

DIJALOG PROMENA

Zajedno ka unapređenju
mentalnog zdravlja
u zajednici

Efektivnost programa
psihosocijalne podrške:
Istraživački izveštaj



Autori:

Jana Dimoski

PIN – Psychosocial Innovation Network i Laboratorija za istraživanje individualnih razlika, Odeljenje za Psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Matija Gvozden

Laboratorija za istraživanje individualnih razlika, Odeljenje za Psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu i PIN – Psychosocial Innovation Network

Milica Manojlović

Laboratorija za istraživanje individualnih razlika, Odeljenje za Psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu i PIN – Psychosocial Innovation Network

Irena Stojadinović

Odeljenje za Psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu i PIN – Psychosocial Innovation Network

Maša Vukčević Marković

Odeljenje za Psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu i PIN – Psychosocial Innovation Network

Dizajn:

Savo Vujičić

Izdavač:

PIN – Psychosocial Innovation Network

Ova publikacija je nastala u okviru projekta Beogradske otvorene škole „Dijalog promena“, koji se sprovodi uz finansijsku podršku Evropske unije. Stavovi i mišljenja autora izneti u ovoj publikaciji ne predstavljaju zvanične stavove Evropske unije, ni Beogradske otvorene škole, i za njih je isključivo odgovoran autor.

Termini izraženi u publikaciji u gramatičkom muškom rodu podrazumevaju muški i ženski rod lica na koja se odnose.

Beograd, 2023

Sadržaj

Sažetak	6
Uvod	9
• Mentalno zdravlje u zajednici	10
• Cilj istraživanja	13
• Metodologija istraživanja	14
Program psihosocijalne podrške za mlade	19
• Mentalno zdravlje mladih	20
• Opis Programa	22
• Ko su naši ispitanici?	25
• Rezultati – Kako su se mladi osjećali pre nego što su došli na Program? / Da li Program unapređuje mentalno zdravlje polaznika?	27
Program psihosocijalne podrške za osobe u кризи	38
• Mentalno zdravlje i pandemija koronavirusa	39
• Opis Programa	41
• Ko su naši ispitanici?	44
• Rezultati – Kako su se ispitanici osjećali pre nego što su došli na Program? / Da li Program unapređuje mentalno zdravlje polaznika?	46
Program psihosocijalne podrške za starije osobe	57
• Mentalno zdravlje starijih osoba	58
• Opis Programa	60
• Ko su naši ispitanici?	64
• Rezultati – Kako su se ispitanici osjećali pre nego što su došli na Program? / Da li Program unapređuje mentalno zdravlje polaznika?	66
Zaključak	77
Literatura	80
Napomene	84

Sažetak

Uvod: Istraživanje PIN-a je pokazalo da u lokalnim zajednicama postoji najveća potreba za uslugama mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške usmerenih na mlade, osobe u psihološkoj krizi, kao i na starije osobe. Kako bi odgovorili na prioritetne potrebe na lokalnu, psiholozi PIN-a su koncipirali tri programa: Program psihosocijalne podrške za mlade, Program psihosocijalne podrške za osobe u krizi i Program psihosocijalne podrške za starije osobe. Programi su bili osmišljeni po modelu mentalnog zdravlja u zajednici – potpuno besplatni, lako pristupačni, bez bilo kakvih administrativnih procedura (npr. uput od lekara opšte prakse) koje bi prethodile priključivanju Programima, i vođeni od strane stručnog lica.

Globalni cilj i metodologija: Cilj istraživanja pred Vama jeste testiranje efekata sva tri Programa na unapređenje mentalnog zdravlja korisnika istih. U istraživanjima sva tri Programa, ispitanici su popunjavali upitnike koji mere depresiju, anksioznost, psihološku dobrobit i kvalitet života. Dodatno, u istraživanju Programa za mlade testirana je i pismenost o mentalnom zdravlju, u istraživanju Programa za osobe u krizi testirano je i osećanje nadanja, dok je u Programu za starije osobe testirana i usamljenost. Ispitanici su sve upitnike popunjavali u tri vremenske tačke: pre početka Programa (pretest), neposredno nakon završetka Programa (posttest) i mesec dana nakon završetka Programa (naknadno merenje), kako bi se pratile promene kroz vreme. U slučaju Programa za osobe u krizi i Programa za starije, korišćen je kvazi-eskperimentalni nacrt, odnosno poređene su eksperimentalna (učesnici Programa) i kontrolna grupa ispitanika (nisu prošli kroz Program) kroz vreme. U tom slučaju kriterijumi za uključivanje ispitanika bili su za obe grupe: uzrast u skladu sa ciljnom grupom (osobe u krizi (opšta populacija): 18-65; starije osobe: 55+), dok je kriterijum za isključivanje ispitanika iz istraživanja za obe grupe bilo korišćenje neke druge usluge usmerene na mentalno zdravlje. Za kraj, u slučaju testiranja efekata Programa za mlade, bilo je izazovno prikupiti kontrolnu grupu usled tehničkih i organizacionih ograničenja, te je ovaj Program testiran pretest-postest nacrtom.

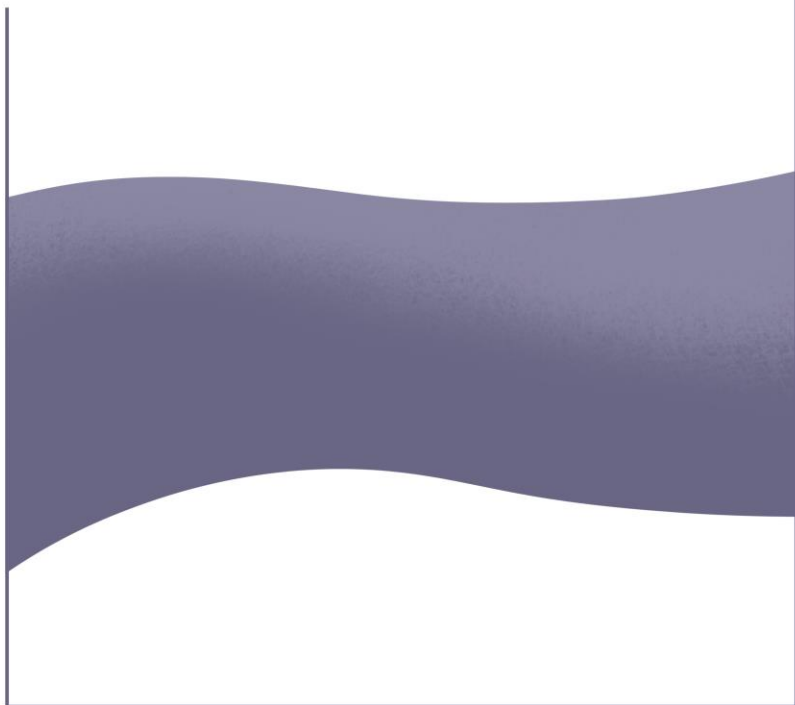
Program za mlade: U istraživanju je učestvovalo ukupno 78 mladih osoba ($M_{uzrast}=16$; 17% muški rod) od kojih su većina (63%) bili srednjoškolci. Pre dolaska na Program, 78% ispitanika je imalo povišene simptome depresije, 53% simptome anksioznosti, dok je pismenost o mentalnom zdravlju bila relativno nepovoljna (npr. prosečan rezultat na testu znanja je 4 puta manji od maksimalnog). Ipak, paralelno sa tim, mladi imaju izražene i pozitivne kapaciteta (npr. 60% njih je veoma zadovoljno svojim životom, dok je psihološka dobrobit očuvana). Istraživanje je pokazalo da Program značajno smanjuje depresiju i anksioznost kod mladih, kao i da povećava kvalitet života i pismenost o mentalnom zdravlju. Dodatno, pokazano je da su ove promene mahom dugoročnog tipa.

Program za osobe u krizi: Ukupno 51 ispitanik je činio eksperimentalnu grupu ($M_{uzrast}=42$; 6% muški rod), dok je njih 34 činio kontrolnu grupu ($M_{uzrast}=45$; 9% muški rod). Pre dolaska na Program, 65% ispitanika iz eksperimentalne grupe je imalo povišene simptome depresije, 53% simptome anksioznosti, dok je tek svaka druga osoba imala učestala prijatna osećanja koja su indikator psihološke dobrobiti. S druge strane, ispitanici u velikoj meri imaju očuvano osećanje nade, dok je kvalitetom života zadovoljna oko polovina ispitanika. Istraživanje je pokazalo da Program značajno smanjuje depresiju i anksioznost kod osoba u krizi, dok dugoročnost ovih promena nije još uvek potvrđena. S obzirom na kompleksan obrazac rezultata, potrebna su dodatna istraživanja kako bi se osvetlili efekti Programa na psihološku dobrobit, kvalitet života i nadanje.

Program za starije osobe: Ukupno 30 ispitanika je činilo eksperimentalnu grupu ($M_{uzrast}=72$; 20% muški rod), dok je njih 31 činio kontrolnu grupu ($M_{uzrast}=71$; 42% muški rod). Pre dolaska na Program, mentalno zdravlje starijih osoba je bilo ugroženo – 93% ispitanika iz eksperimentalne grupe je imalo povišene simptome depresije, takođe 93% simptome anksioznosti, tek svaka otprilike četvrta osoba ima učestale prijatne emocije i zadovoljna je kvalitetom života. Istraživanje je pokazalo da Program značajno smanjuje depresiju, anksioznost i usamljenost starijih osoba, dok povećava njihov kvalitet života i psihološku dobrobit. Dugoročni efekti Programa su registrovani samo u slučaju depresije.

Zaključak: Programi psihosocijalne podrške za mlade, osobe u krizi i starije osobe mogu se smatrati naučno zasnovanim programima podrške, dok su potrebna dalja istraživanja koja bi pružila uvid u optimalnu dinamiku učešća i trajanje programa koji bi doveli do dugoročno održivih pozitivnih promena u mentalnom zdravlju. Ovi rezultati ukazuju na značaj koji bi ovakvi programi mogli imati za stanovništvo u Srbiji, i potrebu za njihovim finansiranjem od strane lokalnih samouprava, čime bi mogla da bude obezbeđena kontinuirana dostupnost i dugoročna održivost programa psihosocijalne podrške.

UVOD



Mentalno zdravlje u zajednici

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije, „zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili invaliditeta“ (WHO, 2020), dok je „mentalno zdravlje stanje mentalnog blagostanja koje omogućava ljudima da se nose sa životnim stresovima, da realizuju svoje sposobnosti, da uče, rade i doprinose svojoj zajednici.“ (WHO, 2004).

U skladu sa navedenom definicijom, pristup zaštiti mentalnog zdravlja se menjao tokom vremena, te se od isključivo lečenja u specijalnim bolnicama udaljenim od zajednica u kojima osobe žive (Jović et al., 2016), postepeno prelazilo na zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici i razvoj širokog spektra usluga u cilju postizanja najvišeg mogućeg nivoa zdravlja i učešća u društvu, bez stigme i diskriminacije (WHO, 2021).

Pristup mentalnog zdravlja u zajednici se odnosi na širi pristup mentalnom zdravlju koji ima za cilj da da odgovor na potrebe osoba koje se nose sa problemima sa mentalnim zdravljem, oporavak i zaštitu ljudskih prava i podrazumeva (WHO, 2022):

- Promociju i prevenciju u oblasti mentalnog zdravlja što uključuje inicijative usmerene na podizanje svesti javnosti o važnosti brige o mentalnom zdravlju i razbijanju stigme prema problemima sa mentalnim zdravljem kao i programe usmerene na ublažavanje faktora rizika za razvoj problema sa mentalnim zdravljem (npr. izloženost nasilju, neadekvatni mehanizmi za prevazilaženje stresa) i podsticanje razvoja zaštitnih faktora (npr. razvoj emocionalnih i socijalnih veština, socijalna podrška) (Živanović et al., 2022). Programi usmereni na prevenciju samoubista i prevenciju problema sa mentalnim zdravljem kod dece i mladih su među glavnim prioritetima u oblasti prevencije (WHO, 2022).
- Usluge zaštite mentalnog zdravlja i lečenja koje su dostupne i pristupačne u zajednici u kojoj osobe koje se nose sa problemima sa mentalnim zdravljem žive, to jest u okviru primarne zdravstvene zaštite (domova zdravlja) i sekundarne zdravstvene zaštite (opštih bolnica), kao i u okviru centara za mentalno zdravlje u zajednici ukoliko postoje. Ovu vrstu usluga pružaju multidisciplinarni timovi koje čine psiholozi, psihijatriji, socijalni radnici i drugi profesionalci u oblasti mentalnog zdravlja.
- Psihosocijalnu rehabilitaciju, koja podrazumeva osnaživanje i razvoj veština za samostalni život u zajednici, i uključuje usluge vršnjačke podrške, podršku pri zapošljavanju, stanovanje uz podršku i slične vidove podrške.

- Multisektorsku saradnju koja podrazumeva da su usluge mentalnog zdravlja u zajednici neodvojive od drugih sistema podrške i to obrazovnog sistema, sistema socijalne zaštite i zdravstvenog sistema.

Za Srbiju, jedan od ključnih događaja za razvoj usluga mentalnog zdravlja u zajednici je učešće na Ministarskoj konferenciji o mentalnom zdravlju Svetske zdravstvene organizacije, održanoj 2005. godine, kada je doneta „Helsinška deklaracija o mentalnom zdravlju“, koja je jedan od ključnih političkih dokumenata koji podržavaju transformaciju psihijatrijskih službi, u pravcu razvoja usluga u zajednici (WHO, 2005). Usledila je ratifikacija Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom (UN, 2006) 2009. godine, nakon čega su ključne inicijative na evropskom nivou vezane za mentalno zdravlje bile Evropski okvir za akciju o mentalnom zdravlju i blagostanju (European Commission, 2016) i aktuelna inicijativa, Evropski okvir za akciju za mentalno zdravlje i blagostanje Svetske zdravstvene organizacije za period od 2021. do 2025. (WHO, 2022) godine. Ova inicijativa predstavlja odgovor na trenutne izazove mentalnog zdravlja, koji proističu iz negativnog uticaja koji je pandemija COVID-19 imala na mentalno zdravlje i blagostanje stanovništva. Cilj je da promocija i zaštita mentalnog blagostanja postanu sastavni deo lečenja i oporavka od COVID-19; da se suprotstavi stigmati i diskriminaciji u vezi sa problemima sa mentalnim zdravljem; i da zagovara i promoviše ulaganja u dostupne i kvalitetne usluge usmerene na zaštitu mentalnog zdravlja. Konačno, nacionalni okvir koji uređuje oblast zaštite mentalnog zdravlja uključuje, pre svega, Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama (2013), Strategija deinstitucionalizacije i razvoja usluga socijalne zaštite u zajednici za period 2022-2026. godine (Vlada Republike Srbije, 2022), i Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period od 2019. do 2026 (Vlada Republike Srbije, 2019). godine, a koji definišu da je jedan od prioriteta za unapređenje zaštite mentalnog zdravlja u Srbiji upravo razvoj usluga mentalnog zdravlja u zajednici.

Na osnovu rezultata prvih istraživanja u oblasti mentalnog zdravlja u Srbiji, i to prve epidemiološke studije o psihijatrijskim poremećajima (Marić et al., 2022) koja ukazuje da svaki šesti građanin Srbije zadovoljava kriterijume nekog od 12 najčešćih psihijatrijskih poremećaja i PIN-ove studije koja ukazuje da se svaki treći stanovnik nosi sa nekim vidom psihičkih teškoća (Živanović et al., 2022), potvrđeno je da postoji velika potreba za uslugama prevencije i zaštite mentalnog zdravlja. S druge strane, PIN-ovo istraživanje o dostupnosti usluga usmerenih na mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku, pri čemu je poseban fokus bio na mapiranju usluga koje je prioritarno potrebno razvijati, ukazuje da ovaj tip usluga nije u dovoljnoj meri dostupan u lokalnim zajednicama (Bjekić et al., 2022). Prema rečima građana, pružalaca usluga i predstavnika 15 jedinica lokalnih samouprava¹, tri prioritarnih oblasti su se istakle koje je potrebno razvijati i učiniti dostupnim u lokalnim zajednicama, i to: podrška mladima, podrška starijim sugrađanima, kao i individualna podrška za odrasle osobe.

S obzirom na prioritarnu potrebu na lokalnoj razini, psiholozi PIN-a su na osnovu prethodnih istraživanja, dobrih praksi i međunarodnih preporuka koncipirali tri programa psihosocijalne podrške – za mlade, starije i odrasle osobe u psihološkoj krizi, usmerena na to da odgovore na date potrebe. Kako bi se otklonile ključne barijere na koje građani nailaze pri traženju psihosocijalne podrške, kao što su strah od stigmatizacije i nepriustivost podrške usled nedovoljno finansijskih sredstava (Živanović et al., 2022), programi su bili osmišljeni po modelu mentalnog zdravlja u zajednici – potpuno besplatni za sve zainteresovane osobe, lako pristupačni, bez bilo kakvih administrativnih procedura (npr. uput od lekara opšte prakse) koje bi prethodile priključivanju programima, i vođeni od strane stručnog lica. Programi su pilotirani u 8 jedinica lokalne samouprave kako bi se ispitali njihovi efekti i značaj za unapređenje mentalnog zdravlja građana.

¹ Lajkovac, Mionica, Plandište, Šid, Užice, Ruma, Krupanj, Loznica, Sremska Mitrovica, Arilje, Kosjerić, Prijepolje, Sjenica, Priboj i Pećinci.

Cilj istraživanja

Osobe koje rade u praksi na pružanju usluga usmerenih na mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku neretko svedoče pozitivnim promenama kod korisnika usluga. Ipak, od velike je važnosti pružiti i naučne dokaze o tome da li neki program podrške zaista i proizvodi promene koje želimo – odnosno da li unapređuje mentalno zdravlje korisnika tog programa.

Zbog toga, cilj ovog istraživanja jeste testiranje efektivnosti tri programa psihosocijalne podrške:

1. Za mlade osobe
2. Za osobe u psihološkoj krizi
3. Za starije osobe

Programi su pilotirani u 8 opština i gradova u Srbiji u cilju provere njihove efektivnosti i uspešnosti primene u lokalnim zajednicama.

Rezultati ovog istraživanja mogu da doprinesu i stručnoj i široj javnosti na najmanje nekoliko načina:

- Mogu obezbediti naučno-zasnovane i empirijski proverene programe za unapređenje mentalnog zdravlja, i doprineti daljem razvoju sličnih programa.

Ukoliko rezultati ukažu na efektivnost programa:

- Programi i njihov način primene u lokalnim zajednicama mogu predstavljati primer dobre prakse za obezbeđivanje usluga usmerenih na mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku i u drugim gradovima i opštinama,
- to bi pružilo empirijsku potporu zagovaranju za dalje sistemsko unapređenje dostupnosti usluga usmerenih na mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku u zajednici što je u skladu sa principima mentalnog zdravlja u zajednici, predviđenih Programom o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019-2026 (Vlada Republike Srbije, 2019) i Strategijom deinstitucionalizacije i razvoja usluga socijalne zaštite u zajednici za period 2022-2026. godine (Vlada Republike Srbije, 2022), i uvid u resurse potrebne kako bi ovakve usluge bile dostupne i lako pristupačne.

Metodologija istraživanja

Kako smo istražili da li programi koje smo osmislili unapređuju mentalno zdravlje korisnika programa?

Kako bismo odgovorili na pitanje da li programi koje smo osmislili proizvode promene koje želimo, odnosno da li unapređuju mentalno zdravlje korisnika programa, koristili smo **kvazi-eksperimentalni nacrt**, tj. tip istraživanja. Dakle, ispitivali smo mentalno zdravlje naših ispitanika u tri vremenske tačke, kako bismo stekli uvid u promene u mentalnom zdravlju kroz vreme.

Tri vremenske tačke, odnosno tri merenja su:

- **Pretest**, odnosno stanje mentalnog zdravlja *pre početka* Programa, kako bi se utvrdila „polazna tačka” ispitanika
- **Posttest**, odnosno merenje mentalnog zdravlja *neposredno nakon završetka* Programa, kako bi se utvrdile trenutne promene
- **Naknadno testiranje** (eng. follow-up), tj. merenje *mesec dana nakon* što se Program završio, kako bi se stekao uvid u to da li Program proizvodi i dugoročne promene

Dodatno, ova tri merenja poredili smo u dve grupe ispitanika – **eksperimentalnoj** i **kontrolnoj** grupi. Ideja je da se ove dve grupe ispitanika oforme tako da su ispitanici u njima slični po svim važnim karakteristikama (npr. rod, uzrast), a da se razlikuju primarno po tome što je jedna grupa pohađala Program (eksperimentalna grupa), a druga nije (kontrolna grupa).

U slučaju naših istraživanja, eksperimentalna grupa je bila grupa korisnika Programa (mlade osobe/osobe u psihološkoj krizi/starije osobe). Kontrolna grupa je, s druge strane, grupa ispitanika koja nije prolazila kroz Program ili bilo koju psihološku intervenciju, ali je takođe popunjavala upitnike u tri vremenske tačke (pretest, posttest, naknadno testiranje). U našem istraživanju, iz etičkih razloga, kontrolna grupa je bila sačinjena od ispitanika koji *nisu ni izrazili želju* da pohađaju Program².

² U našem istraživanju nije bilo dovoljno resursa da se Program ponovi i za kontrolnu grupu nakon učešća u istraživanju. S tim u vezi, da se nijednoj osobi u potrebi ne bi uskratilo tretman – bilo je neophodno da u kontrolnoj grupi budu osobe koje nisu ni izrazili želju da se uključe u Program.

Kriterijumi uključivanja osoba u istraživanje u okviru sva tri programa bili su uzrasni raspon u skladu sa ciljnom grupom (u slučaju mladih: 13-24 godine, u slučaju osoba u psihološkoj krizi: 18-65, a u slučaju starijih osoba: 55 godina ili više).

Uz to, **kriterijumi za isključivanje** ispitanika iz istraživanja su bili pohađanje nekog drugog programa psihosocijalne podrške ili bilo koje druge usluge usmerene na unapređenje mentalnog zdravlja (npr. psihoterapija, farmakoterapija). Ovaj korak u istraživanju je bio neophodan kako bismo se osigurali da su eventualni efekti koje registrujemo u istraživanju proizvod tri programa koja merimo, a ne nekih drugih usluga usmerenih na mentalno zdravlje.

Očekujemo da će rezultati istraživanja pokazati da ispitanici iz grupe koja je prošla kroz Program (eksperimentalna grupa), a pod čim se podrazumeva prolazak kroz najmanje dve sesije od ukupnog broja sesija Programa, pokazuju pozitivne promene u mentalnom zdravlju, koje su značajno veće od promena koje možemo da registrujemo kod osoba koje nisu prošle kroz Program (kontrolna grupa). Ovakvi rezultati bi pokazali da Program koji merimo „radi“, tj. unapređuje mentalno zdravlje.

U slučaju testiranja Programa psihosocijalne podrške za osobe u krizi i za starije osobe, koristili smo upravo opisan kvazi-eksperimentalni nacrt. U slučaju Programa psihosocijalne podrške za mlade, bilo je izazovno prikupiti kontrolnu grupu zbog različitih organizacionih i tehničkih barijera. Zbog toga, ovaj Program smo testirali tako što smo pratili promene u mentalnom zdravlju kod korisnika Programa između pretesta, posttesta i naknadnog testiranja. U tom slučaju, očekujemo da će mentalno zdravlje biti bolje na posttestu i naknadnom merenju u odnosu na mentalno zdravlje na pretestu.

Koje karakteristike mentalnog zdravlja ispitanika smo merili?

S obzirom na to da je cilj sva tri programa unapređenje mentalnog zdravlja, u sva tri istraživanja smo prikupljali podatke o psihološkim teškoćama i pozitivnim psihološkim kapacitetima, uz očekivanje da će se nakon programa teškoće smanjiti, a pozitivni kapaciteti povećati.

Od psiholoških teškoća, u istraživanjima sva tri programa ispitivali smo:

Depresiju, psihološku teškoću koju karakteriše izraženo osećanje tuge, kao i gubitak interesovanja i osećanja zadovoljstva u svakodnevnim aktivnostima, nekontrolisano negativno mišljenje, benadežnost i pasivizacija. Izraženost tendencije ka depresiji merena je Upitnikom zdravlja pacijenta (Patient Health Questionnaire – PHQ9) (Spitzer, 1999), u kom se osoba pita o tegobama u protekle dve nedelje.

Anksioznost, psihološku teškoću koja se odnosi na postojanje neodređenog osećanja strepnje i straha povodom očekivanih događaja u budućnosti, kao i hronične nervoze. Izraženost anksioznosti (u prethodne dve nedelje) merena je upitnikom Generalizovani anksiozni poremećaj (Generalized Anxiety Disorder – GAD7) (Spitzer et al., 2006).

Merenje depresije ili anksioznosti na ovaj način ne govori nužno i o dijagnozi depresije/anksioznosti. Dijagnozu nekog poremećaja može postaviti samo psihijatar, ustaljenim psihijatrijskim postupcima. To znači da rezultati ovih istraživanja govore o postojanju određenih simptoma koji se vezuju za depresiju/anksioznost, a ne o dijagnozama.

Od pozitivnih psiholoških kapaciteta, u istraživanjima sva tri programa ispitivali smo:

Psihološka dobrobit, pod kojom podrazumevamo izraženost prijatnih osećanja (npr. dobro raspoloženje, opuštenost). Ono je mereno Indeksom psihološke dobrobiti (World Health Organisation – Well-Being Index – WHO-5) (Topp et al., 2015).

Zadovoljstvo životom globalno, ili po različitim bitnim oblastima života kao što su finansijska situacija, fizičko zdravlje, prijateljstva, aktivnosti u slobodno vreme. Za potrebe toga korišćena je Mančesterska kratka skala kvaliteta života (Manchester, Short Assessment of Quality of Life – MANSAs) (Priebe et al., 1999).

Ipak, s obzirom na to da svaki Program ima i svoje specifičnosti, merili smo i dodatne psihološke karakteristike.

U istraživanju koje testira *Program psihosocijalne podrške za mlade*, merili smo i:

Pismenost o mentalnom zdravlju (eng. mental health literacy) koja predstavlja s jedne strane razumevanje i znanje, a sa druge strane stavove o mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima (Popić et al., 2014). Instrument za merenje pismenosti o mentalnom zdravlju zove se Mentalno zdravlje u školama (School Mental Health) (Kutcher & Wei, 2017) i sastoji se iz dva dela. Prvi deo meri znanje o temi mentalnog zdravlja, pri čemu mladi ocenjuju da li je data tvrdnja tačna ili netačna (npr. „Anorexia Nervosa je poremećaj ishrane koji može dovesti do smrti” - tačno). Drugi deo instrumenta meri stavove o mentalnim poremećajima, pri čemu mladi označavaju u kojoj meri se slažu sa napisanim tvrdnjama (npr. „Lako je reći kada neko ima mentalni poremećaj jer se obično ponaša na čudan ili bizaran način”).

U istraživanju koje testira *Program psihosocijalne podrške za osobe u krizi*, merili smo i:

Nadu koja se pokazala kao vrlo važan zaštitni faktor u kriznim vremenima kao što je pandemija koronavirusa i zbog toga je dobro podsticati je. Stepenn prisustva nade kod učesnika Programa merili smo Skalom nade za odrasle (Adult Hope Scale – AHS) (Snyder et al., 1991). Instrument obuhvata tvrdnje sa kojima ispitanik može u različitoj meri da se složi ili ne složi, poput „Čak i kada se drugi obeshrabre, znam da mogu pronaći način za rešavanje problema“.

Za kraj, u istraživanju koje testira *Program psihosocijalne podrške za starije osobe*, merili smo i:

Usamljenost, jer je ona svakodnevnica velikog broja starijih osoba (Keck, 2022), a moguće je uticati pozitivno na nju. Kako bismo bolje razumeli u kojoj meri se stariji u našoj zemlji suočavaju sa usamljenošću korišćena je UCLA skala usamljenosti (eng. UCLA Loneliness Scale) (Russell et al., 1980). Skala se sastoji od 20 kratkih pitanja na koja ispitanici odgovaraju naznačavajući koliko često se osećaju izolovano, usamljeno i kao da su bez drugih ljudi koji bi mogli da im pruže pomoć, utehu, razumevanje ili društvo.

Obrada podataka: U svim poređenjima između eksperimentalne i kontrolne grupe korišćena je analiza kovarijanse (ANCOVA), putem koje možemo da poredimo razlike između dve grupe uz statističko kontrolisanje njihovih mera na pretestu. Kada je to bilo prikladno, sa ciljem dodatnog razumevanja odnosa između grupa, uz ANCOVA-u smo koristili i T test za nezavisne uzorke, kako bismo poredili i razlike između eksperimentalne i kontrolne grupe u intenzitetu promena između merenja. Intenzitet promena merili smo oduzimanjem skorova sa pretesta/posttesta/naknadnog merenja, u dve grupe. U slučaju Programa psihosocijalne podrške za mlade, s obzirom da nije organizovana kontrolna grupa, efektivnost Programa smo merili korišćenjem T testa za zavisne uzorke, kako bi se merile razlike između pretesta, posttesta i naknadnog merenja. Kao statistička prelomna vrednost korišćen je alfa nivo od 0.05, dok je alfa nivo od .10 tumačen kao razlika na nivou trenda.

Sva tri istraživanja su odobrena od strane Komisije za ocenu etičnosti pri Odeljenju za psihologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu (broj protokola istraživanja Programa za mlade: #2022-022 i #2022-073; Programa za osobe u krizi: #2022-020 i #2022-072; i Programa za starije osobe: #2022-021 i #2022-083).

U nastavku publikacije biće prikazana istraživanja efektivnosti sva tri programa psihosocijalne podrške, i to sledećim redosledom: Program za mlade, Program za osobe u krizi i na kraju – Program za starije osobe. Prikazivanje sva tri istraživanja pratiće sledeću strukturu: teorijski uvod, opis Programa (cilj, sadržaj, formalne odlike), opis odlika uključenih ispitanika i rezultati (opis mentalnog zdravlja ispitanika pre pohađanja Programa, kao i testiranje efektivnosti Programa). Na kraju prikaza istraživanja za sva tri programa, biće dat zaključni osvrt.

PROGRAM ZA MLADE



Mentalno zdravlje mladih

Period mladalaštva, koji UN definiše kao uzrasni period između 15 i 24 godine (UNDESA, 2013), sa sobom nosi i mnoge psihološke tranzicije. U ovom osetljivom periodu, na mentalno zdravlje mogu uticati različiti faktori – od odlika osoba i njihovih porodica, pa do širih društvenih faktora (WHO, 2021).

O osetljivosti ove grupe pokazuje podatak da otprilike svaka treća mlada osoba (36% mladih) izveštava o tome da je pod visokim ili ekstremno visokim stresom (KOMS, 2021). Dodatno, prethodna istraživanja su pokazala da oko 29% mladih osoba u Srbiji ima nisko samopouzdanje, dok bi svaki drugi srednjoškolac u principu želeo unapredi svoje samopouzdanje (Popić et al., 2014). S druge strane, kod mladih osoba nisu retka i osećanja velike kritičnosti prema drugima i negativan odnos prema okolini, kao i osećaj da ih drugi ne razumeju. Na primer, 15% mladih ima osećaj da su drugi krivi za njihove probleme i da ih drugi posmatraju i govore o njima (Popić et al., 2014). Ovi podaci mogu ukazati na važnost rada sa mladima koji bi se usmerio na empatičko povezivanje sa vršnjacima i sticanje poverenja u druge ljude.

Pored ovih, relativno uobičajenih ljudskih iskustava, period mladalaštva sa sobom nosi i povećan rizik od razvoja problema sa mentalnim zdravljem. Prethodno istraživanje PIN-a pokazalo je da je mlađi uzrast sa sobom nosi povećan rizik od razvoja znakova depresije, anksioznosti, post-traumatskog stresnog poremećaja, poremećaja ishrane, ali i suicidalnosti (Živanović et al., 2022). Ukoliko uzmemo u obzir da se većina mentalnih poremećaja prvi put ispolji pre 26. godine života (Caspi et al., 2020; Kessler et al., 2005), postaje jasno da je blagovremeni rad sa mladima od velike važnosti kako bi se prevenirale različite psihičke teškoće. Kroz preventivne aktivnosti bi se mladim osobama pružili alati i unapredile veštine prepoznavanja psihičkih teškoća kod sebe i drugih, čime može da se poveća verovatnoća za spremnošću mlade osobe da potraži stručnu pomoć na vreme.

Dakle, jedna od ključnih veština koje je potrebno unapređivati kod mladih osoba jeste upravo **pismenost o mentalnom zdravlju** (eng. mental health literacy).

Pismenost o mentalnom zdravlju se definiše kao znanje i uverenja koja opšta, nestručna javnost ima o mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima i ona je preduslov da se razumeju i sopstvene emocije i psihička stanja, ali i stanja drugih osoba iz našeg okruženja (Popić et al., 2014) . Takođe, znanje o tome gde, kako i kome mogu da se obrate za pomoć je važan aspekt ove veštine (Popić et al., 2014).

Istraživanje (Popić et al., 2014) je pokazalo da srednjoškolci u Srbiji u manjoj meri adekvatno prepoznaju mentalne poremećaje, od najmanje 12% uspešnih prepoznavanja u slučaju napada panike, pa do najviše 47% u slučaju depresije. Dalje, manji deo mladih doživljava različite mentalne poremećaje kao ozbiljne – na primer, svega 17% mladih je procenilo socijalnu anksioznost kao ozbiljnu tegobu, dok je najveća ozbiljnost pripisana depresiji (52%). Za kraj, ono što je upečatljivo jeste da je stručna podrška psihoterapeuta procenjena u gotovo svim slučajevima kao nešto što nije adekvatna mera pomoći, dok se podrška psihologa u većoj meri birala kao adekvatna.

Ovi rezultati govore o neophodnosti psihoedukacije mladih osoba da na taj način bolje prepoznaju znakove mentalnih poremećaja, da razumeju teškoće sa kojima se osobe koje pate od ovih poremećaja suočavaju, ali i da na adekvatan način procene kako, kada i kome treba da se obrate za pomoć ukoliko imaju neke psihičke tegobe. Ipak, s obzirom na to da profesionalna pomoć mladima često nije dostupna u dovoljnoj meri, paralelno sa osnaživanjem i edukacijom mladih, neophodno je omogućiti im i profesionalnu pomoć ukoliko im je ona potrebna.

Opis programa

Program psihosocijalne podrške je preuzet i adaptiran na osnovu projekta Mentalno zdravlje i srednje škole (Kutcher & Wei, 2017).

Koji je cilj Programa psihosocijalne podrške za mlade osobe?

- **Razbijanje stigme** o mentalnim poremećajima, odnosno negativnih i nivodaštavajućih stavova o osobama koje pate od mentalnih poremećaja.
- **Psihoedukacija** mladih o tome šta je mentalno zdravlje a šta mentalni poremećaj, kako ih možemo prepoznati i kako i kome se obratiti za pomoć.
- **Unapređenje mentalnog zdravlja** i smanjenje psihičkih teškoća.

Koja je struktura Programa? Program je kombinovanog tipa, odnosno obuhvata i grupni način rada (takozvane iskustvene radionice), ali i psihološki rad jedan-na-jedan sa stručnim licem.

Ko vodi Program? Stručnjaci za mentalno zdravlje, odnosno osobe sa zvanjima diplomiranih ili master psihologa ili osobe drugih pomažućih profesija ukoliko su u edukaciji za psihoterapeuta.

Ko su korisnici? Polaznici Programa bili su mladi uzrasta od 13 do 24 godine, sa posebnim fokusom na periode tranzicije iz osnovne u srednje škole, kao i iz srednje škole na tržište rada ili na dalje fakultetsko obrazovanje.



Gde se Program sprovodio? U tri jedinice lokalne samouprave: Užicu, Prijepolju i Sjenici.

Program u brojevima:

U toku 2 ciklusa sprovođenja Programa, ukupno je sprovedeno:

- 74 grupne aktivnosti
- 63 individualna susreta
- sa 102 mlade osobe

GRUPNI RAD

Grupne aktivnosti Programa za psihosocijalnu podršku mladima organizovale su se u vidu takozvanih **iskustvenih grupa**. Svaka iskustvena grupa imala je istu strukturu.

- Otvaraju se *psihoedukativnim* delom, odnosno usvajanjem znanja o mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima.
- Nakon toga sledi *iskustveni deo*, odnosno razmena između samih članova grupe po pitanju diskutovane teme (npr. Da li su se oni nekada osećali tako? Da li poznaju nekog ko se tako oseća? Kako prepoznaju sopstevene emocije? Kako na njih reaguju?), dok stručno lice pruža i konkretne smernice i alate kako da se bore sa stresnim događajima i neprijatnim emocijama – npr. učenjem tehnika kontrole besa.
- Na kraju svake iskustvene grupe, *sumira se naučeno* u toku tog susreta.

Trajanje pojedinačne iskustvene grupe je od 120 do 160 minuta, jednom nedeljno u toku 6 nedelja. Važan element u radu je i postavljanje „domaćih zadataka“ kako bi se napravila neka vrsta mosta između naučenog i doživljenog. Na primer, domaći zadatak može biti sprovođenje neke aktivnosti koja je od strane mlade osobe doživljena kao nešto što pospešuje samopouzdanje.

Obrađivane teme:

1. Stigma i problemi mentalnog zdravlja

Na ovoj radionici razgovara se o tome šta je stigma i na koji način ona može biti štetna, šta može da pomogne u borbi protiv stigme, ali i ko je adekvatan izvor proverenih i tačnih informacija o ovoj temi.

2. Razumevanje mentalnog zdravlja i problema u tom domenu

Ključne teme jesu pravljenje analogije između problema sa fizičkim i sa mentalnim zdravljem, kao i razumevanje bioloških osnova i složenih uzročnika mentalnih poremećaja. Takođe, radi se na normalizaciji stresa i edukacije o funkciji stresa u ljudskom životu koja može biti kompleksna i neprijatna ali ne nužno i negativna.

3. Specifične psihološke teškoće koje se najčešće javljaju kod mladih

Na ovoj radionici cilj je razumevanje različitog spektra simptoma koji mogu ukazivati na teškoće sa mentalnim zdravljem – u razmišljanju, emocijama, opažanju, ponašanju i generalno aktivitetu osobe.

4. Važnost razgovora sa porodicom o ličnom mentalnom zdravlju

Najvažnija tema u okviru ove radionice jeste razumevanje zbog čega je važno podeliti svoje iskustvo sa bliskim osobama koje nas razumeju, i koje su potencijalne dobre strane ovakve razmene. Takođe, fokus treba da bude i na edukaciji o tome da uz adekvatnu podršku i tretman, psihološke teškoće mogu uspešno da se leče.

5. Kako, gde i kome se obratiti za pomoć i podršku?

Teme koje se obrađuju su usmerene na dostupne resurse podrške u zajednici i širem okruženju, kao i razumevanje razlika između različitih profesija koja se neposredno ili posredno bave mentalnim zdravljem (npr. psiholozi, psihijatri, psihoterapeuti, socijalni radnici). Za kraj, važno je obraditi temu razlike između stručne (npr. psiholog) i neformalne podrške (npr. prijatelji), i koji je domet svake od njih.

6. Veštine koje mogu da pomognu u očuvanju mentalnog zdravlja

Na poslednjoj radionici obrađuju se teme adaptivnog prevladavanja stresa, kao i drugih konkretnih veština samopomoći – nošenje sa stidom, tehnike disanja, tehnike samo-saosećanja i slično.

INDIVIDUALNI RAD

Svaka mlada osoba imala je priliku da paralelno sa grupnim aktivnostima krene i na individualni savetodavni rad sa stručnim licem. On se odvijao jednom nedeljno ili po potrebi mlade osobe.

Individualni savetodavni rad u okviru Programa se bazirao na opšteprihvaćenim postulatima individualnog rada generalno. Ipak, postoje određene smernice o tome šta je posebno važno u radu sa mladima – poput obraćanja pažnje na neverbalnu komunikaciju (intonacija, položaj tela, distanca), imenovanje osećanja i iskustava, davanje povratnih informacija. Takođe, navodi se i važnost potpune prisutnosti na seansi, empatičnog slušanja, kao i umerenog izražavanja brižnosti i nege.

Ko su naši ispitanici?

Kao što je pomenuto, usled organizacionih i tehničkih ograničenja, u slučaju testiranja Programa psihosocijalne podrške za mlade nije korišćen tip istraživanja koji poredi eksperimentalnu (polaznike Programa) i kontrolnu grupu ispitanika (mlade osobe koje nisu prošle kroz bilo koji Program). Umesto toga, mentalno zdravlje mladih je poređeno u tri vremenske tačke: pre početka Programa, odmah nakon završetka Programa, kao i mesec dana nakon završetka Programa, uz očekivanje da će se mentalno zdravlje unaprediti.

U istraživanju je učestvovalo ukupno 78 mladih osoba, prosečnog uzrasta od 16 godina, od kojih su 17% osobe muškog roda. Ispitanici su ukupno pohađali između 3 i 21 sesije, a 8 sesija u proseku.

Velika većina ispitanika (87%) nikada ranije u toku svog života nije koristila bilo koje usluge usmerene na mentalno zdravlje, dok gotovo nijedna mlada osoba (96%) nikada nije psihijatrijski lečena.

Većina ispitanika su bili srednjoškolci (63%), dok je bilo i 27% osnovnoškolaca i 10% studenata. Dodatno, velika većina mladih nema romantičnog partnera (83%), dok je ostatak mladih u romantičnoj vezi. Većinom, mladi nemaju hronične zdravstvene tegobe (83%), a ukoliko ih imaju – to su najčešće plućne tegobe (5%). Za kraj, mladi procenjuju da su relativno visokog socioekonomskog statusa – dve trećine njih procenjuje da se nalazi u dve najviše kategorije socioekonomskog statusa (ukupno 65% mladih).

87%

nikada ranije u životu nije koristio/la usluge usmerene **na mentalno zdravlje**

63%

srednjoškolaca

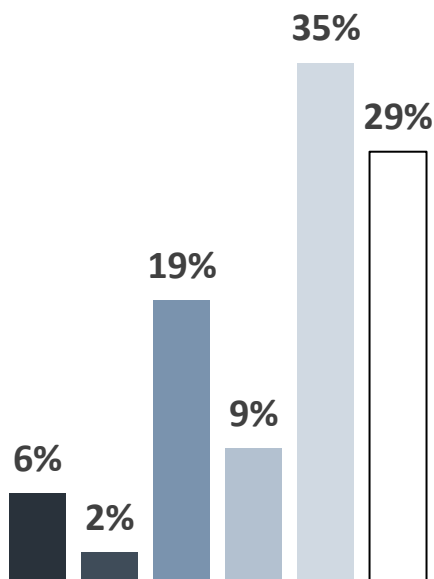
83%

nema partnera

17%

ima neku **hroničnu zdravstvenu tegobu**

- Ne mogu da priuštiti sebi ni osnovne stvari (hranu i mesečne račune)
- Mogu da priuštiti sebi hranu i plaćanje mesečnih računa, ali ne i odeću
- Mogu da priuštiti sebi odeću, ali ne i iznenadne veće troškove poput popravke bele tehnike
- Mogu da priuštiti sebi iznenadne troškove, ali ne letovanja ili zimovanja
- Mogu da priuštiti sebi letovanja ili zimovanja, ali ne i luksuznije poklone
- Mogu da priuštiti sebi sve što poželim



Grafikon 1. Procena mladih o njihovom finansijskom statusu

Rezultati

Kako su se mladi osećali pre nego što su došli na Program?

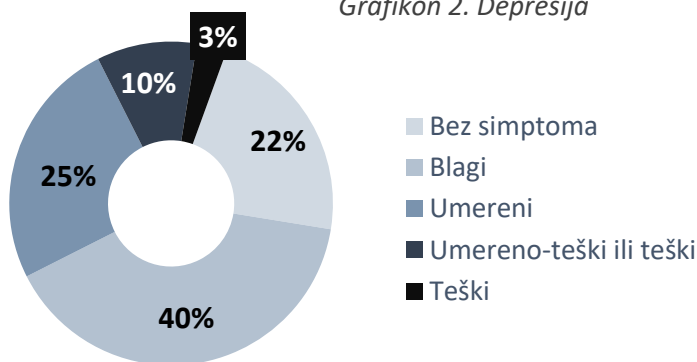
Depresija

Ključni pokazatelji depresije su osećaj praznine, neraspoloženje, smanjeno interesovanje za svet oko sebe. Dodatno, osoba ispoljava snižen nivo energije, povećan umor i teškoće u koncentraciji, negativno razmišljanje o sebi i ima osećaj krivice.

Procena mentalnog zdravlja je pokazala da je 78% mladih imalo povišene simptome depresije, što je otprilike 8 od 10 mladih iz uzorka.



Mladi su najčešće imali blage simptome, kao što je to prikazano na Grafikonu 2.



Dodatne analize pokazuju da je najčešći depresivni simptom osećanje smanjenog interesovanja ili zadovoljstva za obavljanje poslova ili za različite događaje (87%*), smanjenje ili pojačanje apetita (80%), kao i problemi sa spavanjem (68%) i osećaj praznine, neraspoloženja i beznadežnosti (66%).

*Procenat mladih koji su imali datu tegobu u prethodne dve nedelje, između učestalosti od nekoliko dana, pa do svakodnevnog iskustva tegobe.

Anksioznost

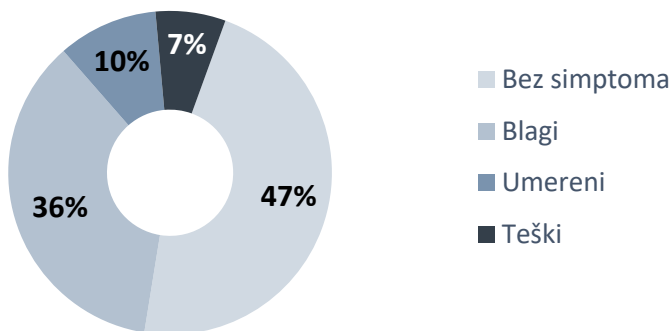
Anksioznost je krovni termin za psihološke teškoće koje karakteriše neprijatno stanje stalnog iščekivanja negativnih ishoda događaja u budućnosti. To osećanje je praćeno strahom, strepnjom, nervozom i brigom, a ova osećanja se često doživljavaju kao nešto što ne može da se kontroliše. Pokazatelji anksioznosti su i različiti fizički simptomi, poput otežanog disanja ili znojenja.

Procena mentalnog zdravlja je pokazala da je 53% mladih imalo povišene simptome anksioznosti, što je oko 5 od 10 osoba iz uzorka.



Ipak, kao i u prethodnom slučaju, najčešće su ispitanici imali blage simptome, kao što je to prikazano na Grafikonu 3.

Grafikon 3. Anksioznost



Dodatne analize pokazuju da je najčešći simptom anksioznosti kod ispitanika preterana briga o različitim stvarima (79%*), osećaj mlade osobe da ju je lako razdražiti ili iznervirati (72%), kao i osećaj osobe da ne može da prestane da brine ili da njegova/njena briga nije u dometu kontrole osobe (66%).

*Procenat mladih koji su imali datu tegobu u prethodne dve nedelje, između učestalosti od nekoliko dana, pa do svakodnevnog iskustva tegobe.

Psihološka dobrobit

Psihološka dobrobit osobe govori o tome u kojoj meri osoba ima subjektivno iskustvo blagostanja i prijatnih emocija (eng. wellbeing), što se najčešće manifestuje kroz osećanje smirenosti, dobrog raspoloženja, vedrine, energičnosti, svežine i opuštenosti.

U Tabeli 1 su prikazana prijatna osećanja koja su indikatori psihološke dobrobiti. Takođe, prikazan je postotak mladih koji izveštavaju o tome da relativno učestalo imaju iskustvo opisano u tvrdnji.

Tabela 1. Psihološka dobrobit, % osoba koje su dale odgovor da su u protekle 2 nedelje imale dato iskustvo više od polovine vremena.

Osećao/la sam se veselo i dobro raspoloženo	74%
Osećao/la sam se smireno i opušteno	60%
Osećao/la sam se aktivno i energično	68%
Budio/la sam se svež/a i odmoran/na	37%
Moj svakodnevni život je ispunjen stvarima koje me interesuju	73%

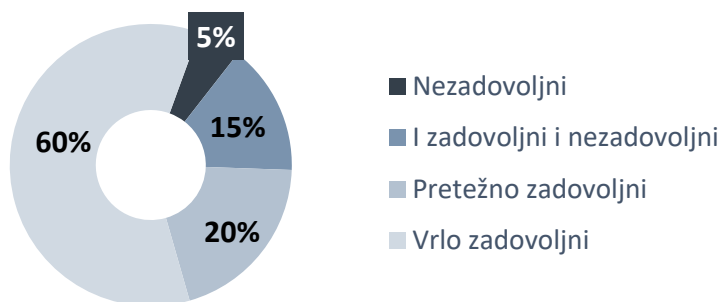
Pregledom Tabele 1 može se uočiti da mlade osobe u velikoj meri imaju iskustvo prijatnih emocija, što sugerise da je njihova psihološka dobrobit u velikoj meri očuvana. S obzirom na to da je psihološka dobrobit važna za svakodnevno funkcionisanje i za opšte stanje mentalnog zdravlja, ovi rezultati pokazuju da mlade osobe iz uzorka imaju dobru polaznu osnovu za dalje unapređenje svog mentalnog zdravlja.

Kvalitet života

Kvalitet života može se posmatrati kao globalno zadovoljstvo osobe svojim životom u trenutku ispitivanja, ali se može ispitivati i zadovoljstvo određenim specifičnim aspektima života (npr. prijateljima). Kvalitet života, naravno, zavisi od mnogih faktora, pa i od objektivnih i ekonomskih uslova života osobe. Ipak, pretpostavka je da se poboljšanjem mentalnog zdravlja osobe može poboljšati i njen doživljaj kvaliteta života.

Na Grafikonu 4 predstavljeno je opšte zadovoljstvo životom kod ispitanika. Pregledom Grafikona može se primetiti da je velika većina mladih zadovoljna svojim životom, što predstavlja izuzetno važnu psihološku odliku.

Grafikon 4. Opšte zadovoljstvo životom



Mladi su, prosečno gledano, bili pretežno zadovoljni svim pojedinačnim aspektima života, ali su postojale i blage razlike u zadovoljstvu određenim aspektima života. Na primer, mladi su najviše zadovoljni ljudima sa kojima žive (6.3*), svojim smeštajem (6.2), ličnom bezbednošću (6.2), kao i porodicom (6.1), fizičkim zdravljem (6.1) i prijateljstvima (6.1). Nakon toga, na sedmom mestu nalazi se zadovoljstvo mentalnim zdravljem (5.6), zatim finansijskom situacijom (5.5) i aktivnostima u slobodno vreme (5.1). Najmanje zadovoljstvo imali su u oblasti seksualnog života (4.8).

*Prikazana je prosečna ocena na skali od 1 (minimalno zadovoljstvo) do 7 (maksimalno).

Pismenost o mentalnom zdravlju

Pismenost o mentalnom zdravlju predstavlja s jedne strane razumevanje i znanje, a sa druge strane uverenja ili stavove o mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima. Dodatno, pismenost o mentalnom zdravlju podrazumeva i poznavanje mogućih resursa koji mogu biti od pomoći u borbi sa psihološkim teškoćama, i stoga predstavlja jedan od osnovnih ciljeva rada sa mladima.

Prvi način merenja pismenosti o mentalnom zdravlju jeste kroz **znanje** o ovoj oblasti. Test znanja imao je 28 pitanja, a za svaki netačan odgovor dobijao se jedan negativan poen. Ukupni rezultat ispitanika mogao je da se kreće između -28 (svi odgovori su netačni) i 28 poena (svi odgovori su tačni). Mladi su prosečno ostvarivali 7 poena, što znači da su imali više tačnih nego netačnih odgovora, ali je njihovo znanje o mentalnom zdravlju ipak bilo na skromnom nivou – njihov ostvaren prosečni rezultat je čak četiri puta manji od maksimalnog! Primera radi, čak 45% mladih je smatralo da je tačno da većina osoba koja boluje od shizofrenije dobije i podeljenju ličnost, iako je ova tvrdnja netačna. S druge strane, 50% mladih je na isto pitanje odgovorilo sa „ne znam“, dok je svega 5% odgovorilo ispravno da ova tvrdnja nije tačna. Pored znanja, merili smo i **stavove** o mentalnim poremećajima. U Tabeli 2 prikazana su dva neprihvatajuća (1. i 2.) i dva prihvatajuća stava (3. i 4.), kao i % mladih koji se pretežno složio sa datim tvrdnjama. Može se primetiti da su stavovi mladih u većoj meri prihvatajući nego osuđujući, iako postoji i prostor za dalje unapređenje negativnih stavova.

Tabela 2. Procenat mladih koji se pretežno slaže sa tvrdnjom

Lako je reći kada neko ima mentalnu bolest jer se obično ponaša na čudan ili bizaran način	22%
Mentalno bolesna osoba ne bi trebalo da ima mogućnost da glasa na izborima	10%
Bio/la bih rad/a da u mi osoba sa mentalnom bolešću postane blizak prijatelj	58%
Većina ljudi sa mentalnom bolešću može imati dobar posao i uspešan i ispunjen život	49%

Rezultati

Da li Program unapređuje mentalno zdravlje polaznika?

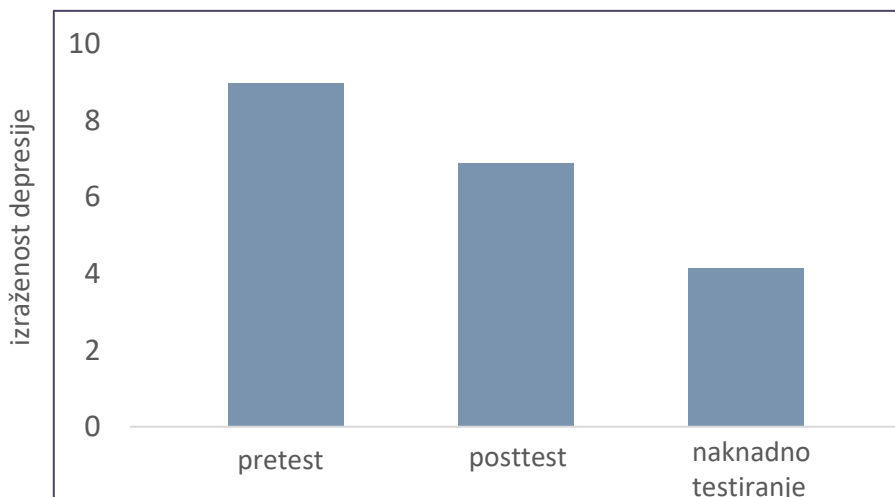
Podsetnik: Zbog ograničenih resursa, pri testiranju Programa za mlade nije postojala kontrolna grupa. Zbog toga smo Program testirali tako što smo poredili promene u mentalnom zdravlju korisnika kroz vreme. Dakle, očekujemo da se nakon Programa mentalno zdravlje polaznika unapredi, kao i njihova pismenost o mentalnom zdravlju generalno.

Depresija

Na Grafikonu 5 prikazane su promene u izraženosti depresije kroz vreme kod polaznika Programa. Naknadne statističke analize, kao i pregled Grafika govore o tome da postoji značajan pad u nivoima depresije kod polaznika Programa. Ovaj pad registruje se i odmah nakon završetka Programa (na posttestu), ali se depresija i dodatno snižava čak i mesec dana nakon što je Program završen.

Ovi rezultati pokazuju da **Program utiče na smanjenje depresije**, i to ne samo kratkoročno, već ima i **dugoročne efekte**. Nakon mesec dana od završetka Programa, depresija se čak dodatno smanjuje.

Grafikon 5. Promene u depresiji kod polaznika Programa

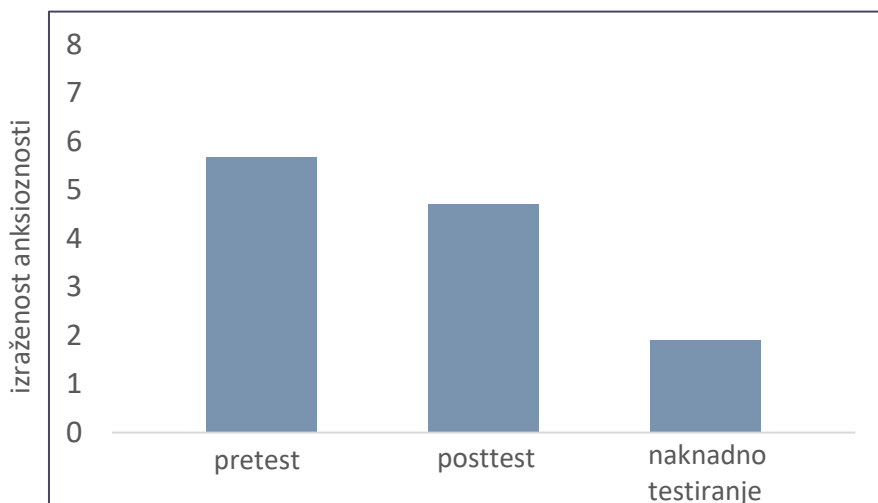


Anksioznost

Na Grafikonu 6 prikazane su promene u izraženosti anksioznosti kroz vreme kod polaznika Programa. Pregledom Grafika i naknadnim analizama se može ustanoviti da, iako pad u izraženosti anksioznosti odmah nakon Programa (na posttestu) nije izražen, postoji jasan i značajan pad koji se registruje mesec dana nakon sprovedenog Programa (na naknadnom merenju).

Ovi rezultati potvrđuju da je jedan od efekata Programa psihosocijalne podrške za mlade upravo i smanjenje anksioznosti, te da se ovaj efekat primarno **registruje dugoročno**, a ne neposredno nakon završetka Programa.

Grafikon 6. Promene u anksioznosti kod polaznika Programa

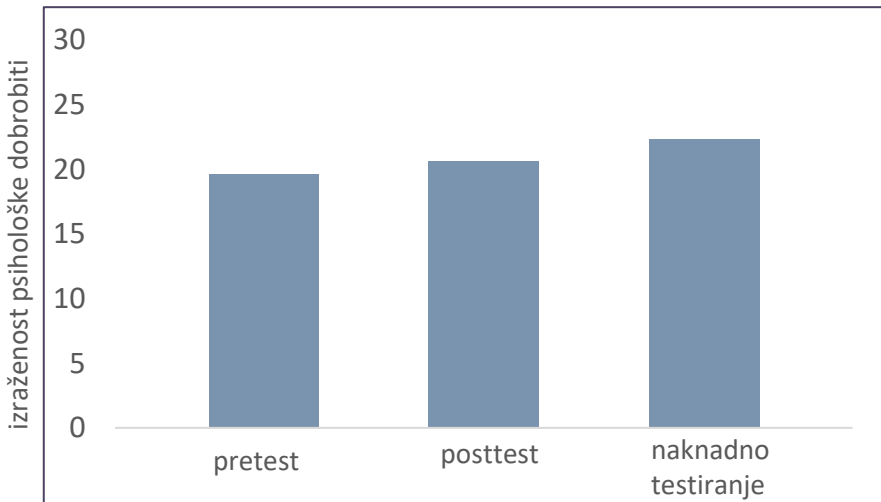


Psihološka dobrobit

Na Grafikonu 7 prikazane su promene u psihološkoj dobrobiti kroz vreme. Pregledom Grafikona i naknadnim analizama se pokazuje da se kroz vreme ne registruju značajni porasti u psihološkoj dobrobiti polaznika Programa. Ipak, registrovan je blagi *trend* povećanja psihološke dobrobiti.²

Ovo znači da Program psihosocijalne podrške za mlade **za efekat nema značajno povećanje psihološke dobrobiti**, ali se određena **blaga povećanja** registruju na nivou pozitivnog trenda.

Grafikon 7. Promene u psihološkoj dobrobiti kod polaznika Programa



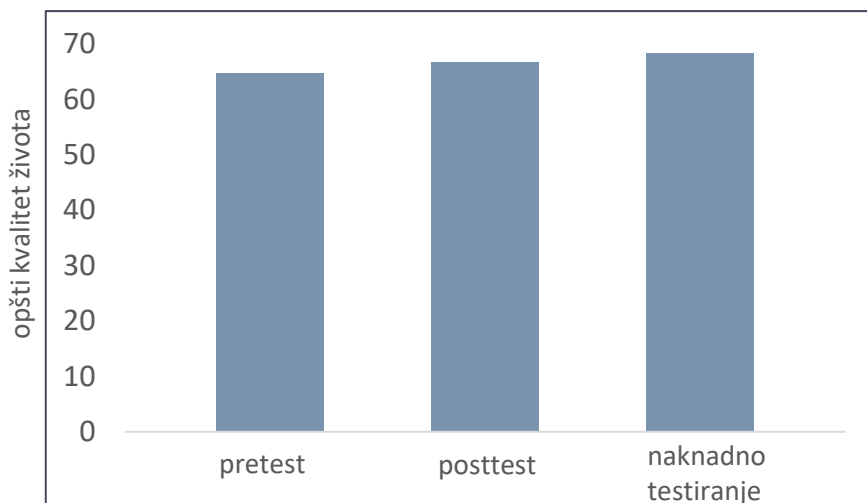
² Prema unapred utvrđenom kriterijumu, promenom na nivou trenda se smatra granična alfa vrednost od 0.1.

Kvalitet života

Promene u globalnom kvalitetu života, odnosno opštem zadovoljstvu ispitanika prikazane su na Grafikonu 8. Pregledom Grafikona i naknadnim statističkim analizama može se primetiti da porast kvaliteta života neposredno nakon Programa (između pretesta i posttesta) nije značajan. Ipak, registruje se izraženiji porast kvaliteta života na naknadnom testiranju, odnosno mesec dana nakon što se Program završio.

Ovi rezultati potvrđuju da je jedan od efekata Programa psihosocijalne podrške za mlade i povećanje kvaliteta života, ali da se ovaj efekat **primarno registruje dugoročno**, a ne odmah nakon završetka Programa.

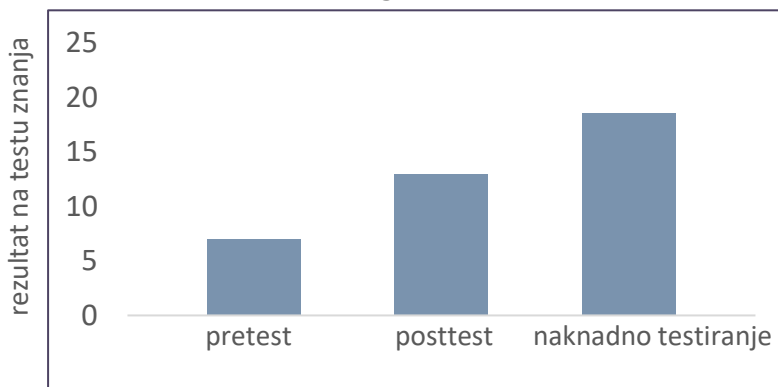
Grafikon 8. Promene u kvalitetu života kod polaznika Programa



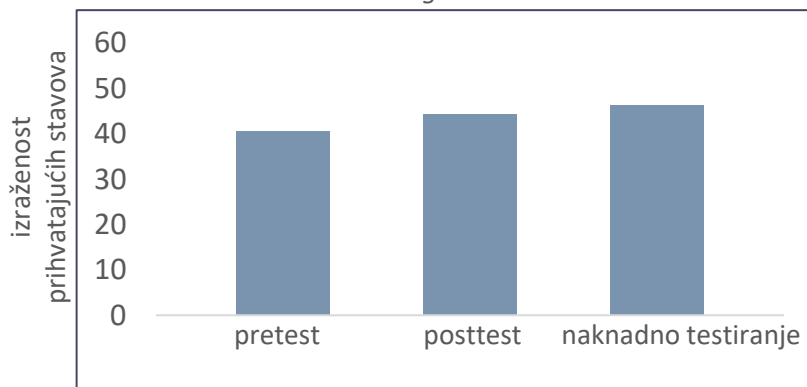
Pismenost o mentalnom zdravlju

Promene u znanju o mentalnom zdravlju prikazane su na Grafikonu 9, dok su na Grafikonu 10 prikazane i promene koje su mladi postigli po pitanju izraženosti prihvatajućih stavova prema mentalnim poremećajima.

Grafikon 9. Promene u znanju o mentalnom zdravlju kod polaznika Programa



Grafikon 10. Promene u prihvatajućim stavovima kod polaznika Programa



Dakle, pregledom oba grafikona i naknadnim analizama se može utvrditi da polaznici Programa unapređuju i svoje znanje i stavove o mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima nakon Programa, a ove promene se zadržavaju i na naknadnom testiranju. Ovo znači da Program **dovodi do povećanja pismenosti o mentalnom zdravlju**, kao i da su ove **promene dugoročne prirode**.

Dakle, rezultati istraživanja ukazali su na to da **Program psihosocijalne podrške za mlade osobe** utiče na:

- smanjenje izraženosti simptoma depresije
- smanjenje izraženosti simptoma anksioznosti
- povećanje kvaliteta života
- povećanje pismenosti o mentalnom zdravlju

Takođe, pokazano je da se ove promene mahom ispoljavaju mesec dana nakon što je Program završen, što ukazuje na dugoročnu održivost pozitivnih efekata Programa.

Ipak, važno je napomenuti da usled ograničenih resursa prilikom testiranja efektivnosti Programa za mlade nije postojala kontrolna grupa, te bi bilo važno da se dobijeni rezultati potvrde u budućim istraživanjima uz uključivanje kontrolne grupe što bi pružilo potrebnu potvrdu da se dobijeni efekti mogu pripisati učešću na Programu.

PROGRAM PODRŠKE U KRIZI



Mentalno zdravlje i pandemija koronavirusa

Pandemija koronavirusa je predstavljala krizu na globalnom nivou i objektivnu pretnju po zdravlje stanovništva i samim tim bila praćena nizom stresnih iskustava. Na primer, istraživanje PIN-a je pokazalo da je čak 58% od 1000 osoba u Srbiji doživelo da im je bliska osoba (član porodice ili blizak prijatelj) bolnički lečen od koronavirusa, dok je 23% doživelo da im bliska osoba (član porodice ili blizak prijatelj) premine usled koronavirusa (Živanović et al., 2022). Neizvesnost, stres i restrikcije sa kojima smo se susretali tokom pandemije odražavaju se negativno i na psihološku dobrobit ljudi, kako ukazuju istraživanja obavljena u mnogim zemljama (npr. Dawel et al., 2020; Modersitzki et al., 2020; Yang et al., 2020).

Faktori koji doprinose tome su brojni. Neki od njih se odnose na same odlike pojedinaca – na primer, žene i starije osobe su bile u većoj meri psihološki pogođene pandemijom, dok se isto dešavalo i u slučaju osoba koje imaju finansijske probleme ili različite hronične zdravstvene tegobe (Dawel et al., 2020). Osobine ličnosti takođe su značajan faktor, pre svega one koje ukazuju na opštu tendenciju doživljavanja neprijatnih emocija, opštu zabinutost i osetljivost, pa i manju psihološku prilagodljivost. Ovakve osobine ličnosti su ukazivale na smanjenu psihološku dobrobit, kako pre pandemije koronavirusa tako i tokom nje (Modersitzki et al., 2020). Dalje, sam strah od koronavirusa (Canady, 2000; Wang et al., 2020) takođe je povezan sa nižim zadovoljstvom životom, kao jednim pokazateljem psihološke dobrobiti (Özmen et al., 2021). Dodatno, pandemija koronavirusa se negativno odrazila na međuljudske odnose te je u određenoj meri uticala i na povećanje usamljenosti kod ljudi (Ernst et al., 2022). Za kraj, na psihološku dobrobit osobe mogu da utiču i faktori vezani za sam kontekst, kao što je procenjena verovatnoća osobe da može da se zaista i zarazi virusom (Yang et al. 2020).

Pored uticaja na psihološku dobrobit i kvalitet života, pandemija koronavirusa je povezivana i sa porastom učestalosti težih psiholoških teškoća u širokim slojevima stanovništva (npr. Salari et al., 2021).

Tako, na primer, brojna istraživanja sprovedena tokom pandemije ukazuju na povišene stope anksioznosti i depresije u opštoj populaciji (Salari et al., 2021; Santomauro et al., 2021). Ovim težim psihološkim tegobama su pogotovo bile izložene osobe koje su imale teže oblike bolesti (Magnúsdóttir et al., 2022), ali i one čiji su članovi porodice ili bliski prijatelji bili zaraženi (Daly & Robinson, 2021; Prakash et al., 2021). Takođe, iskustvo smrtnog slučaja bliske osobe kao posledice korona virusa doprinosilo je izraženijim problemima u oblasti mentalnog zdravlja (Joaquim et al., 2021). Istraživanje sprovedeno u Srbiji pokazalo je da ključni faktori koji otežavaju prevladavanje psiholoških teškoća jesu i prethodne lične životne okolnosti osobe, ali i nedostatak socijalne podrške (Vukčević Marković et al., 2022). Dalje, osim što pandemija može da prouzrokuje promene u mentalnom zdravlju ljudi, pokazano je da zaražavanje koronavirusom može da se nadoveže na postojeće fizičke i psihičke teškoće te na taj način pojačati njihov negativni uticaj (Murphy et al., 2021; Lewis et al., 2022).

S druge strane, postoje nalazi koji pokazuju da je porast psiholoških tegoba reaktivne prirode, odnosno da predstavlja kratkoročniju reakciju na akutnu stresnu situaciju koja se dogodila, te da se mentalno zdravlje stanovništva vratilo na nivo pre pandemije (Marić et al., 2022). Ipak, u situaciji globalne krize, odgovorno je pružiti dodatnu podršku svima koji za tim osećaju potrebu, a takođe se i usmeriti na unapređenje kapaciteta za nošenje sa i drugim životnim krizama.

Za kraj, skorašnja istraživanja sprovedena u kontekstu pandemije koronavirusa ukazuju na to da je pandemija značajno zaoštrila globalne nejednakosti u bogatstvu i prihodima (npr. Esseau-Thomas et al, 2022; Stiglitz 2022; Stantcheva, 2022). Ova činjenica može negativno da se odrazi na mentalno zdravlje populacije, a posebno osetljivih i marginalizovanih grupa, jer može da dovede do nejednakog pristupa uslugama za unapređenje mentalnog zdravlja (Bernardini et al., 2021; Ornell et al., 2021).

Ovi rezultati zajedno ukazuju na važnost pružanja psihološke podrške onim osobama koje su posebno ranjive u kontekstu pandemije, i koje su pod povišenim rizikom od razvijanja psiholoških tegoba (Bernardini et al., 2021; WHO, 2013).

Opis programa

Program psihosocijalne podrške je osmišljen po uzoru na Robertsov model krizne intervencije u sedam faza (Yeager & Roberts, 2015) i na model efektivnog rešavanja problema (Hayes & Hofmann, 2018), i uključuje veštine relaksacije i tehnike pune svesnosti (Hayes & Hofmann, 2018; Kabat-Zinn, 2013).

Koji je cilj Programa psihosocijalne podrške za osobe u krizi?

- **Pružanje psihološke pomoći osobama koje su u akutnim stanjima krize.**
- **Osnaživanje osoba i unapređenje njihovih unutrašnjih resursa za rešavanje konkretnih problema i, opštije gledano, unapređenje veština rešavanja problema.**
- **Razvoj veština koje osobama pomažu da izađu na kraj sa stresom i anksioznošću – veštine relaksacije i veštine pune svesnosti.**

Koja je struktura Programa? Program je kombinovanog tipa, odnosno obuhvata i grupni način radioničarskog rada, ali i psihološki rad jedan-na-jedan sa stručnim licem.

Ko vodi Program? Stručnjaci za mentalno zdravlje, odnosno osobe sa zvanjima diplomiranih ili master psihologa ili osobe drugih pomažućih profesija ukoliko su u edukaciji za psihoterapeuta.

Ko su korisnici? Polaznici Programa su odrasle osobe uzrasta od 18 do 65 godina, koji su u nekoj vrsti psihološke krize, uključujući i krize povezane sa stresorima doživljenim usled pandemije koronavirusa.



Gde se Program sprovodio? U dve jedinice lokalne samouprave: Rumi i Kosjeriću.

Program u brojevima:

U toku 2 ciklusa sprovođenja Programa, ukupno je sprovedeno:

- 56 grupnih aktivnosti
- 147 individualnih susreta
- sa 87 odraslih osoba

GRUPNI RAD

Grupne radionice su fokusirane na sticanje veština koje korisnici mogu da primenjuju u svakodnevnom životu, i to veštine relaksacije, pune svesnosti i rešavanja problema, čija je efikasnost snažno empirijski potkrepljena i pokazuje se da imaju odlične rezultate kod prevazilaženja anksioznosti, stresa i simptoma depresije (Hofmann & Gómez, 2017, Manzoni et al., 2008, Xiao et al., 2020).

Grupni rad je organizovan u vidu radionica sa 4-8 učesnika, a predviđeno je održavanje jednom nedeljno u trajanju od 8 nedelja. Svaka grupna radionica traje ukupno 60 minuta.

Kako bi se pospešilo uspešno usvajanje novih veština, na svakoj radionici se prvih 10-15 minuta posvećuje razgovoru o tehnikama naučenim na prethodnom susretu. Grupne aktivnosti Programa psihosocijalne podrške za osobe u krizi imale su sledeću strukturu po susretima:

1. Uvodni susret i uvežbavanje tehnika relaksacije

Korisnici uče dve tehnike relaksacije, sa ciljem smanjenja opšte napetosti: tehniku disanja i tehniku vizualizacije sigurnog mesta.

2. Uvežbavanje tehnika progresivne mišićne relaksacije

Ponovo, cilj jeste sticanje veština za samopomoć i smanjenje napetosti koje su primenjive u svakodnevnom životu.

3. Uvežbavanje tehnika pune svesnosti

Naglasak se stavlja na dve tehnike pune svesnost: tehniku skeniranja tela i tehniku brojanja udisaja, kako bi se pažnja preusmerila na sadašnji trenutak, a ne na buduće pretnje ili gubitke iz prošlosti.

4. Veština rešavanja problema: definisanje problema i proizvodnja različitih rešenja

Stručni radnik predstavlja osnovne elemente procesa definisanja problema i ohrabruje učesnike da iskoriste grupni rad za rešavanje svojih aktuelnih problema sa kojima se suočavaju.

5. Veština rešavanja problema: pružanje međusobne podrške

Korisnici sa grupom dele odluku koju su doneli kao odgovor na problem podeljen na prethodnom susretu, ali i proces donošenja odluke, prednosti i mane odluke, svoja osećanja u tom procesu. Cilj je proizvesti toplu i podržavajuću atmosferu kako bi se svaka osoba podržala u pravljanju plana kako da sprovede donetu odluku.

6. Veština rešavanja problema: realizacija plana

Korisnici međusobno dele planove akcije koje su osmislili, ali i sopstvena prethodna iskustva koja mogu biti baza za novo učenje. Cilj jeste osnažiti korisnike da sprovedu svoj plan u delo i da održe motivaciju.

7. Veština rešavanja problema: praćenje napretka

Učesnici dele svoja pozitivna i negativna iskustva od kada su počeli da odluke sprovode u delo, u ohrabrujućoj i empatičnoj atmosferi. Oni diskutuju i razmenjuju savete, sugestije i iskustva.

8. Završni susret: slobodna diskusija i rekapitulacija naučenog

Važan dodatan fokus završnog susreta jesu i planovi za budućnost, kako bi se Program završio u proaktivnom tonu.

INDIVIDUALNI RAD

Svaki korisnik imao je priliku da jednom nedeljno ide na individualni savetodavni rad sa stručnim licem. Sam rad se bazirao na opšteprihvaćenim postulatima savetodavnog rada, uz praćenje određene strukture kako bi u fokusu bilo prevazilaženje aktuelne psihološke krize.

U situacijama krize, ljudi često podnose veliki pritisak i preopterećeni su mnogobrojnim zadacima koji se pred njih postavljaju, što može dovesti do mnogobrojnih teškoća od koji je jedna i kognitivno preopterećenje. S tim u vezi, često je korisno ponuditi korisnicima programa alate za prevazilaženje ove barijere u rešavanju problema, kao što su, između ostalih, eksternalizacija informacija, pojednostavljenje problema i vizualizacija u cilju rešavanja problema.

Ko su naši ispitanici?

U istraživanju je učestvovalo ukupno 85 osoba, i to:

- 51 njih je bilo eksperimentalna grupa, odnosno prošli su kroz Program (prosečan uzrast je 42 godina; 6% muškaraca)
- 34 njih je bilo kontrolna grupa, odnosno nisu prošli kroz Program (prosečan uzrast je 45 godina; 9% muškaraca)

U eksperimentalnoj grupi, ukupan broj sesija Programa koje su ispitanici pohađali (i individualnih i grupnih) kreće se između 2 i 15.

Velika većina naših ispitanika (bilo iz eksperimentalne, bilo iz kontrolne grupe) nikada u toku života nije koristila psihijatrijske usluge (91%), niti neke druge usluge usmerene na mentalno zdravlje (94%). Od onih koji su bili korisnici nekih usluga za mentalno zdravlje, datu uslugu su koristili između jednog i 12 meseci, a uslugom su bili pretežno zadovoljni. Globalno gledano, većina ispitanika ima partnera – ili je u vezi (8%) ili u braku/vanbračnoj zajednici (64%), dok ostatak nema partnera, jednim delom zbog razvoda (5%) ili udovaštva (7%). Otprilike 4 od 10 ispitanika su srednje stručne spreme (39%), dok je određen broj ispitanika završilo višu školu (6%), fakultet (22%) ili post-diplomske studije (14%). Dodatno, 12% uzorka su studenti osnovnih ili master studija, dok ostatak ispitanika ima samo osnovno obrazovanje. Otprilike svaka treća osoba (35%) ima neku hroničnu zdravstvenu tegobu, najčešće su to kardiovaskularne i lokomotorne tegobe (tj. problemi sa mišićima i kostima). Za kraj, ispitanici su najčešće relativno visokog socio-ekonomskog statusa, odnosno najčešće oni mogu sebi da priušte letovanje ili zimovanje, ali ne i luksuznije poklone (55% ispitanika). Ipak, svaka peta osoba ne može sebi da priušti iznenaodne veće troškove poput popravke bele tehnike.

Ispitanici iz dve grupe se nisu značajno razlikovali prema socio-demografskim odlikama (npr. nivo obrazovanja). Ipak, eksperimentalna grupa je pre pohađanja Programa imala niže rezultate na merama mentalnog zdravlja u odnosu na kontrolnu grupu – nižu psihološku dobrobit i niži kvalitet života, dok su postojale razlike na nivou trenda koje su ukazivale i na nižu nadu i veću anksioznost. Ovi rezultati ne iznenađuju s obzirom na to da su se za Program prijavile osobe koje se aktuelno nose sa nekom vrstom psihološke krize⁴.

⁴ S obzirom na manjak resursa, iz etičkih razloga (odn. kako se nikom ne bi uskratilo tretman), kontrolnu grupu su činile osobe koje *nisu izrazile želju* da pohađaju u Program.

94%

nikada ranije u životu nije koristio/la usluge usmerene **na mentalno zdravlje**

42%

više ili visoko obrazovani

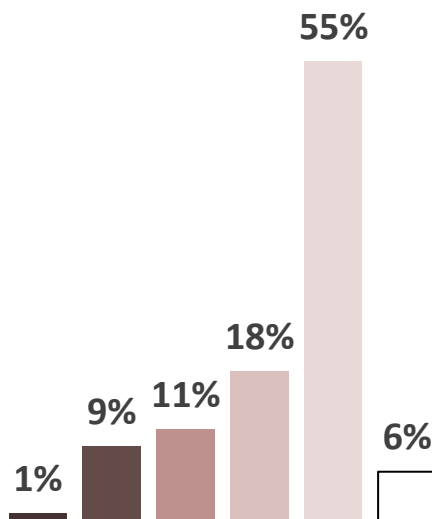
36%

nema partnera

35%

ima neku **hroničnu zdravstvenu tegobu**

- Ne mogu da priuštiti sebi ni osnovne stvari (hranu i mesečne račune)
- Mogu da priuštiti sebi hranu i plaćanje mesečnih računa, ali ne i odeću
- Mogu da priuštiti sebi odeću, ali ne i iznenadne veće troškove poput popravke bele tehnike
- Mogu da priuštiti sebi iznenadne troškove, ali ne letovanja ili zimovanja
- Mogu da priuštiti sebi letovanja ili zimovanja, ali ne i luksuznije poklone
- Mogu da priuštiti sebi sve što poželim



Grafikon 11. Procena ispitanika o njihovom finansijskom statusu

Rezultati

Kako su se ispitanici osećali pre nego što su došli na Program?

Depresija

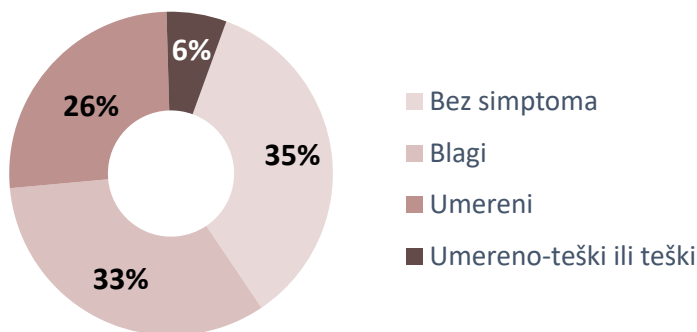
Ključni pokazatelji depresije su osećaj praznine, neraspoloženje, smanjeno interesovanje za svet oko sebe. Dodatno, osoba ispoljava snižen nivo energije, povećan umor i teškoće u koncentraciji, negativno razmišljanje o sebi i osećaj krivice.

Procena mentalnog zdravlja je pokazala da je 65% ispitanika imalo povišene simptome depresije, što je otprilike 6 od 10 osoba iz uzorka.



Ispitanici su najčešće imali blage simptome, kao što je to prikazano na Grafikonu 12.

Grafikon 12. Depresija



Dodatne analize pokazuju da je najčešći depresivni simptom osećanje smanjenog interesovanja ili zadovoljstva za obavljanje poslova ili za različite događaje (80%*), umor, brzo zamaranje ili odsustvo energije (75%), smanjenje ili pojačanje apetita (73%), kao i osećaj praznine, neraspoloženja i beznadežnosti (67%).

*Procenat osoba koji su imali datu tegobu u prethodne dve nedelje, između učestalosti od nekoliko dana, pa do svakodnevnog iskustva tegobe.

Anksioznost

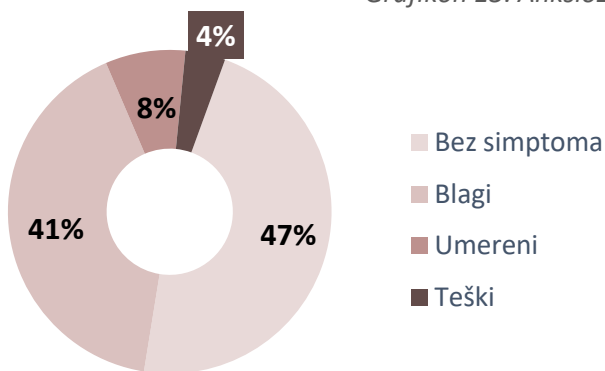
Anksioznost je krovni termin za psihološke teškoće koje karakteriše neprijatno stanje stalnog iščekivanja negativnih ishoda događaja u budućnosti. To osećanje je praćeno strahom, strepnjom, nervozom i brigom, a ova osećanja se često doživljavaju kao nešto što ne može da se kontroliše. Pokazatelji anksioznosti su i različiti fizički simptomi, poput otežanog disanja ili znojenja.

Procena mentalnog zdravlja je pokazala da 53% ispitanika imalo povišene simptome anksioznosti, što je oko 5 od 10 osoba iz uzorka.



Ipak, najčešće su ispitanici imali blage simptome, kao što je to prikazano na Grafikonu 13.

Grafikon 13. Anksioznost



Dotadne analize pokazuju da je najčešći simptom anksioznosti kod ispitanika preterana briga o različitim stvarima (77%*), osećaj nervoze i osećanja osobe da je „na ivici“ (65%), kao i osećaj osobe da ne može da prestane da brine ili da njegova/njena briga nije u dometu kontrole osobe (63%).

*Procenat osoba koji su imali datu tegobu u prethodne dve nedelje, između učestalosti od nekoliko dana, pa do svakodnevnog iskustva tegobe.

Psihološka dobrobit

Psihološka dobrobit osobe govori o tome u kojoj meri osoba ima subjektivno iskustvo prijatnih emocija (eng. wellbeing), što se najčešće manifestuje kroz osećanje smirenosti, dobrog raspoloženja, vedrine, energičnosti, svežine i opuštenosti.

U Tabeli 3 su prikazana prijatna osećanja koja su indikatori psihološke dobrobiti. Takođe, prikazan je postotak osoba iz uzorka koji su naznačili da relativno učestalo imaju iskustvo opisano u tvrdnji.

Tabela 3. Psihološka dobrobit, % osoba koje su dale odgovor da su se u protekle 2 nedelje imale dato iskustvo više od polovine vremena.

Osećao/la sam se veselo i dobro raspoloženo	55%
Osećao/la sam se smireno i opušteno	49%
Osećao/la sam se aktivno i energično	43%
Budio/la sam se svež/a i odmoran/na	45%
Moj svakodnevni život je ispunjen stvarima koje me interesuju	47%

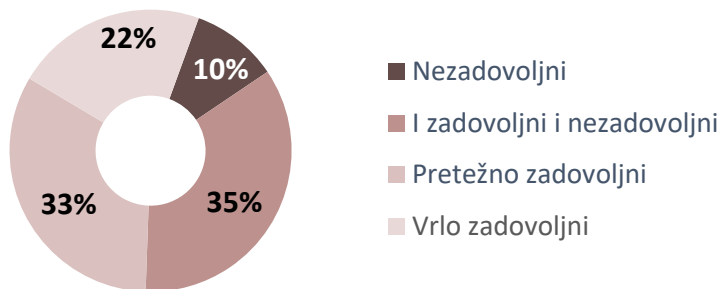
Pregledom Tabele može se uočiti da tek svaka druga osoba iz uzorka ima učestala prijatna osećanja, koja su pokazatelj psihološke dobrobiti. Ovi rezultati ne iznenađuju ukoliko uzmemo u obzir to da su ispitivane osobe one koje se nalaze u psihološkoj krizi. Ipak, psihološka dobrobit jeste važan resurs koji osobama pomaže da prevaziđu teškoće na koje nailaze, poput onih koje su vezane za pandemiju koronavirusa i druge životne krize. S tim u vezi, ovi rezultati pokazuju da, uprkos iskustvu psihološke krize, ispitanici ipak imaju relativno očuvane pozitivne psihološke kapacitete na koje mogu da se oslone u situacijama krize.

Kvalitet života

Kvalitet života može se posmatrati kao globalno zadovoljstvo osobe svojim životom u trenutku ispitivanja, ali se može ispitivati i zadovoljstvo određenim specifičnim aspektima života (npr. poslom). Kvalitet života, naravno, zavisi od mnogih faktora, pa i od objektivnih i ekonomskih uslova života osobe. Ipak, pretpostavka je da se poboljšanjem mentalnog zdravlja osobe može poboljšati i njen doživljaj kvaliteta života.

Na Grafikonu 14 predstavljeno je opšte zadovoljstvo ispitanika. Pregledom Grafikona može se primetiti da je većina ispitanika zadovoljna svojim životom, što predstavlja izuzetno važnu psihološku bazu. Ipak, svaka deseta osoba nije zadovoljna svojim životom, dok postoji i veliki udeo ispitanika koji su svojim životom i zadovoljni i nezadovoljni. Ovi rezultati pokazuju da ipak postoji i dodatni prostor da se opšti kvalitet života ispitanika dodatno unapredi.

Grafikon 14. Opšte zadovoljstvo životom



Ispitanici su, prosečno gledano, bili umereno zadovoljni svim pojedinačnim aspektima života, ali su se beležile i određene blage razlike između samih oblasti životnog funkcionisanja. Tako, najviše su bili zadovoljni sa ličnom bezbednošću (5.5*), ljudima sa kojima žive (5.3), smeštajem (5.1), porodicom (5.1) i prijateljstvima (5.1). Zatim, svojim seksualnim životom (4.9), fizičkim zdravljem (4.9) i mentalnim zdravljem (4.6), dok su najmanje zadovoljni svojom finansijskom situacijom (4.4), poslom (4.3) i aktivnostima u slobodno vreme (4.0).

*Prikazana je prosečna ocena na skali od 1 (minimalno zadovoljstvo) do 7 (maksimalno).

Osećanje nade

Nada može biti važan resurs u prevazilaženju različitih stresnih situacija sa kojima se susrećemo. Zbog toga, korisno je podsticati osećanje nade kod osoba koje se nalaze u psihološkoj krizi. O nadi uglavnom govorimo kroz dva aspekta, odnosno faktora.

Prvi faktor nade zovemo *osećajem lične efikasnosti*, koja govori o tome da se osoba oseća sposobnom da ostvari cilj koji je sama sebi postavila. Pregledom Tabele 4 možemo primetiti da je ovaj aspekt nade u velikoj meri očuvan kod ispitanika, uprkos iskustvu psihološke krize.

Tabela 4. Osećanje samoeфикаsnosti, % ispitanika koji je odgovorio sa „uglavnom/definitivno da”

Energično sledim svoje ciljeve.	76%
Ostvarujem ciljeve koje sam sebi postavio/la.	80%
Moja prošla iskustva su me dobro pripremila za moju budućnost.	80%
Bio/la sam prilično uspešan/na u životu.	78%

Drugi faktor nade zovemo *razmišljanjem o koracima ka ispunjenju*, koji opisuje osobu koja se nada kao onu koja razmišlja o načinima na koje može da reši neki problem na koji je naišla, ili postigne postavljeni cilj. I ovaj aspekt nade je gotovo u potpunosti očuvan kod naših ispitanika (videti Tabelu 5).

Tabela 5. Koraci ka ispunjenju, % ispitanika koji je odgovorio sa „uglavnom/definitivno da”

Mogu da smislim mnogo načina da se izvucem iz problema.	82%
Postoji mnogo načina da se reši bilo koji problem.	94%
Mogu smisliti mnogo načina da dobijem stvari u životu koje su mi najvažnije.	69%
Čak i kada se drugi obeshrabre, znam da mogu pronaći način za rešavanje problema.	82%

Rezultati

Da li Program unapređuje mentalno zdravlje polaznika?

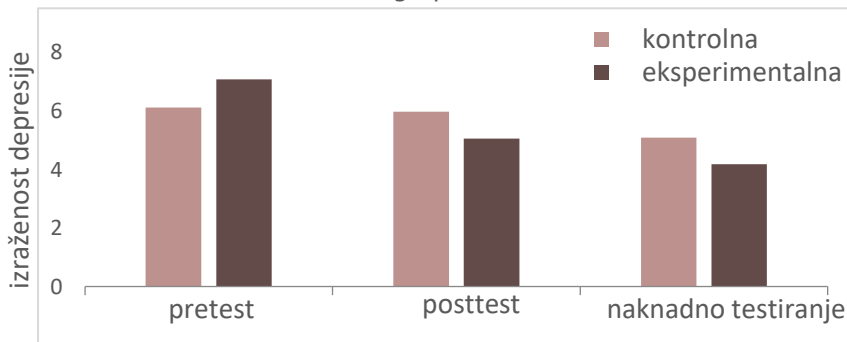
Podsetnik: Kako bismo ispitali da li Program postiže promene koje želimo, poredili smo dve grupe kroz vreme – eksperimentalnu (grupa ljudi koji su pohađali naš Program) i kontrolnu (grupu ljudi koji nisu pohađali nijedan Program). Ukoliko Program „radi“, onda očekujemo značajno veće poboljšanje mentalnog zdravlja u eksperimentalnoj grupi nego što je to slučaj u kontrolnoj grupi ispitanika.

Depresija

Na Grafikonu 15 prikazane su promene u izraženosti depresije kroz vreme, za eksperimentalnu i kontrolnu grupu. Naknadne analize potvrđuju jasan pad u izraženosti depresije između pretesta (pre Programa) i posttesta (nakon završetka Programa) u eksperimentalnoj grupi, dok se taj pad ne registruje u kontrolnoj grupi. S druge strane, pad u nivou depresije između posttesta i naknadnog merenja je vrlo sličan i u eksperimentalnoj i u kontrolnoj grupi, iako bi se očekivalo da je pad veći u slučaju eksperimentalne grupe.

Ovo znači da Program **utiče na smanjenje depresije** kod korisnika Programa. Takođe, ovo znači da, iako na naknadnom merenju depresija ostaje snižena (tj. ne vraća se na nivo pre pohađanja Programa), nemamo sve dokaze da tvrdimo da je to isključivo efekat Programa, s obzirom na to da se slična promena dešava i sa kontrolnom grupom koja nikada nije pohađala Program. **Dakle, potvrđeno je da Program smanjuje depresiju, ali je još uvek nejasno da li on ima dugoročno dejstvo.**

Grafikon 15. Promene u depresiji u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi

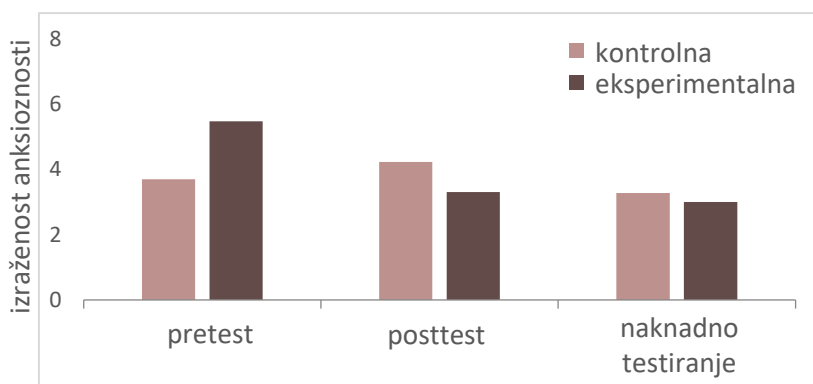


Anksioznost

Na Grafikonu 16 prikazane su promene u izraženosti anksioznosti kroz vreme, za eksperimentanu i kontrolnu grupu. Kao i u slučaju depresije, i kod anksioznosti statističke analize potvrđuju pad u izraženosti anksioznih simptoma između pretesta (pre Programa) i posttesta (odmah nakon Programa) u eksperimentalnoj grupi, dok se taj pad ne registruje u kontrolnoj grupi. Ipak, u eksperimentalnoj grupi se ne beleži dalji pad u nivou anksioznosti između posttesta i naknadnog merenja, dok se u kontrolnoj grupi spontano dogodio pad u anksioznosti između posttesta i naknadnog testiranja, iako ispitanici iz kontrolne grupe nisu pohađali nikakvu intervenciju u oblasti mentalnog zdravlja.

Ovo znači da Program **utiče na smanjenje anksioznosti** kod korisnika Programa. Takođe, iako na naknadnom merenju anksioznost ostaje snižena (tj. ne vraća se na nivo pre pohađanja Programa), nemamo sve dokaze da tvrdimo da je to isključivo efekat Programa, s obzirom na to da se spontana promena u anksioznosti dešava i sa kontrolnom grupom koja nikada nije pohađala Program. **Dakle, potvrđeno je da Program deluje u smeru smanjenja anksioznosti, ali je još uvek nejasno da li on ima dugoročno dejstvo.**

Grafikon 16. Promene u anksioznosti u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi

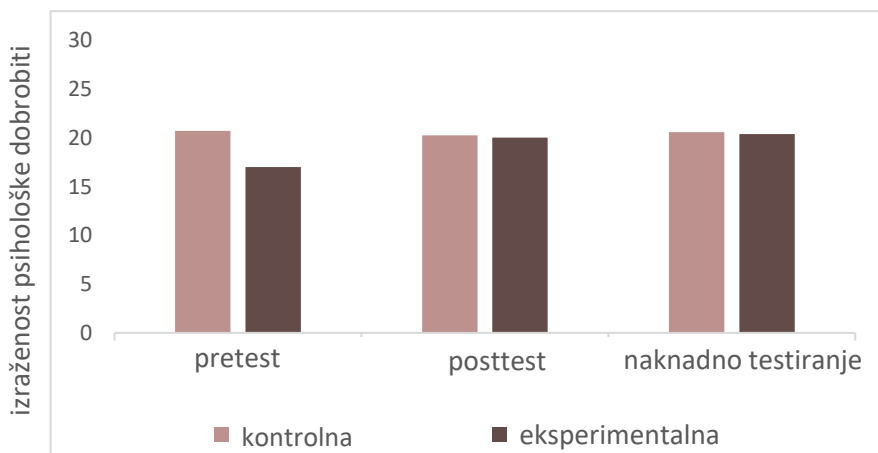


Psihološka dobrobit

Na Grafikonu 17 prikazane su promene u psihološkoj dobrobiti kroz vreme, za eksperimentanu i kontrolnu grupu. Naknadnim analizama pokazuje se da na posttestu, kao i na naknadnom testiranju postoji blaga, ali značajna razlika u psihološkoj dobrobiti koja ukazuje na veću dobrobit u kontrolnoj grupi.

S obzirom na to da je postojala značajna razlika u psihološkoj dobrobiti na pretestu (pri čemu je eksperimentalna grupa imala nižu dobrobit), sproveli smo i dodatne analize kako bismo imali obuhvatniji pogled na odnose između grupa. Preciznije, merili smo razliku između dve grupe prema intenzitetu promene (pada/porasta) između merenja. Rezultati ove analize pokazuju da je porast u psihološkoj dobrobiti između pretesta i posttesta, kao i između pretesta i naknadnog testiranja značajno veći u eksperimentalnoj grupi u odnosu na onaj koji se registruje u kontrolnoj grupi. Ovakav nalaz može biti povezan sa tim što je eksperimentalna grupa imala inicijalno nižu psihološku dobrobit, te je učešće u Programu moglo da doprinese većem poboljšanju nego kod kontrolne grupe. Ipak, neophodno je sprovesti dodatna istraživanja koja bi pružila bolje razumevanje efekata Programa na psihološku dobrobit korisnika, i u ovom trenutku **nema dokaza da Program utiče na povećanje psihološke dobrobiti.**

Grafikon 17. Promene u psihološkoj dobrobiti eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi



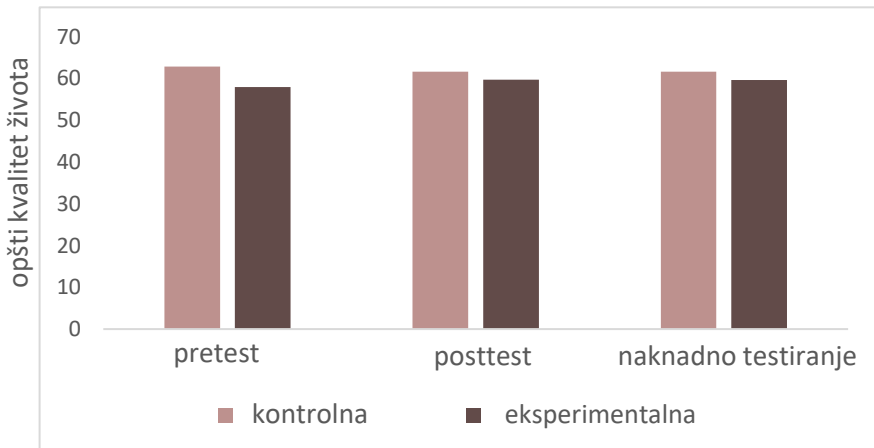
Kvalitet života

Promene u globalnom kvalitetu života, odnosno opštem zadovoljstvu ispitanika prikazane su na Grafikonu 18, za eksperimentalnu i kontrolnu grupu. Statističkim analizama se pokazuje da postoji blaga razlika u kvalitetu života između dve grupe na posttestu i nakadnom merenju, pri čemu veći kvalitet života pokazuju ispitanici iz kontrolne grupe.

Kao i u prethodnom slučaju, na pretestu je postojala značajna razlika u kvalitetu života između grupa, pri čemu je kontrolna grupa imala veći kvalitet života od eksperimentalne. S obzirom na to, i ovom prilikom smo sprovedli dodatne analize u kojima smo merili razlike u intenzitetu pada/porasta kvaliteta života između merenja u dve grupe zasebno. Rezultati ove analize pokazuju da je porast kvaliteta života kroz vreme (između pretesta i posttesta i između pretesta i naknadnog testiranja) značajno veći u slučaju eksperimentalne grupe, nego u slučaju kontrolne grupe.

Ovakvi rezultati dovode do zaključka da za sada **nema dokaza** na osnovu kojih može da se tvrdi da Program povećava kvalitet života. Ipak, s obzirom na kompleksnost rezultata dve analize, potrebno je sprovediti dodatna istraživanja sa ciljem ispitivanja efekata Programa na kvalitet života.

Grafikon 18. Promene u kvalitetu života u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi



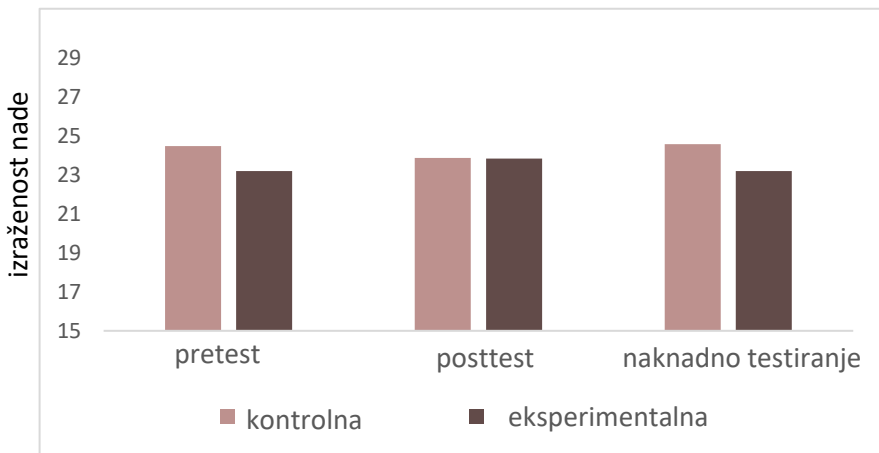
Nada

Promene u osećanju nadanja u dve grupe ispitanika prikazane su na Grafikonu 19. Statističke analize pokazuju da nema značajnih razlika između grupa kroz vreme (ni na posttestu ni na naknadnom merenju).

S druge strane, ono što se takođe može registrovati dodatnim analizama razlika između grupa u intenzitetu pada/porasta nade, jeste to da se u eksperimentalnoj grupi registruje veći porast između pretesta i posttesta nego što je to slučaj sa promenama u kontrolnoj grupi. Ipak, i ove analize pokazuju da povećanje nade u eksperimentalnoj grupi nije trajne prirode, već se gubi mesec dana nakon završetka Programa (na naknadnom merenju).

S obzirom na drugačije rezultate u dve analize, potrebno je sprovesti i dodatna istraživanja koja bi osvetlila efekte Programa na nadanje kod korisnika Programa. Ipak, za sada **nema dokaza da Program utiče na povećanje nadanja.**

Grafik 19. Promene u nadanju u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi



Dakle, rezultati istraživanja ukazali su na to da **Program psihosocijalne podrške za osobe u krizi** utiče na:

- smanjenje izraženosti simptoma depresije,
- smanjenje izraženosti simptoma anksioznosti,

ali da bez dodatnih istraživanja nije jasno da li su njihovi efekti dugoročne prirode.

PROGRAM ZA STARIJE



Mentalno zdravlje starijih osoba

Starenje sa sobom nosi niz promena na koje je potrebno prilagoditi se. Starije osobe, koje se uglavnom definišu kao one uzrasta od 65 godina ili više, češće se suočavaju sa različitim fizičkim tegobama, dok starenje sa sobom nosi i iskustvo stresnih događaja koji mogu biti izazov za adaptaciju, poput penzionisanja ili smrti bliskih osoba.

Starije osobe su dodatno osetljiva kategorija osoba jer često žive sami (uglavnom usled smrti supružnika), imaju problema sa pokretljivošću i drugim zdravstvenim tegobama i često su nižeg socioekonomskog statusa (Dimoski et al., 2023; Massi et al., 2011). Pored toga što su sve ove životne situacije stresne same po sebi, one mogu uticati i na različita emotivna stanja starijih osoba. Na tragu ovoga, nedavne studije pokazale su da, posebno nakon pandemije koronavirusa, raste broj starijih osoba koje pogađa usamljenost – tako, na primer, u jednoj studiji je 79% starijih osoba izvestilo o tome da je bar umereno usamljeno, od čega je 18% bilo izuzetno usamljeno (Keck, 2022). Očekivano, usamljenije su bile one osobe koje imaju manji broj bliskih odnosa, koje imaju manje prijatelja sa kojima bi se angažovali u različitim društvenim aktivnostima, ali i one osobe koje nemaju podršku u obavljanju svakodnevnih poslova u kući (npr. pripremanje obroka) (Keck, 2022).

Ovakva osećanja usamljenosti i odsustva podrške bliskih osoba mogu dovesti i do drugih neprijatnih stanja kao što su negativne misli, nisko samovrednovanje i nemogućnost da se negativne misli kontrolišu (McDonald et al., 2022; Santini et al., 2020). Dalje, ona mogu naknadno povećati tendenciju ka ispoljavanju depresije i anksioznosti (McDonald et al., 2022; Santini et al., 2020).

S tim u vezi, ne čudi to da veliki broj istraživanja, pa i onih sprovedenih u Srbiji, pokazuje da se osobe iz starijih uzrasnih kategorija često bore sa problemima sa mentalnim zdravljem (Dimoski et al., 2023; Urošević et al., 2015; Vračević, 2016).

S tim u vezi, istraživanje koje je sproveo PIN u saradnji sa Crvenim krstom Srbije (Dimoski et al., 2023) pokazalo je da svaka treća starija osoba (ukupno 32%) ima simptome depresije. Od toga, čak 10% njih je pokazivalo teške simptome. Ovi rezultati pokazuju da je bar svakoj trećoj starijoj osobi potreban neki vid psihosocijalne podrške.

Istraživanje takođe osvetljava i faktore koji pospešuju depresiju u starijem dobu (takozvani *faktori rizika*), ili koji, s druge strane, pomažu oporavku (takozvani *zaštitni faktori*).

Istaknuti faktori rizika su (Dimoski et al., 2023):

- Neadekvatno suočavanje sa stresom, odnosno osećaj opšte preplavljenosti i nedostataka kapaciteta za borbu sa stresorom koji se dogodio.
- Neadaptivan oblik vezanosti za druge osobe, odnosno situacija u kojoj starija osoba ima veliku želju za bliskim odnosima uz istovremeni strah da će u tom odnosu biti odbačena, nepoštovana i da joj ljubav neće biti uzvraćena u istoj meri.
- Niži finansijski status koji ne samo da predstavlja dugoročni stresor sam po sebi, već sprečava ljude kojima je pomoć potrebna da tu pomoć i potraže (Živanović et al., 2022).

Istaknuti zaštitni faktori su (Dimoski et al., 2023):

- Veća socijalna podrška od strane bliskih osoba, koja podrazumeva autentične i tople odnose pune razumevanja.
- Veće osećanje smisla života, koje može biti posebno važno u situacijama većih promena u životima starijih osoba (npr. gubitak supružnika) kada starija osoba treba da pronađe nove izvore smisla.

Dakle, i prethodna istraživanja pokazuju da je neophodno raditi na aktivnostima koje mogu preduprediti probleme sa mentalnim zdravljem u starijem dobu. Dodatno, na osnovu zaštitnih i faktora rizika pokazalo se da je potrebno sa starijim osobama raditi na strategijama suočavanja sa stresom, na zdravim odnosima sa drugim osobama, ali i na pokušaju pridavanja smisla svom prethodnom životu, a samim tim i budućnosti. Rezultati su takođe pokazali da je važno negovati i grupni rad sa korisnicima (zbog smanjenja usamljenosti), ali omogućiti i individualni rad kako bi se ciljale i korenitije i intimnije odlike starijih, poput oblika vezanosti za druge. Za kraj, još jednom je demonstrirano to da je neophodno omogućiti besplatne usluge, kako osobe nižeg finansijskog statusa ne bi bile izostavljene.

Opis programa

Program psihosocijalne podrške je preuzet i adaptiran na osnovu publikacije o zdravom starenju (Gruppen & Knevel, 2016).

Koji je cilj Programa psihosocijalne podrške za starije osobe?

- **Prevenција usamljenosti i depresije.**
- **Jačanje kapaciteta korisnika** – samopouzdanja, autonomije, psihološke otpornosti, nade za budućnost i osećanja smisla života, ali i jačanje socijalnih veza. Poseban fokus je na veštinama zdravog rešavanja problema.
- Motivisanje korisnika da zauzmu **aktivan stav** po pitanju svog mentalnog zdravlja.

Koja je struktura Programa? Program je kombinovanog tipa, odnosno obuhvata i grupni način radioničarskog rada, ali i psihološki rad jedan-na-jedan sa stručnim licem.

Ko vodi Program? Stručnjaci za mentalno zdravlje, odnosno osobe sa zvanjima diplomiranih ili master psihologa ili osobe drugih pomažućih profesija ukoliko su u edukaciji za psihoterapeuta.

Ko su korisnici? Iako je primarno usmerenje Programa na starijim osobama (65+ godina), uzrasna granica korisnika je spuštена na 55 godina, kako bi se obuhvatile i osobe srednjih godina koje su u potrebi.



Gde se Program sprovodio? U tri jedinice lokalne samouprave: Šidu, Sremskoj Mitrovici i Loznici.

Program u brojevima:

U toku 2 ciklusa sprovođenja Programa, ukupno je sprovedeno:

- 42 grupne aktivnosti
- 183 individualna susreta
- sa 123 starije osobe

GRUPNI RAD

Grupni rad je organizovan u vidu radionica sa po 6 učesnika, a predviđeno je održavanje jednom nedeljno u trajanju od 10 nedelja. Svaka grupna radionica traje ukupno 90 minuta.

Sastavni deo Programa jesu i „domaći zadaci“ koji se rade između pojedinačnih susreta, a putem kojih se starija osoba motiviše da stekne zdrave navike i zauzme aktivan stav po pitanju svog mentalnog zdravlja.

Grupne aktivnosti Programa psihosocijalne podrške za starije osobe imale su sledeću strukturu po susretima:

1. Uvodni susret: upoznavanje korisnika međusobno uz jačanje odnosa unutar grupe
2. Starenje i samopouzdanje

Važne teme jesu to kako je starenje promenilo način na koji vide sebe, ali i način na koji ih njihovo okruženje sada doživljava. Naglasak je na izdvajanju pozitivnih aspekata starenja, ali i na učenju otvorene i asertivne komunikacije o tome šta su njihove potrebe u starijem dobu.

3. i 4. susret. Usamljenost

S obzirom na to da je usamljenost jedan od najvećih izazova u starijem dobu, ovoj temi su posvećene dve radionice. Ovoj temi se prilazi na nekoliko načina: diskusijom o razumevanju usamljenosti i ličnim iskustvima sa njom; kreativnim radom (vizuelnim predstavljanjem umetnosti); proaktivnim pristupom – iznalaženje rešenja za one delove usamljenosti na koje je moguće uticati.

5. Društveno okruženje: ljudi oko nas

Ovaj susret se vezuje za razmatranje i osveščivanje toga kakva mreža podrške može da se nađe u okruženju i zajednici svakog od korisnika programa. Osveščuju se njihova učestala pogrešna uverenja o tome da nemaju kome da se obrate i razmatra zašto je do takvih uverenja došlo.

6. i 7. susret. Depresija

Depresija je najčešća psihička teškoća u starijem dobu, i zbog toga je bila tema dve uzastopne radionice. Radionica je mahom psihoedukativne prirode, odnosno korisnici se upoznaju sa time šta je depresija, kako mogu da je prepoznaju, koje su mere samopomoći a kada je potrebno obratiti se stručnom licu, kome da se u tom slučaju obrate i slično. Korisnici Programa dele svoja iskustva u tome šta im je bilo korisno u borbi sa ovakvim osećanjima.

8. Prošlost i budućnost

Korisnici programa se u vođenom razgovoru osvrću na svoje mentalno zdravlje u kontekstu svoje prošlosti i razgovaraju o tome kako gledaju na svoju budućnost. Cilj radionice jeste učenje na osnovu iskustava, povećanje osećaja kontrole nad svojim zdravljem, ali i povećanje smisla života.

9. Budućnost i nada

U fokusu su koncepti nade i zdravog i ispunjenog starenja. Naglašava se da je važno da i u poznijim godinama osobe imaju ciljeve, želje i da se raduju budućnosti, a potom diskutuju o tome koje su to želje i težnje svakog od korisnika programa i kako bi se mogle ostvariti.

10. Završni susret

Ključna aktivnost je diskusija o svemu što su naučili i iskusili tokom učešća u Programu i tome kako naučeno mogu da primenjuju u svakodnevnim situacijama. Važan aspekt diskusije jeste i razgovor o odnosima koje su članovi grupe međusobno ostvarili.

INDIVIDUALNI RAD

Svaki korisnik programa imao je priliku da jednom nedeljno pohađa individualni savetodavni rad sa stručnim licem. Sam rad se bazira na opšteprihvaćenim postulatima, uz praćenje smernica specifično za rad sa starijim osobama. Tako, u radu sa starijim osobama je uvek dobro osvrutati se na njihovo direktno ili indirektno prethodno iskustvo iz kog oni najbolje uče - na primer, na načine kako su ranije rešavali slične vrste problema. Dodatno, preporučuje se (Cuijpers et al., 2018) rad na učenju veština rešavanja problema tako da ih aktivno uključuje u razmišljanje i diskutovanje o tome kako se određene poteškoće mogu prevazići. Za kraj, stručno lice, kada je to prikladno, treba da podstiče korisnika programa da se upusti u različite aktivnosti koje bi mogle doprineti da se oseća bolje. Cilj nije podsticanje na što više aktivnosti, već bavljenje onim aktivnostima koje prijaju. Kod nekih, aktivnosti mogu biti i „male pobede” poput telefonskog poziva prijatelju ili odlazak u prodavnicu.

Ko su naši ispitanici?

U istraživanju je učestvovala ukupno 61 osoba, i to:

- 30 njih je bilo eksperimentalna grupa, odnosno prošli su kroz Program (prosečan uzrast je 72 godine; 20% muškaraca)
- 31 njih je bilo kontrolna grupa, odnosno nisu prošli kroz Program (prosečan uzrast je 71 godina; 42% muškaraca)

U eksperimentalnoj grupi, ukupan broj sesija Programa koje su ispitanici pohađali (i individualnih i grupnih) kreće se između 2 i 15 sesija. Zanimljiv podatak jeste da niko od naših ispitanika (bilo iz eksperimentalne, bilo iz kontrolne grupe) nikada u toku svog života nije bio korisnik neke od psihijatrijskih usluga niti usluga usmerenih na mentalno zdravlje.

Najviši nivo obrazovanja ispitanika je najčešće završena srednja škola (61%), a zatim završena osnovna škola (26%). Otprilike 10% ispitanika ima završeno više ili visoko obrazovanje, dok 3% nije formalno obrazovano. Dodatno, ispitanici većinom nemaju partnera – najčešće su udovci ili udovice (38%), zatim razvedeni (13%) ili samci (13%). Ostatak ispitanika ima partnera, većinom su to osobe braku/vanbračnoj zajednici (29%), ili osobe koje su u romantičnoj vezi (7%). Gotovo svi ispitanici imaju bar jednu hroničnu zdravstvenu tegobu (95%), i to najčešće kardio-vaskularne (40%) ili lokomotorne (tj. probleme sa mišićima ili kostima, 36%). Za kraj, ispitanici su globalno bili nižeg socio-ekonomskog statusa. Na primer, 30% ispitanika ne može sebi da priušti kupovinu odeće, dok gotovo nijedna starija osoba (95%) ne može sebi da priušti letovanje ili zimovanje. S druge strane, primećuje se da nijedan ispitanik ne pripada niti najnižoj socioekonomskoj kategoriji (ne može da priušti sebi osnovne potrebe), ali ni najvišoj socio-ekonomskoj kategoriji (može da priušti sebi sve što poželi).

Za kraj, važno je napomenuti da između eksperimentalne i kontrolne grupe na pretestu nisu postojale razlike u socio-demografskim odlikama (npr. nivo obrazovanja), dok su grupe bile u potpunosti ujednačene i prema očuvanosti mentalnog zdravlja – odnosno nije bilo razlike u depresiji, anksioznosti, psihološkoj dobrobiti, kvalitetu života, niti usamljenosti na pretestu.

100%

ispitanika **nikada** ranije u životu nije koristio/la usluge usmerene na **mentalno zdravlje**

10%

više ili visoko obrazovani

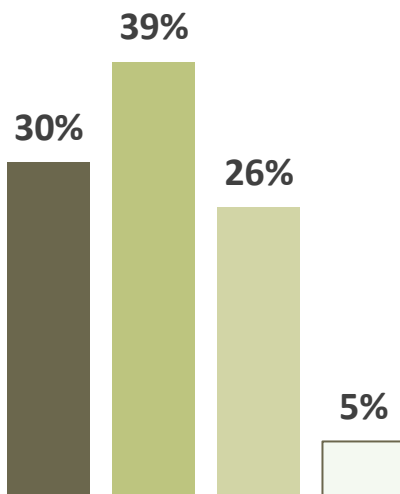
64%

nema partnera

95%

ima neku **hroničnu zdravstvenu tegobu**

- Mogu da priuštim sebi hranu i plaćanje mesečnih računa, ali ne i odeću
- Mogu da priuštim sebi odeću, ali ne i iznenadne veće troškove poput popravke bele tehnike
- Mogu da priuštim sebi iznenadne troškove, ali ne letovanja ili zimovanja
- Mogu da priuštim sebi letovanja ili zimovanja, ali ne i luksuznije poklone



Grafikon 20. Procena ispitanika o njihovom finansijskom statusu

Rezultati

Kako su se stariji osećali pre nego što su došli na Program?

Depresija

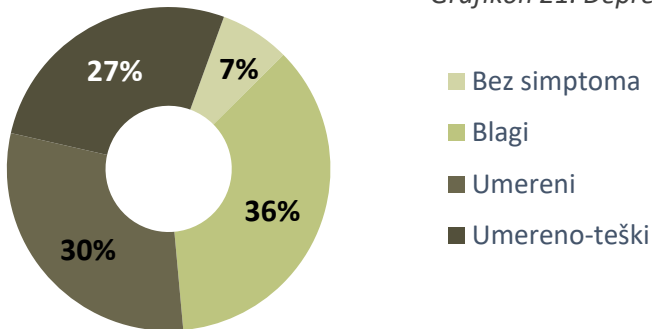
Ključni pokazatelji depresije su osećaj praznine, neraspoloženje, smanjeno interesovanje za svet oko sebe. Dodatno, osoba ispoljava snižen nivo energije, povećan umor i teškoće u koncentraciji, negativno razmišljanje o sebi i osećaj krivice.

Procena mentalnog zdravlja je pokazala da je čak 93% starijih osoba imalo povišene simptome depresije, što je 9 od 10 osoba iz uzorka!



Dodatno, iako veliki udeo čine i blagi simptomi, otprilike 3 od 10 osoba ima iskustvo umereno-teških simptoma. Ipak, nijedna osoba nije kategorizovana kao teško depresivna. Detaljni prikaz se nalazi na Grafikonu 21.

Grafikon 21. Depresija



Dodatne analize pokazuju da je najčešći simptom depresije kod starijih osećanje umora, brzog zamaranja ili odsustva energije (97%*), smanjenog interesovanja ili zadovoljstva za obavljanje poslova ili za različite događaje (87%), kao i osećaj praznine, neraspoloženja i beznadežnosti (87%).

* Procenat osoba koji su imali datu tegobu u prethodne dve nedelje, između učestalosti od nekoliko dana, pa do svakodnevnog iskustva tegobe.

Anksioznost

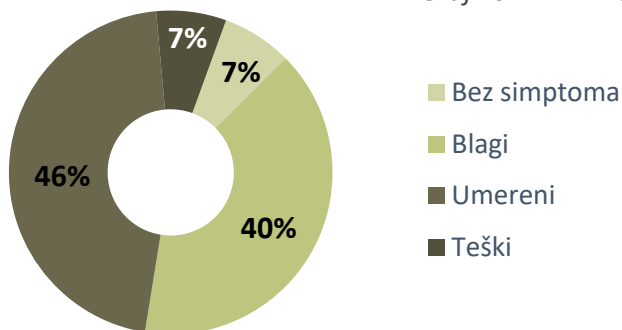
Anksioznost je krovni termin za psihološke teškoće koje karakteriše neprijatno stanje stalnog iščekivanja negativnih ishoda događaja u budućnosti. To osećanje je praćeno strahom, strepnjom, nervozom i brigom, a ova osećanja se često doživljavaju kao nešto što ne može da se kontroliše. Pokazatelji anksioznosti su i različiti fizički simptomi, poput otežanog disanja ili znojenja.

Procena mentalnog zdravlja je pokazala da je 93% ispitanika imalo povišene simptome anksioznosti, što je, kao i u prethodnom slučaju – čak 9 od 10 starijih osoba.



Kao što je to prikazano na Grafikonu 22, najšešće ispitanici imaju umereno izražene simptome, iako su i blago izraženi simptomi vrlo učestali.

Grafikon 22. Anksioznost



Dotadne analize pokazuju da je najčešći simptom anksioznosti kod ispitanika preterana briga o različitim stvarima (93%*), osećaj nervoze i osećanja osobe da je „na ivici” (86%), kao i osećaj osobe da ne može da prestane da brine ili da kontroliše brigu koju oseća (86%).

* Procenat osoba koji su imali datu tegobu u prethodne dve nedelje, između učestalosti od nekoliko dana, pa do svakodnevnog iskustva tegobe.

Psihološka dobrobit

Psihološka dobrobit osobe govori o tome u kojoj meri osoba ima subjektivno iskustvo prijatnih emocija (eng. wellbeing), što se najčešće manifestuje kroz osećanje smirenosti, dobrog raspoloženja, vedrine, energičnosti, svežine i opuštenosti.

U Tabeli 6 su prikazana prijatna osećanja koja su indikatori psihološke dobrobiti, uz postotak osoba iz uzorka koji su naznačili da relativno učestalo imaju iskustvo opisano u tvrdnji.

Tabela 6. Psihološka dobrobit, % osoba koje su dale odgovor da su u protekle 2 nedelje imale dato iskustvo više od polovine vremena.

Osećao/la sam se veselo i dobro raspoloženo	27%
Osećao/la sam se smireno i opušteno	27%
Osećao/la sam se aktivno i energično	34%
Budio/la sam se svež/a i odmoran/na	23%
Moj svakodnevni život je ispunjen stvarima koje me interesuju	27%

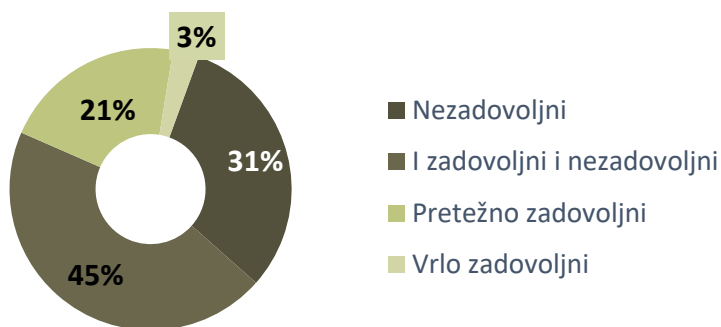
Rezultati prikazani u Tabeli pokazuju da je psihološka dobrobit starijih osoba iz našeg uzorka na relativno nepovoljnom nivou. Naime, okvirno gledano tek svaka četvrta starija osoba ima relativno učestalo iskustvo različitih prijatnih osećanja. S obzirom na značaj psihološke dobrobiti za opšte funkcionisanje starije osobe, važno je paralelno sa smanjenjem psiholoških teškoća (npr. depresije) raditi i na povećanju psihološke dobrobiti.

Kvalitet života

Kvalitet života može se posmatrati kao globalno zadovoljstvo osobe svojim životom u trenutku ispitivanja, ali se može ispitivati i zadovoljstvo određenim specifičnim aspektima života (npr. prijateljima). Kvalitet života, naravno, zavisi od mnogih faktora, pa i od objektivnih i ekonomskih uslova života osobe. Ipak, pretpostavka je da se poboljšanjem mentalnog zdravlja osobe može poboljšati i njen doživljaj kvaliteta života.

Na Grafikonu 23 predstavljeno je opšte zadovoljstvo ispitanika. Pregledom grafikona može se primetiti da je većina ispitanika zadovoljna svojim životom. Ipak, svaka deseta osoba nije zadovoljna svojim životom, dok postoji i veliki udeo ispitanika koji su svojim životom i zadovoljni i nezadovoljni. Ovi rezultati pokazuju da ipak postoji i dodatni prostor da se opšti kvalitet života ispitanika dodatno unapredi.

Grafikon 23. Opšte zadovoljstvo životom



Ispitanici su najviše bili zadovoljni svojim smeštajem (4.9*), zatim mentalnim zdravljem (4.8), odnosima sa porodicom (4.6), ljudima kojima žive (4.4) i svojom ličnom bezbednošću (4.4). Zatim, aktivnostima u svoje slobodno vreme (4.2), svojim fizičkim zdravljem (3.9), prijateljstvima (3.7) i svojim poslom/penzionerskim statusom (3.6). Ispitanici su bili najmanje zadovoljni svojom finansijskom situacijom (3.4) kao i svojim seksualnim životom (2.9).

* Prikazana je prosečna ocena na skali od 1 (minimalno zadovoljstvo) do 7 (maksimalno).

Usamljenost

Usamljenost i socijalna izolacija su vrlo česta osećanja u starijem dobu. Ona obuhvataju osećanja izopštenosti, izolovanosti, odsustva bliskih odnosa sa drugima ili osećanja da drugi ljudi ne dele naša interesovanja i prioritete.

U Tabeli 7 prikazan je deo stavki iz upitnika kojim smo merili usamljenost kod starijih osoba, kao i procenat ispitanika koji su odgovorili da se ponekada ili često osećaju na način opisan tvrdnjama. Rezultati pokazuju da su osećanja usamljenosti i socijalne izolacije relativno česta pojava među starijim osobama.

Tabela 7. Usamljenost, deo stavki i % osoba koje se "ponekad" ili "često" osećaju na način opisan tvrdnjom.

Ljudi su oko mene, ali nisu sa mnom	40%
Izolovanost me čini nesrećnim/om	57%
Ne postoje ljudi koji me zaista razumeju	20%
Niko me zaista ne poznaje dobro	48%
Ne postoje ljudi prema kojima osećam bliskost	23%
Nedostaje mi društvo	70%

Rezultati

Da li Program unapređuje mentalno zdravlje polaznika?

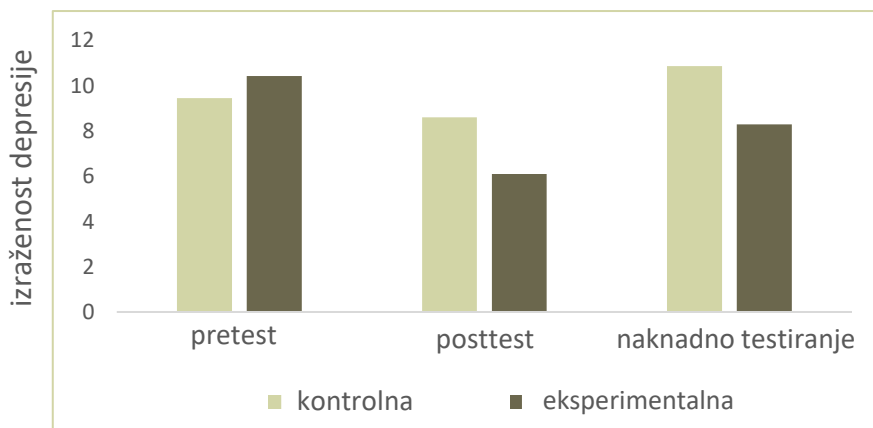
Podsetnik: Kako bismo ispitali da li Program postiže promene koje želimo, poredili smo dve grupe kroz vreme – eksperimentalnu (grupa ljudi koji su pohađali naš Program) i kontrolnu (grupu ljudi koji nisu pohađali nijedan Program). Ukoliko Program „radi“, onda očekujemo značajno veće poboljšanje mentalnog zdravlja u eksperimentalnoj grupi nego što je to slučaj u kontrolnoj grupi ispitanika.

Depresija

Na Grafikonu 24 prikazane su promene u izraženosti depresije kroz vreme, za eksperimentalnu i kontrolnu grupu. Ono što je vidljivo i što statističke analize potvrđuju jeste da dolazi do značajnog pada u izraženosti depresije u eksperimentalnoj grupi u odnosu na kontrolnu grupu neposredno nakon završetka Programa (posttest). Takođe, naknadne analize pokazuju da razlika u izraženosti depresije postoji i na naknadnom testiranju, što znači da i mesec dana nakon što se Program završio, polaznici Programa i dalje imaju nižu depresiju u odnosu na one osobe koje nisu prošle kroz Program.

Ovo znači da Program **utiče na smanjenje depresije** kod korisnika, a takođe i da su **njegovi efekti dugoročni**, odnosno da se održavaju i mesec dana nakon što je Program završen.

Grafikon 24. Promene u depresiji u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi

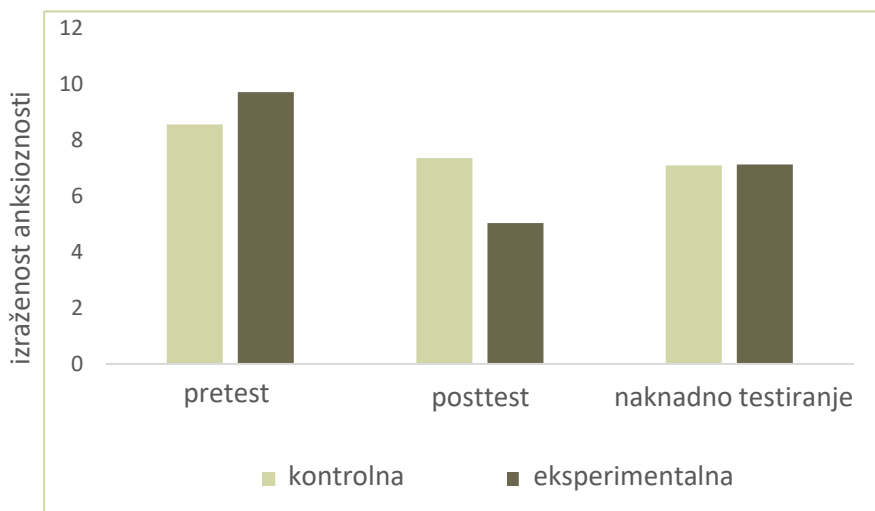


Anksioznost

Na Grafikonu 25 može se videti pregled izraženosti anksioznosti u dve grupe – eksperimentalnoj i kontrolnoj. Ponovo, pregled grafika i naknadne statističke analize pokazuju da dolazi do značajnog pada u izraženosti anksioznosti u eksperimentalnoj grupi u odnosu na kontrolnu grupu neposredno nakon završetka Programa (na posttestu). S druge strane, analize pokazuju i da se date promene ne održavaju i mesec dana nakon završetka Programa (tj. na naknadnom testiranju), kao što se može videti i pregledom grafika.

Ovo znači da Program **utiče na trenutno smanjenje anksioznosti** kod korisnika, ali da **njegovi efekti nisu dugoročni**, odnosno ne održavaju se mesec dana nakon što je Program završen

Grafikon 25. Promene u anksioznosti u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi

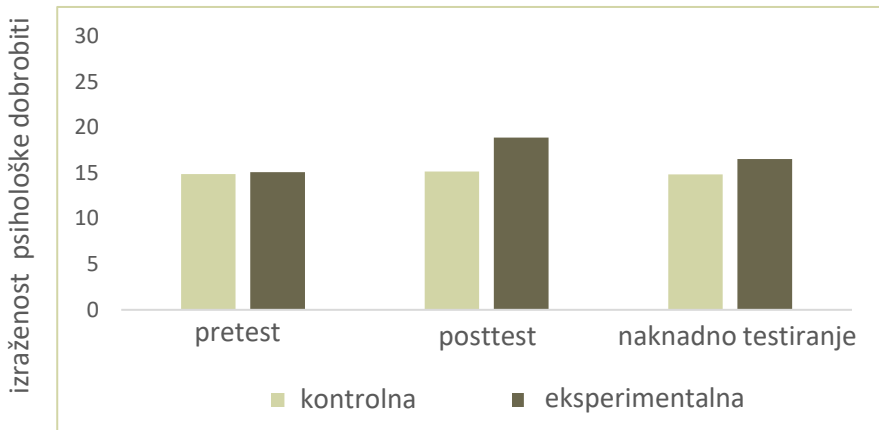


Psihološka dobrobit

Na Grafikonu 26 prikazane su promene u psihološkoj dobrobiti kroz vreme, za eksperimentanu i kontrolnu grupu. Analize pokazuju da kod eksperimentalne grupe dolazi do jasnog porasta izraženosti psihološke dobrobiti na posttestu, dok se takav pad ne dešava u kontrolnoj grupi, što se može primetiti i pregledom grafikona. S druge strane, na naknadnom merenju takve razlike između eksperimentalne i kontrolne grupe više nisu vidljive.

Ovo znači da je jedan od efekata Programa i **porast psihološke dobrobiti** starijih osoba, ali da se taj porast **ne zadržava dugoročno** nakon što Program prestane sa sprovođenjem.

Grafikon 26. Promene u psihološkoj dobrobiti eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi

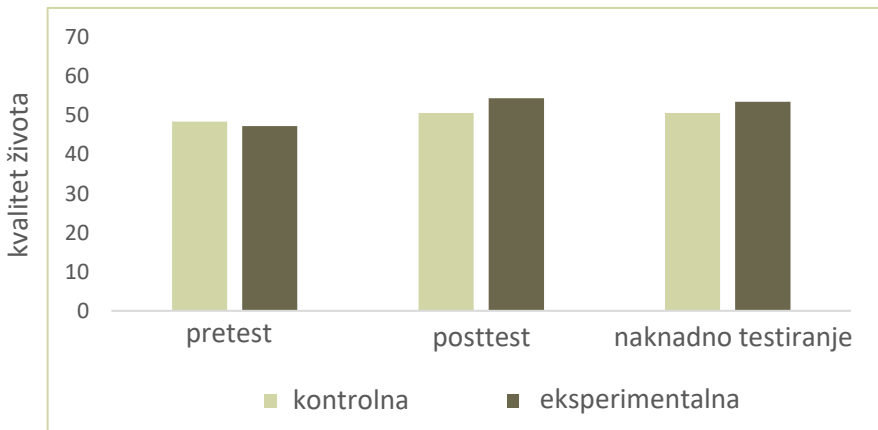


Kvalitet života

Promene u globalnom kvalitetu života prikazane su na grafikonu 27, za eksperimentalnu i kontrolnu grupu zasebno. Analize pokazuju da postoji porast u kvalitetu života kod polaznika Programa (eksperimentalne grupe) odmah nakon što je Program završen (odnosno na posttestu), dok u kontrolnoj grupi nema takvog porasta. Ipak, takođe se pokazuje da se takvo povećanje kvaliteta života ne registruje na naknadnom merenju, odnosno mesec dana nakon što je Program završen.

Ovo znači da Program utiče na **povećanje opšteg kvaliteta života**, ali se ovo povećanje **ne zadržava dugoročno** nakon što je Program završen.

Grafikon 27. Promene u kvalitetu života u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi

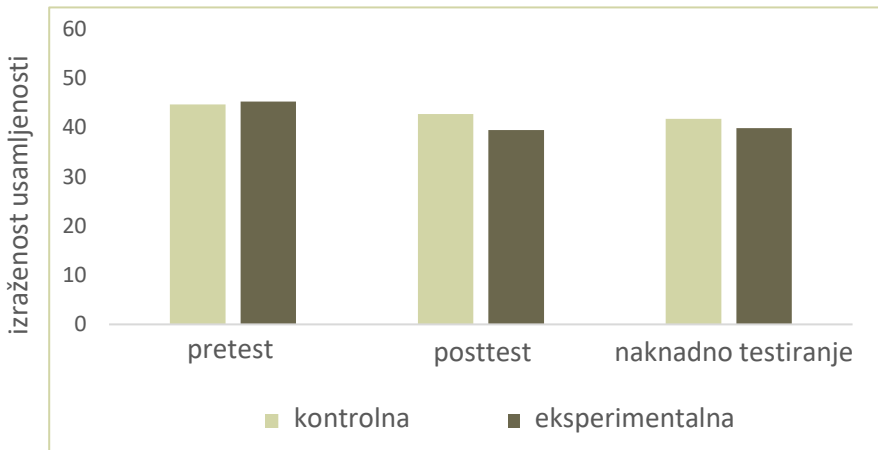


Usamljenost

Na Grafikonu 28 prikazane su promene u usamljenosti kroz vreme, kod eksperimentalne i kontrolne grupe. Analize pokazuju da se registruje pad u usamljenosti kod polaznika Programa (eksperimentalne grupe) odmah nakon što je Program završen (odnosno na posttestu), dok u kontrolnoj grupi nema takvih promena, što može da se primeti i pregledom grafika. S druge strane, na naknadnom merenju, odnosno mesec dana nakon što je Program završen, takve promene se više ne primećuju, odnosno eksperimentalna i kontrolna grupa su se ujednačile prema nivou usamljenosti.

Dakle, rezultati pokazuju da Program utiče na **smanjenje usamljenosti** kod starijih osoba, ali se ove promene **ne zadržavaju dugoročno** nakon što je Program završen.

Grafikon 28. Promene u usamljenosti u eksperimentalnoj i kontrolnoj grupi

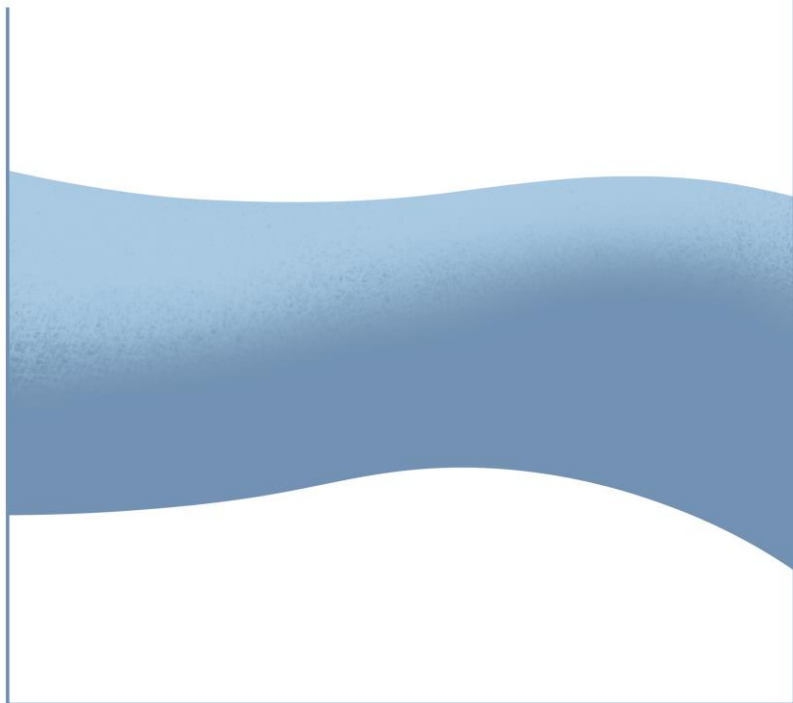


Dakle, naučno je potvrđeno da **Program psihosocijalne podrške za starije osobe** utiče na:

- smanjenje izraženosti simptoma depresije
- smanjenje izraženosti simptoma anksioznosti
- smanjenje osećanja usamljenosti
- povećanje psihološke dobrobiti
- povećanje kvaliteta života

Ipak, pokazano je da je su promene u mentalnom zdravlju dugoročne samo u slučaju depresije, dok se ostale promene ne održavaju dugoročno nakon što je Program završen, što može ukazivati na potrebu za kontinuiranom podrškom, kao i daljim testiranjem efekata Programa različite dužine kako bi se razumelo koja dužina i dinamika učešća u programima psihosocijalne podrške može dovesti do dugoročno održivih pozitivnih efekata na mentalno zdravlje.

ZAKLJUČAK



Inicijalne procene mentalnog zdravlja tri ciljne populacije: mladih, osoba u krizi i starijih osoba pokazuju da su ove prioritetne grupe u velikoj meri psihički ugrožene. Učestalosti depresije i anksioznosti, kao i ostalih psiholoških karakteristika ukazuju na veliku akutnu potrebu za dodatnom psihološkom i psihosocijalnom podrškom.

Iako je registrovana velika potreba za dodatnom podrškom, pokazano je da velika većina ispitanika iz sve tri ciljne populacije nikada u toku svog života nisu koristili usluge usmerene na mentalno zdravlje (npr. psihoterapijske usluge, usluge psihijatrijskog lečenja). Opravdano se može pretpostaviti da su neki od razloga za to nedovoljna dostupnost usluga (Bjekić et al., 2022), velika stigma koja vlada u društvu po pitanju psiholoških teškoća, odsustvo finansija kojima bi se pokrili troškovi takvog tretmana, ali i mogućnost da, iako psihološki izazovne i bolne, ispitanici procenjuju da njihove psihološke teškoće ne prelaze „prag” izraženosti koji bi ih motivisao da potraže stručnu pomoć. Ovo poslednje može biti u tesnoj vezi i sa normalizacijom teškoća sa mentalnim zdravljem koja može biti posebno izražena u starijem dobu (Dimoski et al., 2023).

Ove i mnoge druge barijere do unapređenja mentalnog zdravlja su u velikoj meri ublažene primenom modela mentalnog zdravlja u zajednici, koji je bio okvir i za razvijanje ovde opisanih programa. Naime, programi psihosocijalne podrške su bili koncipirani široko, s jedne strane su bili usmereni na promociju i prevenciju u oblasti mentalnog zdravlja, dok, sa druge strane obezbeđuju i individualnu psihološku podršku i savetovanje u zajednici, i na taj način su obuhvatili široku ciljnu populaciju – osobe sa blažim ili težim psihološkim teškoćama, osobe koje se suočavaju sa svakodnevim problemima življenja, ali i zdrave osobe koje žele da unaprede svoje kapacitete. Dalje, ovakav vid tretmana, kao i činjenica da su se programi odvijali u zajednici, odnosno u prostorijama poput mesnih zajednica, kulturnih centara i kancelarija za mlade, zajedno doprinose manjoj stigmatizaciji osoba koje pohađaju programe. Za kraj, programi su bili u potpunosti besplatni i prihvatili su sve koji su za njih bili zainteresovani, bez komplikovanih procedura, a u cilju povećanja dostupnosti usluga i marginalizovanim i osetljivim grupama ljudi.

S obzirom na to da je prethodno istraživanje PIN-a pokazalo da su stigma i odsustvo finansija dve najsnažnije barijere koje koče osobe da potraže psihološku i psihosocijalnu pomoć (Živanović et al., 2022), ovaj model rada predstavlja krucijalan korak u unapređenju dostupnosti kvalitetnih usluga širokog spektra koje su usmerene na mentalno zdravlje.

Kako bi se osigurao kvalitet usluga koje se nude, bilo je potrebno i naučnim putem testirati da li programi psihosocijalne podrške za mlade, osobe u krizi i starije osobe doprinose unapređenju mentalnog zdravlja ciljanih populacija.

Sa tim ciljem, sprovedena su tri istraživanja efektivnosti programa, koja su korišćenjem naučno priznatih metoda pokazala da sva tri programa psihosocijalne podrške utiču na unapređenje mentalnog zdravlja, odnosno smanjuju izraženost psiholoških teškoća i povećavaju pozitivne psihološke kapacitete ciljnih grupa.

Dakle, programi psihosocijalne podrške za mlade, osobe u krizi i starije osobe mogu se smatrati naučno zasnovanim programima podrške.

Ipak, potrebno je naglasiti da se u određenim slučajevima promene u mentalnom zdravlju održavaju isključivo neposredno nakon sprovođenja programa, dok se dugoročnost njihovog uticaja dovodi u pitanje. Ipak, ovi rezultati nisu neobični ukoliko izmemo u obzir da su sami programi kratkog trajanja (traju između 6 i 10 nedelja), kao i to da u mnogim slučajevima korisnici programa nisu pohađali sve predviđene sesije. Dakle, kako bi se iskoristio pun potencijal tri programa psihosocijalne podrške, odnosno kako bi se temeljno radilo na unapređenju mentalnog zdravlja stanovništva lokalnih zajednica, **neophodno je obezbediti kontinuitet usluga psihosocijalne podrške, kao i dalje testiranje optimalne dinamike učešća i dužine trajanja programa koji bi doveli do dugoročno održivih pozitivnih promena u mentalnom zdravlju.**

Konačno, ovi rezultati ukazuju na značaj koji bi ovakvi programi mogli imati za stanovništvo u Srbiji, u vidu široke primenljivost i potencijala za unapređenje zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, kao i na potrebu za njihovim finansiranjem od strane lokalnih samouprava, čime bi mogla da bude obezbeđena kontinuirana dostupnost i dugoročna održivost programa psihosocijalne podrške.

Literatura

- Bernardini, F., Attademo, L., Rotter, M., & Compton, M.T. (2021). Social determinants of mental health as mediators and moderators of the mental health impacts of the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Services*, 72, 598–601.
- Bjekić, J., Stojadinović, S., Stanković, S., & Tanasković, N. (2022). *Mentalno zdravlje u Srbiji: Dostupnost usluga psihosocijalne podrške*. GIŽ.
- Canady, V. A. (2020). APA poll finds nearly half anxious about getting COVID-19. *Mental Health Weekly*, 30(13), 5-5.
- Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., ... & Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin birth cohort study. *JAMA network open*, 3(4).
- Daly, M., & Robinson, E. (2021). Acute and longer-term psychological distress associated with testing positive for COVID-19: Longitudinal evidence from a population-based study of US adults. *Psychological Medicine*.
- Dawel, A., Shou, Y., Smithson, M., Cherbuin, N., Banfield, M., & Cleave, A. et al. (2020). The effect of COVID-19 on mental health and wellbeing in a representative sample of Australian Adults. *Frontiers In Psychiatry*, 11.
- Dimoski, J., Todorović, N., Vračević, M., & Vukčević Marković, M. (2023). *Depresija u starijem dobu: zaštitni i faktori rizika*. PIN.
- Ernst, M., Niederer, D., Werner, A. M., Czaja, S. J., Mikton, C., Ong, A. D., ... & Beutel, M. E. (2022). Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *American Psychologist*, 77(5), 660.
- Esseau-Thomas, C., Galarraga, O., & Khalifa, S. (2022). Epidemics, pandemics and income inequality. *Health Economics Review*, 12(1).
- European Commission. (2016). *EU Framework for Action on Mental Health and Well-being*.
https://ec.europa.eu/health/mentalhealth/framework_for_action_en.
- Gruppen, A., & Knevel, J. (2016). *A Toolkit for Promoting Healthy Ageing*.
- Hayes, S., & Hofmann, S. (2018). *Process-based CBT - The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy* (1st ed.). Context Press.
- Hofmann, S., & Gómez, A. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics Of North America*, 40(4), 739-749.
- Joaquim, R. M., Pinto, A. L. C. B., Guatimosim, R. F., de Paula, J. J., Souza Costa, D., Diaz, A. P., da Silva, A. G., Pinheiro, M. I. C., Serpa, A. L. O., Miranda, D. M., & Malloy-Diniz, L. F. (2021). Bereavement and psychological distress during COVID-19 pandemics: The impact of death experience on mental health. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2.
- Jović, V., Palibrk, Lj., & Mirkov, J. (2016). *Priručnik za uspostavljanje i razvoj centara za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici*. Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living -Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (2nd ed.). Bantam Books.

Keck, K. (2022). *Loneliness and social isolation among older people in the Eastern Europe and Central Asia region*. United Nations Population Fund and University College London.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602.

KOMS. (2021). *Istraživanje Zdravlje mladih: Položaj i potrebe mladih u Republici Srbiji*.

Kutcher, S., & Wei, Y. (2017). *Mental Health and High School Curriculum Guide: Understanding Mental Health and Mental Illness*. Teen Mental Health.

Lewis, K. J., Lewis, C., Roberts, A., Richards, N. A., Evison, C., Pearce, H. A., Lloyd, K., Meudell, A., Edwards, B. M., Robinson, C. A., Poole, R., John, A., Bisson, J. I., & Jones, I. (2022). The effect of the COVID-19 pandemic on mental health in individuals with pre-existing mental illness. *BJPsych Open*, 8(2).

Magnúsdóttir, I., Lovik, A., Unnarsdóttir, A. B., McCartney, D., Ask, H., Kðiv, K., Christoffersen, L. A. N., Johnson, S. U., Hauksdóttir, A., Fawns-Ritchie, C., Helenius, D., González-Hijón, J., Lu, L., Ebrahimi, O. v., Hoffart, A., Porteous, D. J., Fang, F., Jakobsdóttir, J., Lehto, K., ... Valdimarsdóttir, U. A. (2022). Acute COVID-19 severity and mental health morbidity trajectories in patient populations of six nations: an observational study. *The Lancet Public Health*, 7(5).

Manzoni, G., Pagnini, F., Castelnovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(1).

Marčić NP, Lazarević LJB, Priebe S, Mihić LJ, Pejović-Milovančević M, Terzić-Supić Z, Tošković O Vuković O, Todorović J, Knežević G (2022). Covid-19-related stressors, mental disorders, depressive and anxiety symptoms: a cross-sectional, nationally-representative, face-to-face survey in Serbia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 31, 1–10.

Modersitzki, N., Phan, L. V., Kuper, N., & Rauthmann, J. F. (2020). Who is impacted? Personality predicts individual differences in psychological consequences of the COVID-19 pandemic in Germany. *Social Psychological and Personality Science*.

Murphy, L., Markey, K., O' Donnell, C., Moloney, M., & Doody, O. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic and its related restrictions on people with pre-existent mental health conditions: A scoping review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(4), 375–394.

McDonald, A. J., Wickens, C. M., Bondy, S. J., Elton-Marshall, T., Wells, S., Nigatu, Y. T., ... & Hamilton, H. A. (2022). Age differences in the association between loneliness and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 310, 114446.

Ornell F, Borelli WV, Benzano D, Schuch JB, Ferreira Moura H, Sordi AO, et al. (2021). *The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a nationwide epidemiological study*.

Özmen, S., Özkan, O., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2021). Investigation of COVID-19 fear, well-being and life satisfaction in Turkish society. *Social Work in Public Health*.

Popić, M., Savić, S., & Branković, I. (2016). *Mentalno zdravlje mladih u Srbiji*. Centar za edukaciju, istraživanje i razvoj.

Prakash, J., Dangi, A., Chatterjee, K., Yadav, P., Srivastava, K., & Chauhan, V. S. (2021). Assessment of depression, anxiety and stress in COVID-19 infected individuals and their families. *Medical Journal Armed Forces India*, 77, 424–429.

Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of life (Mansa). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7–12.

Roberts, A., & Ottens, A. (2005). The Seven-Stage Crisis Intervention Model: A Road Map to Goal Attainment, Problem Solving, and Crisis Resolution. *Brief Treatment And Crisis Intervention*, 5(4), 329-339.

Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology*, 39(3), 472.

Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & 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).

Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., ... & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70.

Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. 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., Cogen, 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, 1700–1712.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*, 60(4), 570–585.

Spitzer, R. L. (1999). Validation and utility of a self-report version of prime-MD the PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092.

Stantcheva, S. (2022). *Inequalities in the Times of a Pandemic*.

Stiglitz J. (2022). COVID has made global inequality much worse. *Sci Am*, 326.

Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176.

UNDESA. (n.d.). *Definition of youth*.

<https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>

United Nations (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Treaty Series, 2515, 3.

<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>

Urošević, J., Odović, G., Rapaić, D., Davidović, M., Trgovčević, S., & Milovanović, V. (2015). Kvalitet života starih u ruralnoj i urbanoj sredini. *Vojnosonitetski pregled*, 72(11).

- Vlada Republike Srbije. (2019). Akcioni plan za sprovođenje programa o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period od 2019. do 2026. godine.
- Vlada Republike Srbije. (2019). Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019-2026. godine.
- Vlada Republike Srbije. (2022). Strategija deinstitucionalizacije i razvoja usluga socijalne zaštite u zajednici za period 2022-2026. godine.
- Vračević, M. (2015). *Učestalost depresivnosti kod starih osoba u Srbiji*. Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, smer Javno zdravlje.
- Vukčević Marković, M., Šapić, D., & Stanković, B. (2022). Common experiences and psychological difficulties during the pandemic: Insights from psychological support sessions. *Psihološka istraživanja*, 25(2), 83-107.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729.
- World Health Organization (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*. Geneva: WHO Regional office from Europe.
- World Health Organization (2004). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice*.
- World Health Organization (2022). European framework for action on mental health 2021- 2025. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057813>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*.
- World Health Organization. (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>.
- World Health Organization. (2021). *Mental Health of Adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2020). *Basic Documents*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Xiao, C., Lin, Y., Lin, R., Liu, A., Zhong, G., & Lan, C. (2020). Effects of progressive muscle relaxation training on negative emotions and sleep quality in COVID-19 patients. *Medicine*, 99(47).
- Yang, Haiyang, Ma, & Jingjing (2020). How an epidemic outbreak impacts happiness: Factors that worsen (vs. protect) emotional well-being during the coronavirus pandemic". *Psychiatry Research*, 289.
- Yeager, K., & Roberts, A. (2015). *Crisis intervention handbook*. Oxford University Press.
- Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama 45/2013-25 (2013). <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs/SlGlasnikPortal/eli/rep/sgrs/skupstina/zakon/2013/45/3/reg>
- Živanović, M., Vukčević Marković, M., Dimoski, J., & Gvozden, M. (2022). *Mentalno zdravlje u Srbiji: Procena potreba, faktora rizika i barijera u dobijanju stručne podrške*. GIZ.

Napomene:

Programe psihosocijalne podrške priredili:

Dr Maša Vukčević Marković^{1,2}; Ana Milić²; Jelena Jašović^{1,2}, Matija Gvozden^{1,2}, Andrej Bjelogrić^{1,2}, Jana Dimoski^{1,2}, Milica Manojlović^{1,2}

¹Laboratorija za istraživanje individualnih razlika, Odeljenje za Psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

²PIN – Psychosocial Innovation Network

Programe psihosocijalne podrške sprovodile:

Marija Sinđić i Anđelina Kutlešić (Užice), Milica Ratković i Radojka Knežević (Prijepolje), Lida Šoljanin (Sjenica), Nada Ristović (Kosjerić), Marta Mijatović i Izvorinka Jelić Kočoski (Ruma), Živka Cvejić (Loznica), Zvezdana Vukšić (Šid) i Jovana Uglješić (Sremska Mitrovica).

PIN sprovodi projekat „Zajedno ka unapređenju mentalnog zdravlja u zajednici“ u okviru projekta „Dijalog promena“, kojim koordiniše Beogradska otvorena škola, uz finansijsku podršku Evropske unije. U okviru ovog projekta finansiralo se sprovođenje Programa psihosocijalne podrške za mlade i Programa psihosocijalne podrške za osobe u krizi u 3 jedinice lokalne samouprave (Užice, Prijepolje i Kosjerić), u toku 2022. i 2023. godine.

Dodatno, ova publikacija izveštava i o radu sa sledećih projekata:

- sprovedenog uz pomoć Vlade Savezne Republike Nemačke, posredstvom projekta nemačko-srpske razvojne saradnje „Usluge socijalne zaštite za osetljive grupe“, koji sprovodi GIZ, a putem kog se finansiralo osmišljavanje i sprovođenje sva tri Programa, tj. pilotiranje u 8 jedinica lokalne samouprave u toku 2022. godine
- sprovedenog u okviru regionalnog projekta „Jačanje otpornosti starijih osoba i osoba sa invaliditetom tokom COVID-19 i budućih katastrofa“, koji finansira Evropska unija i Austrijska agencija za razvoj, a kojim koordinira Crveni krst Srbije, a putem kog se finansiralo sprovođenje Programa psihosocijalne podrške starijim osobama u Sremskoj Mitrovici, u 2022. i 2023. godini.

