 5.8 Rezultati udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu, na vprašalnikih PHQ-15 (13 postavk) in PHQ-8

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
PHQ-15 (13)	420	6,10	4,73
PHQ-8	413	8,23	6,29

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Tudi na lestvici PHQ-8 je najnižji možni rezultat 0, najvišji pa 24.

Pri udeležencih, zaposlenih na področju gospodarstva, je bila simptomatika najbolj izražena pri kadru, ki opravlja enostavna dela oz. je zaposlen v proizvodnji ali skladišču, ter pri kadru, ki je zaposlen na področju prodaje in nabave (Slika 5.11).



Slika 5.11 Rezultati vprašalnika PHQ-15 (13 postavk) za udeležence, zaposlene na področju gospodarstva ($n_{\text{specialist/ekspert}} = 185$, $n_{\text{lastnik/direktor}} = 68$, $n_{\text{tehnična/poslovna/administrativna podpora}} = 64$, $n_{\text{prodaja in nabava}} = 63$, $n_{\text{vodstveni zaposleni}} = 56$, $n_{\text{enostavna dela/proizvodnja/skladišče}} = 28$)

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Posameznik se je lahko pojavljal v več gospodarskih kategorijah hkrati. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: drugo.

Pri udeležencih, zaposlenih na področju gospodarstva, so bili simptomi najbolj izrazito izraženi pri zaposlenih v prodaji in nabavi, pa tudi pri zaposlenih, ki opravljajo enostavna dela oz. so zaposleni v proizvodnji ali skladišču (Slika 5.15.).

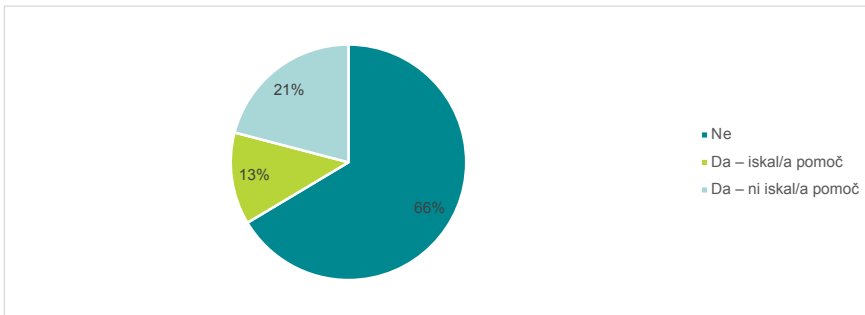


Slika 5.12 Rezultati vprašalnika PHQ-8 za udeležence, zaposlene na področju gospodarstva ($n_{\text{specialist/ekspert}} = 183$, $n_{\text{lastnik/direktor}} = 68$, $n_{\text{tehnična/poslovna/administrativna podpora}} = 61$, $n_{\text{prodaja in nabava}} = 63$, $n_{\text{vodstveni zaposleni}} = 54$, $n_{\text{enostavna dela/proizvodnja/skladišče}} = 27$)

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-8 je 0, najvišji možni rezultat pa 24. Posameznik se je lahko pojavljal v več gospodarskih kategorijah hkrati. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: drugo.

5.5 Potreba po podpori

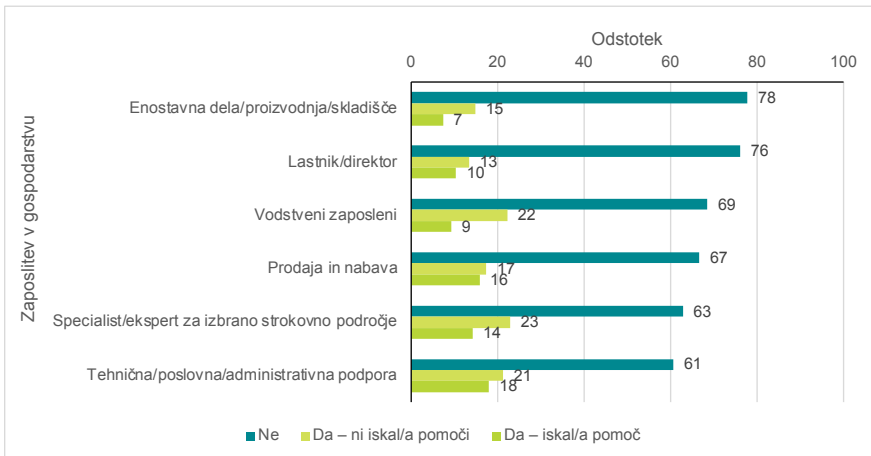
Večina zaposlenih v gospodarstvu (66 %) je poročala, da ne potrebuje psihološke podpore. Izmed 34 odstotkov, ki bi potrebovali psihološko podporo, jih je 21 odstotkov pomoč tudi poiskalo (Slika 5.16).



Slika 5.13 Potreba po psihološki podpori udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 411$)

Iz Slike 5.14 je razvidno, da so zaposleni na področju tehnične, poslovne oz. administrativne podpore (39 %) in specialisti oz. izvedenci za izbrano strokovno področje (37 %) v primerjavi z drugimi zaposlitvenimi skupinami, najpogosteje izrazili, da potrebujejo psihološko podporo, pri čemer je pomoč približno tretjina oz. polovica takšnih posameznikov tudi poiskala. Nasprotno

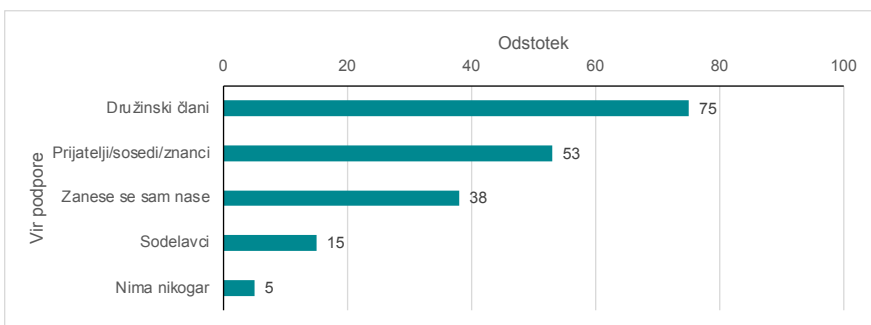
so zaposleni, ki opravljajo enostavna dela oz. so zaposleni v proizvodnji ali skladišču (78 %), ter lastniki in direktorji (76 %) v največjem deležu poročali, da ne potrebujejo psihološke pomoči.



Slika 5.14 Potreba po psihološki podpori udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu ($n_{\text{specialist/ekspert}} = 183$, $n_{\text{lastnik/direktor}} = 67$, $n_{\text{prodaja in nabava}} = 63$, $n_{\text{tehnična/poslovna/administrativna podpora}} = 61$, $n_{\text{vodstveni zaposleni}} = 54$, $n_{\text{enostavna dela/proizvodnja/skladišče}} = 27$)

Opomba Posameznik se je lahko pojavljal v več gospodarskih kategorijah hkrati. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: drugo.

Udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, so podporo po večini dobili pri družinskih članih (75 %). Takih, ki za pridobivanje podpore v svojem okolju ni imelo nikogar (5 %), je zajemal najnižji delež udeležencev (Slika 5.15).



Slika 5.15 Potreba po podpori udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 406$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: drugo.

5.6 Viri pomoči

Kot vir pomoči pri doživljanju stiske so udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, najpogosteje uporabljali pogovor s prijatelji, družino ali znanci (75 %; Slika 5.19). Stisko so si pogosto lajšali tudi s telesno dejavnostjo (54 %). Najredkeje so kot vir pomoči zaposleni v gospodarstvu navajali udeležbe na delavnicah oz. srečanjih različnih organizacij ter druge dejavnosti (7 %).



Slika 5.16 Viri pomoči, ki so jih udeleženci, zaposleni na področju gospodarstva, že uporabljali za lajšanje stiske ($n = 406$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: duhovna pomoč, klic po telefonu za pomoč v stiski.

Udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, so najpogosteje poročali, da ne potrebujejo drugih virov pomoči. Tisti, ki bi si še želeli dodatno podporo, pa so predvsem navajali pomoč strokovnjaka, sprostitvene oddaje po televiziji in ogled filmov (Slika 5.17). Najredkeje so kot potencialni vir podpore, ki bi si ga še želeli, navajali pogovor s strokovnjakom po videoklicu, napotke zdravstvenih organizacij in izobraževalne oddaje po radiu.



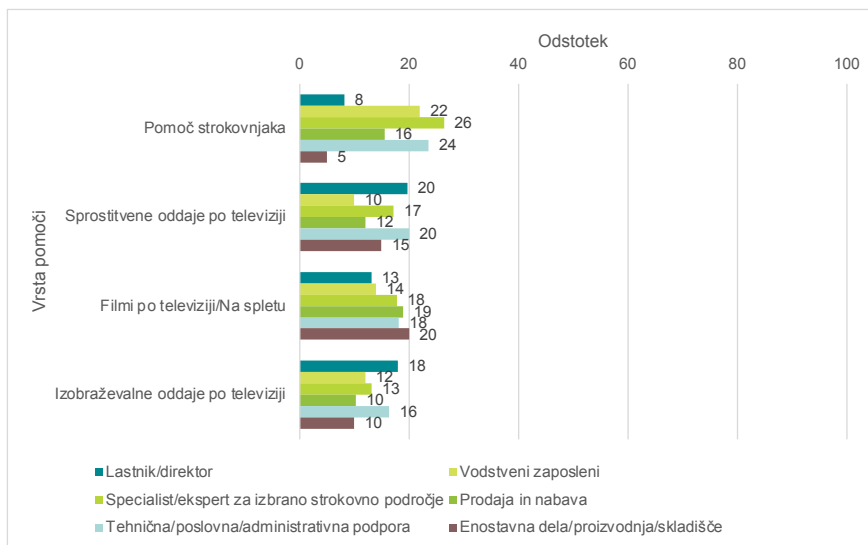
Slika 5.17 Viri pomoči, ki bi jih udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, še želeli uporabiti za lajšanje stiske ($n = 406$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: podpora v delovni organizaciji, supervizijska/podporna skupina zunaj delovne organizacije, duhovna pomoč, pogovori na družabnih omrežjih, informacije v radijskih oddajah, pogovor po kriznem telefonu.

V primerjavi z drugimi gospodarskimi skupinami je pri zaposlenih v tehnični, poslovni oz. administrativni podpori (24 %), vodstvenih zaposlenih (22 %), ter specialistih oz. ekspertih za izbrano strokovno področje (26 %) prevladovala želja po pomoči strokovnjaka (Slika 5.21). Izobraževalnih in sprostitvenih oddaj so si najpogosteje želeli lastniki oz. direktorji (20 %) ter zaposleni v tehnični, poslovni oz. administrativni podpori (20 %). Željo po ogledu filmov po televiziji oz. po spletu pa so najbolj izrazili zaposleni, ki opravljajo enostavna dela oz. delajo v proizvodnji ali skladišču (20 %), ter zaposleni v prodaji in nabavi (19 %).

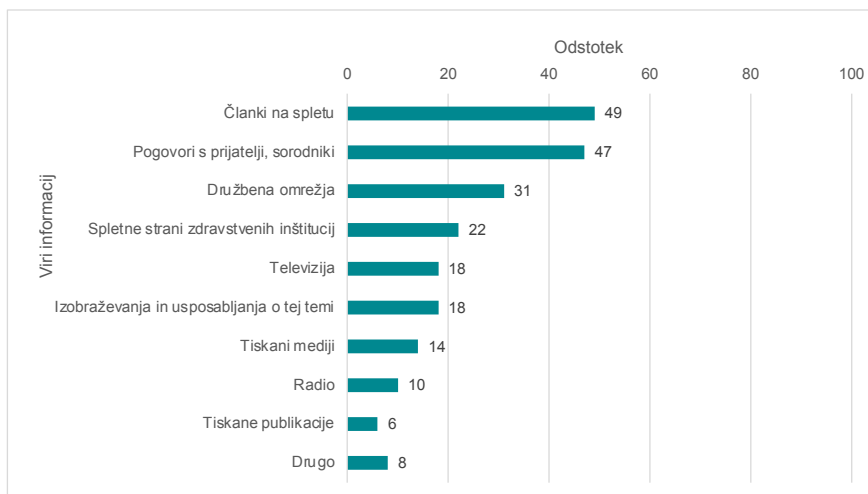
Med viri informacij, ki so jih zaposleni v gospodarstvu uporabljali, so bili najpogostejši članki na spletu (49 %) in pogovori s prijatelji, sorodniki (47 %), najredkeje uporabljane pa so bile tiskane publikacije (6 %) in druge možnosti (Slika 5.19).

5 Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za zaposlene v gospodarstvu



Slika 5.18 Najpogosteje izbrani viri pomoči, ki bi jih udeleženci, zaposleni na področju gospodarstva, še želeli uporabiti za lajšanje stiske ($n_{\text{specialist/ekspert}} = 174$, $n_{\text{lastnik/direktor}} = 61$, $n_{\text{prodaja in nabava}} = 58$, $n_{\text{tehnična/poslovna/administrativna podpora}} = 55$, $n_{\text{vodstveni zaposleni}} = 50$, $n_{\text{enostavna dela/proizvodnja/skladišče}} = 20$)

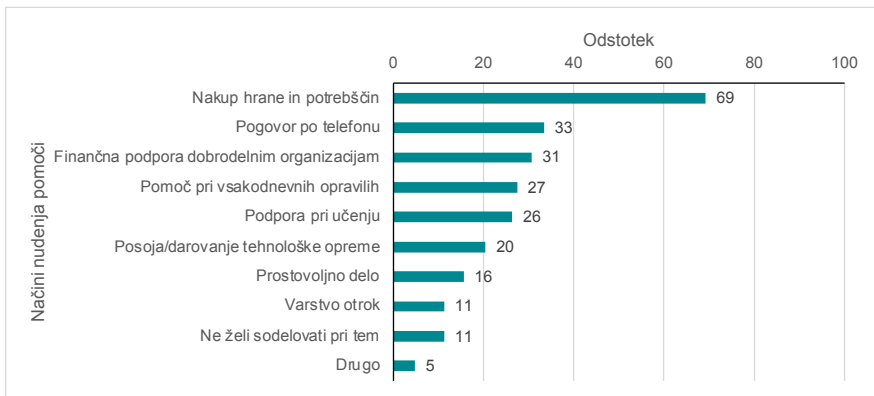
Opomba Slika prikazuje vire pomoči, med katerimi so se pojavljale največje razlike med izbranimi skupinami oziroma so jih udeleženci najpogosteje izbirali. Posameznik se je lahko pojavljal v več gospodarskih kategorijah hkrati. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: drugo.



Slika 5.19 Najpogostejši viri informacij v povezavi z lajšanjem duševne stiske pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 378$)

Podpora drugim v lokalni skupnosti

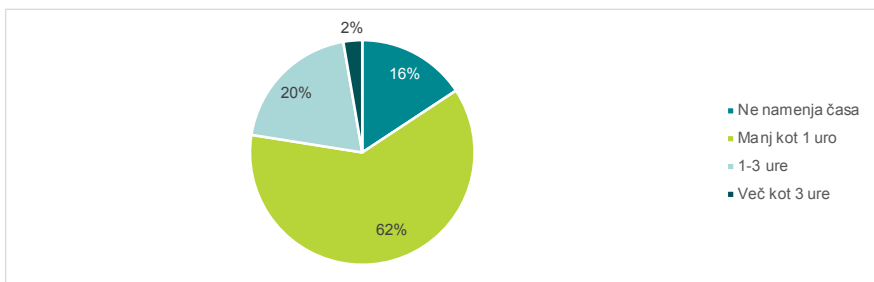
Udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, so bili drugim v lokalni skupnosti pripravljene pomagati predvsem z nakupom hrane in potrebščin, pa tudi s finančno podporo dobrodelnim organizacijam ter s pogovorom po telefonu (Slika 5.20). Nižji delež zaposlenih je bil pripravljen pomagati z varstvom otrok, z drugimi dejavnosti oz. pri navedenih dejavnostih ni želel sodelovati.



Slika 5.20 Prepoznani načini pomoči udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu, drugim v lokalni skupnosti ($n = 371$)

5.7 Covid-19

Večina udeležencev (62 %), zaposlenih v gospodarstvu, je branju in poslušanju novic o bolezni covid-19 namenila manj kot eno uro (Slika 5.21).



Slika 5.21 Čas, namenjen branju/poslušanju novic o bolezni covid-19, pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu ($n = 369$)

10 % udeležencev, zaposlenih v gospodarstvu, so med raziskavo že obolelo za covidom-19, 40 % pa je imelo bližnjega, ki je obolel za covidom-19 (Tabela 5.9).

Tabela 5.9 Podatki o lastni obolelosti za covidom-19 in obolelosti bližnjih za udeležence, zaposlene v gospodarstvu (n = 369)

	f	%
Oboleli za covidom-19	38	10
Bližnji, oboleli za covidom-19	145	39

Udeleženci, zaposleni v gospodarstvu, so doživljali srednjo raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni covid-19 (Tabela 5.10). Večinoma so upoštevali priporočene ukrepe.

Tabela 5.10 Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni covid-19 in stopnja upoštevanja priporočenih ukrepov med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v gospodarstvu (n = 369)

	M	SD
Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni	4,50	1,05
Upoštevanje priporočenih ukrepov	6,07	1,90


Opomba Udeleženci so raven zaskrbljenosti ob branju in poslušanju novic o bolezni covid-19 ocenili na lestvici od 1 (*zelo majhno*) do 7 (*zelo veliko*). Tudi raven upoštevanja priporočenih ukrepov so ocenili na lestvici od 1 (*sploh nič*) do 7 (*povsem*).

Viri in literatura

- Bajrami, D. D., Terzić, A., Petrović, M. D., Radovanović, M., Tretiakova, T. N., in Hadoud, A. (2021). Will we have the same employees in hospitality after all? The impact of COVID-19 on employees' work attitudes and turnover intentions. *International Journal of Hospitality Management*, 94(2), 102754.
- Chen, C.-C. (2021). Psychological tolls of COVID-19 on industry employees. *Annals of Tourism Research*, 89(3), 103080.
- Khan, K. I., Niazi, A., Nasir, A., Hussain, M., in Khan, M. I. (2021). The effect of COVID-19 on the hospitality industry: The implication for open innovation. *Journal of Open Innovation: Technology, Market, and Complexity*, 7(1), 30–47.
- Rosemberg, M.-A. S., Adams, M., Polick, C., Li, W. V., Dang, J., in Tsai, J. H. (2021). COVID-19 and mental health of food retail, food service, and hospitality workers. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene*, 18(4–5), 169–179.
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., in Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic: A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51(13), 102119.
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., di Bernardo, A., Capelli, F., in Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*, 55(3), 137–144.
- Yin, J., in Ni, Y. (2021). COVID-19 event strength, psychological safety, and avoidance coping behaviors for employees in the tourism industry. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 47(1), 431–442.

Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za starše šoloobveznih otrok

Meta Lavrič in in Tanja Šraj Lebar

 © Meta Lavrič in Tanja Šraj Lebar
<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.6>

V raziskavi je sodelovalo 1043 staršev, od tega je bilo 84 % žensk in 16 % moških (Slika 6.1). Poznavanje spolne strukture udeležencev je pomembno za interpretacijo rezultatov, saj je epidemija covid-19 še dodatno povečala razliko med spoloma v opravljanju gospodinjskih del in skrbi za otroke na način, da so bile mame s skrbjo za dom in otroke bolj obremenjene kot očetje ter so za skrb prevzele tudi več odgovornosti (Forbes idr., 2021). Prav tako so bile mame bolj ogrožene za razvoj anksioznosti, depresije ali posttravmatske stresne motnje (Yue idr., 2020).

Drugi demografski podatki nakazujejo na večjo reprezentativnost vzorca (Slika 6.2, Slika 6.3, Tabela 6.1), čeprav je treba poudariti, da gre za spletno anketo, kar pomeni, da so lahko sodelovali le tisti, ki imajo dostop do medmrežja. Povezava med rabo medmrežja in duševnim zdravjem v času epidemije covid-19 sicer ni enoznačna, saj je raba medmrežja povezana tako z boljšim duševnim zdravjem (s povezovanjem ali ohranjanjem stikov z drugimi) kot s slabšim duševnim zdravjem (zaradi pogostega iskanja informacij o epidemiji, npr. spremljanja števila okuženih) (Sigurvinsdottir idr., 2020).

Pomembno je tudi to, da je bila večina udeležencev delovno aktivnih, kar pomeni, da so skrb za otroke usklajevali ali z delom od doma, z delom na delovnem mestu ali pa s kombiniranim delom, tj. delno od doma in delno na delovnem mestu (Slika 6.4). Pri tem je spet pomemben vpliv spola, saj je glede na dosedanje izsledke (Mutz in Reimers, 2021) kombinacija delovne aktivnosti in starševstva vplivala na zmanjšanje priložnosti dejavnosti samo pri mamah, ne pa tudi pri očetih.

Rezultati naše raziskave kažejo na to, da med tistimi, ki so starši šoloobveznih otrok, in tistimi, ki niso, ni pomembnih razlik v doživljanju stiske ali spoprijemanju s stisko v drugem valu epidemije. Poleg tega pa se je pri tistih, ki niso starši šoloobveznih otrok, bolj povečalo doživljanje stiske v drugem v primerjavi s prvim valom kot pri starših šoloobveznih otrok. Prav tako ni bilo razlik v doživljanju psihofizičnih težav in v izraženosti potrebe po podpori, o

doživljanju simptomov depresije pa so pogosteje poročali tisti, ki niso starši (Tabela 11.6.2).

Ti rezultati niso v skladu s predhodnimi raziskavami, ki opozarjajo, da je med starši tveganje za doživljanje stiske ter težav v duševnem zdravju večje kot med tistimi, ki niso starši (Hart in Han, 2021).

Mogoča razlaga za to neskladje je, da so v naši raziskavi sodelovali le tisti, ki so imeli za sodelovanje čas in energijo ter dostop do spleta, starši, ki teh virov niso imeli, pa v raziskavi niso mogli sodelovati. Prav tako so povezavo do spletne ankete delile predvsem organizacije, ki so tudi izobraževale ali ozaveščale o skrbi zase v času epidemije, kar pomeni, da so tisti, ki so dostopali do ankete, lahko dostopali tudi do virov informacij ali pomoči.

Razlike med starši in tistimi, ki niso starši, pa se pojavljajo pri najpogostejših vrstah doživljanih težav. Čeprav se tudi pri starših najpogosteje pojavljata strah pred okužbo bližnjih (90 %) in strah pred negotovo prihodnostjo (89 %; Tabela 6.3), se v primerjavi s tistimi, ki niso starši, ta strahova pojavljata manj pogosto. Bolj verjetno pa starše obremenjujejo spremenjen obseg dela, delo v stresnih okoliščinah, izvajanje dela na daljavo ter usklajevanje službenih in družinskih obveznosti (Tabela 10.6.2), kar je smiselno predvsem z vidika, da gre pri našem vzorcu za pretežno ženski vzorec, mame pa so bile v času epidemije bolj obremenjene s skrbjo za dom in družino (Forbes idr., 2021).

Prav tako se pojavlja razlika pri najpogostejših virih pomoči. Najpogostejši vir pomoči za starše, ki ga uporabljajo pogosteje (v 59 %; Slika 6.10) kot tisti, ki niso starši, so pogovori s prijatelji, družino ali znanci (Tabela 11.6.4). Ta podatek nakazuje na socialno podporo med starši šoloobveznih otrok, socialna podpora v času epidemije covid-19 pa se povezuje z manj simptomi depresije in anksioznosti (Tatsuno idr., 2021) ter z boljšim duševnim zdravjem (Shen idr., 2021).

Podobno so do informacij o lajšanju duševne stiske najpogosteje prišli v pogovoru s prijatelji in sorodniki (48 %; Slika 6.13). Manj verjetno kot tisti, ki niso starši, so za vir informacij uporabljali družbena omrežja (24 %; slika 6.13), bolj verjetno pa izobraževanje in usposabljanje o tej temi – 33 % (Slika 6.13, Tabela 11.6.5). To je lahko dodaten razlog za to, da starši, sodelujoči v raziskavi, niso poročali o večjem doživljanju stisk kot tisti, ki niso starši. Uporaba družbenih omrežij tako za podporo kot za pridobivanje informacij je namreč povezana z večjo anksioznostjo (Droiun idr., 2020).

Zaradi šolanja otrok na daljavo udeleženci v povprečju doživljajo srednjo raven stresa, usklajevanje službenih obveznosti pa v povprečju dojemajo kot niti slabo niti dobro (Tabela 6.10). Težave, o katerih poročajo, se najpogosteje nanašajo na težave, vezane na službene in družinske obveznosti staršev, in

sicer predvsem na doživljanje občutka preobremenjenosti zaradi usklajevanja službenih in starševskih dolžnosti ter različnih vlog, ki jih morajo v vsakodnevnem življenju opravljati (Tabela 6.11). Rezultati raziskave Cassandre R. Davis idr. (2020) kažejo na to, da več duševnih stisk in stresa doživljajo tisti starši, katerih otroci imajo več težav z učenjem na daljavo. V prihodnjih raziskavah bi bilo zato smiselno preveriti tudi to spremenljivko oz. dati poseben poudarek staršem otrok z učnimi težavami ali s posebnimi potrebami. Starši otrok s posebnimi potrebami so namreč v času epidemije pogosteje trpeli za težavami v duševnem zdravju (Chen idr., 2020), v tej raziskavi pa nismo posebej razlikovali med starši glede na učno uspešnost ali posebne potrebe otrok.

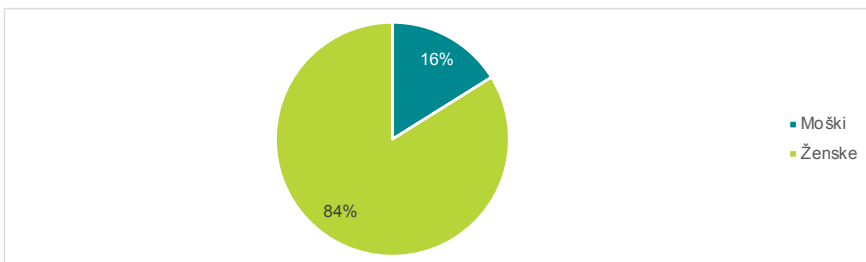
Udeleženci pa prepoznavajo tudi pozitivne vidike izobraževanja otrok na daljavo, pri čemer poročajo predvsem o možnosti lastne časovne razporeditve dela ter možnosti urjenja samostojnosti otrok pri opravljanju svojih obveznosti (Tabela 6.12). Zelo pogosto so udeleženci poročali, da ne opažajo pozitivnih vidikov šolanja na daljavo in da bi jim pri usklajevanju vseh obveznosti najbolj pomagalo ponovno odprtje izobraževalnih ustanov, kar je dodaten kazalnik tega, da je zaprtje šol v času epidemije za starše vir stresa in stisk (Davis idr., 2020).

Sklenemo lahko, da glede na rezultate te raziskave starši šoloobveznih otrok ne doživljajo več duševnih stisk, vendar pa so stiske, skrbi in viri pomoči drugačni kot pri tistih, ki niso starši šoloobveznih otrok. Pri interpretaciji rezultatov pa je treba upoštevati vse pomanjkljivosti raziskave, omenjene v interpretaciji, predvsem značilnosti vzorca in način zbiranja podatkov.

6.1 Demografske spremenljivke

6.1.1 Spol

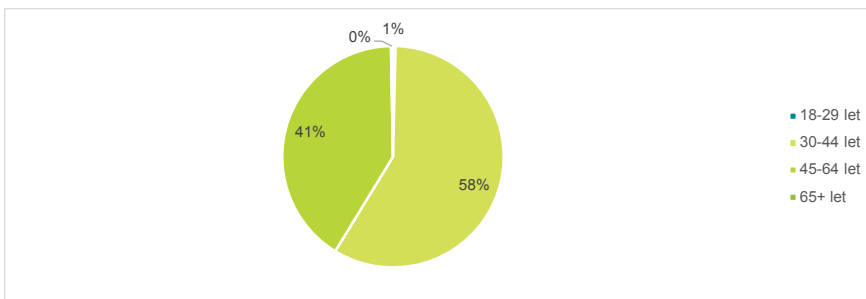
Med udeleženci, ki imajo šoloobvezne otroke, so prevladovali osebe ženskega spola (Slika 6.1).



Slika 6.1 Odstotek udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok, glede na spol ($n = 1043$)

6.1.2 Starost

Med udeleženci, ki imajo šoloobvezne otroke, so prevladovale osebe, stare od 30 do 44 let (Slika 6.2).

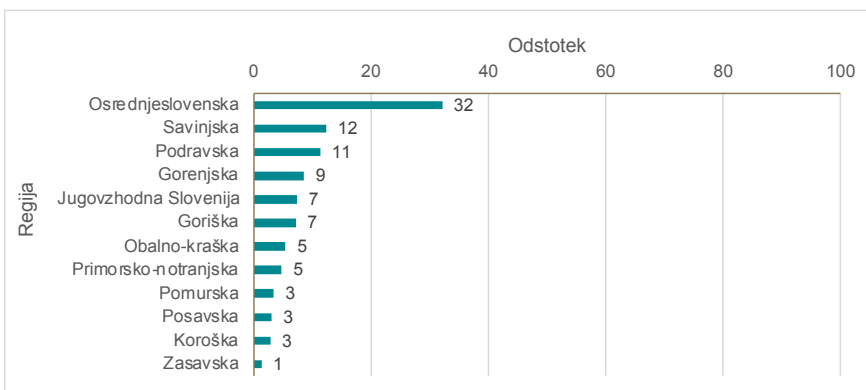


Slika 6.2 Starostna struktura udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1042$)

Opomba $M = 43,59$; $SD = 6,27$; $min = 20$; $maks. = 74$. V dveh kategorijah je bilo manj kot 1 odstotek udeležencev. Ti kategoriji sta: 18–29 let in 65+ let.

6.1.3 Regija prebivališča

Med udeleženci, ki so starši šoloobveznih otrok, so bile zastopane vse regije Slovenije, pri tem pa so močno prevladovali (32 %) udeleženci iz osrednjeslovenske regije (Slika 6.3).



Slika 6.3 Zastopanost regij pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1043$)

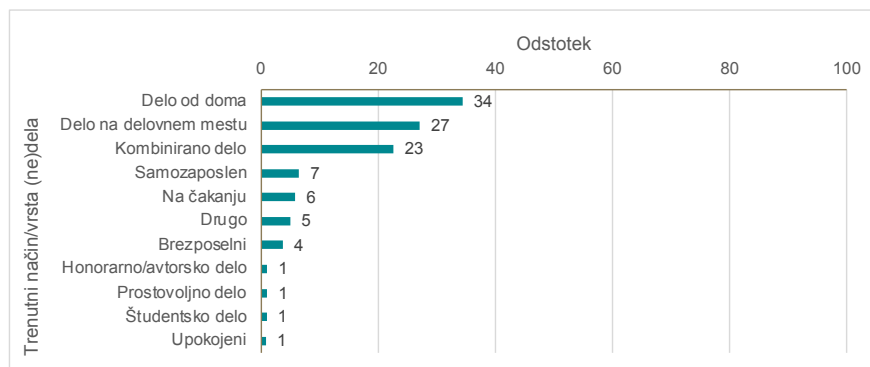
6.1.4 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok

V tabeli 6.1 vidimo, da so udeleženci, ki so starši šoloobveznih otrok, v enakem odstotku prihajali iz mestnega in podeželskega okolja. Večina udeležencev (56 %) je imela univerzitetno izobrazbo oz. drugo bolonjsko stopnjo, najmanj pa jih je imelo osnovnošolsko (1 %) ali poklicno izobrazbo (3 %).

Tabela 6.1 (Druge) sociodemografske lastnosti udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1043$)

	<i>f</i>	%
Okolje prebivališča		
Mestno okolje	509	49
Podeželje	507	49
Drugo	27	3
Izobrazba		
Osnovna šola ali manj	6	1
Poklicna šola	30	3
Štiriletna srednja šola	104	10
Višja šola/visoka šola/prva bolonjska stopnja	173	17
Univerzitetna izobrazba/druga bolonjska stopnja	583	56
Znanstveni magisterij/doktorat	147	14

Iz Slike 6.4 je razvidno, da je večina udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok, v obdobju epidemije delala od doma (34 %), sledila sta delo na delovnem mestu (27 %) in kombinirano delo (23 %).

**Slika 6.4** Trenutni način/vrsta (ne)dela udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1043$)

Opomba Kombinirano delo je vključevalo posameznike, ki določen delež svojega dela opravljajo doma, drugi delež svojega dela pa na delovnem mestu. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 odstotkov, niso prikazane. Te kategorije so: brezposelni, honorarno/avtorsko delo, prostovoljno delo, študentsko delo, upokojeni.

6.2 Doživljanje duševne stiske

6.2.1 Splošno doživljanje duševne stiske in primerjava s preteklimi obdobji

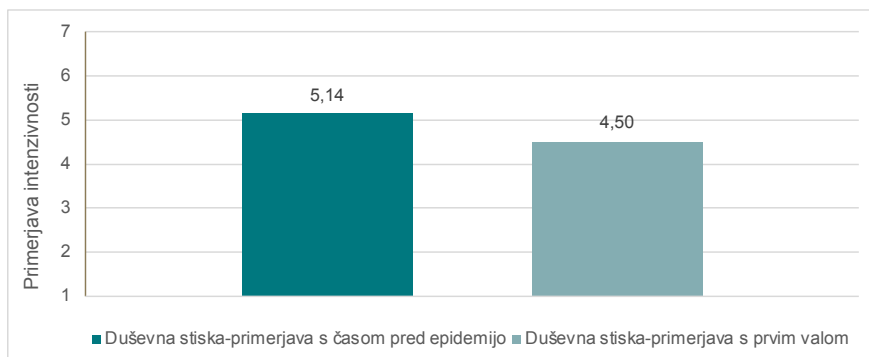
Doživljanje duševne stiske je bilo pri starših šoloobveznih otrok srednje intenzivno, dokaj dobro pa so se spopadali z njo (Tabela 6.2).

Tabela 6.2 Doživljanje duševne stiske in spoprijemanje z njo med epidemijo pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1043$)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Doživljanje duševne stiske	1043	3,84	1,95
Spoprijemanje z duševno stisko	987	4,84	1,36

Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika. Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (zelo neuspešno) do 7 (zelo uspešno), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.

Starši šoloobveznih otrok so v povprečju čutili nekoliko večjo duševno stisko kot pred epidemijo in malo večjo v primerjavi s prvim valom epidemije (Slika 6.5).



Slika 6.5 Doživljanje duševne stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in med prvim valom pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1043$)

Opomba Odgovor na »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« in odgovor na »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« sta merjena na lestvici od 1 (čutim veliko manjšo stisko) do 7 (čutim veliko večjo stisko). Višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko v primerjavi s časom pred epidemijo, višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« pa nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko kot med prvim valom epidemije.

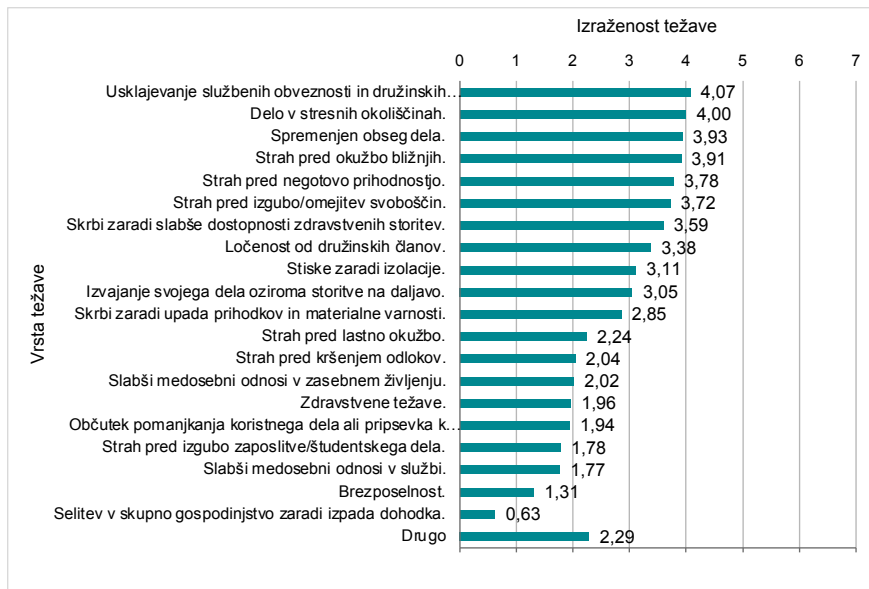
6.2.2 Specifične stiske, povezane s covidom-19

Iz Tabele 6.3 in Slike 6.6 je razvidno, da so največ udeležencev, ki imajo šoloobvezne otroke, vsaj nekoliko obremenjevali strah pred okužbo bližnjih (90 %), strah pred negotovo prihodnostjo (89 %) in skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev (88 %). Najintenzivneje pa so občutili težave z usklajevanjem službenih in družinskih obveznosti, delom v stresnih okoliščinah in s spremenjenim obsegom dela. Naštete težave je doživljala več kot polovica udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok.

Tabela 6.3 Doživljanje posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1043$)

	Odstotek (vseh, razen odgovora o)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Zdravstvene težave	66	1,96	2,07
Strah pred lastno okužbo	75	2,24	2,07
Strah pred okužbo bližnjih	90	3,91	2,29
Stiska zaradi izolacije	82	3,11	2,29
Strah pred negotovo prihodnostjo	89	3,78	2,29
Skrb zaradi dostopnosti zdravstvenih storitev	88	3,59	2,27
Ločenost od družine	79	3,38	2,47
Spremenjen obseg dela	87	3,93	2,4
Delo v stresnih okoliščinah	87	4,00	2,39
Delo na daljavo	74	3,05	2,51
Skrbi zaradi upada dohodkov, materialne varnosti	74	2,85	2,47
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	53	1,78	2,28
Brezposelnost	37	1,31	2,18
Občutek pomanjkanja koristnega dela oz. prispevka k družbi	57	1,94	2,27
Selitev v skupno gospodinjstvo	23	0,63	1,49
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	60	2,02	2,27
Slabši medosebni odnosi v službi	58	1,77	2,09
Usklajevanje službenih in družinskih obveznosti	84	4,07	2,59
Strah pred kršenjem odlokov	65	2,04	2,23
Strah pred izgubo/omejitv svoboščin	79	3,72	2,68
Drugo	87	2,29	3,05

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.



Slika 6.6 Povprečna vrednost doživljanja posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1043$)

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je bila intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.

6.3 Doživljanje nasilja

Rezultati v Tabeli 6.4 kažejo, da je prišlo pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok, do porasta nasilja. Udeleženci, starši šoloobveznih otrok, so pred epidemijo doživljali nasilje v družini oziroma partnerskih odnosih v 1,9 %, med epidemijo pa je le-to poraslo na 3,2 %, kar je 56-odstotni porast. Prav tako gre za porast nasilja na delovnem mestu, in sicer z 2,6 % pred epidemijo na 4,4 % med epidemijo, kar je 70-odstotni porast.

Tabela 6.4 Doživljanje nasilja v medosebnih odnosih pred in med epidemijo pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1043$)

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
V družini oziroma partnerskem odnosu	20	1,9	33	3,2
Na delovnem mestu	27	2,6	46	4,4
V drugih medosebnih odnosih	/	/	38	3,6

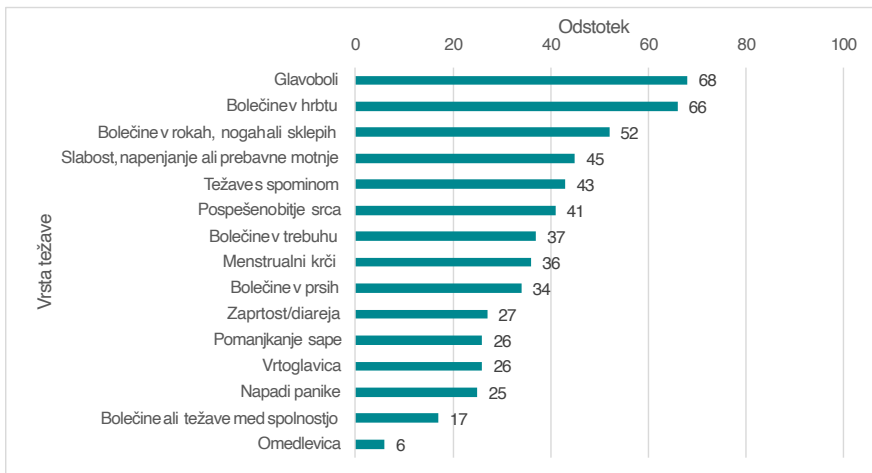
6.4 Psihične in fizične težave

V nadaljevanju Tabela 6.5 in Slika 6.7 prikazujeta, da je več kot polovica udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok, imela v zadnjih štirih tednih vsaj malo težav na naslednjih področjih psihofizičnega zdravja: glavoboli (68 % - ima izkušnjo; 20 % - ima redno težave), bolečine v hrbtu (66 % - ima izkušnjo; 26 % - ima redno težave) in bolečine v nogah, rokah ter sklepih (51 % - ima izkušnjo; 18 % - ima redno težave). Te težave so ocenjevali tudi kot najintenzivnejše.

Tabela 6.5 Doživljanje posameznih psihofizičnih težav v zadnjih štirih tednih pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1031$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Bolečine v trebuhu	37	6	0,43	0,61
Bolečine v hrbtu	66	26	0,92	0,77
Bolečine v rokah, nogah ali sklepih	51	18	0,69	0,75
Menstrualni krči	36	11	0,47	0,69
Glavoboli	68	20	0,87	0,71
Bolečine v prsih	34	8	0,42	0,64
Vrtoglavica	26	4	0,31	0,55
Omedlevica	6	1	0,07	0,29
Pospešeno bitje srca	41	11	0,52	0,69
Pomanjkanje sape	26	5	0,30	0,55
Bolečine ali težave med spolnostjo	17	4	0,21	0,49
Zaprto/diareja	27	6	0,33	0,59
Slabost, napenjanje ali prebavne motnje	45	9	0,54	0,65
Težave s spominom	43	9	0,53	0,66
Napadi panike	25	5	0,30	0,56

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih vsaj malo (ali zelo) mučile navedene psihofizične težave (odgovor 1 ali 2). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih zelo mučile navedene psihofizične težave (odgovor 2).



Slika 6.7 Odstotek udeležencev, staršev šoloobveznih otrok, ki so v zadnjih štirih tednih vsaj malo doživljali posamezno psihofizično težavo ($n = 1031$)

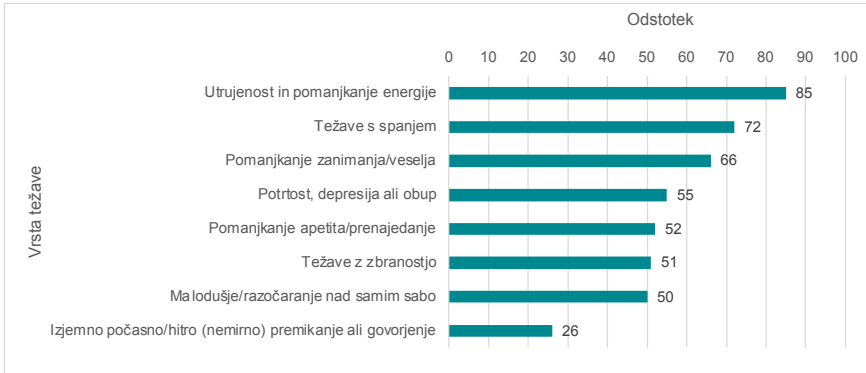
Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1 ali 2.

Tabela 6.6 in Slika 6.8 prikazujeta, da je večina udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok, kot najpogostejše simptome depresije navajala utrujenost in pomanjkanje energije hrbtu (85 % - ima izkušnjo; 37 % - ima redno težavo), težave s spanjem (72 % - ima izkušnjo; 28 % - ima redno težavo) ter pomanjkanje zanimanja oziroma veselja (66 % - ima izkušnjo; 22 % - ima redno težavo).

Tabela 6.6 Doživljanje posameznih simptomov depresije v zadnjih 14 dneh pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1006$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pomanjkanje zanimanja/veselja	66	22	0,96	0,89
Potrnost, depresija ali obup	55	16	0,77	0,85
Težave s spanjem	72	28	1,11	0,94
Utrujenost in pomanjkanje energije	85	37	1,37	0,92
Pomanjkanje apetita/prenajedanje	52	23	0,82	0,94
Malodušje/razočaranje nad samim seboj	50	18	0,74	0,89
Težave z zbranostjo	51	16	0,74	0,88
Izjemno počasno/hitro (nemirno) premikanje ali govorjenje	26	8	0,36	0,68

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile vsaj nekaj dni ali več (odgovor 1 ali več). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile več kot polovico dni (odgovori 2 in 3).



Slika 6.8 Odstotek udeležencev, staršev šoloobveznih otrok, ki so vsaj nekaj dni v zadnjih 14 dneh doživljali posamezne simptome depresije ($n = 1006$)

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1, 2 ali 3.

Pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok, so bile psihične ali fizične težave nizko izražene (Tabela 6.7)

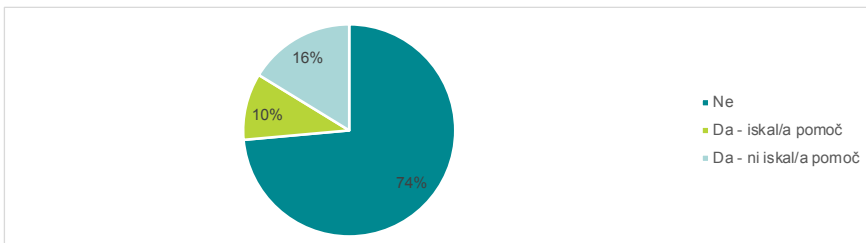
Tabela 6.7 Rezultati udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok, na vprašalnikih PHQ-15 (13 postavk) in PHQ-8

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
PHQ-15 (13)	1031	6,08	4,72
PHQ-8	1006	6,86	5,47

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Tudi na lestvici PHQ-8 je najnižji možni rezultat 0, najvišji pa 24.

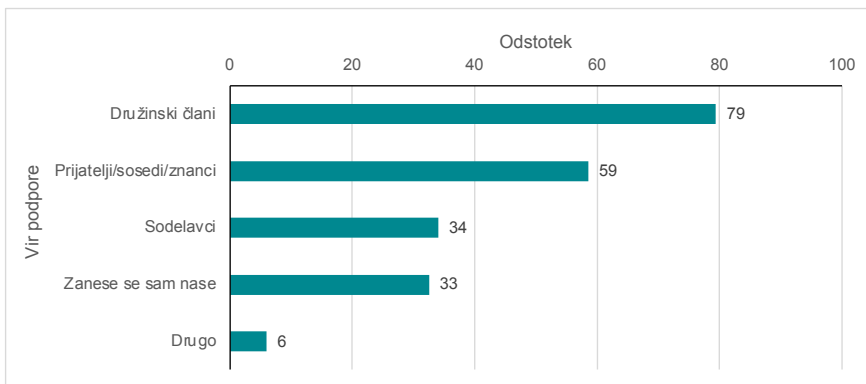
6.5 Potreba po podpori

Slika 6.9. kaže, da je večina udeležencev (74 %), ki so starši šoloobveznih otrok, je zavrnila, da ne potrebuje psihološke podpore. Od tistih, ki so menili, da bi potrebovali psihološko podporo, jih večina (62 %) pomoči ni poiskala.



Slika 6.9 Potreba po psihološki podpori udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 1004$)

Večino podpore so, starši šoloobveznih otrok, poiskali pri družinskih članih (79 %), pogosto (v 59 %) pa so podporo poiskali tudi pri prijateljih, sosedih ali znancih (Slika 6.10).

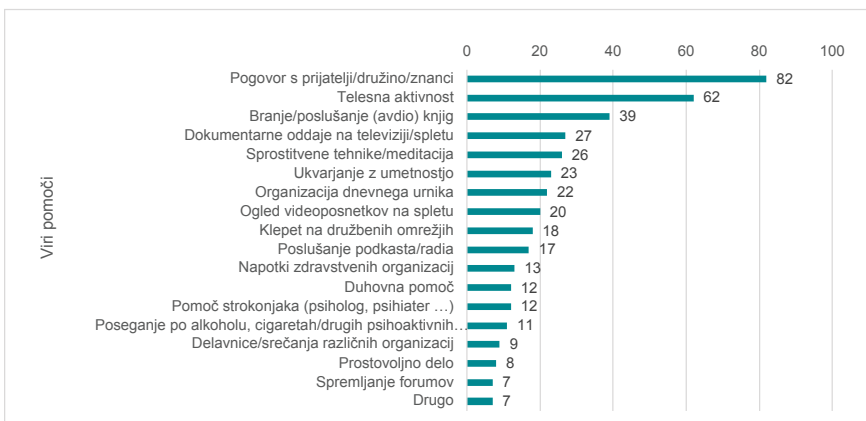


Slika 6.10 Iskanje podpore v socialni mreži udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 996$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot pet odstotkov, niso prikazane. Ta kategorija je: nima nikogar.

6.6 Viri pomoči

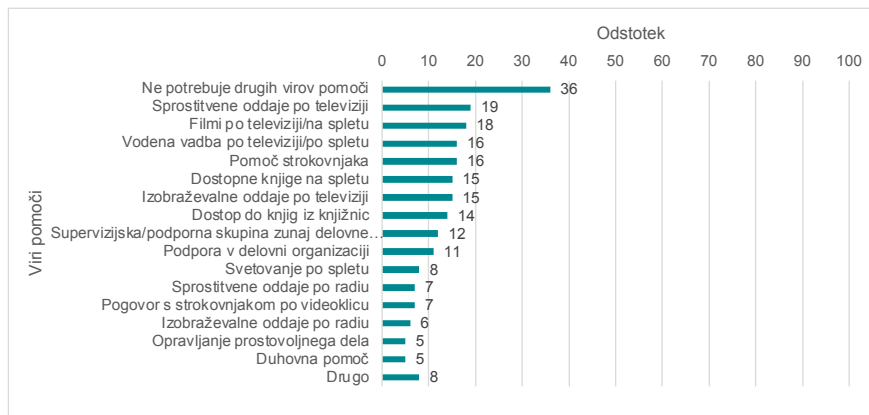
Iz Slike 6.11 je razvidno, da so udeleženci, ki so starši šoloobveznih otrok, kot vir pomoči pri doživljanju stiske najpogosteje uporabljali pogovor s prijatelji, družino ali znanci (82 %). Pogosto so si stisko lajšali tudi s telesno dejavnostjo (62 %).



Slika 6.11 Viri pomoči, ki so jih udeleženci, ki so starši šoloobveznih otrok, že uporabljali za lajšanje stiske ($n = 996$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot pet odstotkov, niso prikazane. Ta kategorija je: pogovor na kriznem telefonu.

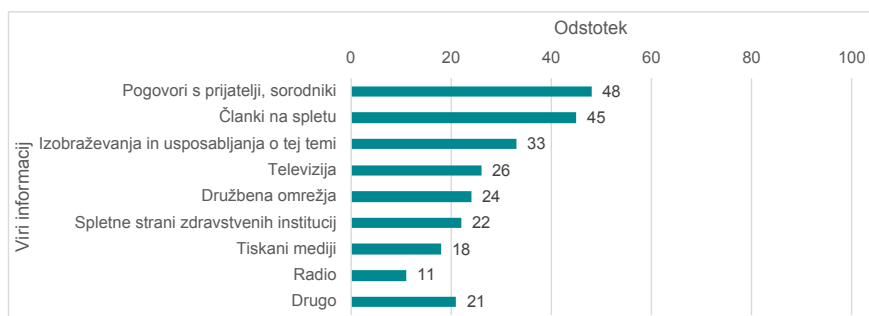
Največji delež (36 %) udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok, je zatrdilo, da ne potrebuje drugih virov pomoči za lajšanje stiske (Slika 6.12), pri tistih, ki so izrazili, da si želijo drugih virov pomoči, je prevladovala želja po sprostitvenih oddajah na televiziji (19 %) in filmih po televiziji ali na spletu (18 %).



Slika 6.12 Viri pomoči, ki bi jih udeleženci, starši šoloobveznih otrok, še želeli uporabiti za lajšanje stiske ($n = 953$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot pet odstotkov, niso prikazane. Te kategorije so: napotki zdravstvenih organizacij, informacije v radijskih oddajah, pogovori na družabnih omrežjih, pogovor po kriznem telefonu.

Iz Slike 6.13 je razvidno, da so udeleženci, ki so starši šoloobveznih otrok, do informacij o lajšanju duševne stiske najpogosteje prišli v pogovoru s prijatelji, sorodniki (48 %) in ob branju člankov na spletu (45 %). Najredkeje so posegali po tiskanih publikacijah (6 %).



Slika 6.13 Najpogostejši viri informacij v povezavi z lajšanjem duševne stiske pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 953$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: tiskane publikacije.

Podpora drugim v lokalni skupnosti

Slika 6.14 prikazuje, da so udeleženci, ki so starši šoloobveznih otrok, menili, da bi drugim osebam v lokalni skupnosti lahko pomagali predvsem z nakupom hrane in potrebščin (61 %). Nekateri so videli možnost pomoči tudi s pogovorom po telefonu (39 %) in s podporo pri učenju učencem oziroma dijakom (34 %).

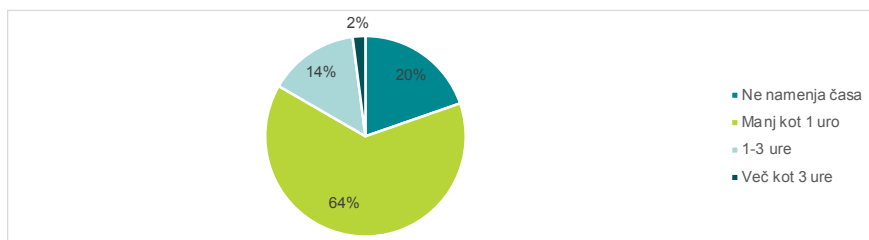
Slika 6.14 Prepoznani načini pomoči udeležencev, staršev šoloobveznih otrok, drugim v lokalni skupnosti (n = 927)



6.7 Covid-19

Udeleženci, starši šoloobveznih otrok, so večinoma (64 %) posvetili manj kot uro dnevno branju in poslušanju novic o bolezni covid-19. Najmanjši odstotek (2 %) je bil takih, ki so novicam posvetili več kot tri ure časa na dan (Slika 6.15).

Slika 6.15 Čas, namenjen branju/poslušanju novic o bolezni covid-19, pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok (n = 925)



V Tabeli 6.8 vidimo prikaz o obolevnosti za covidom-19. Manjši delež (13 %) udeležencev, ki so starši šoloobveznih otrok, je med raziskavo že obel za covidom-19. Nekoliko večji delež (38 %) jih je poročalo, da so njihovi bližnji že oboleli za covidom-19.

Tabela 6.8 Podatki o lastni obolezlosti za covidom-19 in obolezlosti bližnjih za udeležence, ki so starši šoloobveznih otrok ($n = 925$)

	<i>f</i>	<i>Odstotek</i>
Oboleli za covidom-19	116	13
Bližnji, oboleli za covidom-19	348	38

Udeleženci, starši šoloobveznih otrok, so prepoznali srednjo raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni covid-19. Raven upoštevanja priporočenih ukrepov je bila visoka. Rezultati so navedeni v Tabeli 6.9.

Tabela 6.9 Raven zaskrbljenosti ob novicah o covidu-19 in stopnja upoštevanja priporočenih ukrepov med epidemijo pri udeležencih, starših šoloobveznih otrok ($n = 925$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni	4,22	1,81
Upoštevanje priporočenih ukrepov	6,25	0,97

Opomba Udeleženci so raven zaskrbljenosti ob branju in poslušanju novic o covidu-19 ocenili na lestvici od 1 (zelo majhno) do 7 (zelo veliko). Tudi raven upoštevanja priporočenih ukrepov so ocenili na lestvici od 1 (sploh nič) do 7 (povsem).

6.8 Obremenitev šolanja otrok na daljavo za starše

V Tabeli 6.10 vidimo, da so udeleženci, starši šoloobveznih otrok, doživljali srednjo raven stresa zaradi šolanja otrok na daljavo. Sočasno usklajevanje službenih obveznosti so dojemali kot niti slabo niti dobro.

Tabela 6.10 Doživljanje stresa zaradi šolanja otrok na daljavo in uspešnost z usklajevanjem službenih obveznosti pri udeležencih, starših šoloobveznih otrok

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Doživljanje stresa	887	3,40	1,27
Usklajevanje službenih obveznosti	878	3,44	1,07

Opomba Udeleženci so postavki »Doživljanje stresa« in »Usklajevanje službenih obveznosti« ocenjevali na številskih lestvicah od 1 (zelo nizka oz. zelo slabo) do 5 (zelo visoka oz. zelo dobro). Višja ocena pri postavki »Doživljanje stresa« predstavlja višjo raven doživljanja stresa in pri postavki »Usklajevanje službenih obveznosti« večjo uspešnost usklajevanja službenih obveznosti in obveznosti, povezanih s šolanjem otrok na daljavo.

Iz Tabele 6.11 je razvidno, da so težave, ki ji starši šoloobveznih otrok zaznavajo pri otrokovem šolanju na daljavo, najpogosteje povezane z njihovimi službenimi in družinskimi obveznostmi, socialno izolacijo otrok, upadom motivacije otroka, uporabo tehnologije, nesamostojnostjo otrok, ne sledenjem snovi, ovirajočimi in neprijetnimi čustvi in šibkejšim znanjem.

Tabela 6.11 Težave, ki so jih starši šoloobveznih otrok, vključeni v raziskavo, opažali pri izobraževanju otrok na daljavo (kvalitativna analiza)

Področje	Opis	f
Težave, vezane na službene in družinske obveznosti staršev	Starši ne dobijo dopusta/odobrene odsotnosti zaradi varstva otroka; prevzemajo različne vloge: učitelj – starš – vrstnik; imajo še majhnega otroka; zraven še delajo na daljavo; ne morejo se posvetiti vsem otrokom; doživljajo nerazumevanje nadrejenih; imajo še svoj študij; otroci so doma sami; nimajo pregleda nad šolanjem; imajo pomoč prostovoljca.	127
Socialna izolacija otrok	Izključenost iz družjenja; osamljenost; pomanjkanje razvoja socialnih spretnosti; ni posveta/sodelovanja s sošolci.	117
Upad motivacije otroka	Ni motivacije ali pa je le-ta šibka; površnost; hitenje do cilja in prostega časa; hitro preusmerijo pozornost v igrice.	100
Težave z uporabo tehnologije	Preveč časa gledanje v računalnik; negativni vpliv na otroka; umikanje v virtualni svet; starši ne morejo omejiti dostopa in težko razmejijo delo od igre; slaba medmrežna povezava; pomanjkljiva računalniška oprema; premalo opreme za vse člane družine; šibka znanja o tehnologijah in aplikacijah (pri učiteljih in/ali družinah); ni prostora za sočasno delo vseh članov družine v miru.	91
Nesamostojnost	Prevelika vključenost staršev, saj sta potreben nadzor nad otrokom in pomoč otroku, ob tem pa jim zmanjka časa za druge obveznosti; težave mlajših otrok z računalnikom; povečana navezanost na dom; vpletanje staršev v učiteljevo delo; vodenje otroka, prepričevanje.	80
Težave s sledenjem snovi in obveznostim	Nerednost; nimajo občutka, da je to pouk; ne opravljajo obveznosti; nerazumevanje snovi in navodil; nedoslednost učitelja pri objavi navodil; nenatančnost; učiteljeva slaba razlaga ali pomanjkanje le-te; izgubo nadzora nad zapisom v zvezek; zmedenost; morajo se motivirati; potrebujejo dodatne inštrukcije; več časa porabijo za delo, pri čemer potrebujejo razlago staršev ali pa se znajdejo sami; težave pri izvedbi praktičnega pouka.	77
Ovirajoča in neprijetna občutja	Jeza, naveličanost, razdražljivost, zaskrbljenost (premalo časa, prihodnost . . .), apatičnost, slabo psihično stanje otrok, depresivnost, asocialnost, odtujenost, nezadovoljstvo, pasivnost, dolgčas, otopelost, jok, negotovost, negotovost glede prihodnosti, stiske ob ocenjevanju in oddaji nalog, skrb glede ponovnega vračanja v klopi, časovna stiska.	60
Šibkejšo znanje	Počasen napredek; znanje ni utrjeno; slabša kakovost dela; premalo dela; matura; slabši učni uspeh; vprašanja, ali se bo primanjkljaj znanja upošteval tudi v prihodnjih letih.	58
Utrujenost, nezbranost in preobremenjenost	Zaradi neprestanega dela za računalnikom, ni vztrajnosti.	37
Pomanjkanje strukture/slaba struktura	Neorganiziranost in slaba organizacija časa; neenakomerna porazdelitev obveznosti; odlašanje z nalogami; ni kontinuitete; ni dodatnega učenja; spreminjanje urnika.	34
Slabša skrb za zdravje	Preveč sedenja in pomanjkanje interesa za gibanje; manj dejavnosti na prostem; izpostavljena ušesa (slušalke) in obremenjevanje oči; manj zdrav način življenja; ni tako kakovostne hrane; slaba drža pri sedenju.	33
Zahteve učiteljev	Previsoke zahteve; preveč/veliko (samostojnega) dela; preveč nepotrebne snovi in domače naloge.	29

Področje	Opis	f
Slabši stik z učitelji in drugimi strokovnimi delavci šole	Nedosegljivost; učiteljevo posplošeno kritiziranje; premalo neposredne komunikacije in stika; prepozen odziv na neopravljene obveznosti; ni nadzora; pomanjkanje informacij; učitelj je drugačna avtoriteta.	19
Organizacija šole	Neorganiziranost šole in učiteljev; pomanjkanje interesnih dejavnosti; preveč razpršeno informiranje in poučevanje; morajo se prilagajati; nesorazmerna porazdelitev snovi med tednom.	14
Drugo	Ni pravega pedagoškega dela; neprimerljivo z običajnim šolanjem; težka odločitev za SRŠ; prenehanje šolanja.	10

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Katere težave opazate pri izobraževanju otrok na daljavo?«. 146 staršev je napisalo, da ne opaža nobenih težav pri otrocih. Nekateri starši so navajali več različnih težav.

Udeleženci, ki so starši šoloobveznih otrok, so prav tako prepoznavali pozitivne vidike šolanja na domu (Tabela 6.12). Najpogosteje navajani so: (samo) organizacija dela in struktura, samostojnost otroka, pridobivanje večšin dela z računalnikom, intenzivnejše družinsko življenje, večje prevzemanje odgovornosti, povečano spremljanje staršev, prijetna počutja, koristi odpovedane poti v šolo, individualni pristop, ne izpostavljenost boleznim, več prostega časa, razvijanje sposobnosti prilagajanja.

Tabela 6.12 Pozitivni vidiki, ki so jih starši šoloobveznih otrok, vključeni v raziskavo, opazili pri izobraževanju otrok na daljavo (kvalitativna analiza)

Področje	Opis področja	Pogostost
(Samo)organizacija dela in struktura	Lasten urnik; več odmorov med delom; več reda; samodisciplina; otrokov tempo učenja; rutina; temeljitejša priprava na pouk; večkratna ponovitev snovi; osredinjavanje na bistveno; več se nauči.	Zelo pogosto
Samostojnost otroka	Pridobivanje učnih navad; opravljanje obveznosti; zrelost; delavnost; vztrajnost.	
Pridobivanje večšin pri delu z računalnikom	Dvig IKT-kompetenc; uporaba novih aplikacij za izobraževanje; organiziranje videokonferenc; sodelovalno pisanje in predstavitve; pripravljeni na prihodnost.	Dokaj pogosto
Intenzivnejše družinsko življenje	Več skupnih dejavnosti s starši in sorojenci; bolj kakovostno preživet čas skupaj; večja vključenost otrok v družinsko življenje; tesnejši stik in poglobljene vezi v družini.	
Večje prevzemanje odgovornost	Spremljanje šolskega dela; bolj redno opravljanje nalog; samokontrola; boljši šolski uspeh.	Pogosto
Povečano spremljanje staršev	Spoznavanje dejanskih sposobnosti; sledenje, kaj se dogaja z otrokom; več nadzora; starši več vedo o vsebinah pouka.	
Prijetna občutja	Sproščenost; mirnost; manj stresa zaradi napovedanega spraševanja; varnost; samozaupanje; manj hitenja.	
Koristi odpovedane poti v šolo	Prevozi; ni organizacije; ni hitenja; prihranek časa; mraz na poti v šolo.	

Področje	Opis področja	Pogostost
Individualni pristop	Dodatna razlaga glede na potrebe; dodaten pogled gradiv; več časa za učenje; prilagajanje snovi in vsebin glede na potrebe in sposobnosti otroka; večkrat ogledan posnetek/razlaga; snov predelajo v svojem tempu.	
Neizpostavljenost boleznim	Bolezen se ne širi.	
Več prostega časa (v domačem okolju)	Popoldne, porabijo manj časa za delo; pouk poteka hitreje; več časa za spanje.	
Prilagoditev na nove okoliščine	Ohranja stik s šolskim delom; pouk se nadaljuje; učijo se prilagajati; uporaba novih načinov učenja.	
Ustvarjalnost in raziskovanje	Iznajdljivost; veliko dostopnih informacij; hiter prenos informacij; večja bralna pismenost.	Dokaj redko
Skrb za zdravje	Redna in zdrava prehrana; več v naravi, na sprehodih.	
Več samoiniciativnosti	Notranja motivacija; osredinjenost.	
Neposredno stik z učiteljem	Po videokonferencah.	
Sodelovanje	Redna komunikacija med vrstniki; večja povezanost in pomoč med sošolci.	
Delo učiteljev	Dobro pripravljena gradiva; razumevanje in podpora učiteljev; trudijo se maksimalno: izvorni materiali, interaktivne naloge; dostopnost gradiv.	
Finančni prihranek	Prihranek na vozovnici, malici, obutvi; manj pranja; otroci manj zapravljajo.	Redko
Manj konfliktov in nasilja v šoli	Fizičnega nasilja in konfliktov iz neposrednega stika.	
Prepoznavanje smisla	Zavedanje pomembnosti lastnega znanja; bolj ozavestijo svoje namene učenja; zavedanje, kako dobro je v času klasične oblike pouka.	

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Katere pozitivne vidike izobraževanja otrok na daljavo prepoznate?«. Zelo pogosto so starši napisali, da ne opažajo nobenih pozitivnih vidikov šolanja na daljavo za svoje otroke. Nekateri starši so navajali več različnih pozitivnih vidikov.

Na vprašanje »Kaj bi vam pomagalo pri usklajevanju različnih obveznosti?« (Tabela 6.13), je največ staršev odgovorilo, da bi jim pomagalo odprtje izobraževalnih ustanov, pomoč drugih, različne službene prilagoditve in večja angažiranost ter več razumevanja šole.

Tabela 6.13 Načini pomoči, ki so jih prepoznavali starši šoloobveznih otrok, pri usklajevanju različnih obveznosti (kvalitativna analiza)

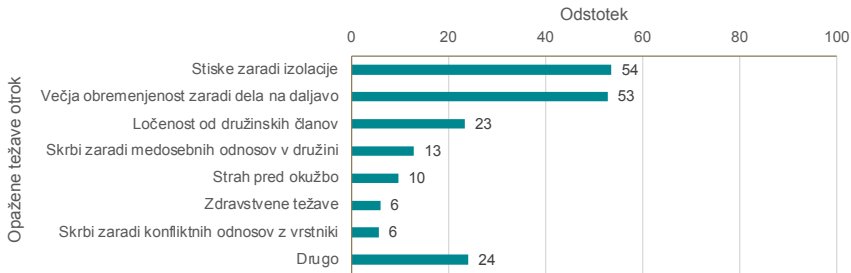
Načini pomoči	Opisi	f
Odprtje izobraževalnih ustanov	Čimprejšnje odprtje šol in vrtcev, predvsem za mlajše otroke, s prilagojenim urnikom.	134
Pomoč drugih	Splošna pomoč; pomoč vezana na varstvo in izobraževanje otrok ter na hišna opravila (kuhanje, pospravljanje); večja vključenost vseh v družini in pomoč starih staršev.	76

Načini pomoči	Opisi	f
Različne službene prilagoditve	Krajši delovni čas; manj delovnih obremenitev; fleksibilni urniki; možnost dela od doma; brez nadur; možnosti dopusta za varstvo otrok; več razumevanja delodajalcev.	73
Večja angažiranost in več razumevanja šole	Spremljanje dela in obveznosti otroka; več interakcije med učitelji in učenci; boljša razlaga snovi; pogostejše vzpostavljanje videokonferenc; več ponavljanja in ocenjevanja; boljša IKT-pismenost učiteljev; večja fleksibilnost.	43
Več časa	Več ur v dnevu; več prostega časa oz. časa zase.	31
Boljša organizacija in usklajevanje vseh obveznosti	Boljša organizacija in usklajevanje ter večja discipliniranost.	28
Boljša tehnološka opremljenost	Boljši računalniki, kamere; zmogljivejše medmrežje.	25
Sprostitve ukrepov	Želja po vrnitvi v normalnost in omilitev določenih ukrepov (npr. prehajanje med občinami).	13
Zmanjšana obremenitev otrok	Prilagojene šolske obveznosti in zahteve; več odmorov med urami.	11
Vzpostavitev dnevne rutine	Vzpostavitev strukture in ustaljenega načrta oz. urnika.	11
Optimalnejše psihološko stanje	Manj obremenjevanja in tesnobe; manj perfekcionizma; manj utrujenosti; več asertivnosti.	9
Večje prostorske zmogljivosti	Več prostorov v hiši in možnost prostora zase.	9
Možnost pripravljene hrane	Hrana na dom; zdrava in subvencionirana prehrana.	9

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Kaj bi vam pomagalo pri usklajevanju različnih obveznosti?«.

6.9 Zaznava težav pri otrocih

Najizrazitejše težave pri šoloobveznih otrocih, ki so jih zaznavali njihovi starši, udeleženi v raziskavi (Slika 6.16), so bile stiske zaradi izolacije (54 %) in večja obremenjenost zaradi dela na daljavo (53 %). Najpogostejše druge obremenitve, ki so jih navajali starši (Tabela 6.14), pa so bile odsotnost stikov in igre v živo, premalo gibanja in povečana telesna teža, čustvena stiska in čezmerna raba računalnika.



Slika 6.16 Obremenitve oziroma težave pri otrocih med epidemijo, ki so jih zaznali starši šoloobveznih otrok, udeleženi v raziskavi ($n = 851$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot pet odstotkov, niso prikazane. Ta kategorija je: stiske zaradi nasilja v družini.

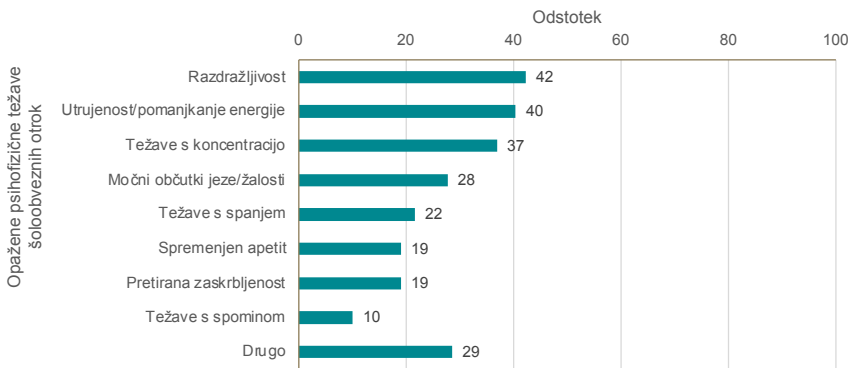
Tabela 6.14 Druge obremenitve oziroma težave pri otrocih med epidemijo, ki so jih zapisali starši šoloobveznih otrok (kvalitativna analiza)

Področje	Opis področja	f
Odsotnost stikov in igre v živo	Z vrstniki in širšo družino; pogrešanje; želja po druženju; pogrešanje šolskega okolja; ni medsebojnega sodelovanja; ni prostih izhodov; odsotnost pomembnih dogodkov (šola v naravi, veseli december, nastopi).	67
Nič posebnega	Ni posebnih skrbi/stisk; nič od naštetega.	66
Premalo gibanja in povečana telesna teža	Povečanje telesne teže; prekinitev treninga; premalo športa/gibanja; zmanjševanje motoričnih spretnosti; slabša telesna kondicija.	18
Čustvena stiska	Dolgčas; stiska, občutek, da zamuja življenje; zbujanje ponoči; nespečnost; nočejo ven; strah pred ocenjevanjem; strah, da bodo morali v šolo in oboleli za covidom-19; strah brez razloga; razdražljivost/nejevolja; nižji prag tolerance; strah pred prihodnostjo.	17
Čezmerna raba računalnika	Preveč časa, preživetega za zasloni; tak način preživljanja časa postaja navada; skrb zaradi zasvojenosti z zasloni; zasvojenost z igrigami; po šoli še igrice; težave z očmi.	14
Nemotiviranost za delo	Ni volje; ni motivacije; pasivnost.	10
Težave zaradi dela na daljavo	Anksioznost pred videoklici/konferencami; strah pred napakami pri tehnologiji; IKT-tehnične težave; ni enako delo; slabše znanje; starši nimajo dovolj časa za otroka; šibkejša koncentracija; veliko dela (natisniti, izpolniti, skenirati, pošiljati...); neuspeh na maturi zaradi dela na daljavo; opustitev šolanja.	9
Pomanjkljiva struktura	Porušen bioritem; ni razmejitve šola – prosti čas; pomanjkanje stalnega ritma; odsotnost obšolskih dejavnosti (šport, glasba).	4
Druge težave	Strah pred organi pregona; nejasnost situacije; ni potovanj; več konfliktov s sorojenci.	3

Opomba V (zgornji) tabeli so predstavljeni odgovori, ki so jih udeleženci v sklopu Slike 6.16 podali pod možnostjo "drugo".

Na podlagi kvalitativne in kvantitativne analize ugotavljamo, da le 6 % staršev ne zaznava nobenih posebnih težav ali stisk pri svojih otrocih zaradi šolanja na daljavo oziroma specifičnih epidemioloških razmer.

Najizrazitejše psihofizične težave pri šoloobveznih otrocih, ki so jih zaznavali njihovi starši (Slika 6.17), udeleženi v raziskavi, so razdražljivost (42 %), utrujenost in pomanjkanje energije (40 %) ter težave s koncentracijo (37 %).



Slika 6.17 Zaznane težave v psihofizičnem počutju pri šoloobveznih otrocih udeležencev, sodelujočih v raziskavi ($n = 851$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot pet odstotkov, niso prikazane. Te kategorije so: napadi panike, stiskanje v prsih, tresavica.

Najpogostejše strategije, ki so jih starši šoloobveznih otrok prepoznavali kot učinkovite za lajšanje otrokove stiske (Tabela 6.15), pa so pogovor, pomiritev in model umirjenosti starša, preživljanje časa na prostem in telesna dejavnost, druženje ter povezovanje s prijatelji in drugimi družinskimi člani.

Tabela 6.15 Viri pomoči in strategije, ki so jih starši šoloobveznih otrok prepoznavali kot učinkovite za lajšanje otrokove stiske (kvalitativna analiza)

Področje	Opis področja
Pogovor, pomiritev in model umirjenosti starša	Največ staršev meni, da njihovemu otroku najbolj pomaga pogovor (o njihovi stiski), da ga pomirijo (z zagotovili, da bo vse dobro in z objemi), da so tam zanj, ko jih potrebuje, in mu pomagajo (npr. z domačimi nalogami). Pri tem poudarjajo pomen potrpežljivosti in sprejemanja. Nekateri pri lajšanju otrokovih stisk prepoznavajo pomen osebne rasti in mirnosti, sproščenosti.
Preživljanje časa na prostem in telesna dejavnost	Številni so mnenja, da njihovemu otroku pomaga čas, preživet zunaj in v naravi. To poteka v obliki sprehodov, izletov, iger in drugih športnih dejavnosti, ki otroka utrudijo in sprostijo. Poudarjajo tako zunanje kot notranje športne dejavnosti.
Druženje/povezovanje s prijatelji in drugimi družinskimi člani	Pomemben vir reševanja stiske predstavlja otrokova socialna mreža (prijatelji in drugi družinski člani), s katero so v stiku po telefonu, po videoklicih, na družabnih omrežjih in tudi na srečanjih na prostem.

Področje	Opis področja
Druženje v krogu družine	Za reševanje otrokovih stisk poudarjajo čas, preživet skupaj, skupne igre, opravljanje opravil, skupne obroke in izlete.
Ustaljen ritem in struktura	Pomembna se jim zdita ustaljen urnik in uveljavljena struktura, ki vključuje reden čas spanja in opravljanja šolskih in drugih obveznosti. Urnik načrtujejo skupaj in se prilagajajo otroku.
Prostočasne dejavnosti in igra	Poudarjajo pomen likovnega, glasbenega in literarnega izražanja, različnih iger (družabnih, skupinskih, računalniških), druženja s hišnimi ljubljenci, gledanje filmov in oddaj ter kuhanje.
Pogovor s strokovnjakom/-injo	Določeni starši so mnenja, da otroku pri reševanju stisk pomaga izbran/-a psiholog/-inja, psihoterapevt/-ka ali šolska svetovalna služba.

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Kaj je vašemu otroku/otrokum v pomoč pri soočanju z zaznanimi težavami, obremenitvami, stiskami? Katere njihove strategije prepoznate kot učinkovite?«. Odgovori so razvrščeni od pogostejših (na vrhu tabele) do manj pogostih (na dnu tabele).

Na vprašanje »Kateri viri pomoči bi bili po vašem mnenju otrokom v pomoč pri lajšanju trenutne stiske, vendar jim niso na voljo?« so starši šoloobveznih otrok najpogosteje navajali odgovore na naslednjih področjih (Tabela 6.16): druženje z vrstniki, spremembe na področju šolanja, udejstvovanje v prostočasnih dejavnostih, pogovor in pomoč, pomoč (razširjene) družine.

Tabela 6.16 Viri pomoči, za katere so starši menili, da bi otrokom pomagali pri lajšanju stiske, vendar jim niso bili na voljo (kvalitativna analiza)

Področje	Opis področja
Druženje z vrstniki	Otrokom bi pomagalo druženje s sošolci in prijatelji, tako v živo kot tudi v različnih virtualnih dogodkih.
Spremembe na področju šolanja	Prisotna je močna želja po odprtju šol in vrnitvi v šolske klopi. Pri šolanju na daljavo bi jim pomagala večja prilagoditev pouka z več sproščujoče vsebine pri pouku in individualnega dela. V pomoč bi jim bil tudi sproščen pogovor z učiteljem.
Udejstvovanje v prostočasnih dejavnostih	Želja po udejstvovanju v prostočasnih dejavnostih, kot so športni treningi in kulturni dogodki, ki zaradi ukrepov niso dostopni. Želja je predvsem po izvajanju teh dejavnosti v živo, manj tudi po računalniku.
Pogovor in pomoč	Pri spoprijemanju s stisko in učnimi težavami bi bili otrokom v pomoč različni strokovnjaki (npr. logoped, psiholog) in drugi odrasli, ki niso družinski člani.
Pomoč (razširjene) družine	Druženje in pogovor otroka z ožjimi družinskimi člani in tistimi iz razširjene družine, ki jih zaradi ukrepov ne morejo obiskovati. V pomoč jim je tudi z gledovanje po vedenju staršev.
Pridobivanje znanj v zvezi s trenutnim stanjem	Otrokom bi bila v pomoč različna izobraževanja o načinih spoprijemanja s trenutnim stanjem, tehnikah čuječnosti, o boleznih covid-19, pomenu sprememb življenjskih navad, zdravi prehrani, duševnem zdravju.
Opustitev ukrepov	Povrniti življenje spet v stanje, kot je bilo pred epidemijo in sprejetimi ukrepi.


Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Kateri viri pomoči bi bili po vašem mnenju otrokom v pomoč pri lajšanju trenutne stiske, vendar jim niso na voljo?«. Odgovori so razvrščeni od pogostejših (na vrhu tabele) do manj pogostih (na dnu tabele).

Viri in literatura

- Chen, S. Q., Chen, S. D., Li, X. K., in Ren, J. (2020). Mental health of parents of special needs children in China during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9519.
- Davis, C. R., Grooms, J., Ortega, A., Rubalcaba, J. A. A., in Vargas, E. (2020). Distance learning and parental mental health during COVID-19. *Educational Researcher*, 50(1), 61–64.
- Droiun, M., McDaniel, B. T., Pater, J., in Toscos, T. (2020). How parents and their children used social media and technology at the beginning of the COVID-19 pandemic and associations with anxiety. *Cyberpsychology, Behaviour, and Social Networking*, 23(11). <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0284>
- Forbes, L. K., Lamar, M. R., Speciale, M., in Donovan, C. (2021). Mothers' and fathers' parenting attitudes during COVID-19. *Current Psychology*, 41, 470–479.
- Hart, J., in Han, W. J. (2021). COVID-19 experiences and parental mental health. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 12(2), 283–302.
- Mutz, M., in Reimers, A. K. (2021). Leisure time sports and exercise activities during the COVID-19 pandemic: A survey of working parents. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 51, 384–389.
- Shen, Y. J., Wei, L., Li, Q., Li, L. Q., in Zhang, X. H. (2021). Mental health and social support among nurses during the COVID-19 pandemic. *Psychology Health and Medicine*, 27(2), 444–452.
- Sigurvinsdottir, R., Thorisdottir, I. E., in Gylfason, H. F. (2020). The impact of COVID-19 on mental health: The role of locus on control and internet use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6985.
- Tatsuno, J., Unoki, T., Sakuramoto, H., in Hamamoto, M. (2021). Effects of social support on mental health for critical care nurses during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan: A web-based cross-sectional study. *Acute Medicine and Surgery*, 8(1), e645.
- Yue, J., Zang, X., Le, Y., in An., Y. (2020). Anxiety, depression and PTSD among children and their parent during 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak in China. *Current Psychology*, 41(8), 5723–5730.

Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za študente

Mark Floyd Bračič in Tanja Šraj Lebar

 © Mark Floyd Bračič in Tanja Šraj Lebar
<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.7>

V času, ko naj bi – po Jeffrey Arnettu (2000; 2004) in Maji Zupančič (2020) – postopoma gradili samostojnost, so se študenti v naši raziskavi izkazali za najranljivejšo skupino. Na lestvici depresivne simptomatike so dosegli skoraj dvakrat višje povprečje kot drugi, višje pa so bile tudi psihofizične težave in trenutna stiska v drugem valu epidemije, ob hkratnem občutku slabšega spoprijemanja (Tabela 11.7.2). Ta kombinacija nakazuje, da je pandemija prekinila podpirne socialne mreže, ki jih običajno ponuja študijsko okolje, ter okrepila občutek neobvladovanja. Najizrazitejša stiska se je pri študentih zgoščala okrog socialne izolacije in negotove prihodnosti – oba strahova presegata vrednosti preostalega vzorca za več kot eno lestvično točko (Tabela 11.7.2). Izrazit je bil tudi strah pred kršenjem ukrepov, kar verjetno odraža njihovo večjo odvisnost od skupnih bivališč, javnega prevoza in neformalnih stikov. V domačem okolju so se pogosteje zaostriili odnosi, pojavnost nasilja (5,0 %; Tabela 7.4) pa je bila približno dvakrat višja kot pri drugih odraslih (Tabela 11.7.3), kar potrjuje opozorila, da zaprtje v skupna gospodinjstva lahko stopnjuje konfliktne dinamike, sploh v populaciji, kjer je grajenje lastne identitete in doseganje različnih vrst neodvisnosti ključno.

Akademsko-delovni stres je dodatno naraščal zaradi prerazporejenih študijskih obveznosti in prehoda na delo na daljavo: študenti so občutili večji pritisk zaradi spremenjenega obsega dela in negotovosti glede prihodnjih zaposlitev (Tabela 11.7.2). Skoraj polovica jih je izrazila potrebo po strokovni pomoči, dvakrat več kot pri udeležencih iz drugih populacij, vendar so jo redko poiskali v formalnih sistemih (13 %, Slika 7.10). Namesto tega so se zatekali k digitalnim in ustvarjalnim oblikam razbremenitve (npr. spletni videi – 64 %, umetniško izražanje – 43 %, Slika 7.13), medtem ko so starejši pogosteje segali po uradnih virih in navodilih (Tabela 11.7.4). Celota kaže sliko generacije, ki ji je pandemija odmaknila običajne razvojne priložnosti in hkrati naložila dodatne psihološke obremenitve, kar kaže, da je svojo odpornost iskala predvsem v virtualnih in neformalnih strategijah samopomoči.

Obdobje prehoda v odraslost se razteza od 18. leta do poznih dvajsetih let in sovпада z obdobjem, ko je posameznik lahko tudi študent. V tem obdobju se študentje spoprijemajo s številnimi razvojnimi nalogami (Zupančič, 2020); mladi se psihološko osamosvajajo v odnosu do staršev in sočasno preoblikujejo vrstniške in prijateljske odnose ter se pripravljajo na partnerstvo. Potekajo tudi priprave na poklicno delo in odločanje o izobraževanju, prihodnji zaposlitvi in iskanju zaposlitve. Hkrati pa se od mladih pričakuje, da postanejo finančno neodvisni in se stanovanjsko osamosvojijo. Obdobje prinaša tudi razvoj družbeno odgovornega vedenja in sodelovanja v družbi. Obstaja še nekaj drugih razvojnih nalog, vendar na opisane je vsekakor pandemija covid-19 najmočnejše vplivala (Preetz idr., 2021). V obdobju, ko naj bi bili vedno bolj sposobni samostojnega življenja in naj bi si ustvarjali lastno poklicno in osebno pot, so se študentje pretežno vrnili v svoje domove in bivali ob omejitvi gibanja med občinami in ob zmanjšanem medsebojnem druženju. Jaffrey Arnett (2000; 2004) ugotavlja, da mladi med 18. in približno 25. letom raziskujejo identiteto, gradijo intimne odnose, vzpostavljajo finančno samostojnost in načrtujejo poklicno pot. Univerzitetno okolje običajno ponuja socialno mrežo, ki te naloge podpira (Zupančič, 2020). Pandemija je ta proces prekinila: evropski podatki kažejo, da je 76 % študentov med prvim valom znova prebivalo pri starših (Preetz idr., 2021), s čimer so se možnosti za samostojno življenje in eksperimentiranje z novimi vlogami močno zožile. Najpogosteje so bili zaprti med štirimi stenami z družinskimi člani, od katerih bi se morali po definiciji ločiti in si ustvarjati novo bivanje z drugimi osebami v njihovem življenju. Študenti so se skozi našo raziskavo izkazali za skupino z izrazito večjo psihološko obremenjenostjo od drugih udeležencev. Njihove povprečne vrednosti na lestvicah depresivne in psihofizične simptomatike so bile skoraj dvakrat višje kot pri preostalem vzorcu, kar kaže na znatno večjo duševno stisko (Tabela 11.7.2). Ta preobremenjenost se je odražala tudi v podatkih o doživljanju epidemije: študenti so med drugim valom poročali o močnejši trenutni stiski in hkrati o manj učinkovitih strategijah spoprijemanja (Tabela 11.7.2), kar je skladno z ugotovitvami, da je pandemija pretrgala podpirne mreže, ki jih običajno zagotovi univerzitetno okolje (Preetz idr., 2021). Študenti so bili primorani študirati od doma in imeti primarno virtualne stike z drugimi. Številni so bili tudi (iz finančnih razlogov) ločeni ne le od svojih prijateljev, ampak tudi partnerjev (Maatuk idr. 2022). To so bili razlogi, zaradi katerih smo v času pandemije covid-19 študente prepoznali kot ranljivo skupino. Kar pet odstotkov študentov je poročalo o nasilju v družini ali partnerstvu, dvakrat več kot v preostanku vzorca, kar kaže, da je zaprtje v skupna gospodinjstva povečalo tveganje za konfliktne in nasilne dinamike (Tabela 11.7.3). V času pripra-

ve in izvedbe raziskave nismo imeli veliko informacij o tem, kaj za duševno zdravje pomenijo obdobje pandemije in izvedeni ukrepi za zavezitev širjenja virusa. Vsekakor smo lahko sklepali, da so ukrepi pomembno posegli v življenje mladih in da so iz tega razloga tudi ranljiva skupina v času epidemije.

Študentje predstavljajo skupino, pri kateri so se v zadnjih letih pokazali povečani duševni stresi in pogostejše psihične težave (Martins idr., 2024; Troncone idr., 2025). Tudi v naši raziskavi je velika večina študentov poročala o različnih znakih duševne stiske, najpogosteje o simptomih anksioznosti, depresivnega razpoloženja, kronične utrujenosti in pomanjkanja zanimanja za vsakdanje dejavnosti (Slika 7.8, Tabeli 7.7 in 7.8). Ti izsledki se ujemajo s svetovnimi opažanji v času pandemije. Sistematični pregledi kažejo, da so simptomi anksioznosti, depresije in stresa med najpogostejšimi težavami študentov med pandemijo. Tamiris Beppler Martins idr. (2024) v svojem sistematičnem pregledu ugotavljajo izrazit porast naštetih simptomov pri univerzitetnih študentih po vsem svetu, kar potrjuje negativni vpliv pandemije na duševno zdravje. Posamezne študije iz različnih držav poročajo podobne trende; v italijanski raziskavi je kar 73 % študentov v času karantene izkazovalo simptome depresije, okrog 35 % pa znake anksioznosti (Villani idr., 2021). To je skoraj dvakrat višja prevalenca kot v splošni populaciji. Mathilde M. Husky idr. (2020) poročajo o srednji do visoki stopnji stresa. Slovenska raziskava (Lep in Zupančič, 2020), ki je bila izvedena v obdobju pandemije, je pokazala, da jih je na osebni ravni najbolj skrbelo opravljanje študijskih obveznosti in možnosti zaposlitve. Prav tako so ugotovili, da so bili mladi precej zaskrbljeni glede svetovnega stanja ekonomije in svetovnega zdravstvenega stanja v prihodnosti. Yoshito Nishimura idr. (2021) pa so duševno zdravje povezovali s finančno nestabilnostjo pri mladih. Chrysi K. Kaparounaki idr. (2021) navajajo tudi, da so študentje poročali o večji suicidalnosti, saj so se osemkratno povečale samomorilne misli, povečala pa se je tudi stopnja načrtovanja samomora. Povišala se je količina spanja, a zmanjšala njegova kakovost. Poslabšala sta se spolno življenje in kakovost življenja. Chloe Hamza idr. (2021) pa so po drugi strani ugotovili, da so študentje, ki so imeli v preteklosti izzive z duševnim zdravjem, izkazovali enako ali izboljšano duševno zdravje v primerjavi z letom pred tem, medtem ko so študentje, ki prej niso imeli težav z duševnim zdravjem, izkazovali povišano psihološko stisko. Te ugotovitve so bile v nasprotju s pričakovanji, saj so pričakovali, da se bo stanje najbolj poslabšalo tistim, ki so že v preteklosti shajali s težavami.

V zadnjih petih letih se je pokazalo, da je pandemija covid-19 korenito predrugačila visokošolski študij. Največja mednarodna anketa o študentski izkušnji (Aristovnik idr., 2020) je pri več kot 30.000 študentih iz 62 držav po-

kazala izrazit upad zadovoljstva z učnim ritmom in porast negotovosti glede prihodnosti. Poročilo Skupnega raziskovalnega središča Evropske komisije (JRC, 2020) dodatno opozarja, da izolacija od vrstniške in mentorske podpore neposredno znižuje akademsko motivacijo. Kvalitativna študija Abdelsalam M. Maatuk idr. (2022) je ugotovila, da so študenti pri spletnem študiju poročali o utrujenosti zaradi dolgotrajnega zaslonskega časa, tehničnih motenj in pomanjkanju interakcije, kar slabi koncentracijo. Slovenska raziskava Žana Lepa in Maje Zupančič (2020) potrjuje podobne trende; študenti so kot največji stresor izpostavili skrb, da zaradi motenj študijskega ritma ne bodo pravočasno izpolnili obveznosti ali našli zaposlitve. Čeprav so nekateri razvili nove digitalne veščine in strategije samoregulacije (Hamza idr., 2021), večina evropskih študij še naprej poroča o padcu akademske učinkovitosti in vztrajni psihološki stiski (Martins idr. 2024).

Yoshito Nishimura (2021) in Matthew J. Savage idr. (2020) ugotavljajo, da so ukrepi poslabšali duševno zdravje in fizično aktivnost. Opažali so več sedečega načina življenja (branje, samostojno učenje, igranje iger ...). Povečano igranje videoiger pa so povezovali s potencialom za tvegano rabo elektronskih naprav in ga prepoznavali kot možen način spoprijemanja s stresom ter simptomi depresivnosti in anksioznosti. Naša raziskava sicer ni neposredno ocenjevala življenjskih navad, a je iz odgovorov mogoče razbrati utrujenost (91 %) in pomanjkanje energije (88 %; Slika 7.9), kar je bilo morda povezano tudi s spremenjenim ritmom dnevnih aktivnosti med zaprtjem družbe. Duševno zdravje študentov je bilo v postpandemičnem obdobju krhko; četudi je najhujši val covida-19 pojenjal, številni študenti so še vedno čutili posledice v obliki povečane psihične obremenitve, ki je lahko vplivalo na njihovo vsakodnevno delovanje.

Eden najizrazitejših psihosocialnih učinkov pandemije je porast občutkov osamljenosti in socialne izolacije. Rezultati naše študije kažejo, da so se študentje množično počutili osamljene - kar potrjuje podatek, da je skoraj vse udeležence vsaj malo (92 %), nekatere tudi zelo, bremenila socialna izolacija zaradi ukrepov omejevanja stikov (Tabela 7.3). Dejansko je osamljenost izstopala kot ena najpogostejših težav, ki so jih študenti sami navedli v obdobju po covidu-19. Strah pred socialno izolacijo in strah pred negotovo prihodnostjo sta pri študentih dosegla bistveno višje ocene kot pri drugih skupinah vključenih populacij (Tabela 11.7.2). Ti izsledki dopolnjujejo ugotovitve Žana Lepe in Maje Zupančič (2020), da so bile skrbi glede študija in kariere med največjimi psihološkimi bremenami mladih v času covida-19. Takšni izsledki so povsem skladni z aktualnimi raziskavami: po nekaterih ocenah je približno 40 % študentov med pandemijo doživljalo zmerno do hudo osamljenost, osami-

tev od vrstnikov pa se je v študentski populaciji izkazala za najbolj razširjen problem duševnega zdravja; Alda Troncione idr. (2025) so eno leto po prvem valu ugotovili, da sta dobri dve petini študentov poročali o izrazitem občutku osamljenosti (42 % študentov v našem vzorcu). Podobno so Wudneh Simegn idr. (2023) ugotovili, da je v pozni fazi pandemije kar 77 % študentov izkazovalo znake osamljenosti.

Osamljenost pa ni zgolj neprijeten občutek, ampak se povezuje z resnimi posledicami za duševno zdravje. Kronična osamljenost lahko vodi v povečano tveganje za depresijo in anksioznost, kar je med pandemijo potrdilo več raziskav (Lampropoulou, 2023). Številne študije ugotavljajo, da se osamljenost in depresivni simptomi tesno prepletajo v začaran krog: med pandemijo so bolj osamljeni študenti poročali tudi o močnejših znakih depresije, medtem ko je depresivno razpoloženje samo še povečevalo občutek izoliranosti. Naši udeleženci so, denimo, poleg osamljenosti same pogosto navedli tudi potrto (80 %), brezvoljnost (88 %) in negativen odnos do sebe (59 %; Slika 7.9 in 7.10), kar so vse lahko posledice dolgotrajnega pomanjkanja podpornih socialnih stikov. Pomembno je poudariti, da so stiske zaradi izolacije v naši študiji dosegale izjemne razsežnosti (skoraj vsi študenti – 93 % – so navedli vsaj nekaj stiske na tem področju), celo bolj kot nekatere druge skrbi (Tabela 7.3). Med navedenimi težavami jih je najbolj bremenil strah pred negotovo prihodnostjo (94 %), takoj za tem pa prav socialna izolacija (92 %) in strah pred okužbo bližnjih (93 %; Tabela 7.3) – ti podatki odražajo, kako pomembno mesto je imela osamljenost v doživljanju študentov med pandemijo.

Tudi druge raziskave so potrdile, da se je duševno zdravje mladih med pandemijo znatno poslabšalo; npr. v veliki mednarodni raziskavi je več kot tretjina študentov izpolnjevala kriterije vsaj ene duševne motnje, najpogosteje depresivne motnje (Eisenberg idr., 2023; Troncione idr., 2025). Takšna povečana psihološka ogroženost je še posebej opazna pri študentih, saj je študijsko obdobje že v izhodišču polno prehodov in izzivov (pomanjkanje stabilnih prihodkov, akademski pritiski, iskanje samostojnosti), ki lahko vodijo v stres in tesnobo. Naše ugotovitve, da so številni študenti poročali o povečanem stresu, tesnobi in nihanjih razpoloženja, torej odražajo širši trend: študentska populacija se je v času covida-19 spopadala s porastom duševnih stisk.

Pandemija covida-19 ni prizadela le neposrednega zdravstvenega in socialnega vidika študentskega življenja, temveč tudi njihov študijski proces, motivacijo za učenje in občutek akademske kompetentnosti. Rezultati naše raziskave razkrivajo, da so imeli številni študenti po dolgih obdobjih motenega študijskega ritma težave z zbranostjo (75 %), ohranjanjem motivacije (88 %; Slika 7.7 in Slika 7.8) in prilagajanjem novim načinom študija. Številni so

poročali o pomanjkanju koncentracije, težavah pri organizaciji časa in občutku, da se težje posvetijo študiju kot pred pandemijo (Sliki 7.7. in 7.8). Ti subjektivni opisi se skladajo s širšimi ugotovitvami: npr. v enem od mednarodnih anketnih poročil so študenti med najpogostejše negativne učinke pandemije našli težave z zbranostjo pri študiju ter izgubo motivacije, takoj ob socialni izolaciji in anksioznosti (Pandya in Lodha, 2022). Raziskave potrjujejo, da je dolgotrajni študij na daljavo marsikoga oropal običajne strukture in discipline, kar se odraža v porastu prokrastinacije in upadu akademske učinkovitosti. Med pandemijo so se številni študenti trudili slediti predavanjem prek zaslonov, ob tem pa jih je pestila negotovost glede ocen, izpitov in praktičnih vaj – takšen študijski stres je pri marsikomu prerasel v anksioznost, ki je neposredno vplivala na akademsko uspešnost (Martins idr., 2024).

Zmanjšana motivacija in težje akademsko prilagajanje sta tesno povezana z omenjenimi duševnimi stiskami. Slabše psihično počutje lahko negativno vpliva na motivacijo za učenje – študent, ki je anksiozen ali depresiven, se težje zbere in vztraja pri študiju. Motnje v obsegu študijskih obveznosti in prehod na delo na daljavo so pri študentih povzročili statistično pomembno višje ravni stresa kot pri drugih udeležencih (Tabela 11.7.2), kar potrjuje ugotovitve Tamirisa Bepplerja Martina idr. (2024) o upadu akademske učinkovitosti v obdobjih zaprtja univerz. To potrjuje tudi nedavna raziskava v Italiji, ki je proučevala povezavo med psihološkim stanjem in akademsko motivacijo leto dni po zaprtju univerz: ugotovili so, da večja psihološka stiska in občutek osamljenosti napovedujeta manjšo učno motivacijo pri študentih (Tronccone idr., 2025). Natančneje, študenti z več simptomi duševne obremenitve so poročali o manjši volji do študija in so težje uravnavali svoje učenje; celo polovica vprašanih v omenjeni študiji je kazala znake resne psihološke stiske in ti so prek slabše čustvene odzivnosti vplivali na upad motivacije. Naši udeleženci so pogosto poudarjali otopelost za študij in izgubo učne vneme (Slika 7.7 in 7.8), kar lahko razumemo kot potrdilo teh ugotovitev. Poleg tega jih je močno bremenil strah pred negotovo prihodnostjo, saj so se spraševali, kakšne posledice bo imela pandemija na njihove karijerne možnosti, dokončanje študija in zaposljivost. Ta negotovost glede prihodnosti, ki je bila v naši raziskavi izpostavljena kot največji posamezni stresor (Slika 7.6), je dodatno ogrozila motivacijo, saj so nekateri podvomili o smislu vloženega truda. Na prehodu v odraslost je strah pred prihodnostjo prepoznan kot pomemben vir stresa za študente (Zupančič, 2020), še toliko bolj pa v svetovnem okviru splošne negotovosti (Tronccone idr., 2025).

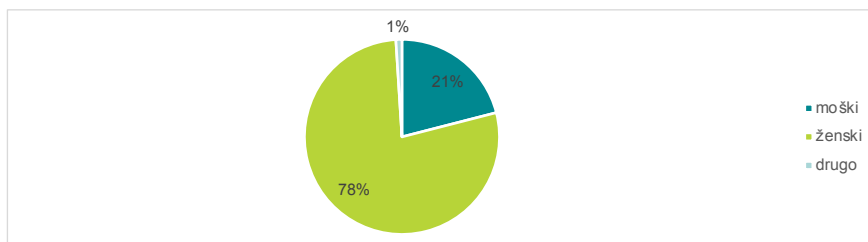
Kljub navedenim težavam pa velja omeniti, da se je nekaterim študentom uspelo uspešno prilagoditi s pomočjo osebne prožnosti in novih strategij. V

študijah se kaže, da psihološka odpornost in dobre veščine samoregulacije blažijo vpliv pandemije na akademsko uspešnost (npr. študenti, ki so razvili rutine učenja doma in ostali povezani s kolegi po spletu, so lažje ohranili motivacijo) (Quintiliani idr., 2022). Naša raziskava je pokazala razlike v doživljanju, vendar pri veliki večini so prevladovali negativni vplivi na učenje. V povprečju torej ugotavljamo, da je bilo akademsko prilagajanje po covidu-19 zahtevno, saj so se študenti spopadali z učinki izpada običajnega študijskega procesa, kar se je kazalo v nižji motivaciji, težavah s koncentracijo in skrbih glede izpolnjevanja študijskih ciljev. To terja celovito podporo izobraževalnih ustanov, da se prepreči dolgotrajnejši upad akademskega uspeha in povečan osip. Raziskave na področju ZDA kažejo, da skoraj dve tretjini študentov, ki razmišljajo o opustitvi študija, kot razlog navaja duševno stisko (New England Board of Higher Education, 2024).

7.1 Demografske spremenljivke

7.1.1 Spol

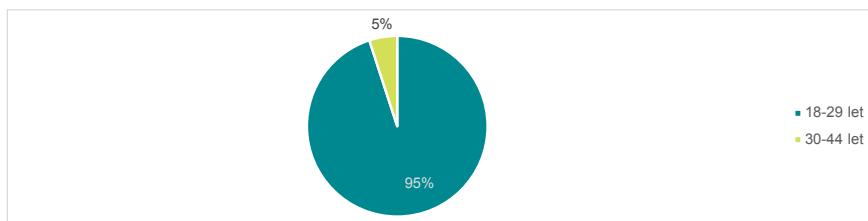
Med udeleženci iz študentske populacije so prevladovale osebe ženskega spola (78 %; Slika 7.1).



Slika 7.1 Delež študentov, udeleženih v raziskavi, glede na spol ($n = 606$)

7.1.2 Starost

Večina študentov, udeleženih v raziskavi, so osebe, stare od 18 do 29 let (Slika 7.2).



Slika 7.2 Starostna struktura študentov, udeleženih v raziskavi ($n = 606$)

Opomba $M = 22,46$; $SD = 3,68$; $min. = 18$; $maks. = 44$.

7.1.3 7.1.3 Regija prebivališča

Med študenti, udeleženi v raziskavi, so zastopane vse regije Slovenije, pri tem pa so močno prevladovali udeleženci iz osrednjeslovenske regije (43 %; Slika 7.3).



Slika 7.3 Zastopanost regij pri študentih, udeleženi v raziskavi ($n = 606$)

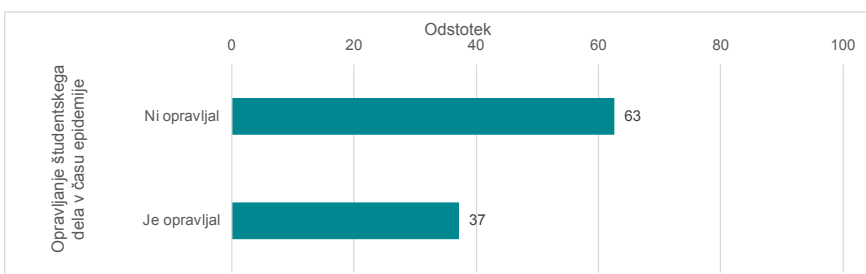
7.1.4 (Druge) sociodemografske lastnosti študentov

Skoraj polovica študentov je prihajala iz osrednjeslovenske regije, vendar podobno iz mestnega in podeželskega okolja. Stari so bili predvsem od 18 do 29 let, zelo malo jih ima šoloobvezne otroke (Tabela 7.1).

Tabela 7.1 (Druge) sociodemografske lastnosti študentov, udeleženi v raziskavi ($n = 606$)

	<i>f</i>	%
Okolje prebivališča		
Mestno okolje	301	50
Podeželje	286	47
Starši šoloobveznih otrok	10	2

Dobra tretjina študentov je opravljala študentsko delo, medtem ko dve tretjini študentov študentskega dela nista opravljali (Slika 7.4).



Slika 7.4 Študenti, udeleženi v raziskavi, glede na opravljanje študentskega dela ($n = 606$)

7.2 Doživljanje duševne stiske

7.2.1 Splošno doživljanje duševne stiske in primerjava s preteklimi obdobji

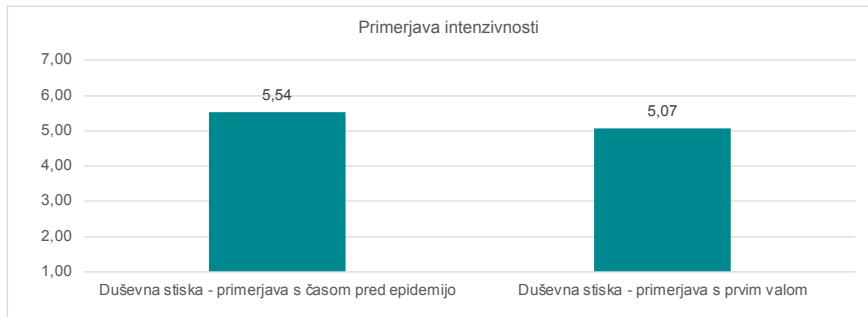
Študenti, udeleženi v raziskavi, so v povprečju poročali, da so čutili srednje močno stisko in so se z njo (srednje) uspešno spoprijemali (Tabela 7.2).

Tabela 7.2 Doživljanje duševne stiske in spoprijemanje z njo med epidemijo pri udeležencih, ki so študenti ($n = 606$)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Doživljanje duševne stiske	606	5,54	1,36
Spoprijemanje z duševno stisko	606	5,07	1,53

Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika. Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (zelo neuspešno) do 7 (zelo uspešno), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.

Študenti so v povprečju čutili primerljivo duševno stisko kot pred epidemijo (Slika 7.5).



Slika 7.5 Doživljanje duševne stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in med prvim valom pri študentih, udeleženi v raziskavi ($n = 606$)

Opomba Odgovor na »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« in odgovor na »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« sta merjena na lestvici od 1 (čutim veliko manjšo stisko) do 7 (čutim veliko večjo stisko). Višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko v primerjavi s časom pred epidemijo, višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« pa nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko kot med prvim valom epidemije.

7.2.2 Specifične stiske, povezane s covidom-19

Pri večini študentov, udeleženi v raziskavi, sta prevladovala strah pred negotovo prihodnostjo (94 %), strah pred okužbo bližnjih (93 %) in stiska zaradi izolacije (92 %). Od naštetih težav jih je najbolj bremenil strah pred negotovo prihodnostjo (Tabela 7.3 in Slika 7.6).

Tabela 7.3 Doživljanje posameznih težav med epidemijo pri študentih ($n = 606$)

	Odstotek (vseh, razen odgovora 0)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Zdravstvene težave	70	1,95	1,94
Strah pred lastno okužbo	76	1,98	1,83
Strah pred okužbo bližnjih	93	4,37	2,10
Stiska zaradi izolacije	92	4,56	2,21
Strah pred negotovo prihodnostjo	94	4,96	2,14
Skrb zaradi dostopnosti zdravstvenih storitev	87	3,39	2,25
Ločenost od družine	76	3,43	2,61
Spremenjen obseg dela	85	3,96	2,37
Delo v stresnih okoliščinah	82	3,73	2,44
Delo na daljavo	77	3,67	2,57
Skrbi zaradi upada dohodkov, materialne varnosti	80	3,49	2,53
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	52	2,29	2,71
Brezposelnost	43	1,92	2,61
Občutek pomanjkanja koristnega dela oz. prispevka k družbi	76	3,15	2,49
Selitev v skupno gospodinjstvo	47	1,46	2,31
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	78	3,23	2,52
Slabši medosebni odnosi v službi	47	1,25	2,04
Usklajevanje službenih in družinskih obveznosti	41	1,51	2,27
Strah pred kršenjem odlokov	76	2,80	2,34
Strah pred izgubo/omejitev svoboščin	85	4,40	2,52
Drugo	90	6,86	2,44

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.

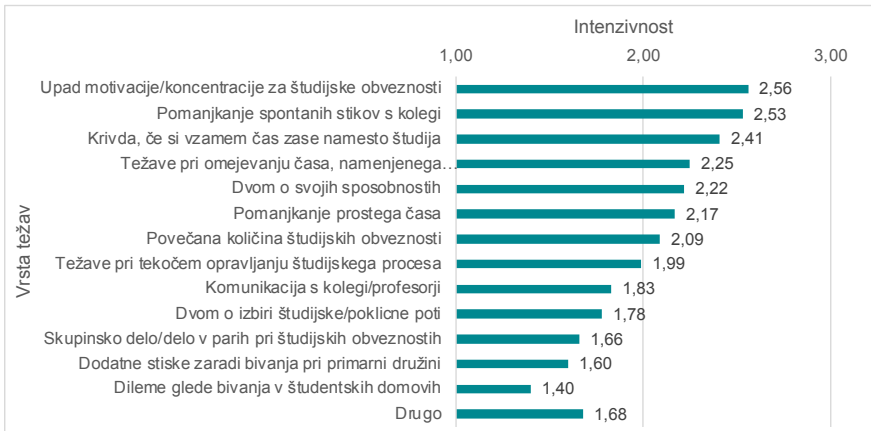
7 Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči za študente



Slika 7.6 Povprečna vrednost doživljanja posameznih težav med epidemijo pri študentih ($n = 606$)

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je bila intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.

Študentom, udeleženi v raziskavo, so najpogostejšo in najintenzivnejšo stisko povzročali upad koncentracije oz. motivacije za študijske obveznosti, pomanjkanje spontanosti stikov s kolegi in občutki krivde, če si vzamejo čas zase in jih čakajo študijske obveznosti. Poleg omenjenih so študente obremenjevali tudi pomanjkanje prostega časa, omejevanje časa, namenjenega študijskemu delu, in občutki dvoma o svojih sposobnostih (Slika 7.7).



Slika 7.7 Intenzivnost stiske glede posameznih s študijem povezanih težav med epidemijo pri študentih, udeleženi v raziskavi (n = 484)

Opomba Udeleženci so intenzivnost stiske, ki so jo čutili ob posamezni težavi, označili na lestvici od 1 (majhna stiska) do 3 (velika stiska).

Doživljanje nasilja

Študenti, udeleženi v raziskavi, so pred epidemijo doživljali nasilje v družini oziroma partnerskih odnosih v 4,1 %, med epidemijo pa je frekvenca tistih, ki doživljajo tovrstno nasilje, zrasla na 5,0 % (Tabela 7.2), kar je 0,8-kratni porast. Prav tako gre za dvakratni porast nasilja na delovnem mestu, in sicer z 0,5 % pred epidemijo na 1,0 % med epidemijo (Tabela 7.4).

Tabela 7.4 Doživljanje nasilja v medosebnih odnosih pred in med epidemijo pri študentih, udeleženi v raziskavi (n = 606)

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	f	%	f	%
V družini oziroma partnerskem odnosu	25	4,1	30	5,0
Na delovnem mestu	3	0,5	6	0,1
V drugih medosebnih odnosih	/	/	10	1,7

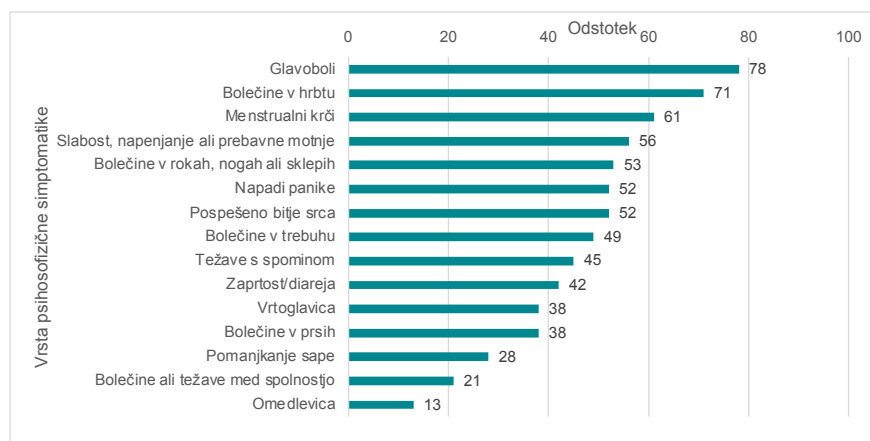
7.3 Psihične in fizične težave

Iz Tabele 7.5 in Slike 7.8 je razvidno, da so študenti v povprečju izražali veliko simptomov somatskih motenj. Več kot polovica udeležencev je imela v zadnjih štirih tednih vsaj malo težav na vseh področjih psihofizičnega zdravja: prevladovali so glavoboli (78 %), bolečine v hrbtu (68,2 % – ima izkušnjo; 31 % – ima redno težave), menstrualni krči (61 % – ima izkušnjo; 30 % – ima redno težave) in bolečine v nogah, rokah ter sklepih (53 % – ima izkušnjo; 14 % – ima redno težave). Te težave so ocenjevali tudi kot najizrazitejše. Najredkeje pa so prepoznali težave v obliki omedlevice (13 % – ima izkušnjo; 2 % – ima redno težave).

Tabela 7.5 Doživljanje posameznih psihofizičnih težav v zadnjih štirih tednih pri študentih, udeleženi v raziskavi ($n = 606$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Glavoboli	78	26	1,33	0,47
Bolečine v hrbtu	69	31	1,44	0,49
Menstrualni krči	61	30	1,50	0,50
Slabost, napenjanje ali prebavne motnje	56	15	1,27	0,45
Bolečine v rokah, nogah ali sklepih	53	14	1,27	0,46
Pospešeno bitje srca	52	14	1,26	0,44
Napadi panike	51	15	1,29	0,45
Bolečine v trebuhu	49	10	1,20	0,40
Težave s spominom	45	14	1,32	0,45
Zaprtoš/diareja	41	8	1,20	0,40
Bolečine v prsih	38	10	1,26	0,44
Vrtoglavica	37	8	1,21	0,41
Pomanjkanje sape	28	6	1,22	0,41
Bolečine ali težave med spolnostjo	20	5	1,25	0,44
Omedlevica	13	2	1,13	0,34

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih vsaj malo (ali zelo) mučile navedene psihofizične težave (odgovor 1 ali 2). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih zelo mučile navedene psihofizične težave (odgovor 2).

**Slika 7.8** Odstotek študentov, udeleženi v raziskavi, ki so v zadnjih štirih tednih vsaj malo doživljali posamezno psihofizično težavo ($n = 606$)

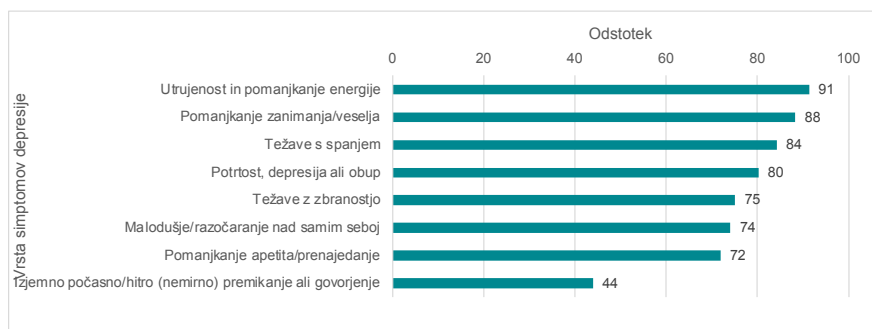
Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1 ali 2.

Tabela 7.6 in Slika 7.9 prikazujeta, da je večina udeležencev študentov kot naj-pogostejše simptome depresije navajala utrujenost in pomanjkanje energije (91 % – ima izkušnjo; 61 % – ima redno težavo), pomanjkanje zanimanja/veselja (88 % – ima izkušnjo; 48 % – ima redno težavo) ter težave s spanjem (84 % – ima izkušnjo; 52 % – ima redno težavo).

Tabela 7.6 Doživljanje posameznih simptomov depresije pri študentih, udeleženi v raziskavi, v zadnjih 14 dneh ($n = 606$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Utrujenost in pomanjkanje energije	91	61	2,01	0,83
Pomanjkanje zanimanja/veselja	88	48	1,85	0,86
Težave s spanjem	84	52	1,94	0,83
Potrtost, depresija ali obup	80	40	1,74	0,82
Težave z zbranostjo	75	47	1,97	0,85
Malodušje/razočaranje nad samim seboj	74	46	1,95	0,84
Pomanjkanje apetita/prenajedanje	72	36	1,73	0,81
Izjemno počasno/hitro (nemirno) premikanje ali govorjenje	44	16	1,56	0,79

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile vsaj nekaj dni ali več (odgovor 1 ali več). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile več kot polovico dni (odgovori 2 in 3).



Slika 7.9 Odstotek študentov, udeleženi v raziskavi, ki so vsaj nekaj dni v zadnjih 14 dneh doživljali posamezne simptome depresije ($n = 606$)

Opombi Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1, 2 ali 3.

Pri študentih, udeleženi v raziskavi, so bile fizične težave v povprečju nizko izražene (Tabela 7.7). Na vprašalniku PHQ-8 pa so študentje, udeleženi v

raziskavi, izražali v povprečju intenziteto simptomov, ki presegajo kriterij za sum na veliko depresivno motnjo.

Tabela 7.7 Rezultati študentov, udeleženi v raziskavi, pri vprašalnikih PHQ-15 (13 postavk) in PHQ-8 ($n = 606$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
PHQ-15 (13)	7,68	4,83
PHQ-8	11,36	6,27

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Tudi na lestvici PHQ-8 je najnižji možni rezultat 0, najvišji pa 24.

Tabela 7.8 in Slika 7.9 prikazujeta, da je večina udeležencev študentov kot najpogostejše težave navajala motnje razpoloženja (62 % – ima izkušnjo; 40 % – ima redno težave), negativen odnos do sebe (59 % – ima izkušnjo; 39 % – ima redno težave) in težave s kronično utrujenostjo (56 % – ima izkušnjo; 34 % – ima redno težave).

Tabela 7.8 Druge težave ali motnje, ki so jih študentje, udeleženi v raziskavi, vsaj kdaj opazili v zadnjih štirih tednih ($n = 484$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Motnje razpoloženja	62	40	3,42	1,27
Negativen odnos do sebe	59	39	3,33	1,30
Kronična utrujenost	56	35	3,19	1,33
Motnje hranjenja	30	14	2,26	1,27
Zloraba alkohola/psihoaktivnih substanc	16	6	1,57	1,06
Samomorilno vedenje	11	4	1,45	0,92

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 4 (zelo pogosto). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile vsaj občasno (odgovor 2 ali več). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile vsaj pogosto (odgovori 3 in 4)

Pri študentih, udeleženi v raziskavi, smo raziskali še dodatne stiske in motnje, ki so pogosto povezane z mladimi. Kot izrazitejše se kažejo motnje razpoloženja (62 %), negativen odnos do sebe (59 %) in kronična utrujenost (56 %, Slika 7.10).



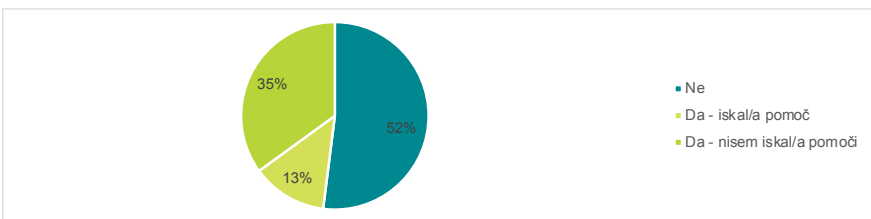
Slika 7.10 Delež študentov, udeleženi v raziskavo, ki vsaj kdaj v zadnjih štirih tednih opazijo določeno (psihofizično) težavo ($n = 484$)

7.4 Potreba po podpori

Skoraj polovica študentov, udeleženi v raziskavi (48 %), poroča o potrebi po psihološki pomoči. Večina izmed teh pomoči ni iskala (35 %; Slika 7.11).

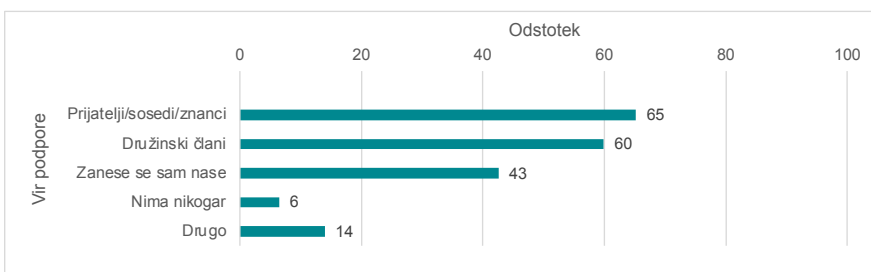
Slika 7.11 Potreba po psihološki podpori pri študentih, udeleženi v raziskavi ($n = 591$)

Opis drugih podatkov: Razlogi, da pomoči niso poiskali, so zaznana nedo-



stopnost, pomanjkanje informacij, prepuščanje prednosti drugim, ki jih ocenjujejo kot pomoči bolj potrebne, finančni razlogi, pomanjkanje osebnega stika v tlefonski ali spletni terapiji, pomanjkanje želje, strah pred neznanim ...

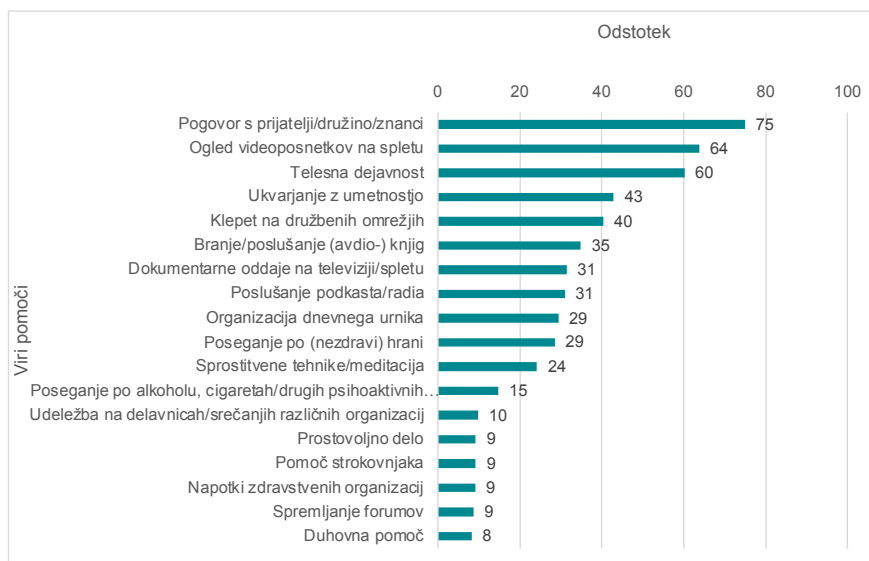
Najvišji delež študentov, udeleženi v raziskavi, je pomoč poiskalo med prijatelji, sosedi in znanci (65 %), skoraj toliko pa se jih je obrnilo tudi na družinske člane (60 %). Iz Slike 7.12 pa je tudi razvidno, da jih je razmeroma velik delež poročalo o tem, da se zanesejo sami nase (43 %).



Slika 7.12 Iskanje podpore v socialni mreži študentov, udeleženi v raziskavi ($n = 606$)

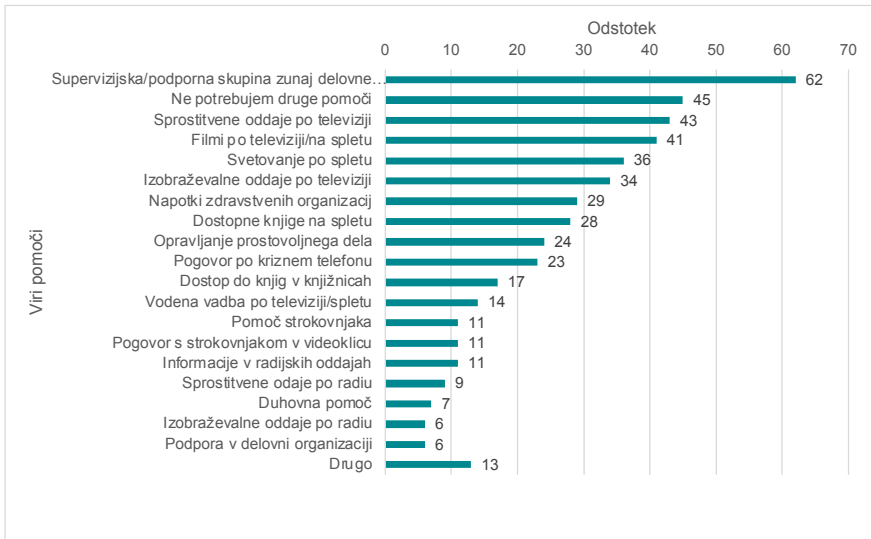
7.5 Viri pomoči

Kot vir pomoči pri doživljanju stiske študenti, udeleženi v raziskavi, so najpogosteje uporabljali pogovor s prijatelji, družino ali znanci (75 %). Pogosto so si stisko lajšali tudi s ogledom videoposnetkov (64 %) in s telesno dejavnostjo (60 %; Slika 7.13).



Slika 7.13 Viri pomoči, ki so jih študenti, udeleženi v raziskavi, že uporabljali za lajšanje stiske ($n = 582$)

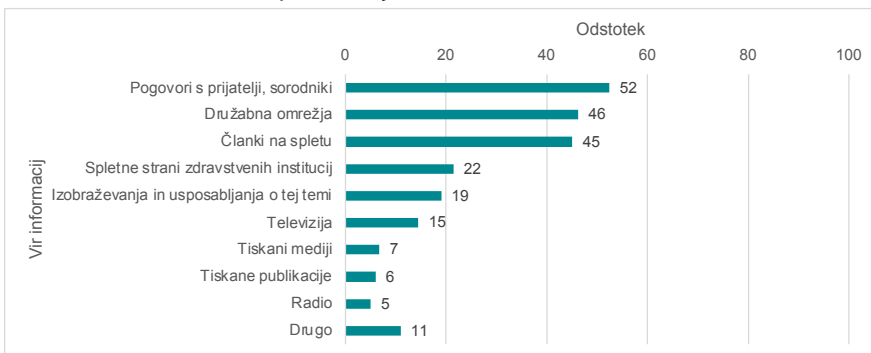
Večina študentov, udeleženi v raziskavi, je navedla supervizijsko oziroma podporno skupino zunaj delovnega okolja kot svoj primarni vir pomoči (62 %). Skoraj polovica je dejala, da ne potrebuje dodatnih virov pomoči. Med tistimi, ki so iskali druge načine lajšanja stiske, so bili najpogosteje omenjeni sprostitvene oddaje na televiziji (43 %) in filmi po televiziji ali na spletu (41 %), sledita spletno svetovanje (36 %) in izobraževalne oddaje na televiziji (34 %). Približno tretjina študentov bi želela dostop do napotkov zdravstvenih organizacij in spletnih knjig, medtem ko so prostovoljno delo (24 %), pogovor po kriznem telefonu in dostop do knjižničnih gradiv predstavljali manj zastopane vire. Strokovno pomoč in svetovanje po videoklicu je omenila dobra desetina vprašanih, enako kot poslušanje informacij v radijskih oddajah, medtem ko so duhovna pomoč, izobraževalne oddaje po radiu in podpora v delovni organizaciji zaznali med 6 % in 9 % naklonjenosti. Dobrih 13 % je navedlo druge vire pomoči. (Slika 7.14).



Slika 7.14 Virji pomoči, ki bi jih študenti, udeleženi v raziskavi, še želeli uporabiti za lajšanje stiske ($n = 530$)

Študenti, udeleženi v raziskavi, so izrazili željo po več informacijah o naslednjih temah: kako bo poskrbljeno za študente; kako se bo razvijala epidemija; kako pomagati sebi v primeru nespečnosti in tesnobe; kako se pomiriti; kako pravilno ravnati pri pomoči drugim v stiski; kako premagati malodušje; kakšna je politična prihodnost Slovenije; kakšen je proces psihodiagnostike; kako se spopadati z občutki krivde in nezadostnosti.

Študenti, udeleženi v raziskavi, so do informacij o lajšanju duševne stiske najpogosteje prišli v pogovorih s prijatelji in sorodniki (52 %), na družbenih omrežjih (46 %) in v člankih na spletu (45 %). Najredkeje so se informirali po radiu (5 %) in iz tiskanih publikacij (6 %; Slika 7.15).



Slika 7.15 Najpogostejši viri informacij v povezavi z lajšanjem duševne stiske pri študentih, udeleženi v raziskavi ($n = 530$)

Študenti so menili, da bi jim pri lajšanju težav pomagalo, če bi se več pozornosti namenilo gojenju in krepitvi osebnih stikov med kolegi in pedagoškim kadrom, če bi bilo več izvajanja učnih vsebin v živo in zagotavljanje jasnejše strukture s študijem povezanih vsebin ter tudi več jasnosti pri organizaciji študijskega procesa (Tabela 7.9).

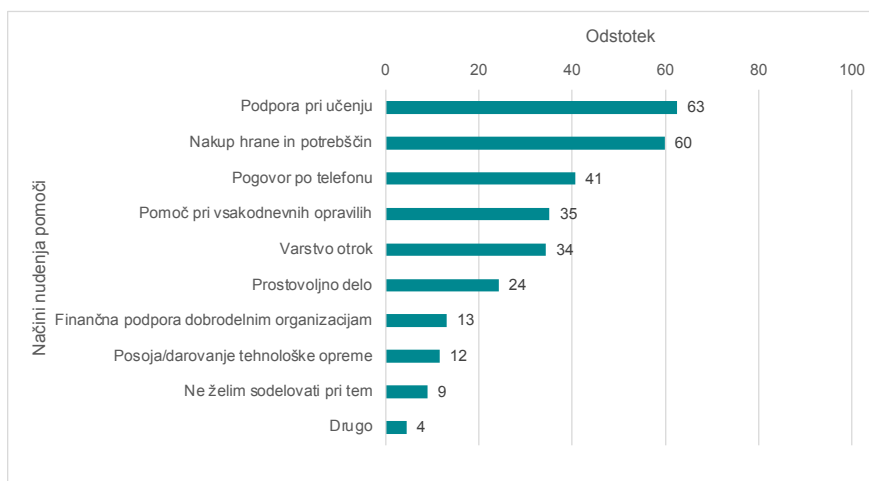
Tabela 7.9 Mnenja študentov, udeleženih v raziskavo, o tem, kaj bi jim pomagalo lajšati težave, ki so se pojavljale ob študiju na daljavo (kvalitativna analiza)

Odgovori	Opis
Osebni stiki	Osebni stiki s sošolci/vrstniki; nekateri študenti še niso spoznali svojih sošolcev.
Manjša obremenjenost	Zmanjšan obseg dela; več odmorov; vprašanja o smiselnosti določenih obveznosti.
Dušeavnost	Večja motivacija; samodisciplina; boljše razporejanje obveznosti in časa; pomoč strokovnjakov; večje razumevanje pri profesorjih; razumevanje pri vladi; duševne stiske.
Študij v živo	Izvajanje študija v živo.
Delo zaposlenih	Kakovostnejša vsebina; večja ažurnost; večja inovativnost in prilagodljivost profesorjev; večja tehnična usposobljenost profesorjev; večja zanimivost; predavanja bi lahko bila posneta; boljše razporejeni urniki.
Specifične študijske obveznosti	Trenutno je oteženo ali prekinjeno opravljanje praktičnega usposabljanja; vaj; zbiranja podatkov za zaključne naloge ipd.; skrb glede izpitov; skrb glede možnosti goljufanja na izpiti; ni možnosti opravi izpitov s kolokviji.
Jasna navodila in informacije	Jasna navodila glede izpitov in drugih obveznosti; jasna navodila glede ukrepov; pravočasno informiranje.
Individualna pomoč in komunikacija s profesorji	Individualna pomoč pri študiju; boljša komunikacija s profesorji; govorilne ure; več možnosti diskusije
Javne storitve	Pomanjkljiv je dostop do knjižnic in literature; javnega prevoza; tiskarn; čitalnic
Bivalne okoliščine	Nezmožnost bivanja v študentskih domovih; pomanjkljive bivalne okoliščine; zahtevno družinsko življenje (npr. skrb za otroke/sorojence); varstvo za otroke; manjka delovno okolje (ločitev delo/dom).
Manjša uporaba tehnologije	Tehnične težave; utrujenost; glavoboli zaradi pogoste uporabe sodobnih tehnologij.
Sproščanje drugih ukrepov	Sproščanje občinskih mej; odpiranje storitvenih dejavnosti in sproščanje drugih ukrepov.
Samostojna načrtna sprostitev	Sprehodi v naravi; poslušanje glasbe; umetnost; sproščanje.
Druženje z vrstniki na daljavo	Zabavna »online« srečanja; skupno učenje; druženje na daljavo.

Opomba Tabela predstavlja odgovore na odprto vprašanje »Kaj bi vam še pomagalo lajšati težave, ki se pojavljajo ob študiju na daljavo?«. Kategorije so razvrščene od pogostejših (na vrhu tabele) do manj pogostih (na dnu tabele).

Podpora drugim v lokalni skupnosti

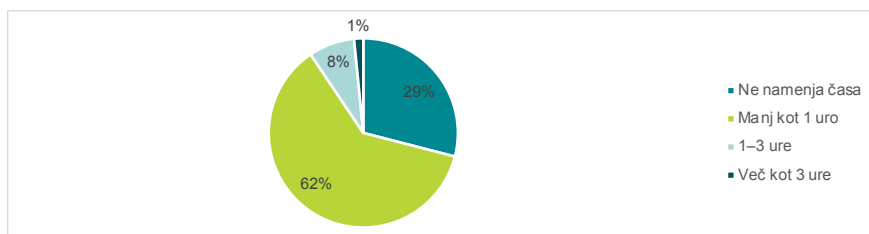
Študenti, udeleženi v raziskavo, so menili, da bi drugim osebam v svoji lokalni skupnosti lahko pomagali predvsem s pomočjo pri učenju (63 %) in z nakupom hrane in potrebščin (60 %). Pomemben delež se je bil pripravljen tudi pogovarjati po telefonu (41 %), pomagati pri vsakodnevni opravih (35 %) in ponuditi varstvo otrok (34 %; Slika 7.16).



Slika 7.16 Prepoznani načini pomoči študentov, udeleženi v raziskavi, drugim v lokalni skupnosti ($n = 512$)

7.6 Covid-19

Velika večina študentov, udeleženi v raziskavi (91 %), je branju oziroma poslušanju novic o bolezni covid-19 namenila manj kot eno uro časa dnevno (Slika 7.17).



Slika 7.17 Čas, namenjen branju/poslušanju novic o bolezni covid-19, pri študentih, udeleženi v raziskavi ($n = 510$)

12 % študentov, udeleženi v raziskavi, je med raziskavo že obolelo za covidom-19, 49 % pa je že imelo bližnjega, ki je obolel za covidom-19 (Tabela 7.10).

Tabela 7.10 Podatki o lastni obolevnosti za covidom-19 in obolevnosti bližnjih za študente, udeležene v raziskavi ($n = 510$)

	<i>f</i>	%
Oboleli za covidom-19	63	12
Bližnji, oboleli za covidom-19	248	49

Študentje, udeleženi v raziskavo, so poročali, da so bili srednje zaskrbljeni ob novicah o bolezni. V precejšnji meri so upoštevali ukrepe (Tabela 7.10).

Tabela 7.11 Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni covid-19 in stopnja upoštevanja priporočenih ukrepov med epidemijo pri študentih, udeleženi v raziskavi ($n = 510$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni	4,37	1,80
Upoštevanje priporočenih ukrepov	5,94	1,16

Opombi Udeleženci so raven zaskrbljenosti ob branju in poslušanju novic o bolezni covid-19 ocenili na lestvici od 1 (zelo majhno) do 7 (zelo veliko). Tudi raven upoštevanja priporočenih ukrepov so ocenili na lestvici od 1 (sploh nič) do 7 (povsem).

Viri in literatura

- Aristovnik, A., Keržič, D., Ravšelj, D., Tomaževič, N., in Umek, L. (2020). Impacts of the COVID-19 pandemic on life of higher education students: A global perspective. *Sustainability*, 12(20), 8438.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press.
- Bersia, M., Charrier, L., Zanaga, G., Gaspar, T., Moreno-Maldonado, C., Koumantakis, E., ... in Comoretto, R. I. (2024). Well-being among university students in the post-COVID-19 era: A cross-country survey. *Scientific Reports*, 14, 18296. [Manjka med besedilom.]
- Eisenberg, D., Lipson, S. K., Heinze, J., Zhou, S., Vyletel, B., Henry, H., ... & Voichoski, E. (2023). The healthy minds study: 2022-2023 data report. *The Healthy Minds Network*.
- Hamza, C. A., Ewing, L., Heath, N. L., in Goldstein, A. L. (2021). When social isolation is nothing new: A longitudinal study on psychological distress during COVID-19 among university students with and without preexisting mental health concerns. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 62(1), 20–30.

- Husky, M. M., Kovess-Masfety, V., in Swendsen, J. D. (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Compr Psychiatry*, 102, 152191.
- Kaparounaki, C. K., Patsali, M. E., Mousa, D. P. V., Papadopoulou, E. V. K., Papadopoulou, K. K. K., in Fountoulakis, K. N. (2020). University students' mental health amidst the COVID-19 quarantine in Greece. *Psychiatry Research*, 290, 113111.
- Lampropoulou, A., Georgakakou-Koutsonikou, N., Hatzichristou, C., in Roussos, P. (2023). Student adaptation, loneliness and mental health profiles during the second wave of the pandemic COVID-19. *Education Sciences*, 13(7), 644.
- Lep, Ž., in Zupančič, M. (2000). Zdaj pa še korona: skrbi mladih na prehodu v odraslost v času tveganj, povezanih z epidemijo COVID-19. V Ž. Lep in K. Hacin Beyazoglu (ur.), *Psihologija pandemije: posamezniki in družba v času koronske krize* (str. 67–78). Filozofska fakulteta.
- Maatuk, A. M., Elberkawi, E. K., Aljawarneh, S., Rashaideh, H., in Alharbi, H. (2022). The COVID-19 pandemic and E-learning: Challenges and opportunities from the perspective of students and instructors. *Journal of Computing in Higher Education*, 34(1), 21–38.
- Martins, T. B., Branco, J. H. L., Martins, T. B., Santos, G. M., in Andrade, A. (2024). Impact of social isolation during the COVID-19 pandemic on the mental health of university students and recommendations for the post-pandemic period: A systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity - Health*, 43, 100941.
- New England Board of Higher Education. (2024). *College student mental health in the post-COVID era: Education and workforce-aligned solutions needed in New England*. <https://nebhe.org/wp-content/uploads/College-Student-Mental-Health-Policy-Brief-07-2024.pdf>
- Nishimura, Y., Ochi, K., Tokumasu, K., Obika, M., Hagiya, H., Kataoka, H., in Otsuka, F. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the psychological distress of medical students in Japan. *Cross-sectional Survey Study*, 23(2), e25232.
- Pandya, A., in Lodha, P. (2022). Mental health consequences of COVID-19 pandemic among college students and coping approaches adopted by higher education institutions: A scoping review. *SSM: Mental Health*, 2(6), 100122.
- Pretz, R., Filser, A., Brömmelhaus, A., Baalman, T., in Feldhaus, M. (2021). Longitudinal changes in life satisfaction and mental health in emerging adulthood during the COVID-19 pandemic: Risk and protective factors. *Emerging Adulthood*, 9(5), 602–617.
- Quintiliani, L., Sisto, A., Vicinanza, F., Curcio, G., in Tambone, V. (2022). Resilience and psychological impact on Italian university students during COVID-19 pandemic: Distance learning and health. *Psychology, Health and Medicine*, 27(1), 69–80.
- Savage, M. J., James, R., Magistro, D., Donaldson, J., Healy, L. C., Nevill, M., in Hennis P. J. (2020). Mental health and movement behaviour during the COVID-19 pandemic

in UK university students: Prospective cohort study. *Mental Health and Physical Activity*, 19, 100357.

Simegn, W., Sisay, G., Seid, A. M., in Dagne, H. (2023). Loneliness and its associated factors among university students during late stage of COVID-19 pandemic: An online cross-sectional study. *Plos ONE*, 18(7), e0287365.

Troncione, A., Caldarelli, G., Cosenza, M., Affuso, G., Sacco, M., Ciccarelli, M., in Pizzini, B. (2025). Psychological problems and academic motivation in university students: A cross-sectional study one year after the COVID-19 lockdown in Italy. *Psychiatric Quarterly*, 96, 683–704.

Villani, L., Pastorino, R., Molinari, E., Anelli, F., Ricciardi, W., Graffigna, G., in Boccia S. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on psychological well-being of students in an Italian university: A web-based cross-sectional survey. *Global Health*, 17(39). <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00680-w>

Zupančič, M. (2020). Opredelitve razvojnega obdobja in razvojne naloge v mladostništvu ter na prehodu v odraslost. V L. Marjanovič Umek in M. Zupančič (ur.), *Razvojna psihologija* (3. zv., str. 644–665). Filozofska fakulteta.

Analiza ocene potreb po psihosocialni pomoči upokojujencem

Tanja Šraj Lebar

 © Tanja Šraj Lebar

<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.8>

Upokojujenci predstavljajo heterogeno skupino, saj se lahko posamezniki upokojujejo zaradi invalidnosti ali zaradi dopolnjene starosti in pokojninske dobe (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, b. l.). Kljub različnim razlogom za upokožitev gre za skupino, ki jo pogosteje zaznamujejo zdravstvene težave.

Starostniki imajo tako pogosteje različne kronične bolezni in šibkejši imunski sistem, kar jih je uvrščalo med skupine, pri katerih se lahko razvijejo resnejši zapleti ob obolelosti za covidom-19 (Lee idr., 2020). Pogosteje so tudi starostniki sami zaznavali, da so dovzetnejši za okužbo in da bi bil potek bolezni v primeru okužbe hujši (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021). Ob tem so, predvsem na območjih, kjer je bilo več okužb, občutili večji strah pred obolelostjo za covidom-19 v tej starostni skupini (Lo Coco idr., 2021). Da bi torej starostnike zaščitili pred morebitno okužbo, so bili sprejeti številni ukrepi in priporočila, kot sta strožja socialna izolacija in opravljanje nakupa v določenem časovnem okviru (Armitage in Nellums, 2020; Republika Slovenija, 2020). Čeprav je bil motiv teh ukrepov in priporočil zagotoviti varnost pred okužbo pri starostnikih, so ti vnesli tudi nekatere negativne posledice v življenje teh posameznikov. Z zapiranjem ustanov, kjer so starostniki navezovali socialne stike, in z izvajanjem strožje socialne izolacije so postali dovzetnejši tudi za občutke osamljenosti, ki lahko ogrožajo tako njihovo duševno kot telesno zdravje. Gre torej za skupino, ki je bila med epidemijo dovzetnejša za doživljanje duševnih stisk (Armitage in Nellums, 2020; Lo Coco idr., 2021).

Tudi upokojujenci, ki so invalidsko upokojeni, imajo zdravstvene težave, saj upokožitev nastopi zaradi poškodbe ali bolezni in zato niso zmožni opravljati dela (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, b. l.). Osebe z invalidnostjo pogosto potrebujejo zdravniško oskrbo, ki jo je težje zagotoviti z digitalnimi komunikacijskimi sredstvi. To za mnoge pomeni, da je bila njihova zdravniška oskrba med epidemije težje dostopna, kot je bila v obdobju pred epidemijo. Poleg tega so nekateri prejeli zdravstveno nego, kar pomeni, da so imeli pogosteje stike z drugimi, pri katerih ni mogoče upoštevati

priporočil za preprečitev okužbe s SARS-CoV-2, kot je npr. ohranjanje socialne distance. To je lahko za te posameznike pomenilo velik vir stresa, saj so zaznavali, da so imeli večje tveganje za okužbo. Številni posamezniki z invalidnostjo med epidemijo tako pogosto niso prejeli potrebnih zdravniških storitev, kar je lahko povzročilo poslabšanje njihovega zdravstvenega stanja. Zaradi težav v zdravju, s katerimi se spoprijemajo, so predstavljali eno izmed ranljivih skupin med epidemijo. Da bi se torej tudi ti posamezniki zavarovali pred okužbo, so pogosteje strožje izvajali ukrepe za preprečevanje okužbe, kot je socialna izolacija. Ker pa gre za skupino, ki je že pred epidemijo doživljala več občutkov osamljenosti in izolacije od družbe, so se lahko ti občutki med epidemijo še okrepili (Lund idr., 2020).

Pri analizi odgovorov upokojencev, udeleženi v raziskavi, ugotavljamo, da so prevladovali ženske (73 %; Slika 8.1). Več kot polovica upokojencev, udeleženi v raziskavi, je bilo starih nad 65 let, dobra tretjina udeležencev pa od 45 do 64 let (Slika 8.2). Med upokojenci, udeleženi v raziskavi, je bilo najbolj zastopano mestno okolje (57 %; Tabela 8.1). Prevladovali so udeleženci, ki so imeli dokončano višjo, visoko šolo oziroma prvo bolonjsko stopnjo (32 %), najmanj pa je bilo tistih, ki so imeli dokončano osnovno šolo ali manj (5 %; Tabela 8.1). Opisano kaže na to, da so v specifičnem vzorcu upokojencev prevladovali ženske, mestno okolje, precejšen delež mlajših upokojencev in seveda bolj izobraženih, pa tudi večjih spletnega delovanja, zaradi česar so zmogli reševati tudi spletno anketo.

Upokojenci so že pred epidemijo veljali za populacijo, pri kateri je povečano tveganje za pojav duševne stiske. Med epidemijo pa so se nekateri dejavniki tveganja, kot so zdravstvene težave in doživljanje občutkov osamljenosti, lahko še okrepili (Armitage in Nellums, 2020; Lo Coco idr., 2021; Lund idr., 2020).

Iz Slike 8.5 je tudi razvidno, da sta strah pred izgubo svoboščin in ločenost od družine najizrazitejši stiski, vendar pa jih očitno intenzivneje doživlja manjši odstotek upokojencev, udeleženi v raziskavo, vendar pa je pri njih stiska izrazitejša.

Ugotovitve raziskave pa tudi kažejo, da so upokojenci, udeleženi v raziskavi, v primerjavi z drugimi udeleženci doživljali nekoliko manjšo duševno stisko v drugem valu epidemije v primerjavi s časom pred epidemijo (Tabela 11.9.2). Morda so aktivne starejše osebe in osebe z invalidnostjo doživele manjše spremembe v vsakdanjem življenju v začetku epidemije (v času prvega vala). V nasprotju z delovno populacijo in mladimi so jih manj prežemale skrbi glede finančnega položaja, negotove prihodnosti in nekatere druge skrbi (García-Portilla idr., 2020). Tudi naša raziskava kaže, da niso doživljali

skrbi, vezane na delo, kot so negotovost glede zaposlitve, brezposelnost in težave ob usklajevanju dela z družinskimi obveznostmi, ker zaradi upokojitve niso delovno aktivni (Tabela 11.9.2). Socioekonomski status teh skupin je bil tako stabilnejši med epidemijo, vpliv epidemije in z njo povezanih sprememb pa manjši na duševno zdravje upokojemcev.

K boljšim izidom duševnega zdravja morda prispeva tudi večja prožnost (García-Portilla idr., 2020; Dalise idr., 2021), kar je morda povezano s tem, da se rezilientnost razvija in povečuje z izkušnjami, kjer se morajo posamezniki spoprijeti s stresnimi dogodki in se nanje prilagoditi (Southwick idr. 2014) Rezilientnost pa vodi do dobrega psihološkega počutja in spoprijemanja s stresnimi dogodki (García-Portilla idr., 2020). Tudi upokojemci, udeleženi v raziskavi, so se z zaznano stisko med drugim valom epidemije dokaj uspešno spoprijemali, kar se odraža v manjši zaznani duševni stiski in manj izraženi simptomatiki depresije in psihosomatike (Tabela 8.6 in Tabela 11.9.2). Ob tem je pomembno spet poudariti, da govorimo o specifični skupini upokojemcev. Zelo verjetno pa ne moremo govoriti o upokojemcih, ki so v domovih starejših občanov, sploh če večinoma ležijo le na posteljah. O intenzivnosti njihovih stisk, tudi o občutkih osamljenosti v tem obdobju, nimamo informacij.

Pri večini upokojemcev, udeleženi v raziskavi, so prevladovali strah pred okužbo bližnjih (95 %), skrb zaradi dostopnosti zdravstvenih storitev (87 %), strah pred negotovo prihodnostjo (85 %), ločenost od družine (83 %) in strah pred izgubo svobodčin (73 %; Tabela 8.3). Te težave so med epidemijo tudi doživljali nekoliko intenzivneje. Strah pred okužbo bližnjih (95 %), skrb zaradi dostopnosti zdravstvenih storitev ter ločenost od družine so doživljali enako intenzivno kot drugi udeleženci v vzorcu (Tabela 11.9.2). So pa intenzivneje kot drugi doživljali strah pred lastno okužbo in zdravstvene težave (Tabela 11.9.2). Obremenjenost z zdravstvenimi težavami je pri tej ranljivi skupini pričakovana. Upokojemci, ki se starostno upokojujejo, spadajo v starostno skupino, pri katerih se pogosteje razvijejo različne kronične bolezni (Lee idr., 2020). Tudi posamezniki, ki se invalidsko upokojujejo, imajo bolezni ali poškodbe, ki je povod za izstop iz delovno aktivne populacije (Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, b. l.). Zdravstvene težave so jih postavljale v ranljivejši položaj za obolelost za covidom-19. Ne le, da posamezniki s pridruženimi boleznimi lahko razvijejo zaplete ob obolelosti za covidom-19 oziroma prestajajo hujšo obliko bolezni, tveganje je bilo povezano tudi z načinom njihove oskrbe. Nekatera izmed zdravstvenih stanj namreč zahtevajo večkratno osebno nego, med katero je težje upoštevati priporočila za preprečitev okužbe, s tem pa se je povečalo tudi tveganje za obolelost za covidom-19 (Lee idr., 2020; Lund idr., 2020). Pri tej populaciji sta torej dva dejavnika, zaradi

katerih se lahko počutijo dovzetnejši za okužbo, to pa morda v njih vzbuja večji strah pred lastno okužbo.

Upokojenci, udeleženi v raziskavi, so pred epidemijo doživljali nasilje v družini oziroma partnerskih odnosih v 2,6 odstotka, med epidemijo pa je odstotek tistih, ki so doživljali tovrstno nasilje, narasel na 3,1 odstotka, kar je 1,2-kratni porast (Tabela 8.3). V višjem odstotku (7,3 %) kot pri drugih udeležencih pa je bilo izraženo nasilje v drugih medosebnih odnosih (Tabela 8.3).

Pri upokojencih, udeleženih v raziskavi, sta psihosomatika in simptomatika depresije nizko izraženi (Tabela 9.6). Dve tretjini upokojencev, udeleženih v raziskavo, je poročalo o bolečinah v hrbtu, nogah, rokah in sklepih v zadnjih štirih tednih (Tabela 8.4 in Slika 8.6). Kot simptome depresije pa so navajali težave s spanjem (73 %), utrujenost in pomanjkanje energije (60 %) ter zanimanja/veselja (49 %; Tabela 8.5 in Slika 8.7). Sta pa, kot je že napisano, psihosomatika in simptomatika depresije statistično pomembno nižji v primerjavi z drugimi udeleženci (Tabela 11.9.2), kar je verjetno vezano z manj izzivi, s katerimi so se spoprijemali mladi in delovna populacija v prvem in drugem valu epidemije.

Večina upokojencev, udeleženih v raziskavi, je poročala, da med epidemijo covid-19 ni potrebovala psihološke podpore (Slika 8.8). Le dobra tretjina teh, ki so potrebovali pomoč, pa so jo tudi iskali. Upokojenci, udeleženi v raziskavi, so v svoji socialni mreži najpogosteje iskali podporo pri družinskih članih (70 %; Slika 8.9). Kot vir pomoči pri doživljanju stiske so najpogosteje uporabljali pogovor s prijatelji, družino ali znanci (74 %; Slika 8.10). Pogosto so si stisko lajšali tudi s telesno dejavnostjo (65 %) ali z branjem/poslušanjem (avdio-) knjig (47 %). Nekoliko več kot tretjina upokojencev, udeleženih v raziskavi, je označila, da ne potrebujejo drugih virov pomoči za lajšanje stiske (Slika 8.11). Pri teh, ki so izrazili željo po drugih virih pomoči, je prevladovala želja po sprostitvenih in izobraževalnih oddajah po televiziji (31 %) ter filmih po televiziji/spletu (23 %). Izsledki raziskave kažejo, da so upokojenci izražali manjšo potrebo po psihološki podpori kot druge skupine v vzorcu, uporabljali pa so v primerjavi z drugimi več napotkov zdravstvenih organizacij, si ogledali dokumentarne oddaje in opravljali več prostovoljnega dela (Tabela 11.9.4), kar kaže, da so bili pri lažšanju stiske dejavni. Manj kot drugi so si ogledovali videoposnetke na spletu in posegali po (nezdravi) hrani in alkoholu/cigaretah/drugih psihoaktivnih substancah (Tabela 11.9.4). Tudi sicer so v primerjavi z drugimi udeleženci v vzorcu redkeje posegali po pomoči strokovnjaka s področja duševnega zdravja oziroma si v prihodnje za lajšanje stiske želijo njegove pomoči (Tabela 11.9.4).

Upokojenci, udeleženi v raziskavi, so do informacij o lajšanju duševne stiske najpogosteje prišli po televiziji (50 %) in v pogovoru s prijatelji ali sorodniki (48 %; Slika 8.12). Najredkeje so se zanašali na izobraževanja in usposabljanja o tej temi (16 %) in na tiskane publikacije (8 %). Opazno je, da so pogosteje kot drugi udeleženci raziskave informacije iskali po televiziji, radiu in v tiskanih medijih, ki so verjetno tudi najdosegnejši mediji tej starostni skupini. Upokojenci, udeleženi v raziskavi, so menili, da bi drugim v svoji lokalni skupnosti lahko pomagali predvsem s pogovorom po telefonu (65 %) in z nakupom hrane ter potrebščin (37 %; Slika 8.13).

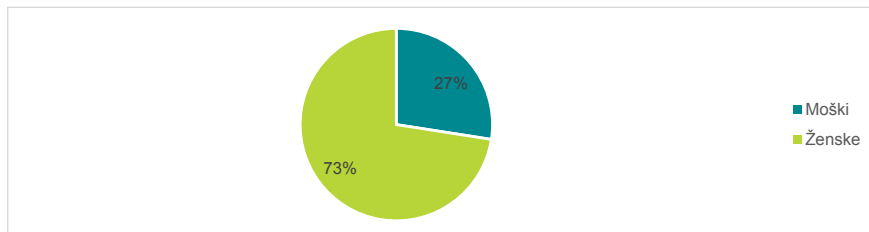
Dve tretjini upokojemcev, udeleženi v raziskavi, je branju oziroma poslušanju novic o bolezni covid-19 namenilo manj kot eno uro časa dnevno (Slika 8.14). Štirje odstotki upokojemcev, udeleženi v raziskavi, so v drugem valu že oboleli za covidom-19, 25 odstotkov pa jih je imelo bližnjega, ki je zbolel za covidom-19 (Tabela 8.7). Novice upokojemcem, udeleženi v raziskavi, so povzročale srednjo raven zaskrbljenosti, raven upoštevanja priporočenih ukrepov pa je bila zelo visoka (Tabela 8.8), kar se sklada s tem, da so v primerjavi z drugimi upoštevali več napotkov zdravstvenih organizacij in so bili o ukrepih in njihovem namenu verjetno bolj (strokovno) ozaveščeni.

Upokojenci, udeleženi v raziskavi, so bili selekcionirana skupina, saj so bili v precejšnjem deležu še zelo mladi, aktivni in večči spleta, saj so med drugim reševali spletno anketo. Tako precejšen del upokojemcev zaradi specifične zbiranja podatkov v tem obdobju nismo zajeli v raziskavo. So pa upokojenci, ki so bili zajeti v raziskavo, doživljali relativno majhno stisko, prav tako je bilo njihovo telesno in duševno stanje precej dobro. Spoprijemali so se z manj stiskami kot preostali del udeležencev raziskave predvsem na ravni finančnih skrbi, zaposlitve, usklajevanja družinskih zadev. Nekaj več skrbi pa je bilo znani na področju okužb. Z epidemijo so se dejavno spoprijemali in so imeli dober občutek glede tega. Zaposlovali so se s telesno dejavnostjo in branjem knjig. Pomoč v stiski so si našli s pogovorom z družinskimi člani, prijatelji in znanci. Posebne potrebe po strokovni psihološki pomoči niso izražali niti za trenutno stanje niti kot željo v prihodnje. Navsezadnje je bilo veliko ukrepov izvedenih v skrbi za starejše in ranljivejše (invalidne) osebe, da ne bi imela okužba negativne posledice za njihovo zdravje ali življenje. So si pa tudi sami pridobivali sveže strokovne informacije o bolezni in se vedli visoko zaščitno, tako v skrbi za svoje zdravje kot tudi za druge v okolici. Žal v samo anketo nismo zajeli najranljivejših upokojemcev, tako tudi ne moremo ponuditi celostne ocene potreb za to populacijo.

8.1 Demografske spremenljivke

8.1.1 Spol

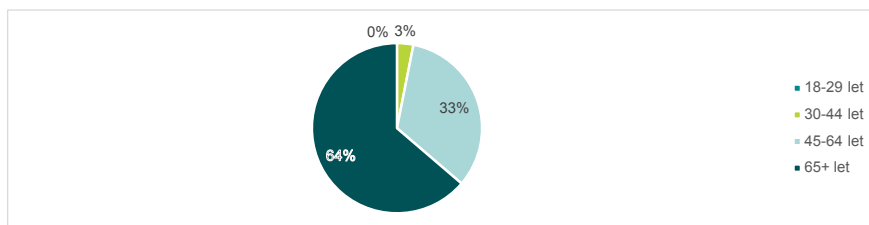
Med upokojenci, udeleženi v raziskavi, so prevladovali ženske (73 %; Slika 8.1).



Slika 8.1 Delež upokojencev, udeleženi v raziskavi, glede na spol ($n = 193$)

8.1.2 Starost

Več kot polovica upokojencev, udeleženi v raziskavi, je bila stara nad 65 let, dobra tretjina udeležencev pa od 45 do 64 let (Slika 8.2).

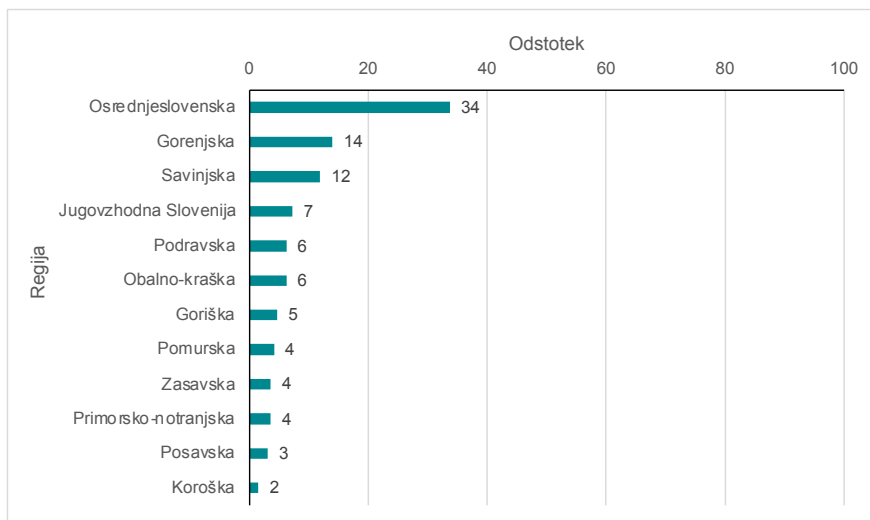


Slika 8.2 Starostna struktura upokojencev, udeleženi v raziskavi ($n = 193$)

Opomba $n = 193$; $M = 66,03$; $SD = 8,34$; $min. = 32$; $maks. = 86$.

8.1.3 Regija prebivališča

Med upokojenci, udeleženi v raziskavi, so bile zastopane vse regije Slovenije (Slika 9.3), pri tem pa so močno prevladovali udeleženci iz osrednjeslovenske regije (34 %).



Slika 8.3 Zastopanost regij pri upokojenih, udeleženi v raziskavi ($n = 193$)

8.1.4 (Druge) sociodemografske lastnosti upokojenecv, udeleženi v raziskavi

Iz Tabele 8.1 je razvidno, da je bilo med upokojenecv, udeleženi v raziskavi, najbolj zastopano mestno okolje (57 %). Prevladovali so udeleženci, ki so imeli dokončno višjo, visoko šolo oziroma prvo bolonjsko stopnjo (32 %), najmanj pa je bilo tistih, ki so imeli dokončno osnovno šolo ali manj (5 %). Le majhen delež je bilo tistih, ki so bili starši šoloobveznih otrok, saj so v raziskavi prevladovali upokojenecv, ki nimajo šoloobveznih otrok (95 %).

Tabela 8.1 (Druge) sociodemografske lastnosti upokojenecv, udeleženi v raziskavi ($n = 193$)

	<i>f</i>	%
Okolje prebivališča		
Mestno okolje	108	57
Podeželje	81	43
Izobrazba		
Osnovna šola ali manj	9	5
Poklicna šola	19	10
Štiriletna srednja šola	46	24
Višja šola/visoka šola/prva bolonjska stopnja	61	32
Univerzitetna izobrazba/druge bolonjske stopnje	48	25
Znanstveni magisterij/doktorat	10	5
Starši šoloobveznih otrok	9	5

8.2 Doživljanje duševne stiske

8.2.1 Splošno doživljanje duševne stiske in primerjava s preteklimi obdobji

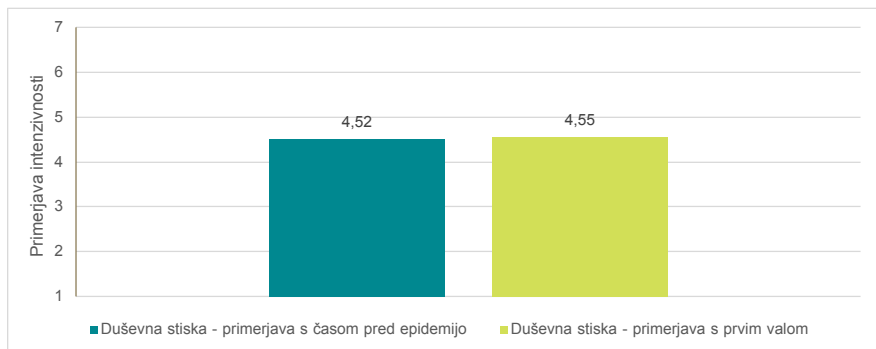
Iz Tabele 8.2 je razvidno, da so upokojenci, udeleženi v raziskavi, v povprečju poročali, da čutijo manj kot srednje intenzivno stisko. Ti so se z zaznano stisko med epidemijo dokaj uspešno spoprijemali.

Tabela 8.2 Doživljanje duševne stiske in spoprijemanje z njo med epidemijo pri upokojen- cih, udeleženi v raziskavi ($n = 606$)

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Doživljanje duševne stiske	193	3,02	2,00
Spoprijemanje z duševno stisko	170	4,65	1,56

Opomba Udeleženci so svojo stisko izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da stiske niso čutili, vrednost 1, da so čutili zelo majhno stisko, vrednost 4, da je bila stiska srednja, vrednost 7 pa, da je stiska, ki so jo čutili, zelo velika. Intenzivnost spoprijemanja s stisko so izrazili na številski lestvici od 1 (zelo neuspešno) do 7 (zelo uspešno), vrednost 4 je predstavljala srednjo uspešnost spoprijemanja s stisko.

V povprečju so upokojenci doživljali nekoliko večjo duševno stisko v pri- merjavi s prvim valom epidemije, ki je trajal od marca do maja 2020, in v pri- merjavi s časom pred njo (Slika 8.4).



Slika 8.4 Doživljanje duševne stiske v primerjavi z obdobjem pred epidemijo in med prvim valom pri upokojenih, udeleženi v raziskavi ($n = 193$)

Opomba Odgovor na »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« in odgovor na »Duševna stiska – primerjava s prvim valom« sta merjena na lestvici od 1 (čutim veliko manjšo stisko) do 7 (čutim veliko večjo stisko). Višji rezultat v nizu »Duševna stiska – primerjava s časom pred epidemijo« nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko v primerjavi s časom pred epidemijo, višji rezultat v nizu »Duševna stiska – pri- merjava s prvim valom« pa nakazuje, da so udeleženci med drugim valom epidemije doživljali večjo stisko kot med prvim valom epidemije.

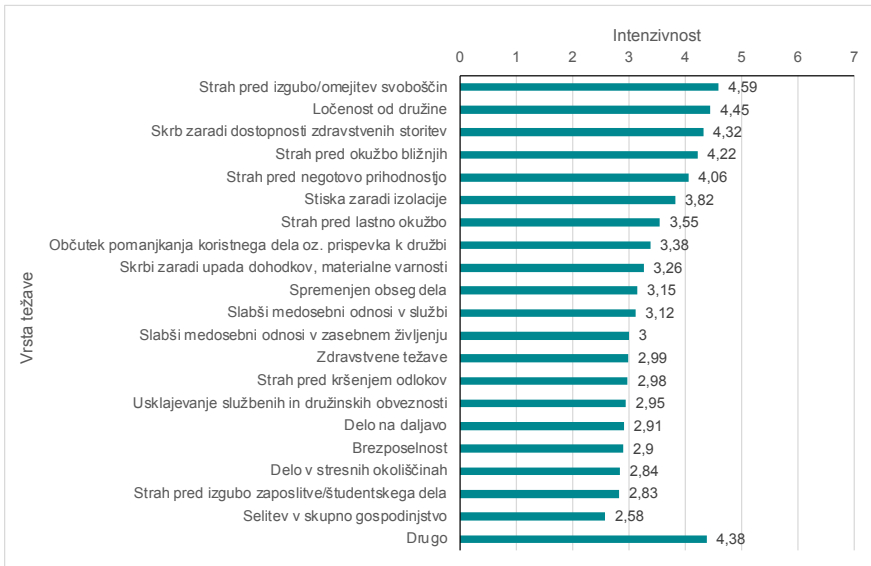
8.2.2 Specifične stiske, povezane s covidom-19

Pri večini upokojemcev, udeleženih v raziskavi, so prevladovali strah pred okužbo bližnjih (95 %), skrb zaradi dostopnosti zdravstvenih storitev (87 %), strah pred negotovo prihodnostjo (85 %), ločenost od družine (83 %) in strah pred izgubo svoboščin (73 %; Tabela 8.3). Te težave pa so med epidemijo doživljali nekoliko intenzivneje. Intenzivnejše je bilo tudi doživljanje drugih težav, ki niso bile med navedenimi, vendar je teh med upokojemci, udeleženimi v raziskavi, manj (Slika 8.5). Iz Slike 8.5 je tudi razvidno, da sta strah pred izgubo svoboščin in ločenost od družine najizrazitejši stiski, vendar pa jih očitno intenzivneje doživlja nižji odstotek upokojemcev, udeleženih v raziskavo, je pa pri le-teh stiska izrazitejša.

Tabela 8.3 Doživljanje posameznih težav med epidemijo pri upokojemcih, udeleženih v raziskavi ($n = 193$)

	Odstotek (vseh, razen odgovora o)	<i>M</i>	<i>SD</i>
Zdravstvene težave	76	2,99	1,71
Strah pred lastno okužbo	87	3,55	1,99
Strah pred okužbo bližnjih	95	4,22	1,97
Stiska zaradi izolacije	79	3,82	2,05
Strah pred negotovo prihodnostjo	85	4,06	2,09
Skrb zaradi dostopnosti zdravstvenih storitev	87	4,32	2,07
Ločenost od družine	83	4,45	1,97
Spremenjen obseg dela	46	3,15	1,92
Delo v stresnih okoliščinah	43	2,84	1,85
Delo na daljavo	33	2,91	1,69
Skrbi zaradi upada dohodkov, materialne varnosti	55	3,26	1,90
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	12	2,83	1,90
Brezposelnost	10	2,90	2,22
Občutek pomanjkanja koristnega dela oz. prispevka k družbi	58	3,38	1,83
Selitev v skupno gospodinjstvo	10	2,58	1,87
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	45	3,00	1,99
Slabši medosebni odnosi v službi	14	3,12	1,73
Usklajevanje službenih in družinskih obveznosti	21	2,95	2,16
Strah pred kršenjem odlokov	57	2,98	2,16
Strah pred izgubo/omejitv svoboščin	73	4,59	2,36
Drugo	11	4,38	2,71

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.



Slika 8.5 Povprečna vrednost doživljanja posameznih težav med epidemijo pri upokojencih, udeleženi v raziskavi ($n = 193$)

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posameznih težav izrazili na številski lestvici od 0 do 7, kjer vrednost 0 pomeni, da težave niso doživljali, vrednost 1, da so jo doživljali zelo malo, vrednost 4, da so jo doživljali srednje intenzivno, vrednost 7 pa, da je bila intenzivnost težave, ki so jo doživljali, zelo velika.

8.3 Doživljanje nasilja

Tabela 8.3. prikazuje, da so upokojenci, udeleženi v raziskavi, pred epidemijo doživljali nasilje v družini oziroma partnerskih odnosih v 2,6 %, med epidemijo pa je odstotek tistih, ki doživljajo tovrstno nasilje, narasel na 3,1 %, kar je 1,2-kratni porast. Višji odstotek (7,3 %) kot pri splošni populaciji pa je v drugih medosebnih odnosih.

Tabela 8.3 Doživljanje nasilja v medosebnih odnosih pred in med epidemijo pri upokojencih, udeleženi v raziskavi ($n = 193$)

	Pred epidemijo		Med epidemijo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
V družini oziroma partnerskem odnosu	5	2,6	6	3,1
V drugih medosebnih odnosih	/	/	14	7,3

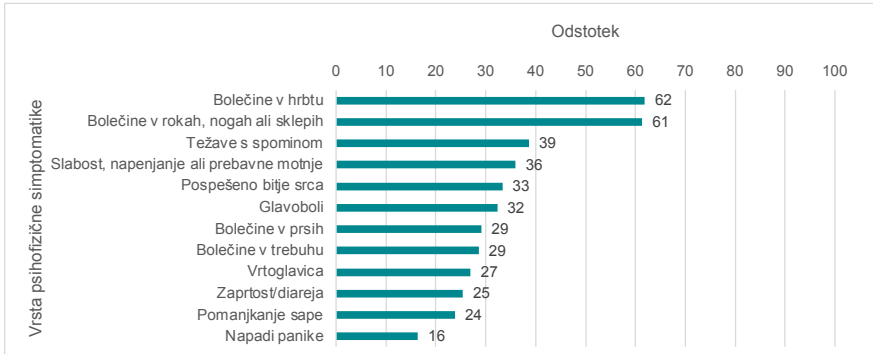
8.4 Psihične in fizične težave

Iz Tabele 8.4 in Slike 8.6 je razvidno, da je več kot polovica upokojenecv, udeleženi v raziskavo, imela v zadnjih štirih tednih vsaj malo težav na naslednjih področjih psihofizičnega zdravja: bolečine v hrbtu (62 % – ima izkušnjo; 16 % – ima redno težave) in bolečine v nogah, rokah in sklepih (61 % – ima izkušnjo; 17 % – ima redno težave). Te težave so označevali tudi kot najizrazitejše. Najredkeje pa so prepoznali težave v obliki omedlevice (7 % – ima izkušnjo; 0 % – ima redno težave), menstrualnih krčev (3 % – ima izkušnjo; 1 % – ima redno težave) in bolečin ali težav med spolnostjo (6 % – ima izkušnjo; 2 % – ima redno težave). Sploh ti dve sta bili najverjetneje posledica starostnega obdobja.

Tabela 8.4 Doživljanje posameznih psihofizičnih težav v zadnjih štirih tednih pri upokojenecih, udeleženi v raziskavi ($n = 189$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Bolečine v trebuhu	29	3	0,32	0,53
Bolečine v hrbtu	62	16	0,78	0,70
Bolečine v rokah, nogah ali sklepih	61	17	0,79	0,72
Menstrualni krči	3	1	0,04	0,25
Glavoboli	32	2	0,34	0,52
Bolečine v prsih	29	3	0,32	0,53
Vrtoglavica	27	5	0,32	0,56
Omedlevica	7	0	0,07	0,26
Pospešeno bitje srca	33	6	0,39	0,59
Pomanjkanje sape	24	3	0,27	0,51
Bolečine ali težave med spolnostjo	6	2	0,08	0,35
Zaprto/diareja	25	4	0,30	0,54
Slabost, napenjanje ali prebavne motnje	36	5	0,41	0,59
Težave s spominom	39	5	0,44	0,59
Napadi panike	16	3	0,19	0,46

Opomba Udeleženci so intenzivnost doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih vsaj malo (ali zelo) mučile navedene psihofizične težave (odgovor 1 ali 2). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih zelo mučile navedene psihofizične težave (odgovor 2).



Slika 8.6 Odstotek upokoјencev, udeleženih v raziskavi, ki so v zadnjih štirih tednih vsaj malo doživljali posamezno psihofizično težavo ($n = 189$)

Opomba Udeleženci so intenziteto doživljanja posamezne psihofizične težave izrazili na lestvici od 0 (nič) do 2 (zelo). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1 ali 2. Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: menstrualni krči, omedlevica, bolečine ali težave med spolnostjo.

Iz Tabele 8.5 in Slike 8.7, je razvidno, da so upokoјenci, udeleženi v raziskavi, kot najpogostejše simptome depresije navajali težave s spanjem (73 % – ima izkušnjo; 22 % – ima redno težave), utrujenost in pomanjkanje energije (60 % – ima izkušnjo; 20 % – ima redno težave) in pomanjkanje zanimanja/veselja (49 % – ima izkušnjo; 14 % – ima redno težave). Najredkeje pa so prepoznavali težave v obliki izjemno počasnega/hitrega (nemirnega) premikanje ali govorjenje (18 % – ima izkušnjo; 5 % – ima redno težave).

Tabela 8.5 Doživljanje posameznih simptomov depresije pri upokoјencih, udeleženih v raziskavi, v zadnjih 14 dneh ($n = 187$)

	Odstotek ₁	Odstotek ₂	<i>M</i>	<i>SD</i>
Pomanjkanje zanimanja/veselja	49	14	0,68	0,85
Potrtoš, depresija ali obup	41	9	0,53	0,76
Težave s spanjem	73	22	1,07	0,92
Utrujenost in pomanjkanje energije	60	20	0,84	0,84
Pomanjkanje apetita/prenajedanje	30	12	0,43	0,73
Malodušje/razočaranje nad samim seboj	33	9	0,44	0,70
Težave z zbranostjo	36	11	0,52	0,81
Izjemno počasno/hitro (nemirno) premikanje ali govorjenje	18	5	0,25	0,58

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Odstotek₁ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile vsaj nekaj dni ali več (odgovor 1 ali več). Odstotek₂ = delež udeležencev, ki so jih navedene težave pestile več kot polovico dni (odgovori 2 in 3).



Slika 8.7 Odstotek upokojenecv, udeleženi v raziskavi, ki so v zadnjih 14 dneh doživljali posamezne simptome depresije ($n = 187$)

Opomba Udeleženci so pogostost simptomov izrazili na lestvici od 0 (nikoli) do 3 (skoraj vsak dan). Slika prikazuje delež posameznikov, ki so na posamezno postavko odgovorili z vrednostjo 1, 2 ali 3.

Pri upokojenecih, udeleženi v raziskavi, sta bili psihosomatika in simptomatika depresije nizko izraženi (Tabela 8.6).

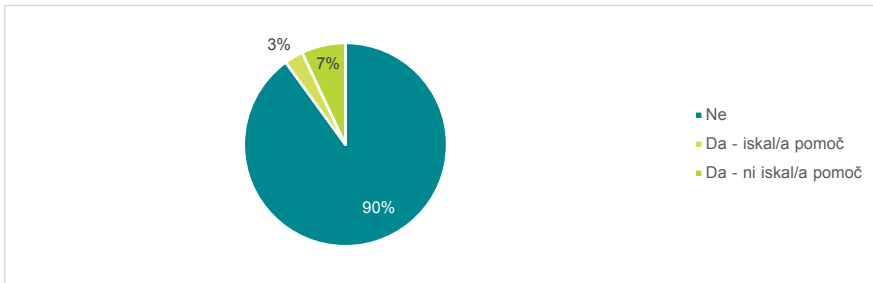
Tabela 8.6 Rezultati upokojenecv, udeleženi v raziskavi, pri vprašalnikih PHQ-15 (13 postavk) in PHQ-8

	<i>n</i>	<i>Rezultat</i>	<i>SD</i>
PHQ-15 (13)	189	4,44	3,96
PHQ-8	187	4,76	4,72

Opomba Najnižji možni rezultat na lestvici PHQ-15 (s 13 postavkami) je 0, najvišji možni rezultat pa 26. Tudi na lestvici PHQ-8 je najnižji možni rezultat 0, najvišji pa 24.

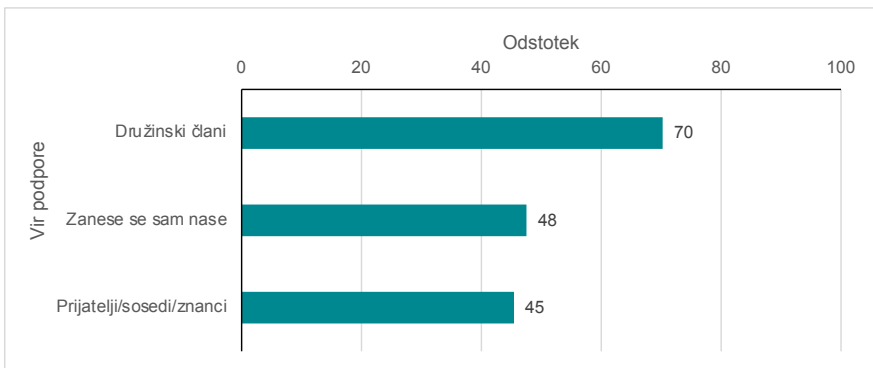
8.5 Potreba po podpori

Večina upokojenecv, udeleženi v raziskavi, je poročala, da med epidemijo covid-19 niso potrebovali psihološke podpore (90 %, Slika 9.8). Le slaba tretjina tistih, ki so potrebovali pomoč, pa jo je tudi iskala.



Slika 8.8 Potreba po psihološki podpori upokojencev, udeleženi v raziskavi ($n = 186$)

Upokojenci, udeleženi v raziskavi, so v svoji socialni mreži najpogosteje iskali podporo pri družinskih članih (70 %; Slika 8.9).



Slika 8.9 Iskanje podpore v socialni mreži upokojencev, udeleženi v raziskavi ($n = 185$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: nimam nikogar, drugo.

8.6 Viri pomoči

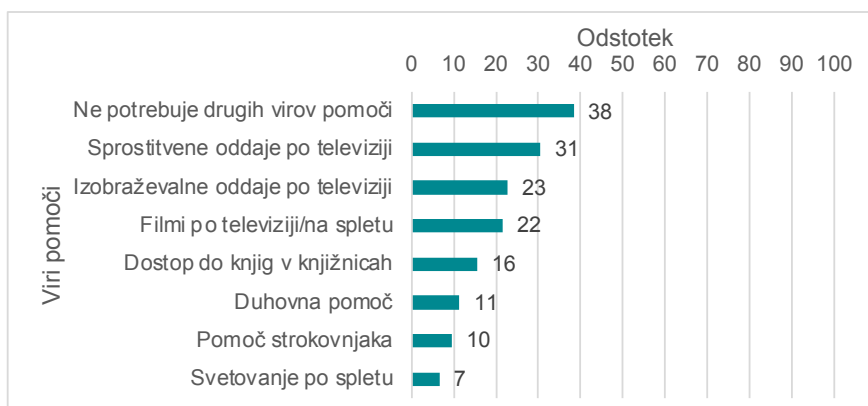
Kot vir pomoči pri doživljanju stiske so upokojenci, udeleženi v raziskavi, najpogosteje uporabljali pogovor s prijatelji, družino ali znanci (74 %; Slika 8.10). Pogosto so si stisko lajšali tudi s telesno dejavnostjo (65 %) ali z branjem/poslušanjem (avdio-) knjig (47 %).

Nekoliko več kot tretjina upokojencev, udeleženi v raziskavi, je označila, da ne potrebujejo drugih virov pomoči za lajšanje stiske (Slika 8.11). Pri teh, ki so izrazili željo po drugih virih pomoči, je prevladovala želja po sprostivnih in izobraževalnih oddajah po televiziji (31 %) ter filmih po televiziji/spletu (23 %).



Slika 8.10 Viri pomoči, ki so jih upokojeneci, udeleženi v raziskavi, že uporabljali za lajšanje stiske ($n = 185$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: klic na telefon za pomoč v stiski, poseganje po alkoholu, cigaretah/drugih psihoaktivnih substancah.



Slika 8.11 Viri pomoči, ki bi jih upokojeneci, udeleženi v raziskavi, še želeli uporabiti za lajšanje stiske ($n = 167$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: pogovor na kriznem telefonu, pogovor s strokovnjakom v videoklicu, pogovori na družabnih omrežjih, podpora v delovni organizaciji, supervizijska/podporna skupina zunaj delovne organizacije, napotki zdravstvenih organizacij, informacije v radijskih oddajah, izobraževalne oddaje po radiu, sprostitutvene oddaje po radiu, dostopne knjige po spletu, opravljanje prostovoljnega dela, vodena vadba po televiziji/spletu, drugo.

Upokojenci, udeleženi v raziskavi, so do informacij o lajšanju duševne stiske najpogosteje prišli po televiziji (50 %) in v pogovoru s prijatelji ali sorodniki (48 %; Slika 8.12). Najredkeje so se zanašali na izobraževanja in usposabljanja o tej temi (16 %) in na tiskane publikacije (8 %).



Slika 8.12 Najpogostejši viri informacij v povezavi z lajšanjem duševne stiske pri upokojencih, udeleženih v raziskavi ($n = 167$)

Podpora drugim v lokalni skupnosti

Upokojenci, udeleženi v raziskavi, so menili, da bi drugim v svoji lokalni skupnosti lahko pomagali predvsem s pogovorom po telefonu (65 %) in z nakupom hrane ter potrebščin (37 %; Slika 8.13).



Slika 8.13 Prepoznani načini pomoči upokojencev, udeleženih v raziskavi, drugim v lokalni skupnosti ($n = 167$)

Opomba Kategorije, kjer je bilo udeležencev manj kot 20 oziroma manj kot 5 %, niso prikazane. Te kategorije so naslednje: varstvo otrok, posojanje/darovanje tehnološke opreme, finančna podpora dobrodelnim organizacijam, ne želi sodelovati pri tem, drugo.

8.7 Covid-19

Dve tretjini upokojemcev, udeleženih v raziskavi, je branju oziroma poslušanju novic o bolezni covid-19 namenilo manj kot eno uro časa dnevno (Slika 8.14).

Slika 8.14 Čas, namenjen branju/poslušanju novic o bolezni covid-19, pri upokojemcih, udeleženih v raziskavi ($n = 167$)

4 % upokojemcev, udeleženih v raziskavi, so med raziskavo že oboleli za covidom-19, 25 % pa je imelo bližnjega, ki je zbolel za covidom-19 (Tabela 8.7).

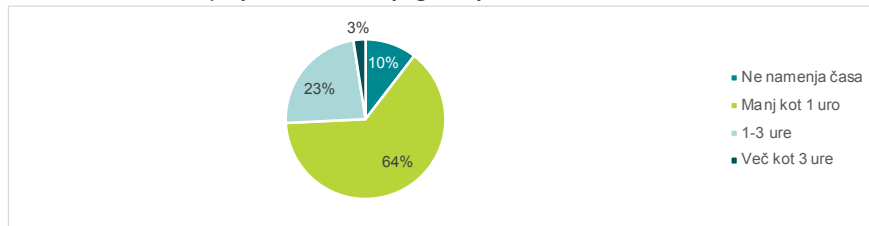


Tabela 8.7 Podatki o lastni obolevnosti za covidom-19 in obolevnosti bližnjih za upokojemce, udeležene v raziskavi ($n = 167$)

	<i>f</i>	%
Oboleli za covidom-19	7	4,2
Bližnji, oboleli za covidom-19	42	25,1

Novice upokojemcem, udeležnim v raziskavi, so povzročale srednjo raven zaskrbljenosti, raven upoštevanja priporočenih ukrepov pa je bila zelo visoka (Tabela 8.8).

Tabela 8.8 Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni covid-19 in stopnja upoštevanja priporočenih ukrepov med epidemijo pri upokojemcih, udeležnih v raziskavi ($n = 163$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Raven zaskrbljenosti ob novicah o bolezni	4,14	1,71
Upoštevanje priporočenih ukrepov	6,50	0,87

Opomba Udeleženci so raven zaskrbljenosti ob branju in poslušanju novic o bolezni covid-19 ocenili na lestvici od 1 (zelo majhno) do 7 (zelo veliko). Tudi raven upoštevanja priporočenih ukrepov so ocenili na lestvici od 1 (sploh nič) do 7 (povsem).

Viri in literatura


Armitage, R., in Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), 256.

García-Portilla, P., de la Fuente Tomás, L., Bobes-Bascarán, T., Jiménez Treviño, L., Zurón Madera, P., Suárez Álvarez, M., Menéndez Miranda, I., García Álvarez, L., Sáiz

- Martínez, P. A., in Bobes, J. (2021). Are older adults also at higher psychological risk from COVID-19? *Aging and Mental Health*, 25(7), 1297–1304.
- Dalise, S., Tramonti, F., Armienti, E., Niccolini, V., Caniglia-Tenaglia, M., Morganti, R., in Chisari, C. (2021). Psycho-social impact of social distancing and isolation due to the COVID-19 containment measures on patients with physical disabilities. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(1), 158–165.
- Lee, K., Jeong, G. C., in Yim, J. (2020). Consideration of the psychological and mental health of the elderly during COVID-19: A theoretical review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8098.
- Lo Coco, G., Gentile, A., Bosnar, K., Milovanović, I., Bianco, A., Drid, P., in Pišot, S. (2021). A cross-country examination on the fear of COVID-19 and the sense of loneliness during the first wave of COVID-19 outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2586.
- Lund, E. M., Forber-Pratt, A. J., Wilson, C., in Mona, L. R. (2020). The COVID-19 pandemic, stress, and trauma in the disability community: A call to action. *Rehabilitation Psychology*, 65(4), 313–322.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021). *Pandemija Covid-19 v Sloveniji: izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA)*. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/panda_porocilo_po_4_valu.pdf
- Republika Slovenija. (2020, 28. april). 30. *dopisna seja Vlade Republike Slovenije*. <https://www.gov.si/novice/2020-04-28-30-dopisna-seja-vlade-republike-slovenije/>
- Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. (B. I.). *Pokojnine*. <https://www.zpiz.si/cms/content2019/pokojnine>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C. in Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>

Kvalitativni vpogled v doživljanje, stiske in potrebe ljudi med epidemijo in po njej

Eva Sedlašek, Nina Krohne in Vita Poštuvan

 © Eva Sedlašek, Nina Krohne in Vita Poštuvan

<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.9>

Od začetka epidemije so bile izvedene številne študije (Lep in Hacin Beyazoglu, 2020), ki so proučevale spremembe in posledice epidemije in zaščitnih ukrepov na življenja ljudi med epidemijo covid-19 in po njej. Pričujoče poglavje poleg povzetka dosedanjih ugotovitev ponuja nadgradnjo že znanega z aktualnejšimi izsledki in tako omogoča celosten pregled spoznanj.

Poglavje sestavljata dva dela, ki skozi različne vidike predstavljata doživljanje, stiske in potrebe ljudi med epidemijo in psihološke posledice, ki jih je pustilo to obdobje. Prvi del predstavlja pogled, izkušnje in doživljanje prebivalstva, medtem ko drugi del zajema videnje strokovnjakov za duševno zdravje oz. za delo z ljudmi.

Upoštevanje obeh pogledov omogoča možnost primerjave strokovne interpretacije izkušenj s subjektivnim doživljanjem posameznikov in s tem prispeva k celovitejšemu razumevanju vpliva epidemije na duševno zdravje splošne populacije Slovenije. Strokovni pogled osvetljuje širše trende in osrednje izzive posameznih demografskih skupin, medtem ko pogled prebivalstva prinaša neposreden vpogled v osebne stiske, prilagoditvene strategije in zaznane potrebe. Skupaj omogočata bolj uravnoteženo oceno učinkov epidemije na duševno zdravje in predstavljata pomembno izhodišče za načrtovanje ustreznih podpornih ukrepov v prihodnosti.

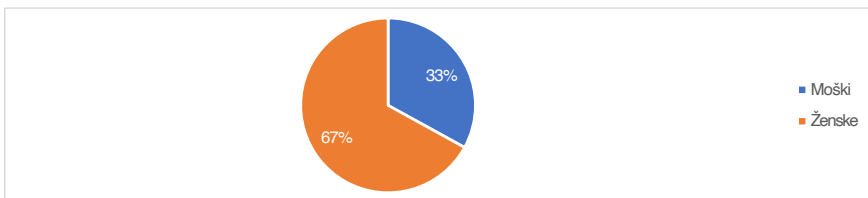
9.1 Pogled prebivalstva: kvalitativna raziskava

Od začetka epidemije covid-19 so življenja prebivalcev Slovenije zamajale številne hitre in nepredvidljive spremembe (tj. draginja, naravne nesreče), ki so vsaka zase lahko predstavljale izvor stresa ali dejavnike tveganja za duševno zdravje in dobro počutje ljudi. Ta študija¹ ponuja poglobljen vpogled v stiske prebivalcev in prebivalk Slovenije ter njihovo doživljanje med epidemijo in sprejetih preventivnih ukrepov (tj. od marca 2020 do aprila 2022). Izvedeni so bili polstrukturirani intervjuji, ki so omogočali prilagajanje vsebine udeležencem in njihovim izkušnjam, ob hkratnem upoštevanju zastavljene strukture intervjujev. Pridobivanje podatkov je potekalo med junijem in

novembrom 2023. Podatki so bili analizirani po principih utemeljene teorije (ang. Grounded Theory). Intervjuji so bili razčlenjeni na kode, ki se združujejo v koncepte oz. kategorije. V nadaljevanju so predstavljeni koncepti, ki se navezujejo na obdobje epidemije.

9.1.1 Demografske spremenljivke

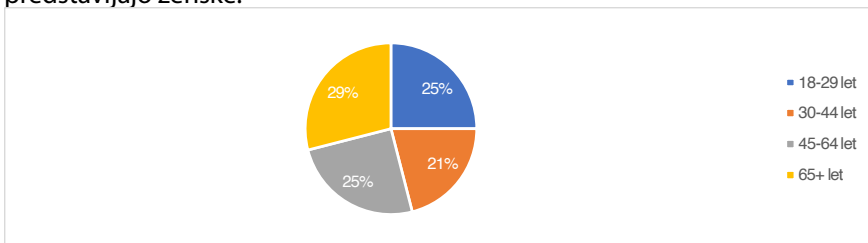
V skladu z etičnimi standardi raziskovanja so v raziskavi zbrani oz. predstavljeni le demografski podatki, relevantni za študijo. Preostali demografski podatki niso bili pridobljeni oz. zaradi spoštovanja in varovanja identitete udeležencev ne bodo predstavljeni.



9.1.1.1 Spol

Slika 9.1 Delež udeležencev glede na spol (N = 24)

V raziskavi je sodelovalo 24 udeležencev, pri čemer dve tretjini udeležencev predstavljajo ženske.

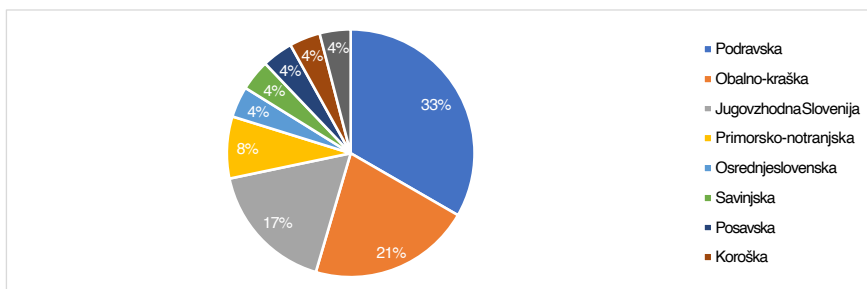


9.1.1.2 Starost

Slika 9.2 Delež udeležencev glede na starost

Povprečna starost udeležencev je 49 let, pri čemer je najnižja starost 21 let in najvišja 76 let.

9.1.1.3 Regija prebivališča



Slika 9.3 Delež udeležencev glede na regijo prebivališča

Udeleženci prihajajo iz devetih različnih regij po Sloveniji, pri čemer največji delež udeležencev prihaja iz podravske regije. Regije, ki v vzorcu niso zastopane so goriška, zasavska in pomurska regija.

9.1.2 Doživljanje stiske med epidemijo

9.1.2.1 Potrebe ljudi med epidemijo

Na podlagi analize intervjujev je prepoznanih devet tematskih področij (kod), ki se navezujejo na potrebe in stiske ljudi v tistem obdobju. Področja, ki so predstavljena v nadaljevanju, zajemajo globoke in močne stiske, ki so posledica dogajanja in sprememb (npr. sprejeti zaščitni ukrepi) v tistem obdobju. Področja si sledijo po zastopanosti (število navedkov znotraj njih), začeni s področjem, o katerem udeleženci poročajo najpogosteje.

Doživljanje negotovosti in strahu pred nepredvidljivo prihodnostjo

Občutki negotovosti in strahu pred prihodnostjo, o katerih poročajo udeleženci, se povezujejo z različnimi dejavniki. Udeleženci poročajo o negotovosti zaradi poznane nevarnosti, ki jo je virus takrat predstavljal; pomanjkanja ali nejasnih informacij o virusu in razmerah; skrbi pred tem, kako se bo spremenilo njihovo življenje. Občutki negotovosti, ki jih opisujejo, se vežejo tako na skrbi in stisko ob izbruhu virusa ali sprejetju določenega ukrepa kot tudi na razmišljanje o prihodnosti in o tem, kar sledi.

Navedek udeleženke (9:19): »Najbolj me je to, ta negotovost. Kaj se zaj sploh dogaja? Strah, a bom zbolela, a ne bom zbolela? Kdaj bo konec? A bo sploh konec? A bomo celo življenje tako živeli. /.../ Eni so bli kar tko, da se bo celo življenje spremenilo, zaj bomo mogli drugače živet.«

Doživljanje strahu pred okužbo in posledicami zase ali bližnje

Udeleženci poročajo o močnih občutkih strahu pred tem, da bi se sami okužili z virusom in da bi posledično lahko okužili tudi svoje bližnje. O doživljanju strahu pred okužbo in posledicami okužbe poročajo različno stari udeleženci. Udeleženci poročajo o močnejših občutkih strahu ob izbruhu virusa in pred prvo lastno izkušnjo z okužbo oz. po morebitnem hujšem poteku okužbe.

Navedek udeleženke (4:25): »... konstantno je bila misel, kje bom koga srečala, ki bi mi mogoče lahko zakašljala, da me bo okužil, da ne bom prinesla jaz mojim otrokom bolezen. /.../ Ampak toliko kolikor so pompali, so me do te mere prestrašili, da sem se jaz bala človeka, ki je šel mimo mene.«

Doživljanje stresa ob usklajevanju številnih (dodatnih) obveznosti

Koda vključuje občutke stresa, o katerih poročajo starši v navezavi na usklajevanje dejavnosti, vezanih na otroke, gospodinjstvo in zaposlitev. Starši poročajo, da je bilo med epidemijo teh obveznosti več zaradi različnih zaščitnih ukrepov, ki so bili sprejeti in so privedli do spremenjenega načina dela (npr. pomoč otroku pri šolanju na daljavo). O občutkih stresa ne poročajo le starši, ampak se pojavljajo tudi pri drugih udeležencih, predvsem kot občutki velike obremenjenosti ob usklajevanju različnih obveznosti, ki so se pojavile v obdobju epidemije (npr. redno testiranje) ali pa so v tem času potekale na drugačen način (npr. šolanje na daljavo).

Navedek udeleženke (6:25) »... Bistvu je blo zlo prepleteno. V istem času si delu, v istem času si kuhal. V istem času si bil učitelj in si bil ne. Vse si bil.«

Razvoj močnih neprijetnih občutkov ob medijskem poročanju o dogajanju

Udeleženci poročajo o različnih neprijetnih občutkih, vezanih na medijsko poročanje o epidemiji, sprejemanju zaščitnih ukrepov in drugem dogajanju v obdobju epidemije. Poročajo o močnih občutkih strahu, ki so se vezali predvsem na medijsko poročanje o hitri naravi širjenja virusa, hudih posledicah in smrtnih izidih zaradi okužbe z virusom ter o kaznovanju morebitnega neupoštevanja ukrepov.

Navedek udeleženke (9:74): »... predvsem ta medijski vpliv se mi zdi da je bil precej strah vzbujajoč. Sploh ko si vido tiste posnetke, pa iz Italije, kaj se je dogajalo.«

Zraven strahu udeleženci poročajo o občutkih preobremenjenosti oz. zasičenosti z informacijami, ki se povezujejo predvsem s količino in hitrostjo spreminjanja informacij v medijih ter s čustveno zahtevno naravo informacij.

Navedek udeleženke (15:51): »Se mi zdi, da ... počutila sem se precej morbidno, preden sem se odrezala od nekih medijev, eee, ker to je bla, na vsakem koraku je bila smrt pa jeza, pa umm, neko neodobravanje tega, kar se dogaja v svetu, amm. Tako da ja, sem preprosto mogla pač pol končat s tem.«

Doživljanje stiske ob zmanjšanju medosebnih stikov

Področje zajema poročanje udeležencev o stiski zaradi zmanjšanja ali prekinitve stikov s svojimi bližnjimi (tj. družina, prijatelji). Udeleženci pojasnjujejo, da je do omenjenih sprememb v medosebnih odnosih v tistem obdobju prišlo predvsem zaradi upoštevanja zaščitnih ukrepov ali zaradi usklajevanja številnih dodatnih obveznosti oz. spremenjenega načina opravljanja določenih dejavnosti (npr. delo na daljavo), kar se je odsevalo v manj prostega časa, ki bi ga lahko namenili preživljanju časa z bližnjimi.

Navedek udeleženca (8:30): »Problem je bil vedno, mi smo le socialna bitja, ne, in pač rabimo kontakt, in tega nismo imeli v resnici, ne. A ne, mi smo le odnosa bitja, ne pa ... nekdo ki, ga zaprejo nekam al- al, ne vem, ki ga osamijo, ne ... (vzdih).«

Doživljanje občutkov razočaranja ob obravnavi v zdravstvenem sistemu

Občutki razočaranja, o katerih poročajo udeleženci, se povezujejo predvsem na spremenjen dostop do zdravniške pomoči, ki je bil v tistem obdobju pogosto otežen. Udeleženci poročajo, da so ob iskanju zdravniške pomoči naleteli na preusmerjanje njihovih klicev, nejasne informacije zdravstvenih služb ali na njihovo neodzivnost. Občutki razočaranja so se pojavljali tudi ob spremljanju obravnave svojcev, ki so bili v bolnišnični oskrbi. Stiska udeležencev se je navezovala na odnos zaposlenih do hospitaliziranega svojca ali na nezmožnost pridobivanja informacij o zdravstvenem stanju in morebitnih spremembah pri svojcu.

Navedek udeleženke (2:50): »... bolnice, ane. /.../ Tukaj je bilo pa katastrofa. Tudi še pol, ko je že korona šla h koncu, ne na začetku, ker pri nas se je zgodba začela dogajati, ko je korona šla h koncu, pa so bile še omejitve. To mi je pa bilo blazno nelogično ... blazno ... ne vem. /.../ Mene je bolnišnični sistem zelo razočaral, no, v tem obdobju.«

Doživljanje obremenjenosti zaradi pogostejše uporabe digitalne tehnologije

Koda opisuje občutke obremenjenosti, ki jih opisujejo predvsem mladi na prehodu v odraslost. Ti poročajo, da so med epidemijo digitalno tehnologijo uporabljali veliko pogosteje. Pogostejša raba različnih digitalnih naprav (tj. prenosni telefon, prenosni računalnik ...) je na eni strani predstavljala način ohranjanja medosebnih odnosov z družinskimi člani ali prijatelji, hkrati pa je postala obvezna z uvedbo šolanja ali dela na daljavo. Tudi številne druge dejavnosti (npr. dostop do zdravnika, skupinske telesne vadbe) so v tistem času potekale z uporabo digitalne tehnologije. Mladi tako poročajo o splošni prisotnosti tehnologije v njihovem vsakdanu, kar je privedlo do občutkov zasičenosti, stresa in utrujenosti od tehnologije.

Navedek udeleženke (9:53): »Edino, kar se mi zdi, je pa to, da je bilo ful več tega s telefonom, tko kar naporno. Tako da jaz sem potem v nekih trenutkih telefon samo izključila, ker sem imela potem tko 10 neprebranih sporočil in je blo tko malo, malo preveč, ker pol in lahko skoz odgovarjat, ker pol ko enemu odpišeš, ti že drugi nazaj. /.../«

Doživljanje stiske ob nezmožnosti običajnega slovesa od osebe, ki umira ali je umrla

Področje zajema doživljanje tistih udeležencev, ki so med epidemijo izgubili svojca ali drugega bližnjega. Udeleženci poročajo o občutkih strahu in negotovosti pred tem, da se zaradi sprejetih ukrepov ne bi mogli posloviti od umirajočega svojca v bolnišnični oskrbi. Poročajo tudi o občutkih žalosti ali jeze zaradi pravil, ki so omejevala oz. onemogočala običajno slovo od umrlega (tj. pogrebni obred, popogrebni rituali).

Navedek udeleženke (9:13): »In že ta občutek, ko ti nekdo reče, ja pač ne morte se poslovit od njega in tudi na pogreb je lahko šla samo moja babica, kot hčerka in pač samo najbližji. /.../ Nedostojanstveno je vse skupaj. Rekli so, samo to, da ga bodo zavili v nek beli prt in pač tudi pogreb je bil tko, nč od nč v resnici. In potem se mi zdi, da nas je ta stvar, kot celo družino malo ustavila.«

Pojavljanje nespečnosti zaradi premišljevanja o dogajanju

Udeleženci poročajo o težavah s spanjem, ki so bile posledica neprestanega razmišljanja in skrbi o takratnem dogajanju. Skrbi, o katerih so poročali udeleženci, so bile bolj »splošne« (npr. spreminjanje dogajanja in posledice za udeležence ali njihove bližnje), lahko pa so bile vezane na specifične vidike

njihove življenja (npr. skrb za finančno preskrbljenost zaradi izgube dohodka, strah pred izgubo zaposlitve, strah pred okužbo).

Navedek udeleženke (4:8): »Bila sem razpeta med tem: delat, ne delat, plača, ne plača, otroci, ne otroci, pozornost, ne pozornost ... To je vse, konstantno, konstantno eno kolebanje, toliko da sem potem nehala spat ponoči. Od stresa, ne.«

Zraven opisanih tematik je je bilo prepoznano še široko področje pogostih in splošno prisotnih občutkov med epidemijo, ki zajema deset tematskih podpodročij. Ti se nanašajo na blažje, a vsesplošne občutke o katerih poročajo udeleženci. Poročajo o strahu, jezi, zmedenosti, preobremenjenosti, nemoči, tesnobi in stresu, ki se vežejo predvsem na hitre in nepredvidljive spremembe v tistem obdobju (npr. hitrost širjenja virusa, spreminjanje sprejetih zaščitnih ukrepov). Poročajo tudi o pojavu dvomov o vodstvu države in njihovem sprejemanju odločitev, pri čemer opisujejo tudi občutke prisile in podrejanja sprejetim odločitvam vodstva. Poročanje udeležencev o splošnih občutkih v tistem obdobju izkazuje veliko prepletenost različnih neprijetnih čustev. Udeleženci ne razlikujejo med njimi, prav tako ne razmišljajo o specifičnih vzrokih za takšno počutje, ampak občutke predstavljajo kot posledico oz. odziv na takratne spremembe in dogajanje. Občutke opisujejo kot vsesplošne v tistem obdobju. Lahko bi rekli, da je njihovo notranje doživljanje (tj. različna neprijetna občutja, ki se med seboj prepletajo) odsev takratnega hitro se spreminjajočega zunanjega dogajanja.

Navedek udeleženke (4:63): »... Splošno je bila ena tesnoba prisotna, am, in nes-, občutek (---) nesigurnosti, ne vem, če bi se tako izrazila, ampak ... Občutek (-) / ... / Ne, prav tesnoba (-), prav tesnoba je bila.«

9.1.2.2 Varovalni dejavniki pri spoprijemanju z epidemijo in sprejetimi ukrepi

V navezavi na sprejemanje dogajanja v takratnem obdobju smo prepoznali deset področij (kod), ki opisujejo varovalne dejavnike oz. strategije in lastnosti prebivalcev, ki so jim bile v pomoč pri spopadanju z izzivi pandemskega obdobja. Varovalni dejavniki so razdeljeni v tri ravni varovalnih dejavnikov: individualno, medosebno in družbeno (Krohne idr., 2022).

- **Individualna raven**

Skrb za dobro počutje s tem, kar radi počnemo

Področje zajema vse tiste aktivnosti, ki so jih udeleženci navedli kot dejavnosti, ki so jim pomagale ohranjati ali vzpostavljati dobro počutje v tistem času. Med te sodijo različni konjički oz. dejavnosti (npr. branje, kuhanje, vrtnarjenje), ki jim je skupno to, da jih udeleženci radi počnejo, ter so jih med

epidemijo in spremembami prepoznavali kot nekaj, kar jim je pomagalo pri spoprijemanju s takratnim dogajanjem, neprijetnimi občutki in stiskami. Na podlagi prepoznane koristi zanje so jih načrtno počeli oz. izvajali.

Navedek udeleženke (15:37): »Pa knjige so mi pomagale, to je taka stvar, kjer sem lahko preprosto šla v neki drugi svet, kjer ni bilo epidemije, kjer ni bilo pogojeno življenje z dano situacijo, umm, se mi zdi, da mi je to precej pomagalo ...«

Nagnjenost k prilagajanju

Udeleženci so kot pomoč pri sprejemanju takratnega dogajanja in hitrih sprememb v tistem času prepoznavali tudi lastno sposobnost oz. nagnjenost k prilagajanju. To bi lahko opredelili kot eno izmed osebnostnih lastnosti, ki je udeležencem pomagala pri tem, da so se situacijo sprejeli oz. izšli iz nje brez večjih stisk in težav.

Navedek udeleženke (12:42): »Ne vem, men so te stvari tak pač, ne vem dogajajo, dogajale se bodo oz. dogajajo se, pač ne glede na to, al bom jaz zaj jezna al ne vem kaj. Tak, da v bistvu sam probam sprejet situacijo in pač se prilagodit, po svojih najboljših sposobnostih ane, zmožnostih ...«

Fizična dejavnost

Udeleženci opisujejo, da so jim različne fizične dejavnosti pomagale pri tem, da so se lažje sprostili, da so čas preživljali v naravi in sami s seboj, ter da so se lahko pri opravljanju fizičnih dejavnosti odmaknili od vsakodnevnega dogajanja, vezanega na epidemijo, ukrepe in spremembe. Udeleženci naštevajo dejavnosti, kot so kolesarjenje, tek, hoja, gibanje v naravi.

Navedek udeleženca (30:24): »Ja, mislim s tem covidom povezano, tam sem začel, /pa tud drugače mi je hoja pa neko kolesarjenje, pa taka fizična aktivnost, ki mi omo-, ki me, kaj jaz vem, sprošča, paa, da se lahko odmaknem nekako od vsega tega, ne, da sem tam nekje drugje/, um, sem začel ekstremno dosti hodit, recimo a ne takrat v času covida ...«

Učenje novih veščin

Udeleženci poročajo, da so se v obdobju epidemije lotili različnih novih hobijev, kar je pripomoglo k krepitvi občutka, da so produktivno preživeli svoj čas. Poročajo, da so se učenja novih veščin in hobijev pogosto lotili načrtno, saj jim je usmerjanje pozornosti v usvajanje nove veščine omogočalo, da so odmislili skrbi in dogajanje tistega obdobja. Poročajo o tem, da so se z načrtovanimi rednimi sprehodi odločili raziskovati meje lastne občine, da so začeli eksperimentirati pri kuhanju, se učiti strojepisja in kvačkanja.

Navedek udeleženke (4:68): » ... Ne vem, od kod je prišla ta želja po ... tem znanju desetprst-, desetprstnega tipkanja, ja. In sem kar enostavno začela. In sem delala in sem delala. In sem po dve, tri ure sedela. /.../ Hvala bogu je bilo to, če ne drugega sem tudi zelo veliko stvari odmisllila v tistem času.«

- **Medosebna raven**

- **Ožja in širša socialna mreža**

Po poročanju udeležencev so jim pri spoprijemanju s skrbmi, spremembami in stiskami v obdobju epidemije pomagali pogovori ali različne oblike družanja s tistimi ljudmi, s katerimi se dobro razumejo oz. so si blizu. Medosebni stiki so jim predstavljali občutek podpore in razumljenosti drugih, omogočali so jim, da s svojimi občutki, mislimi in skrbmi ne ostanejo sami, predstavljali pa so tudi način preživljanja časa v tistem obdobju. Opisujejo, da so medosebne stike ohranjali na različne načine, tako po telefonu ali drugih digitalnih tehnologijah kot tudi osebno, z druženjem ob večji medosebni razdalji. Po pripovedovanju udeležencev kot varovalni dejavnik prepoznavamo ožjo (npr. družinski članki, najboljši prijatelji) in širšo (npr. sosedge, sošolci) socialno mrežo.

Navedek udeleženke (2:63): »Vete, kaj je men, kaj men v življenju največ v teh težkih trenutkih, da sem mela okoli sebe toliko enih ljudi. Ko res rečejo, pa misliš to ne, prijatelja spoznaš v nesreči. Ampak res, ko si v nesreči, res vidiš, kjri ti stoji ob strani /.../ In da vidiš, da imaš ti okoli sebe res ljudi, ki bi se lahko na njih naslonil.«

- **Raven skupnosti**

- **Strokovna pomoč**

Kot način spoprijemanja s položajem udeleženci navajajo različne oblike strokovne pomoči (npr. psihoterapija, hospitalizacija). Iz poročanja udeležencev je mogoče razbrati, da so za strokovno pomoč zaprosili oz. so si jo uredili v poznejših obdobjih epidemije oz. po tem, ko se sami niso zmogli ali se znali spoprijeti s številnimi posledicami in spremembami obdobja.

Navedek udeleženke (1:42): »K tisti, ki so preboleli covid, ki imajo take težave, si zaupaš, se objameš, se podpreš z besedami, meni je to pogum ljudi, ker psihoterapija na primer tko dobro vpliva na mojo dušo ...«

- **Pomoč drugim**

Udeleženci pojasnjujejo, da jim je pomagalo tudi to, da so na različne načine pomagali drugim. Opisujejo, da so se po pomoči drugim (npr. pomoč ot-

rokom pri opravljanju šolskih obveznosti, prostovoljsko delo) počutili bolje, prav tako je to krepilo njihov občutek, da prispevajo k družbi.

Navedek udeleženca (7:94): »Sm se tudi prjavo na občini, k so rabli prostovolj-
c,e pa smo šli označt igrišča pa neke take stvari, kar so rabli. So mi take akcije,
aktivnosti pomagale, da sm se spet počutu v redu.«

Navedek udeleženca (7:103): »Pač vidu sm v takih okoliščinah, če maš neko
možnost prispevat, ta občutek... /.../ Skratka, da si vključen v te aktivnosti,
ki bodo pripomogle, pač tku, da daš neki družbi in potem se počutiš boljše.«

9.2 Pogled strokovnjakov: raziskava Delfi

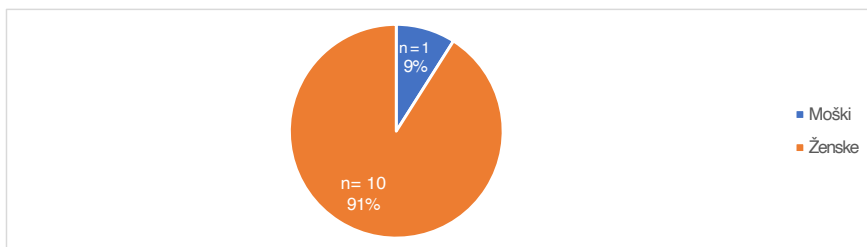
V študiji so raziskane psihološke posledice epidemije in z njo sprejetih ukrepov za zajezitev širjenja bolezni covid-19 na posameznike iz specifičnih demografskih skupin (tj. otroci in mladostniki, mladi na prehodu v odraslost, odrasla delovna populacija, starejši), kot jih zaznavajo strokovnjaki, ki so med epidemijo delali s posamezniki iz omenjenih demografskih skupin. V ta namen je bila uporabljena raziskovalna metoda Delfi, ki omogoča sintezo mnenj in spoznanj strokovnjakov. Natančneje je metoda opredeljena kot proces komunikacije med strokovnjaki iz različnih delovnih področij (Keeney idr., 2011) z namenom načrtnega pridobivanja mnenj in konsenza o določenem vprašanju ali problemu. Metoda zajema več faz izvedbe, pri katerih ugotovitve posamezne faze predstavljajo izhodišče za naslednjo fazo. Prva faza, v kateri strokovnjaki podajajo pisne odgovore na odprta vprašanja, omogoča pridobivanje idej in mnenj strokovnjakov o proučevanem problemu. V drugi fazi strokovnjaki ideje ali mnenja ocenjujejo glede na pomembnost, z namenom doseganja konsenza (Keeney idr., 2011). Za doseganje zastavljenih ciljev in pridobivanje je bila izvedena prilagojena študija Delfi (angl. *Modified Delphi*), pri kateri je bila prilagojena prva meritev v raziskavi – posredovanje pisnih odprtih vprašanj je nadomestila izvedba polstrukturiranih intervjujev. Uporabljena metoda je zagotovila raziskovanje s kombinacijo kvalitativnih in kvantitativnih raziskovalnih metod, kar je omogočilo poglobljen in celosten vpogled v proučevano področje.

9.2.1 Udeleženci in postopek

V skladu z etičnimi standardi raziskovanja so v raziskavi zbrani le demografski podatki, pomembni za študijo. Predstavljeni bodo ločeno za posamezni raziskavi študije Delfi. Drugi demografski podatki niso bili pridobljeni.

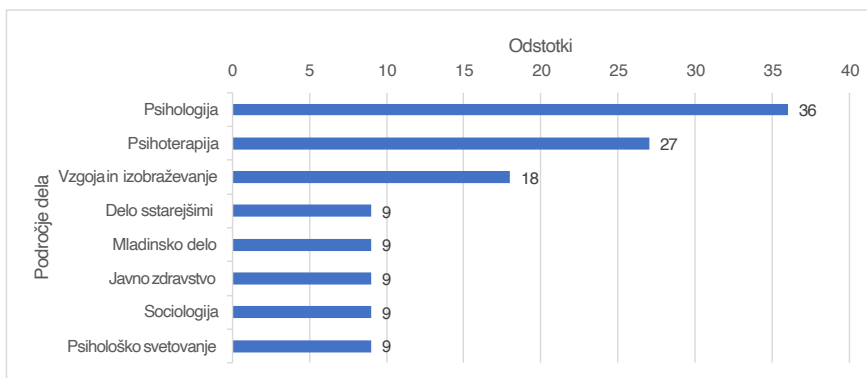
9.2.1.1 8.2.1.1 Prva faza raziskave – kvalitativni del

Prva – kvalitativna faza raziskave je zajemala izvedbo polstrukturiranih intervjujev s strokovnjaki z različnih področij dela (Slika 8.4), ki so se pri svojem delu med epidemijo srečevali s posamezniki iz ene ali več demografskih skupin. V raziskavi je sodelovalo 11 udeležencev (v nadaljevanju strokovnjakov). Zbiranje podatkov je potekalo od aprila do junija 2022.



Slika 9.4 Delež strokovnjakov glede na spol (N = 11)

V vzorcu prevladujejo osebe ženskega spola (n = 10)



Slika 9.5 Delež strokovnjakov glede na področje dela (N = 11)

Opomba Odstotki presegajo 100, saj nekateri strokovnjaki prihajajo z več različnih področij dela.

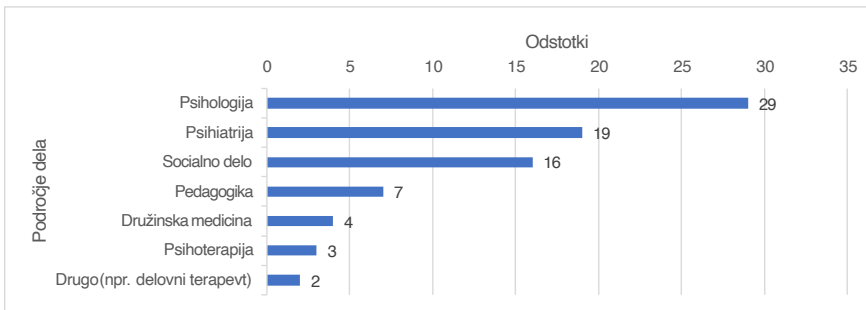
Strokovnjaki prihajajo z različnih področij dela, pri čemer največji odstotek strokovnjakov deluje na področju psihologije. Področje psihološkega svetovanja, sociologije, javnega zdravstva, mladinskega dela in dela s starejšimi so v vzorcu enako pogosto zastopani.

9.2.1.2 Druga faza raziskave – kvantitativni del

Druga – kvantitativna faza je zajemala spletni strukturirani vprašalnik, ki je temeljil na ključnih temah in vsebinah, pridobljenih v prvi fazi. Spletni vpra-

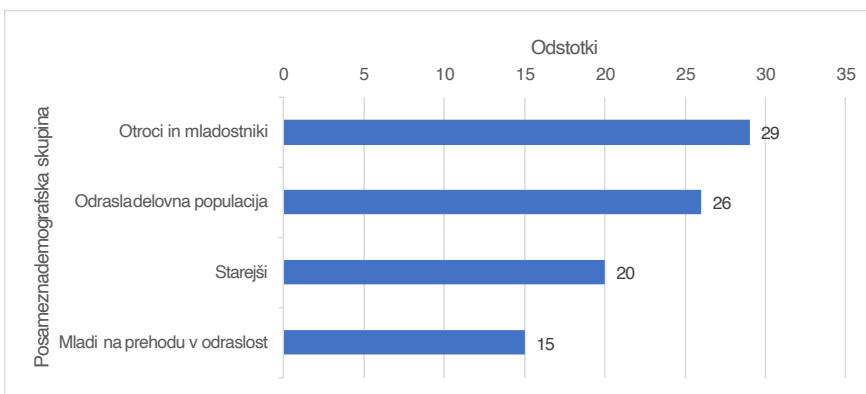
šalnik, oblikovan v programu 1KA, je omogočal pridobivanje mnenja širše skupine strokovnjakov.

V raziskavi je sodelovalo 73 strokovnjakov z različnih področij dela (Slika 8.6), ki so odgovarjali na sklope vprašanj o potrebah in stiskah tiste demografske skupine ali skupin, s katero so bili v stiku pri svojem delu med epidemijo covid-19 ali pred njo (Slika 8.7). Zbiranje podatkov je potekalo od decembra 2022 do januarja 2023.



Slika 9.6 Delež strokovnjakov glede na področje dela (N = 73)

Strokovnjaki prihajajo z več kot sedmih različnih področij dela, pri čemer jih največ deluje na področju psihologije.



Slika 9.7 Delež strokovnjakov, ki je odgovarjal na vprašanja za posamezno demografsko skupino (N = 73)

Opomba. Odstotki lahko presegajo 100, saj so strokovnjaki odgovarjali na vprašanja o eni ali več demografskih skupinah, s katerimi so bili v stiku pri svojem delu.

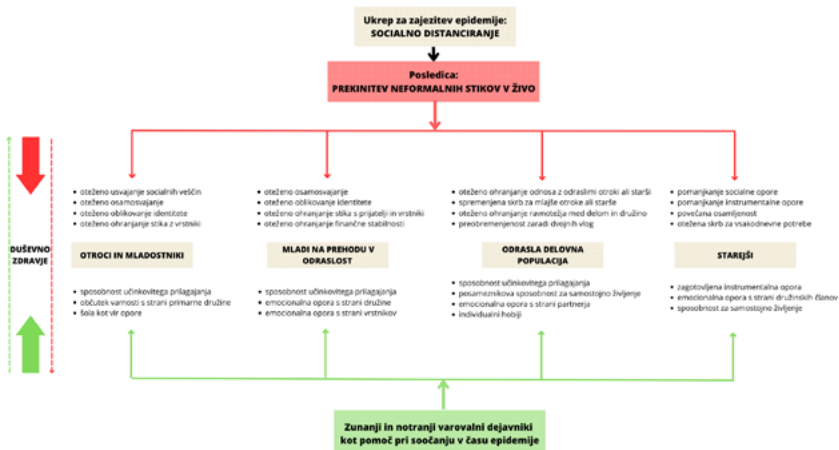
Največ strokovnjakov je odgovarjalo na vprašanja za starostno skupino otrok in mladostnikov. Podoben odstotek vključenih je odgovarjal na vprašanja o odrasli delovni populaciji, medtem ko je na vprašanja o starejših in mladih na prehodu v odraslost odgovarjal manjši delež vključenih strokovnjakov.

9.2.2 Doživljanje stiske

9.2.2.1 Potrebe različnih demografskih skupin med epidemijo

Rezultati kvalitativnega in kvantitativnega dela študije Delfi se navezujejo na potrebe in stiske posameznih demografskih skupin med epidemijo covid-19. Rezultati kvalitativnega dela so bili pripravljene v obliki tem, ki so jih udeleženci prepoznali kot ključne za posamezno demografsko skupino, medtem ko rezultati kvantitativnega dela zajemajo mnenja udeležencev o a) pomembnosti posameznih ukrepov za zavezitev širjenja bolezni covid-19 za zadovoljitev psiholoških potreb, b) o dolgoročnih psiholoških posledicah epidemije in ukrepov ter c) pomembnosti različnih notranjih in zunanjih varovalnih dejavnikov.

Rezultati obeh delov študije Delfi so združeni v model², ki razlaga duševno zdravje posameznih demografskih skupin med epidemijo covid-19 kot preplet različnih dejavnikov tveganja (tj. dejavniki, ki ogrožajo naše duševno zdravje) in varovalnih dejavnikov (tj. dejavniki, ki ohranjajo in krepijo naše duševno zdravje).



Slika 9.8 Duševno zdravje različnih demografskih skupin med epidemijo covid-19 kot preplet različnih dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov

Kot ključen dejavnik tveganja, ki je med epidemijo kot tudi po njej vplival na življenje posameznikov, je bila prepoznana t. i. »prekinitev neformalnih stikov v živo« kot posledica ukrepov socialnega distanciranja in popolnega zaprtja države. Vplivi prekinitve socialnih stikov so se razlikovali med posameznimi demografskimi skupinami. Odvisni so bili predvsem od značilnosti

posameznega starostnega obdobja in (psiholoških) potreb, značilnih za to obdobje.

Model, pripravljen na podlagi triangulacije obeh delov študije Delfi, kaže na večdimenzionalni vpliv epidemije in z njo sprejetih ukrepov na duševno zdravje in dobro počutje različnih demografskih skupin, pri čemer navaja tako podobnosti kot specifične v potrebah in stiskah ter varovalnih dejavnikih med štirimi različnimi demografskimi skupinami.

Otroci in mladostniki

Vključeni strokovnjaki ugotavljajo, da se je prekinitev socialnih stikov v živo pri otrocih in mladostnikih povezovala predvsem z oteženim doseganjem razvojnih nalog, saj so ukrepi okrnili priložnosti za raziskovanje in pridobivanje izkušenj, značilnih za to razvojno obdobje.

Prekinitev stikov je ranljivost otrok povečevala z oteženim usvajanjem socialnih veščin. Pri otrocih prve in druge osnovnošolske triade poudarjajo povečanje nezaželenega in neprilagojenega vedenja ter pomanjkanje socialnih izkušenj. To se je kazalo s težavami pri medosebnem prilagajanju, vzpostavljanju stikov z vrstniki, težavah pri skupinskem delu.

Navedek strokovnjakinje¹ (10:9): »... in to vso znanje lahko posameznik vse nadoknadi, medtem ko pa ta čustveni vidik, socialni vidik ... To so pač razvojne stopnje, ki se zamudijo pri mladem, in to se pravzaprav tudi težko nadoknad!«

Vključeni strokovnjaki poudarjajo, da je za mladostnike oteženo ohranjanje stikov v živo pomenilo močno spremembo njihovega socialnega okolja, ki je ravno v tem obdobju ključnega pomena. V obdobju mladostništva postajajo pomembni vrstniki in vrstniški odnosi, prav tako v tem času socialno okolje pomembno vpliva na socialni razvoj mladostnikov, njihovo duševno zdravje, oblikovanje samopodobe (Orben idr., 2020). Mladostništvo, ki že sicer predstavlja občutljivo obdobje za posameznikov socialni razvoj (Blakemore in Mills, 2014), je bilo tako dodatno izpostavljeno številnim izzivom.

Otežena sta bila tudi proces osamosvajanja in oblikovanja identitete, kar se je povezovalo s pomanjkanjem izkustev, značilnih za obdobje mladostništva (npr. zaljubljenost, pogosto druženje s prijatelji in vrstniki, zaključevanje srednje šole ...).

Navedek strokovnjakinje (4:45): »Pa tut to ne, da pač mladi se recimo, ko grejo sami nekam, se pač počutjo tut mal neodvisne, in to osamosvajanje je tut ena pomembna naloga tut /.../ tega mladostništva. Zdej, ko so bli pa cele dneve

¹ V nadaljevanju besedila se izraz strokovnjakinja, ki je uporabljen v ženski slovnični obliki, uporablja kot nevtralen za ženski in moški spol.

in nismo mel kam it, se mi zdí da je tut to, da je šlo mal nazaj, da so se pač počutil vedno bolj odvisne tut od staršev ... »

Mladi na prehodu v odraslost

Udeleženci ugotavljajo, da je prekinitev stikov v živo za mlade na prehodu v odraslost pomenila oteženo ohranjanje socialnih stikov s prijatelji in vrstniki, kar je pomembno vplivalo na proces oblikovanja identitete, ki se v tem starostnem obdobju nadaljuje (Marjanovič Umek in Zupančič, 2009). Oblikovanje identitete je bilo oteženo tudi zaradi pomanjkanja priložnosti na različnih področjih življenja (npr. zasebnem, študijskem, zaposlitvenem). Prekinitev stikov se je povezovala z več težavami pri ohranjanju stikov s starši ali mlajšimi sorojenci, ki niso živeli na istem naslovu.

Udeleženci poročajo o oteženem procesu osamosvajanja mladih na prehodu v odraslost in zmanjšani finančni samostojnosti kot posledici izgube študentskih zaposlitev ali prvih rednih zaposlitev v tistem času. Mladi na prehodu v odraslost so se med epidemijo spoprijemali z oteženim vzpostavljanjem in ohranjanjem finančne stabilnosti in varnosti, kar se je lahko povezovalo s številnimi tiskami in skrbmi.

Navedek strokovnjakinje (9:93): »Ampak človek je v osnovi res družabno bitje. Pač potrebuje ta pristen stik s sočlovekom. In vseen je to povzročilo hudo stisko pri mladih, ker poleg vsega tega, da so nekako, bom rekla, počutil so se, kot da so nazadovali za pet, deset korakov, ker tok kot so se v bistvu osamosvojili, prišli naprej, res nekako zaživeli, to to odraslo življenj, potem so moral dejansko vse to nekako pustit in se nazaj vrnt ...«

Odrasli

Prekinitev stikov v živo je za odrasle pomenila spremenjeno in pogosto oteženo ohranjanje stika z odraslimi otroki ali starši. Sprejeti ukrep je ranljivost odraslih povečeval z oteženo skrbjo za starše, ki med epidemijo niso prebivali na istem naslovu, so pa za vsakodnevno delovanje potrebovali določeno obliko pomoči.

Navedek strokovnjakinje (6:62): »... ki so skrbeli za druge odrasle, bodisi za partnerja bodisi za starša pa neke te starejše sorodnike. Za te si predstavljam, da je bila to ena druga dinamika. Če delaš od doma in obenem skrbiš za to.«

Udeleženci kot ključno posledico prekinitve stikov ter uvedbe šolanja in dela na daljavo navajajo oteženo skrb staršev za mlajše otroke in njihove potrebe. Starši so morali med epidemijo mlajšim otrokom pomagati pri opravljanju šolskih obveznosti (npr. domače naloge) in zagotavljanju nemotenega

šolanja na daljavo (npr. pomoč pri vpisu v računalnik). Medtem so tudi sami opravljali delo od doma. Oteženo ohranjanje ravnotežja med poklicnim in zasebnim življenjem so udeleženci prepoznali kot najpomembnejšo težavo z dolgoročnim vplivom na duševno zdravje odraslih zaposlenih. Izpostavili so povečano ranljivost žensk, ki so v tistem času pogosto opravljale t. i. »dvojno vlogo« (tj. lastno opravljanje dela na daljavo in pomoč otroku pri spremljanju pouka na daljavo).

Navedek strokovnjakinje (9:9): »...Tut časa ni bilo, zaradi te preobremenjenosti z delom, šolanjem otrok doma. Se pravi, vse to je v bistvu tako zasičenost v dnevu predstavljal poleg vsega tega sledenja vsem tem informacijam, da dejansko mislim, da je tut taki varovalni dejavnik po eni strani bil zlo zmanjšan, ker niso prišli starši ... dejansko ni blo časa, ni blo možnosti, da bi nekako se tut prijatelji med sabo ali poklicali ali dobili ...«

Starejši

Udeleženci ugotavljajo, da se je prepoved stikov v živo pri starejših izražala v zmanjšanju socialnih stikov in večjih občutkih osamljenosti. Navajajo, da so se že sicer okrnjeni socialni stiki starejših med epidemijo zmanjšali ali popolnoma prekinili. K temu je prispevalo za starejše pogostejše slabše poznavanje tehnologije in z njo povezanih aplikacij, ki so večini drugih demografskih skupin pomagale ohraniti medsebojne stike med epidemijo.

Prepoved stikov v živo je skupaj z drugimi ukrepi (npr. omejitve gibanja na občine) oteževala zagotavljanje instrumentalne podpore starejšim, ki so med epidemijo potrebovali pomoč pri skrbi zase ali pri skrbi za opravljanje vsakodnevni opravil. Še posebej so bili ogroženi starejši, ki so pri skrbi za lastne potrebe in vsakodnevno življenje že pred epidemijo potrebovali pomoč drugih (npr. svojcev, patronažnih sester).

Navedek strokovnjakinje (9:57) »... Mamo pa tut starostnike, ki tega, ki te tehnologije niso vešči. /.../ Tko, da spet mam tukej pač razliko med enimi, ki so pač lahko ohranjal ta nek socialni stik, vsaj preko bodisi telefonskih klicev, SMS-ov in tako naprej. In pa druge, ki so pač zaradi nepoznavanja tehnologije, ne tut, v tem segmentu težave oziroma je šlo še za tok večjo osamljenost zaradi vsega tega.«

9.2.2.2 Varovalni dejavniki različnih demografskih skupin med epidemijo

Kot je razvidno iz zgornjega modela, so udeleženci kot najpomembnejša dejavnika za ohranjanje duševnega zdravja in psihološke blaginje vseh demografskih skupin prepoznali čustveno oporo družine kot zunanji varovalni

dejavnik ter posameznikovo sposobnost za prilagajanje spremembam kot notranji varovalni dejavnik. Pojasnjujejo, da so posamezniki, ki so se zmoгли uspešneje prilagajati spremembam, iz situacije pogosteje izšli brez večjih stisk in težav. K uspešnejšemu spopadanju s spremembami je pripomogla tudi čustvena opora najožjih družinskih članov. Izražala se je skozi oporo pri razumevanju in sprejemanju takratnih sprememb ter oporo in pomoč pri spopadanju s stiskami, ki so bile lahko med epidemijo pogostejše.

Navedek strokovnjakinje (6:19): »... Pač ožja družina kot prva pa tudi če ne ožja družina, se mi zdi, da ta nek stik z nekim drugim sočlovekom, ki je pač iskren. Da je pristen stik prisoten. Se mi zdi, da je to tudi nekaj, kar je varen pristan. Da imaš tudi ti vseeno marsikatero težavo, ampak imaš možnost se o tem tudi pogovarjat, ali na drug način predelaš te stvari. Ta neka ožja socialna mreža je nekaj tistega za posameznika, ki je dober varovalni dejavnik.«

9.3 Zaključek

To poglavje osvetljuje doživljanje in posledice epidemije covid-19 skozi dve pomembni perspektivi – pogled prebivalstva in pogled strokovnjakov s področja duševnega zdravja. Kvalitativna raziskava razkriva širok spekter doživljanj, stisk in strahov, s katerimi so se odrasli prebivalci in prebivalke Slovenije spoprijemali v obdobju epidemije covid-19. Pogosti so bili občutki negotovosti, strahu, preobremenjenosti in osamljenosti, pri čemer so se posamezniki z njimi spoprijemali s pomočjo različnih varovalnih dejavnikov in strategij. Udeleženci so navajali tako individualne varovalne dejavnike, kot sta telesna dejavnost in učenje novih veščin, pa tudi pomembno vlogo ožjega in širšega socialnega okolja, ki je lahko pripomoglo h krepitvi občutkov razumljenosti in podpore ter zagotavljanju občutkov varnosti v obdobju hitrih in nenehnih sprememb.

Medtem strokovnjaki, vključeni v študijo Delfi, osvetljujejo predvsem dolgoročne posledice epidemije in z njo sprejetih ukrepov. Prekinitev vsakodnevnih socialnih stikov prepoznavajo kot ključen dejavnik tveganja, ki je prispeval k številnim stiskam – tako med epidemijo kot tudi po njej. Podobno kot udeleženci kvalitativne študije tudi oni poudarjajo pomen socialnih interakcij kot pomembnega varovalnega dejavnika, pri čemer posebej poudarjajo vlogo čustvene opore najbližjih.

Obe predstavljeni študiji osvetlujeta razsežnost in kompleksnost doživljanj ter posledic, ki jih je prinesla epidemija covid-19. Kompleksnost prepoznavata tako v stiskah in izkušnjah ljudi kot tudi v varovalnih dejavnikih in načinih

spoprijemanja, ki so posameznikom pomagali pri prilagajanju spremembam v tistem času.

Izzivi, s katerimi so se ljudje takrat spopadali, in tisto, kar jim je pri tem pomagalo, je bilo pogosto odvisno od značilnosti posameznega starostnega obdobja in psiholoških potreb, značilnih za to obdobje, pa tudi od številnih individualnih in družbenih dejavnikov. To se sklada tudi s teorijo Amande Biggs idr. (2017), ki poudarjajo, da se odziv na krizo in spopadanje s stresom kot subjektivno doživeta izkušnja razlikujeta od posameznika do posameznika.

Kljub raznolikosti in kompleksnosti obe naši študiji enotno poudarjata velik vpliv epidemije na ohranjanje medosebnih odnosov, kar potrjujejo tudi ugotovitve preteklih raziskav (Matthews idr., 2019; Armitage in Nellums, 2020; Rupnik Vec idr., 2020). Medosebne odnose, ki so bili med epidemijo močno spremenjeni in podvrženi številnim izzivom, hkrati prepoznavata kot ključen varovalni dejavnik v takšnih situacijah. Pomembno lahko prispevajo k razumevanju in sprejemanju dogajanja, prav tako pa nudijo oporo in pomoč pri spopadanju s stiskami, ki so lahko v obdobju številnih sprememb pogostejše.

Obe študiji kot ključno za spopadanje s takšnimi kriznimi situacijami poudarjata tudi sposobnost posameznika za prilagajanje spremembam, za katero je znano, da se razvija pod vplivom tako individualnih kot tudi okolijskih dejavnikov (PeConga idr., 2020). Udeleženci menijo, da so posamezniki, ki so se zmogli uspešneje prilagajati spremembam, iz situacije pogosteje izšli brez večjih stisk in težav.

Poglavje tako predstavlja prostor, kjer so pogledi in osebne izkušnje prebivalcev postavljeni v širši okvir družbenih in sistemskih izzivov ter dolgoročnih posledic epidemije, kot jih prepoznavajo strokovnjaki s področja duševnega zdravja. Prav preplet obeh perspektiv omogoča globlje razumevanje učinkov epidemije in predstavlja dragoceno osnovo za oblikovanje ustreznih podpor- nih ukrepov v prihodnosti.

Viri in Literatura

- Armitage, R., in Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256.
- Biggs, A., Brough, P., in Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. V C. L. Cooper in J. C. Quick (ur.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (str. 349–364). Wiley.
- Blakemore, S. J., in Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, 65(1), 187–207.

- Keeney, S., Hasson, F., in McKenna, H. (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. Wiley-Blackwell.
- Krohne, N., Gregorič Kumperščak, H., in Poštuvan, V. (2022). Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki, povezani s samomorilnim vedenjem mladostnikov. V N. Zadavec Šedivy in V. Poštuvan (ur.), *Samomorilno vedenje mladostnikov: razvoj in implementacija preventivno-intervencijskih programov* (str. 15–32). Založba Univerze na Primorskem.
- Lep, Ž., in Hacin Beyazoglu, K. (ur.). (2020). *Psihologija pandemije: posamezniki in družba v času koronske krize*. Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
- Marjanovič Umek, L., in Zupancič, M. (2009). *Razvojna psihologija*. Znanstvena založba Filozofske fakultete.
- Matthews, T., Danese, A., Caspi, A., Fisher, H. L., Goldman-Mellor, S., Kepa, A., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., in Arseneault, L. (2019). Lonely young adults in modern Britain: Findings from an epidemiological cohort study. *Psychological Medicine*, 49(2), 268–277.
- PeConga, E. K., Gauthier, G. M., Holloway, A., Walker, R. S. W., Rosencrans, P. L., Zoellner, L. A., in Bedard-Gilligan, M. (2020). Resilience is spreading: Mental health within the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(Suppl 1), S47–S48.
- Rupnik Vec, T., Slivar, B., Zupanc Grom, R., Deutsch, T., Ivanuš-Grmek, M., Mithans, M., Kregar, S., Holcar Brunauer, A., Preskar, S., Bevc, V., Mithans, M., Grmek, M., in Musesek Lešnik, K. (2020). *Analiza izobraževanja na daljavo v času prvega vala epidemije COVID-19 v Sloveniji*. Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
- Orben, A., Tomova, L., in Blakemore, S. J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 4(8), 634–640.

Psihološke intervencije v času kriznih dogodkov

Vita Poštuvan

 © Vita Poštuvan

<https://doi.org/10.26493/978-961-293-510-8.10>

Uvod

Najpogostejše želje, ki jih imamo ljudje v življenju, se navezujejo na ljubezen, zdravje, srečo, mir, finančno varnost itd. (Goldberg idr., 2009). Zaradi številnih dejavnikov pa žal te niso vedno uresničene, življenje pa je polno normativnih in nenormativnih kriznih dogodkov.

Naravne nesreče kot tudi nesreče, ki jih povzroči človek, so danes pogostejše, kot so bile kdaj koli v novejši zgodovini. Povprečno obdobje med krizami v obdobju od leta 1700 do 1900 je bilo 21 let; od leta 1960 se je interval skrčil na le osem let (Needham, 2014). Podobno se je skrčil tudi interval med večjimi naravnimi, tehnološkimi in geopolitičnimi katastrofami, učinki teh tveganj pa so zaradi globalizacije hitreje razširjeni po vsem svetu. Večja sistemska tveganja danes predstavljajo izguba biotske raznovrstnosti, človeške pandemije, podnebne spremembe, naravne nesreče, odpornost proti protimikrobnim zdravilom, kibernetika tveganja, pandemije, povezane s kmetijstvom, neuspeh svetovnega upravljanja, finančne in gospodarske krize (Citigroup, 2021). Kriza ob pandemiji covid-19 je bila primer večjega oz. celo svetovnega kriznega dogodka, in v takšnih okoliščinah je pomembno, da se skrb nameni tudi psihosocialnim potrebam ljudi. Še posebej je bil pomemben odziv sistemov in stroke, saj sta bili kolektivna podpora oz. solidarnost, ki sta pogosto ključni del podpore prizadetim ob kriznem dogodku, onemogočeni – na eni strani zaradi razsežnosti krize, na drugi zaradi vzpostavitve ukrepov za zajeziitev širjenja virusa, kar je omejevalo stike med ljudmi.

Reševanje teh potreb s psihološkim posredovanjem se je marsikje izkazalo ne le za znanstveno ali klinično učinkovito, temveč tudi po ekonomskih kazalnikih za ugodno, čeprav so intenzivne terapije za ljudi z izrazitimi potrebami ekonomsko drage. Finančne koristi psiholoških posredovanj so namreč še vedno večje od vlaganj, ki jih ta zahtevajo. Kljub temu ekonomske analize kažejo na smotrnost postopnega pristopa k oskrbi, ki vključuje populacijske pristope (nizkointenzivne psihološke intervencije za večje število ljudi), ki se

postopno poglobljajo glede na potrebe (Hewlett in Moran, 2014). V poglavju bomo obravnavali te pristope.

Psihološke intervencije

Populacijske potrebe po intervencijah s področja duševnega zdravja v večjem delu sveta presegajo obseg storitev, ki so na voljo. Če to velja za obdobja zunaj kriznih dogodkov, ni presenetljivo, da se te še povečajo v takih obdobjih; nedavni svetovni krizni dogodki pandemije covid-19, podnebne krize in geopolitičnih pretresov kažejo točno to, saj se ti dogodki povezujejo s povečano pojavnostjo tesnobe, depresije in celo samomorilnega vedenja v določenih ranljivih podskupinah. Za krizne dogodke velja, da ljudje ob njih doživljajo intenzivna neugodna čustva, ki se ob prilagajanju na okoliščine postopoma normalizirajo (Lavrič in Štirn, 2016). S tem naraščajo potrebe po storitvah na področju duševnega zdravja po vsem svetu (Cianconi idr., 2020; Persaud idr., 2018; Torales idr., 2020).

Ob takih težnjah se v psihologiji kot stroki, politikah javnega zdravja in populacijskih strategijah vedno bolj zavedamo, da zagotavljanje kliničnopsiholoških storitev posameznikom ne bo zadostno za zmanjšanje globalnega bremena duševnih bolezni. Zato se v zadnjih letih pojavlja premik k preoblikovanju politik in praks na področju duševnega zdravja z uporabo pristopov na ravni populacije (Dodge idr. 2024). Za krizne dogodke velikih razsežnosti še posebej velja, da je treba uvajati psihološke intervencije na skupnostni in populacijski ravni.

Nedavno poročilo Svetovne zdravstvene organizacije razpravlja o vidikih, kako sistemsko okrepiti in predvsem naslavljati težave na področju duševnega zdravja (World Health Organization, 2022):

1. Poglobiti moramo pomembnost in zavezanost krepitvi duševnega zdravja. Za zadovoljevanje potreb na področju duševnega zdravja se morajo zagotoviti ustrezna sredstva in človeški viri v različnih sektorjih, ki omogočajo ustrezno izvajanje politik in praks, ki temeljijo na empiričnih dokazih. Za pridobivanje kakovostnih empiričnih podatkov je pomembno vzpostaviti učinkovite sisteme spremljanja stanja, podprte s kakovostnimi raziskovalnimi praksami ter konsistentno komunikacijo med raziskovalci, strokovnjaki in laično javnostjo. V celoten proces je treba vključevati ljudi z lastnimi izkušnjami, da se zavezita še vedno pogosta vpliva stigmatizacije in diskriminacije na tem področju.
2. Preoblikovati moramo okolja, ki vplivajo na duševno zdravje in kjer se ljudje gibljejo. Izvajati je treba konkretne dejavnosti, kot so okrepitev

ukrepov proti nasilju, zlorabi in zanemarjanju otrok in starejših; omogočanje oskrbe zgodnjega razvoja otrok, uvedba programov socialnega in čustvenega učenja ob hkratnem preprečevanju ustrahovanja v šolah, povečanje dostopa do zelenih površin in podobno.

3. Okrepiti je treba oskrbo duševnega zdravja in graditi mreže medsebojno povezanih storitev, ki temeljijo na skupnosti in so vključene v splošno zdravstveno varstvo tako zunaj kot znotraj zdravstvenega sektorja.

Temelj za izvajanje nalog, predstavljenih v naštetih točkah, predstavlja izobraževanje strokovnjakov, ki poznajo principe javnega duševnega zdravja. Ti so ključni za prepoznavanje potreb, ki se pojavljajo v populaciji, ter za vzpostavitev in delovanje sistemov, ki se odzivajo na prepoznane potrebe. Med pomembnejšimi prizadevanji na tem področju je premik na študijih in znanosti psihologije iz kliničnih v populacijske strategije (American Psychological Association, 2023).

Ob krizi covid-19 smo v Sloveniji na različnih ravneh vzpostavljali psihološko podporo ljudem v stiski. Podobno se je ponovilo ob naravnih nesrečah, kot so bile poplave leta 2023. Rešitve ad hoc, ki so temeljile na intenzivnem prostovoljnem angažiranju strokovnjakov, s preverjanjem potreb in z vzpostavljanjem dostopnosti podpore, so neposreden odziv na krize. Pokazala se je potreba po sistemski ureditvi v takšnih razmerah, pri čemer je ključno sodelovanje obstoječih sistemov.

Preventiva in promocija

Ob kriznih dogodkih je še toliko pomembnejše in opaznejše, kakšno je duševno zdravje posameznikov pred krizami. Ljudje oz. skupine, ki so že pred tem ranljivi za razvoj težav ali so bile te pri njih že prej, imajo potencialno večja tveganja tudi za nadaljnje težave ali bolj zapleteno okrevanje oz. obravnavo. Zato je ključno, da je velik del resursov (razumljeno v najširšem smislu) za intervencije v psihologiji v nekriznem času namenjen krepitvi duševnega zdravja: še posebej z intervencijami promocije in preventive.

Psihološke intervencije morajo biti razporejene po celotnem spektru potreb in zajemati tako celotno populacijo (npr. v obliki univerzalnih pristopov) kot njene specifične podskupine (npr. z bolj usmerjeno selektivno ali celo indicirano preventivo) in hkrati zagotavljati dostopno in kakovostno obravnavo oz. zdravljenje (Mazrek in Haggerty, 1994). Promocijske dejavnosti morajo biti premišljene, evalvirane in prilagojene kulturnim specifikam. Še posebej premišljeno morajo vsebine zajemati medijske kampanje, zato da s svojimi (četudi dobronamernimi) intervencijami ne ustvarjajo škodljivih posledic; te-

meljiti morajo na spodbujanju zdravih vedenj in ne le obravnavati neželenih vzorcev.

Promocija skrbi zase in korektnega informiranja je ob kriznih dogodkih velikih razsežnosti še toliko pomembnejša. V času pandemije covid-19 je porastlo število novinarskih prispevkov o vplivu ukrepov za preprečevanje širjenja virusa SARS-CoV-2 na psihološko blaginjo ljudi. Veliko prispevkov je govorilo o krizi duševnega zdravja in celo pretirano senzacionalistično napovedovalo neugodne posledice. Taki prispevki lahko na eni strani normalizirajo duševne težave in jih destigmatizirajo, na drugi pa lahko vodijo tudi v pretirano patologizacijo normalnih odzivov ali celo nevede ustvarjajo vzorce, ki so škodljivi. V nekaterih primerih lahko namreč takšni prispevki sprožijo posnemanja in povečevanje nefunkcionalnega vedenja (Poštuvan, 2022).

Ob uvajanju preventivnih dejavnosti se moramo zavedati, da so te običajno namenjene naslavljanju širšega vidika populacije, intenzivnejše klinično-psihološke intervencije pa so (skladno s potrebami) načeloma usmerjene na manjše skupine – to včasih prikazujemo s piramidastim modelom organizacije potreb in intervencij (World Health Organization, 2003). Skladna s tem je tudi potrebna raven usposobljenosti kadra, ki intervencije izvaja (American Psychological Association, 2023; Dodge idr., 2024).

Podobno velja tudi za krizne dogodke: velika večina ljudi, ki bo udeležena v njih, bo okoliščine ustrezno predelala z lastnimi resursi, torej s (povečano) skrbjo zase in s podporo svoje socialne mreže. Nekateri bodo potrebovali laično in/ali manj intenzivno strokovno podporo, manjši delež ljudi, udeleženih v kriznem dogodku, pa strokovno ali celo specializirano strokovno podporo (Lavrič in Štirn, 2016).

Preventivne intervencije v psihologiji so lahko različne glede na raven delovanja. Individualne preventivne intervencije so večinoma usmerjene na razvoj in kakovostno izvajanje učinkovitih individualnih pristopov, ki z delovanjem izpolnjujejo posameznikove potrebe ter zagotavljajo njihovo čim širšo dostopnost in uporabo. Z razvojem tehnologije poteka tudi digitalizacija takšnih pristopov, kar omogoča širšo dostopnost. Na ravni skupnosti je pomembno, da so psihološke intervencije usmerjene v krepitev okolij, ki ljudem omogočajo podpirne okoliščine: med drugim to pomeni vzdrževanje socialne pravičnosti, kohezivnosti in socialnega kapitala. Za zagotavljanje duševnega zdravja je pomembno, da so odločevalci v skupnostih ozaveščeni in imajo resurse za implementacijo tega. Na populacijski ravni je pomembno razumevanje specifičnih kontekstov preventive glede na demografske, socioekonomske ali druge (socialne) determinante zdravja. Treba je poznati značilnosti skupin, ki so po kazalnikih duševnega zdravja najranjlivejše, in glede

na to njihove potrebe zadovoljevati tudi s specifičnimi politikami in ukrepi (American Psychological Association, 2023; Dodge idr., 2024; World Health Organization, 2022). Intervencije so drugačne, če naslavljamo ozko specifično in homogeno podskupino ljudi v primerjavi z zelo razpršeno in nespecifično problematiko.

Ob pandemiji covid-19 je bilo veliko resursov usmerjenih v zamejitev neugodnih vplivov ukrepov, ki so skušali zamejiti širjenje virusa. Še toliko bolj se je pokazalo, kako pomembno vlogo lahko igrajo sistemsko uvedene preventivne psihološke intervencije, izvajane na populacijski ravni, saj so omogočale sistematično krepitev duševnega zdravja z intervencijami, ki so bile predhodno znanstveno preverjene in niso bile le odziv na trenutne razmere. Na Slovenskem centru za raziskovanje samomora Inštituta Andreja Marušiča Univerze na Primorskem smo v tem času psihološke intervencije za preprečevanje samomora med mladostniki iz izvedbe v neposrednem stiku v razredih šol preoblikovali za izvedbo v spletni obliki. Čeprav je bila izvedba spremenjena, smo ohranjali ključne elemente, ki so se v predhodnih analizah izkazali za učinkovite. Med temi so bile ustvarjanje varnega in sproščenega ozračja, odprtost za individualne stiske udeležencev, učenje spretnosti reševanja težav in krepitev medsebojne podpore. Tudi evalvacija spletne različice intervencije je pokazala ugodne učinke.

Kaj smo se naučili iz epidemije covid-19?

Različne skupine glede na svoje potrebe med pandemijo in po njej potrebujejo posebne ukrepe. Večina ljudi ni in ne bo iskala specializirane psihološke pomoči, saj njihove stiske niso bile nujno tako globoke oz. so jih zmogli obvladovati. To je skladno s pričakovanji in nakazuje rezilientnost družbe na spremembe. Problematičen je tisti del populacije, ki bi bolj specializirano podporo potreboval, pa je zaradi različnih dejavnikov ni iskal oz. dobil. Če so med temi še vedno stigma, strahovi oz. nepoznavanje sistemov psihološke podpore, moramo razmišljati, s kakšnimi univerzalnimi intervencijami to nasloviti, kako ozavestiti splošno javnost, pri čemer smo pazljivi, da težav na področju duševnega zdravja ob tem nevede ne promoviramo.

Vsebinsko je treba hkrati krepiti načine medosebne komunikacije, kajti pogovor se je v marsikateri podanalizi v tej publikaciji izkazal kot najpomembnejši ukrep, s katerim so si ljudje pomagali. To niso bili pogovori s strokovnjaki, temveč z bližnjimi, družinskimi člani, prijatelji, sosedi, sodelavci. Z jasnimi in konkretnimi smernicami je v takšnih okoliščinah zato priložnost, da univerzalni programi usmerjajo načine komuniciranja in ljudi spodbujajo tudi k izražanju psiholoških stisk, njihovemu obravnavanju, ukrepanju, podpori in preventivni

krejitvi odpornosti na težave. Namesto da bi kriza v takšnih razmerah postala kazalnik težav in ljudi zaradi konfliktov še dodatno odtujila, je lahko pobudnik funkcionalnejšega načina medosebnih pogovorov. Programi morajo vsebinsko relevantno obravnavati specifične teme staršev in otrok, študentov, partnerjev v razmerjih, starejših, zaposlenih v posameznih sektorjih, itd.

Poleg tega je treba izvajati intervencije za omejevanje osamljenosti, ki bo tudi v prihodnje pri nas in po svetu zaradi pandemije in drugih razlogov pereč družbeni problem. Okrepljene medosebne vezi morajo postati ključna prioriteta in vrednota strategij, politik, intervencij in preventive. Čeprav morda to ne deluje kot noviteta, žal nimamo na voljo znanstveno preverjenih raziskovalnih podatkov, s katerimi bi lahko opredelili, katere intervencije (javnozdravstvene, psihološke itd.) na tem področju delujejo. Zato je nujno vlagati tudi v razvoj tega področja, še posebej v obdobjih brez družbenih kriz.

Zaposleni v kriznih razmerah potrebujejo podorno vodenje, jasna navodila, spodbudo k ohranjanju ravnovesja med poklicnim in zasebnim življenjem, zlasti takrat, ko so meje med obema zabrisane, na primer zaradi dela od doma. V zdravstvenem sektorju so poleg tega ključnega pomena tudi redni počitki in odmori, krajše izmene in nadaljnje spremljanje psihološkega stanja zaposlenih in dostop do dolgotrajnejše psihološke podpore (Dubey idr., 2020). Za prihodnje krizne razmere morajo zdravstvene ustanove razviti in vpeljati učinkovite preventivne programe, ki bodo sistematično zmanjševali negativne posledice izrednih razmer na duševno zdravje zaposlenih (Buselli idr., 2021). Takšni programi naj vključujejo zgodnje prepoznavanje stisk, psihološko oporo na delovnem mestu, pa tudi krepitev odpornosti zdravstvenih delavcev, saj lahko bistveno zmanjšajo verjetnost razvoja duševnih motenj (Dubey idr., 2020).

V tem postpandemičnem obdobju je pomembno, da poskrbimo za tiste, pri katerih so stiske zaradi pandemije ali drugih razlogov še vedno izrazitejše, med temi so tudi mladostniki in mladi na prehodu v odraslost. Visokošolske institucije in družba kot celota lahko proaktivno pristopijo k pomoči študentom: z razumevanjem njihovih stisk, z uvajanjem inovativnih rešitev za povezovanje in podporo ter z vlaganjem v storitve duševnega zdravja. S tem bomo študentom pomagali ne le pri premagovanju trenutnih težav, temveč tudi pri krejitvi odpornosti za prihodnje izzive. Pandemija je razkrila vrzeli v sistemu podpore, kar nam odpira priložnost, da se iz naučenih lekcij razvije trajnejši, bolj sočuten in odziven sistem podpore študentom in drugim ranljivim mladim.

Pri razvijanju psiholoških javnozdravstvenih, populacijskih oz. družbenih intervencij je pri tem ključno, da začnemo gojiti (medsebojno) kulturo skrbi za duševno zdravje s celovitimi, namensko razvitimi in na človeka usmerjenimi strategijami.

Zaključek

Vsak krizni dogodek po svoje zaznamuje doživljanje, ob svetovnem, kot je bila pandemija covid-19, pa so bile tako posledice kot načini ukrepanja še toliko bolj posebni. Pri mladostnikih je število samomorov v času pandemije upadlo, v ranljivih podskupinah pa se je povečalo število poskusov (Vardi idr., 2025). Ne le kratkoročno, temveč tudi dolgoročno je pandemija vplivala na spremembe v družbi (npr. večjo prilagodljivost v organizaciji dela od doma) in tudi na nekatere vidike duševnega zdravja v populaciji. Manj sprememb oz. težav je bilo dolgoročno zaznati na vzorcih celotnih populacij, pri posebej ranljivih podskupinah pa so se pokazale neugodne dolgoročne posledice (Lal in Gupta, 2025). Pri nas smo ugotavljali, da se je sprva povečana čustvena osamljenost med ljudmi v celotni populaciji ponovno zmanjšala, pri čemer pa se na splošno kontinuirano zaznava porast osamljenosti (Poštuvan, 2025).

Zato je pomembno zavedanje, da je treba resurse za krepitev in obravnavo težav na področju duševnega zdravja obravnavati v mutisektorskem sodelovanju, z zavedanjem kulturnih posebnosti in potreb ter ob čim kakovostnejši in čim dostopnejši implementaciji na dokazih utemeljenih psiholoških intervencij.

Viri in literatura

- American Psychological Association. (2023). *Population health science summit: Grounding evidence and preliminary research synthesis*.
- Buselli, R., Corsi, M., Veltri, A., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Lupo, E. D., Marino, R., Neccari, G., Caldi, F., Foddìs, R., Guglielmi, G., in Cristaudo, A. (2021). Mental health of Health Care Workers (HCWs): A review of organizational interventions put in place by local institutions to cope with new psychosocial challenges resulting from COVID-19. *Psychiatry Research*, 299, 113847.
- Cianconi, P., Betrò, S., in Janiri, L. (2020). The impact of climate change on mental health: A systematic descriptive review. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00074>
- Citigroup. (2021). *Systemic risk: Systemic solutions for an increasingly interconnected world*. University of Cambridge.
- Dodge, K. A., Prinstein, M. J., Evans, A. C., Ahuvia, I. L., Alvarez, K., Beidas, R. S., Brown, A. J., Cuijpers, P., Denton, E.-G., Hoagwood, K. E., Johnson, C., Kazdin, A. E., McDanal, R., Metzger, I. W., Rowley, S. N., Schleider, J., in Shaw, D. S. (2024). Population mental health science: Guiding principles and initial agenda. *American Psychologist*, 79(6), 805–823.
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., in Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*, 14(5), 779–788.

- Goldberg, N., Fillmore, D., Andrzejewski, D., Xu, Z., Gibson, B., in Zhu, X. (2009). May all your wishes come true: A study of wishes and how to recognize them. V *NAACL '09: Proceedings of human language technologies: The 2009 annual conference of the North American Chapter of the Association for Computational Linguistics* (str. 263–271). Association for Computational Linguistics.
- Hewlett, E., in Moran, V. (2014). *OECD health policy studies making mental health count the social and economic costs of neglecting mental health care: The social and economic costs of neglecting mental health care*. Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Lal, P., in Gupta, S. (2025). Psychological impact of COVID-19 on children and adolescents: A narrative review of mental health challenges, interventions, and long-term trajectories. *Cureus*, 17(4), e81840.
- Lavrič, A., in Štirn, M. (2016). *Psihosocialna pomoč po nesrečah in drugih kriznih dogodkih: priročnik za vsakdanjo rabo*. Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje.
- Mazrek, P. J., in Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies.
- Needham, D. (2014). *Historical catalogues of financial catastrophes*. University of Cambridge.
- Persaud, A., Shivaram Bhat, P., Ventriglio, A., in Bhugra, D. (2018). Geopolitical determinants of health. *Individual Psychiatry Journal*, 27(2), 308–310.
- Poštuvan, V. (2022). Ethical issues in changed psychological practices: Opportunities and responsibilities in the time of COVID-19. V M. Juriševič (ur.), *17th European congress of psychology: Psychology as the hub science; Opportunities and responsibility: Book of abstracts* (str. 83). Društvo psihologov Slovenije.
- Poštuvan, V. (2025). *Loneliness, mental health, and suicide: Insights from general and vulnerable populations*. University of Oxford.
- Torales, J., Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., in Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Psychiatry*, 66(4), 317–320.
- Vardi, I., Hamdan, S., Zalsman, G., in Stukalin, Y. (2025). The effect of the COVID-19 pandemic and school closures on self-harming and suicidal behaviors in adolescents: A comprehensive meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 55(1), e13156.
- World Health Organization. (2003). *Organization of services for mental health*. <https://iris.who.int/handle/10665/333104>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.
- Dodge, K. A., Prinstein, M. J., Evans, A. C., Ahuvia, I. L., Alvarez, K., Beidas, R. S., Brown, A. J., Cuijpers, P., Denton, E.-g., Hoagwood, K. E., Johnson, C., Kazdin, A. E., McDanal, R., Metzger, I. W., Rowley, S. N., Schleider, J. in Shaw, D. S. (2024). Population mental health science: Guiding principles and initial agenda. *American Psychologist*, 79(6), 805–823. <https://doi.org/10.1037/amp0001334>

Recenziji

Pričujoča monografija predstavlja obsežen in metodološko ambiciozen pregled doživljanja pandemije covid-19 pri različnih segmentih prebivalstva v Sloveniji. Njena osrednja prednost je sistematična razčlenitev rezultatov po posameznih podpopulacijah (npr. celotno prebivalstvo, vzgoja in izobraževanje, zdravstvo, socialno varstvo, gospodarstvo, starši, študenti, upokojeanci), kar omogoča branje monografije bodisi kot celote bodisi selektivno, glede na interes bralca ali praktične potrebe posameznega področja.

Posebna vrednost prispevka je v tem, da presega fragmentiranost številnih raziskav, izvedenih v času pandemije, ki so se pogosto osredotočale le na posamezne skupine ali ozke vidike duševnega zdravja. V slovenskem prostoru monografija predstavlja enega redkih primerov celostnega pregleda psihosocialnih učinkov pandemije na širok spekter populacije, kar povečuje njeno znanstveno in aplikativno relevantnost.

Ugotovitve imajo pomemben potencial tudi onkraj specifičnega pandemskega konteksta, saj omogočajo identifikacijo ranljivosti, zaščitnih dejavnikov ter odzivnih zmožnosti posameznih skupin, kar je lahko dragoceno izhodišče za načrtovanje odzivov v prihodnjih kriznih situacijah. Monografija tako ne deluje zgolj kot dokumentacija preteklega dogajanja, temveč tudi kot referenčni okvir za razumevanje psihosocialnih odzivov družbe v razmerah dolgotrajne negotovosti in sistemskih obremenitev.

izr. prof. dr. Robert Masten

Monografija *Človek v primežu covid-19: duševno zdravje in psihosocialne potrebe prebivalcev Slovenije*, ki je pred nami, predstavlja celovit in pomemben prispevek k razumevanju psihosocialnih posledic pandemije covid-19 v Sloveniji. V času, ko so bile družbene in individualne stiske pogosto obravnavane predvsem skozi epidemiološke kazalnike, pričujoča monografija dosledno postavlja v ospredje duševno zdravje ljudi in njegove razsežnosti v okoliščinah dolgotrajne krize.

Monografija dodaja posebno vrednost s sistematičnim naslavljanjem potreb različnih populacij, od splošne populacije do ranljivih skupin, kot so študenti, zaposleni v ključnih sektorjih, starši in starej-

ši odrasli. Kvantitativni del raziskave tako ponuja pregled razširjenosti stisk in zaznanih potreb populacij, kvalitativni del pa te ugotovitve dopolnjuje in omogoča bolj poglobljeno razumevanje doživljanja posameznikov in konteksta preko vpogleda v subjektive izkušnje posameznikov in v njihove načine prilagajanja na izredne okoliščine. Ta preplet različnih raziskovalnih pristopov in triangulacija podatkov nam omogočata bolj celostno razumevanje širših psihosocialnih procesov. To naredi monografijo, ne kot tisto, ki patologizira pričakovane odzive na izredne in ekstremne okoliščine, temveč te odzive premišljeno umešča v razvojni in družbeni kontekst.

Kot raziskovalko s področij psihologije, suicidologije in duševnega zdravja me je pri branju vsebin še posebej nagovoril jasen javnozdravstveni okvir monografije, saj izsledki niso predstavljeni zgolj kot raziskovalne ugotovitve, temveč imajo jasno aplikativno vrednost za načrtovanje preventivnih in intervencijskih ukrepov ter za razvijanje bolj prilagojenih in trajnostno usmerjenih sistemskih rešitev. Pričujoča monografija tako ni pomembna le kot popis dogajanja v času pandemije, ampak širše kot strokovna podlaga za boljšo pripravljenost na prihodnje krize, kot tudi za nadaljnji razvoj področja duševnega zdravja v Sloveniji. S tem predstavlja dragocen vir za raziskovalce, strokovne delavce in odločevalce, ter pomemben opomnik, da brez razumevanja psihosocialnih potreb ljudi ni celostnega spoprijemanja s krizami.

doc. dr. Nuša Zadavec Šedivy

Priloge



Priloga VIZ

Tabela 11.2.1 Deskriptivna statistika za skupino zaposlenih v VIZ in druge udeležence

Vrsta težave	Zaposleni v VIZ						Drugi udeleženci					
	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>
Stiska med drugim valom epidemije	1175	0–7	-0,13	-0,82	3,73	0,18***	2381	0–7	-0,37	-0,67	3,75	0,18***
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	1096	0–7	-0,54	0,25	1,68	0,17***	2263	0–7	-0,34	-0,13	2,05	0,16***
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	1175	0–7	-0,74	0,12	2,53	0,20***	2381	0–7	-0,87	0,40	2,33	0,18***
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	1175	0–7	-0,22	-0,80	3,03	0,14***	2381	0–7	-0,51	-0,54	2,89	0,15***
Zdravstvene težave	1175	0–7	0,83	-0,47	4,01	0,26***	2381	0–7	0,78	-0,53	4,17	0,24***
Strah pred lastno okužbo	1175	0–7	0,75	-0,47	4,11	0,21***	2381	0–7	0,56	-0,76	4,31	0,21***
Strah pred okužbo bližnjih	1175	0–7	-0,24	-1,13	5,05	0,13***	2381	0–7	-0,46	-0,89	4,81	0,15***
Stiske zaradi izolacije	1175	0–7	0,19	-1,23	5,15	0,16***	2381	0–7	-0,19	-1,29	5,73	0,14***
Strah pred negotovo prihodnostjo	1175	0–7	-0,04	-1,13	4,91	0,14***	2381	0–7	-0,45	-1,07	5,46	0,15***
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	1175	0–7	-0,10	-1,14	4,85	0,15***	2381	0–7	-0,14	-1,24	5,45	0,14***
Ločenost od družinskih članov	1175	0–7	-0,06	-1,41	6,27	0,15***	2381	0–7	-0,18	-1,35	6,32	0,13***
Spremenjen obseg dela	1175	0–7	-0,39	-1,06	5,29	0,15***	2381	0–7	0,00	-1,40	6,21	0,17***
Delo v stresnih okoliščinah	1175	0–7	-0,23	-1,19	5,37	0,14***	2381	0–7	-0,02	-1,40	6,25	0,16***
Delo na daljavo	1175	0–7	-0,12	-1,34	5,83	0,14***	2381	0–7	0,52	-1,19	6,02	0,22***
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	1175	0–7	0,60	-0,86	5,02	0,21***	2381	0–7	0,18	-1,40	6,53	0,17***
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	1175	0–7	1,46	1,04	3,89	0,30***	2381	0–7	0,89	-0,73	6,33	0,27***
Brezposelnost	1175	0–7	2,09	3,44	3,13	0,39***	2381	0–7	1,13	-0,31	6,33	0,34***
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	1175	0–7	0,76	-0,75	5,03	0,23***	2381	0–7	0,54	-1,11	5,97	0,21***
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	1175	0–7	3,31	11,20	1,67	0,45***	2381	0–7	2,06	3,07	3,63	0,41***
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	1175	0–7	1,21	0,30	4,32	0,26***	2381	0–7	0,63	-1,01	5,85	0,22***
Slabši medosebni odnosi v službi	1175	0–7	1,22	0,40	3,92	0,26***	2381	0–7	1,10	-0,08	4,61	0,28***
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	1175	0–7	0,45	-1,34	6,95	0,22***	2381	0–7	0,89	-0,75	6,47	0,29***
Strah pred kršenjem odlokov	1175	0–7	0,90	-0,46	4,87	0,25***	2381	0–7	0,59	-0,98	5,45	0,22***
Strah pred izgubo/omejitvijo svoboščin	1175	0–7	-0,05	-1,46	6,85	0,16***	2381	0–7	-0,46	-1,30	6,96	0,18***
Psihofizične težave (PHQ13)	1150	0–26	1,06	0,68	27,79	0,13***	2322	0–26	0,68	-0,40	38,59	0,13***
Simptomatika depresije (PHQ8)	1168	0–24	0,93	0,54	21,18	0,13***	2360	0–24	0,87	0,48	22,04	0,11***

Opomba A = asimetričnost, S = sploščenost, V = varianca, K-S = vrednost Kolmogorov-Smirnovega testa normalnosti porazdelitve s pripadajočo p vrednostjo, kjer velja * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.2.2a Primerjava doživljanja posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ, in drugimi udeleženci

Vrsta težave	Zaposleni v VIZ		Ostali udeleženci		<i>t(df)</i>	<i>D</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Stiska med drugim valom epidemije	3,52	1,93	3,96	1,94	6,22 *** (2343,96)	0,22
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	5,03	1,29	4,66	1,43	-7,48 *** (2372,24)	-0,27
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	4,94	1,59	5,26	1,53	5,64 *** (2254,55)	0,20
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	4,28	1,74	4,78	1,70	8,11 *** (2288,56)	0,29
Zdravstvene težave	1,90	2,00	2,00	2,04	1,38 (3554)	/
Strah pred lastno okužbo	2,24	2,03	2,42	2,08	2,41 ** (2389,37)	0,09
Strah pred okužbo bližnjih	3,95	2,25	4,26	2,19	3,80 (2287,67)	/
Stiske zaradi izolacije	2,99	2,27	3,69	2,39	8,51 * (2452,31)	0,30
Strah pred negotovo prihodnostjo	3,47	2,22	4,23	2,34	9,49 * (2451,56)	0,33
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	3,48	2,20	3,65	2,33	2,07 ** (2462,69)	0,07
Ločenost od družinskih članov	3,47	2,50	3,70	2,51	2,60 (2346,48)	/
Spremenjen obseg dela	3,96	2,30	3,29	2,49	-7,92 *** (2521,11)	-0,28
Delo v stresnih okoliščinah	3,74	2,32	3,36	2,50	-4,50 *** (2503,38)	0,16
Izvajanje svojega dela oziroma storitve na daljavo	3,51	2,41	2,39	2,45	-12,98 * (2372,07)	0,46
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	2,33	2,24	3,10	2,56	9,19 *** (2630,26)	0,31
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	1,34	1,97	2,02	2,52	8,80 *** (2896,83)	0,31
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	2,03	2,42	2,41	2,44	4,61 *** (2524,62)	0,16
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	1,60	2,08	2,32	2,42	9,14 *** (2676,89)	0,31
Slabši medosebni odnosi v službi	1,54	1,98	1,63	2,14	1,81 *** (3554)	0,04
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	2,65	2,63	2,00	2,54	6,95 *** (2263,99)	-0,25
Strah pred kršenjem odlokov	1,97	2,21	2,39	2,33	5,24 *** (2457,84)	0,18
Strah pred izgubo/omejitve svoboščin	3,50	2,62	4,22	2,64	7,66 (2355,34)	/
Psihofizične težave (PHQ13)	5,70	4,60	6,29	4,70	3,65 (2368,15)	/
Simptomatika depresije (PHQ8)	6,05	5,27	8,31	6,21	3,53 *** (2652,07)	0,38

Opomba *t* = vrednost *t* t-testa, *df* = prostostne stopnje, *p* = statistična pomembnost, *d* = Cohenov *d* (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001.

Tabela 11.2.2b Primerjava doživljanja posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju VIZ, in drugimi udeleženci

Vrsta težave	Zaposleni v VIZ		Ostali udeleženci		U(Z)	η^2
	n	M_R	n	M_R		
Brezposelnost	1175	1607,97	2381	1862,66	1198459,50 *** (-7,99)	0,02
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	1175	1664,44	2381	1834,79	1264816,00 *** (-6,12)	0,01

Opomba M_R = povprečje ranga, U = vrednost Mann-Whitney testa, Z = z vrednost, p = statistična pomembnost, η^2 = eta kvadrat (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.2.3 Primerjava doživljanja nasilja v medosebnih odnosih med udeleženci, zaposlenimi na področju VIZ, in drugimi udeleženci

Vrsta nasilja	Odstotek _{VIZ}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
V družini oziroma partnerskem odnosu	1,5	3,6	11,62 ** (1)	0,19
Na delovnem mestu	3,7	3,8	0,03 (1)	/
V drugih medosebnih odnosih	2,5	4,0	5,14 * (1)	0,09

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki doživlja nasilje, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.2.4 Primerjava potreb po psihološki pomoči, že uporabljenih virov pomoči in še želenih virov pomoči med udeleženci, zaposlenimi na področju VIZ, in drugimi udeleženci

Vrsta pomoči	Odstotek _{VIZ}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
Potreba po psihološki pomoči	19	33	67,68 *** (1)	1,15
Uporabljeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor s prijatelji/družino/znanci	83	78	15,38 *** (1)	0,26
Klepet na družbenih omrežjih	19	29	38,36 *** (1)	0,65
Pomoč strokovnjaka	8	12	12,32 *** (1)	0,21
Klic na telefon za pomoč v stiski	0,3	1	/	/
Duhovna pomoč	12	9	11,42 *** (1)	0,19
Napotki zdravstvenih organizacij	14	16	1,37 (1)	/
Spremljanje forumov	6	10	12,97 *** (1)	0,22
Branje/poslušanje (avdio) knjig	42	38	5,27 *** (1)	0,09
Ogled videoposnetkov na spletu	24	37	56,36 *** (1)	0,96
Poslušanje podkasta/radia	18	26	26,17 *** (1)	0,45
Dokumentarne oddaje na televiziji/spletu	32	32	0,006 (1)	/
Ukvarjanje z umetnostjo	27	31	6,81 ** (1)	0,12
Telesna dejavnost	68	60	19,23 *** (1)	0,32
Sprostitutvene tehnike/meditacija	27	26	0,24 (1)	/

Vrsta pomoči	Odstotek _{VIZ}	Odstotek _{ostali}	χ^2 (df)	V
Prostovoljno delo	7	13	30,68 *** (1)	0,52
(e-) delavnice/srečanja različnih organizacij	10	9	0,60 (1)	/
Organizacija dnevnega urnika	30	24	14,34 *** (1)	0,24
Poseganje po (nezdravi) hrani	17	22	9,40 ** (1)	0,16
Poseganje po alkoholu, cigaretah/drugih psihoaktivnih substancah	7	12	25,63 *** (1)	0,44
Drugi viri pomoči	7	7	0,009 (1)	/
Želeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor po kriznem telefonu	1	2	/	/
Pogovor s strokovnjakom po videoklicih	6	8	3,07 (1)	/
Pomoč strokovnjaka	11	22	52,98 *** (1)	0,93
Svetovanje po spletu	7	11	10,64 ** (1)	0,19
Pogovori na družabnih omrežjih	2	5	/	/
Podpora v delovni organizaciji	9	7	3,42 (1)	/
Supervizijska/podporna skupina zunaj delovne organizacije	15	8	35,18 *** (1)	0,62
Duhovna pomoč	5	6	1,06 (1)	/
Napotki zdravstvenih organizacij	4	6	/	/
Informacije v radijskih oddajah	3	6	/	/
Izobraževalne oddaje po televiziji	15	16	0,32 (1)	/
Izobraževalne oddaje po radiu	6	7	1,10 (1)	/
Sprostitvene oddaje po televiziji	21	20	1,18 (1)	/
Sprostitvene oddaje po radiu	6	9	4,73 * (1)	0,08
Filmi po televiziji/na spletu	18	19	0,56 (1)	/
Dostopne knjige po spletu	14	18	6,97 ** (1)	0,12
Dostop do knjig iz knjižnic	15	17	2,19 (1)	/
Opravljanje prostovoljnega dela	4	7	/	/
Vodena vadba po televiziji/spletu	17	15	2,39 (1)	/
Ne potrebuje drugih virov pomoči	38	33	9,38 ** (1)	0,17
Drugo	7	8	1,69 (1)	/

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o potrebi po pomoči oz. (želeni) uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Tabela 11.2.5 Primerjava uporabe različnih virov informacij med udeleženci, zaposlenimi na področju VIZ, in drugimi udeleženci

Viri informacij	Odstotek _{VIZ}	Odstotek _{ostali}	χ^2 (df)	V
Televizija	30	22	27,27 *** (1)	0,48
Radio	11	12	0,30 (1)	/
Družbena omrežja	20	32	56,72 *** (1)	0,99
Spletne strani zdravstvenih institucij	23	24	0,49 (1)	/
Članki na spletu	47	45	0,47 (1)	/
Tiskani mediji	20	15	14,28 *** (1)	0,25
Pogovori s prijatelji, sorodniki	51	48	3,20 (1)	/
Tiskane publikacije	7	6	2,23 (1)	/
Izobraževanja in usposabljanja o tej temi	39	25	68,48 *** (1)	1,21
Drugo	11	12	1,51 (1)	/

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * p < 0,05; ** p < 0,01; *** < 0,001.

Priloga Zdravstvo

Tabela 11.3.1 Deskriptivna statistika za udeležence, zaposlene v zdravstvu, in druge udeležence (ki niso zaposleni v zdravstvu)

Vrsta težave	Zaposleni v zdr avstvu						Drugi udeleženci					
	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>
Stiska med drugim valom epidemije	324	0–7	-0,26	-0,63	1,90	0,94***	3232	0–7	-0,29	-0,76	1,95	0,94***
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	310	0–7	-1,66	-0,56	1,25	0,83***	3049	0–7	-0,42	-0,02	1,41	0,80***
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	324	0–7	-0,67	0,12	1,45	0,89***	3232	0–7	-0,83	0,29	1,56	0,90***
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	324	0–7	-0,41	-0,77	1,77	0,93***	3232	0–7	-0,40	0,66	1,72	0,92***
Zdravstvene težave	324	0–7	0,80	-0,46	2,02	0,85***	3232	0–7	0,79	-0,51	2,02	0,85***
Strah pred lastno okužbo	324	0–7	0,47	-0,85	2,14	0,89***	3232	0–7	0,63	-0,65	2,05	0,90***
Strah pred okužbo bližnjih	324	0–7	-0,55	-0,70	2,11	0,91***	3232	0–7	-0,36	-1,00	2,22	0,91***
Stiske zaradi izolacije	324	0–7	0,26	-1,16	2,27	0,91***	3232	0–7	-0,09	-1,31	2,33	0,91***
Strah pred negotovo prihodnostjo	324	0–7	-0,10	-1,21	2,31	0,91***	3232	0–7	-0,31	-1,14	2,32	0,92***
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	324	0–7	0,04	-1,25	2,30	0,92***	3232	0–7	-0,13	-1,19	2,28	0,91***
Ločenost od družinskih članov	324	0–7	-0,17	-1,23	2,40	0,89***	3232	0–7	-0,13	-1,38	2,52	0,90***
Spremenjen obseg dela	324	0–7	-0,27	-1,23	2,40	0,90***	3232	0–7	-0,11	-1,34	2,45	0,90***
Delo v stresnih okoliščinah	324	0–7	-0,57	-0,89	2,31	0,90***	3232	0–7	-0,04	-1,35	2,44	0,88***
Delo na daljavo	324	0–7	1,05	-0,25	2,24	0,87***	3232	0–7	0,22	-1,39	2,49	0,76***
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	324	0–7	0,63	-0,90	2,31	0,88***	3232	0–7	0,29	-1,29	2,49	0,85***
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	324	0–7	1,71	1,87	1,90	0,76***	3232	0–7	1,01	-0,41	2,40	0,66***
Brezposelnost	324	0–7	2,66	6,43	1,54	0,68***	3232	0–7	1,31	0,20	2,37	0,49***
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	324	0–7	1,34	0,63	2,00	0,85***	3232	0–7	0,55	-1,07	2,40	0,72***
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	324	0–7	3,29	10,74	1,32	0,53***	3232	0–7	2,30	4,29	1,77	0,41***
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	324	0–7	0,89	-0,54	2,18	0,82***	3232	0–7	0,79	-0,73	2,34	0,79***
Slabši medosebni odnosi v službi	324	0–7	0,63	-9,21	2,28	0,76***	3232	0–7	1,19	0,22	2,06	0,85***
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	324	0–7	0,58	-1,11	2,54	0,78***	3232	0–7	0,75	-0,99	2,59	0,83***
Strah pred kršenjem odlokov	324	0–7	1,01	-0,16	2,11	0,85***	3232	0–7	0,64	-0,89	2,31	0,81***
Strah pred izgubo/omejitve svoboščin	324	0–7	0,11	-1,52	2,66	0,85***	3232	0–7	-0,36	-1,37	2,64	0,87***
Psihofizične težave (PHQ13)	322	0–24	0,91	0,51	4,81	0,85***	3206	0–24	0,87	0,48	4,65	0,87***
Simptomatika depresije (PHQ8)	317	0–24	0,91	0,34	5,42	0,88***	3155	0–24	0,72	-0,16	6,06	0,86***

Opomba *A* = asimetričnost, *S* = sploščenost, *V* = varianca, *K-S* = vrednost Kolmogorov-Smirnovega testa normalnosti porazdelitve s pripadajočo *p* vrednostjo, kjer velja * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.3.2 Primerjava doživljanja posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v zdravstvu, in drugih udeležencih

Vrsta težave	Zaposleni v VIZ		Ostali udeleženci		t(df)	D
	M	SD	M	SD		
Stiska med drugim valom epidemije	3,86	1,9	3,81	1,95	0,47 (3554)	0,03
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	5,00	1,25	4,75	1,41	2,94** (3557)	0,19
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	5,23	1,45	5,14	1,56	0,92 (3554)	0,06
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	4,67	1,77	4,61	1,72	0,64 (3554)	0,03
Zdravstvene težave	1,98	2,02	1,97	2,02	0,23 (3554)	0,00
Strah pred lastno okužbo	2,54	2,14	2,34	2,05	1,66 (3554)	0,10
Strah pred okužbo bližnjih	4,47	2,11	4,12	2,22	2,70 (3554)	0,16
Stiske zaradi izolacije	2,85	2,27	3,52	2,37	-4,80 (3554)	0,29
Strah pred negotovo prihodnostjo	2,46	2,31	4,03	2,32	-4,22 (3554)	0,68
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	3,13	2,30	3,46	2,28	0,12 (3554)	0,14
Ločenost od družinskih članov	3,59	2,40	3,62	2,52	1,66 (3554)	0,01
Spremenjen obseg dela	3,75	2,40	3,48	2,45	2,70* (3554)	0,11
Delo v stresnih okoliščinah	4,31	2,31	3,41	2,44	-4,81*** (3554)	0,38
Izvajanje svojega dela oziroma storitve na daljavo	1,70	2,24	2,86	2,49	-4,23*** (3554)	0,49
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	2,27	2,31	2,91	2,49	-3,82*** (3554)	0,27
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	1,16	1,90	1,86	2,40	-0,24 (3554)	0,33
Brezposelnost	0,65	1,54	1,54	2,37	1,84 (3554)	0,46
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	1,38	2,00	2,38	2,40	6,33*** (3554)	0,45
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	0,47	1,32	0,83	1,77	-8,04*** (3554)	0,23
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	1,78	2,18	2,11	2,34	-4,41*** (3554)	0,15
Slabši medosebni odnosi v službi	2,21	2,28	1,54	2,06	-5,09*** (3554)	0,31
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	2,44	2,54	2,19	2,59	-6,55*** (3554)	0,10
Strah pred kršenjem odlokov	1,83	2,11	2,30	2,31	-7,21*** (3554)	0,21
Strah pred izgubo/omejitve svoboščin	3,28	2,66	4,05	2,64	-3,55*** (3554)	0,29
Psihofizične težave (PHQ13)	6,12	4,81	6,09	4,65	-2,47**	0,01
Simptomatika depresije (PHQ8)	6,89	5,42	7,63	6,06	5,47***	0,13

Opomba t = vrednost t t-testa, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, d = Cohenov d (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * p < 0,01; ** p < 0,05; *** p < 0,001.

Tabela 11.3.3 Primerjava doživljanja nasilja v medosebnih odnosih med udeleženci, zaposlenimi v zdravstvu, in drugimi udeleženci

Vrsta nasilja	Odstotek _{viz}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
V družini oziroma partnerskem odnosu	4,0	2,8	1,57 (1)	0,02
Na delovnem mestu	11,4	3,0	58,39*** (1)	0,12
V drugih medosebnih odnosih	6,5	3,2	9,49** (1)	0,05

Opombe Odstotek = delež udeležencev, ki doživlja nasilje, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.3.4 Primerjava potreb po psihološki pomoči, že uporabljenih virov pomoči in še želenih virov pomoči med udeleženci, zaposlenimi v zdravstvu, in drugimi udeleženci

Vrsta pomoči	Odstotek _{viz}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
Potreba po psihološki pomoči	31,4	27,9	1,737 (1)	0,022
Uporabljeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor s prijatelji/družino/znanci	85,9	79,0	8,549* (1)	0,003
Klepet na družbenih omrežjih	21,7	26,4	3,183 (1)	0,074
Pomoč strokovnjaka	11,8	10,3	0,690 (1)	0,014
Klic na telefon za pomoč v stiski	0,6	0,4	0,223 (1)	0,637
Duhovna pomoč	11,5	9,5	1,240 (1)	0,019
Napotki zdravstvenih organizacij	21,7	14,7	10,803* (1)	0,056
Spremljanje forumov	5,1	8,8	4,942 (1)	0,038
Branje/poslušanje (avdio) knjig	41,2	39,2	0,481 (1)	0,488
Ogled videoposnetkov na spletu	23,3	33,2	12,730*** (1)	0,061
Poslušanje podkasta/radia	21,7	23,8	0,658 (1)	0,014
Dokumentarne oddaje na televiziji/spletu	30,0	32,3	0,646 (1)	0,014
Ukvarjanje z umetnostjo	28,8	30,0	0,204 (1)	0,008
Telesna dejavnost	68,1	61,9	4,568** (1)	0,036
Sprostitutvene tehnike/meditacija	28,1	26,0	0,653 (1)	0,014
Prostovoljno delo	9,3	11,1	0,935 (1)	0,016
(e-)delavnice/srečanja različnih organizacij	8,0	9,8	1,111 (1)	0,018
Organizacija dnevnega urnika	20,4	26,1	4,833 (1)	0,038
Poseganje po (nezdravi) hrani	18,2	20,4	0,825 (1)	0,015
Poseganje po alkoholu, cigaretah/drugih psihoaktivnih substancah	10,5	10,6	0,000 (1)	0,000
Želeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor po kriznem telefonu	2,0	1,7	0,141 (1)	0,007
Pogovor s strokovnjakom po videoklicih	6,8	7,3	0,096 (1)	0,005
Pomoč strokovnjaka	20,7	17,9	1,503 (1)	0,022

Vrsta pomoči	Odstotek _{viz}	Odstotek _{ostali}	χ^2 (df)	V
Svetovanje po spletu	9,5	9,7	0,007 (1)	0,002
Pogovori na družabnih omrežjih	3,4	4,2	0,457 (1)	0,012
Podpora v delovni organizaciji	18,4	7,0	47,345*** (1)	0,121
Supervizijska/podporna skupina zunaj delovne organizacije	15,6	9,5	10,962* (1)	0,058
Duhovna pomoč	6,5	5,6	0,413 (1)	0,011
Napotki zdravstvenih organizacij	5,1	5,4	0,042 (1)	0,004
Informacije v radijskih oddajah	5,4	5,0	0,122 (1)	0,006
Izobraževalne oddaje po televiziji	14,6	15,9	0,0318 (1)	0,010
Izobraževalne oddaje po radiu	6,8	6,7	0,006 (1)	0,001
Sprostitutvene oddaje po televiziji	16,3	20,6	2,964 (1)	0,030
Sprostitutvene oddaje po radiu	9,5	7,7	1,273 (1)	0,020
Filmi po televiziji/na spletu	21,1	18,8	0,870 (1)	0,016
Dostopne knjige po spletu	18,4	16,4	0,753 (1)	0,015
Dostop do knjig iz knjižnic	15,0	16,2	0,281 (1)	0,009
Opravljanje prostovoljnega dela	3,4	6,5	4,422** (1)	0,037
Vodena vadba po televiziji/spletu	14,6	15,2	0,077 (1)	0,005
Ne potrebuje drugih virov pomoči	32,7	34,8	0,527 (1)	0,013
Drugo	8,2	7,9	0,031 (1)	0,003

Opombe Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o potrebi po pomoči oz. (želeni) uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * p < 0,01; ** p < 0,05; *** p < 0,001.).

Tabela 11.3.4 Primerjava uporabe različnih virov informacij med udeleženci, zaposlenimi v zdravstvu, in drugimi udeleženci

Viri informacij	Odstotek _{viz}	Odstotek _{ostali}	χ^2 (df)	V
Televizija	21,1	25,3	2,561 (1)	0,028
Radio	14,3	11,6	1,864 (1)	0,024
Družabna omrežja	26,5	27,8	0,231 (1)	0,008
Spletne strani zdravstvenih institucij	33,7	22,9	17,172*** (1)	0,073
Članki na spletu	45,2	45,7	0,027 (1)	0,003
Tiskani mediji	16,0	16,6	0,073 (1)	0,005
Pogovori s prijatelji, sorodniki	45,6	49,4	1,551 (1)	0,022
Tiskane publikacije	6,8	5,8	0,456 (1)	0,012
Izobraževanja in usposabljanja o tej temi	40,1	28,2	18,312*** (1)	0,075
Drugo	13,3	11,3	0,999 (1)	0,018

Opombe Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * p < 0,01; ** p < 0,05; *** p < 0,001.).

Priloga Socialno varstvo

Tabela 11.4.1 Deskriptivna statistika za udeležence, zaposlene v socialnem varstvu, in druge udeležence (ki niso zaposleni v socialnem varstvu)

Vrsta težave	Zaposleni v socialnem varstvu						Drugi udeleženci					
	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>
Stiska med drugim valom epidemije	213	0–7	-0,14	-0,53	2,80	0,19***	3343	0–7	-0,21	-0,76	3,13	0,17***
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	206	0–7	-0,55	0,55	1,69	0,16***	3153	0–7	-0,41	-0,06	1,97	0,15**
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	213	0–7	-0,62	0,41	1,96	0,20***	3343	0–7	-0,85	0,41	2,15	0,19*
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	213	0–7	-0,37	-0,55	2,84	0,16***	3343	0–7	-0,44	-0,65	2,83	0,16***
Zdravstvene težave	213	0–7	0,95	-0,14	3,67	0,25***	3343	0–7	0,89	-0,53	4,14	0,25***
Strah pred lastno okužbo	213	0–7	0,55	-0,78	4,64	0,21***	3343	0–7	0,62	-0,67	4,23	0,20***
Strah pred okužbo bližnjih	213	0–7	-0,39	-0,95	4,97	0,14***	3343	0–7	-0,38	-0,99	4,91	0,14***
Stiske zaradi izolacije	213	0–7	0,20	-1,24	5,32	0,16***	3343	0–7	-0,08	-1,32	5,65	0,15***
Strah pred negotovo prihodnostjo	213	0–7	-0,09	-1,25	5,14	0,13***	3343	0–7	-0,31	-1,15	5,41	0,13***
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	213	0–7	-0,14	-1,26	5,14	0,14***	3343	0–7	-0,12	-1,20	5,26	0,14***
Ločenost od družinskih članov	213	0–7	-0,11	-1,37	6,28	0,14***	3343	0–7	-0,14	-1,38	6,32	0,14***
Spremenjen obseg dela	213	0–7	-0,01	-1,33	5,45	0,15***	3343	0–7	-0,14	-1,34	6,04	0,15***
Delo v stresnih okoliščinah	213	0–7	-0,32	-1,10	5,25	0,13***	3343	0–7	-0,08	-1,36	6,02	0,15***
Delo na daljavo	213	0–7	0,62	-0,92	4,97	0,22***	3343	0–7	0,27	-1,39	6,30	0,19***
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	213	0–7	0,51	-1,05	5,28	0,19***	3343	0–7	0,31	-1,29	6,21	0,18***
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	213	0–7	1,53	1,12	4,42	0,30***	3343	0–7	1,04	-0,35	5,69	0,28***
Brezposelnost	213	0–7	1,83	2,12	4,23	0,35***	3343	0–7	1,37	0,38	5,49	0,36***
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	213	0–7	1,35	0,77	3,94	0,28***	3343	0–7	0,58	-1,06	5,75	0,21***
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	213	0–7	3,08	9,47	1,66	0,44***	3343	0–7	2,33	4,43	3,11	0,43***
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	213	0–7	1,17	0,29	3,94	0,25***	3343	0–7	0,78	-0,76	5,54	0,24***
Slabši medosebni odnosi v službi	213	0–7	0,95	-0,25	4,11	0,24***	3343	0–7	1,15	0,09	4,40	0,27***
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	213	0–7	0,56	-1,24	6,99	0,26***	3343	0–7	0,75	-1,00	6,70	0,21***
Strah pred kršenjem odlokov	213	0–7	0,86	-0,49	4,69	0,25***	3343	0–7	0,68	-0,86	5,33	0,23***
Strah pred izgubo/omejitve svoboščin	213	0–7	-0,28	-1,35	6,39	0,15***	3343	0–7	-0,32	-1,41	7,08	0,17***
Psihofizične težave (PHQ13)	205	0–24	0,87	0,63	18,30	0,1***	3267	0–24	0,88	0,49	21,91	0,12***
Simptomatika depresije (PHQ8)	205	0–24	1,34	1,84	25,57	0,16***	3267	0–24	0,78	-0,19	36,54	0,11***

Opomba A = asimetričnost, S = sploščenost, V = varianca, K-S = vrednost Kolmogorov-Smirnovega testa normalnosti porazdelitve s pripadajočo *p* vrednostjo, kjer velja * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.4.2a Primerjava doživljanja posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu, in drugih udeležencih

Vrsta težave	Zaposleni v socialnem varstvu		Ostali udeleženci		<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>D</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Stiska med drugim valom epidemije	4,02	1,67	4,04	1,77	0,59 (245,23)	0,04
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	5,08	1,30	4,76	1,40	3,42** (237,35)	0,23
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	5,16	1,40	5,29	1,47	-0,585 (244,77)	0,04
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	4,52	1,68	4,74	1,68	-1,178 (3554)	0,08
Zdravstvene težave	1,80	1,92	1,98	2,04	-1,32 (243,52)	0,09
Strah pred lastno okužbo	2,55	2,15	2,35	2,06	1,37 (3554)	0,10
Strah pred okužbo bližnjih	4,23	2,23	4,15	2,22	0,47 (3554)	0,03
Stiske zaradi izolacije	2,99	2,31	3,48	2,38	-2,98** (3554)	0,21
Strah pred negotovo prihodnostjo	3,58	2,27	4,00	2,33	-2,60** (3554)	0,18
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	3,63	2,27	3,59	2,30	0,22 (3554)	0,02
Ločenost od družinskih članov	3,52	2,51	3,63	2,51	-0,60 (3554)	0,04
Spremenjen obseg dela	3,35	2,33	3,52	2,46	-0,99 (3554)	0,07
Delo v stresnih okoliščinah	4,02	2,29	3,45	2,45	3,496** (244,04)	0,24
Delo na daljavo	2,22	2,23	2,79	2,51	-3,63*** (247,48)	0,24
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	2,42	2,30	2,88	2,49	-2,78** (244,83)	0,19
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	1,40	2,10	1,82	2,39	-2,80** (248,10)	0,19
Brezposelnost	1,16	2,06	1,48	2,34	-2,16** (248,38)	0,15
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	2,34	2,40	1,46	1,98	-6,23*** (253,17)	0,40
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	1,57	1,98	2,12	2,35	-3,86*** (251,58)	0,25
Slabši medosebni odnosi v službi	1,77	2,03	1,59	2,10	1,24 (3554)	0,05
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	2,59	2,64	2,19	2,59	2,16** (3554)	0,15
Strah pred kršenjem odlokov	2,01	2,17	2,27	2,31	-1,69 (243,76)	0,11
Strah pred izgubo/omejitev svoboščin	3,85	2,53	3,99	2,66	-0,74 (3554)	0,05
Psihofizične težave (PHQ13)	5,57	4,28	6,13	4,68	-1,65 (3526)	0,12
Simptomatika depresije (PHQ8)	5,57	5,06	7,69	4,04	-5,75*** (242,10)	0,46

Opombe *t* = vrednost *t* t-testa, *df* = prostostne stopnje, *d* = Cohenov *d* (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * *p* < 0,01; ** *p* < 0,05; *** *p* < 0,001.

Tabela 11.4.2b Primerjava doživljanja posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih v socialnem varstvu, in drugih udeležencih

Vrsta težave	Zaposleni v socialnem varstvu		Drugi udeleženci		U(z)	η^2
	n	MR	n	MR		
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	213	1,70	3343	1,78	339530,5 (-2,96)	0,002

Opombe MR = aritmetična sredina ranga, U = vrednost Mann-Whitneyjevega testa, z = z-vrednost, η^2 = eta kvadrat (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$).

Tabela 11.4.3 Primerjava doživljanja nasilja v medosebnih odnosih med udeleženci, zaposlenimi v socialnem varstvu, in drugimi udeleženci

Vrsta nasilja	Odstotek _{SV}	Odstotek _{ostali}	χ^2 (df)	V
V družini oziroma partnerskem odnosu	3,76	2,84	0,60 (1)	0,01
Na delovnem mestu	4,23	3,71	0,15 (1)	0,01
V drugih medosebnih odnosih	/	/	/	/

Opombe Odstotek = delež udeležencev, ki doživlja nasilje, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$).

Tabela 11.4.4 Primerjava potreb po psihološki pomoči, že uporabljenih virov pomoči ter še želenih virov pomoči med udeleženci, zaposlenimi v socialnem varstvu, in drugimi udeleženci

Vrsta pomoči	Odstotek _{SV}	Odstotek _{ostali}	χ^2 (df)	V
Potreba po psihološki pomoči				
Uporabljeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor s prijatelji/družino/znanci	87,7	79,1	8,70** (1)	0,05
Klepet na družbenih omrežjih	21,7	26,2	2,04 (1)	0,02
Pomoč strokovnjaka	13,3	10,3	1,87 (1)	0,02
Klic po telefonu za pomoč v stiski	/	/	/	/
Duhovna pomoč	13,8	9,5	4,07* (1)	0,03
Napotki zdravstvenih organizacij	22,7	14,9	8,90** (1)	0,05
Spremljanje forumov	7,4	8,5	0,31 (1)	0,01
Branje/poslušanje (avdio-)knjig	40,9	39,3	0,20 (1)	0,01
Ogled videoposnetkov na spletu	31,5	32,4	0,06 (1)	<0,01
Poslušanje podkasta/radia	22,7	23,6	0,10 (1)	0,01
Dokumentarne oddaje na televiziji/spletu	34,5	31,9	0,59 (1)	0,01
Ukvarjanje z umetnostjo	27,1	30,0	0,79 (1)	0,02
Telesna dejavnost	59,1	62,7	1,04 (1)	0,02

Vrsta pomoči	Odstotek _{SV}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
Sprostitutvene tehnike/meditacija	31,0	25,9	2,61 (1)	0,03
Prostovoljno delo	13,3	10,7	1,29 (1)	0,02
(e-) delavnice/srečanja različnih organizacij	7,9	9,8	0,79 (1)	0,02
Organizacija dnevnega urnika	27,6	25,5	0,44 (1)	0,01
Poseganje po (nezdravi) hrani	11,3	20,7	10,48*** (1)	0,06
Poseganje po alkoholu, cigaretah/drugih psihoaktivnih substancah	7,9	10,7	1,65 (1)	0,02
Želeni viri pomoči	/	/		/
Pogovor po kriznem telefonu	/	/	/	/
Pogovor s strokovnjakom po videoklicih	3,6	7,5	3,94* (1)	0,04
Pomoč strokovnjaka	12,0	18,5	5,19* (1)	0,04
Svetovanje po spletu	5,2	9,9	4,65* (1)	0,04
Pogovori na družabnih omrežjih	3,6	4,2	0,13 (1)	
Podpora v delovni organizaciji	18,2	7,3	29,09*** (1)	0,10
Supervizijska/podporna skupina zunaj delovne organizacije	20,3	9,5	23,45*** (1)	0,09
Duhovna pomoč	5,2	5,7	0,07 (1)	0,01
Napotki zdravstvenih organizacij	3,6	5,47	1,18 (1)	0,02
Informacije v radijskih oddajah	4,7	5,04	0,05 (1)	<0,01
Izobraževalne oddaje po televiziji	16,1	15,7	0,02 (1)	<0,01
Izobraževalne oddaje po radiu	5,7	6,75	0,30 (1)	0,01
Sprostitutvene oddaje po televiziji	21,4	20,1	0,18 (1)	0,01
Sprostitutvene oddaje po radiu	8,9	7,8	0,29 (1)	0,01
Filmi po televiziji/na spletu	20,8	18,9	0,42 (1)	0,01
Dostopne knjige po spletu	21,9	16,2	4,15* (1)	0,04
Dostop do knjig iz knjižnic	17,2	16,0	0,20 (1)	0,01
Opravljanje prostovoljnega dela	/	/	/	/
Vodena vadba po televiziji/spletu	13,0	15,3	0,74 (1)	0,02
Ne potrebuje drugih virov pomoči	35,4	34,5	0,06 (1)	<0,01
Drugo	9,9	7,8	1,12 (1)	0,02

Opombe Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o potrebi po pomoči oz. (želeni) uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$).

Tabela 11.4.5 Primerjava uporabe različnih virov informacij med udeleženci, zaposlenimi v socialnem varstvu, in drugimi udeleženci

Viri informacij	Odstotek _{SV}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
Televizija	31,8	24,5	5,09* (1)	0,04
Radio	20,8	11,3	15,85*** (1)	0,07
Družabna omrežja	26,0	27,8	0,29 (1)	0,01
Spletne strani zdravstvenih institucij	29,7	23,5	3,83* (1)	0,03
Članki na spletu	51,0	45,4	2,353 (1)	0,03
Tiskani mediji	20,8	16,3	2,72* (1)	0,03
Pogovori s prijatelji, sorodniki	50,0	49,0	0,08 (1)	0,01
Tiskane publikacije	7,8	5,8	1,32 (1)	0,02
Izobraževanja in usposabljanja o tej temi	42,7	28,5	17,70*** (1)	0,07
Drugo	11,5	11,5	0,00 (1)	<0,01

Opombe Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$).

Priloga Gospodarstvo

Tabela 11.5.1 Deskriptivna statistika za udeležence, zaposlene v gospodarstvu ($n = 421$), in druge udeležence ($n = 3135$)

Vrsta težave	Zaposleni v gospodarstvu						Drugi udeleženci					
	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>
Stiska med drugim valom epidemije	421	0–7	-0,35	-0,72	3,95	0,19***	3135	0–7	-0,28	-0,76	3,76	0,18***
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	399	1–7	-0,48	0,01	2,24	0,18***	2960	1–7	-0,40	-0,07	1,91	0,15***
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	421	1–7	-1,03	0,48	2,61	0,19***	3135	1–7	-0,80	0,39	2,38	0,19***
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	421	1–7	-0,59	-0,51	3,06	0,17***	3135	1–7	-0,39	-0,68	2,97	0,15***
Zdravstvene težave	421	0–7	0,75	-0,66	4,48	0,24***	3135	0–7	0,80	-0,49	4,07	0,25***
Strah pred lastno okužbo	421	0–7	0,41	-0,96	4,66	0,19***	3135	0–7	0,65	-0,62	4,19	0,21***
Strah pred okužbo bližnjih	421	0–7	-0,50	-0,96	5,24	0,14***	3135	0–7	-0,37	-0,99	4,86	0,41***
Stiske zaradi izolacije	421	0–7	-0,23	-1,20	5,50	0,15***	3135	0–7	-0,04	-1,33	5,64	0,15***
Strah pred negotovo prihodnostjo	421	0–7	-0,47	-0,96	5,16	0,14***	3135	0–7	-0,27	-1,17	5,42	0,13***
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	421	0–7	-0,29	-1,24	5,80	0,14***	3135	0–7	-0,10	-1,19	5,16	0,14***
Ločenost od družinskih članov	421	0–7	-0,41	-1,24	6,44	0,15***	3135	0–7	-0,11	-1,38	6,27	0,14***
Spremenjen obseg dela	421	0–7	0,06	-1,41	6,27	0,18***	3135	0–7	-0,15	-1,33	5,96	0,15***
Delo v stresnih okoliščinah	421	0–7	-0,08	-1,33	5,92	0,16***	3135	0–7	-0,09	-1,35	6,00	0,15***
Delo na daljavo	421	0–7	0,54	-1,09	5,68	0,21***	3135	0–7	0,26	-1,39	6,28	0,19***
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	421	0–7	-0,05	-1,42	6,49	0,15***	3135	0–7	0,38	-1,23	6,03	0,19***
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	421	0–7	0,36	-1,37	6,84	0,21***	3135	0–7	1,19	0,02	5,31	0,29***
Brezposelnost	421	0–7	0,88	-0,76	6,41	0,29***	3135	0–7	1,48	0,71	5,24	0,37***
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	421	0–7	0,50	-1,05	5,46	0,19***	3135	0–7	0,63	-1,00	5,72	0,22***
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	421	0–7	2,09	3,45	3,31	0,39***	3135	0–7	2,41	4,85	2,99	0,43***
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	421	0–7	0,54	-1,07	5,82	0,21***	3135	0–7	0,84	-0,65	5,38	0,24***
Slabši medosebni odnosi v službi	421	0–7	0,62	-0,96	5,27	0,23***	3135	0–7	1,22	0,30	4,20	0,28***
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	421	0–7	0,45	-1,43	7,77	0,23***	3135	0–7	0,78	-0,94	6,55	0,26***
Strah pred kršenjem odlokov	421	0–7	0,44	-1,14	5,80	0,20***	3135	0–7	0,72	0,79	5,20	0,23***
Strah pred izgubo/omejitvijo svoboščin	421	0–7	-0,76	-0,89	6,47	0,21***	3135	0–7	-0,27	-1,44	7,04	0,16***
PHQ13	419	0–25	1,12	1,30	21,51	0,13***	3109	0–26	0,85	0,39	21,88	0,12***
PHQ8	412	0–24	0,81	-0,10	39,06	0,12***	3060	0–24	0,80	-0,14	35,69	0,12***

Opomba A = asimetričnost, S = sploščenost, V = varianca, $K-S$ = vrednost Kolmogorov-Smirnovega testa normalnosti porazdelitve s pripadajočo p vrednostjo, kjer velja * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.5.2 Primerjava doživljanja posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, zaposlenih na področju gospodarstva ($n = 421$), in drugimi udeleženci ($n = 3135$)

Vrsta težave	Zaposleni v gospodarstvu		Ostali udeleženci		$t(df)$	D
	M	SD	M	SD		
Stiska med drugim valom epidemije	4,00	1,99	3,79	1,94	2,05*(3554)	0,11
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	4,56	1,50	4,81	1,38	-3,43**(3357)	-0,18
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	5,38	1,61	5,13	1,54	3,17**(3554)	0,16
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	4,85	1,75	4,58	1,72	2,99**(3554)	0,16
Zdravstvene težave	2,03	2,12	1,96	2,02	0,62(527,51)	/
Strah pred lastno okužbo	2,63	2,16	2,33	2,05	2,75**(562,38)	0,15
Strah pred okužbo bližnjih	4,33	2,29	4,13	2,21	1,70(3554)	/
Stiske zaradi izolacije	3,82	2,35	3,41	2,38	3,38**(3554)	0,18
Strah pred negotovo prihodnostjo	4,29	2,27	3,94	2,33	2,88**(3554)	0,15
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	3,97	2,41	3,55	2,27	3,57*** (3554)	0,19
Ločenost od družinskih članov	4,05	2,54	3,56	2,50	3,76*** (3554)	0,19
Spremenjen obseg dela	3,31	2,50	3,54	2,44	-1,78(3554)	/
Delo v stresnih okoliščinah	3,55	2,43	3,48	2,45	0,55(3554)	/
Delo na daljavo	2,35	2,38	2,81	2,51	-3,74*** (552,30)	-0,19
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	3,60	2,55	2,75	2,46	6,61*** (3554)	0,34
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	2,80	2,62	1,66	2,30	8,48*** (511,30)	0,49
Brezposelnost	1,99	2,53	1,39	2,29	4,66*** (516,44)	0,26
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	2,43	2,34	2,27	2,39	1,35(3554)	/
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	0,95	1,82	0,78	1,73	1,81(526,81)	/
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	2,48	2,41	2,03	2,32	3,63*** (529,71)	0,19
Slabši medosebni odnosi v službi	2,26	2,30	1,51	2,05	6,34*** (513,90)	0,36
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	2,68	2,79	2,15	2,56	3,69*** (519,63)	0,20
Strah pred kršenjem odlokov	2,68	2,41	2,20	2,28	3,89*** (5,26,60)	0,21
Strah pred izgubo/omejitev svoboščin	4,69	2,54	3,89	2,65	6,06*** (550,22)	0,30
Psihofizične težave (PHQ13)	6,05	4,64	6,10	4,68	-0,21(3526)	/
Simptomatika depresije (PHQ8)	8,19	6,25	7,48	5,97	2,27*(3470)	0,12

Opomba t = vrednost t t-testa, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, d = Cohenov d (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.5.3 Primerjava doživljanja nasilja v medosebnih odnosih med udeleženci, zaposlenimi na področju gospodarstva ($n = 421$), in drugimi udeleženci ($n = 3135$)

Vrsta nasilja	Odstotek _{gospodarstvo}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2 (df)$	V
V družini oziroma partnerskem odnosu	2,1	3,0	0,98(1)	0,02
Na delovnem mestu	5,0	3,6	2,07(1)	-0,02
V drugih medosebnih odnosih	4,0	3,4	0,43(1)	-0,01

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki doživlja nasilje, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.5.4 Primerjava potreb po psihološki pomoči, že uporabljenih virov pomoči ter še željenih virov pomoči med udeleženci zaposlenimi na področju gospodarstva in ostalimi udeleženci

Vrsta pomoči	Odstotek _{gospodarstvo}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2 (df)$	V
Potreba po psihološki pomoči	33	27	6,55*(1)	-0,04
Uporabljeni viri pomoči				
Pogovor s prijatelji/družino/znanci	72	78	6,98**(1)	-0,05
Klepet na družbenih omrežjih	28	25	1,66(1)	/
Pomoč strokovnjaka	11	10	0,62(1)	/
Klic na telefon za pomoč v stiski	1	0	/	/
Duhovna pomoč	4	10	/	/
Napotki zdravstvenih organizacij	12	15	3,80(1)	/
Spremljanje forumov	13	7	15,52***(1)	0,07
Branje/poslušanje (avdio-) knjig	28	39	19,59***(1)	-0,08
Ogled videoposnetkov na spletu	28	32	2,22(1)	/
Poslušanje podkasta/radia	23	23	0,08(1)	/
Dokumentarne oddaje na televiziji/spletu	29	31	1,07(1)	/
Ukvarjanje z umetnostjo	20	30	17,54***(1)	-0,07
Telesna dejavnost	52	61	13,49***(1)	-0,06
Sprostitvene tehnike/meditacija	20	26	6,00*(1)	-0,04
Prostovoljno delo	10	11	0,14(1)	/
(e-) delavnice/srečanja različnih organizacij	7	10	4,04*(1)	-0,03
Organizacija dnevnega urnika	18	26	10,70**(1)	-0,06
Poseganje po (nezdravi) hrani	22	19	1,43(1)	/
Poseganje po alkoholu, cigaretah/drugih psihoaktivnih substancah	18	9	30,44***(1)	0,09
Željeni viri pomoči				
Pogovor po kriznem telefonu	2	2	/	/
Pogovor s strokovnjakom po videoklicih	6	7	0,52(1)	/
Pomoč strokovnjaka	19	16	2,67(1)	/

Vrsta pomoči	Odstotek _{gospodarstvo}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
Svetovanje po spletu	9	9	0,01(1)	/
Pogovori na družabnih omrežjih	4	4	/	/
Podpora v delovni organizaciji	5	8	5,12(1)	/
Supervizijska/podporna skupina zunaj delovne organizacije	5	10	12,13***(1)	-0,06
Duhovna pomoč	4	5	/	/
Napotki zdravstvenih organizacij	6	5	0,83(1)	/
Informacije v radijskih oddajah	4	5	/	/
Izobraževalne oddaje po televiziji	13	15	0,71(1)	/
Izobraževalne oddaje po radiu	5	6	0,89(1)	/
Sprostitvene oddaje po televiziji	16	19	1,59(1)	/
Sprostitvene oddaje po radiu	7	7	0,01(1)	/
Filmi po televiziji/na spletu	16	17	0,49(1)	/
Dostopne knjige po spletu	12	15	2,46(1)	/
Dostop do knjig v knjižnicah	10	18	7,74**(1)	-0,05
Opravljanje prostovoljnega dela	8	5	3,68(1)	/
Vodena vadba po televiziji/spletu	13	14	0,45(1)	/
Ne potrebuje drugih virov pomoči	34	31	2,72(1)	/
Drugo	8	7	0,19(1)	/

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o potrebi po pomoči oz. (želeni) uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.5.5 Primerjava uporabe različnih virov informacij med udeleženci, zaposlenimi na področju gospodarstva, in drugimi udeleženci

Viri informacij	Odstotek _{gospodarstvo}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
Televizija	16	24	11,04**(1)	0,06
Radio	9	11	0,94(1)	/
Družbena omrežja	28	25	2,60(1)	/
Spletne strani zdravstvenih inštitucij	20	22	0,85(1)	/
Članki na spletu	44	41	1,82(1)	/
Tiskani mediji	13	15	1,97(1)	/
Pogovori s prijatelji, sorodniki	42	45	0,84(1)	/
Tiskane publikacije	3	6	/	/
Izobraževanja in usposabljanja o tej temi	16	28	27,72***(1)	-0,10
Drugo	10	10	0,06(1)	/

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Priloga starši

Tabela 11.6.1 Deskriptivna statistika za udeležence, ki so starši šoloobveznih otrok, in druge udeležence (ki niso starši šoloobveznih otrok)

Vrsta težave	Starši šoloobveznih otrok						Drugi udeleženci					
	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>
Stiska med drugim valom epidemije	1043	0–7	-0,26	-0,75	3,81	0,17***	2513	0–7	-0,30	-0,76	3,78	0,19***
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	987	1–7	-0,49	0,24	1,85	0,15***	2372	1–7	-0,39	-0,13	1,99	0,15***
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	1043	1–7	-0,79	0,21	2,45	0,18***	2513	1–7	-0,84	0,33	2,40	0,19***
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	1043	1–7	-0,36	-0,76	3,22	0,15***	2513	1–7	-0,42	-0,64	2,89	0,15***
Zdravstvene težave	1043	0–7	0,84	-0,41	4,27	0,25***	2513	1–7	0,78	-0,55	4,05	0,25***
Strah pred lastno okužbo	1043	0–7	0,59	-0,70	4,29	0,22***	2513	1–7	0,59	-0,70	4,23	0,20***
Strah pred okužbo bližnjih	1043	0–7	-0,24	-1,14	5,23	0,13***	2513	0–7	-0,44	-0,89	4,74	0,15***
Stiske zaradi izolacije	1043	0–7	0,13	-1,23	5,27	0,15***	2513	0–7	-0,14	-1,32	5,73	0,15***
Strah pred negotovo prihodnostjo	1043	0–7	-0,16	-1,16	5,24	0,13***	2513	0–7	-0,35	-1,14	5,45	0,14***
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	1043	0–7	-0,12	-1,18	5,16	0,14***	2513	1–7	-1,21	-0,12	5,30	0,14***
Ločenost od družinskih članov	1043	0–7	-0,03	-1,36	6,10	0,15***	2513	0–7	-0,19	-1,37	6,37	0,14***
Spremenjen obseg dela	1043	0–7	-0,31	-1,21	5,77	0,15***	2513	0–7	-0,06	-1,37	5,99	0,16***
Delo v stresnih okoliščinah	1043	0–7	-0,36	-1,16	5,69	0,14***	2513	0–7	0,02	-1,36	5,97	0,16***
Delo na daljavo	1043	0–7	0,14	-1,41	6,29	0,17***	2513	0–7	0,36	-1,33	6,16	0,20***
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	1043	0–7	0,34	-1,24	6,09	0,18***	2513	0–7	0,32	-1,29	6,19	0,18***
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	1043	0–7	1,08	-0,16	5,21	0,27***	2513	0–7	1,06	-0,34	5,79	0,29***
Brezposelnost	1043	0–7	1,57	1,13	4,74	0,35***	2513	0–7	1,32	0,22	5,68	0,36***
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	1043	0–7	0,88	-0,55	5,16	0,24***	2513	1–7	0,52	-1,13	5,84	0,21***
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	1043	0–7	2,82	7,68	2,21	0,43***	2513	1–7	2,21	3,78	3,35	0,42***
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	1043	0–7	0,84	-0,59	5,15	0,23***	2513	1–7	0,79	-0,76	5,58	0,24***
Slabši medosebni odnosi v službi	1043	0–7	1,00	-0,13	4,37	0,24***	2513	1–7	1,2	0,17	4,37	0,29***
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	1043	0–7	-0,36	-1,34	6,75	0,17***	2513	0–7	1,36	0,53	4,68	0,33***
Strah pred kršenjem odlokov	1043	0–7	0,88	-0,48	4,96	0,25***	2513	1–7	0,61	-0,96	5,41	0,22***
Strah pred izgubo/omejitvijo svoboščin	1043	0–7	-0,16	-1,50	7,16	0,16***	2513	1–7	-0,39	-1,35	6,95	0,17***
Psihofizične težave (PHQ13)	1031	0–26	0,93	0,58	22,33	0,12***	2497	0–26	0,86	0,46	21,63	0,12***
Simptomatika depresije (PHQ8)	1006	0–24	0,93	0,35	29,96	0,12***	2466	0–24	0,74	-0,29	38,38	0,12***

Opomba *A* = asimetričnost, *S* = sploščenost, *V* = varianca, *K-S* = vrednost Kolmogorov-Smirnovega testa normalnosti porazdelitve s pripadajočo *p* vrednostjo, kjer velja * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.6.2 Primerjava doživljanja posameznih težav med epidemijo pri udeležencih, ki so starši šoloobveznih otrok, in drugimi udeleženci

Vrsta težave	Zaposleni v socialnem varstvu		Ostali udeleženci		<i>t(df)</i>	<i>D</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Stiska med drugim valom epidemije	3,84	1,95	3,80	1,94	0,54(3554)	/
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	4,84	1,36	4,76	1,41	1,69(3554)	/
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	5,14	1,56	5,16	1,55	-0,46(3554)	/
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	4,50	1,79	4,66	1,69	-2,47**(3554)	0,09
Zdravstvene težave	1,96	2,07	1,98	2,01	-0,22(3554)	/
Strah pred lastno okužbo	2,24	2,07	2,41	2,06	-2,22*(3554)	-0,08
Strah pred okužbo bližnjih	3,91	2,29	4,26	2,18	-4,22***(3554)	0,16
Stiske zaradi izolacije	3,11	2,29	3,60	2,39	-5,67***(3554)	0,21
Strah pred negotovo prihodnostjo	3,78	2,29	4,06	2,33	-3,37***(3554)	0,12
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	3,59	2,27	3,60	2,30	-0,06(3554)	/
Ločenost od družinskih članov	3,38	2,47	3,72	2,52	-3,73***(3554)	0,14
Spremenjen obseg dela	3,93	2,40	3,33	2,45	6,67***(3554)	0,25
Delo v stresnih okoliščinah	4,00	2,39	3,28	2,44	8,12***(3554)	0,29
Delo na daljavo	3,05	2,51	2,64	2,48	4,54***(3554)	0,16
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	2,85	2,47	2,85	2,49	0,01(3554)	/
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	1,78	2,28	1,80	2,41	-0,21(3554)	/
Brezposelnost	1,31	2,18	1,52	2,38	-2,48***(3554)	0,09
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	1,94	2,27	2,43	2,42	-5,59***(3554)	-0,21
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	0,63	1,49	0,87	3,35	-3,73***(3554)	-0,14
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	2,02	2,27	2,11	2,63	-1,06(3554)	/
Slabši medosebni odnosi v službi	1,77	2,09	1,53	2,09	3,05***(3554)	0,11
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	4,07	2,59	1,44	2,16	28,79***(3554)	1,15
Strah pred kršenjem odlokov	2,04	2,23	2,34	2,33	-3,55***(3554)	-0,13
Strah pred izgubo/omejitvijo svoboščin	3,72	2,68	4,09	2,64	-3,83***(3554)	-0,14
Psihofizične težave (PHQ13)	6,08	4,72	6,10	4,65	-0,09(3526)	/
Simptomatika depresije (PHQ8)	6,86	5,47	7,85	6,19	(3470)***-4,61	0,16

Opomba *t* = vrednost *t* t-testa, *df* = prostostne stopnje, *p* = statistična pomembnost, *d* = Cohenov *d* (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001.

Tabela 11.6.3 Primerjava doživljanja nasilja v medosebnih odnosih med udeleženci, ki so starši šoloobveznih otrok, in drugimi udeleženci

Vrsta nasilja	Odstotek _{str}	Odstotek _{drugi}	$\chi^2(df)$	V
V družini oziroma partnerskem odnosu	3,2	2,8	0,37(1)	/
Na delovnem mestu	4,4	3,5	1,84(1)	/
V drugih medosebnih odnosih	3,6	3,4	0,11(1)	/

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki doživlja nasilje, χ^2 = hi kvadrat vrednost, *df* = prostostne stopnje, *p* = statistična pomembnost, *V* = Cramerjev *V* (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001.

Tabela 11.6.4 Primerjava potreb po psihološki pomoči, že uporabljenih virov pomoči in še želenih virov pomoči med udeleženci, ki so starši šoloobveznih otrok, in drugimi udeleženci

Vrsta pomoči	Odstotek _{str}	Odstotek _{drugi}	$\chi^2(df)$	V
Potreba po psihološki pomoči	26	29	2,13(1)	/
Uporabljeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor s prijatelji/družino/znanci	82	78	6,47(1)	0,04
Klepet na družbenih omrežjih	18	29	44,04***(1)	0,11
Pomoč strokovnjaka	11	10	1,79(1)	/
Klic po telefonu za pomoč v stiski	1	1	/	/
Duhovna pomoč	12	9	9,39*(1)	0,05
Napotki zdravstvenih organizacij	13	16	7,25**(1)	0,05
Spremljanje forumov	7	9	5,98**(1)	0,04
Branje/poslušanje (avdio-) knjig	39	40	0,41(1)	/
Ogled videoposnetkov na spletu	20	37	91,32***(1)	0,16
Poslušanje podkasta/radia	17	26	29,07***(1)	0,09
Dokumentarne oddaje na televiziji/spletu	27	34	15,11***(1)	0,07
Ukvarjanje z umetnostjo	23	33	28,96***(1)	0,09
Telesna aktivnost	62	63	0,06(1)	/
Sprostivne tehnike/meditacija	26	26	0,01(1)	/
Prostovoljno delo	8	12	10,19**(1)	0,05
(e-) delavnice/srečanja različnih organizacij	9	10	0,17(1)	/
Organizacija dnevnega urnika	22	27	8,66**(1)	0,05
Poseganje po (nezdravi) hrani	20	20	0,31(1)	/
Poseganje po alkoholu, cigaretah/drugih psihoaktivnih substancah	10	11	0,00(1)	/
Želeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor po kriznem telefonu	1	2	/	/
Pogovor s strokovnjakom po videoklicih	7	7	0,57(1)	/
Pomoč strokovnjaka	16	19	3,15(1)	/

Vrsta pomoči	Odstotek _{str}	Odstotek _{drugi}	$\chi^2(df)$	V
Svetovanje po spletu	8	10	2,10(1)	/
Pogovori na družabnih omrežjih	4	4	/	/
Podpora v delovni organizaciji	11	7	18,02***(1)	0,07
Supervizijska/podporna skupina zunaj delovne organizacije	12	9	7,76**(1)	0,05
Duhovna pomoč	5	6	0,39(1)	/
Napotki zdravstvenih organizacij	4	6	/	/
Informacije v radijskih oddajah	4	5	/	/
Izobraževalne oddaje po televiziji	15	16	1,42(1)	/
Izobraževalne oddaje po radiu	6	7	2,77(1)	/
Sprostitvene oddaje po televiziji	19	21	1,37(1)	/
Sprostitvene oddaje po radiu	7	8	1,22(1)	/
Filmi po televiziji/na spletu	18	19	0,71(1)	/
Dostopne knjige na spletu	15	17	3,09(1)	/
Dostop do knjig iz knjižnic	14	17	3,96**(1)	0,03
Opravljanje prostovoljnega dela	5	7	2,22(1)	/
Vodena vadba po televiziji/spletu	16	15	0,62(1)	/
Ne potrebuje drugih virov pomoči	36	34	0,59(1)	/
Drugo	8	8	0,06(1)	/

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o potrebi po pomoči oz. (želeni) uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.6.5 Primerjava uporabe različnih virov informacij med udeleženci, ki so starši šoloobveznih otrok, in drugimi udeleženci

Viri informacij	Odstotek _{str}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
Televizija	26	25	0,32(1)	/
Radio	11	12	1,36(1)	/
Družbena omrežja	24	29	9,22**(1)	0,05
Spletne strani zdravstvenih inštitucij	22	25	2,19(1)	/
Članki na spletu	45	46	0,33(1)	/
Tiskani mediji	18	16	3,24(1)	/
Pogovori s prijatelji, sorodniki	48	49	0,52(1)	/
Tiskane publikacije	6	6	0,00(1)	/
Izobraževanja in usposabljanja o tej temi	33	28	7,69**(1)	0,05
Drugo	11	12	0,09(1)	/

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Priloga Študentje

Tabela 11.7.1 Deskriptivna statistika za študente in druge udeležence

Vrsta težave	Študenti						Drugi udeleženci					
	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>
Stiska med drugim valom epidemije	606	0–7	-0,76	0,06	3,15	0,20***	2961	0–7	-0,20	-0,80	3,82	0,18***
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	587	0–7	-0,06	-0,28	1,88	0,20***	2783	0–7	-0,51	0,15	1,92	0,18***
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	606	0–7	-1,12	1,39	1,85	0,20***	2961	0–7	-0,77	0,15	2,50	0,19***
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	606	0–7	-0,65	-0,22	2,33	0,18***	2961	0–7	-0,35	-0,74	3,07	0,14***
Zdravstvene težave	606	0–7	0,81	-0,42	3,77	0,25***	2961	0–7	0,80	-0,53	4,19	0,25***
Strah pred lastno okužbo	606	0–7	0,81	-0,19	3,35	0,23***	2961	0–7	0,57	-0,76	4,40	0,20***
Strah pred okužbo bližnjih	606	0–7	-0,59	-0,63	4,42	0,15***	2961	0–7	-0,35	-1,04	4,99	0,14***
Stiske zaradi izolacije	606	0–7	-0,77	-0,56	4,88	0,19***	2961	0–7	0,07	-1,29	5,50	0,16***
Strah pred negotovo prihodnostjo	606	0–7	-0,98	-0,13	4,60	0,22***	2961	0–7	-0,19	-1,19	5,32	0,13***
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	606	0–7	0,02	-1,17	5,08	0,13***	2961	0–7	-0,15	-1,20	5,27	0,14***
Ločenost od družinskih članov	606	0–7	-0,04	-1,49	6,81	0,15***	2961	0–7	-0,16	-1,35	6,22	0,14***
Spremenjen obseg dela	606	0–7	-0,44	-1,05	5,60	0,16***	2961	0–7	-0,07	-1,36	6,03	0,17***
Delo v stresnih okoliščinah	606	0–7	-0,25	-1,26	5,96	0,14***	2961	0–7	-0,06	-1,36	5,98	0,15***
Delo na daljavo	606	0–7	-0,27	-1,35	6,56	0,16***	2961	0–7	0,40	-1,27	5,97	0,20***
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	606	0–7	-0,04	-1,39	6,38	0,14***	2961	0–7	0,40	-1,20	6,01	0,19***
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	606	0–7	0,68	-1,17	7,32	0,28***	2961	0–7	1,15	-0,04	5,22	0,28***
Brezposelnost	606	0–7	0,93	-0,77	6,81	0,34***	2961	0–7	1,50	0,83	5,08	0,36***
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	606	0–7	0,10	-1,38	6,19	0,16***	2961	0–7	0,73	-0,82	5,41	0,23***
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	606	0–7	1,37	0,41	5,35	0,36***	2961	0–7	2,69	6,63	2,45	0,44***
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	606	0–7	0,10	-1,42	6,36	0,17***	2961	0–7	0,97	-0,34	4,95	0,25***
Slabši medosebni odnosi v službi	606	0–7	1,56	1,19	4,16	0,36***	2961	0–7	1,07	-0,09	4,39	0,25***
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	606	0–7	1,31	0,31	5,17	0,34***	2961	0–7	0,64	-1,15	6,91	0,24***
Strah pred kršenjem odlokov	606	0–7	0,31	-1,18	5,47	0,17***	2961	0–7	0,78	-0,70	5,18	0,24***
Strah pred izgubo/omejitvijo svoboščin	606	0–7	-0,60	-1,02	6,33	0,17***	2961	0–7	-0,26	-1,46	7,14	0,17***
Psihofizične težave (PHQ13)	601	0–26	0,57	0,06	23,02	0,08***	2937	0–26	0,96	0,70	20,91	0,13***
Simptomatika depresije (PHQ8)	592	0–24	0,18	-0,86	37,12	0,09***	2889	0–24	0,98	0,37	31,86	0,13***

Opomba A = asimetričnost, S = sploščenost, V = varianca, K-S = vrednost Kolmogorov-Smirnovega testa normalnosti porazdelitve s pripadajočo p vrednostjo, kjer velja * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.7.2 Primerjava doživljanja posameznih težav med epidemijo med študenti in drugimi udeleženci

Vrsta težave	Študenti		Ostali udeleženci		<i>t(df)</i>	<i>D</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Stiska med drugim valom epidemije		4,45	1,77	3,69	1,95	8,90***(3565)	0,40
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije		4,30	1,37	4,88	1,38	-9,26***(3368)	-0,42
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo		5,53	1,36	5,08	1,58	6,50***(3565)	0,29
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije		5,06	1,53	4,52	1,75	6,95***(3565)	0,31
Zdravstvene težave		1,95	1,94	1,98	2,05	-0,32(3565)	/
Strah pred lastno okužbo		1,98	1,83	2,44	2,10	-5,08***(3565)	-0,24
Strah pred okužbo bližnjih		4,37	2,10	4,11	2,23	2,651**(3565)	0,11
Stiske zaradi izolacije		4,56	2,21	3,23	2,35	12,85***(3565)	0,58
Strah pred negotovo prihodnostjo		4,96	2,14	3,78	2,31	11,58*(3565)	0,52
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev		3,39	2,25	3,64	2,30	-2,40*(3565)	-0,11
Ločenost od družinskih članov		3,43	2,61	3,66	2,49	-2,02*(3565)	-0,09
Spremenjen obseg dela		3,96	2,37	3,41	2,46	5,04***(3565)	0,23
Delo v stresnih okoliščinah		3,72	2,44	3,44	2,45	2,51(3565)	/
Delo na daljavo		3,67	2,56	2,57	2,44	9,94***(3565)	0,44
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti		3,49	2,53	2,72	2,45	7,02***(3565)	0,31
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela		2,29	2,71	1,70	2,28	5,63***(3565)	0,25
Brezposelnost		1,92	2,61	1,36	2,25	5,43***(3565)	0,24
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi		3,15	2,49	2,11	2,33	9,84***(3565)	0,44
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka		1,46	2,31	0,66	1,57	10,37***(3565)	0,46
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju		3,23	2,52	1,85	2,23	13,61***(3565)	0,51
Slabši medosebni odnosi v službi		1,25	2,04	1,68	2,10	-4,60***(3565)	-0,21
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti		1,51	2,27	2,36	2,63	-7,40***(3565)	-0,33
Strah pred kršenjem odlokov		2,80	2,34	2,14	2,28	6,49***(3565)	0,30
Strah pred izgubo/omejitev svoboščin		4,40	2,52	3,90	2,67	4,22***(3565)	0,19
Psihofizične težave (PHQ13)		7,75	4,80	5,77	4,57	9,60***(3536)	0,43
Simptomatika depresije (PHQ8)		11,63	6,09	6,74	5,64	18,93***(3479)	0,86

Opomba *t* = vrednost *t* t-testa, *df* = prostostne stopnje, *p* = statistična pomembnost, *d* = Cohenov *d* (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001.

Tabela 11.7.3 Primerjava doživljanja nasilja v medosebnih odnosih med študenti ($n = 606$) in drugimi udeleženci ($n = 6085$)

Vrsta nasilja	Odstotek _{študenti}	Odstotek _{drugi}	$\chi^2(df)$	V
V družini oziroma partnerskem odnosu	5,0	2,5	10,29 ^{**} (1)	0,05
Na delovnem mestu	1,0	4,3	15,25 ^{***} (1)	0,06
V drugih medosebnih odnosih	1,7	3,9	7,26 ^{**} (1)	0,04

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki doživlja nasilje, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.7.4 Primerjava potreb po psihološki pomoči, že uporabljenih virov pomoči in še želenih virov pomoči med študenti in drugimi udeleženci

Vrsta pomoči	Odstotek _{študenti}	Odstotek _{drugi}	$\chi^2(df)$	V
Potreba po psihološki pomoči	46	12	129,36 ^{***} (1)	0,19
Uporabljeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor s prijatelji/družino/znanci	72	78	9,42 ^{***} (1)	0,05
Klepet na družbenih omrežjih	39	22	75,77 ^{***} (1)	0,15
Pomoč strokovnjaka	9	10	1,08(1)	/
Duhovna pomoč	8	10	1,68(1)	/
Napotki zdravstvenih organizacij	9	16	21,07 ^{***} (1)	0,08
Spremljanje forumov	8	8	0,09(1)	/
Branje/poslušanje (avdio-) knjig	33	39	5,92 [*] (1)	0,04
Ogled videoposnetkov na spletu	61	25	314,08 ^{***} (1)	0,30
Poslušanje podkasta/radia	30	21	20,64 ^{***} (1)	0,07
Dokumentarne oddaje na televiziji/spletu	30	31	0,11(1)	/
Ukvarjanje z umetnostjo	41	26	57,45 ^{***} (1)	0,13
Telesna dejavnost	58	61	1,61(1)	/
Sprostitutvene tehnike/meditacija	125	5	1,36(1)	/
Prostovoljno delo	9	11	1,81(1)	/
(e-) delavnice/srečanja različnih organizacij	9	9	0,02(1)	/
Organizacija dnevnega urnika	28	24	5,15 [*] (1)	0,04
Poseganje po (nezdravi) hrani	27	18	30,02 ^{***} (1)	0,09
Poseganje po alkoholu, cigaretah/drugih psihoaktivnih substancah	14	9	13,12 ^{***} (1)	0,06
Želeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor na kriznem telefonu	2	1	/	/
Pogovor s strokovnjakom po videoklicih	12	6	33,30 ^{***} (1)	0,10
Pomoč strokovnjaka	30	14	108,39 ^{***} (1)	0,18
Svetovanje po spletu	15	8	36,39 ^{***} (1)	0,10

Vrsta pomoči	Odstotek _{študenti}	Odstotek _{drugi}	$\chi^2(df)$	V
Pogovori na družabnih omrežjih	6	3	/	/
Podpora v delovni organizaciji	2	8	/	/
Supervizijska/podporna skupina zunaj delovne organizacije	3	10	/	/
Duhovna pomoč	7	5	7,19*(1)	0,05
Napotki zdravstvenih organizacij	3	5	/	/
Informacije v radijskih oddajah	4	5	/	/
Izobraževalne oddaje po televiziji	12	15	1,88(1)	/
Izobraževalne oddaje po radiu	5	6	1,04(1)	/
Sprostitutvene oddaje po televiziji	17	19	0,09(1)	/
Sprostitutvene oddaje po radiu	7	7	0,06(1)	/
Filmi po televiziji/na spletu	18	17	1,27(1)	/
Dostopne knjige po spletu	21	14	26,19***(1)	0,09
Dostop do knjig iz knjižnic	21	13	27,94***(1)	0,09
Opravljanje prostovoljnega dela	9	5	15,31***(1)	0,07
Vodena vadba po televiziji/spletu	14	14	0,35(1)	/
Ne potrebuje drugih virov pomoči	22	33	22,24***(1)	0,08
Drugo	36	1	/	/

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o potrebi po pomoči oz. (želeni) uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.7.5 Primerjava uporabe različnih virov informacij med študenti in drugimi udeleženci

Viri informacij	Odstotek _{študenti}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
Televizija	13	25	38,83***(1)	0,11
Radio	4	12	/	/
Družabna omrežja	40	22	108,03***(1)	0,18
Spletne strani zdravstvenih institucij	4	12	/	/
Članki na spletu	39	42	0,11(1)	/
Tiskani mediji	6	17	43,32***(1)	0,11
Pogovori s prijatelji, sorodniki	46	44	2,92(1)	/
Tiskane publikacije	5	5	0,02(1)	/
Izobraževanja in usposabljanja o tej temi	17	29	31,68***(1)	0,10
Drugo	10	11	0,01	/

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Priloga Upokojenci

Tabela 11.8.1 Deskriptivna statistika za upokojece, ki so udeleženi v raziskavi, in druge udeležence (ki niso upokojenci)

Vrsta težave	Upokojenci						Drugi udeleženci					
	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>	<i>n</i>	<i>min.-maks.</i>	<i>A</i>	<i>S</i>	<i>V</i>	<i>K-S</i>
Stiska med drugim valom epidemije	193	0–7	0,06	-1,01	4,01	0,20***	3363	0–7	-0,31	-0,72	3,74	0,18***
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije	170	1–7	-0,44	0,01	2,43	0,20***	3189	1–7	-0,41	-0,05	1,93	0,15***
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo	193	1–7	-0,40	-0,15	2,56	0,19***	3363	1–7	-0,85	0,36	2,38	0,19***
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije	193	1–7	-0,48	-0,14	2,61	0,18***	3363	1–7	-0,41	-0,69	3,01	0,15***
Zdravstvene težave	193	0–7	0,44	-0,99	3,86	0,22***	3363	0–7	0,82	-0,47	4,12	0,25***
Strah pred lastno okužbo	193	0–7	0,24	-1,05	4,87	0,17***	3363	0–7	0,64	-0,64	4,18	0,21***
Strah pred okužbo bližnjih	193	0–7	-0,22	-0,95	4,50	0,16***	3363	0–7	-0,39	-0,99	4,93	0,14***
Stiske zaradi izolacije	193	0–7	0,17	-1,34	5,75	0,19***	3363	0–7	-0,07	-1,31	5,63	0,15***
Strah pred negotovo prihodnostjo	193	0–7	-0,01	-1,35	5,82	0,16***	3363	0–7	-0,31	-1,14	5,36	0,13***
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev	193	0–7	-0,20	-1,32	5,88	0,15***	3363	0–7	-0,12	-1,19	5,22	0,14***
Ločenost od družinskih članov	193	0–7	-0,23	-1,27	5,99	0,17***	3363	0–7	-0,14	-1,38	6,33	0,14***
Spremenjen obseg dela	193	0–7	1,22	0,19	4,13	0,30***	3363	0–7	-0,19	-1,28	5,85	0,15***
Delo v stresnih okoliščinah	193	0–7	1,50	1,16	3,43	0,32***	3363	0–7	-0,16	-1,30	5,82	0,14***
Delo na daljavo	193	0–7	1,64	1,44	2,82	0,38***	3363	0–7	0,23	-1,39	6,23	0,19***
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti	193	0–7	0,92	-0,41	4,63	0,26***	3363	0–7	0,29	-1,29	6,18	0,18***
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela	193	0–7	3,75	14,25	1,31	0,50***	3363	0–7	1,00	-0,43	5,74	0,26***
Brezposelnost	193	0–7	4,44	20,13	1,27	0,50***	3363	0–7	1,32	0,25	5,57	0,35***
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi	193	0–7	0,73	-0,76	4,74	0,24***	3363	0–7	0,61	-1,02	5,74	0,22***
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka	193	0–7	4,34	18,64	0,92	0,51***	3363	0–7	2,30	4,33	3,13	0,42***
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju	193	0–7	1,42	0,76	4,00	0,30***	3363	0–7	0,78	-0,76	5,51	0,23***
Slabši medosebni odnosi v službi	193	0–7	1,00	-0,13	4,37	0,29***	3363	0–7	1,20	0,17	4,37	0,24***
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti	193	0–7	-0,36	-1,34	6,75	0,33***	3363	0–7	1,36	0,53	4,68	0,17***
Strah pred kršenjem odlokov	193	0–7	0,88	-0,48	4,96	0,25***	3363	0–7	0,61	-0,96	5,41	0,22***
Strah pred izgubo/omejitvijo svobodoščin	193	0–7	-0,16	-1,50	7,16	0,16***	3363	0–7	-0,39	-1,35	6,95	0,17***
Psihofizične težave (PHQ13)	189	0-19	1,28	1,67	15,66	0,14***	3339	0-26	0,86	0,45	22,02	0,12***
Simptomatika depresije (PHQ8)	187	0-20	1,25	0,79	22,32	0,22***	3285	0-24	0,78	-0,16	36,45	0,11***

Opomba *A* = asimetričnost, *S* = sploščenost, *V* = varianca, *K-S* = vrednost Kolmogorov-Smirnovega testa normalnosti porazdelitve s pripadajočo *p* vrednostjo, kjer velja * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.8.2 Primerjava doživljanja posameznih težav med epidemijo pri upokojencih, udeleženi v raziskavi, in drugimi udeleženci

Vrsta težave ⁷	Upokojenci		Ostali udeleženci		<i>t(df)</i>	<i>D</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Stiska med drugim valom epidemije		3,02	2,00	3,86	1,93	-5,69***(213)	0,43
Spoprijemanje s stisko med drugim valom epidemije		4,65	1,56	4,79	1,39	-1,23(3357)	/
Stiska v primerjavi s časom pred epidemijo		4,52	1,60	5,19	1,54	-5,88***(3554)	0,43
Stiska v primerjavi s prvim valom epidemije		4,55	1,62	4,62	1,73	-0,53(218)	/
Zdravstvene težave		2,26	1,96	1,95	2,03	2,06*(3554)	0,15
Strah pred lastno okužbo		3,09	2,21	2,32	2,05	5,05***(3554)	0,36
Strah pred okužbo bližnjih		4,03	2,12	4,16	2,22	-0,83(3554)	/
Stiske zaradi izolacije		3,01	2,39	3,48	2,37	-2,68***(3554)	-0,19
Strah pred negotovo prihodnostjo		3,45	2,41	4,01	2,32	-3,52***(3554)	-0,24
Skrbi zaradi slabše dostopnosti zdravstvenih storitev		3,74	2,42	3,59	2,28	0,91(3554)	/
Ločenost od družinskih članov		3,72	2,45	3,62	2,52	0,53(3554)	/
Spremenjen obseg dela		1,44	2,03	3,63	2,42	-12,34***(3554)	-0,91
Delo v stresnih okoliščinah		1,21	1,85	3,62	2,41	-13,66***(3554)	-1,01
Delo na daljavo		0,96	1,68	2,86	2,50	-10,42***(3554)	-0,77
Skrbi zaradi upada prihodkov in materialne varnosti		1,79	2,15	2,91	2,49	-6,11***(3554)	-0,45
Strah pred izgubo zaposlitve/študentskega dela		0,35	1,14	1,88	2,40	-8,78***(3554)	-0,65
Brezposelnost		0,30	1,13	1,52	2,36	-7,15***(3554)	-0,53
Občutek pomanjkanja koristnega dela ali prispevka k družbi		1,96	2,18	2,31	2,40	-1,94(3554)	/
Selitev v skupno gospodinjstvo zaradi izpada dohodka		0,25	0,96	0,83	1,77	-4,46***(3554)	-0,33
Slabši medosebni odnosi v zasebnem življenju		1,34	2,00	2,13	2,35	-4,58***(3554)	-0,34
Slabši medosebni odnosi v službi		0,42	1,24	1,67	2,11	-8,15***(3554)	-0,60
Usklajevanje službenih obveznosti in družinskih obveznosti		0,63	1,56	2,31	2,61	-8,85***(3554)	-0,66
Strah pred kršenjem odlokov		1,68	2,20	2,29	2,30	-3,54***(3554)	-0,26
Strah pred izgubo/omejitvijo svobodčin		3,33	2,88	4,02	2,63	-3,52***(3554)	-0,26
Psihofizične težave (PHQ13)		4,44	3,96	6,19	4,69	-5,85***(219)	0,38
Simptomatika depresije (PHQ8)		4,76	4,72	7,72	6,04	-8,21***(222)	0,49

Opomba *t* = vrednost *t* t-testa, *df* = prostostne stopnje, *p* = statistična pomembnost, *d* = Cohenov *d* (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001.

Tabela 11.8.3 Primerjava doživljanja nasilja v medosebnih odnosih med upokojenci, udeleženi v raziskavi, in drugimi udeleženci

Vrsta nasilja	Odstotek _{upo}	Odstotek _{drugi}	χ^2 (df)	V
V družini oziroma partnerskem odnosu	3,1	2,9	0,03(1)	/
V drugih medosebnih odnosih	7,3	3,3	8,60***(1)	0,05

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki doživlja nasilje, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Tabela 11.8.4 Primerjava potreb po psihološki pomoči, že uporabljenih virov pomoči ter še želenih virov pomoči med upokojenci, ki so udeleženi v raziskavi, in drugimi udeleženci

Vrsta pomoči	Odstotek _{upo}	Odstotek _{drugi}	χ^2 (df)	V
Potreba po psihološki pomoči	10	29	31,52***(1)	0,09
Uporabljeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor s prijatelji/družino/znanci	74	80	4,45*(1)	0,04
Klepet na družbenih omrežjih	27	26	0,03(1)	/
Pomoč strokovnjaka	7	11	3,28(1)	/
Duhovna pomoč	9	10	0,26(1)	/
Napotki zdravstvenih organizacij	32	14	41,23***(1)	0,11
Spremljanje forumov	14	8	6,50**(1)	0,04
Branje/poslušanje (audio-) knjig	47	39	4,78*(1)	0,04
Ogled videoposnetkov na spletu	18	33	17,36***(1)	0,07
Poslušanje podkasta/radia	22	24	0,22(1)	/
Dokumentarne oddaje na televiziji/spletu	42	32	8,22*(1)	0,05
Ukvarjanje z umetnostjo	23	30	4,79**(1)	0,04
Telesna dejavnost	65	62	0,48(1)	/
Sprostitvene tehnike/meditacija	19	27	5,36**(1)	0,04
Prostovoljno delo	35	10	118,48***(1)	0,19
(e-) delavnice/srečanja različnih organizacij	10	10	0,00(1)	/
Organizacija dnevnega urnika	28	26	0,39(1)	/
Poseganje po (nezdravi) hrani	10	21	13,25***(1)	0,06
Poseganje po alkoholu, cigaretah/drugih psihoaktivnih substancah	4	11	/	/
Želeni viri pomoči	/	/	/	/
Pogovor s strokovnjakom po videoklicih	5	7	1,58(1)	/
Pomoč strokovnjaka	10	19	8,66***(1)	0,05
Svetovanje po spletu	7	10	1,91(1)	/

Vrsta pomoči	Odstotek _{upo}	Odstotek _{drugi}	$\chi^2(df)$	V
Pogovori na družabnih omrežjih	4	4	/	/
Duhovna pomoč	11	5	10,90***(1)	0,06
Napotki zdravstvenih organizacij	11	5	12,57***(1)	0,06
Informacije v radijskih oddajah	10	5	9,84***(1)	0,05
Izobraževalne oddaje po televiziji	23	15	6,47**(1)	0,04
Izobraževalne oddaje po radiu	9	7	1,48(1)	/
Sprostitutvene oddaje po televiziji	31	20	11,77***(1)	0,06
Sprostitutvene oddaje po radiu	11	8	3,05(1)	/
Filmi po televiziji/na spletu	22	19	0,72(1)	/
Dostopne knjige na spletu	9	17	7,34***(1)	0,05
Dostop do knjig iz knjižnic	16	16	0,03(1)	/
Opravljanje prostovoljnega dela	10	6	4,71*(1)	0,04
Vodena vadba po televiziji/spletu	10	16	3,42(1)	/
Ne potrebuje drugih virov pomoči	38	34	1,09(1)	/
Drugo	5	8	1,52(1)	/

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o potrebi po pomoči oz. (želeni) uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela 11.8.5 Primerjava uporabe različnih virov informacij med upokojenci, udeleženi v raziskavi in ostalimi udeleženci

Viri informacij	Odstotek _{upo}	Odstotek _{ostali}	$\chi^2(df)$	V
Televizija	50	24	57,69***(1)	0,13
Radio	29	11	51,74***(1)	0,13
Družabna omrežja	26	28	0,34(1)	/
Spletne strani zdravstvenih institucij	31	24	5,14*(1)	0,04
Članki na spletu	40	46	2,20(1)	/
Tiskani mediji	30	16	22,89***(1)	0,08
Pogovori s prijatelji, sorodniki	48	49	0,09(1)	/
Tiskane publikacije	8	6	1,10(1)	/
Izobraževanja in usposabljanja o tej temi	16	30	16,04***(1)	0,07
Drugo	7	12	4,17*(1)	0,04

Opomba Odstotek = delež udeležencev, ki poroča o uporabi določenega vira pomoči, χ^2 = hi kvadrat vrednost, df = prostostne stopnje, p = statistična pomembnost, V = Cramerjev V (velikost učinka: 0,2 = majhna, 0,5 = srednja, 0,8+ = velika), * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.



Založba Univerze na Primorskem
hippocampus.si