

ZADOVOLJSTVO MLADIH S PREJETO POMOČJO V ZVEZI Z NJIHOVIMI DUŠEVNIMI STISKAMI

147

SATISFACTION OF YOUNG USERS WITH HELP RECEIVED
IN RELATION TO THEIR MENTAL HEALTH PROBLEMS

Bojan Dekleva, *dr. psih.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

bojan.dekleva@guest.arnes.si

Darja Tadič, *dr. soc. ped.*

Pedagoška fakulteta v Ljubljani, Kardeljeva ploščad 16, 1000 Ljubljana

POVZETEK

Prispevek pregleduje literaturo o pomenu zadovoljstva uporabnikov s sistemi pomoči v duševnih stiskah, predvsem s formalnimi sistemi. Tematiko zadovoljstva s prejeto pomočjo je obravnavala kvalitativna raziskava, ki je zajela 143 mladih v starosti od 9 do 26 let na vzorcu, ki je bil geografsko razpršen po celi Sloveniji. Rezultati so prikazani posebej glede na izkušnje s šolo in šolskimi delavci ter posebej glede na druge, bolj specializirane ponudnike pomoči, in to predvsem v zdravstvenem sistemu. Izkušnje mladih so bile različne, vendar so nekoliko pogostejše izpostavljali negativne. Ena od ključnih dimenzij (ne)zadovoljstva s pomočjo je bil odnos med

ponudnikom/izvajalcem pomoči ter mladim uporabnikom. Zaključek prispevka povezuje zahtevo za razvijanjem kakovostnega odnosa strokovnega osebja z mladimi s smernicami Evropskega akcijskega načrta na področju duševnega zdravja 2013–2020 (WHO, 2015).

KLJUČNE BESEDE: *otroci, mladi, duševne stiske, šola, zdravstveni sistem, duševno zdravje, sistemi pomoči*

ABSTRACT

The paper reviews the literature on the importance of user satisfaction with mental health assistance systems, especially formal systems. The topic of satisfaction with the assistance received was addressed by a qualitative research that included 143 young people aged 9 to 26 years in a sample that was geographically dispersed throughout Slovenia. The results are presented specifically in terms of experience with the school and school staff, and specifically in relation to other, more specialised assistance providers, especially in the healthcare system. The experiences of young people were different, but were more often negative. One of the key dimensions of (dis)satisfaction with the assistance was the relationship between the assistance provider and the young user. The conclusion of the paper links the demand for developing a positive and trusting relationship of professional staff with young people within the guidelines of the European Mental Health Action Plan 2013–2020.

KEY WORDS: *children, youth, mental distress, school, healthcare, mental health, support systems*

UVOD

Priebe in Miglietta (2019) menita, da lahko zadovoljstvo pacientov¹ s prejeto oskrbo in pomočjo splošno razumemo kot pomembno procesno spremenljivko in kot pokazatelj kakovosti sistema skrbi za duševno zdravje. Kot procesna spremenljivka je zadovoljstvo z obravnavo povezano z uspehom obravnave oz. ga napoveduje. Napovedovalo naj bi, da bodo pacienti dlje vztrajali v obravnavi, a tudi, da bodo – ne glede na čas vztrajanja v obravnavi – od nje pridobili več kot manj zadovoljni pacienti (prav tam). Zadovoljstvo naj bi bilo povezano z uporabo (in dostopanjem do) storitev in služb duševnega zdravlja ter naj bi zmanjševalo verjetnost osipanja iz obravnav (Miglietta, Belessiotis-Richards, Ruggeria in Priebe, 2018). V drugem smislu pa je zadovoljstvo pacientov cilj in vrednota sama po sebi, saj naj bi bile obravnave in procesi pomoči – ne glede na njihov vpliv na zdravje in socialne posledice – kolikor mogoče prijazni. Zadovoljstvo naj bi bilo rezultat različnih dejavnikov tako na ravni pacienta kot storitve, kot so to npr. pacientova pričakovanja od obravnave, zaznane potrebe po psihiatrični obravnavi, odnos med pacientom in kliničnim delavcem ter pacientove izkušnje s storitvami in prejetimi obravnavami nasploh (prav tam). Zato naj bi bilo zadovoljstvo pokazatelj dobrega delovanja organizacije in dobrega izvajanja storitev.

Do podobnih zaključkov so na osnovi pregleda mnogih raziskav zadnjih štirih desetletij prišli Fortin, Zhiron in Fleury (2018). Ugotavljajo, da je zadovoljstvo pacientov dober pokazatelj kakovostnih storitev tako na ravni organizacije kot posameznika. Zadovoljstvo definirajo kot »oceno, v kolikšni meri je storitev odgovorila na posameznikove čustvene in telesne potrebe v zvezi z duševnim zdravjem« (prav tam). Po njihovem mnenju zdravstveni sistemi, ki izboljšujejo dostopnost storitev, kontinuiteto in ustreznost obravnav, bolje odgovarjajo na potrebe pacientov. Po drugi strani pa zadovoljstvo pacientov vpliva na vzorce njihove uporabe obravnalnih ponudb, pa tudi na same obravnave in njihove rezultate.

⁵ Besede in slovnične oblike, zapisane v moškem ali ženskem spolu, se v tem prispevku nanašajo enakovredno na vse osebe, in to ne glede na njihovo spolno identifikacijo.

Bolj zadovoljni pacienti po rezultatih mnogih raziskav ustrezneje uporabljajo storitve in se bolj držijo navodil ter obravnavnih zahtev.

Po mnenju istih avtorjev je bilo v zadnjih letih (v Kanadi, a tudi v mednarodnem prostoru) začeti ali predlagani mnogo reform, ki naj bi izboljšale izide obravnav in zadovoljstvo pacientov. Med temi omenjajo:

- krepitev primarne ravni obravnav ter boljše povezovanje zdravstvenih in socialnih služb za osebe s kroničnimi stanji;
- izboljšanje sodelovanja med strokovnjaki in službami;
- hitrejša in enostavnejša usmerjanje pacientov v specializirane službe;
- poudarek na prevenciji in promociji zdravja;
- posvečanje večje pozornosti osebam s t. i. dvojnimi diagnozami;
- večanje dostopnosti storitev kriznih intervencij;
- boljše upoštevanje vidikov ekonomskega stanja pacientov, njihovih nastanitev in izobraževalnih potreb.

V svoji originalni študiji večjega vzorca oseb z zelo različnimi diagnozami so isti avtorji ugotovili, da je bilo zadovoljstvo pacientov v primarnih in specializiranih službah povezano s kontinuiranostjo obravnav, obstojem nosilcev primerov (case managers) ter odgovarjanjem na potrebe pacientov. Za zagotavljanje zadovoljstva je bilo kritično pomembno odgovarjati na potrebe pacientov, in sicer celostno ter preko vzpostavitve dolgoročnih individualnih načrtov okrevanja, pri čemer je bilo ključno sodelovanje med strokovnjaki ter s svojci.

Na zadovoljstvo uporabnikov s prejetimi storitvami oz. oblikami pomoči vpliva veliko dejavnikov; poleg značilnosti nudenja pomoči/zdravljenja še mnoge značilnosti uporabnikov/pacientov oz. mnogi dejavniki, ki so prisotni že ob začetku ali pred začetkom izvajanja obravnav. Ti drugi dejavniki lahko statistično gledano zamegljujejo odnos med kakovostjo storitev in zadovoljstvom uporabnikov, saj imajo lahko naravo tretjih dejavnikov, ki vplivajo tako na izvajanje obravnav kot na zadovoljstvo z obravnavami. Vloga in moč teh dejavnikov je po ugotovitvah mnogih raziskav

razmeroma šibka, v zvezi z mnogimi od njih pa ugotovitve raziskav niso konsistentne. Kljub temu spodaj poskušava povzeti ugotovitve več pregledov takih raziskav (po Lehman in Zastowny, 1983; Garland, Aarons, Saltzman in Kruse, 2000; Buston, 2002; Blenkiron in Hammill, 2003; Lora, Rivolta in Lanzara, 2003; Releigh in drugi, 2007; Turchik, Karpenko, Ogles, Demireva in Probst, 2010; Tambuyzer in Van Audenhove, 2013; Simmons, Parker in Hetrick, 2014; Barber, Tischler in Healy, 2016; Fortin, Bamvita in Fleury, 2018; Fortin, Zhiorong in Fleury, 2018; Lindberg in Mundy, 2019; McMahon, 2017; Miglietta in drugi, 2018; Priebe in Miglietta, 2019; Woldekidan in drugi, 2019):

- Socio-demografske značilnosti (etnija, socio-ekonomski in zakonski status) so le redko in šibko povezane z zadovoljstvom uporabnikov ali pa so rezultati raziskav nekonsistentni.
- To ne velja za starost, kjer najdemo z naraščanjem starosti večje zadovoljstvo. To velja predvsem za odrasle, medtem ko pri otrocih in mladostnikih pogosto nezadovoljstvo z obravnavami narašča z večjo starostjo. Nekatere raziskave so našle večje zadovoljstvo pri moških kot pri ženskah.
- Pacienti z več in hujšimi simptomi, posebej z depresivnimi motnjami, osebnostnimi motnjami in odvisnostmi, so povprečno manj zadovoljni z obravnavami.
- Bolj nezadovoljni so uporabniki, ki so obravnavani prisilno in ki zaznavajo terapevtski odnos bolj negativno. Ljudje v skupnostnih obravnavah so zadovoljni bolj kot v hospitalnih obravnavah.
- Na zadovoljstvo vplivata kontinuiteta in pogostost obravnave (srečanj), ki morata biti v skladu s potrebami ljudi; podobno tudi stopnja angažmaja pacientov in njihovega opolnomočenja.
- Zadovoljstvo je povezano s stališči in pričakovanji do psihiatrične (in druge) pomoči, seveda pa tudi z uspešnostjo obravnav (zmanjšanja simptomov).
- Ne nazadnje na zadovoljstvo vplivajo tudi pogoji fizičnega okolja, kot so značilnosti lokacije, čakalnice in ambulate.

Ob omenjanju mnoštva dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo uporabnikov, bi znali pozabiti na to, da nas lahko zadovoljstvo uporabnikov zanima ravno zaradi njegove povezanosti s kakovostjo obravnave. Ugotavljanje take povezave bi zahtevalo, da na nek način znamo objektivno določiti kakovost obravnave, kar je naloga, ki se – spričo različnosti individualnih težav in mnoštva možnih obravnav zanje – približuje nemogočemu. Zato so take študije izredno redke. Ena od njih pa vendarle je raziskava (Edlund, Young, Kung, Sherbourne in Wells, 2003), ki je na zelo velikem ($N=14.985$) in (za ZDA) reprezentativnem vzorcu neinstitucionaliziranih ljudi ugotavljala povezanost med zadovoljstvom ljudi (ki je zajemalo zadovoljstvo z obravnavami in zaznavo potencialno dostopnih obravnav) ter »tehnično kakovostjo« obravnav. To povezavo so ugotavljali za dve vrsti težav, in sicer za anksiozno-depresivne motnje ter za druge motnje, vključujoč težave z alkoholom in prepovedanimi drogami. »Tehnično kakovost« pa so ugotavljali s kriterijem, ali je bil pri anksiozno-depresivnih motnjah človek deležen vsaj štirih srečanj s specialistom ali strokovnjakom na primarni ravni, namenjenih svetovanju, in/ali je bil deležen ustrezne farmakološke obravnave (vrsta zdravila, doza, trajanje) glede na veljavne smernice. Pri drugih motnjah pa je kriterij obsegal ugotavljanje, ali je bil posameznik deležen aktivne obravnave, ki je lahko obsegala zelo različne oblike, od učenja tehnik relaksacije pa do hospitalnih obravnav. Iz opisanega je razvidno, da je kriterij »tehnične kakovosti« zajemal skorajda samo to, ali so bili ljudje deležni obravnav, ne pa tega, kakšna je bila kakovost teh obravnav, kar bi bilo zelo težko, če ne nemogoče meriti. Glavna ugotovitev je bila, da so našli srednje veliko povezanost med zadovoljstvom ljudi in »tehnično kakovostjo« obravnav, pri čemer je bila ta povezava robustna in skorajda enaka tudi ob kontroli (upoštevanju vpliva) mnogih drugih dejavnikov (socialno-demografskih in kliničnih).

Druga posebna študija redke vrste, ki jo tu povzemava (Staniszevska in drugi, 2019), se je osredotočala na izkušnje ljudi s hospitalnimi obravnavami v sistemu duševnega zdravja, pri čemer je avtorje zanimala identifikacija glavnih tem pripovedi o hospitalizacijah. Gre za metaštudijo, ki je zajela vzorec skoraj 5.000 objavljenih del med 2000 in 2016 in iz njih izbrala 116 člankov ter knjig za

podrobnejšo analizo. Izhajali so iz teze, da »so izkušnje pacientov vitalni izvor dejstev, ki lahko usmerjajo razvoj visokokakovostnih storitev« (prav tam). Izhodiščno opažanje avtorjev je bilo (prav tam), da »hospitalizirani pacienti poročajo med drugim tudi o strahu pred napadi in zlorabami, skrbem glede prisilnih obravnav, le omejenem fokusu podpore na okrevanje ter pomanjkanju terapevtskih dejavnosti«. Njihova analiza zelo obsežnega gradiva jih je pripeljala do identifikacije štirih prevladujočih tem ali dimenzij izkušenj:

- Najpogostejša tema je bila pomembnost visokokakovostnega odnosa z osebjem, ki je obsegala spoštljivo obravnavanje, jasno komunikacijo, empatičnost in občutke stabilnosti odnosa. Vse to, čemur bi lahko rekli tudi terapevtski odnos, je olajševalo vstop v hospitalne obravnave in zmanjševalo potrebo po prisilnih ukrepih.
- Odvrčajoče izkušnje uporabe prisile in prisilnih obravnav so obsegale pripovedi o sedaciji, izoliranju in prisilnem fizičnem omejevanju. Pacienti so ob tem videli kaznovalno vedenje osebja (npr. odvzemanje osebnih predmetov ali pohištva, omejevanje izhodov, obvezne ure odhoda na spanje itd.) kot kršitev svojih pravic.
- Zdravo, varno in spodbudno fizično okolje na oddelkih je prispevalo k temu, kako so pacienti doživljali sebe in kako so se odzivali na obravnave. Posebna podtema je bil dolgčas, ki so ga opisovali kot »ni bilo nič za početi«. Dolgčas je po njihovih besedah povečeval agresivnost in nasilje na oddelkih, poslabševal simptome in upočasnjeval okrevanje.
- Avtentične izkušnje z na pacienta osredotočenih obravnav so vključevale pacientovo soodločanje pri odločitvah glede obravnav, ustrezno informiranje glede diagnoze in obravnav, upoštevanje njegove individualnosti in individualnih razlik glede etnije, spola ter vere. Vse te značilnosti so bile povezane z bolj pozitivnimi izkušnjami obravnave.

Do zelo podobnih ugotovitev so prišli Gilbert, Rose in Slade (2008), katerih študijo tu omenjava kot primer raziskave, ki jo vodijo uporabniki (user-led research). Izhajajoč iz zahteve Nacionalnega

zdravstvenega sistema v Združenem kraljestvu po izboljšanju izkušenj pacientov, so raziskovali izkušnje oseb ob sprejemih v psihiatrične bolnišnice. Ugotovili so, da ko pacienti govorijo o svojih hospitalizacijah, govorijo večinoma o odnosih, ki so jih tam imeli z drugimi, pretežno z osebjem. Pet od osmih pomembnih tem njihovih pripovedi je bilo povezanih z odnosi, in sicer so bile to teme komunikacije, prisile, varnosti, zaupanja ter kulturnih in rasnih razlik. Ostale tri teme pa so bile zdravljenje, okolje in svoboda.

V zgornjem zelo hitrem in zato tudi deloma nepoglobljenem pregledu raziskav o pomenu in dejavnikih zadovoljstva uporabnikov s prejeto pomočjo v zvezi z njihovimi duševnimi stiskami sva se le na hitro dotaknila mnogih omejitev in dilem tovrstnega raziskovanja (ki se nanašajo med drugim tudi na načine merjenja zadovoljstva). Kljub dilemam in omejitvam pa citirani avtorji in pregledana poročila posredujejo sporočilo, da je zadovoljstvo uporabnikov (ki jih sicer praviloma imenujejo pacienti) pomembno ter da ga je potrebno evidentirati in upoštevati pri razvoju storitev. Pri tem avtorji (Lora, Rivolta in Lanzara, 2003; Fortin, Bamvita in Fleury, 2018; Waldekidan in drugi, 2019) menijo, da je zadovoljstvo pacientov pokazatelj kakovosti storitev in veljaven vidik načrtovanja ter evalvacije storitev. Drugi (Garland in drugi, 2000; Turchik in drugi, 2010; Staniszevska in drugi, 2019) ocenjujejo, da se je v sodobnosti zelo povečal pritisk na ponudnike storitev, da (pogosto ob vedno bolj omejenih sredstvih) skrbijo za učinkovitost in kakovost storitev, zaradi česar se povečuje interes za ugotavljanje zadovoljstva pacientov kot merila kakovosti storitev. Ta trend povezujejo (Garland in drugi, 2000) z vznikom in rastjo pomembnosti prepoznavanja uporabniških perspektiv oziroma (Lora in drugi, 2003) »razširjanjem pristopa zadovoljstva uporabnikov«. Ugotavljanje zadovoljstva uporabnikov vidijo (Buston, 2002; Simmons in drugi, 2014; Lindberg in Mundy, 2019) kot pomemben del zagotavljanja mladim prijaznega ali na pacienta osredotočenega pristopa, kar povezujejo s smernicami WHO (2005) za vzpostavitev nacionalnih standardov kakovosti za mladim prijazne zdravstvene storitve, ki naj bodo dostopne, sprejemljive, pravične, ustrezne in učinkovite. Mnoge od teh zahtev in pričakovanj se povezujejo z zahtevo po krepitvi »uporabniškega glasu« (Staniszevska in drugi, 2019),

z zahtevo, naj se uporabnikom zagotovijo dostojanstvo, sočutje, izbiro in avtonomija (prav tam; McMahon, 2017), in potekajo v okviru smeri razvoja, ki vključuje zahteve po (Tambuyzer in Van Audenhove, 2013) deinstitutionalizaciji, uporabniški perspektivi, krepitvi moči (empowerment), izhajanju iz pacienta, premiku iz enosmerne v dvomerno komunikacijo in demokratizaciji. Ne nazadnje sta uporabniško zadovoljstvo in izbira tudi najpomembnejša pri tržno usmerjenih ponudbah (oz. sistemih, ki so osnovani na tržnih načelih; McMahon, 2017), kjer uporabniki izbirajo storitev glede na svoje (pričakovano) zadovoljstvo².

RAZISKOVALNI PROBLEM

Osnovni namen raziskave je bil spoznavanje uporabniške perspektive mladih, ki so zaradi svojih stisk in težav na področju duševnega zdravja iskali pomoč pri formalnih ponudnikih pomoči. Zanimalo nas je, kako mladi ocenjujejo prejeto pomoč, s katerimi vidiki prejemanja pomoči so bili zadovoljni in s katerimi ne ter katere so nasploh ključne teme, ki se odpirajo v pogovoru o prejemanju različnih oblik pomoči. Te teme so nas zanimale zato, ker je zadovoljstvo s pomočjo glede na ugotovitve mnogih raziskav dejavnik, ki v pomembni meri napoveduje posameznikovo vztrajanje v procesih pomoči ter njeno uspešnost.

RAZISKOVALNA METODA

V delu študije,³ o kateri poroča ta članek, smo oblikovali vzorec 143 intervjuvancev, od katerih je bilo 131 mladih oseb, starih od

⁶ Ob slednjem argumentu pa je vendarle treba poudariti, da je tržno naravnost seveda izredno problematično kakorkoli postavljati za vzor, po katerem naj se ravna področje duševnega zdravja. V tržno naravnanih okoljih sta cilja približevanju uporabniku prodaja storitve in kopičenje kapitala. V storitvah na področju duševnega zdravja naj se enako sredstvo uporablja za drugačen cilj – za zagotovitev, da bodo ljudje lahko dostopali do potrebnih storitev, kar naj bi bil cilj javnega zdravstva (brez dodatnih sekundarnih koristi).

⁷... , ki je podrobneje opisana v uvodniku v pričujoči številki revije.

16 in 27 let (s povprečjem 21,2 leti), ter 12 staršev otrok (starih v povprečju 14,6 let). Med vsemi je bilo 77,6 % oseb ženskega spola (kar se nanaša tudi na otroke intervjuvanih staršev). Vzorčenje je bilo oportunistično, deloma opravljeno po načelih snežne kepe.

S tem vzorcem oseb so bili izvedeni razmeroma zelo odprti polstrukturirani intervjuji z osnovno temo duševnih stisk, iskanj pomoči zanje in oceno teh prejetih pomoči. Intervjuje je izvedlo več kot 130 študentk višjih letnikov socialne pedagogike, ki so bile za ta namen usposobljene v obsegu približno 16 ur. Intervjuji so potekali v okrog 50 različnih slovenskih mestih oz. krajih. Navodilo intervjuvarkam za iskanje intervjuvancev je bilo, da mora iti za mlado osebo, ki je doživljala duševne stiske in zanje iskala pomoč oz. podporo. Intervjuji so bili dobesedno prepisani, nato deduktivno in induktivno kodirani, vsebina kod pa zatem abstrahirana, poimenovana in obrazložena v poglavju o rezultatih.

REZULTATI

V vzorcu intervjuvanih oseb so bili mladi, katerih starši so dosegali različne ravni izobrazbe, večinoma 3., 4. ali 5. stopnje. Med značilnimi ogrožajočimi dejavniki/značilnostmi družin 143 mladih smo našli naslednje odstotke prisotnosti posameznih značilnosti:

- hujše duševne stiske in težave koga od družinskih članov: 38 %,
- samohranilska družina: 27 %,
- alkoholizem ali druga zasvojenost koga od družinskih članov: 27 %,
- druge kronične in hujše bolezni koga od družinskih članov: 20 %,
- hujše in trajnejše fizično nasilje, fizične zlorabe v družini (pretežno nad otrokom, tudi nasilje partnerja nad intervjuvano osebo): 15 %,
- samomor ali poskus samomora bližnjega družinskega člana: 6 %.

Mladi so naravo svojih stisk opredelili takole (navajamo le sedem najpogostejših opredelitev; odstotki se nanašajo na del mladih, ki so s tem izrazom opredelili svojo stisko):

- depresija: 47 %,
- anksioznost, panični napadi: 38 %,
- motnje prehranjevanja: 16 %,
- samomorilna ideacija, samomorilni poskusi: 15 %,
- samopoškodovanje, rezanje: 11 %,
- duševne bolezni, shizofrenija, psihotične motnje itd.: 8 %,
- zloraba alkohola in/ali prepovedanih drog: 8 %.

Izkušnje s hospitalizacijo v psihiatrični bolnici je imelo 13 %, izkušnjo s katerokoli obliko institucionalne obravnave zaradi duševnih ali vedenjskih težav (torej s hospitalizacijo v psihiatrični bolnici ali/ in kriznim centrom ali/in varno hišo ali/in zdravstvenim zavodom v Stični/na Rakitni) pa kar 34 %.

Od posameznih vrst strokovnjakov je bil največji del mladih zaradi svojih duševnih stisk obravnavan pri zdravniku specialistu psihiatrije ambulantno (73 %), v šoli in šolski svetovalni službi (69 %), pri splošnem/osebnem zdravniku (63 %), v zasebni samoplačniški psihoterapiji (39 %), bili so vključeni v brezplačno psihoterapijo na koncesijo ali v državni ustanovi (27 %), bili so vključeni v brezplačno psihoterapijo v nevladni organizaciji, ki ponuja svetovanje in psihoterapijo (20 %) in na centru za socialno delo (20 %).

Vse citate iz intervjujev smo po treh ravneh kodiranja razporedili v tri kategorije, ki smo jih poimenovali izkušnje s šolo in v šoli, zadovoljstvo s pomočjo izven šole ter nezadovoljstvo s pomočjo izven šole. Kategorija izkušenj s šolo obsega 18 kod drugega reda, ki jih prikazuje tabela 1, v kateri najdemo tudi število v te kode uvrščenih citatov.

Tema šole je v nekaterih intervjujih močno prisotna, v drugih pa sploh ni bila omenjena. Praviloma ni bilo omenjena takrat, kadar je – za posameznika – tema šole in šolanja ostala že »daleč zadaj« in ni bila več aktualna⁴ ali kadar posameznik ni imel s šolanjem nobenih težav ali pa ni imel takih težav, ki bi bile v interakciji s

⁴ V nekaterih prejetih intervjujih niti z besedo ni bila omenjena primarna družina, v nekaterih pa ni bila nikoli omenjena šola. Večkrat so bile to življenjske zgodbe, ki so kazale, da sta bila šola in šolanje za osebo že pred časom povsem opuščeni in/ali zavrženi »projekt« in z njim povezane izkušnje odrinjene daleč stran od aktualne zavesti. Take primere smo našli pri osebah, katerih življenje se je vrtilo okrog uporabe drog ali ki so v veliki meri sprejele »kariero duševnega bolnika«.

šolskim življenjem. Tema šole pa je bila – nasprotno – zelo aktualna takrat, kadar so se posameznikove težave kazale ali aktualizirale tudi ali prav v šoli ali kadar je bil šolski prostor v neki pomembni

TABELA 1: Število izbranih citatov glede na to, o katerem vidiku šolskega življenja govorijo, in glede na to, ali mladi svoje izkušnje ocenjujejo kot pozitivne ali negativne

PODROČJE IZKUŠENJ:	pozitivne vsebine	mešane vsebine	negativne vsebine
izkušnje z učitelji in profesorji	20	12	34
izkušnje z razredniki	9	0	4
izkušnje s svetovalnimi delavci	22	3	36
izkušnje z vrstniki	1	0	23
izkušnje v odnosu šola – starši	2	0	0
izkušnje s šolo nasploh	13	0	3
skupaj	67	15	100

interakciji z družinskim prostorom in drugimi dejavniki, ki bi jim lahko pripisali vzročno vlogo pri nastanku duševnih težav.

Na področju izkušenj z učitelji (in skoraj enako tudi razredniki) lahko povzamemo, da so mladi ocenili kot podporno v šoli (in ob tem izrazili zadovoljstvo s pomočjo), kadar so jih učitelji opazili in prepoznali kot posameznike z individualnimi, unikatnimi značilnostmi in v unikatnih okoliščinah, kadar so z njimi vzpostavili osebni in/ali zaupni stik, jim pokazali, da jim ni bilo vseeno zanje, kadar so pokazali interes in skrb zanje, si vzeli čas za pogovore z njimi in jim bili dostopni, so imeli do njih in njihove prihodnosti pozitiven in optimističen, vzpodbuden odnos, kadar z njimi niso delovali na način pritiskanja in ustrahovanja, niso zmanjševali

pomena njihovih težav in jih banalizirali, kadar so varovali zaupnost podatkov in informacij o mladih osebah, so razumeli njihovo vedenje v kontekstu njihovih življenjskih okoliščin, kadar so bili do njih strpni in potrpežljivi ali bili vztrajni v prizadevanju za iskanje njihovih moči in pozitivnih točk.

Zgornji seznam lahko razumemo kot seznam splošnih ali univerzalnih vodil za podporno delovanje z ljudmi, ki ni bil nič kaj posebno specifičen za šolsko okolje. Kar je bilo specifično, je bila v neki meri problematika ocenjevanja znanja, obvezne prisotnosti in še morda vedenjskih težav, pri kateri pa so v poštev prišle prav iste zahteve, ki jih izraža zgornji seznam. Za ilustracijo navajamo en značilen citat, ki govori o zadovoljstvu, in enega, ki govori o nezadovoljstvu.

Intervju 97, koda »profesorji – pozitivne vsebine«:

Enkrat v 3. letniku sem skoraj imela popravni pri zgodovini. Se spomnem, da sem šla k profesorici in pač sem rekla, da se nisem učila, se ne morem skoncentrirat, da imamo doma težave in pač ona je popolnoma razumela, mislim je razumela situacijo, je rekla, da je zdej dovolj časa, da se naučim, in da bom odgovarjala, da verjame vame, da se bom uspela naučit, da ne bom imela popravnega.

Ti je kej pomagalo, ta pogovor?

Ja, definitivno. Ni bilo lih tako vseeno, tko ... je pokazala malo čustva, oziroma razumevanja.

Intervju 57, koda »profesorji – negativne vsebine«:

... grdo rečeno, ampak na nek način ti profesorji dajo vedet, da si neumen. In to me je prizadelo, ker je to dosti časa trajalo. Ne moreš mislit, da tako je. Ne moreš pri sebi razmisлит, če je res tako, če traja toliko časa. V bistvu je to pri meni trajalo celo osnovno šolo.

Podobno, kot velja za učitelje, velja za šolske svetovalne delavce: izkušnje mladih, ki so doživljali duševne stiske, s šolskimi svetovalnimi službami so bile različne, tako dobre kot slabe, a nekoliko pogostejše slabe. Na osnovi citatov, ki so govorili o tej temi, v splošnem zaključujemo, da so zahteve za delovanje ŠSS, če naj bi jih mladi doživljali kot podporne, v načelu podobne zahtevam, ki smo jih našli v poglavju o profesorjih in razrednikih.

Po analizi citatov smo ugotovili, da mladi ocenjujejo odnos in delovanje šolskih svetovalnih delavcev (ŠSS) kot podporna in so z njima zadovoljni, če ju je mogoče opisati z naslednjimi gesli (v oklepajih so dobresedni citati): angažma, intenzivno ukvarjanje (*Pa s pedagoginjo smo se ful pogovarjali. Ona je res, ful se je ukvarjala z njim.*), odprtost in sprejemanje, pogovarjanje, posvečanje časa (*Jaz sem bila pri njej vsak drugi, tretji dan, kakor je ona mela čas.*), praktična/neposredna pomoč, praktični nasveti, profesionalna distanca, razpoložljivost, sočutje, sprejemanje (*... tut z njo sm se poštekal, me razume pa vse to, posluša me in pomaga mi, pa pač ful dobr je!*), trajnost odnosa, razpoložljivost in dostopnost (*Rekla je, da se lahko vedno oglasim pr njej, če bom kej rabla.*), zaveznitvo.

Nasprotno pa so bila za primere, kjer so mladi doživljali ŠSS nepodporna, značilna naslednja gesla: banaliziranje težav (*Rekla mi je, da ma ona tut težave ... da mam usi težave, da ne rabm iskat pozornosti ...*), dajanje prednosti ocenam (*... se mi zdi, da se je osredotočala sam na ocene in na to, da se hočm izpisat.*), iskanje šibkih točk, izdajanje zaupanja (*... pa mi je izdala zaupanje in pol sm sam bejž stran od nje ...*), kontrola, neangažiranje (*... pa je to vzela z unim največjim odporom ... ok, če že morm, te bom poslušala.*), nesodelovalno delo, nesprejemanje, neznanje, odklanjanje, podcenjevanje (močnih točk), površinsko obravnavanje, predalčkanje, prisila, pritiski, stigmatiziranje, zaničevanje – podcenjevanje (*... da nej sploh ne grem v te vode, da js tega nisem sposobna narest, da nej si izberem neko frizersko al pa kej podobnega ...*).

Identificirani citati iz pripovedi mladih oseb o vlogi vrstnikov – z eno izjemo – kažejo na negativno vlogo vrstnikov. Našli smo 23 pripovedi o vrstniškem zlorabljanju, nasilju ali ustrahovanju, nekatere od njih prav ekstremne. Dejstvo, da nismo našli več citatov, ki bi govorili o dobrih izkušnjah z vrstniki, je povezano s tem, da ta tema v pogovorih z mladimi osebami ni bila deležna posebne obravnave ali pozornosti v tistih primerih, ko vrstniški odnosi niso bili problematični. Intervjuvarke so opazile problematiko vrstniškega zlorabljanja pri 25 osebah. Ta je obsegala celoten nabor ravnanj, ki jih poznamo iz študij vrstniškega zlorabljanja, in sicer fizično, psihično in socialno nasilje ter diskriminiranje. Konkretnije: zbadanje, zmerjanje, pretepanje, spletno nasilje, izogibanje in izoliranje, zaničevanje, stereotipiziranje in stigmatiziranje

(tudi zaradi socialnih razlik), izsiljevanje, nepravilno obravnavanje itd. V nekaterih primerih je bilo vrstniško zlorabljanje povezano s siceršno stigmatiziranostjo in odrinjenostjo družine v lokalnem okolju, v drugih pa z omenjanjem nemoči šolskih delavcev, da bi v zvezi s tem vrstniškim nasiljem kako konstruktivno ukrepali. Spodaj je naveden eden od bolj ekstremnih opisov.

Intervju 2, koda »vrstniki – negativne vsebine«:

... k sm tud plezanje mal trenirala in so me starejši, k so bli tm, tolkl v kopalnici in me zaprl v uno kovinsko škatlo za žoge in takrat je učitl, k je pršu, me je vidu, js k sm pršla domov črna, je blo prvič, k so doma vidl, da je mt vidla, da so me res tepl.

V intervjujih smo našli največ delov, ki so sodili v kategorijo nezadovoljstvo s pomočjo izven šole. Razlogov za tolikšno pogostost teh kod je več. Eden je morda ta, da so naši mladi sogovorniki veliko več govorili o nezadovoljstvu kot o zadovoljstvu. Morda je bila tudi naravnost naših intervjuvark taka, da se jim je zdelo temo nezadovoljstva v intervjujih pomembneje eksplorirati kot temo zadovoljstva. Morda so ljudje v obdobju adolescence bolj nagnjeni h kritičnosti. In (ne nazadnje) je morda v delovanju slovenskega sistema (ali sistemov) pomoči mladim v duševnih stiskah marsikaj takega, kar upravičeno povzroča nezadovoljstvo. Vsekakor smo vsaj kakšen del pripovedi, ki je govoril o nezadovoljstvu s pomočjo, našli pri 127 mladih oseb, dele, ki so govorili o zadovoljstvu, pa le pri 94 od 143 intervjuvanih oseb.

Pripovedi mladih, ki jih obravnavamo v tem poglavju, se v največji meri nanašajo na zdravstveni sistem in znotraj njega na psihiatrične in pedopsihiatrične obravnave, tako ambulantne kot hospitalne, oboje v približno enakem deležu. V precej manjšem deležu se nanašajo na (klinično) psihološke obravnave in še v manjšem na obravnave pri splošnih/osebnih zdravnikih. Poleg precej prevladujočega zdravstvenega sistema se drugi največji delež odgovorov nanaša na zasebne psihoterapevtske obravnave, koncesionirane ali plačljive (in zelo redko še na kakšno s tem povezano NVO). Precej očitno je bilo, da se več nezadovoljstva nanaša na javni del nudenja pomoči kot na nejavni del. V tem delu analize pa nismo toliko pozornosti posvečali nezadovoljstvom zaradi plačljivosti in težke

dostopnosti nekaterih oblik pomoči (predvsem psihoterapevtske in take, ki ne bi temeljila na medikamentih), ker so ta nezadovoljstva v večji meri obravnavana v prispevku Darje Tadič v tej številki.

Mladi in njihovi starši v primeru duševnih stisk iščejo pomoč šele takrat, ko so težave že velike in ko so že dolgo trajale⁵. Iskanje pomoči je torej velikokrat potekalo v nekem kriznem stanju, neredko tudi v situacijah, ko je bilo lahko ogroženo tudi njihovo življenje (motnje prehranjevanja, poskusi samomora ...). Zaradi pogoste tovrstne dolgotrajnosti obstoja in razvoja težav je – morda – logično, da dejavnosti pomoči niso bile vedno (oz. bolje rečeno skoraj nikoli) povsem uspešne, tako da so tudi po bolj ali manj intenzivnih obdobjih nudenja pomoči lahko neki vidiki ali značilnosti težav obstajali še naprej, kar je verjetno lahko prispevalo k nezadovoljstvu (v medicinskem diskurzu bi temu rekli, da so bile bolezni ali motnje kronične).

Za nekatere vrste težav pa je bilo značilno, da so bile njihove obravnave »prisilne« oz. izvedene v zelo »nesvobodnem prostoru odločanja« mladih, če lahko s tem izrazom zaobjamemo celoto pritiskov šole, družine in zdravstva. Tak kontekst smo zelo pogosto našli pri težavah s prehranjevanjem, še posebej v tistih primerih, kjer so bili (najpogosteje) mladostniki hospitalizirani. V takih primerih smo našli nadpovprečno mero nezadovoljstva in kritičnosti. Podobno pa tudi pri drugih psihiatričnih hospitalizacijah, ki so bile večkrat obeležene z večjo stopnjo prisilnosti.

Poseben primer so bili mladi, pri družinah katerih je šlo za kopičenje mnogih raznolikih ogrožajočih dejavnikov. Poimenovali smo jih ranljive družine ali posebno ogrožene družine/mlade ali družine z več težavami ali s kopičenjem težav. Te so bile praviloma tudi socialne narave, povezane z alkoholom, nasiljem, revščino itd. Njim je v tej tematski številki namenjen poseben članek Špele Razpotnik.

397 najdenih citatov, označenih s kodo »nezadovoljstvo s pomočjo«, smo ponovno in podrobneje razvrstili v 9 podkategorij, spodaj označenih s črkami od A do I. V pripovedih so se pogosto

⁵ Več o okoliščinah »vstopnih točk« v proces pomoči je opisano v uvodniku v pričujoči številki revije.

pojavnjale kompleksne vsebine, zaradi katerih bi sicer citate lahko razvrstili v več različnih podkategorij. Razvrstitev izjav v le posamezno od podkategorij je bila torej večkrat v precejšnji meri arbitrarna. Oblikovali smo naslednje podkategorije nezadovoljstev, ki se nanašajo na:

- a. predpisovanje in jemanje zdravil,
- b. odnos med strokovnjakom in mlado osebo,
- c. režim obravnave,
- d. nasilje in prisilo,
- e. izključevanje iz programov,
- f. nedelovanje ali nedoseganje učinkov ob uporabi določenega ukrepa (a brez zdravil),
- g. preredko obravnavo (premalo stikov),
- h. posebej na policijo, sodišče in CSD,
- i. druge vidike pomoči.

Daleč največ izjav o nezadovoljstvu smo našli v zvezi z zdravlili, s katerimi je sicer imel izkušnje zelo velik del našega vzorca. Osnovni vidik teh nezadovoljstev bi lahko povzeli s tole oceno: v celem vzorcu 143 oseb skorajda ni bilo take, ki bi bila nezadovoljna, ker ne bi dobila zdravil, ko jih je želela, ali pa da bi jih dobila premalo; prav vse, ki so se pritoževale v zvezi z zdravlili, pa so se nad tem, da so jih dobile prehitro ali preveč ali da so bila nekoristna ali da so imela prehude stranske posledice ali da so dobile samo zdravila brez kakšne druge oblike pomoči ali da se je kakršnakoli druga pomoč pogojevala s tem, da začnejo jemati zdravila. Mnenje več intervjuvank je, da so zdravila (antidepresivi) »potuha«, ki reševanje in prepoznavanje pravih vzrokov le odloži ali prikrije. Mnenje drugih pa je, da moraš zdravila sprejeti, če želiš »priti ven« iz institucije (v tem vidiku se tema zdravil povezuje s temo prisile). V mnogih primerih je bilo sicer ob pogovoru o zdravlilih prisotno tudi tehtanje dobrih in slabih strani jemanja psihotropnih zdravil (poleg tega, da je bilo pri kom prisotno tudi samomediciranje z dovoljenimi, farmacevtskimi ali prepovedanimi učinkovinami).

Intervju 34, koda »nezadovoljstvo, kritičnost do oblike pomoči«: *Študentski psihiater me je sprejel in ko sem prišla noter, je vprašal, kakšne probleme imam (v smislu »motnje hranjenja, aha, ok, to je to«) in pri komu sem že do sedaj bila. Naslednja stvar, ki jo je povedal, je bila: »Ok, to bi šlo z antidepresivi«. Ful me je presenetilo, da me sploh ni vprašal o mojem počutju, kakšni so odnosi doma in drugo ... Povedala sem mu, da antidepresivov ne sprejemem, ker ko sem prišla iz pedopsihiatrije, mi jih je predpisala že novogoriška psihiatrinja v zdravstvenem domu, ampak sem se po antidepresivih počutila, kot da nisem več jaz, kot da lebdim dva metra nad sabo in gledam sebe, kako motorično izvajam neke funkcije. Zdi se mi, da odsotnost čustev na antidepresivih nič ne popravi, zato sem antidepresive odklonila. ... Psihologinja je povedala, da me bo poslala na obravnavo k študentskemu psihiatru, torej temu, ki me je poslal k njej. Videla sem, da z njihovo pomočjo ne bom prišla nikamor, razen do antidepresivov, ki jih nočem. ... Na antidepresivih nisem čutila nič. Ne rečem, da sem pogrešala žalost, ampak sem bila prej na trenutke vsaj lahko vesela.*

Drugi najpogostejši vidik nezadovoljstva se je nanašal na značilnosti odnosa med strokovnjakom in mlado osebo. Mladi so bili kritični do tega, da so bili strokovnjaki od njih distancirani, zanje niso imeli časa, bili so avtoritarni in nesodelovalni, nespodbudni, niso se posvečali razvoju odnosa z njimi in imeli do njih še druge oblike zanje neprijetnega odnosa. Nekaj mladih je povedalo, da so njihove osebne zdravnice, psihologi ali psihiatri njihove težave banalizirali, jih dajali v nič in jih na sploh ne jemali resno. Ta zamera se je večkrat povezovala z nestrinjanjem z načini obravnave, predvsem z obravnavo, ki je dajala prednost (ali celo edino pozornost) zdravlilom (točka A) ter s tem povezanim pristopom, ki je videl funkcijo pogovora samo v diagnostični uvrstitvi mladega človeka v ustrezen »diagnostičen predalček«. To nezadovoljstvo se je v veliki meri povezovalo ali prehajalo tudi v splošno nezadovoljstvo z načinom ali režimom obravnave (točka C).

Eno od razmeroma redkih vrst nezadovoljstva se je nanašalo na nasilje in prisilo. To je bilo prisotno pri nekaterih vrstah hospitalizacij, predvsem (oz. po definiciji) na zaprtih oddelkih, in se

je nanašalo na omejitve prostega gibanja, omejitev ali prepoved uporabe telefona, na prepoved uporabe interneta ali Facebooka (ali odsotnost za to potrebnih računalnikov). Posebej pri dekletih, ki so imela težave s prehranjevanjem in prenizko telesno težo, smo našli veliko nezadovoljstva, povezanega z uveljavljanjem strogih pravil v zvezi z vnosom hrane in telesno aktivnostjo. Nekaj nezadovoljstev je bilo povezano z ravnanji, ki so jih mladi doživljali kot neupravičeno kazen (glej spodnji citat).

Intervju 2, koda »nezadovoljstvo, kritičnost do oblike pomoči«:
... ko sm bla na zaprtmu oddelku v <ime bolnice>, sm vn spizdila enkrat in sm šla v trgovino kupt žiletke in ko je sestra vidla, da sm se rezala, me je dala pod mrzu tuš, sm bla pod ledenmu tušem in me je 10 minut notr držala in me ni vn spustila.

Zakaj je blo pa to dobr?

Zarad tega, k a veš, k mrzla voda nate pride, te boli. In je rekla, da boš probala, če ti bo to pomagal, če uhka to delaš, namest da se greš rezat.

Z bolj »tehničnimi« nezadovoljstvi, kot sta nedostopnost ali plačljivost pomoči, je povezano še nezadovoljstvo s preredko obravnavo. Ta nezadovoljstva so se nanašala samo na pogovorne terapije oz. pogovorno podporo. Kar nespregledljivo mnogo mladih je v času, ko so bili v hudih krizah, čutilo, da bi potrebovali intenzivnejše in pogostejše spremljanje, kot pa je bilo tisto, ki so jim ga predlagali ali omogočili. Ta problem se je seveda pojavljal še bolj poudarjeno pri tistih, ki si niso mogli privoščiti plačljive psihoterapije (kot nadomestilo ali dopolnitev preredkih obravnavam), in je bilo zato pogosto v zvezi z očitkom, da jim je ponudena samo medikamentozna terapija brez drugih oblik obravnavanja.

Kot že rečeno, smo skoraj pri vseh intervjuvancih našli kake izjave, ki so pričale o nezadovoljstvu s prejeto pomočjo, izjave o zadovoljstvu pa smo našli pri približno dveh tretjinah intervjuvancev. Citatov na temo nezadovoljstva je bilo po številu in obsegu približno 60 % več kot citatov o zadovoljstvu. Izjave o zadovoljstvu so se – tako kot izjave o nezadovoljstvu – nanašale v daleč največji meri na zdravstveni sistem (praviloma javni: psihiatre in

pedopsihiatre, osebne zdravnike, tudi posamezne medicinske sestre in v majhnem številu psihologe), v manjšem številu na zasebne ponudnike psihoterapije.

Identificiranih 265 identificiranih izjav o zadovoljstvu s prejeto (formalno) pomočjo smo v naslednjem koraku ponovno kodirali oziroma razvrščali v podkategorije. Te so se nanašale na:

- a. dober in ustrezen odnos strokovnjakov do mladih uporabnikov,
- b. zadovoljstvo s predpisanimi in uporabljanimi zdravili,
- c. prejete informacije, nasvete in druge vsebine pretežno kognitivne narave,
- d. koristnost in uspešnost psihoterapevtskega procesa,
- e. obstoj zaupanja strokovnjakom,
- f. zadovoljene potrebe po pogovoru kot pomembne potrebe,
- g. pridobitev razbremenjujočih strokovnih priporočil in dokumentov, potrebnih za prilagajanje pogojev šolanja,
- h. posedovanje in delitev moči med strokovnjakom in mlado osebo,
- i. druge vidike zadovoljstva pri prejemanju pomoči.

Zaradi omejenega prostora v nadaljevanju opisujemo le tri od teh podkategorij. Med vsemi izjavami o zadovoljstvu je bilo z naskokom (skoraj 60 % vseh takih izjav) največ tistih, ki so govorile o dobrem in ustreznem odnosu med mlado osebo in strokovnjakom. Vsebino tega dobrega odnosa bi lahko na kratko opisali z naslednjimi besedami: obstoj odnosa oz. prisotnost, bližina (a tudi nevtralnost in ustrezna distanca), odprtost, dostopnost, sprejemanje, prijaznost, neobsojanje, angažma, sodelovalnost, spoštovanje mlade osebe, fleksibilnost, spodbudnost in optimizem, razbremenjevanje ter tudi proaktivnost pri vzpostavljanju odnosa.

Po pogostosti izjav o zadovoljstvu bi lahko za naslednjo podkategorijo imenovali zadovoljstvo z zdravili, ki smo ga našli v 20 % vseh citatov. Intervjuvanci so učinke zdravil opisovali takole: *»... se mi je močno izboljšalo stanje ...«, »... osvobojena sem ...«, »... ful energija mi je šla na sky high ...«, »... mi pomaga pri migrenah ...«, »... se mi je potem izboljšalo stanje ...«, »... zdaj nisem bil v Polju že tri leta ...«, »... nekak so mi vseen pomagala ...«, »... prvič sem se naspala po*

enih dveh mesecih ...«, »... ne 100 %, ampak tko da je pomagal ...« In ena je dodala, nekoliko sarkastično, da zaradi zdravil »ful prišpara na alkoholu«. Med desetimi avtorji zgornjih izjav jih je sedem jemalo – kolikor je to moč razbrati – predvsem antidepresive in anksiolitike, drugi trije, ki pa so imeli vsi izkušnjo hospitalizacije, pa tudi antipsihotična zdravila.

Precej izjav je govorilo še o uspešnosti ali koristnosti psihoterapevtskega procesa. Za razliko od podobne teme koristnosti zdravil so se izjave o psihoterapiji nanašale na neka bolj dolgoročna dogajanja in notranje, spoznavne procese, ki so vodili k bolj kompleksnim in celovitim (dolgoročnim) spremembam. V intervjujih najdemo izjave, da je osebo psihoterapija »... spodbudila, da začne nazaj živeti življenje ...«, »... da ji je pomagala in bila na nek način uspešna ...«, »... da jo je navadila deliti občutke in zaupati ...«, »... da se je počutila 100 kil lažjo ...«, »... da je to najboljša izkušnja v njenem življenju ...« in »... da ji pomaga, da prepozna in rešuje svoje težave ...«. Delovanje in spoznanja v psihoterapevtskem procesu pa so taki, da »ni čudežno bolje po hitrem postopku« ter da »vzbuja novo tematiko in probleme za razmišljanje«. Gre torej pretežno za dolgoročne angažmaje ter za pogoje, ki omogočajo »delo na sebi« na dolgi rok.

SKLEPI

Intervjuji s 143 mladimi (oz. v manjšem obsegu njihovimi starši) so pokazali na mnoga njihova nezadovoljstva in (v manjši meri) zadovoljstva s pomočjo, ki so je bili deležni v situacijah in obdobjih duševnih stisk s strani šolskih delavcev ter drugih (bolj specializiranih), večinoma zdravstvenih delavcev. Uporabljena metodologija nam ni omogočila oblikovanja kake zanesljive velikostne ocene kakovosti sistema nujenja pomoči v primerih duševnih stisk, saj za to nismo imeli oprijemljivih (statističnih) norm, primerjalnih okvirov ali drugih sidrišč za ocenjevanje. Logično lahko le sklepamo, da primeri pozitivnih izkušenj in izraženega zadovoljstva pričajo o tem, da so organizatorji, ponudniki in izvajalci pomoči – v večji ali manjši meri – dosegli svoje cilje, saj so prejemniki pomoči z njo zadovoljni, njihovo zadovoljstvo pa je garancija za to, da bodo pomoč še naprej (po potrebi) poiskali in uporabljali. Obratno izjave

o nezadovoljstvu pričajo o tem, da sistem s svojim delovanjem ni dosegel optimalnih ciljev ter da je izpričano nezadovoljstvo lahko spodbuda za razmislek o možnostih izboljševanja delovanja sistema. Pri tem se seveda moramo zavedati, da kompleksna pojavnost in (tudi nejasna) vzročnost duševnih stisk, motenj in bolezni ne spodbujata prepričanja, da bi lahko (znotraj sistema duševnega zdravja) vsem ljudem optimalno pomagali in da bi lahko bili vsi optimalno zadovoljni. Predvsem pri težavah, kjer lahko bolj jasno opazimo pomen in vlogo t. i. socialnih determinant zdravja, postaja jasno, da so nezadovoljstva pogosto povezana tudi s širšimi družbenimi razmerami ter velikokrat tudi z delovanjem drugih podpornih sistemov izven ozko razumljenega sektorja dušnega zdravja.

Poleg specifičnih (ne)zadovoljstev pa vendarle najdemo neko skupno nit ali najpogostejše izraženo vrsto mnenj mladih. To je mnenje o ključnem pomenu odnosa med strokovnjakom in mladim iskalcem pomoči, ki bi moral biti sprejemajoč, neobsojajoč, spoštljiv, spodbuden, optimističen, varujoč zaupnost, obeležen s primerno mero bližine in osebnega zanimanja, seveda pa tudi nadgrajen v skladu s specifičnimi nameni in konteksti interakcije. Za intervjuvane mlade je bil ta vidik najpogostejše povezan z občutkom (ne)zadovoljstva s prejeto pomočjo in nedvomno tudi zelo pomemben dejavnik sprejemanja ter učinkovanja pomoči (še posebej pri obravnavah, ki niso bile prisilne; a pri slednjih gotovo tudi v pomembni meri). Tako mnenje mladih se je jasno kazalo tako v zvezi z učitelji, razredniki in šolskimi svetovalnimi delavci kakor v zvezi z bolj specializiranimi strokovnimi delavci, kot so osebni zdravniki, psihiatri, klinični psihologi in drugi.

Na osnovi naših podatkov je težko oceniti, ali se tem vidikom nujnosti in izvajanja pomoči posveča dovolj pozornosti (npr. v izobraževanju strokovnih delavcev, v misijah in vizijah organizacij, v konkretni organizacijski podpori tem vidikom, v ocenjevanju ustanov s strani financerjev ali ustanoviteljev itd.), vendar ostaja dejstvo, da je prav s tem vidikom pomoči mnogo mladih nezadovoljnih in da jih prav ta vidik odvrča od iskanja in sprejemanja pomoči.

Naše ugotovitve so zelo v skladu z ugotovitvami mnogih tujih raziskovalcev, npr. že omenjene Staniszevske in drugih (2019), ki so ugotovili, da je najpogostejše izražena in z doživljanjem zadovoljstva s strokovnimi obravnavami povezana tema pomembnosti

visokokakovostnega odnosa z osebjem, ki je obsegala spoštljivo obravnavanje, jasno komunikacijo, empatičnost in občutke stabilnosti odnosa, kar naj bi olajševalo vstop v hospitalne obravnave in zmanjševalo potrebo po prisilnih ukrepih.

To temo zaobsega tudi Evropski akcijski načrt na področju duševnega zdravja 2013–2020, ki navaja (WHO ..., 2015), da:

... je odnos med sektorjem duševnega zdravja in pacienti ključ do učinkovitega izvajanja storitev duševnega zdravja. Načrtovanje kadrov in proces uresničevanja duševnega zdravja morata upoštevati legitimnost nezaupanja skupnosti in strahu glede storitev duševnega zdravja. Samo če bodo ljudje s težavami v duševnem zdravju in njihove družine zaupali, da bodo v sistemu duševnega zdravja spoštovali/varovali/ poskrbeli za njihovo dostojanstvo, zaupnost in varnost, bodo ljudje imeli zaupanje prvič pristopiti v službe za duševno zdravje in vztrajati v njihovih programih.

To gotovo velja tako za odrasle kot mlade uporabnike, po našem mnenju pa tudi podobno kot za sektor zdravstva velja tudi za šolstvo in druge sektorje.

LITERATURA

- Barber, A. J., Tischler, W. A. in Healy, E. (2016). Consumer satisfaction and child behaviour problems in child and adolescent mental health services. *Journal of Child Health Care*, 10(1), 9–21. DOI: 10.1177/1367493506060200
- Blenkiron, P. in Hammill, C. A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgrad Med J*, 79(932), 337–340.
- Buston, K. (2002). Adolescents with mental health problems: what do they say about health services? *Journal of Adolescence*, 25(2), 231–242. DOI:10.1006/jado.2002.0463
- Edlund, M. J., Young, A. S., Kung, F. Y., Sherbourne, C. D. in Wells, K. B. (2003). Does Satisfaction Reflect the Technical Quality of Mental Health Care? *Health Services Research*, 38(2), 637–645.

- Fortin, M., Bamvita, J. M. in Fleury, M.J. (2018). Patient satisfaction with mental health services based on Andersen's Behavioral Model. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2) 103–114.
- Fortin, M., Zhirong, C. in Fleury, M.-J. (2018). Satisfaction with primary and specialized mental health care among patients with mental disorders. *International Journal of Mental Health*, 47(2), 97–117. DOI: 10.1080/00207411.2018.1448661
- Gaebel, W., Muijen, M, Baumann, A.E., Bhugra, D., Wasserman, D., van der Gaag, R. J., Heun, R., Zielasek. J. (2014). EPA guidance on building trust in mental health services. *European Psychiatry*, 29(2), 83–100.
- Garland, A. F., Aarons, G. A., Saltzman, M. D. in Kruse, M. I. (2000). Correlates of Adolescents' Satisfaction with Mental Health Services. *Mental Health Services Research*, 2(3), 127–139.
- Gilburt, H., Rose. D. in Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(92). doi:10.1186/1472-6963-8-92
- Lehman, A. F. in Zastowny, T. R. (1983). Patient satisfaction with mental health services: A Meta-Analysis to Establish Norms. *Evaluation and Program Planning*, 6(3–4), 265–214.
- Lindberg, L. G. in Mundy, S. S. (2019). Satisfaction with mental health treatment among patients with a non-Western migrant background: a survey in a Danish specialized outpatient mental health clinic. *The European Journal of Public Health*, 29(4), 700–705.
- Lora, A., Rivolta, N. in Lanzara, D. (2003). Patient Satisfaction with Community-Based Psychiatric Services. *International Journal of Mental Health*, 32(2), 32–48.
- McMahon, S. (2017). *Mental health treatment programs that gather satisfaction data will improve program services and outcomes*. Pridobljeno s <https://www.virgilstuckerandassociates.com/single-post/2017/09/07/Mental-health-treatment-programs-that-gather-satisfaction-data-will-improve-program-services-and-outcomes>.
- Miglietta, E., Belessiotis-Richardsb, C., Ruggeria, M. in Priebeb, S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 100, 33–46.

- Priebe, S. in Miglietta, E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry*, 18(1), 30–31.
- Raleigh, V. S., Irons, R., Hawe, E., Scobie, S., Cook, A. in Reeves, R. (2007). Ethnic variations in the experiences of mental health service users in England. Results of a national patient survey programme. *British journal of psychiatry*, 191, 304–312. DOI : 10.1192/bjp.bp.106.032417
- Simmons, M. B., Parker, A. G. in Hetrick, S. E. (2014). Development of a satisfaction scale for young people attending youth mental health services. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(4), 382–386.
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S.-J., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F. in Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329–338. DOI: 10.1192/bjp.2019.22
- Tambuyzer, E. in Van Audenhove, C. (2013). Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expectations*, 18(4), 516–526.
- Turchik, J. A., Karpenko, V., Ogles, B. M., Demireva, P. in Probst, D. R. (2010). Parent and Adolescent Satisfaction with Mental Health Services: Does it Relate to Youth Diagnosis, Age, Gender, or Treatment Outcome? *Community Ment Health J*, 46(3), 282–288. DOI 10.1007/s10597-010-9293-5
- WHO. (2005). *Adolescent friendly health services: making it happen*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe. (2015). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Pridobljeno s http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf.
- Woldekidan, N. A., Gebresillassie, B. M., Alem, R. H., Gezu, B. F., Abdela, O. A. in Asrie, A. B. (2019). Patient Satisfaction with Psychiatric Outpatient Care at University of Gondar pecialized Hospital: A Cross-Sectional Survey. *Psychiatry Journal*, 1–7.

BULIMIJA

Ne zdržim več,
okus jeze je preveč pekoč.

Proč, proč, proč!

Izbruham ga v noč.

Okus želodčne kisline
obuja spomine.

Mine, mine, mine ...

Pogledam ureznine.

In spet kozlam,

ne, ni me sram,

izločam jedke občutke,

izmečem usrane trenutke

in krvave organe,

da nič ne ostane.

Rane, rane, rane.

Zarinem še globlje v grlo

in čakam, kdaj bo umrlo.

Strlo, predrlo, odmrlo.

A. H.
