



12 STRATEŠKIH DOKUMENTOV

POVEZAVE DUŠEVNEGA
ZDRAVJA S ŠPORTOM IN
FIZIČNO AKTIVNOSTJO

ZA PROMOCIJE AKTIVNEGA
ŽIVLJENJA ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

M.E.N.S. Project
Mental European Network of Sports

June 2018

Supported by the



Mens Sana in Corpore Sano

Preko našega dela

na novo odkrivamo preventivni učinek aktivnega življenjskega sloga na področju duševnega zdravja in terapevtske učinke, ki jih ponuja vsem, ki se srečujejo s težavami v duševnem zdravju

resnično upamo, da bo besedilo služilo kot pomoč komurkoli v stiski in tistim, ki jih je pot privedla sem.

Sofinanciranje te publikacije s strani Evropske komisije ne odraža nujno stališča ali mnenja Evropske komisije, za izražena mnenja odgovarjajo samo avtorji. Prav tako komisija ni odgovorna za kakršno koli rabo podatkov iz te publikacije.

KAZALO

Predgovor	str.5
Zahvala	str.7
Uvod	str.9
<i>Projekt</i>	str.9
<i>Partnerstvo</i>	str. 11
<i>Mreža</i>	str. 12
<i>Prispevki in politike</i>	str. 13
 Povezava med športom, telesno dejavnostjo in vadbo ter duševnim zdravjem: obstoječe politike in prakse v Evropski uniji	str. 15
Razvoj modelov telesne dejavnosti, športnih prireditev in vadbenih programov	str. 41
Kazalniki duševnega zdravja in telesna dejavnost	str. 54
Preventivna vloga telesne dejavnosti pri duševnem zdravju	str. 62
Vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju s pomočjo športa	str. 72
Duševno zdravje in stigma v Evropi	str. 79
Naslavljanje stigme v lokalnih organih preko športa	str. 96
Aktivno življenje in duševno zdravje: socialno partnerstvo med javnim in zasebnim sektorjem	str. 106
Šport kot vrsta nefarmakološkega zdravljenja težav v duševnem zdravju	str. 118
Telesna dejavnost v zdravljenju pacientov in pacientk z motnjami v duševnem zdravju: Potrebe po izobraževanju strokovnjakov/-inj	str. 130
Šport in duševno zdravje v tipičnih izobraževalnih sistemih	str. 138
Primerjalni pristop na področju športa za duševno zdravje in športa pri zdravljenju telesnih ali umskih primanjkljajev.	str. 152

PREDGOVOR

Navdih za akronim »M.E.N.S.« izhaja iz znanega latinskega pregovora: »Mens Sana in Corpore Sano« (»Zdrav duh v zdravem telesu«), pomen akronima se torej neposredno nanaša na jedro pobude.

Slednjega ne predstavlja nič drugega kot povezava med športno in telesno vadbo in duševnim blagostanjem.

Morda se zdi povezava sama po umevna in bi predvidevali, da nam je vsem skupna, a na žalost pregled razvoja ustreznih politik in ukrepov dokazuje, da smo daleč od vključevanja tega načela v naše vsakodnevno življenje in širše terapevtske pristope.

Do trenutne iniciative so prizadevanja, če so ta bila prisotna, potekala v kontekstih, ki so le šibko povezani ali sploh niso povezani z duševnim zdravjem (športni dogodki, znanstvena dokumentacija, pravice do zagovornišva ipd.)

Posledično smo oblikovali strategijo na način, ki naj bi omogočal, da bi lahko razvili vse potrebno za uresničitev pristopa na evropski ravni.

Posledično so glavni stebri projekta, ki jih Evropska komisija financira v okviru programa ERASMUS + / Sport, naslednji:

1. Razvoj ozadja strukturne politike za učinkovito povezovanje telesne dejavnosti in športa ter duševnega zdravja.
2. Povečanje ozaveščenosti zainteresiranih strani, strokovnjakov/-inj in javnosti glede številnih koristi te povezave.
3. Oblikovanje institucionalnega orodja za doseg glavnega cilja.

Publikacija pred vami je naš odgovor na prvi steber. Predstavlja rezultat dela 17 projektnih partnerjev, ki so raziskali vsak svojo temo, ki so bile prepoznane kot prvi vidiki, ki jih je treba raziskati glede povezave med telesno vadbo in športom ter duševnim zdravjem. Izbrane teme posledično niso edine, ki jih velja pregledati, poleg tega pa pri člankih ne gre za popolne znanstvene raziskave. Besedila v nadaljevanju pravzaprav predstavljajo ključno stališče in dokumente z močno podporo zbranih virov, ki govorijo v prid ne le nujnosti nadaljnjih znanstvenih raziskav, temveč tudi potrebe po razvoju specifičnih politik na evropski ravni in učinkovitih praks tako na lokalni kot na državni ravni.

Pri tem moramo izpostaviti obsežen seznam bibliografskih referenc, celovito predstavitev evropskih politik in nabor velikega števila praks na tem področju, prvič zbranih skupaj prav tu, vse to pa so dejavniki, ki lahko na pomemben način podpirajo raziskovalce/-ke in strokovnjake/-inje s tega področja.

Seveda pa spremembe niso zgolj rezultat širjenja znanstvenega znanja.

Znanje in znanstvena spoznanja morajo biti dostopna širši javnosti in zlasti vsem, ki so vključeni v ta proces. Za to si prizadeva tudi evropska kampanja »Življenje je kot vožnja s kolesom« (»Life is like a bike«), katere namen je doseči cilj drugega izmed zgoraj omenjenih stebrov tega projekta.

Projekt ima sicer tako kot vsak projekt seveda omejeno trajanje in prostorski obseg. Niti najboljša prizadevanja ne morejo zadostiti pričakovanjem v kolikor se ne oblikujejo orodja, ki bi zagotovila nadaljevanje in rezultate tudi po zaključku projekta. Posledično smo v strateško načrtovanje projekta vključili ustanovitev Evropske mreže za aktivno življenje kot podporo duševnemu zdravju (ENALMH), katere institucionalna vloga je nenehno spodbujanje ciljev te pobude na evropski ravni.

Kljub vsemu pa seveda teoretične obdelave, komunikacijskih ukrepov ter institucionalnih okrepitev ni mogoče primerjati z močjo in vrednostjo neposredne izkušnje – šele neposredne izkušnje so tiste, ki prinašajo globlje spremembe in razkrivajo dinamiko novega pristopa. Rezultat tovrstnega pristopa je npr. tudi organizacija prvega srečanja Evropske atletske organizacije za duševno zdravje, ki bo potekala v Atenah septembra 2018 v okviru projekta »EVENTS«, sestrskega projekta projekta "MENS", katerega namen je med drugim doseči zastavljene cilje le-tega.

Ti prvi koraki kažejo na to, da se je rodilo širše Gibanje za aktivno življenje za podporo duševnemu zdravju (www.activelivingmentalhealth.eu), h kateremu so vabljene vse ustrezne skupine, ki lahko na kakršen koli način prispevajo: od uporabnikov/-ic kot ponudnikov/-ic storitev na področju duševnega zdravja do oblikovalcev/-k politik, izobraževalnih in raziskovalnih ustanov, oseb, ki so aktivne na področju športa, pa naj bo to poklicno ali rekreativno, zasebnega sektorja športa, telesne dejavnosti ali zdravja / dobrega počutja in nenazadnje celotne družbe, tako posamično kot kolektivno.

Statistika kaže na vedno večje število težav v duševnem zdravju, medtem ko imamo po drugi strani na voljo številne raziskave, ki govorijo o potencialu telesne dejavnosti za preprečevanje teh težav ter boj proti stigmi, nekaj, kar bi moralo zadevati vsakogar, ter prejemati podporo s strani institucij Evropske unije, pristojnih za to področje.

Iskreno upamo, da smo na dobri poti.

Vodja MENS projekta

Nicos Andreopoulos

Vd generalnega sekretarja mreže ENALMH

ZAHVALE

Avtorji in avtorice prispevkov v tej publikaciji so navedeni/-e na začetku vsakega izmed prispevkov. A naj na tem mestu omenimo še nekaj oseb.

Najprej bi se želeli iskreno zahvaliti Emmnanouilu Skordilisu, izrednemu profesorju prilagojene telesne dejavnosti na Univerzi v Atenah, za njegovo neprestano sistematično znanstveno podporo, vrednotenje in oceno vseh dvanajstih dokumentov v publikaciji.

Prav tako bi se radi zahvalili Antonisu Zannikosu za oblikovanje publikacije, njegovo pozornost na vse podrobnosti in ogromno potrpežljivost tekom celotnega procesa.

Poleg tega bi se radi zahvalili:

- Evaldasu Kancelkisu, specialistu za šport pri domu za starejše občane občine Šiauliai.
- dr. Gilbertu Maiolatesu, psihologu pri organizaciji COOSS Marche v Italiji
- Laimonasu Milinaviciusu, predsedniku združenja Olimpikas iz Litve
- Michalisu Papachatzisu, psihologu pri K.S.D.E.O. "EDRA", Grčija
- Dr. Marzia Pennisi, psihologinji pri organizaciji COOSS Marche v Italiji
- Claudii Erco, prevajalki

Naša iskrena hvala vsem.

Ekipa projekta MENS



UVOD

PROJEKT

Ime projekta »MENS« (»Mental European Network of Sport events«) prihaja iz latinske besede »mentis« in pomeni: um, misel, namen in intelekt.

Namen projekta »MENS« je oblikovati utrjene postopke na ravni institucij, ki bi imeli trdne temelje in podpirali vlogo športa in telesne vadbe pri preprečevanju, terapiji in rehabilitaciji oseb s težavami v duševnem zdravju na evropski ravni.

Podpora vadbi, telesni dejavnosti in športu v obliki tovrstnih postopkov je trenutno na zelo nizki ravni, kar se povezuje s štirimi ključnimi razlogi, in sicer so to:

- stigma, ki je še vedno povezana s sedanjimi postopki in terapevtskimi intervencijami ter osebami s težavami v duševnem zdravju;
- pomanjkanje razširjene dokumentacije o pomenu in vplivih športa pri rehabilitaciji oseb s težavami v duševnem zdravju;
- pomanjkanje strokovnega znanja zdravstvenih delavcev/-k, potrebnega za vključevanje športnih dejavnosti v sedanje koncepte zdravljenja;
- pomanjkanje posebnih medsektorskih politik za spodbujanje vključevanja športnih dejavnosti v rehabilitacijske postopke oseb s težavami v duševnem zdravju.

Splošni cilj

Nov pristop k povezanosti med telesno vadbo / športom in duševnim zdravjem. Cilj projekta je spodbujati prostovoljne dejavnosti v športu, skupaj s socialnim vključevanjem, enakimi možnostmi in ozaveščenostjo o pomenu zdravja, krepitev telesne dejavnosti z večjo udeležbo in enakim dostopom do športa za vse.

Ukrepi

- pregled, nabor in oblikovanje seznama nacionalnih politik in dobrih praks, ki povezujejo šport z duševnim zdravjem
- oblikovanje modelov športnih dogodkov, pri katerih sodelujejo osebe s težavami v duševnem zdravju na lokalni / nacionalni ravni kot del gibanja »Šport za vse« in korake k vseevropskemu športnemu dogodku na področju duševnega zdravja,
- oblikovanje pregleda politik ter odgovorov na kritična znanstvena vprašanja o uporabi športa v rehabilitaciji na področju duševnega zdravja, kot je navedeno spodaj,
- izvajanje kampanje ozaveščanja na evropski ravni s ciljem oblikovati opredeljen okvir za povezavo športa z duševnim zdravjem
- visoko učinkovita promocija in distribucijske dejavnosti

Temeljni cilj projekta je vzpostavitev evropske mreže, katere cilj je povezanost duševnega zdravja in športa / telesne vadbe.



Partnerstvo

Partner	Organizacija	Država	Spletna stran
PP1 Koordinator	K.S.D.E.O. "EDRA"	Grčija	www.edra-coostr.gr
PP2	Univerza v Atenah Fakulteta za športno vzgojo in znanost (PESS)	Grčija	http://old.phed.uoa.gr/index_en.php
PP3	Univerza v Kentu School of Physical Sciences	Združeno kraljestvo Velike Britanije	https://www.kent.ac.uk/
PP4	COOS Sociale Onlus	Italy	http://www.cooss.it/
PP5	Fundacija INTRAS	Španija	http://www.intras.es/
PP6	E.U.F.A.M.I. European Network	Belgija	http://www.eufami.org/
PP7	Golbasi Sporium Spor Kulübü ve Dernegi	Turčija	http://www.ankaragolbasi.gov.tr
PP8	Združenje Olimpikas	Lithva	https://www.facebook.com/Olimpikas/
PP9	Zavod OZARA Maribor	Slovenija	http://www.ozara.si/ozara-zavod-maribor/
PP10	SSOI – Rijeca, Društvo invalidov športnikov	Hrvaška	http://www.ssoi-rijeka.hr/
PP11	Centro Studi Di Villa Montesca	Italija	http://www.montesca.eu/
PP12	ANARP Organization	Portugalska	http://www.anarstr.org.pt/
PP13	First Fortnight	Irska	http://firstfortnight.ie/
PP14	Merseyside Expanding Horizons	Združeno kraljestvo Velike Britanije	http://www.expandinghorizons.co.uk/
PP15	Občina Galatsi	Grčija	http://www.galatsi.gov.gr/
PP16	CESIE	Italija	http://cesie.org/
PP17	FokusPraha	Češka	http://www.fokus-praha.cz/

Mreža



Mreža ima pravno obliko mednarodnega nepridobitnega združenja (AISBL), pravno s sedežem v Bruslju v Belgiji in deluje v skladu z belgijskim zakonom, geografski obseg njegovih dejavnosti pa vključuje države, ki so članice Sveta Evrope.

Glavni cilji mreže so:

- obogatitev terapevtskih postopkov storitev duševnega zdravja z dobro uporabo športa in telesne vadbe za uporabnike;
- krepitev socialne kohezije z bojem proti stigmi oseb s težavami v duševnem zdravju;
- vzpostavitev športa in telesne vadbe kot temeljnega parametra za preprečevanje težav z duševnim zdravjem;
- podpora in izvedba športnih dogodkov in telesnih dejavnosti za duševno zdravje s strani članov/-ic;
- prispevanje k raziskovalnim in izobraževalnim procesom, katerih namen je pojasniti in razširiti povezave med področji športa in telesne vadbe ter duševnega zdravja;
- podpreti pravice uporabnikov storitev duševnega zdravja s sredstvi, ki izhajajo iz njenega poslanstva;
- spodbujanje politik, povezanih s povezavo med področji športa in telesne vadbe ter duševnega zdravja na evropski in nacionalni ravni;
- sodelovanje z drugimi, specializiranimi organizacijami, ki so dejavne na omenjenih področjih, saj lahko samo integriran in multidisciplinaren holistični pristop prinese potrebne rezultate na področju duševnega zdravja.

Prispevki in politike

Št.	Dokument	Partnerji, odgovorni za področje
1	Povezava med športom, telesno dejavnostjo in vadbo ter duševnim zdravjem: obstoječe politike in prakse v Evropski uniji	KSDEOEDRA Grčija
2	Razvoj modelov telesne dejavnosti, športnih prireditev in vadbenih programov	UNIVERZA V ATENAH FAKULTETA ZA ŠPORTNO VZGOJO IN ZNANOST Grčija
3	Kazalniki duševnega zdravja in telesna dejavnost	UNIVERZA V KENTU FAKULTETA ZA ŠPORT Združeno kraljestvo Velike Britanije
4	Preventivna vloga telesne dejavnosti pri duševnem zdravju	COOS Marche Cooperativa Sociale Onlus Italija
5	Vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju s pomočjo športa	FOKUS Češka
6	Duševno zdravje in stigma v Evropi	FIRST FORTNIGHT Irski
7	Obravnavanje stigme s strani lokalnih organov preko športa	MUNICIPALITY OF GALATSI Grčija
8	Aktivno življenje in duševno zdravje: Socialno partnerstvo med javnim in zasebnim sektorjem	MERSEYSIDEEXPANDINGHORIZONS Združeno kraljestvo Velike Britanije
9	Šport kot sredstvo za nefarmakološko zdravljenje težav v duševnem zdravju	INTRAS FOUNDATIONS Španija
10	Telesna dejavnost pri zdravljenju oseb s težavami v duševnem zdravju: potreba po usposabljanju strokovnega osebja	CENTRO STUDI E INIZIATIVE EUROPEO Italija
11	Šport in duševno zdravje v tipičnih izobraževalnih sistemih	CENTRO STUDI VILLA MONTESCA Italija
12	Primerjalni pristop na področju športa za duševno zdravje in vloga športa pri telesnih ali umskih primanjkljajih	SSOI – DRUŠTVO ŠPORTNIKOV INVALIDOV ASSOCIATION, Hrvaška / GOLBASI SPORIUM SPOR KULÜBÜ VE DERNEGI, Turčija / OZARA ZAVOD MARIBOR, Slovenija / ASOCIACIJAS OLIMPIKAS, Litva



01

POVEZAVA MED ŠPORTOM, TELESNO DEJAVNOSTJO IN VADBO TER DUŠEVNIM ZDRAVJEM: OBSTOJEČE POLITIKE IN PRAKSE V TUJINI

Avtoria:

Eleonora Markou

Pantelis Sarakiniotis



UVOD

Cilj – splošen okvir

Povezava med duševnim zdravjem in telesno dejavnostjo je v preteklih letih požela izredno veliko zanimanja. Povečani interes se povezuje tudi s porastom v številu ljudi, ki trpijo zaradi težav v duševnem zdravju, kar je duševno zdravje uvrstilo med prednostne naloge javne agende v Evropi. Nedavne študije so ocenile, da se kar 38,2% prebivalcev EU srečuje s takšno ali drugačno obliko duševne motnje, torej gre za porast v primerjavi s 27,4%, o katerih so poročali v letu 2005 (Wittchen idr., 2011). Natančneje, Wittchen s sodelavci (2011) je navedel, da tretjina celotnega prebivalstva EU trpi zaradi duševnih motenj. Poleg tega v skladu s poročilom o duševnem zdravju in dobrem počutju (2016) duševne motnje predstavljajo 22% bremena nezmožnosti v EU, merjeno v letih življenja z nezmožnostjo (angleško YLD ali “years lived with disability”). Poleg tega se zdi, da socialni in ekonomski stroški zdravstvenih storitev povezanih z duševnim zdravjem naraščajo in še dodatno bremenijo gospodarstvo evropskih držav (Liopis in Anderson, 2005). Gabriel in Liimatainen (2000) sta mnenja, da ocena stroškov storitev duševnega zdravja med evropskimi državami predstavlja približno 3 do 4% bruto nacionalnega proizvoda, kar ne vključuje s tem povezanih stroškov drugih sektorjev, na primer dolgoročne ali kratkoročne odsotnosti z dela zaradi težav v duševnem zdravju. Natančneje, glede na to, da duševno zdravje ne vpliva samo na čustveni, temveč tudi na finančni in družbeni položaj osebe in družine, je leta 2016 poročilo o duševnem zdravju in dobrem počutju ocenilo, da se v Evropski uniji (EU) vsako leto porabi približno 450 milijard EUR za stroške, ki so posredno in neposredno povezani z duševnimi motnjami, ter obravnavanje vprašanj v zvezi z duševnim zdravjem izpostavilo kot ključno za trajnost zdravstvenega sistema v državah članicah EU. Poleg tega je Svetovna banka v poročilu iz leta 2002 med drugim predlagala, da se gospodarstvo, ki trenutno ni v

najboljšem stanju, poskuša okrepiti tudi z boljšim načrtom za duševno zdravje in slednjega šteje za del lastne strategije za izboljšanje splošne učinkovitosti.

Vsa ta zaskrbljujoča poročila in povečanje motenj v duševnem zdravju v Evropi so EU in države članice vodila k sodelovanju z mednarodnimi organizacijami, kot so Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD), itd., da bi našli načine za izboljšanje duševnega zdravja med evropskimi državljani in državljankami. Kljub vsem prizadevanjem pa je še vedno potrebno veliko, da bi lahko premostili vrzel v zdravljenju, izboljšali kakovost storitev ter podprli, okrepili, in razširili preventive oz. preprečevanje duševnih motenj in spodbujali zdravo življenje (Skupni ukrep EU za duševno zdravje in dobro počutje, 2016).

Vse to jasno kaže na nujnost potrebe po alternativnih terapevtskih pristopih za izboljšanje kvalitete življenja in blagostanja ljudi, ki se soočajo z motnjami v duševnem zdravju, obenem pa se je nujno osredotočiti na razvoj dodatnih možnosti in načinov zdravljenja. Mnogi so povezali telesno dejavnost z izboljšanjem kakovosti življenja ljudi, ki trpijo zaradi motenj v duševnem zdravju (Firth idr., 2015; Rosenbaum idr., 2014; Evropski teden športa, 2015). Vendar pa je potrebno veliko več, da bi vzpostavili odnos med telesno dejavnostjo ter duševnim zdravjem in povezali politike v povezavi z obema področjema tako v Evropski uniji kot v državah članicah.

Namen tega dokumenta je pregledati in na enem mestu zbrati obstoječe politike in prakse povezovanja duševnega zdravja, športa in telesnih dejavnosti po vsej Evropski uniji. Podatke nameravamo pridobiti s strani evropskih institucij, držav članic in organizacij, ki so dejavne na tem področju. Poleg tega je cilj tega dokumenta pridobiti bolj poglobljen vpogled v sedanje prakse na področju duševnega zdravja, športa in telesne dejavnosti v državah članicah EU, priti do zaključkov na podlagi omenjenih primerov praks ter podati predloge in priporočila za prihodnost.

Splošni okvir

Vpliv športne dejavnosti na blagostanje oseb s posebnimi potrebami bodisi na telesnem področju bodisi v kognitivnem razvoju je dobro raziskan in dokumentiran. Slednje pa ne velja za telesno dejavnost in osebe s težavami v duševnem zdravju. Razlog za to morda tiči v tem, da se duševne motnje ne obravnavajo vedno v sklopu nezmožnosti ali posebnih potreb zaradi dejstva, da lahko osebe, ki se soočajo s težavami na področju duševnega zdravja, še vedno funkcionirajo v širšem kontekstu družbenega življenja. Poleg tega so duševne motnje pogosto začasne in jih je mogoče preprečiti, kar ne velja vedno za fizično invalidnost ali intelektualne primanjkljaje. Druga bistvena razlika je dejstvo, da so osebe s težavami v duševnem zdravju pogosto žrtve stigmatizacije in diskriminacije, kar seveda vodi k umiku iz družbe in izključevanju iz družbenega življenja. V nasprotju s tem osebe, ki trpijo zaradi drugih oblik invalidnosti, kljub posebnim potrebam navadno lahko prispevajo k družbi. Nacionalna konvencija Združenih narodov o pravicah invalidov (UNCRPD) (2006) in povezani zakoni zagotavljajo vključevanje oseb s posebnimi potrebami v družbo in delovno okolje ter s tem izboljšujejo njihovo sprejemanje in vključevanje v družbo. Ena od najmočnejših smernic v skupnostni psihiatriji, so socialni konstrukti, ki so običajno vključeni v zdravljenje ljudi s težavami v duševnem zdravju. Razvoj teh konstruktov vodi do sprejemanja pozitivnih institucionalnih in neformalnih vlog, ki presegajo okvire humanitarne zavesti in solidarnosti.

Zgoraj omenjene pripombe so sprožile razvoj gibanja »Aktivno življenje za duševno zdravje« (<http://www.activelivingmentalhealth.eu>), katerega cilj ni poustvariti procesa, kot so Specialna olimpijada ali Paraolimpijske igre, ampak prepoznavanje vloge športa, vadbe in telesne aktivnosti v preprečevanju, rehabilitaciji, osebnostni rasti in socialnem vključevanju

bolnikov/-ic s težavami v duševnem zdravju. Omenjeno gibanje za »aktivno življenje« na področju duševnega zdravja je del holističnih intervenc, za katere se zdi, da postajajo prevladujoči model razvoja politik po vsej Evropski uniji.

Ta celovit pristop obravnava duševno zdravje kot nedeljivo celoto, ki je neposredno povezana z razvojem človeške vrste, obstoječim družbenim in gospodarskim okoljem ter okoljskimi dejavniki, ki povezujejo psihološke, duševne in fiziološke dejavnike posameznika. Poleg tega vključuje celovito in preventivno zdravljenje, rehabilitacijo in metode socialne integracije. Glavna značilnost tega pristopa je, da je interdisciplinaren, kar pomeni, da so za izvedbo načrta pomembni tako umetnost kot šport, zaposlovanje, varstvo pravic in regionalni razvoj. Poleg tega pristop ustvarja in zagotavlja sinergijo med nacionalnimi sistemi, skupnostjo, znanstveno skupnostjo, zasebnim sektorjem, organizacijami civilne družbe in najpomembneje z bolniki samimi in njihovimi družinami.

Tako bi uporaba zgornjega okvira za oblikovanje znanstvenega konteksta športnih dejavnosti, ki so neposredno povezane z duševnim zdravjem, lahko vodila do oblikovanja gibanja za »aktivno življenje«, v katerem ne bo razlik med zdravimi osebami in tistimi, ki se soočajo s težavami v duševnem zdravju. Tako je mogoče omiliti siceršnjo stigmatizacijo in povečati socialno vključenost ljudi z motnjami v duševnem zdravju. Poleg tega bo omenjeni okvir v veliki meri koristil in prispeval k zmanjšanju finančnega bremena zavoljo duševnega zdravja preko krepitev preventive in integracije nizkocenovnih parametrov.

Osnovne definicije

Politika

Opredelitev besede politike ni lahka naloga, saj vključuje več komponent in jo je mogoče uporabljati na različne načine. V skladu s pravnim slovarjem (<https://thelawdictionary.org/policy/>), so politike »splošna načela, ki jim vlada sledi pri upravljanju javnih zadev ali ukrepov zakonodaje. Ta izraz, ki se uporablja v primeru zakonov, odlokov ali pravne države, označuje namen vlade ali težnjo, ki se upošteva pri oblikovanju politik«.

Poleg omenjene definicije slovar Merriam-Webster navaja še druge definicije, kot so: a) »točno določene smernice ali način ukrepanja, ki ga izbere (vlada, institucija, skupina ali posameznik) med alternativami in glede na dane pogoje z namenom podajanja splošnih vodil, in ki se običajno povezujejo s sedanji in prihodnjimi odločitvami« b) »dana odločitev ali niz odločitev, s katerimi naj bi se poskrbelo za izvajanje določenega ukrepa« ali c) »odločitev ali niz odločitev ter povezani ukrepi, namenjeni izvajanju le-teh«.

Zgoraj navedeno kaže na kompleksnost izraza »politika« in rabo izraza v različnih kontekstih. Vendar pa je, kot trdi Organizacija Združenih narodov za prehrano in kmetijstvo, namen politike, da ima nek učinek oz. vpliv v resničnem svetu in da je treba pri oblikovanju politik upoštevati politično realnost (ILRI, 1995). V pričujoči nabor definicij dodajamo opredelitev v dokumentu Politike in prakse duševnega zdravja v Evropi (2007), v katerem je navedeno, da je »politika v prvi vrsti odvisna predvsem od ugotavljanja potreb prebivalstva, ter razumevanja, kakšne so trenutne strukture in storitve in na koncu odločitev, kako povečati ali spremeniti trenutni nabor storitev« (stran 108).

Politika na področju duševnega zdravja

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) (2007) politiko duševnega zdravja opredeljuje kot uradno izjavo s strani vlade oz. uradnega zdravstvenega organa, ki zagotavlja splošne smernice za duševno zdravje z opredelitvijo vizije, vrednot, načel in ciljev ter z vzpostavitvijo širokega modela ukrepov za doseganje te vizije. Namen pričujočega dokumenta o politiki je s skupno vizijo uskladiti vse programe in storitve, ki so povezani z duševnim zdravjem. Pri tem ciljamo na to, da dokument postane del uradnih vladnih smernic za medsebojno povezana področja delovanja oz. smernic, ki so potrebne za izboljšanje duševnega zdravja.

Duševno zdravje/duševne motnje

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) je duševno zdravje leta 2001 opredelila kot »stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne zgolj odsotnosti bolezni ali slabosti« (str.1). Kasneje je bila definicija obogatena takole: »Stanje blagostanja, ki osebi omogoča uresničevanje lastnih sposobnosti, spopadanje z normalnimi življenjskimi stresi, produktivno in plodno delo ter prispevanje k skupnosti« (WHO, 2004, str. 10).

Poleg tega je ICD-10 (1992) opredelil duševne motnje kot »obstoje klinično prepoznavnega nabora simptomov ali vedenja, ki se v večini primerov povezujejo s prisotno stisko in motnjami osebnostnega funkcioniranja« (stran 11). Klasifikacija DSM-IV (1994) po drugi strani ponuja bolj konkretno definicijo duševne motnje: opredeli jo kot klinično pomemben vedenjski ali psihološki sindrom ali vzorec, ki se pojavi pri posamezniku/-ci in je povezan s trenutno stisko (npr. bolečino) ali nezmožnostjo (npr. okvaro na enem ali več pomembnih področjih delovanja) ali z znatno povečanim tveganjem za smrt, bolečino, nezmožnost ali izgubo svobode. Poleg tega naj sindrom ali vzorec ne bi bil nekaj pričakovanega ali kulturno sankcioniranega, kot je npr. odziv na dogodek, kot je smrt ljubljene osebe. Ne glede na prvotne vzroke motnje naj bi pri njej šlo za manifestacijo vedenjske ali biološke disfunkcije pri posamezniku. Pri tem se deviantno vedenje (npr. politično, religiozno ali spolno) ali konflikti med posameznikom in družbo ne štejejo za duševne motnje, razen če je deviantno vedenje ali konflikt simptom disfunkcije posameznika, kot je opisano zgoraj (str. xxi).

Telesna dejavnost in vadba

WHO opredeljuje telesno dejavnost kot »vsakršno gibanje telesa, ki ga proizvajajo skeletne mišice, ki zahtevajo vlaganje energije, vključno z dejavnostmi, ki se izvajajo med delom, igro, opravljanjem gospodinjskih opravil, potovanjem in rekreacijskimi aktivnostmi«. Poleg tega Svetovna zdravstvena organizacija opozarja, da naj telesne dejavnosti ne bi zamenjevali z »vadbo«, ki je podkategorija telesne dejavnosti, ki je *načrtovana, strukturirana, ponavljajoča se* in katere glavni cilj je izboljšati telesno pripravljenost (WHO, 2018).

Duševno blagostanje

WHO definira duševno blagostanje kot »stanje popolnega telesnega, duševnega in družbenega blagostanja in ne zgolj *odsotnosti bolezni ali slabosti ...*, ki osebi omogoča uresničevanje lastnih sposobnosti, spopadanje z normalnimi življenjskimi stresi, produktivno in plodno delo ter prispevanje k skupnosti« (WHO, 2001, str. 1).

Praksa

Glede na definicijo v Oxfordovem slovarju (2018) je praksa »dejansko izvajanje ali prenos ideje, prepričanja ali metode v življenje, v nasprotju s teorijami, ki se nanašajo nanje; gre za običajni ali pričakovani postopek ali načina izvajanja nečesa.«

Metodologija

Cilj pričujočega dokumenta je bil najti in predstaviti splošne politike in prakse držav Evropske unije (EU) na področju duševnega zdravja in povezavo med duševnim zdravjem in telesnimi dejavnostmi. Da bi dosegli ta cilj, je bil opravljen pregled politik EU in držav članic. Pri tem smo se poslužili strategije iskanja, ki je vključevala iskanje kombinacije ključnih besed (npr. »politika duševnega zdravja«, »duševno zdravje in telesna dejavnost«, »duševno zdravje in dobro počutje«, »športna politika«, »telesna dejavnost«, »vadba«, »zdravje«, »psihološko zdravje«, »dobro počutje«, itd.) v relevantnih znanstvenih zbirkah podatkov (Web of Science, PsychINFO, Scopus, Google Scholar, SportDiscus) in baze podatkov Evropske komisije za iskanje in prepoznavanje politik na področju duševnega zdravja, telesne vadbe, športa in telesne dejavnosti.

Poleg tega so bili za vključitev praks v ta pregled določeni štirje kriteriji: a) oblike športa, telesne dejavnosti, dogodkov ali festivalov v povezavi z duševnim zdravjem, b) terapevtske sheme / procesi, ki vključujejo šport in telesne dejavnosti (in potekajo v bolnišnicah, ustanovah za zdravljenje motenj v duševnem zdravju itd.), c) kampanje za dvig ozaveščenosti o tem vprašanju - povezovanje dveh področij in d) izobraževalni programi, ki povezujejo duševno zdravje, šport in telesno dejavnost. Poleg tega smo kot izhodišče za raziskovanje uporabili proces iskanja podatkov v zvezi z politikami, ki je potekal od februarja do septembra 2017 v vseh 28 državah članicah EU in v Turčiji in v katerem smo zbirali informacije in podatke iz različnih organizacij, ki bi lahko vključevale športne in telesne dejavnosti znotraj obstoječih praks v enotah, posvečenih varovanju duševnega zdravja. Ciljne skupine zbiranja podatkov so bile: 1) javni ali zasebni subjekti, ki delujejo na področju duševnega zdravja, 2) organizacije in subjekti, ki delujejo na področju telesne dejavnosti / športa, 3) raziskovalne in izobraževalne ustanove, 4) lokalne oblasti, 5) oblikovalci/-ke politik in odločevalci/-ke ter končno 6) državni organi. Vse identificirane organizacije smo proučili glede na prej omenjene kriterije ter vključili v pregled tiste s praksami, povezanimi s cilji projekta. Kratek pregled dobljenih rezultatov je na voljo na naslednji povezavi: <http://mensproject.eu/wpcontent/uploads/2018/03/MAPPING-FINAL-RESULTS.pdf>. Končno je bila opravljena obsežna raziskava s pomočjo vnosa ustreznih ključnih besed (npr. »prakse duševnega zdravja in športnih dejavnosti«, »šport in vadba v duševnem zdravju«, »šport kot oblika zdravljenja na področju duševnega zdravja« itd.), v relevantne baze podatkov in internetne vire (zbirka podatkov odbora EU itd.).

Politike in predlogi s strani EU institucij in držav članic

V zadnjih desetletjih je bilo področje duševnega zdravja deležno povečane pozornosti, prav tako pa se je povečal interes evropskih in mednarodnih organizacij in oblikovalcev politik za razvoj politik, ki se dotikajo oseb, ki se soočajo z motnjami v duševnem zdravju. Prispevek se osredotoča na predstavitev politik duševnega zdravja v Evropski uniji in državah članicah EU. Pomembnost duševnega zdravja za splošno javnost in razvoj zdravja državljanov EU je prvič priznala Svetovna zdravstvena organizacija, ki je v celoti posvetila poročilo o svetovnem zdravju tematiki duševnega zdravja. Svetovni dan zdravja (2001), z naslovom »Dovolj izključevanja – drznite si, da vam je mar«, je bil posvečen potrebi po prenehanju ignoriranja problema in izključevanju ljudi, ki trpijo zaradi duševnega zdravja, iz skupnosti. Poročilo Svetovnega zdravja »Duševno zdravje: novo razumevanje, novo upanje« (2001) si je za glavni cilj zastavilo pomagati vsem relativnim akterjem razumeti neločljivo povezavo med duševnim in telesnim zdravjem ter vplivu, ki ga imata eden na drugega. Pri tem velja omeniti, da poročilo iz leta 2001 navaja, da več kot 40% držav ni imelo politik na področju duševnega zdravja in je bilo še posebej alarmantno dejstvo, da več kot 90% držav ni imelo politik duševnega zdravja, ki bi vključevala otroke in mladostnike (str. 3). Poročilo je opozorilo, da je nujno oblikovati politike duševnega zdravja v skladu z relativno novo resolucijo Generalne skupščine Združenih narodov o zaščiti oseb, ki se soočajo s težavami v duševnem zdravju iz leta 1991. Prav tako je treba omeniti, da je v tem poročilu prvič vzpostavljena povezava med

duševno blaginjo in telesnim zdravjem (str.115). Nadalje je Svetovna zdravstvena organizacija za zagotovitev nadaljevanja vpliva pobude oblikovala Akcijski program za zmanjševanje vrzeli na področju duševnega zdravja (mhGAP), katerega glavni cilj je izvajanje priporočil Svetovnega poročila o zdravju (WHO, 2003).

Po prejšnjih dveh deklaracijah, ki sta se prvi osredotočili na duševno zdravje, je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, v nadaljevanju SZO) še naprej izdajala poročila in dokumente, s katerimi je pozornost namenjala duševnemu zdravju, kar je pripeljalo do oblikovanja uradne politike duševnega zdravja s strani Evropske komisije leta 2005 v obliki "zelenega" papirja.

SZO je leta 2002 izdala poročilo o preprečevanju in spodbujanju duševnega zdravja, čemur je sledijo poročila iz leta 2003 (»Vlaganje v duševno zdravje«) in leta 2004 (»Spodbujanje duševnega zdravja«). Ta poročila poudarjajo pomen namenjanja pozornosti duševnemu zdravju, preprečevanju motenj v duševnem zdravju in spodbujanje duševnega zdravja v splošni javnosti. Omeniti velja tudi, da je v teh dokumentih duševno zdravje opredeljeno kot temelj dobrega počutja in učinkovitega delovanja v skupnosti in torej dejavnik ključnega pomena. V skladu s tem trendom in prizadevanjem pomagati oblikovalcem politik razviti politike in ukrepe na področju duševnega zdravja, je Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) leta 2004 objavila »Politiko, načrte in programe za duševno zdravje.«

Kot omenjeno, je bilo leto 2005 pomembno obdobje za oblikovanje politike duševnega zdravja. Januarja je SZO organizirala konferenco o duševnem zdravju z naslovom »Deklaracija o duševnem zdravju za Evropo«, skupaj z odobritvijo »Akcijskega načrta za duševno zdravje za Evropo«. Glavni cilj je bil postaviti temelje za razvoj politik duševnega zdravja v Evropi in predlagati potrebne ukrepe, da bi lahko oblikovali politike, ki varujejo dobrobit oseb s težavami v duševnem zdravju. Kot takojšen odziv na to pobudo in poziv k ukrepanju je Evropska komisija izdala Zeleno knjigo z naslovom »Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva: k strategiji na področju duševnega zdravja za Evropsko unijo«, da bi tako spodbudila izvajanje okvira, določenega na konferenci. V politiki je poudarjeno, da je pri načrtovanju intervenc na področju duševnega zdravja potreben obširen pristop, s čimer se tako zahteva sodelovanje med področji za vzpostavitev najustreznejšega in inovativnega načrta zdravljenja (stran 5). Posledično je Evropska komisija predlagala uvedbo platforme EU za duševno zdravje, ki bi spodbujala medsektorsko sodelovanje med različnimi akterji (stran 13). Poleg tega je SZO ustanovila Komisijo za socialne determinante zdravja, namenjene obravnavi socialnih dejavnikov, ki vodijo do zdravstvenih problemov, možnih neenakosti na področju zdravja in duševnega zdravja ter dejavnikov blagostanja deklet in žensk (CSDH, 2008).

Leta 2007 je Evropska opazovalna skupina za storitve zdravstvenega sistema in politik v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo izdala poročilo o politikah in praksah na področju duševnega zdravja po vsej Evropi. Ena od glavnih ugotovitev je bila, da kljub očitni škodi, ki nastaja zaradi številnih težav prebivalstva z duševnim zdravjem in bi morda lahko sklepali, da se bodo oblikovalci politik osredotočili na razvoj politik duševnega zdravja, da bi preprečili škodo, so raziskovalci/-ke ugotovili/-e, da je bil razvoj takih politik šibek. Omeniti velja tudi, da do takrat (2007) 37% evropskih držav sploh ni imelo politike o duševnem zdravju (str. 241). Poleg tega je SZO v letu 2007 izdala list z osnovnimi podatki za krepitev spodbujanja duševnega zdravja in izpostavila duševno zdravje kot temelj dobrega počutja. Cilj je bil spodbujati delovanje vseh držav in vključiti vse pomembne akterje v smeri delovanja za aktivno podporo in spodbujanje duševnega zdravja. Poleg tega je organizacija Mental Health Europe pozvala tudi evropske države in oblikovalce politik, naj vlagajo v razvoj in zagotavljanje podpornih mehanizmov, ki spodbujajo duševno zdravje in dobro počutje vseh

ljudi ter preprečujejo duševne motnje. Hkrati so bile evropske države pozvane, naj zagotovijo vse pravice in dostop do priložnosti za osebe s težavami v duševnem zdravju (stran 1).

Konferenca na visoki ravni EU je potekala v Bruslju leta 2008 in ob tej priložnosti je bil izdan a) Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje, v katerem je bilo opisanih pet prednostnih področij duševnega zdravja skupaj z b) dejstvom, da je bil potreben odločen politični korak, da bi duševno zdravje in dobro počutje postavili med ključne prednostne naloge (str. 3). Poleg tega so bile v istem letu (2008) izdane smernice EU za telesno dejavnost. Smernice so poudarile, da je telesna dejavnost ključnega pomena za vzdrževanje kognitivnega funkcioniranja, zmanjševanje tveganja za depresijo in anksioznost, izboljšanje samopodobe in samospoštovanja ter podpiranje ne samo kakovosti telesne, ampak tudi kakovosti duševnega življenja (str. 3). Poleg tega sta SZO in Evropska komisija izdali poročilo o politiki in praksi na področju duševnega zdravja v Evropi, da bi tako ocenili napredek v državah članicah od deklaracije in akcijskega načrta iz leta 2005. Rezultati so pokazali, da v evropskih državah obstaja raznolikost razvoj in izvajanje ukrepov, navedenih v akcijskem načrtu za duševno zdravje. Natančneje, rezultati so pokazali, da je 21 od 42 držav, ki so sodelovale v raziskavi, oblikovalo ločeno politiko duševnega zdravja, več kot polovica izmed 42 držav je od leta 2005 sprejela nove politike duševnega zdravja in samo 4 države so poročale, da nimajo nobene politike duševnega zdravja (str.11-15).

Leta 2009 je evropska sekcija SZO izdala poročilo o duševnem zdravju, odpornosti in neenakostih, v katerem je duševno zdravje predstavljeno kot osrednji element pri podpiranju in oblikovanju odpornih državljanov/-k in skupnosti. Poleg tega so poročila poudarila, da je poudarek na dejavnostih duševnega zdravja, ki se osredotočajo na dobro počutje prebivalstva, »pomemben premik k prepoznavanju prednosti spodbujanja in preprečevanja duševnih motenj, poleg prizadevanja za izboljšanje zdravljenja obstoječih motenj« (str. 6). SZO izpostavlja, da izboljšano duševno zdravje bistveno izboljša kakovost osebnega in socialnega življenja osebe. Glede na vlogo socialnega konteksta duševnega zdravja, je WHO Europe leta 2011 izdala poročilo o vplivih gospodarske krize na duševno zdravje, pri čemer je poudarila pomen, ki ga ima duševno zdravje za uspešno okrevanje evropskega gospodarstva (str. 2).

Leta 2011 je SZO izdala politiko Spodbujanje športa in krepitev zdravja v državah Evropske unije, pri čemer je bil poudarek namenjen dejavnostim za krepitev zdravja in pomenu športa za dobro počutje splošnega prebivalstva. Politika se je nanašala tudi na vključevanje invalidov v šport, a je pri tem vključila v prvi vrsti telesno invalidnost.

Leta 2013 je število poročil porastlo skladno s povečanim interesom za duševno zdravje in dobro počutje med zakonodajalci. SZO je tega leta izdala akcijski načrt za duševno zdravje, ki priznava pomembno vlogo slednjega za splošno zdravje prebivalstva, skupaj s ciljem doseganja enakosti z univerzalnim zdravstvenim zavarovanjem in poudarkom na pomenu preprečevanja. Poleg tega je SZO objavila poročilo »Dokazi za ukrepanje«, z namenom, da bi spodbudila investiranje v duševno zdravje. S tem je v ospredje postavila promocijo, zaščito in ponovno vzpostavljeno duševnega zdravja, ki ima ključno vlogo ne samo za posameznika, ampak tudi za skupnosti in družbo (str. 5). Poleg tega je SZO v poročilu izrazila mnenje, da lahko vlaganje v duševno zdravje izboljša zdravje in dobro počutje posameznikov/-ic in prebivalstva, pomaga pri varovanju človekovih pravic in izboljša gospodarsko učinkovitost. Avtorji/-ce so v poročilu omenili/-e, da je zakonodaja o duševnem zdravju v državah članicah EU odsotna ali zastarela, kar po njihovem mnenju krši pravice ljudi s težavami v duševnem zdravju (stran 16). Nadalje je leta 2013 v Litvi potekala konferenca, v kateri je bil prav tako priznan pomen duševnega zdravja za dobro počutje splošnega prebivalstva. Konferenca je naslovlila tudi pomanjkanje učinkovitih ukrepov za izboljšanje blaginje prebivalstva in preprečevanje duševnih motenj med evropskimi državami ter spodbujanje večsektorskega

sodelovanja za dosego tega cilja (stran 2). Poleg tega je pomen telesne dejavnosti pri vzdrževanju duševnega zdravja in spodbujanju dobrega počutja izpostavilo tudi priporočilo Sveta o spodbujanju zdravja, ki zajema vključevanje telesne dejavnosti v različne sektorje.

Evropska komisija je izdala pregled *Sistemov duševnega zdravja v državah članicah Evropske unije*, v katerem je bil omenjen tudi večji poudarek na politikah, ki spodbujajo duševno zdravje splošnega prebivalstva. Poleg tega je raziskava, ki je bila izvedena za namen poročila, pokazala nekaj zelo zanimivih informacij v zvezi z razvojem politik duševnega zdravja v Evropi. Natančneje, vseh 29 držav je poročalo, da imajo neko obliko zakonodaje o duševnem zdravju. Pri tem je sicer Estonija poročala, da nima politike v zvezi z duševnim zdravjem, čeprav je v splošni zdravstveni program vključenih nekaj omemb duševnega zdravja, ter tako Švedska kot Estonija nista imeli samostojnih politik za področje duševnega zdravja. Nekatere države so ravnokar začele razvijati politiko duševnega zdravja, kot npr. Slovenija, medtem ko so druge poročale, da duševno zdravje še vedno ni ena izmed prednostnih nalog (Bolgarija in Češka). Pri tem je potrebno omeniti, da sta imeli v času poročila dve tretjini držav duševno zdravje in dobro počutje med prioritetskimi nalogami (str. 456).

Nazadnje, kot odziv na povečano zanimanje in pozornost na področju duševnega zdravja so države EU v letu 2013 začele izvajati *Skupni ukrep za duševno zdravje in dobro počutje* v sodelovanju s 25 državami članicami, Islandijo in Norveško. Cilj skupnega ukrepa je bil prispevati k spodbujanju duševnega zdravja in dobrega počutja, preprečevanju duševnih motenj, izboljšanju oskrbe in spodbujanju socialne vključenosti duševnih motenj (<https://ec.europa.eu/>). zdravje / mentalno zdravje / eu_compass / jamhwb_en).

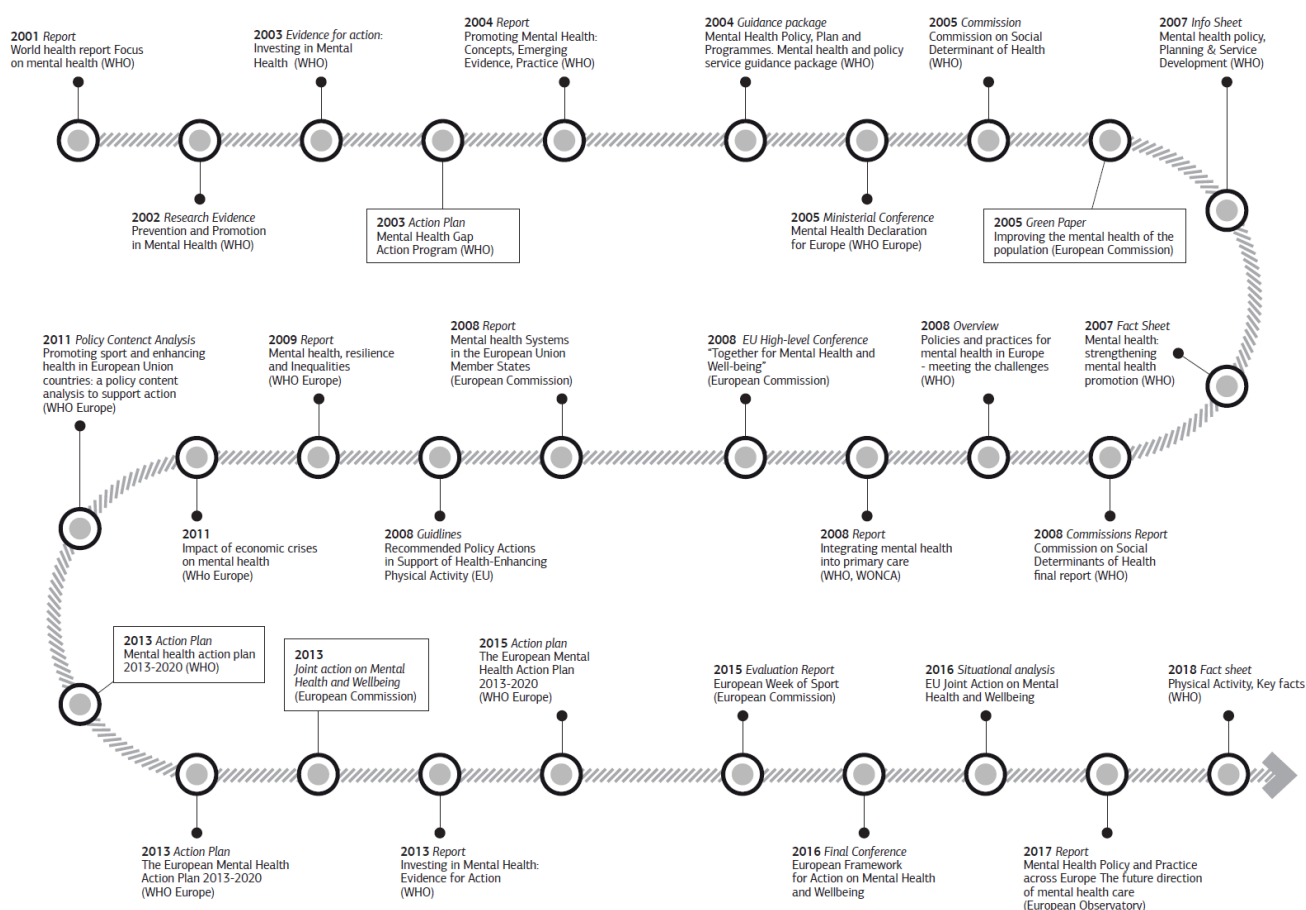
V poročilu, izdanem leta 2015 po *Evropskem tednu športa*, je bil poudarjen pomen telesne dejavnosti in uveljavljanja dobrega počutja evropskih državljanov/-k, da bi spodbudili športno aktivnost vseh državljanov/-k. Poleg tega je SZO izdala poročilo o akcijskem načrtu za duševno zdravje, v katerem je duševno zdravje omenjeno kot eden največjih izzivov javnega zdravja med evropskimi državami. Poleg tega je bil po vzpostavitvi *Skupnega ukrepa na področju duševnega zdravja in dobrega počutja* ustanovljen spletni mehanizem, imenovan *EU kompas za ukrepanje na področju duševnega zdravja in dobrega počutja*, za zbiranje, izmenjavo, analizo, spremljanje razvoja politik, dejavnosti in dobrih praks na področju duševnega zdravja in dobrega počutja med državami članicami (https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass_en).

Leta 2016 je bil izdan *Evropski okvir za ukrepanje na področju duševnega zdravja in dobrega počutja*, ki podpira dostop in sodelovanje v kulturnih in družbenih dejavnostih ter rekreacijskih dejavnostih na prostem in zelenih površinah, ter tako spodbuja duševno zdravje in dobro počutje (str. 7). V evropskem okviru je bilo predlagano, da bi bilo treba duševno zdravje »vključiti v politike na vseh ravneh, tj. na mednarodni, nacionalni, regionalni in lokalni ravni« (stran 16).

In nazadnje, *Letno poročilo EU kompasa za ukrepanje v zvezi z letnim poročilom o duševnem zdravju in dobrem počutju* (2016) je obravnavalo eno od najpomembnejših vprašanj v državah članicah EU, tj. neustrezen odziv na potrebe oseb z duševnimi motnjami (stran 5). Poleg tega so avtorji izpostavili, da se storitve, ki temeljijo na skupnosti, povezujejo z »večjim zadovoljstvom uporabnikov, boljšim sodelovanjem v družabnem življenju, višjo zadovoljenostjo potreb in bolj konsistentnim izvajanjem predlaganih načinov zdravljenja« (stran 5). Omeniti velja, da je bil v analizah dejavnosti, ki so jih države članice razvile v letih 2015-2016, zabeležen pomemben napredek pri doseganju cilja, ki sta ga določila *Evropski pakt in okvir za ukrepanje*. Več držav je razvilo ali posodobilo zakonodajo o duševnem zdravju, vendar so avtorji ugotovili, da na terenu še vedno obstajajo zakonodajni izzivi (stran 6). Natančneje so se v nekaterih državah osredotočili na reformo obstoječe zakonodaje o duševnem zdravju (npr. Finska, Danska, Slovenija, Italija, Nizozemska), v drugih na pripravo

nove zakonodaje (npr. na Slovaškem) in v tretjih na vključevanje novih konceptov v obstoječo zakonodajo (npr. Litva, Estonija, Portugalska, Španija in Turčija).

Razvoj politike v Evropski uniji grafično ponazarjamo s **sliko 1** spodaj.



Pri zgornjem opisu smo se osredotočali na razvoj politik v evropskih institucijah. Predstavitev razvoja politik za duševno zdravje in dobro počutje v državah članicah je veliko bolj zapletena in zahtevna naloga, ki presega obseg pričujoče analize. Kljub temu pa v Prilogi 1 dodajamo seznam politik za področje duševnega zdravja v državah članicah. Nadalje je iz zgornjih navedb razvidno tudi, da kljub povečani pozornosti in zanimanju, namenjenemu povezavi in vplivu športa, vadbe in telesne dejavnosti na duševno zdravje in dobro počutje splošnega prebivalstva na ravni politik ni bilo veliko. Kljub temu pa so nekatere evropske države razvile splošne smernice, nekatere pa so vključile telesno dejavnost v shemo zdravljenja, namenjenega osebam z duševnimi motnjami.

Prakse EU institucij in držav članic EU

Namen pričujočega poglavja je poiskati in zbrati razpoložljive prakse na področju telesne dejavnosti in duševnega zdravja, ki zajemajo eno ali več meril, ki smo jih navedli pri opisu metodologije. Namen naslednjih poglavij torej ni ovrednotiti ali oceniti razpoložljivih praks, ki so jih razvile institucije in izvajalci v Evropi. Naš cilj je delujočim tako na področju športa in telesne dejavnosti kot duševnega zdravja ponuditi izčrpen seznam praks, ki potekajo v

različnih državah članicah Evropske unije. Razvoj, ocena ali nadaljnji razvoj obstoječih praks je veliko bolj zahtevna in ambiciozna naloga ter zahteva enotnost in strokovno znanje strokovnjakov z različnih znanstvenih področij.

Poleg tega je bilo zaradi pomanjkanja razlikovanja med invalidnostjo telesnega izvora in motnjami v duševnem zdravju pri večini politik, opredeljevanje praks, ki so se nanašale na telesno dejavnost in vadbe prisotne na oddelkih za duševno zdravje, v skladu s štirimi merili, ki smo jih predstavili pri opisu metodologije, precejšen izziv. Treba je omeniti, da v državah izven Evrope, kot sta Avstralija ali Kanada, na primer obstajajo jasne razlike med različnimi praksami in zdravljenju oseb, ki se srečujejo z motnjami v duševnem zdravju. V Evropi se to razlikovanje še vedno razvija. V pričujočem pregledu, ki je potekal na daljavo, smo raziskali samo prakse, ki se izvajajo v državah članicah EU, in bodo predstavljene v Prilogi 2.

Kot je prikazano v tabeli v Prilogi 2, smo uspeli identificirati 95 praks, pri čemer je bilo največ praks v Združenem kraljestvu Velike Britanije (13), v Španiji (9) in na Irskem (8), po številu pa nato sledijo Italija (7), Nizozemska (7), Portugalska (6), Nemčija (5) in Danska (5). V petih državah (Ciper, Estonija, Luksemburg, Malta in Švedska) obstoječih praks nismo odkrili. V preostalih državah je bilo v objavah najti 1-4 prakse. Pri tem ni presenečenje, da je bilo največje število praks v skladu s kriteriji odkritih v Združenem kraljestvu Velike Britanije, saj je Velika Britanija ena redkih držav, ki so oblikovale smernice za strokovnjake/-inje na področju duševnega zdravja in medicine ter jim priporočajo, da telesno dejavnost vključijo v shemo zdravljenja (npr. dokument ustanove Royal College of Psychiatrists, objavljen aprila 2018 z naslovom »*Telesna dejavnost in duševno zdravje, Ministrstvo za zdravje (2018), Smernice za varovanje zdravja in duševnega zdravja; Zdravje v praksi*«).

Pri tem se je zanimivo izkazalo, da smo pri državah na jugu Evrope (Španija, Italija, Portugalska, Grčija) odkrili zmerno do visoko stopnjo števila praks, kljub temu, da naj bi bile navedene države glede duševnega zdravja bolj introvertirane.

Prav tako je pomembno izpostaviti, da je imela naša raziskava nekaj omejitev, tako glede nabora samih kriterijev kot sicer. To pomeni, da morda obstajajo tudi druge prakse, ki jih nismo uspeli odkriti ali ki niso ustrezale merilom, ki smo jih določili pri izboru metode.

Zaključki/predlogi

Na podlagi zgornjih ugotovitev v zvezi s politikami in praksami je očitno, da je na vseh področjih potrebno storiti še veliko, da se področje duševnega zdravja uradno poveže s področjem izvajanja in načrtovanja telesne dejavnosti, vadbe in športa. V procesu odkrivanja obstoječih politik smo ugotovili, da obstaja le šibka povezava med službami za duševno zdravje in telesno dejavnostjo v državah članicah EU, saj ima le malo držav smernice ali programe, ki podpirajo omenjeno povezovanje. V sektorjih, ki se tičejo zdravja oz. duševnega zdravja vsekakor obstaja potreba po osredotočanju na vzpostavitev in oblikovanje politik, ki poudarjajo pomen telesne dejavnosti za spodbujanje duševnega zdravja. Poleg tega je za spodbujanje skupnih ciljev bistveno izvajanje priporočil Evropske unije in prilagoditev teh politik s strani držav članic.

Druga ključna ugotovitev naše analize je bila, da je število praks v državah članicah EU, ki povezujejo in spodbujajo duševno zdravje s telesno dejavnostjo, še vedno omejeno. Zato bi se bilo potrebno osredotočiti na razvoj in komuniciranje praks na področju duševnega zdravja in telesne dejavnosti. Razmisliti bi veljalo npr. tudi o oblikovanju podatkovne zbirke, ki bi strokovnjakom/-injam omogočila lažji dostop do opisa različnih praks, analize in presojanja učinkovitosti slednjih ter komuniciranje z drugimi strokovnjaki/-njami s tega področja.

A naj na koncu omenimo, da se je v zadnjih letih oblikovala ugodna klima glede skrbi za duševno zdravje, prav gotovo tudi zavoljo poudarka Svetovne zdravstvene organizacije in Evropske unije na tem področju. Omenjena klima lahko omogoči razvoj novih sodelovanj in novih povezav na področju duševnega zdravja, izredno pomembnega področja za vse evropske državljane/-ke in evropsko gospodarstvo.

Priloga 1. Politike in strateški dokumenti

Naslov (ime) dokumenta	Kdo	Povezava
<i>Mental health: new understanding, new Hope.</i> <i>The World Health Report</i> »Duševno zdravje: novo razumevanje, novo upanje. Svetovno poročilo o zdravju.«	Svetovna zdravstvena organizacija (SZO)	http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
<i>Stop Exclusion - Dare to care.</i> »Dovolj izključevanja – drznite si, da vam je mar.«	SZO	http://www.who.int/world-health-day/previous/2001/files/whd2001_dare_to_care_en.pdf
<i>Prevention and Promotion in Mental Health.</i> »Preventiva in spodbujanje duševnega zdravja.«	SZO	http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf
<i>Investing in Mental Health</i> »Vlaganje v duševno zdravje.«	SZO	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1
<i>Mental Health Gap Action Program</i> »Zmanjševanje vrzeli na področju duševnega zdravja«	SZO	http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/
<i>Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, and Practice.</i> »Spodbujanje duševnega zdravja: koncepti, trenutne ugotovitve in praksa.«	SZO	http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
<i>Mental Health Policy, Plan and Programmes.</i> Politika duševnega zdravja, načrti in programi.	SZO	http://www.who.int/mental_health/policy/en/policy_plans_revision.pdf
<i>Mental Health Declaration for Europe: Facing Challenges, Building Solutions</i> »Deklaracija na področju duševnega zdravja Evrope: Soočanje z izzivi, ustvarjanje rešitev«	SZO, Regionalni odbor za Evropo	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf
<i>Mental health: strengthening mental health promotion.</i> »Duševno zdravje: krepitev spodbujanja duševnega zdravja«	SZO	https://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-Statement-on-Mental-Health-Promotion.pdf
<i>Mental health policy, Planning & Service Development info Sheet</i> »Strategija duševnega zdravja, informativni list za načrtovanje in razvoj storitev«	SZO	http://www.who.int/mental_health/policy/services/1_MHPolicyPlan_Infosheet.pdf
<i>Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health : Commission on Social Determinants of Health final report</i> »Premoščanje razlik v generaciji: Enakost na področju zdravja preko delovanja na socialne determinante zdravja: Zaključno poročilo Komisije za socialne determinante zdravja«	SZO	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=D9BA7894B79DCF68249D48E5D9F70944?sequence=1

<i>Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges.</i> »Politike in prakse na področju duševnega zdravja v Evropi – soočanje z izzivi«	SZO, Regionalni odbor za Evropo	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf
<i>Integrating mental health into primary care: a global perspective</i> »Vključevanje duševnega zdravja v primarno zdravje: globalna perspektiva«	SZO, WONCA	http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
<i>Mental health, resilience and Inequalities</i> »Duševno zdravje, odpornost in neenakosti«	SZO, Regionalni odbor za Evropo	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
<i>Impact of economic crises on mental health.</i> »Vpliv gospodarske krize na duševno zdravje.«	SZO, Regionalni odbor za Evropo	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
<i>Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action</i>	SZO, Regionalni odbor za Evropo	http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/147237/e95168.pdf
<i>Mental health action plan 2013-2020</i> »Akcijski načrt za duševno zdravje 2013-2020«	SZO, Regionalni odbor za Evropo	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1
<i>The European Mental Health Action Plan 2013-2020. (2013)</i> »Akcijski načrt za duševno zdravje na področju Evrope 2013-2020«	SZO, Regionalni odbor za Evropo	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf
<i>Investing in Mental Health: Evidence for Action</i> »Vlaganje v področje duševnega zdravja: dokazi za akcijo«	SZO	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1
<i>The European Mental Health Action Plan 2013-2020. (2015)</i> »Akcijski načrt za duševno zdravje na področju Evrope 2013-2020«	SZO, Regionalni odbor za Evropo	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf
<i>Physical Activity, Key facts.</i> »Telesna dejavnost. Ključna dejstva.«	SZO	http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
<i>Physical activity and health in Europe: evidence for action</i> »Telesna dejavnost in zdravje v Evropi: dokazi za akcijo«	SZO, Regionalni odbor za Evropo	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf
<i>Recommendation on policies promoting health-enhancing physical activity across sectors</i> »Priporočila za strategije za spodbujanje zdravju koristne telesne dejavnosti preko različnih sektorjev«	Svet Evrope	http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ%3AC%3A2013%3A354%3A0001%3A0005%3AEN%3APDF
<i>Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity</i> »Priporočeni strateški ukrepi za podporo zdravju koristne telesne dejavnosti«	Smernice EU-Delovna skupina EU "Šport in zdravje"	http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf

<i>European Pact for Mental health and Well-being</i> »Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje«	Evropska komisija	http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
<i>Joint action on Mental Health and Wellbeing</i> »Združeno delovanje za duševno zdravje in dobro počutje«	Evropska komisija	https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/jamhwb_en
<i>European Week of Sport - Evaluation Report</i> »Evropski teden športa - Evalvacijsko poročilo«	Evropska komisija	http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/documents/ewos-2015-evaluation-report_en.pdf
<i>European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing</i> »Evropski okvir za delovanje na področju duševnega zdravja in dobrega počutja«	Skupni ukrep EU za duševno zdravje in dobro počutje	https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf
<i>EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing</i>	Skupni ukrep EU za duševno zdravje in dobro počutje	https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP%20Final.pdf
<i>Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union</i> Zelena knjiga – Izboljšanje duševnega zdravja prebivalstva; proti strategiji duševnega zdravja Evropske unije	Evropska komisija	https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
<i>Council conclusions on 'The European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action</i> »Sklepi Sveta za »Evropski pakt za duševno zdravje in dobro počutje: rezultati in nadaljnji koraki«	Svet Evropske unije	https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/122389.pdf
<i>Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH)</i> »Sistem duševnega zdravja v državah članicah Evropske unije, status duševnega zdravja pri prebivalstvu in pričakovane koristi investiranja v preventivo ter spodbujanje duševnega zdravja v EU«		https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf
<i>White Paper on Sport</i> »Bela knjiga o športu«	Evropska komisija	http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0391&from=EN
<i>European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe</i> »Evropska strategija o invalidnosti 2010-2020: Obnovljena zaveza za Evropo brez ovir«	Evropska komisija	http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM%3A2010%3A0636%3AFIN%3Aen%3APDF

Developing the European Dimension in Sport »Razvoj evropske dimenzije v športu«	Evropska komisija	http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0012:FIN:EN:PDF
Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol »Konvencija o pravicah oseb z invalidnostjo in predlagani protokol«	Združeni narodi	http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf
The role of sport as a source of and a driver for active social inclusion »Vloga športa kot vira in sredstva za socialno vključevanje«	Svet Evrope	http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:326:0005:0008:EN:PDF%20
Mental Health Policy and Practice across Europe The future direction of mental health care »Politike in prakse na področju duševnega zdravja v Evropi: Prihodnost skrbi za duševno zdravje«	Evropski opazovalni urad	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107811/E89814.pdf?sequence=1
»Zdravstvena strategija Avstrije« »Zdravstveni cilji za Avstrijo« »Javno zdravje v Avstriji«	<u>Avstrija</u> OECD Državno ministrstvo za zdravje, družino in mlade Evropski opazovalni urad	https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Austria-March-2017.pdf https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/health-targets-austria.pdf http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/153868/e95955.pdf
»Zdravstvena strategija Belgije« »Belgijska nacionalna strategija za dobro počutje na delovnem mestu 2016-2020«	<u>Belgija</u>	http://www.oecd.org/belgium/Health-Policy-in-Belgium-February-2016.pdf file:///C:/Users/user/Downloads/05_NatStrat_final_EN.pdf
Zdravje Bolgarije 2020	<u>Bolgarija</u>	https://gateway.euro.who.int/en/country-profiles/bulgaria/
	<u>Hrvaška</u>	
Program »Šport za vse«	<u>Ciper</u> Športna zveza Cipra	http://ago.org.cy/archiki-selida/ago/

Nacionalne strategije za zdravstveno varstvo in podporo ter preprečevanje bolezni	<u>Republika Češka</u>	http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf
Zdravstveno varstvo na Danskem	<u>Danska</u>	https://www.sum.dk/English/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx file:///C:/Users/user/Downloads/DNK-Denmark_GR_Ministry_of_the_Interior_and_Health_2003-2003.pdf
Estonska koalicija za duševno zdravje in dobro počutje (VATEK)	<u>Estonija</u>	http://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/05/WHO_et-en_05689_Vaimse-tervise-strateegia_en_ED_C.pdf http://www.kul.ee/en/activities/sport
»Športni klub za zdravje (ACforH) – posodobljene smernice za športne dejavnosti v klubu« Politike in razvoj.	<u>Finska</u> Ministrstvo za izobraževanje in kulturo	https://www.scforh.info http://minedu.fi/en/policies-and-development-sport
»Duševno zdravje v Franciji« »Zdravstveno stanje na EU področju v Franciji«	<u>Francija</u>	https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/Argumentaire-sant--mentale-SK-EN.pdf https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_fr_english.pdf
»Nacionalna priporočila za telesno dejavnost in spodbujanje telesne dejavnosti« »Vladno poročilo o blagostanju v Nemčiji.« »Zdravje v Nemčiji – najpomembnejše novosti.«	<u>Nemčija</u> Državno ministrstvo za zdravje Nemška vlada	https://www.sport.fau.de/files/2015/05/National-Recommendations-for-Physical-Activity-and-Physical-Activity-Promotion.pdf https://buergerdiallog.gut-leben-in-deutschland.de/SharedDocs/Downloads/EN/LB/Government-Report-on-Wellbeing-in-Germany.pdf?__blob=publicationFile https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany_most_important_developments.pdf?__blob=publicationFile
Sports for all – »Šport za vse« Ψυχική & Δημόσια Υγεία Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία - 2008 - 2012	<u>Grčija</u> Univerza v Solunu, Ministrstvo za delo, socialno varnost in socialno podporo Ministrstvo za zdravje in socialno solidarnost	http://www.athlisigiaolous.gr/uploads/Odigos%20diaxeirisis%20PAGO.pdf http://www.epanad.gov.gr/default.asp?plD=37& file:///C:/Users/user/Downloads/ethniko%20drasis_.pdf
	<u>Madžarska</u>	

<i>Get Ireland Walking – Strategy & Action plan 2017-2020</i> »Spravimo Irsko na noge: Strategija in akcijski načrt 2017-2020« <i>Mental Health in Ireland: Awareness and Attitudes</i> »Duševno zdravje na Irskem: Ozaveščenost in odnos« <i>“Hi Healthy Ireland” A framework for improves health and wellbeing.</i> »Pozdravljena, zdrava Irsko« Okvir za izboljšanje zdravja in dobrega počutja <i>Get Ireland Active! National Physical Activity Plan for Ireland</i> »Aktivirajmo Irsko! Nacionalni načrt telesne dejavnosti za Irsko«	<u>Irsko</u> Sport Ireland <i>Health Service Executive</i> (organ, pristojen za vodenje javnih zdravstvenih storitev) Ministrstvo za zdravje in Ministrstvo za transport, turizem in šport	https://www.getirelandwalking.ie/_files/2017103145513_626b84f6.pdf https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HSP00612.pdf https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2016/01/Get-Ireland-Active-the-National-Physical-Activity-Plan.pdf
	<u>Italija</u>	
<i>Sports Policy Guidelines 2004-2009</i> »Smernice in strategija na področju športa 2004-2009«	<u>Latvija</u> Republika Latvija	http://vvc.gov.lv/index.php?route=product/search&search=Sports%20Policy%20Guidelines%20&category_id=60&sub_category=true&description=true
	<u>Litva</u>	
	<u>Luksemburg</u>	
	<u>Malta</u>	
<i>National policy document on health Health close to people</i> »Nacionalni strateški dokument, Zdravje blizu ljudem«	<u>Nizozemska</u> Ministrstvo za zdravje, socialo in šport (VWS)	file:///C:/Users/user/Downloads/health-close-to-people.pdf
<i>Wellbeing and public mental health on local level Norwegian policy.</i> »Dobro počutje in javno duševno zdravje na lokalni ravni - norveške politike« <i>Working together for physical activity –</i> »Povezovanje za povečanje telesne dejavnosti«	<u>Norveška</u> Norveško ministrstvo za zdravje in nego Ministrstva	http://www.nordiskfolkesundhedskonference.dk/media/1471/w1-arne-marius-fosse.pdf https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ki/de/hod/red/2006/0002/ddd/pdfv/269037-hod_kortversion_engelsk.pdf
	<u>Poljska</u>	
	<u>Portugalska</u>	
	<u>Romunija</u>	
	<u>Slovaška</u>	

Nacionalni program spodbujanja telesne dejavnosti za krepitev zdravja 2007-2012 Telesna dejavnost za zdravje	Slovenija Ministrstvo za zdravje	http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/angleska_verzija_MZ/HEPA-Slovenia-prevod_ang.pdf http://www.mz.gov.si/en/areas_of_work/public_health/healthy_lifestyle/physical_activity_for_health/
<i>Plan Integral para la Actividad Fisica Y El Deporte</i> -»Celostni načrt za telesno dejavnost in šport«	Španija	http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/plan-integral/LIBRO-PLAN-AD.pdf
<i>Public health and Sport objectives -</i> »Cilji za javno zdravje in šport«	Švedska Vladni urad Švedske	http://www.government.se/government-policy/public-health-and-sport/public-health-and-sport-objectives/
<i>Health Guide to Switzerland</i> - »Zdravstveni vodič za Švico« <i>Health-Enhancing Physical Activity in Adults Recommendations for Switzerland</i> - »Zdravju koristna telesna dejavnost pri odraslih; Priporočila za Švico« <i>Non commutable disease and physical activity</i> - »Neprenosljive bolezni in telesna dejavnost«	Švica Državni urad za javno zdravstvo (FOPH) Državni urad za šport Švicarski inštitut za tropske bolezni in javno zdravje	http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/eng_GWW_web_1_.pdf file:///C:/Users/user/Downloads/hepa_Merkblatt_Gesundheitswirksame_Bewegung_Erwachsene_EN.pdf https://www.swisstph.ch/de/topics/non-communicable-diseases/physical-activity/
<i>A manifesto for better mental health -</i> »Manifest za izboljšanje duševnega zdravja«	Združeno kraljestvo VB Skupina za strategijo na področju duševnega zdravja	https://www.mind.org.uk/media/1113989/a-manifesto-for-better-mental-health.pdf
<i>Mental Health Charter for Sport and Recreation -</i> »Strategija za duševno zdravje, šport in rekreacijo«	Združeno kraljestvo VB Urad podpredsednika vlade, Urad VB za kulturo, medije in šport, Urad VB za zdravje	https://www.gov.uk/government/news/deputy-prime-minister-launches-mental-health-in-sport-initiative https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing
<i>Mental Wellbeing -</i> »Duševno blagostanje«	Nacionalna zdravstvena služba Velike Britanije (NHS)	https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing https://www.gov.uk/government/consultations/changes-to-mental-health-act-1983-code-of-practice
<i>Wellbeing and mental health: Applying All Our Health -</i> »Dobro počutje in duševno zdravje: Vključevanje vseh področij zdravja«	Javno zdravstvo VB	https://www.gov.uk/government/publications/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health

<i>Physical Activity and Mental Health</i> »Telesna dejavnost in duševno zdravje«	Kraljevi kolidž psihiatrov Velike Britanije	https://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/treatments/physicalactivity.aspx
<i>Five steps to mental wellbeing-</i> »Pet korakov do duševnega blagostanja«	NHS Škotska (Velika Britanija)	https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing#get-active-for-mental-wellbeing
<i>Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011</i> »V smeri duševno cvetoče Škotske: Politika in akcijski načrt 2009-2011« <i>Mental Health in Scotland: Improving the Physical Health and Well Being of those Experiencing Mental Illness</i> »Duševno zdravje na Škotskem: k izboljšavi zdravja in dobrega počutja oseb s težavami v duševnem zdravju«	Škotska vlada Velike Britanije	http://www.gov.scot/Publications/2009/05/06154655/0 http://www.gov.scot/Publications/2008/11/28152218/16
<i>Introduction to the Mental Health Charter for Sport and Recreation – »Uvod k načrtu za šport in rekreacijo«</i>	Združenje Velike Britanije za šport in rekreacijo Recreation Alliance	https://www.sportandrecreation.org.uk/policy/the-mental-health-charter/introduction-to-the-mental-health-charter-for
<i>Exercise for depression - »Vadba za zdravljenje depresije«</i>	Nacionalna zdravstvena služba Velike Britanije (NHS)	https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/exercise-for-depression/
Ustava, člen 59. »Razvoj športa in arbitraža«	Turčija Turška ustava	https://global.tbmm.gov.tr/docs/constitution_en.pdf http://www.turkishculture.org/lifestyles/sports-228.htm

Priloga 2 : Tabela dobrih praks

Country	Organization /Entity	Title of Practice - Category
Austria	Pro Mente	Charity Football Tournament – Sport Event
Belgium	Department of Movement and Sports Sciences, Ghent University, Ghent	Interrelation of Sport Participation, Physical Activity, Social Capital and Mental Health in Disadvantaged Communities: - Research
	Te Gek!	From prison to CARE campaign internment - Awareness Campaign
	Ups&Downs	Walks – Physical Activity
	Parantee- Psylos	Move it -Physical Activity
	Parantee- Psylos	Provincial Football competition – Sport Event Calendar & Other Practices
Bulgaria	My World	Sport Event for people with mental disabilities – Sport Event
Croatia	PK Forca	Therapy Swimming – Physical Activity
Cyprus	Cyprus Sports for all (AGO)	Sport Programme for People with Special Needs – Sport Activities
Czech R.	Bohnice Psychiatric Hospital.	Urban Challenge 2018 – Physical Activity
	Bohnice Psychiatric Hospital.	Color Run – Physical Activity
	Vida	“How to go with us” – Physical Exercise Workshop
	Czech Union of Sport	Come and Sport with Us – Sport Events
Denmark	Opus	Use the Body in Psychiatry – Physical Exercise program
	DAI-Sport	Several Practices- Sport activities & Physical Exercise program
	DAI-Sport in cooperation with Municipalities	Sport for the Mind-Awareness Project
	Sports Festival for the Mind	Sports Festival for the Mind – Sport & Physical Exercise program
	IFK98/Fighters Idrætsfestiva	Several practices - Sport & Physical Exercise program
Estonia		
Finland	Finnish Confederation of Mental Health	Mental Health Championship – Sport Event
France	UNAFAM	Psycyclette – Sport Event
	French Federation of Adapted Sport	Sport Calendar- Sport & Physical Exercise program
	Schizo Espoir	The Strides – Sport Event
	Bicycle	Bicycle in the region – Physical Exercise Program

Germany	Don Bosco Aschau am Inn	Sport Therapy Groups – Sport as complimentary treatment
	VGS	Coping with Stress – Physical Exercise workshops
	Disabled Rehabilitation Sports Club Lörrach	Sports for mentally disabled people – Sport Activities
Greece	KSDEO EDRA	Panattica Sport Event for Mentally Ill – Sport Event
	EPAPSY	Three-point Shot against Stigma – Sport Event
	NGO “Regeneration & Progress,” with the exclusive support of the Stavros Niarchos Foundation	Sport Paths Program – Sport & Educative Awareness Activities
Hungary	A Revolution Hospital	Sport Therapy – Sport as complimentary treatment
Italy	Psychologists and Psychotherapeutes in Vicenza and Thiene.	Sport & Mental Training/EMDR Method – Sport activities
	Italian Sports Centre	Commission for Sport and Marginality – Sport Activities
	Francesko Pisco	Awareness in Motion – Physical Exercise program
	Psychiatric Users Association in Ferrara, in collaboration with public Mental r Department, the Municipality of Ferrara and UISP, the Italian Union Promoting Sport for All	Sport: A Possible Road toward Social Inclusion and Quality of Life - Sport Activities as part of study and research
	Italian Union of Sport for All - UISP	Matti per il calcio – Sport Event
	Italian Union of Sport for All (UISP) – Volleyball, and UISP Valle d’Aosta	Palio di Sant’Orso – Sport Event
	Servizio Sanitario Regionale (Emilia-Romagna)	MÀT – Settimana della Salute Mentale – Sport Activities as part of Mental Health week
Ireland	Mental Health Ireland	Woodlands for Health – Physical Exercise program
	The Gaelic Athletic Association	Healthy Clubs Project (HCP) – Sport & Awareness Activities
	The Irish Sports Council	Sports Council Challenge – Physical Exercise program
	the National Centre for Youth Mental Health	“Think Big” – Awareness project
	The Irish Rugby Football Union, Rugby Players Ireland	Tackle Your Feelings– Awareness project
	State of Mind Ireland	State of Mind – Education & Awareness project
	Cycle Against Suicide	Cycle Against Suicide- Sport Event

	Ulster University, in partnership with leading charity State of Mind Ireland	Sport & Mental Health program - Sport Activities
	Several Authors	Mental Health and Wellbeing Interventions in Sport - Peper
Latvia	Solvita Zemīte	Spiritual Growth or Meditation for the Movement – Physical Exercise Session
Lithuania	Zarasai Social Care Home	Sporting Activities – Sport as complimentary treatment
Luxemburg		
Malta		
Netherlands	SportGGZ	I am a Mindrunner- Physical Exercise program
	Stap Uit De Burnout	Get out of your Burn-Out- Physical Exercise program
	Bewegen voor je Brein	Moving for your brain – Communication and Awareness Platform
	Various Rotterdam Organizations	Move your fit, become visibly active - - Physical Exercise program
	Dennis Timp	Better in the saddle - Physical Exercise as complimentary therapy
	GGZ Centraal	Limitless – Sport Activities
	Professional Association Running Therapy Netherlands	Running to feel better - Physical Exercise program
Poland	Foundation “Disabled and Awaiting Help”	IX Integrative Sports Competition – Sport Event
Portugal	ANARP	Project “Tackle Stigma” – Sport Event
	AFUA	Socio-Occupational Units – Sport as a Complimentary therapy
	National Federation of Mental Illness Rehabilitation Entities	Walk for Mental Health - Physical Exercise program
	Association for the Support of Depressive and Bipolar Patients	Activities Espaço d'Arte – Physical Exercise Sessions
	GIS – Irmãs Hospitaleiras	“Stigma out of play” – Sport Event
	Fundação S. João de Deus - Casa de Saúde do Telhal	Golf Activities – Sport Activities
Romania	National University of Physical Education and Sport	‘Design and planning of leisure activities’ – Education Course
Slovakia	ZPP Radost	Dance and movement elements – Physical Exercise as complimentary therapy
	ZPP Radost	Ping pong Tournament – Sport Event
Slovenia	Slovenian Association for Mental Health	Sport Activities – Sport as complimentary therapy
	ALTRA-Committee for Mental Health News	Sport Activities– Sport as complimentary therapy
	Society for Mental Health and Creative Spent Free Time "VEZI"	Sport-Recreational Activities– Sport as complimentary therapy
Spain	Fundacion INTRAS	CLUB DUERO – Sport Activities
	FAISEM	Andalusian Sports and Mental Health Championship – Sport Event
	Association of Mental Health- FEAFES-HUELVA	“Mental Health with Sports” Race – Sport Event
	AEDIR- Spanish Sports	Sport & Mental Health Events – Sport and

	Association for Integration and Recovery	Physical Exercise as complimentary therapies
	FAISEM	Tiquitaca for Mental Health- Sport Event
	FEAFES- FAISEM	“Crazy for the Shot”- Sport Event
	Nueva Luz	“Walking” – Physical Exercise Program
	Clubojanco	Climbing - Physical Exercise Program
Sweden		
Turkey	Artvin Coruh University	Sport Activities
	Capoeira4Refugees	Capoeira program for refuge children –
UK	Mental Health Foundation	How to look after your mental health using exercise - Guidelines
	Edge Hill University	MSc Sport, Physical Exercise program and Mental Health – Education Course
	Sport England	Mental Health and Physical Activity – Sport Activities and Physical Exercise programs
	UK Coaching (in alliance with MIND)	Sport and Recreational Alliance (SRA) Mental Health Charter for Sport and Recreation – Sport activities and Physical Exercise programs
	MIND- For Better Mental Health	Several Practices – Sport Events and Physical Exercise programs
	England Athletics (in cooperation with MIND)	17 Minutes for me – Awareness Campaign
	England Athletics (in cooperation with MIND)	Run and Talk - Physical Exercise programs and Awareness project
	Physical Exercise program and health alliance	Mental Health Football UK – Sport Event
	Heads Together Org.	Several Practices – Sport Activities and Physical Exercise programs
	Sport in Mind Org.	Several Practices – Sport Events and Educational workshops & seminars
	British University and College Sports	Student Minds – Guidelines & Planning
	MeUnited	MeUnited – Sport Activities
	Sport England	Case Studies – Exchange of Knowledge & Awareness
Indicative EU Practices	In sport Project	In Sport+ - Several Sport Events & Activities
	MENS Project	“Life is Like A Bike” – EU Awareness Campaign
	EVENTS Project	1 st European Sport & Physical Exercise Event for Mental Health in Athens, hosting patients from 15 countries
	1 st European Sports Festival	Sport Events & Physical Exercise Programs in five countries
	European Culture and Sport Organization	Dream World Cup 2018 – Sport Event

Viri

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association. p. xxi
- Caldas de Almeida, J.M., Mateus P., Frasquilho, D. & Parkkonen, J. (2016). *EU Compass for Action on Mental Health and Wellbeing, Annual report 2016: Summary and Analysis of Key Developments in Member States and Stakeholders*. Funded by European Union https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co06_en.pdf.
- Council Of The European Union (2013). Council Recommendations on promoting health-enhancing physical activity across sectors. EU, Brussels
- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social Determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing (2016). European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing.
- European Commission, (2005). Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels.
- European Commission, (2008). EU High-level Conference "Together for Mental Health and Well-being" - European pact for mental health and well-being. Brussels
- European Commission, (2008). Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH). Brussels
- European Commission, (2013). Joint action on Mental Health and Wellbeing. Retrieved from : https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/jamhwb_en
- European Commission (2015). European Week of Sport- Evaluation Report. Brussels, http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/documents/ewos-2015-evaluation-report_en.pdf.
- European Commission (2016). European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. 2016. Luxembourg. Retrieved from: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications>.
- European Observatory on Health Systems and Policies series (2017). Mental Health Policy and Practice across Europe The future direction of mental health care. Edited by Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos & Graham Thornicroft. Published by Open University Press.
- EU Physical Activity Guidelines (2008). Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. Brussels.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Young, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, 45, 1343-1361.
- Gabriel, P. and Liimatainen, M.-R. (2000) Mental Health in the Workplace. Geneva: International Labour Organization.
- International Livestock Research Institute (ILRI) (1995). Livestock Policy Analysis. *ILRI training manual 2*. ILRI, Nairobi, Kenya, pp.264.
- Jané-Llopis, E. and Anderson, P. (2005). Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Lithuanian Presidency conference (2011). Mental health: Challenges and Possibilities, Conclusions. Vilnius, Lithuania, October 10-11, 2013.

- Merriam-Webster Dictionary (2018, April,18). Policy Definition. merriam-webster.com. Retrieved April 18, 2018, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/policy>.
- Oxford Dictionary (2018, April, 18). Practice Definition. en.oxforddictionaries.com Retrieved April 18, 2018, from <https://en.oxforddictionaries.com/definition/practice>.
- Public Health England (2018). Wellbeing and mental health applying all our Health. Retrieved from : <https://www.gov.uk/government/publications/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health>.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 964-974.
- Royal College of Psychiatrists (2018). Physical Activity and Mental health. Retrieved from: <https://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/treatments/physicalactivity.aspx>.
- The law dictionary (2018, April, 18). Policy Definition. thelawdictionary.org. Retrieved April 18, 2018, from <https://thelawdictionary.org/policy/>.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- World Bank (2002). World Development Report 2002: Building Institutions for Markets. Washington, DC: World Bank.
- World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Clinical Guidelines. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). Mental health: new understanding, new Hope. The World Health Report. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). Stop Exclusion - Dare to care. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2002). Prevention and Promotion in Mental Health. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2003). Investing in Mental Health. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, (2003). Mental Health Gap Action Program. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/.
- World Health Organization (2004). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. A report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2004). Mental Health Policy, Plan and Programmes. Mental health and policy service guidance package. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2005). Mental Health Declaration for Europe: Facing Challenges, Building Solutions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2007). Mental health: strengthening mental health promotion. *Fact Sheet 220.WHO; 2007*.
- World Health Organization (2007). Mental health policy, Planning & Service Development info Sheet. Retrieved from: http://www.portal.pmnch.org/mental_health/policy/services/1_MHPolicyPlan_Infosheet.pdf.
- World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.
- World Health Organization (2008). Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen.

- World Health Organization & WONCA (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva.
- World Health Organization (2009). Mental health, resilience and Inequalities. World Health Organization. Denmark.
- World Health Organization (2011). Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2011). Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action. Copenhagen: WHO
- World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization. Geneva.
- World Health Organization (2013). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen.
- World Health Organization (2013). Investing in Mental Health: Evidence for Action. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2015). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- World Health Organization (2018). Physical Activity, Key facts. Access through: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
- UN (2016) United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Retrieved from: http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf

02

RAZVOJ MODELOV TELESNE DEJAVNOSTI, ŠPORTNIH PRIREDITEV IN VADBENIH PROGRAMOV

Avtorji:

Karteroliotis K.,
Stavrou, N.,
Psychountaki, M.,
Skordilis, E.



HELLENIC REPUBLIC
**National and Kapodistrian
University of Athens**

SCHOOL OF
PHYSICAL SCIENCES
Greece

UVOD

Evropa se v zadnjih desetletjih sooča z izzivom hitrega porasta duševnih bolezni. Natančneje, duševne bolezni so odgovorne za skoraj 20% vseh bolezni v Evropi in 1 od 4 osebe ima v času življenja težave z duševnim zdravjem. Poleg tega se 6 od 20 držav z najvišjo stopnjo samomora na svetu nahaja v evropski regiji (SZO, 2017).

Ljudje z duševnimi težavami, kot so anksioznost, depresija, shizofrenija in bipolarna motnja, si prizadevajo izboljšati kakovost življenja z različnimi oblikami zdravljenja. Čeprav številne nedavne raziskave in klinične ugotovitve poudarjajo koristnost telesne dejavnosti kot alternativne preventivne strategije in prilagodile (dopolnilno ali dopolnilno) zdravljenje duševnih bolezni (npr. Firth idr., 2015; Rosenbaum idr., 2014), večina zdravnikov ne podpira njene uporabnosti. Trdijo, da telesna vadbane šteje za učinkovito obliko zdravljenja, razen za depresijo.

Poleg tega so izsledki nedavnih raziskav prišli do dokazov, da ima telesna aktivnost /vadbena potencial za izboljšanje duševnega in telesnega zdravja pri posameznikih z depresijo in psihičnimi motnjami (Firth idr., 2015; Rosenbaum idr., 2014). Prav tako je bilo ugotovljeno, da telesna aktivnost / vadba zmanjša slušne halucinacije in izboljša vzorce spanja ter stopnjo samozavesti pri posameznikih diagnosticiranih s shizofrenijo (Firth idr., 2015, Kimhy idr., 2015).

Raziskave na ljudeh z motnjami v duševnem zdravju kažejo, da je telesna vadba in vadbeni program pomemben za izboljšanje telesnega zdravja posameznikov. Literatura pravi, da ti ljudje umrejo 16 do 20 let prej kot splošna populacija, zaradi težav povezanih s slabim dostopom do zdravstvene oskrbe, slabe prehrane, telesne teže, kajenja in malo ali nič telesne dejavnosti (Saha idr., 2007).

Nazadnje, telesna aktivnost velja za učinkovito orodje za zdravljenje duševnih motenj, ker je: (a) stroškovno učinkovita nadomestne strategija tistim, ki raje ne uporabljajo zdravil ali ki ne morejo dostopati do zdravljenja, (b) je povezana z minimalnimi škodljivimi stranskimi učinki,

(c) posameznik jo lahko vzdržuje nedoločen čas, in (d) sposobna hkrati izboljšati telesno in duševno zdravje ter se spopasti z duševnimi boleznimi (Taylor in Faulkner, 2010).

Opredelitev problema

Namen izjave o problemu je razprava o koristnih učinkih telesne dejavnosti / vadbe, kot so aerobna vadba, hoja, joga itd., na posameznike s težavami v duševnem zdravju. Natančneje, raziskave in klinične ugotovitve so pokazale, da fizična aktivnost in telesna vadba pozitivno vplivata na različne psihološke probleme, kot so samospoštovanje, občutek domišljije, tesnoba in depresija ter različne hude duševne bolezni, kot so shizofrenija, shizo-afektivne motnje in bipolarni motnje. Poleg tega obstajajo dokazi, da se osebam s težavami v duševnem zdravju, ki se sistematično ukvarjajo s programi telesne dejavnosti / telesne dejavnosti, izboljšuje njihovo fizično in zdravstveno stanje ter kakovost življenja.

Mednarodna klasifikacija funkcioniranja, invalidnosti in zdravja - ICF (SZO, 2001) je bila uporabljena kot širok okvir v tem dokumentu (Khan in Pallant, 2011). ICF je razvila Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) zaradi zamenjave zastarele mednarodne klasifikacije slabosti, invalidnosti in hendikepa (ICIDH) s sodelovanjem z različnimi zainteresiranimi stranmi iz več držav in kultur (Jelsma, 2009). Splošni koncept ICF "združi" medicinske in socialne vidike v "bio-psihosocialni model" in gleda na invalidnost z interakcijo bioloških, osebnih in družbenih dejavnikov (Li idr., 2016). Invalidnost se opisuje kot zmanjšanje delovanja, povezanega z boleznijo (npr. duševno zdravje, poškodbo hrbtenjače, itd.), ki lahko vpliva na kontekstualne dejavnike (okoljske in osebne) ter vodi posameznike, da doživljajo omejitve dejavnosti in omejitve udeležbe v vsakdanjem življenju.

Osnovne definicije

Duševno zdravje

Duševno zdravje je opredeljeno kot dobro počutje, v katerem vsak posameznik uresničuje svoj potencial, lahko obvlada normalni stres življenja, dela produktivno in plodno in lahko prispeva k svoji skupnosti (SZO, 2004). Pozitivna razsežnost duševnega zdravja je poudarjena v definiciji zdravja SZO, ki jo vsebuje njegova ustava: "Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnosti bolezni ali slabosti". Duševno zdravje je temelj razmišljanja, komunikacije, učenja, odpornosti in samozavedi posameznika. Duševno zdravje je tudi ključ do odnosov, osebnega in čustvenega počutja ter prispevka k skupnosti ali družbi. Duševno zdravje vključuje učinkovito delovanje v vsakodnevnih dejavnostih, ki prinašajo produktivne dejavnosti (delo, šola, skrb za nego), zdrave odnose in sposobnost prilagajanja spremembam in obvladovanje težav.

Fizična aktivnost - telesna vadba

SZO opredeljuje fizično aktivnost kot vsako telesno gibanje, ki ga proizvajajo skeletne mišice, ki zahteva porabo energije - vključno z dejavnostmi, ki se izvajajo med delom, igranjem, opravljanjem gospodinjskih opravil, potujočimi in rekreativnimi dejavnostmi. Redna zmerna intenzivna telesna aktivnost - hoja, kolesarjenje ali šport - ima znatne koristi za zdravje (SZO, 2017).

Izraz "telesna dejavnost" se ne sme zamenjati z "vadbo", ki je podkategorija telesne dejavnosti, in je načrtovana, strukturirana, ponavljajoča in ima za cilj izboljšati ali vzdrževati eno ali več sestavin telesne pripravljenosti. Poleg telesne vadbe ima kakršna koli druga telesna dejavnost, ki se izvaja v prostem času, za transport iz enega kraja do drugega, ali kot del dela posameznika, korist za zdravje. Poleg tega telesna aktivnost z zmerno in intenzivno intenzivnostjo izboljša zdravje (SZO, 2017).

Fizična dejavnost spodbuja dobro počutje, telesno in duševno zdravje, preprečuje bolezni, izboljšuje družbeno povezanost in kakovost življenja, zagotavlja gospodarske koristi in prispeva k okoljski trajnosti. Skupnosti, ki podpirajo telesno dejavnost za zdravje, lahko na različne dostopne načine, v različnih okoljih in v življenju dosežejo številne koristi.

Torontoova listina za telesno dejavnost (2010) opisuje štiri ukrepe, ki temeljijo na devetih vodilnih načelih, in poziva vse države, regije in skupnosti, naj si prizadevajo za večjo politično in družbeno zavezanost k podpori telesne dejavnosti za izboljšanje zdravja za vse (Bull, Gauven, Bauman, Shilton, Kohl, in Salmon, 2010).

Šport

Dejavnost, ki vključuje fizični napor in spretnost, v kateri posameznik ali skupina tekmuje drug proti drugemu za zabavo. Priložnost, v kateri ljudje tekmujejo v različnih atletskih dejavnostih (Oxford Living Dictionary).

Šport v Združenem kraljestvu ali šport v ZDA je običajno konkurenčna telesna dejavnost, ki si s priložnostnim ali organiziranim sodelovanjem prizadevajo uporabljati, vzdrževati ali izboljševati fizične sposobnosti in spretnosti, hkrati pa uživati, v nekaterih primerih pa tudi predstavljati zabavo za gledalce (Wikipedia).

Motivacija

Redno vključevanje v telesne dejavnosti in vadbene programe lahko pomaga posameznikom z blagimi in hudimi duševnimi težavami, izboljšati njihovo fizično in duševno zdravje ter kakovost življenja.

Metode / Postopek / Pristop

Cilj tega dela je bil določiti splošne smernice, ki temeljijo na nedavnih znanstvenih dokazih, ki podpirajo učinek telesne aktivnosti in vadbe na posameznike s težavami z duševnim zdravjem (MHP). Za doseg tega cilja je bil opravljen pregled literature, ki je sledil navodilom Ackley, Swan, Ladwig in Tucker (2008). Po Ackley idr. (2008) na različne vrste znanstvenih vprašanj lahko odgovorijo različne vrste raziskav. Podporno raven dokazov (LOE), ki se pogosto imenuje hierarhija dokazov, zagotavljajo študije z različno metodološko kakovostjo. Najvišjo stopnjo dokazov zagotavljajo sistematični pregledi ali metaanalize, ki jim sledijo randomizirana kontrolna preskušanja (RCT), kontrolna preskušanja brez randomizacije (kvazi eksperimentalne) itd. Na podlagi zgornjih sistematičnih pregledov z intervencijami, ki vključujejo telesno aktivnost in vadbo za zdravljenje so upoštevali posameznike z MHP. Vključena je bila široka strategija iskanja, vključno s kombinacijo ključnih besed (npr. "Telesna dejavnost", "vadba", "zdravje", "rekreacija", "duševno zdravje", "bolniki s težavami v duševnem zdravju", "demenca", "bipolarna motnja", "anksiozna motnja", "depresija"), v zbirkah podatkov Scopus, PubMed in Cochrane.

Pregled literature

Razmerje med telesno vadbo in pojavom depresije: raziskave

Učinek vadbe na depresijo je bil predmet raziskav več desetletij, literatura na to temo pa se je v zadnjih letih povečala. V kliničnih smernicah priporočamo telesno aktivnost in vadbo kot eno izmed možnosti, ki jih ponujamo bolnikom z depresivnimi simptomi ali blago do zmerno stopnjo depresije (Cleare, Pariante, Young, Anderson, Božič, Cowen idr., 2015, Ekkekakis, 2015). To priporočilo temelji na predpostavki, da lahko vadba služi kot psiho-faktični faktor za zdravljenje bolnikov, ki imajo mešanico duševnih in telesnih zdravstvenih težav. Terapija z vadbo izboljša podobo telesa, strategijo pacientovega ravnanja z negativnimi čustvi, kakovostjo družinskega in delovnega življenja ter neodvisnostjo pri dejavnostih vsakdanjega življenja (Knapen, Vancampfort, Morien, Marchal, 2015). Uporabo drugačnega pristopa so preiskovali Stubbs, Vancampfort, Firth, Schuch, Hallgren, Smith idr. (2018) s povezavo med sedentarnim vedenjem in depresijo pri 42.469 osebah, in so bili analizirani v študiji Svetovne zdravstvene organizacije o globalnem staranju in zdravju odraslih. Rezultati so pokazali, da je sedentarni način življenja negativno povezan z izkušnjami depresije posameznikov. Natančneje, ljudje z depresijo so vsakodnevno preživeli približno sedem dni sedentarni, kot ne-depresivni udeleženci, ki se je za odrasle, starejše od 65 let povečalo na 35 minut. Povezava med sedentarnim načinom življenja in depresijo se je povečala pri višjih nivojih sedentarnega vedenja in natančneje, ko je trajala več kot 8 ur na dan.

Na podlagi prejšnjih ugotovitev je Kraljevska Avstralska in Novozelandska psihiatrična šola (Malhi, Bassett, Boyce, Bryant, Fitzgerald, Fritz idr., 2015) omenila, da je pomanjkanje vadbe prepoznano kot "sredstvo, ki lahko potencialno niža razpoloženje. "Kot tak je to dejavnik, ki ga je treba obravnavati pri stopnjah zdravljenja:" je razlog, da je treba tako za dobro počutje kot splošno zdravstveno dobro počutje sedentarnih bolnikov aktivno spodbujati, da se redno gibljejo "(str. 1119). Zdravljenje "Korak 1" (psihološka terapija ali farmakoterapija) je treba uvesti le, če se ukrepi "korak nič" izkažejo za nezadostne (Ekkekakis in Murri, 2017, str. A2).

Na podlagi širokega kliničnega in teoretičnega znanja o vadbi in depresiji so raziskovalci opazili, da bi vadba lahko drugače vplivala na različne stopnje depresije. Pozitiven učinek vadbe je bil podprt in dobro uveljavljen za subpresivne depresivne simptome ali blago do zmerno depresijo. Poleg tega so nedavne metaanalitične in pregledne študije pokazale, da lahko vadba zmanjša stopnjo depresije pri odraslih z močno depresivno motnjo (MDD) (Nasstasia, Baker, Halpin, Hides, Lewin, Kelly, Callister, 2018). Glede na omejitve in dostopnost sedanjih pristopov psihološkega in farmakoterapevtskega zdravljenja je nujno treba razširiti možnosti zdravljenja za mlade z MDD. Ker v nekaterih primerih obstaja znatna razlika med različnimi stopnjami depresije, je kanadska mreža za zdravljenje in anksioznost (Ravindran, Balneaves, Faulkner, Ortiz, McIntosh, Morehouse idr., 2016) priporočila vadbo kot "prvo linijo terapije za blago zmanjšanje glavne depresivne motnje in kot drugo linijsko dodatno zdravljenje za zmerno do hudo glavno depresivno motnjo" (str. 579).

Poleg zgoraj omenjenih ,metaanalitične in pregledne študije močno potrjujejo trditev, da je vadba z dokazi podprta oblika zdravljenja motnje majhne do srednje in velike depresije (MDK) (Schuch, Vancampfort, Richards, Rosenbaum, Ward, Stubbs, 2016). Večji učinki so bili opaženi pri posegih v telesu v MDD, z aerobno vadbo, z zmernimi in močnimi intenzivnostmi, v nenadzorovanem in nadzorovanem okolju, ki ga izvajajo strokovnjaki. Na podlagi tega se zdi, da ima vadba pomemben antidepresivni učinek na ljudi z depresijo (vključno z MDD). V nekaterih primerih prejšnje raziskave niso pokazale učinka vadbe na depresijo, vendar so nedavne metaanalize morda podcenile koristi vadbe zaradi pristranskosti objave (Ekkekakis, 2015). Na koncu so ugotovitve raziskav podprle tudi, da je bila tudi redna vadba v prostem času povezana z zmanjšano incidenco depresije v prihodnosti (Harvey, Øverland, Hatch, Wessely, Mykletun, Hotopf, 2018). Večina tega zaščitnega učinka je prišlo pri nizki stopnji vadbe in je bila opažena ne glede na intenzivnost depresivnih simptomov. Po prilagoditvi je delež, ki se pripisuje populaciji, nakazal, da bi bilo ob predpostavki, da je razmerje vzročno, 12% prihodnjih primerov depresije mogoče preprečiti, če bi se vsi udeleženci ukvarjali z vsaj eno uro fizične aktivnosti na teden.

Razmerje med treningom in anksioznostjo: Raziskave

Čeprav je le malo raziskav populacije merilo anksiozne motnje, lahko spremembe v življenjskem slogu, kot je povečanje ravni telesne aktivnosti, pozitivno dopolnjujejo zdravljenje. Meta-analiza vadbe in zmanjšanja anksioznosti, ki ga je izvedel Petruzzello idr. (1991), poroča o majhnem do zmernem učinku programov telesne dejavnosti v zvezi z anksioznostjo. Druga meta-analiza, ki so jo izvedli Wipfli, Rethorst in Landers (2008), je preučila učinke vadbe na anksioznost in poročala o zmanjšanih tesnobe med vadbenimi skupinami kot v skupini brez vadbe. Poleg tega so vadbene skupine pokazale večje zmanjšanje anksioznosti v primerjavi s skupinami, ki so prejele alternativne oblike zdravljenja za anksiozno.

Kot so Azevedo Da Silva idr. (2012) poročali, so aktivni posamezniki v primerjavi z neaktivnimi pokazali manj simptomov tesnobe. Jayakody Gunadasa in Hosker (2014) sta ugotovila, da bi vadba lahko zmanjšala simptome anksioznih motenj, kot sta panika in socialna fobija. Vendar pa niso mogli sprejeti sklepov o optimalnem načinu ali intenzivnosti vadbe.

V okviru Nacionalne raziskave o komorbidnosti v ZDA je Goodwin (2003) izmeril vrsto anksioznih motenj in njihov odnos do telesne aktivnosti. Rezultati so pokazali pomembno povezavo med redno telesno dejavnostjo in manjšo razširjenostjo hude depresije, napadov

panike, socialne fobije, specifične fobije in agorafobije. Poleg tega je ta študija dokazala učinek odziva na odmere, pri tistih, ki so poročali o najvišji telesni aktivnosti in poročajo o najmanjši prevalenci duševnih motenj.

Herring, O'Connor in Dishman (2010) so izvedli sistematičen pregled študij, ki so pri bolnikih s kroničnimi zdravstvenimi stanji uporabljale vadbo kot zdravljenje simptomov tesnobe. Našli so obetavno novo linijo raziskav, ki bi lahko pomagala mnogim bolnikom pri soočanju s simptomi tesnobe. Poleg tega so Herring, Jacob, Suveg, Dishman in O'Connor (2012) izvedli intervencijsko študijo pri bolnikih z diagnozo generalizirane anksiozne motnje. Raziskovalci so ugotovili, da so vadbene skupine (odpornost in aerobna vadba) zmanjšale zaskrbljujoče simptome v primerjavi s kontrolno skupino.

Nazadnje, v psihološki literaturi o vadbi se zdi, da zmanjšanje tesnobe zaradi telesne aktivnosti traja dlje v primerjavi z ekskluzivnim svetovanjem ali zdravljenjem. Vadba lahko posameznika naredi bolj odpornega proti stresu, posamezniki, ki sodelujejo v telesnih dejavnostih, se lahko bolje soočajo z vsakodnevnimi težavami in stresnimi situacijami.

Vadba in shizofrenija: raziskave

Fizična aktivnost (PA) in vadba se zaznavata kot temelj za preprečevanje bolezni srca in ožilja ter s tem povezane stopnje smrtnosti zaradi nezdravih prehrabnih navad, sedentarnega načina življenja, povečanja telesne teže, diabetesa, metabolnega sindroma, zlorabe alkohola in tobaka itd. Najpogostejše uporabljena oblika PA je aerobna vadba in obstaja precejšen del novejših literature, ki preučuje pozitiven učinek aerobike na posameznike s shizofrenijo. Teorija zgornje špekulacije leži v prejšnjih raziskavah, ki kažejo, da aerobna vadba vpliva na pozornost, spomin in izvršilno funkcijo s spodbujanjem nevroplastičnosti. Vadba poveča volumen hipokampus in integriteto bele snovi. Nadaljnje raziskave pri bolnikih s shizofrenijo so pokazale, da je fizična aktivnost / vadba povezana z izboljšanimi kognitivnimi sposobnostmi, večjo količino bele in sive snovi ter nevrotrofičnim faktorjem hipokampalnega volumna (BDNF), ki spodbuja plastičnost možganov. V skladu s tem so bile proučene najnovejše meta analitične študije, študije pregledov in RCT za zdravljenje bolnikov s shizofrenijo z vadbo. Cilj je bil povzeti nedavno literaturo in zagotoviti smernice raziskovalcem, kliničnim delavcem in strokovnjakom, ki se ukvarjajo s potrebami posameznikov s shizofrenijo.

Firth idr. (2017) je našel pozitivne rezultate aerobike in trdil, da so za doseganje večjih koristi potrebni posegi z uporabo višjih odmerkov (minut na teden) v nadzorovanih okoljih s specializiranimi strokovnjaki. Pozitivni rezultati so bili razvidni tudi iz številnih študij RCT z različnim trajanjem (npr. 6 tednov, 8 tednov, 12 tednov, 6 mesecev), moduli vadbe (npr. Trening tekalne steze, aerobno in anaerobno treniranje moči, trening odpornosti), pogostostjo (npr. 2 ali 3-krat na teden) in stopnjo intenzivnosti (npr. Heggelund idr., 2011; Scheewe idr., 2012; Strassing idr., 2012). Zato se zdi, da je vsaka oblika vadbe lahko koristna, vendar je potrebna previdnost pri smernicah, ki jih je predstavil Vancampfort idr. (2015) za načrtovanje intervencijskih programov za osebe s shizofrenijo. Te smernice trdijo, da so empatija in spodbujanje pomembna vprašanja med celotnim posegom, saj se bolniki pogosto bori z ambivalentnostjo in dvomom o njihovih sposobnostih.

Nujno je ustvariti intervencije, ki temeljijo na preferencah pacientov, in razviti individualizirani načrt ob upoštevanju ovir, s katerimi se soočajo pacienti (fizični, kognitivni in čustveni). Bolniki morajo razviti individualne in dosegljive cilje, prilagodljive glede na njihovo fizično aktivnost, stranske učinke psihotropnih zdravil, zaznano napetost in splošno toleranco vadbe. Poleg tega primerjave med kolegi niso uporabne in strokovnjak se lahko osredotoči na lajšanje osebnih razlogov, da sodeluje in je aktiven zaradi pozitivne izkušnje same dejavnosti in ne za dolgoročni in cilj (na primer zmanjšanje teže). Namesto tega je poudarjanje kratkoročnih koristi bolj izvedljiv pristop, idealno po vsaki seji. Razvoj identitete v aktivno osebo je bistvenega pomena in včasih je treba spodbujati spreminjanje ciljev. Strokovnjaki bodo morda morali prositi za podporo (npr. Družinske člane in prijatelje) in z njimi razpravljati o težavah, povezanih z ovirami za udeležbo.

Razmerje med vadbo in bipolarno motnjo: Raziskave

Poleg skupnega farmakološkega zdravljenja so bili pri bolnikih z bipolarnimi motnjami (BM) vadba in telesna dejavnost opredeljeni kot nefarmakološki poseg zaradi vnetnega učinka vadbe. Raziskovalci na tem področju se strinjajo, da imajo bolniki z BM pomembno občutno nižje ravni dnevne telesne dejavnosti (TD), glede na smernice ASCM. Zmanjšana PA je bila povezana z več sekundarnimi zdravstvenimi stanji, kot so diabetes tipa II, metabolični sindrom, kardiovaskularne bolezni (CVD), povečana teža in možganska kap. Sekundarni zdravstveni pogoji in povečano tveganje za fizične zdravstvene težave vplivajo na potek bolezni, povečano tveganje za ponavljajoče se epizode, pogoste hospitalizacije, nezdrave prehranske vzorce, fizično neaktivnost, ponovitev depresije, kajenje, zloraba substanc, samoučinkovitost in splošno zmanjšanje stroškovne učinkovitosti terapevtskih posegov.

V skladu s tem so predstavljeni rezultati meta analitičnih in preglednih študij, ki zagotavljajo splošne smernice za raziskovalce, klinike in praktične delavce, ki obravnavajo potrebe bolnikov z BM. Bauer idr. (2016) je opisal terapevtske posege na prehrano, TD in dobro počutje za posameznike z BM. Intervencije so se razlikovale v : času trajanja (od 12 tednov do 24 mesecev), glavnih rezultatih (npr. BMI), oceni avtonomnega delovanja (npr. Krvni tlak), ravni glukoze, holesterola, kakovosti življenja, kakovosti spanja, telesne vadbe, misli o dieti, izgubi teže, razpoloženju, vnetju (npr. C-reaktivni protein) itd. Raziskovalci so ugotovili, da so intervencije privedle do zmanjšanja telesne teže, zmanjšane diastoličnega krvnega tlaka, zmanjšane resnosti maničnih epizod, povečane ravni energije in telesne aktivnosti, izbire itd. Te spodbudne ugotovitve so vključevale individualizirano pregledovanje in treniranje, sprejetje in vzdrževanje vedenjskih sprememb, trajno vključevanje in izbiro primarnih ciljev (npr. skupna skrb za življenje - LGCC).

Pozitivne ugotovitve so poročali iz študij RCT, ki so preučevali angažiranje TD pri različnih ukrepih, kot so BMI, telesna masa, holesterol, ravni glukoze, obseg pasov, izboljšanje razpoloženja, manične epizode, depresivne simptome, kakovost spanja, podaljšano angažiranje v TD, dobro počutje, pravilno prehrano itd. (Gillhof idr., 2010; Goldstein idr., 2011; Kilbourne idr., 2013). V teh študijah so bili uporabljeni različni posegi glede na vsebino (npr. Motivacijska intervencija, samoupravljanje bolnikov s cilji fizičnega zdravja - skupna nega življenjskih ciljev, LGCC) in trajanje (od 3 do 24 mesecev).

Razmerje med vadbo in demenco: Raziskave

Raziskovalci so trdili, da se nefarmakološke intervencije, kot so telesna dejavnost (TD) in vadba, pojavljajo kot alternativno zdravljenje bolnikov z demenco. Koristni učinek TD na kognitivno in fizično funkcijo je opisan z induciranimi nevrološkimi spremembami v cerebralnih strukturah. Izboljšanje ravni nevrotrofinov, nevrogeze, vaskularizacije, povečanega obsega predfrontalne skorje in sprednjega hipokampus v možganih lahko razloži ugodne učinke. Poleg tega lahko TD posreduje tudi pri nevroinflamaciji, zavira disfunkcijo nevronov in celo zmanjša agregacijo patogenih proteinov, ki so odgovorni za bolezen.

V pričujočem članku smo poskušali povzeti nedavno literaturo in prikazati koristen učinek telesne aktivnosti (TD) na zdravljenje posameznikov z demenco in s tem povezanimi hudimi duševnimi boleznimi (npr. Alzheimerjeva bolezen, hude duševne bolezni, Parkinson). Ugotovitve raziskav so bile očitne, z uporabo različnih intervencijskih modulov in trajanja ter z zagotavljanjem koristnih smernic za raziskovalce in praktične delavce. Riemersma-vander Lek et al. (2008) je preučil učinek močne svetlobe pri skupini bolnikov z demenco in poročal o dobljenih rezultatih pri ocenjenih rezultatih (telesna aktivnost in aktivnosti vsakodnevnega življenja). Ancoli-Israel et al. (2002) je preučil učinek dveh ur sej pri dnevni svetlobi v kombinaciji z 2-urnim večernimi svetlobnimi sejami in predpisi o omejitvah spanja ter poročal o znatnem povečanju ravni TD za vključene bolnike SMI. Holmes et al. (2006) je uporabil zaporedje glasbe v živo, posnetih glasbenih in tihih obdobj (po 30 minut) in preučil njihov učinek pri vključevanju bolnikov z demenco v TD. Raziskovalci so poročali, da je bila vključenost v TD višja pri glasbi v živo in nižja pri posneti glasbi (Holmes et al., 2006). Sixsmith in Gibson (2007) sta poročali o boljši udeležbi bolnikov z demenco pri dejavnostih, ki so osebno spodbudne, individualizirane in pomembne za njih. Cioffiet al. (2007) je proučil

učinek dekorativnega okolja z neomejenimi površinami, velikimi okni in večsenzornimi prostori ob vključevanju bolnikov z demenco pri TD. Raziskovalci so odkrili boljše sodelovanje v TD in dejavnosti vsakodnevnega življenja in ugotovili, da neomejena narava okolja zagotavlja svobodo sprejemanja in angažiranja pri vsakodnevni dejavnostih (Cioffietal., 2007).

Beebe in sodelavci (2011) so opravili 16-tedenski program hoje, trikrat na teden, glede na prisotnost, vztrajnost in skladnost bolnikov s hudo duševno boleznijo (SMI). Raziskovalci so poročali o povečanju vztrajnosti in skladnosti z zahtevami programa. Bodin in Martinsen (2004) sta preučevala program borilnih veščin in stacionarnega kolesarjenja o zaznani samoučinkovitosti in depresivnih simptomih. Raziskovalci so ugotovili, da je vadba borilnih veščin povečala samoučinkovitost, kar pa ni bilo povezano z depresivnimi simptomi bolnikov. Enaka pridobitev ni bila vidna v stacionarni kolesarski skupini. Raziskovalci so izjavili, da so se udeleženci v skupini borilnih veščin med seboj motivirali za izvajanje aktivnosti in ves čas uživali v programu (Bodin in Martinsen, 2004). Daumit idr. (2011) je opravila 6-mesečno intervencijo, ki se je osredotočila na zdrave obroke, organizirane PA v skupinah in svetovanje pri telesni teži pri bolnikih s SMI. Raziskovalci so trdili, da je bil program v veliki meri pripisan socialni podpori in spodbujanju udeležencev v šestmesečnem obdobju (Daumit idr., 2011). Van Citters idr. (2010) je izvedla devetmesečni program individualne promocije zdravja. Udeleženci so se enkrat tedensko srečali z zdravstvenim mentorjem in med študijem so imeli prost dostop do fitnessov. Raziskovalci so ugotovili, da se je pripravljenost za izvajanje vadbe povečala med intervencijo, medtem ko so opazili pomembne izboljšave za časovno vključitev v PA (Van Citters idr., 2010).

Sklepi / Priporočila

Fizična aktivnost / vadba in depresija

Na podlagi ugotovitev raziskav in smernic nacionalnih inštitutov po svetu lahko sledite naslednjim priporočilom za vadbo za posameznike z depresijo:

Za blago do zmerno depresijo je učinek vadbe lahko primerljiv z antidepressivnimi zdravili in psihoterapijo; Za hudo depresijo se zdi, da je vadba dragoceno dopolnilno zdravljenje tradicionalnim pristopom (Knapen idr., 2015). Na podlagi ugotovitev raziskav in tudi priporočil Nizozemske delovne skupine o multidisciplinarnem razvoju smernic za tesnobo in depresijo (2013) je vadba priporočilo za lažje depresivne epizode, pa tudi za prve in ponavljajoče se zmerne velike depresivne epizode.

Da bi bili bolj natančni, na podlagi ugotovitev raziskav in priporočil Nacionalnega inštituta za zdravje in klinično odličnost (2004) v Združenem kraljestvu Velike Britanije, se predlaga, da lahko ljudje z blago depresijo vseh starosti sledijo strukturiranemu programu vadbe (običajno) do 3 seje na teden s trajanjem (od 45 minut do 1 ure). Vadba lahko traja več kot tri mesece v nadzorovanem okolju. Škotska mreža za medkulturne smernice (2010) poudarja pomen nadzora strokovnjakov in sodelovanje v organiziranem programu vadbe kot možnost zdravljenja bolnikov s depresijo. Poleg tega je Nacionalni sodelujoči center za duševno zdravje in Nacionalni inštitut za zdravje in oskrbo odličnost (2010) v Združenem kraljestvu (Klinična smernica 90) navedel, da predlaga "za ljudi s trajnimi depresivnimi simptomi ali blago do zmerno depresijo" (stran 213) med drugimi možnostmi tudi "vadbo nizke intenzivnosti" in treba jim je predstaviti program "telesne dejavnosti v strukturirani skupini". Takšen program bi moral (a) dostaviti v skupinah s podporo pristojnega zdravnika in (b) običajno sestavljati tri tedne zmerne trajanja (45 min do 1 ura) v obdobju od 10 do 14 tednov.

Fizioterapevti, fiziologi, fizikalni pedagogi in drugi zdravstveni delavci se morajo zavedati, da je več simptomov depresije (npr. amotivacija, izguba apetita, zanimanje in energija, splošna občutja duševne in fizične utrujenosti, kognitivna pomanjkljivost, nizke ravni samopodobe ter psihosomatske težave), ki skupaj s fizičnimi zdravstvenimi težavami vplivajo na

sodelovanje pri izvajanju. Zato so motivacijske strategije pomembne in jih je treba uporabljati in vključiti v programe intervencijskih posegov, da bi izboljšali motivacijo in spoštovanje bolnikov. To sta dva zelo pomembna dejavnika učinkovitosti vadbe (Knapen idr., 2015). Če povzamemo, lahko izvajamo TD in jo priporočamo kot učinkovito zdravljenje, če jo nadzorujemo, strukturiramo in organiziramo, bolnik pa se za približno štiri mesece ukvarja z vadbo 3 krat / teden, 45 'do 60' minut zmerne intenzivnosti.

Fizična aktivnost / Vadba in anksioznostne motnje

Na podlagi ugotovitev raziskave se lahko pri predpisovanju vadbe za osebe z anksioznimi motnjami upoštevajo naslednja priporočila: Kakšna vrsta vadbe je primerna? Tek, hoja, kolesarjenje, plavanje ali aerobni ples so običajne telesne dejavnosti, povezane z zmanjševanjem anksioznosti. Kako pogosto naj jo nekdo izvaja? Vadbo je treba opraviti vsaj trikrat na teden, da zmanjšate anksioznost. Za anksioznost kot potezo lahko samo ena vadba ustvarja pozitivna čustva in zmanjšanje anksioznosti. Vendar je to zmanjšanje tesnobe stanja začasno in ponavadi traja le nekaj ur. S kakšno intenzivnostjo naj nekdo izvaja? Ni nujno, da se izvaja z visoko intenziteto, da bi lahko pozitivno vplivali na anksioznost. Običajno so vadbe zmerne in nizke intenzivnosti učinkovite pri zmanjševanju anksioznosti. Kako dolgo naj nekdo izvaja? Potek vadbe naj bi trajal najmanj 15-20 minut, da bi opazno zmanjšali anksioznost. Kako hitro je treba pričakovati izboljšanje? Programe telesne vadbe je treba izvajati najmanj devet do dvanajst tednov, da bi prišlo do znatnega izboljšanja tesnobe. Poleg tega bi morala vadba postati način življenja, če želi oseba ohraniti pozitivne učinke.

Če povzamemo, upoštevajte nekaj navodil:

- Izberite vadbo, ki vam je osebno všeč,
- Izberite sprostitvene misli med vadbo,
- Naučite se poslušati vaše telo za stresne signale,
- Ne zavajajte s svojim programom vadbe - več ni vedno boljše,
- bodite fleksibilni, če ne dobite želenih ugodnosti - po potrebi prilagodite,
- Vadite z najljubšo glasbo,
- V svoji vadbi uporabite nekaj raznolikosti - v naravi, pogostosti, intenzivnosti ali trajanju.

Fizična aktivnost in shizofrenija

Po predlogih znanstvenikov na tem področju se zdi, da aerobna in kombinirana aerobna / anaerobna vadba (npr. 30 min notranjega kolesarjenja, trikrat na teden 3 mesece) izboljšata kognitivne primanjkljaje bolnikov s shizofrenijo (Falkai, Malchow, Schmitt, 2017). Aerobne vadbe se morajo preusmeriti iz "maščobe v fitnes", saj sta zdravje in umrljivost primarni rezultati, medtem ko se BMI in teža lahko dojemata kot sekundarni spremenljivki rezultatov (Vancampfort, Rosenbaum, Ward, in Stubbs, 2015). Dosegljivi in realistični cilji so bistveni elementi in morda bi morali vsi vpleteni strokovnjaki vnaprej sprejeti strategijo vedenja, ki bi se pogajala o (možnem) ponovnem relapsu bolnikov med njihovo vključitvijo v PA. Vancampfort idr. (2015) so poročali, da "je pomembno, da se osebam s shizofrenijo pojasni, da so relapsi del procesa sprememb in da lahko odzivanje s krivdo, frustracijo in samokritiko zmanjša njihovo sposobnost vzdrževanja TD. Zdi se, da so učinkovite strategije za preprečevanje relapsa: realistična določitev ciljev, načrtovana aktivnost, realna pričakovanja, prepoznavanje in spreminjanje negativnega razmišljanja ter osredotočanje na koristi posameznih vadbenih treningov (str. 10). Prisotnost usposobljenih strokovnjakov (npr. Fiziologov fizioterapevta, fizioterapevta) in ustreznega nadzora bo zmanjšala število osipa in povečala učinkovitost predpisanih programov TD za posameznike s shizofrenijo (Vancampfort idr., 2016).

Telesna aktivnost / vadba in bipolarna motnja

Ugotovitve raziskav doslej upravičujejo potrebo po dobro zasnovanih intervencijskih programih za izboljšanje TD, zmanjšanje sedentarnega vedenja in zmanjšanje povišanega tveganja za komorbidne razmere pri bolnikih z BM (Janey idr., 2014; Vancampfort idr.,

2016). Multidisciplinarna skupina psihologov, psihiatrov, strokovnjakov za prehrano, strokovnjakov na področju TD in športa (npr. Fiziologov vadbe) lahko sodeluje in olajša bolnikovo izpolnjevanje zahtev intervencij (Bauer idr., 2016). Naslednji praktični nasvet je, da vsak dan povečate čas, porabljen za lažjo telesno dejavnost (npr. Vstati s stola in se premikajte med odmori televizije in dodajte pet minut sprehode), ki lahko "sedentarnim ljudem z bipolarno motnjo postavite na kratke vadbe zmerne intenzitete in aktivnosti za krepitev mišic, da bi izboljšali dolgoročne fizične rezultate" (Vancampfort idr., 2016, str. 151). Poleg tega je treba razmisliti o zapletih TD in vadbi (Melo idr., 2016). TD lahko zelo lajša simptome hipomanije in preprečuje spremembe razpoloženja na eni strani, po drugi strani pa lahko poslabša manične ali hipomanične epizode (Melo idr., 2016). Kliniki se morajo zavedati podtipa, faze BM in komorbidnih pogojev, ki omejujejo spoštovanje in udeležbo (Wright idr., 2016).

Posegi TD lahko poskušajo prilagoditi množico afektivnih stanj, ki jih doživljajo bolniki, kot so manija, hipomanija, depresija, eutimija in mešana afektivna stanja. Trajanje, pogostost in intenzivnost načrtovanih programov TD lahko zato nenehno prilagajamo glede na faze, ki jih doživljajo bolniki. Programi TD bodo zahtevali odločitve o tem, ali bo poseg kombiniran s farmakološkim zdravljenjem, vključeval prispevke drugih zdravstvenih strokovnjakov (npr. Strokovnjaki za prehrano), združeval kognitivne ali vedenjske terapije itd. Klinični zdravniki lahko uporabijo tudi mnenje in predhodne izkušnje bolnika za izboljšanje sprejemljivosti glede na zahteve intervencije (zlasti za nove oblike vadbe z BM). Dejavniki, kot so pretekle izkušnje, prepričanja, izbori, sposobnosti, odnosi, mnenja pomembnih drugih, dostopnost, samozavest itd., lahko škodljivo vplivajo na njihovo vključenost in spoštovanje kakršne koli predpisane intervencije TD (Wright idr., 2016).

Fizična aktivnost / vadba in demenca

V literaturi navajajo, da aerobne vaje s frekvenco 3 do 4-krat na teden koristijo posameznikom s težko duševno boleznijo (SMI), Alzheimerjevo boleznijo in Parkinsonovo boleznijo (Dustine in Moore, 2005). Seje pa ne smejo biti daljše od 30 minut. Intenziteta pa po drugi strani ne sme preseči 11-14 točk lestvice tipa 20 Likert. Vaje za moč so zelo koristne, vendar so lahko omejene na 2 ponovitvi na teden, z enim nizom 8-12 ponovitev na izhodišču, pri 50-70% od 1RM. Strokovnjaki lahko povečajo delovno obremenitev na 2 seriji 8-12 ponovitev vsakega. Vaje za raztezanje so nujne, 5 krat na teden, s ponovitvami, ki trajajo največ 20-30 sekund, da ohranijo celoten obseg gibanja. Te smernice je treba upoštevati skupaj z ogrevanjem in ohlajanjem, ki naj traja največ 5-10 minut. Kar zadeva bolnike z Alzheimerjevo boleznijo, sta Dustine in Moore (2005) trdila, da je hoja prednostna metoda za ohranjanje nivojev TD, z individualiziranimi in izvedljivimi cilji. Glavni cilj pa je zadovoljstvo, ki ga bolniki doživljajo v celotni dejavnosti. Trajanje in pogostost se razlikuje glede na posamezne potrebe in želje. Mišične vaje so uporabne, ponavadi se izvajajo v sedečem položaju. Še enkrat, osebno zadovoljstvo je nujno merilo za sodelovanje bolnikov v vaji z 10-12 ponovitvami vsake serije. Parkinson, Dustine in Moore (2004) sta trdila, da so različni vadbeni moduli, poleg hoje, kot so ročni cikelni ergometer in veslaški stroji, koristni za ohranjanje in povečanje delovne zmogljivosti bolnika. Prednostna je pogostost aerobne vadbe (3-krat na teden), intenzivnost 60-80% maksimalnega HR in trajanje manj kot 60 minut. Za povečanje vzdržljivosti se lahko bolniki ukvarjajo tudi s premagovanjem kratkih razdalj na prostem (20-30 m), običajno pod nadzorom. Kratki sprehodi potekajo 4-6 krat dnevno. Glede vadbe za moč: uporablja se telovadna oprema, z majhno težo, 3 izvedbe na teden, z 1 nizom 8-12 ponovitev za glavne mišične skupine. Vaje za prožnost so prav tako pomembne, da ohranijo in povečajo obseg gibanja s pogostostjo 1-3 ponovitev na teden.

Literatura

- Ackley, B. J., Swan, B. A., Ladwig, G., in Tucker, S. (2008). *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Ancoli-Israel, Martin, J., Kripke, D., Marler, M., in Klauber, M. (2002). Effect of light treatment on sleep and cardiac rhythms in demented nursing home patients. *Journal of American Geriatric Society*, 50, 282-289.
- Azevedo Da Silva, M., Singh-Manoux, A., Brunner, E.J., Kaffashian, S., Shipley, M.J., Kivimaki, M., in Nabi, H. (2012). Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: The Whitehall II study. *European Journal of Epidemiology*, 27, 537-546.
- Bauer, I., Galvez, J., Hamilton, J., Balanza-Martinez, V., Zunta-Soares, G., Soares, J., in Meyer, T. (2016). Lifestyle interventions targeting dietary habits and exercise in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatry Research*, 74, 1-7.
- Beebe, L., Smith, K., Burk, R., McIntyre, K., Dessieux, O., Tavakoli, A., Tennison, C., in Velligan, D. (2011). Effects of a motivational intervention on exercise behavior in persons with schizophrenia spectrum disorder. *Community Mental Health Journal*, 47, 628-636.
- Bodin, T., in Martinsen, E.W. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized, controlled study. *Journal of Sport in Exercise Psychology*, 26, 623-633.
- Bull, F.C., Gauvin, L., Bauman, A., Shilton, T., Kohl, H.W., in Salmon, A. (2010). The Toronto Charter for Physical Activity: A global call for action. *Journal of Physical Active Health*, 7(4), 421-422.
- Cioffi, J., Fleming, A., Wilkes, L., Sinfield, M., in Miere, J. (2007). The effect of environmental change on residents with dementia. The perceptions of relatives and staff. *Dementia*, 6, 215-231.
- Cleare, A., Pariante, C., Young, A., Anderson, I., Christmas, D., Cowen, P., idr., (2015) Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 29(5), 459-525. doi: 10.1177/ 0269881115581093.
- Daumit, G., Dalcin, A., Jerome, G., idr (2011). A behavioral weight-loss intervention for persons with serious mental illness in psychiatric rehabilitation centers. *International Journal of Obesity*, 35, 1114-1123.
- Dustine, J., in Moore, G. (2005). *ACSM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities* (2nd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Ekkekakis, P. (2015). Honey, I shrunk the pooled SMD! Guide to critical appraisal of systematic reviews and meta-analysis using the Cochrane review on exercise for depression as example. *Mental Health and Physical Activity*, 8, 21-36.
- Ekkekakis, P., in Murri, M.B. (2017). Exercise as antidepressant treatment: Time for the transition from trials to clinic? *General Hospital Psychiatry*, 49, A1-A5. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2017.11.004](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.11.004)
- Falkai, P., Malchow, B., in Schmitt, A. (2017). Aerobic exercise and its effects on cognition in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 30, 171-175.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., in Young, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, 45, 1343-1361.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A., in Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 2869-2881.
- Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliot, R., Nuechterlein, K., in Yung, A. (2017). Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43, 546-556.

- Gillhof, K., Gaab, J., Emini, L., Maroni, C., Tholuck, J., in Greil, W. (2010). Effects of a multimodal lifestyle intervention on body mass index in patients with bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry*, 12, 1-10.
- Goldstein, T., Goldstein, B., Mantz, M., Bailey, B., in Douaihy, A. (2011). A brief motivational intervention for preventing medication-associated weight gain among youth with bipolar disorder: treatment, development and case report. *Journal of Children and Adolescence Psychopharmacology*, 21, 275-280.
- Goodwin, R.D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the US. *Preventive Medicine*, 36(6), 698-703.
- Harvey, S.B., Øverland S., Hatch, S.L., Wessely, S., Mykletun, A., in Hotopf, M. (2018). Exercise and the prevention of depression: Results of the HUNT cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 175(1), 28-36. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.16111223.
- Heggelund, J., Nilsberg G., Hoff, J., Morken, G., in Helgerud, J. (2011). Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia. *Norwegian Journal of Psychiatry*, 65, 269-275.
- Herring, M.P., O'Connor, P.J., in Dishman, R.K. (2010). The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: A systematic review. *Archives of International Medicine*, 170(4), 321-331.
- Herring, M.P., Jacob, M.L., Suveg, C., Dishman, R.K., in O'Connor, P.J. (2012). Feasibility of exercise training for the short-term treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 21-28.
- Holmes, C., Knights, A., Dean, C., Hodgkinson, S., in Hopkins, V. (2006). Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. *International Psychogeriatrics*, 18, 623-630.
- Jayakody, K., Gunadasa, S., in Hosker, C. (2014). Exercise for anxiety disorders: Systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 187-196.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091287>
- Jelsma, J. (2009). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: A literature survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 1-12.
- Kennedy, S.H. idr. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 540-560.
- Khan, F., in Pallant, J. (2011). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to identify preliminary comprehensive and brief core sets for Guillain Barre Syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1306-1313.
- Kilbourne, A., Goodrich, D., Lai, Z., Post, E., Schumacher, K, Nord, K., idr (2013). Randomized controlled trial to reduce cardiovascular disease risk for patients with bipolar disorder: The self-management addressing heart risk trial (SMAHRT). *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 655-661.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Bartels, M.N., Armstrong, H.F., Ballon, J.S., Khan, S., Chang, R.W., Hansen, M.C., Ayanruoh, L., in Lister, A. (2015). The impact of aerobic exercise on brain-derived neurotrophic factor and neurocognition in individuals with schizophrenia: A single-blind, randomized clinical trial. *Schizophrenia Bulletin*, 41, 859-868.
- Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., in Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Journal of Disability and Rehabilitation*, 16, 1490-1495. doi: 10.3109/09638288.2014.972579**
- Li, K., Yan, T., You, L., Xie, S., Li, Y., Tang, J., Wang, Y., in Gao, Y. (2016). The inter-rater reliability of the International Classification of Functioning, Disability and Health set for spinal cord injury nursing. *International Journal of Rehabilitation Research*, 39, 240-248.
- Malhi, G.S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P.B., FritzK, idr. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(12), 1087-1206. doi: 10.1177/0004867415617657.
- Melo, M.C., Daher Eder, F., Albuquerque, S.G., in de Bruin, V.M. (2016). Exercise in bipolar

- patients: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 198, 32-38.
- Nasstasia, Y., Baker, A.L., Halpin, S.A., Hides, L., Lewin, T.J., Kelly, J.B., Callister, R. (2018). Evaluating the efficacy of an integrated motivational interviewing and multi-modal exercise intervention for youth with major depression: Healthy Body, Healthy Mind randomised controlled trial protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 9, 13-22. doi: [10.1016/j.conctc.2017.11.007](https://doi.org/10.1016/j.conctc.2017.11.007)
- Petruzzello, S.J., Landers, D.M., Hatfield, B.D., *idr.* (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise: Outcomes and mechanisms. *Sports Medicine*, 11, 143-182.
- Ravindran A.V., Balneaves, L.G., Faulkner, G., Ortiz, A., McIntosh, D., Morehouse, R.L., *idr.* (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 576-587. doi: 10.1177/0706743716660290.
- Riemersma-van der Lek, R., Swaab, D., Twisk, J., Hol, E., Hoogendijk, W., van Someren, E. (2008). Effects of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities. A randomized controlled trial. *JAMA*, 299, 2642-2655.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., in Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 964-974.
- Saha, S., Chant, D., in McGrath, J.A. (2008). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64, 1123-1131.
- Schuch, F.B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P.B., in Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 42-51. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.023.
- Scheewe, T., Takken, T., Kahn, R., Cahn, W., in Backx, F. (2012). Effects of exercise therapy on cardiorespiratory fitness in patients with schizophrenia. *Medicine and Science in Sports in Exercise*, 44, 1834-1842.
- Sixsmith, A., in Gibson, G. (2007). Music and the wellbeing of people with dementia. *Ageing Society*, 27, 127-145.
- Strassing, M., Newcomer, J., in Harvey, P. (2012). Exercise improves physical capacity in obese patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 141, 284-286.
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F.B., Hallgren, M., Smith, L.,, Koyanagi, A. (2018). Relationship between sedentary behavior and depression: A mediation analysis of influential factors across the lifespan among 42,469 people in low- and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders*, 229, 231-238. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.10.
- Taylor, A.H., in Faulkner, G. (2010). A reflection on 3 years of MENPA from the editors: Are we achieving our aims? *Mental Health and Physical Activity*, 3, 47-50.
- The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action (2010). Paper retrieved from <http://www.interamericanheart.org/images/PHYSICALACTIVITY/TorontoCharterPhysicalActivityENG.pdf>
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Rosenbaum, S., De Hert, M., Mugisha, J., Probst, M., in Stubbs, B. (2016). Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 201, 145-152.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Probst, M., Soundy, A., Mitchell, A., De Hert, M., in Stubbs, B. (2015). Promotion of cardiorespiratory fitness in schizophrenia: A clinical overview and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132, 131-143.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Schuch, F., Ward, P., Probst, M., in Stubbs, B.

(2016). Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: A meta analysis. *General Hospital Psychiatry*, 39, 15-23.

Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P., in Stubbs, B. (2015). Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: A systematic review and meta analysis. *Schizophrenia Research*, 169, 453-457.

Vancampfort, D., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Hert, M., Stubbs, B., in Probst, M. (2016). Sitting time, physical fitness impairments and metabolic abnormalities in people with bipolar disorder: An exploratory study. *Psychiatry Research*, 242, 7-12.

Van Citters, A., Pratt, S., Jue, K., Williams, G., Miller, P., Xie, H., in Bartels, S. (2010). A pilot evaluation of the In SHAPE individualized health promotion intervention for adults with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 46, 540-552.

Wipfli, B.M., Rethorst, C.D., in Landers, D.M. (2008) The anxiolytic effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of Sport in Exercise Psychology*, 30(4), 392-410.

World Health Organization (2001). *International classification of functioning disability and health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary Report) Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2017). *Prevalence of mental disorders: Data and statistics*.

Dostopno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>

Wright, K., Everson-Hock, E., in Taylor, A. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 2, 86-94.

03

KAZALNIKI DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN TELESNA DEJAVNOST

Avtorji:

dr. Sakis Pappous

Antigoni Zafeiri



UVOD

Fiziološke koristi telesne dejavnosti so dobro poznane in naj bi spodbujale boljše kvaliteto življenja preko zmanjševanja tveganja za diabetes, srčna obolenja in številna druga obolenja, ki jih še poslabša sedeči življenjski stil (Richardson idr., 2005). Študije, povezane s tem, poročajo o 60% zmanjšanju kroničnih telesnih obolenj (Richardson idr., 2005). Poleg tega vedno več virov govori o psiholoških koristih redne telesne vadbe, od izboljšanega razpoloženja do zmanjšanja depresije, jeze in anksioznosti (Hassmen idr., 2000), poleg tega pa redna aktivnost izboljša tudi občutek samoučinkovitosti ter kompleksne kognitivne in fiziološke procese, ki lahko pomagajo preprečevati duševne motnje, kakršna je npr. klinična depresija (Hassmen idr., 2000).

V zadnjih nekaj desetletjih so duševne motnje postale naraščajoč problem, ki močno obremenjuje tako posameznike kot javno zdravstvo. Ta problem je pripeljal do raziskovanja alternativnih sistemov, ki podpirajo in dopolnjujejo zdravniško in psihiatrično zdravljenje, saj je vedno več dokazov o koristih telesne dejavnosti pri zdravstvenih težavah. Osebe s težavami v duševnem zdravju imajo večjo verjetnost, da večino dneva presedijo, skupaj z večjimi verjetnostmi za razvoj sladkorne bolezni in visokega krvnega tlaka zaradi zdravil, slabe prehrane in nizke stopnje aktivnosti (Richardson idr., 2005). Zato so potencialne koristi telesne aktivnosti za področje duševnega zdravja izredno pomembne, saj lahko pomagajo omiliti stranske učinke zdravil in hkrati izboljšati psihološke vidike, kot so razpoloženje, samopodoba, čustvena stabilnost, zaupanje, spomin in samokontrola (Taylor idr., 1985).

Telesna dejavnost, telesna vadba in telesna pripravljenost so trije izrazi, ki se pogosto uporabljajo in so v rabi občasno kot sopomenke. Vendar je pomembno opozoriti na razlike v pomenu teh izrazov. Glede na opredelitev Caspersena idr. (1985) je telesna dejavnost sestavljena iz kakršnega koli telesnega gibanja, ki ga proizvedejo mišice, in ki povzroči porabo energije (poklicne, športne ali druge dejavnosti). Vadbo, po drugi strani, lahko opredelimo kot vsako podkategorijo telesne dejavnosti, ki je načrtovana in strukturirana z namenom, da bi izboljšali telesno pripravljenost. Nazadnje se fizična pripravljenost nanaša na niz atributov, ki so povezani z zdravjem ali spretnostmi. V okviru tega poročila o politiki bo uporabljen širši koncept »telesne dejavnosti« v celotnem besedilu.

Na vplive telesne dejavnosti je mogoče pogledati z različnih perspektiv. Telesna dejavnost lahko osebi pomaga spremeniti vsakodnevno rutino, komunicirati z drugimi, povečati samozavest in zaupanje, osvojiti različne fizične izzive, pridobiti nove veščine, izboljšati zavedanje telesa, poleg tega pa ima številne pozitivne učinke na telo samo (Callaghan, 2003; Ströhle, 2009; White idr., 2009). Telesno aktivnost tako lahko uporabimo za spodbujanje dobrega počutja in premik v smeri pozitivne psihologije preko pozitivnih učinkov telesne dejavnosti (in sicer tako fizioloških kot psiholoških (Daley, 2002), po drugi strani pa telesna dejavnost pomaga preprečevati in zdraviti duševne bolezni in motnje (Fox, 1999). Večina člankov in raziskav, ki obravnavajo prednosti telesne dejavnosti na področju duševnega zdravja, se ukvarjajo predvsem z depresijo. Vendar pa je vedno več raziskav in potrebe po raziskovanju koristi telesne dejavnosti pri hujših duševnih boleznih.

Opredelitev problema:

Namen tega dokumenta je obravnavati zgoraj omenjenih vprašanj in razprava o koristih fizične aktivnosti, ki temeljijo na dokazih, pri posameznikih z različnimi duševnimi motnjami, kot so depresija, anksioznost, shizofrenija, bipolarna motnja itd.

Metoda

Z namenom, da bi raziskali, kaj je znano o vidikih, povezanih s telesno dejavnostjo in duševnim zdravjem, smo se lotili opisnega pregleda literature. Opisni pregledi zajemajo manj formalen pristop kot sistematični pregledi, vendar so še vedno zelo »koristni pri zbiranju in povzemanju ključnih spoznanj virov z določenega področja (Cronin idr., 2008, str. 38). Lociranje virov, navedenih v pričujočem pregledu, je bilo izvedeno prek sistematičnega iskanja ključnih besed v ustreznih znanstvenih zbirkah podatkov (Web of Science, PsycINFO, Scopus, Google Scholar, SportsDiscus), da bi tako uspeli odkriti širok spekter relevantnih virov. Vire smo iskali prek ključnih besed in besednih zvez, kot so »telesna dejavnost«, »duševno zdravje«, »duševne motnje«, »vadba«, »psihološki učinki« in »šport«. Iskanje je bilo omejeno na znanstvene akademske članke in zapise oz. zbornike konferenc v angleščini.

Depresija

Ob priznavanju pomena duševnega zdravja so službe za duševno zdravje v Združenem kraljestvu Velike Britanije dosegle soglasje glede pozitivne povezave med telesno dejavnostjo in duševnim zdravjem. Telesna dejavnost in vadba se dojemata kot koristna dodatna oz. dopolnilna oblika zdravljenja anksioznih motenj, ki lahko izboljša čustveno življenje ljudi vseh starosti ne glede na spol (Callaghan, 2003). Zdi se, da je depresija povezana med drugim s telesno samopodobo, na katero lahko vpliva tudi telesna dejavnost (White idr., 2009). V večini študij ima telesna aktivnost pozitiven učinek na depresijo, ki je podoben kot pri psihoterapiji (Fox, 1999; Ströhle, 2009), izboljšanje pa je lahko enako veliko kot pri kognitivi terapiji (Richardson idr., 2005).

Učinek telesne dejavnosti je večji pri ljudeh z zmerno depresijo in študije, ki so bile opravljene na večjih vzorcih, so pokazale, da imajo ljudje, ki se preko daljšega časovnega obdobja redno ukvarjajo s telesno aktivnostjo, znatno nižje rezultate na lestvicah depresije ne glede na starost (Hassmen idr., 2000, Morgan, 1997). Zdi se, da vrsta telesne dejavnosti, torej ali je vadba aerobna ali anaerobna, ne vpliva na rezultate in lahko povzroči 50% zmanjšanje simptomov. Tudi v hujših primerih depresije je 30 minut vadbe na fitnes napravi za hojo ali tek v desetih zaporednih dneh povzročilo statistično značilno zmanjšanje depresivnih simptomov (Ströhle, 2009).

Poleg zmanjševanja negativnih posledic depresije telesna aktivnost pomembno vpliva na povečanje pozitivnih vidikov, kot je večja učinkovitost spoprijemanja z življenjskimi izzivi, boljše spominske funkcije (Foley idr., 2008), občutek kontinuiranosti življenjske poti, zaznana zdravje in kondicija ter občutek vključenosti v družbo (Hassmen idr., 2000). Poleg tega telesna aktivnost lahko izboljša kakovost ciklusa spanja, ki je na splošno slabši pri osebah, ki se soočajo z depresijo ali stresom, in tako posredno spodbuja učinkovitost antidepressivov (Stathopoulou idr., 2006).

Način delovanja ukrepov ni v celoti razumljen in ga je treba nadalje raziskati. Kljub temu dejstva, da telesna dejavnost prinese podobne in včasih celo boljše rezultate kot psihoterapija, ni mogoče spregledati in ob omenjenih ugotovitvah raziskav ter primerjanju stroškov tradicionalnih zdravljenj, kot je psihoterapija, vsekakor velja razmisliti o telesni dejavnosti (Morgan, 1997). Nadalje so zdravstvene koristi telesne dejavnosti, kot so izboljšano razpoloženje, samopodoba in boljši spanec, pomemben argument za vključevanje telesne dejavnosti kot alternativne ali vzporedne vrste terapije (Atkinson, 2007).

Anksioznost

Intenzivna telesna dejavnost zmanjšuje akutno anksioznost, kar je mogoče pripisati preusmeritvi pozornosti (Morgan, 1997), prav tako pa ima telesna dejavnost lahko antianksiolitične učinke pri splošnem prebivalstvu, kar pa še ni bilo potrjeno pri klinični populaciji. Večina študij kaže na to, da telesna dejavnost vodi do različnih fizioloških sprememb, ki jih ni mogoče pripisati npr. tehnikam relaksacije. Raziskave vedno znova

potrdijo, da je šport bolj učinkovit pri zmanjševanju stresa kot telesna aktivnost, ki ima nek drug namen, kot npr. gospodinjenje ali kolesarjenje na delo. Slednje je mogoče pripisati zaznani povezavi med dejavnostjo in namenom dejavnosti, kar vodi do zmanjšanega užitka pri aktivnosti sami (Asztalos idr., 2009).

Najbolj opazne spremembe pri osebah z anksioznostjo se kažejo sicer v primeru, ko poleg redne telesne vadbe jemljejo tudi zdravila. Vendar pa je pri tem potrebno biti previden, saj so nekatera občutja, do katerih vodi telesna dejavnost, lahko podobna kot tista, ki jih izkušamo pod stresom, kot npr. povečan srčni utrip, potenje ipd. (Stathopoulou idr., 2006; Ströhle, 2009).

Če povzamemo, je bilo torej narejenih kar nekaj raziskav glede koristi telesne dejavnosti in vadbe na zmanjševanje anksioznosti, a področje še ni dovolj raziskano in obstaja potreba po nadaljnjem raziskovanju in pridobivanju dokazov.

Bipolarna motnja in shizofrenija

Bipolarna motnja in shizofrenija sta duševni motnji oz. bolezni, ki lahko močno okrnita kakovost življenja oseb, obenem pa ju spremlja visoka stopnja smrtnosti in povečano tveganje za razvoj srčnožilnih bolezni, diabetesa, prekomerne telesne teže, hipertenzije in dislipidemije (Vancampfort idr., 2012). Razlog za omenjena povečana tveganja ni en sam dejavnik, pač pa interakcija med zdravljenjem, genetiko in življenjskim slogom. Glede na to, da večina oseb, ki prejmejo diagnozo shizofrenije ali bipolarni motnje, ni redno športno aktivna (Wright idr., 2009), in še posebej ne sodelujejo v športnih aktivnostih, ki vključujejo socialno interakcijo, je pri teh osebah vključevanje v telesno dejavnost kot del multidisciplinarnega zdravljenja še toliko bolj pomembna (Vancampfort idr., 2012).

Proučevanje in spremljanje učinka telesne dejavnosti pri ljudeh s hudimi duševnimi boleznimi je še posebej zahtevno zaradi različnih ovir, ki segajo od neželenih učinkov zdravil do stigmatizacije in omejenega dostopa do sistema duševnega zdravja. Ti dejavniki skupaj s pomanjkanjem zadostnih raziskav na tem področju še posebej otežujejo sprejetje in vzdrževanje vključevanja telesne dejavnosti v program duševne rehabilitacije (Hodgson idr., 2011).

Kljub temu pa na podlagi omejenih študij o bipolarni motnjah obstaja dovolj dokazov o pozitivnih učinkih telesne dejavnosti na telesno in duševno zdravje pri ljudeh s hudimi duševnimi motnjami. Pri ljudeh s shizofrenijo lahko vadba pomaga zmanjšati pogostost slušnih halucinacij, izboljšati vzorec spanca in samospoštovanje (Callaghan, 2003). Glede na to, da se prizadetim osebam ob omenjenih boleznih običajno poveča telesna teža in se soočajo s srčnožilnimi boleznimi, po drugi strani pa poznamo učinkovitost fizične aktivnosti, je vključitev telesne dejavnosti v zdravljenje resnih duševnih bolezni, kot sta bipolarna motnja in shizofrenija, bistvenega pomena (Vancampfort idr., 2012). Prav tako vadba lahko pomaga ljudem z resnimi duševnimi boleznimi preko spodbujanja socialne interakcije, kar

je prav tako pomembno za proces okrevanja (Hodgson idr., 2011).

Raziskave o vplivu vadbe na telesno počutje ne poročajo tako pogosto, medtem ko se omenjajo koristi, kot so občutek uspeha, strukture, prostovoljna udeležba v nasprotju z občutkom, da »morajo slediti režimu zdravljenja«, socialna interakcija in povečana samozavest (Hodgson idr., 2011). Fizična dejavnost ima precejšen potencial, da pomaga ljudem s shizofrenijo do občutka uspeha, prevzema nadzora, vzdrževanja odnosov, iskanju pomena in doseganju občutka, da so »normalni« (Hodgson idr., 2011). Kljub prednosti obstajajo resne ovire, kot so dostopnost in stroški, ki otežujejo sprejemanje telesne dejavnosti, medtem ko je spremljanje in podpora občutljivega osebja ključnega pomena za dolgoročno izvajanje katere koli redne dejavnosti (Hodgson idr., 2011).

Podobno kot pri depresivnih in anksioznih motnjah mehanizma in obsega telesne dejavnosti, ki pripomore k izboljšanju hudih motenj duševnega zdravja, ni enostavno določiti in se lahko razlikuje od osebe do osebe. Toda telesna dejavnost pomaga povečati samozavest ter preusmeri pozornost oseb na druge aktivnosti in ne le razmišljanje o boleznih.

Druga področja, kjer so opazne številne koristi

V nekliničnih raziskavah o vplivu telesne aktivnosti in še zlasti aerobne vadbe so poročali o obratno vzajemnem odnosu med vadbo, čustvenim blagostanjem in depresivnimi simptomi. Zdi se, da je intenzivnost aktivnosti v nasprotju z ugotovitvami drugih študij kljub vsemu pomembna in je za močnejše razmerje med telesno aktivnostjo in nizko stopnjo depresije potrebna večja aerobna moč (Galper idr., 2006).

Nadalje je obsežna študija o neklinični populaciji, ki je potekala v Kaliforniji (Camacho idr., 1991), pokazala, da se tveganje za nastanek depresivnih simptomov dramatično zmanjša z redno telesno aktivnostjo. Zanimivo je tudi, da so osebe, ki so se sčasoma odrekle telesni aktivnosti, 1,5-krat bolj verjetno razvile depresijo kot tiste, ki so vzdrževale dnevno raven aktivnosti (Camacho idr., 1991).

Glede na določene razlike med spoloma so ženske dvakrat bolj ogrožene za razvoj depresije v primerjavi z moškimi (Chu I-Hua, 2009). Izkušnja simptomov v menopavzi lahko škoduje duševnemu zdravju žensk (Elavsky in McAuley, 2007). Študija z vzorcem, ki jo sestavljajo ženske v različnih stopnjah menopavze, je pokazala, da so ženske doživele povečanje pozitivnih učinkov telesne aktivnosti in zmanjšanje negativnih učinkov, povezanih z njihovim stanjem (Elavsky in McAuley, 2007).

Poleg tega obstaja vedno več dokazov o koristih telesne dejavnosti pri ljudeh s sladkorno boleznijo, debelosti in določenih vrstah raka, kot so rak kolona in raka dojke (Bauman, 2004). Druga področja, kjer se je pokazalo, da je telesna dejavnost učinkovita, je v primerih zlorabe snovi in alkohola. Izvajanje telesne dejavnosti skupaj s programom rehabilitacije je učinkovitejše pri zmanjševanju neustavljive želje po substancah, tesnobe in depresije v primerjavi z običajnim zdravljenjem (Stathopoulou idr., 2006).

Glede na stroške in stigmo, povezano s tradicionalnimi terapijami, telesna dejavnost predstavlja stroškovno učinkovito alternativo, saj je večina študij pokazala, da pomaga pri obvladovanju in zmanjševanju depresivnih simptomov.

Pozitivna psihologija

Znano je in dokazano, da ima telesna dejavnost različne koristi za zdravje ljudi in krepi telo in duha ter pospešuje dobro počutje, kar ni opredeljeno samo v smislu odsotnosti depresije ali stresa. Občutek dobrega je subjektiven in obstaja veliko pozitivnih občutkov, ki enkrat, ko se pojavijo, lahko spodbujajo pozitivna občutja (Hefferon in Mutrie, 2012). Pozitivna psihologija, oz. pozitivna občutja, pomagajo povečati odpornost in premagati negativne situacije s povečanjem pozitivnih čustev. Ker večina študij kaže, da se po telesni aktivnosti povečuje občutek dobrega počutja, lahko sklepamo, da je telesna dejavnost posledično pozitivna psihološka intervencija (Hefferon in Mutrie, 2012). To se lahko doseže preko izboljšanja sprejemanja sebe, povečanega občutka avtonomije, obvladovanja okolja, pozitivnih osebnih odnosov in življenjskega smisla preko telesne dejavnosti (Hefferon in Mutrie, 2012).

Pogled na telesno dejavnost z drugačne perspektive, ki povezuje telo in duha, je prav tako aktualen in se trenutno npr. izvaja v Avstraliji, kjer se na »kliniki za telovadbo« poslužujejo intervalov »visoke intenzivnosti« kot »zdravila« za obvladovanje različnih kroničnih zdravstvenih težav (Clarke, 2017). Ljudje so tako opolnomočeni, saj prevzamejo nadzor nad njihovim telesnim in duševnim zdravjem, vadba pa se izvaja ob sodelovanju z zdravstvenimi in terapevtskimi strokovnjaki v skladu z dokazi o koristih kombiniranega zdravljenja (Clarke, 2017).

Zaključek

Dokazano je, da telesna aktivnost zmanjšuje številna zdravstvena tveganja, kot so debelost, diabetes, visok krvni tlak, koristi bolnikom z določenimi vrstami raka, zmanjšajo depresivne simptome, tesnobo in negativne učinke različnih duševnih bolezni. Čeprav mehanizem ni popolnoma razumljen in so potrebne nadaljnje raziskave, so prednosti telesne dejavnosti in telesne vadbe nedvomno pomembne, ter povezujejo telo in duha ljudi, da bi dosegli dobro počutje.

Ko gre za načrtovanje kakršnekoli vrste programa zdravstvenega posredovanja, so zaznave obolelih oseb zelo pomembne in jih je treba upoštevati. V študiji, ki jo je izvedel Daley (2002) v zvezi z učinkom telesne dejavnosti na duševno zdravje klinične populacije, je bilo ugotovljeno, da več kot 50% bolnikov priznava vrednost telesne aktivnosti in jo navede tudi kot obliko zdravljenja, ki jim je najbolj pomagala.

Kljub temu je treba pri uporabi katerega koli programa telesne dejavnosti upoštevati posebne potrebe in značilnosti ciljne skupine, zlasti kadar gre za klinične populacije, ki se pogosto navadijo na sedeč način življenja. Fizično dejavnost je treba uporabljati v povezavi s svetovanjem in medicinskimi terapijami, da bi bolnikom omogočili vzdrževanje rednega programa, ki spodbuja pozitivne vidike (Daley, 2002).

Glede na dokaze o koristih na fiziološkem in psihološkem nivoju ter stroškov, povezanih z duševnim zdravjem, je treba telesno aktivnost še naprej spodbujati in si prizadevati, da postane del terapevtskega zdravljenja, ki priznava pomen uma in telesa (Daley, 2002).

Literatura

- Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N., in Cardon, G. (2009). Specific associations between types of physical activity and components of mental health. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(4), 468-474. 10.1016/j.jsams.2008.06.009 [doi]
- Atkinson, G., in Davenne, D. (2007). Relationships between sleep, physical activity and human health. *Physiology in behavior*, 90(2-3), 229-235.
- Bauman, A. E. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: An epidemiological review 2000–2003. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1), 6-19.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., in Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 476-483.
- Camacho, T. C., Roberts, R. E., Lazarus, N. B., Kaplan, G. A., in Cohen, R. D. (1991). Physical activity and depression: Evidence from the alameda county study. *American Journal of Epidemiology*, 134(2), 220-231.
- Chu, I. H., Buckworth, J., Kirby, T. E., in Emery, C. F. (2009). Effect of exercise intensity on depressive symptoms in women. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 37-43.
- Clarke, D. (2017, October 17). Research studies show high-intensity interval training has an almost instantaneous positive effect on overall health. *Perth Now*. Retrieved from <https://www.perthnow.com.au/>
- Cronin, P., Ryan, F., in Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43
- Daley, A. J. (2002). Exercise therapy and mental health in clinical populations: Is exercise therapy a worthwhile intervention? *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(4), 262-270.
- Elavsky, S., in McAuley, E. (2007). Physical activity and mental health outcomes during menopause: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 132-142.
- Foley, L. S., Prapavessis, H., Osuch, E. A., De Pace, J. A., Murphy, B. A., in Podolinsky, N. J. (2008). An examination of potential mechanisms for exercise as a treatment for depression: A pilot study. *Mental Health and Physical Activity*, 1(2), 69-73.
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3a), 411-418.
- Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L., in Kampert, J. B. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(1), 173-178. 00005768-200601000-00027 [pii]

- Hassmen, P., Koivula, N., in Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30(1), 17-25.
- Hefferon, K., in Mutrie, N. (2012). Physical activity as a “stellar” positive psychology intervention. *Oxford handbook of Exercise Psychology*, 117-128.
- Hodgson, M. H., McCulloch, H. P., in Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Mental Health and Physical Activity*, 4(1), 23-29.
- Morgan, W. P. (1997). Physical activity and mental health (pp. 93-106). Philadelphia, PA, US: Taylor in Francis.
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., in Piette, J. D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331.
- Stathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A. C., Smits, J. A., in Otto, M. W. (2006). Exercise interventions for mental health: A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 179-193.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777-784.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F., in Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100(2), 195-202
- Vancampfort, D., De Hert, M., Skjerven, L. H., Gyllenstein, A. L., Parker, A., Mulders, N., Probst, M. (2012). International organization of physical therapy in mental health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimizing cardio-metabolic risk in patients with schizophrenia. *Disability and Rehabilitation*, 34(1), 1-12.
- White, K., Kendrick, T., in Yardley, L. (2009). Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression relationship: Exploring the temporal relation of change. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 44-52.
- Wright, K. A., Everson-Hock, E. S., in Taylor, A. H. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 2(2), 86-94.

04

PREVENTIVNA VLOGA TELESNE DEJAVNOSTI PRI DUŠEVNEM ZDRAVJU

Avtorji/-ce:

Francesca Cesaroni

Mara Morici

Giampaolo Gherardi



UVOD

Vedno več rezultatov raziskav kaže na pozitiven vpliv telesne dejavnosti na duševno zdravje, duševni razvoj in kognitivne procese. Kar nekaj je tudi longitudinalnih in preglednih raziskav, ki prihajajo do skoraj identičnih rezultatov v zvezi z uporabnostjo telesne dejavnosti kot preventivne strategije in dodatne (komplementarne) oblike zdravljenja motenj v duševnem zdravju. Glede na rezultate študij telesna dejavnost vpliva na širok spekter različnih vidikov zdravja, od čustev in razpoloženja do kakovosti življenja, samopodobe, družbene dejavnosti in kognitivnega funkcioniranja.

Raziskave zaznav lastne odpornosti na stres in anksioznosti kot osebnostne lastnosti (dveh dejavnikov tveganja za razvoj resnih težav z duševnim zdravjem) prav tako podpirajo trditve o psiholoških in fizioloških koristih telesne dejavnosti. Nadalje ne manjka dokazov o vplivu telesni dejavnosti na zmanjševanje simptomov depresije, anksioznosti in stresa ter pozitivnega vpliva na blagostanje.

Opredelitev problema

Namen pričujočega dokumenta je (a) raziskati povezavo med telesno dejavnostjo in duševnim zdravjem in (b) prikazati pomen telesne dejavnosti kot preventivne strategije v boju proti različnim oblikam in simptomom duševnih motenj.

Še posebej se bomo osredotočili na:

1. **pregled literature** oz. znanstvenih člankov ter dobrih praks, ki govorijo o pomenu telesne dejavnosti kot preventivne strategije v boju proti duševnim motnjam in pozitivnih učinkih, ki ga ima telesna dejavnost na javno zdravje in aktivno staranje populacije. V dokumentu nadalje predlagamo t.i. pristop (raziskovanje) **od spodaj navzgor**, kjer se vključi deležnike na področju telesne dejavnosti, športa in duševnega zdravja, ki poročajo o lastnih izkušnjah.

2. Relevantne **državne politike in EU direktive**, namenjene promociji zdravja preko telesne dejavnosti.
3. **Priporočila** za oblikovalce politik in predlogi za promocijo/podporo učinkovitih iniciativ na evropskem, državnem in lokalnem nivoju. Ta priporočila bodo še bolj natančno ciljala na dvig ozaveščenosti glede tveganja telesne nedejavnosti.

Namen/cilji strateškega dokumenta

Na podlagi povezanosti med duševnim zdravjem in koristi telesne dejavnosti bo namen pričujočega dokumenta:

- S pomočjo pregleda literature prikazati pomen telesne dejavnosti kot oblike preventive;
- Predstaviti relevantne državne politike in EU direktive, pri čemer se bomo navezovali na dokument mreže HEPA (Health-Enhancing Physical Activity), ki ga je izdal Svet Evropske unije;
- Predstaviti mrežo MENS v razvoju znanstvenega ozadja, ki bo predstavljalo kredibilen prispevek k regionalnim, nacionalnim in EU politikam v povezavi s športom in zdravjem;
- Predlagati priporočila za oblikovalce politik in predloge za promocijo/podporo učinkovitih politik na evropskem, državnem in lokalnem nivoju.

Metode/Postopek/Pristop

Dandanes lahko najdemo celo kopico empiričnih študij, katerih rezultati kažejo na učinkovitost telesne dejavnosti pri preprečevanju depresivnih simptomov in duševnih motenj. Ugotovitve in rezultati, zbrani v tem dokumentu izhajajo večinoma iz korelacijskih, longitudinalnih in preglednih študij ter metaanaliz.

Korelacijska študija je študija, v kateri ugotavljamo, ali obstaja povezava med dvema ali več spremenljivkami. Obstaja kar nekaj epidemioloških študij, ki so potrdile obstoj statistično pomembnih korelacij med duševnim zdravjem in ravno telesne dejavnosti (TD): redna TD se povezuje z a) nižjo prisotnostjo oz. prevalenco depresije, paničnih motenj in socialne fobije, in b) nižjo stopnjo čustvenih motenj, anksioznosti ter odvisnosti. Tako se npr. v študiji McAuleyja (1994) pokaže pozitivna povezava med TD in psihološkim blagostanjem, Bucksch in Schlicht (2006) sta ugotovila povezanost med TD in razpoloženjem, medtem ko se je v Cooneyjevi (2013) raziskavi pokazalo, da TD zmanjšuje prisotnost oz. incidenco depresivnih in anksioznih motenj pri starejših odraslih.

Longitudinalna študija je metoda raziskovanja, pri kateri udeležencem sledimo skozi daljše časovno obdobje in merimo spremenljivke pri teh istih udeležencih. Tako npr. longitudinalna študija, ki sta jo izvedla Mammen in Faulkner (2013), ponudi dragocen vpogled v preventivno vlogo TD pri preprečevanju depresije.

Zbrani znanstveni argumenti v prid TD temeljijo na **sistematičnih pregledih in metaanalizah**, pri čemer smo raziskave in znanstvene članke iskali s pomočjo kombinacije ključnih besed, kot npr. »telesna dejavnost«, »duševno zdravje«, »depresija«, »anksioznost«, »samospoštovanje« in »duševno blagostanje«.

Pregled literature

Oprelitev oz. osnovno definicijo terminov »telesna dejavnost«, »vadba« in »šport«, o katerih je govora tu, je mogoče najti v dokumentu *Razvoj modela(-ov) športnih dogodkov (2018)* Univerze v Atenah.

Povezava med telesno dejavnostjo (TD), depresijo, anksioznostjo in stresom: izsledki raziskav

Dandanes obstaja precej raziskav, ki potrjujejo obstoj povezanosti med telesno dejavnostjo in različnimi dimenzijami duševnega zdravja.

Depresija, na primer, predstavlja pogosto obliko duševne motnje: glede na napovedi naj bi do leta 2020 predstavljala eno izmed najbolj pogostih vzrokov za odsotnost z dela po svetu. Depresija ima zares velik vpliv na kvaliteto življenja in se povezuje s povečanim tveganjem za sekundarna zdravstvena obolenja (kot so npr. kardiovaskularne bolezni), poleg tega pa negativni učinki depresije presegajo nivo posameznika ter predstavljajo breme in zdravstvene stroške tudi za skupnost. Vendar pa ostaja način delovanja in povezave med telesno dejavnostjo in depresijo nejasen. Faulkner (2016) sicer izpostavlja, da se povezanost med TD in zmanjšanim tveganjem za **depresijo** potrdi celo ob upoštevanju metodoloških omejitev, vpliva različnih spremenljivk in možnih pristranskosti. Spodbujanje k redni telesni dejavnosti je tako lahko dragocena strategija promocije duševnega zdravja in zmanjšanje možnosti za razvoj depresije.

Strawbridge in sodelavci (2002) so primerjali povezanost večjega nivoja telesne dejavnosti na prevalenco in incidenco **depresije**. V študiji so prišli do zaključka, da se je celo pri kontroliranju razlik in spremenljivk starosti, spola, etničnega porekla, finančnega stanja, kroničnih motenj, indeksa telesne mase, uživanja alkohola, kajenja in socialnih odnosov, telesna dejavnost izkazala za zaščitni faktor tako pred prevalenco **depresije** kot incidenco oz. pojavnostjo depresije v obdobju petih let.

Salmon (2001) izpostavlja, da so se trditve o psiholoških koristih vadbe pojavile še prej, kot so to potrdile študije. A rezultati preglednih in longitudinalnih študij so v resnici zelo konsistentni in kažejo na to, da ima aerobna vadba **antidepresivne** učinke in deluje tudi proti anksioznosti ter ščiti pred negativnimi posledicami **stresa**. Glede vpliva TD na čustva pa si rezultati niso enotni, saj so študije odkrile tako pozitivne kot negativne učinke vadbe.

Hyland in Swan (2012) sta se lotila pregleda empiričnih dokazov v literaturi v zvezi s pozitivnimi učinki terapevtskih intervenc, ki vključujejo telesno dejavnost in so namenjeni lajšanju **anksioznosti** ter motenj razpoloženja. Rezultati longitudinalnih ter preglednih študij s kontroliranimi spremenljivkami ponujajo empirično podporo za trditve, da lahko redna vadba prepreči pojav simptomov depresije in anksioznosti ter vodi do opaznega izboljšanja v psihološkem blagostanju. Poleg tega je v primeru **depresije** izboljšanje vsaj enako veliko kot pri farmakoterapiji; nekatere študije kažejo celo na to, da naj bi terapevtski pristopi na podlagi telesne dejavnosti vodili do kliničnega izboljšanja tako v primeru anksioznosti kot depresivnih simptomov, rezultati pa naj bi bili podobni kot pri intervencah, ki temeljijo na kognitivno vedenjski terapiji (KVT).

Hyland in Swan (2012) sta mnenja, da so terapije, ki temeljijo na telesni aktivaciji visoko učinkovita alternativa konvencionalnim načinom zdravljenja tako anksioznosti kot depresije. Telesna dejavnost je poleg tega dostopna praktično vsem in se povezuje z malo, če sploh kakšnimi finančnimi stroški ter je brez očitnih oz. znanih stranskih učinkov.

Zschucke, Gaudlitz in Strohle (2013) so ugotovili, da sta tako aerobna kot anaerobna vadba a) podobno učinkoviti kot kognitivna/vedenjska terapija pri zdravljenju **anksioznosti** ter b) bolj učinkoviti kot večina drugih dejavnosti, namenjenih zmanjševanju anksioznosti.

Scully, Kremer, Meade, Graham in Dudgeon (1998) ugotavljajo, da velja na podlagi dokazov zaključiti, da ima telesna dejavnost pozitiven vpliv na **depresijo**, pri čemer gre največje učinke opaziti prav med klinično populacijo. Nadalje rezultati raziskav kažejo, da je a) najbolj učinkovita aerobna vadba, ki vključuje hojo, jogging, kolesarjenje, krožno vadbo ter vadbo z utežmi in b) da se največji učinki pokažejo v primerih, ko udeleženci vadijo redno več mesecev skupaj.

V zvezi z **anksioznostjo** Scully idr. (1998) ugotavljajo, da so viri in študije soglasni glede pozitivnih učinkov telesne dejavnosti, in sicer naj bi zadostovalo že nekaj krajših ponovitev vaj ali dejavnosti. Zanimivo je tudi, da narava vadbe oz. vrsta dejavnosti pravzaprav sploh ni ključnega pomena. Pač pa je najbolj pozitivne učinke mogoče opaziti med tistimi, ki se režima vadbe držijo več mesecev. Kar pa se tiče **odzivnosti na stres**, ima telesna dejavnost preventivno in ne toliko korektivno vlogo, medtem ko je narava odziva na stres le delno raziskana. Glede na slednje se zdi, da aerobna vadba (kontinuirana vadba, ki je dovolj intenzivna, da povzroči povečanje oz. dvig srčnega utripa nad frekvenco utripa med počitkom in ki traja vsaj 21 minut) pomembno poveča sposobnost spoprijemanja s stresom, še posebej s stresom, ki se povezuje z življenjskim stilom ali delom.

Povezanost med telesno dejavnostjo (TD), čustvi, razpoloženjem in samospoštovanjem: rezultati raziskav

Obstaja veliko študij, katerih rezultati govorijo v prid koristnim vplivom telesne dejavnosti (TD) na telesno in psihološko blagostanje. Izvedenih je bilo že kar nekaj meta-analiz, ki kažejo na pozitivne učinke TD in športa na duševno zdravje in potrjujejo trditve, da dejavnosti manjše ali srednje intenzitete zelo pozitivno vplivajo na psihološko blagostanje. Kanning in Schlicht (2010) sta ugotovila, da je bila pri udeležencih v skupinah, ki so jim predpisali telesno dejavnost, ugotovljena večja prisotnost pozitivnih **emocij** kot pri udeležencih v kontrolnih skupinah, ki niso bile telesno aktivne. Pri tem je bilo zanimivo, da je imela telesna dejavnost nekoliko manjši vpliv pri sodelujočih z bolj pozitivnim **razpoloženjem**. To morda kaže na t.i. učinek stropa in manjši učinek vadbe na osebe, ki izkušajo bolj pozitivno **razpoloženje**. Istočasno pa je telesna dejavnost lahko koristno »orodje« za izboljšanje negativnega razpoloženja, kar je pomembno razširiti med strokovnjake/-inje na področju varovanja zdravja, javnega zdravstva ter izboljševanja blagostanja in kvalitete življenja.

Številne raziskave, ki so se poglobile v učinek TD na **razpoloženje**, so ugotovile, da ima TD v resnici pozitiven učinek na razpoloženje. Če povzamemo, ti rezultati v resnici kažejo, da se različne oblike vadbe, in sicer tako aerobne kot anaerobne, povezujejo z izboljšanjem razpoloženja; glede na raznolikost rezultatov pa lahko sklepamo, da v ozadju verjetno delujejo različni psihološki mehanizmi. Scully, Kremer, Meade, Graham in Dudgeon (1998) so v raziskavi prišli do rezultatov, ki kažejo na pozitivno povezavo med TD in **samospoštovanjem**, ki je najbolj očitna oz. največja pri osebah z nizkim samospoštovanjem. Samospoštovanje se s sodelovanjem v TD povečalo ne glede na vrsto TD.

Raziskave tako vedno znova potrjujejo povezanost telesne dejavnosti in vadbe s pozitivnim **razpoloženjem** in **čustvi**. Neposredno povezavo med TD in psihološkim blagostanjem so potrdile tudi obširne epidemiološke študije ter različne spremenljivke v povezavi z nivojem telesne dejavnosti in blagostanja. Bingham (2009) je v svoji študiji tako prišel do rezultatov, ki potrjujejo povezanost večje kakovosti življenja (v povezavi z zdravstvenim stanjem) oseb z diagnozo duševne motnje. Raziskovalci so nadalje zasledili širok spekter različnih izboljšav in previdno zaključili, da ima »telesna dejavnost lahko blagodejen vpliv na stanje oseb z duševnimi motnjami«. Pri spreminjanju samozaznavanja so učinkovite različne vrste vadbe, kar glede na študije še posebej drži za aerobno vadbo in urjenje v vzdržljivosti, pri čemer je slednja na kratki rok še bolj učinkovita. Poleg tega se je izkazalo, da se tudi v primeru mladoletnih prestopnikov vadba, ki se osredotoča na fizično pripravljenost (fitnes), povezuje z nižjim nivojem depresije in anksioznosti, višjim samospoštovanjem in nasploh boljšim psihičnim blagostanjem.

Edmunds (2015) nadalje ugotavlja, da se potencialnim koristim telesne dejavnosti na čustveno, kognitivno in socialno blagostanje namenja premalo pozornosti. **Samospoštovanje** je, na primer, ključni element psihološkega blagostanja. Samospoštovanje se namreč smatra za enega ključnih pokazateljev čustvene stabilnosti in prilagajanja na življenjske

zahteve. Visoko samospoštovanje se nadalje povezuje s pozitivnimi lastnostmi, kot so neodvisnost, vodenje, prilagodljivost, odpornost na stres ter z zdravjem povezano vedenje. Nizko samospoštovanje pa je po drugi strani pomemben prediktor za razvoj depresije, medtem ko višje samospoštovanje napoveduje bolj pozitivno razpoloženje in večje zadovoljstvo z odnosi. Vendar pa niso vse oblike fizične dejavnosti učinkovite – nekatere imajo v resnici lahko v nekaterih primerih celo negativen učinek na **samospoštovanje**. Zato velja razmisliti o mehanizmi, ki razložijo, kdaj in kako telesna dejavnost izboljša samospoštovanje. Edmunds (2015) podaja tudi nekaj predlogov za oblikovanje in izvedbo načrtov za izvajanje intervenc, ki vključujejo telesno dejavnost. Raziskave na podlagi motivacijskih teorij kažejo, da se možnost izbire in vpliva na telesno dejavnost (izbor vrste telesne dejavnosti, pogostosti in intenzitete vadbe) povezuje z večjo vzdržljivostjo, večjim zadovoljstvom in bolj pozitivnim vplivom na splošno počutje. Nadalje se vadeči dobro odzivajo na povratne informacije v zvezi z napredkom. Načrt vadbe naj bi vključeval tudi cilje, ki so dosegljivi in pri katerih se sodelujoči lahko počutijo uspešne. Poleg tega lahko možnost skupinske vadbe ter sam prostor, kjer poteka vadba, ponudi priložnost za stik z drugimi, širjenje socialne mreže in oblikovanje prijateljstev, v čemer lahko prepoznamo zaščitne faktorje za blagostanje in duševno zdravje.

Zschucke idr. (2013) so si zadali nalogo zbrati rezultate tako kliničnih kot eksperimentalnih raziskav glede koristi telesne dejavnosti (TD) in vadbe pri preprečevanju in zdravljenju čustvenih motenj. Obstaja veliko kliničnih študij, ki so ugotovile povezanost telesne dejavnosti in zmanjšanja negativnega čustvovanja ter motenj spanja. Rezultati kažejo na zmeren klinični učinek vadbe v primerjavi s kontrolnimi skupinami in skupinami, kjer terapija poteka brez vadbe. Primerjava vadbe s kognitivno terapijo ali antidepresivi ni pokazala pomembnih razlik v zmanjšanju depresivnih simptomov ob zaključku zdravljenja, torej je bila redna vadba prav tako učinkovita kot omenjene oblike terapije.

Le malo pa je študij, ki bi se posvetile zgolj raziskovanju vpliva **hoje**. Rezultati, dobljeni v teh študijah, se precej razlikujejo. Raziskovalci so v njih prišli do nasprotujočih si rezultatov, večinoma zaradi razlik v metodologiji – nekatere študije so tako npr. raziskovale le spremembe v anksioznosti, brez vpliva hoje na druga čustvena stanja. Ekkekakis idr. (2000) pa so si npr. postavili vprašanje, ali lahko kratka časovna obdobja hoje pomagajo do pomembnih sprememb v **čustvovanju**. Hoja je ena od dejavnosti, ki jo je lahko izvajati, ljudem je domača, je varna in nič ne stane. Tako se je v resnici izkazala za najbolj pogosto vrsto telesne dejavnosti med odraslimi. Rezultati so pokazali, da se kratka obdobja hoje povezujejo s pomembnimi in pogosto velikimi premiki v smeri aktivacije in izboljšanja čustvovanja. Študija je bila sicer omejena na vzorec mladih, zdravih in večinoma telesno aktivnih posameznikov. Ali bo ugotovitve mogoče posplošiti na druge populacije, kot so npr. starejši, pacienti in zdravstveno bolj ogroženo (ranljivo) prebivalstvo, pa bo pokazal čas.

Vpliv telesne dejavnosti (TD) na kognicijo: rezultati raziskav

Telesna dejavnost se je izkazala za zaščitni faktor v študijah, ki so proučevale tveganje za demenco. Združenje za duševno zdravje v dokumentu, v katerem predstavlja pozitiven vpliv telesne dejavnosti na duševno zdravje, navaja, da lahko telesna dejavnost pomaga zaustaviti nadaljnji upad kognitivnega funkcioniranja. Študije so pokazale, da imajo odrasli, ki so vsakodnevno telesno aktivni, približno 20 do 30 odstotkov nižje tveganje za depresijo in demenco. Prav tako vse kaže, da telesna dejavnost zmanjša verjetnost kognitivnega upada pri ljudeh, ki demence nimajo.

Večina preglednih študij kaže, da dosegajo starejši odrasli, ki so telesno dobro pripravljeni, pri testiranju miselnih procesov boljše rezultate kot telesno slabše pripravljeni. Bingham (2009) pri tem poroča, da je povezanost med telesno pripravljenostjo in kognitivnimi procesi odvisna od vrste naloge; najbolj opazen je učinek pri nalogah, ki so hitre in zahtevajo več pozornosti (npr. naloge, pri katerih se meri reakcijski čas). Rezultati študij različnih intervenc in vrst terapij se razlikujejo, rezultati metaanaliz pa kažejo na majhno, a statistično pomembno izboljšavo v kognitivnem funkcioniranju pri starejših odraslih, ki povečajo raven telesne pripravljenosti preko aerobne vadbe (Bingham, 2009).

V različnih prospektivnih študijah je bilo ugotovljeno, da se visoka stopnja TD povezuje s kasnejšim nastopom demence: Zschucke, Gaudlitz in Strohle (2013) poročajo, da glede na to, da so ugotovili porast moči in vzdržljivosti po treningu tako pri osebah z okrnjenim kognitivnim funkcioniranjem kot pri zdravih sodelujočih, so terapije s TD v tej populaciji povsem izvedljive. V eni od novejših študij je bilo ugotovljeno, da terapije vseh vrst, ki vključujejo TD, upočasnjujejo kognitivni upad in da je učinek še največji pri zmerni intenzivnosti dejavnosti (kot je npr. hitra hoja), ki se izvaja 30 minut pet dni na teden (Denkinger idr., 2012). Podobno je Van Uffelen (2007) v svoji študiji prišel do rezultatov, iz katerih je razvidno, da sta se pri osebah, ki so bile redno telesno aktivne, izboljšala spomin in pozornost.

Pregled politik: nacionalne politike in EU direktive, namenjene promociji zdravju blagodejne telesne dejavnosti

Izveden je bil pregled različnih politik in dokumentov, direktiv ter regulativ, ki promovirajo šport in fizično dejavnost kot preventivno strategijo, ki preprečuje duševne motnje.

Na **evropski** ravni je ključna podlaga, na kateri je mogoče osnovati nadaljnja priporočila, dokument in mreža HEPA (Health Enhancing Physical Activity), ki ga je osnoval Evropski svet (Uradni list Evropske unije, 2010). V tem dokumentu je Evropska unija predstavila svojo vizijo športa kot načina za spodbujanje osebnostnega razvoja, identitete in občutka pripadnosti, dobrega počutja in zdravja tako na fizični kot psihični ravni, opolnomočenja ter socialne in medkulturne vključenosti. Koristi telesne dejavnosti in vadbe v vseh življenjskih obdobjih so izrednega pomena, saj telesna dejavnost znižuje tveganje za kronične bolezni ter ima pozitivne učinke na duševno zdravje, razvoj in kognitivne procese.

Šport pa ima ključno vlogo ne le pri zdravju in telesni pripravljenosti posameznika, pač pa tudi pri oblikovanju širše evropske družbe: nujno je torej spodbujanje odprtega dialoga med snovalci politik in ponudniki športnih dejavnosti, ki promovirajo zdrav življenjski slog in socialno kohezijo za mlade v vsej Evropi.

V **Italiji** je Ministrstvo za šport junija 2016 ustanovilo Nacionalni urad za šport, ki ima med drugim nalogo podpirati izvajanje pravnih aktov na področju športa.

Sporazum za spodbujanje socialne vključenosti preko športa je bil končno podpisan leta 2017 med državnim podsekretarjem in ministrom za šport. S tem sporazumom se lahko financirajo projekti, ki preko športnih podub spodbujajo vključevanje invalidnih oseb, etničnih manjšin, priseljencev in ranljivih družbenih skupin, če so vključene ustrezne organizacije (amaterski športni klubi in združenja, prostovoljne organizacije, združenja in socialne zadruge).

Na **regionalni** ravni regija Marche priznava LR.5 / 2012 kot glavno regulativno orodje za spodbujanje športnih in rekreativnih dejavnosti. Glavni cilj je spodbujanje koncepta "šport za vse".

Regionalni načrt zdravstvenega varstva za zdravje (2014/2018) spodbuja šport in telesno dejavnost kot sestavni del vsakdanjega življenja, pri čemer priznava koristi, ki jih prinašajo v smislu zdravja, dobrega počutja in preprečevanja bolezni. Ključna strategija, ki jo zagovarja regionalni svet, je povečanje količine športne dejavnosti za vse starosti zavoljo številnih psihofizičnih koristi, ki jih lahko prinese otrokom, odraslim in starejšim osebam.

Regionalni načrt za spodbujanje športa (2016/2020) določa smernice za spodbujanje športa. Glavni namen je izboljšati športno prakso kot orodje za usposabljanje in rekreacijo, spodbujati zdrav način življenja in okrepiti participativne življenjske modele.

Priporočila

Telesna dejavnost in duševno zdravje: potrebne nadaljnje raziskave

Številni empirični dokazi kažejo, da telesna dejavnost blaži simptome, prisotne pri depresiji in anksioznosti. Pri tem je pomembno sodelovanje med raziskovalci, zdravniki in voditelji telesnih dejavnosti, saj lahko le skupaj razvijejo zanesljive smernice, ki se tičejo psiholoških koristi telesne dejavnosti, ob ustreznem poznavanju psihosocialnih spremenljivk, kot so na primer spol, starost, zgodovina duševnega zdravja in omejitve določenega okolja. Zanimivo je, da v tem trenutku vloga in učinkovitost telesne dejavnosti in vadbe pri zmanjševanju simptomov duševnih motenj še vedno nista jasno potrjeni, saj manjka kakovostnih raziskav na kliničnih populacijah, ki bi jih spremljali skozi daljše časovno obdobje: čeprav obstajajo študije, v katerih so bili dobljeni pozitivni rezultati glede učinkovitosti vadbe kot dodatne oblike zdravljenja, pa so dokazi za večino psihiatričnih motenj omejeni. Pri načrtovanju nadaljnjih raziskav so tako bistveni: natančni opisi pogojev, standardizirane intervence, preverjene strategije ocenjevanja, primerna randomizacija, kontrolne skupine z ustreznimi pogoji in ocena velikosti učinka – šele slednje bo omogočilo doseganje veljavnih rezultatov in izračunavanje velikosti učinkov v prihodnjih metanalizah.

Več študij kaže na to, da na razpoloženje ali subjektivno počutje vplivajo tudi osebnost ter razlike med spoloma: v bodočih študijah bi bilo tako na primer priporočljivo analizirati, ali telesna dejavnost pri ženskih in moških vpliva na razpoloženje na enak način ter npr., ali skupni čas telesne dejavnosti vpliva na povezavo med razpoloženjem in telesno vadbo. Potrebne so nadaljnje raziskave z reprezentativnimi vzorci in natančnejšimi merili za ocenjevanje ravni telesne dejavnosti, da bi tako dokončno odgovorili na vprašanje, kako velik je preventivni vpliv telesne dejavnosti na tveganje in simptome duševnih motenj.

Telesna dejavnost in duševno zdravje: vloga zdravstvenih delavcev in športnih trenerjev

Faulkner (2016) je mnenja, da imajo zdravstveni delavci pomembno vlogo pri vzpostavljanju interdisciplinarnega sodelovanja in sistematičnega posluževanja telesne dejavnosti v sklopu preprečevanja in zdravljenja duševnih motenj in obolenj.

Vključevanje telesne dejavnosti v terapevtske programe psihiatričnih služb daje posameznikom z duševnimi motnjami možnost za pogostejši stik s strokovnjaki za duševno zdravje.

Raziskave nadalje kažejo, da na samospoštovanje pacientov/-k ugodno vpliva pristop, ki omogoča sistematično napredovanje v vadbi. Zschucke in sodelavci (2013) tako npr. ugotavljajo, da je pozitivno podajanje navodil ter npr. pohvala ob doseženih uspehih in vloženem naporu, treniranje brez obsojanja ob napakah spodbudno ter vpliva na izboljšanje samospoštovanja. Spodbujanje posameznikov, da se osredotočijo na izboljšanje veščin in učinkovitosti, namesto da bi se primerjali z drugimi, vodi do večjega napredka tako na področju veščin kot pri samospoštovanju. Za osebe s slabšo telesno pripravljenostjo in veščinami ter slabšim samospoštovanjem sta lahko tekmovalnost in primerjanje z drugimi še posebej problematična.

Nadalje velja nekaj pozornosti nameniti potencialu programov treniranja in razvoja veščin, ki temeljijo na IKT: nedavne študije so namreč pokazale, da je mogoče primerljive učinke vadbe in izboljšanje razpoloženja doseči tudi z uporabo internetne ali telekomunikacijske podpore.

Telesna dejavnost in duševno zdravje: zaključki na podlagi poročanja praktikov

S ciljem nadalje podkrepiti ugotovitve, do katerih smo prišli ob pregledu literature, je bila opravljena raziskava po pristopu »od spodaj navzgor«, pri čemer smo vanjo vključili različne organizacije, združenja, lokalne organe in subjekte, dejavne na področju športa in duševnega zdravja. Cilj preiskave je bil oceniti, ali omenjene organizacije telesno dejavnost vidijo kot eno od vrst terapije in ali jo tudi vključujejo v zdravljenje pacientov.

Izkazalo se je, da strokovnjaki telesno dejavnost, telovadbo in šport v zdravljenje vključujejo v precejšnji meri ter prihajajo do pozitivnih rezultatov. Tako so za vadbo kot obliko terapije

značilne: visoka udeležba, porast v občutju pripadnosti, bolj kvalitetni odnosi, priložnost za pogovor o izkušnjah in pozitivna občutja. Pri bolnikih, ki so v obdobju petih letih stalno sodelovali v športnih dejavnostih, se je zmanjšala uporaba zdravil in bolnišničnih zdravljenj. Poleg tega je bilo opaziti izboljšanje odnosa med pacienti in strokovnjaki: v primerih, ko se slednji udeležijo športnih dejavnosti, se odnosi izboljšajo in vodijo do opaznih terapevtskih učinkov.

Ti rezultati potrjujejo ugotovitve na podlagu pregleda literature in izpostavljajo nekatera področja, ki zahtevajo inovativne strategije in politične intervence.

Priporočila za oblikovalce/-ke politik

- Politike bi morale spodbujati razvoj športnih dogodkov, nuditi infrastrukturo in objekte. Vrednost je treba nameniti dnevnim športnim / telesnim dejavnostim v dnevnem in neformalnem okolju (parki, javna mesta), kjer se lahko ljudje neformalno srečujejo in sodelujejo s skupnim (športnim) ciljem / interesom za skupno rabo.
- Treba je dati na voljo strukture za napotitev posameznikov na nadzorovane programe izvajanja, vključno s svetovanjem usposobljenih praktikov. Zagotoviti je treba strokovni nadzor in usposabljanje, da bi se najbolje odzvali na posebne ovire pri duševnih boleznih.
 - Spodbujati in spodbujati človeške odnose v zdravstvenem okolju: "humanizacija" storitev duševnega zdravja je ključni vidik, ki zahteva poklicno usposabljanje izvajalcev.

Zaključki

V okviru svojega dela za spodbujanje boljšega duševnega zdravja je MH Foundation pripravil žepni vodnik, da bi tako predstavili pozitiven učinek, ki ga ima telesna dejavnost na duševno zdravje, vključno z nekaj nasveti in predlogi za pričetek vadbe.

Po mnenju MH Fundacije ima telesna dejavnost velik potencial za izboljšanje dobrega počutja. Tudi kratek vzrok 10-minutne hoje hkrati povečuje mentalno budnost, energijo in pozitivno razpoloženje. Sodelovanje pri redni telesni dejavnosti lahko poveča samozavest in zmanjša stres in tesnobo. Prav tako ima vlogo pri preprečevanju razvoja težav z duševnim zdravjem in izboljšanju kakovosti življenja ljudi, ki se srečujejo z duševnimi boleznimi.

Glede na bogastvo zgoraj omenjenih raziskav je treba omeniti, da je stopnja rasti tega interdisciplinarnega področja tako velika, da je bil za to temo nedavno oblikovan mednarodni strokovni revija za duševno zdravje in telesno dejavnost (MENPA) ekskluzivno. Souredniki so v svojem uvodnem uredništvu izjavili, da poleg znanstvenih dokazov, ki kažejo na učinkovitost telesne dejavnosti pri preprečevanju in zdravljenju duševnih bolezni, obstajajo še štirje dodatni razlogi, zakaj bi se telesna dejavnost štel za potencialno strategijo spodbujanja duševnega zdravja:

1. Fizična dejavnost je stroškovno učinkovitejša od psihofarmakoloških ali psihoterapevtskih posegov. Po potrebi je »telesna dejavnost lahko stroškovno učinkovita alternativa za tiste, ki raje ne uporabljajo zdravil ali ki ne morejo dostopati do zdravljenja.«
2. V nasprotju s farmakološkimi posegi je fizična dejavnost povezana z minimalnimi škodljivimi stranskimi učinki.
3. Fizično dejavnost lahko za nedoločen čas vzdržuje posameznik, za razliko od farmakoloških in psihoterapevtskih zdravljenj, ki imajo pogosto določen končni rezultat.
4. Fizična dejavnost ločuje od bolj tradicionalnih zdravljenj in terapij za težave z duševnim zdravjem, saj ima možnost istočasno izboljšati zdravje in dobro počutje ter se spoprijeti z duševnimi boleznimi.

Viri

Bingham P.B. (2009). *Minding Our Bodies*: Canadian Mental Health Association, Ontario. Pridobljeno leta 2013 na povezavi http://www.mindingourbodies.ca/sites/default/files/mob_literature_review_0.pdf

Bucksch, J., & Schlicht, W. (2006) Health-enhancing physical activity and the prevention of chronic diseases – An epidemiological review. *Social-and preventive medicine*, 51, 281-301.

Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al (2013). Exercise for depression (Review). *Cochrane Databs Sys Revs* [Internet] Pridobljeno septembra 2013 na strani: onlinelibrary.wiley.com/doi/

Denkinger MD, Nikolaus T, Denkinger C, Lukas A. (2012). Physical activity for the prevention of cognitive decline: current evidence from observational and controlled studies. *Z Gerontol Geriatr*. 45(1),11–16. [PubMed]

Edmunds, S. (2015). Building self-esteem and wellbeing through physical activity. Pridobljeno 2015 na povezavi: https://www.novacroft.com/wp-content/uploads/2015/06/Novacroft_Thought_Paper_SELF_ESTEEM.pdf

Ekkekakis, P., Hall, E., VanLanduyt, L.M., & Steven, J. (2000). Walking in (Affective) circles: Can short walks enhance affect? *Journal of Behavioral Medicine* 23(3), 245–275.

Evropska komisija (2013). Priporočilo Sveta za spodbujanje telesne dejavnosti za zdravstveno varstvo po sektorjih. SWD (2013) 310 konč.

Faulkner, G. (2016, March). Sweat is the best antidepressant: but where do we go from here?. *Alberta Center for Active Living*, 27 (3).

Faulkner, G., Hefferon, K., & Mutrie, N. (2015). *Putting positive psychology into motion through physical activity*. In Joseph S (Ed.), *Putting psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life* (pp.207-21). New Jersey: John Wiley & Sons.

Goodwin, R.D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medecine*,36(6), 698 - 703.

Hyland P., & Swan J. (2012). A review of the beneficial mental health effects of exercise and recommendations for future research. *Psychology and Society*, 5, 1-5.

Kanning, M., & Schlicht, W. (2010, April). Be active and become happy: An ecological momentary assessment of physical activity and mood. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 32(2), 253-261.

Mammen, G., & Faulkner, G. (2013, November). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45, 649-57.

McAuley, E. (1994). *Physical activity and psychological outcomes*. V: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, C. Eds., *Physical activity, Fitness and Health, Human Kinetics*, Champaign, 551-68.

Mental Health Foundation. How to ... look after your mental health using exercise. Dostopno na: <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/how-to-using-exercise>

Official Journal of the European Union (2010). Council conclusions on the role of sport as a source of and a driver for active social inclusion, 2010/C 326/04, Volume 53.

Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61.

Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham R., & Dudgeon K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32 (2), 111-120.

Strawbridge, W.J., Deleger, S., Roberts, R.E., & Kaplan, G.A. (2002, August). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology*, 156 (4), 328–334.

Van Uffelen JG, Chin A Paw MJ, Hopman-Rock M, van Mechelen W.(2007). The effect of walking and vitamin B supplementation on quality of life in community-dwelling adults with mild cognitive impairment: a randomized, controlled trial. *Qual Life Res.*16(7),1137–1146. [PMC free article] [PubMed]

Zschucke, E., Gaudlitz, K., & Ströhle, A. (2013, January). Exercise and physical activity in mental disorders: Clinical and experimental evidence. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 46 (Suppl 1), 12–21.

05

VKLJUČEVANJE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM

ZDRAVJU S POMOČJO ŠPORTA

Avtor: Jan Drobný



FOKUS
Czech Republic

UVOD

V tem dokumentu je bilo preučeno, kako telesne aktivnosti, prostočasne dejavnosti in šport lahko podpirajo vključevanje posameznikov s težavami v duševnem zdravju. Prispevek je obravnaval pomen telesnih dejavnosti v zvezi z a) dejavnim sodelovanjem vključenih posameznikov/-ic in b) dejstvom, da nemalo skupnosti iz številnih dejavnosti izključuje večino posameznikov s težavami z duševnim zdravjem in predvsem tistimi s hudimi duševnimi boleznimi (SMI).

Nekateri avtorji so mnenja, da so ljudje s hudo duševno boleznijo med najbolj izključenimi v družbi (Sayce, 2001). Socialna izključenost je proces, s katerim so posamezniki ali skupine v celoti ali delno izključeni iz polne udeležbe v družbi, v kateri živijo (European Foundation 1995). Preprečevanje udeležbe v življenju skupnosti vodi v začarani krog vedno večje osamitve in poslabšanja duševnega zdravja (Urad namestnika, 2004). Pri tem so najbolj ogrožene osebe z: nizkim dohodkom; družinskimi konflikti; osebe v oskrbi; mladi s težavami v šoli; bivši zaporniki/-ce; pripradniki/-ce etničnih manjšin; osebe, ki živijo v ogroženih soseskah v mestnih in podeželskih območjih; osebe s težavami v duševnem zdravju ter starejše in invalidne osebe (Hughes, 2010). Glede na navedeno bi bilo koristno raziskati a) mehanizme izključevanja in b) zakaj družbe izključujejo določene posameznike/-ce in skupine. Cilj pričujočega dokumenta je bil opisati proces vključevanja / izključevanja, razmisliti, kaj se lahko naučimo iz prejšnjih izkušenj in predlagati, kako je mogoče izboljšati stanje, da bi družba cenila in spoštovala vse otroke in odrasle ter jih obravnavala kot enakovredne člane/-ice družbe, ki prav tako prispevajo k skupnosti (Saloojee, 2003).

Definicija težav v duševnem zdravju, športa in inkluzije

a) Definicija duševnega zdravja / težav v duševnem zdravju

Svetovna zdravstvena organizacija SZO (2014) opredeljuje duševno zdravje kot »stanje dobrega počutja, ki osebi omogoča uresničevanje lastnih sposobnosti, spopadanje s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno delo ter prispevanje k skupnosti« (SZO, 2004, str. 10). Headspace (2018) podobno govori o tem, da dobro duševno zdravje pomeni sposobnost dela in uresničevanja potenciala osebe, spopadanje s stresom v vsakdanjem življenju, sodelovanje v skupnosti in sposobnost osebe, da živi svoje življenje na način, kakršnega si želi.

Obstaja veliko razprav in različnih pristopov za preprečevanje težav v duševnem zdravju. V tem prispevku smo izbrali definicijo Enciklopedije filozofije Stanford (2010), ki navaja, da so težave z duševnim zdravjem resnične in vključujejo motnje mišljenja, izkušenj, čustev, ki so dovolj resne, da pri ljudeh povzročijo funkcionalno okvaro, zaradi česar je težje vzdrževati medosebne odnose in opravljati delo na delovnem mestu, ter lahko vodijo tudi do samodestruktivnega vedenja in samomorilnosti.

Za namene te študije so bile upoštevane le osebe s hudimi duševnimi boleznimi (SMI).

b) Definicija športa in telesne dejavnosti

Šport in telesne dejavnosti so bili vedno neločljiv del vsakdanjega življenja. To misel podpira Pierre de Coubertin (ustanovitelj Mednarodnega olimpijskega komiteja, 1863-1937), citiran v Beli knjigi (2007), ki je šport opredelil kot del dediščine vsakega človeka in če te dediščine ni, je nikakor ni mogoče nadomestiti. Bailey (2015) predstavi še en pogled na šport in njegovo vlogo v sodobni družbi; šport vidi kot kolektivno dejavnost, ki se povezuje z različnimi dejavnostmi, procesi, družbenimi odnosi in domnevnimi fizičnimi, psihološkimi in sociološkimi rezultate. To načelo je podprto tudi v Beli knjigi (2007), saj je šport področje človeške dejavnosti, ki zelo zanima državljane Evropske unije in ima ogromen potencial za povezovanje in doseganje vseh, ne glede na starost ali socialni izvor. Redna zmerna intenzivna telesna dejavnost - kot so npr. hoja, kolesarjenje ali šport - ima znatne koristi za zdravje; tako lahko, na primer, zmanjša tveganje za bolezni srca in ožilja, sladkorno bolezen, raka na črevesju in raka dojke ter depresijo (SZO, 2018).

Naša raziskava se osredotoča na povezavo športa in telesnih dejavnosti z zdravjem. Tylor idr. (1985) je mnenja, da ima bolj zahtevna telesna aktivnost pozitiven vpliv na duševno zdravje tako pri klinični kot pri neklinični populaciji. Raglin (1990) je ugotovil, da so psihološke koristi, povezane z vadbo, primerljive s pozitivnim vplivom standardnih oblik psihoterapije. Nadalje je npr. Hull (2012) poskušal predstaviti prednosti športa za otroke in mladostnike. Ena od ugotovitev je bila, da so tisti, ki so fizično aktivni, manj verjetno prizadeti zaradi težav z duševnim zdravjem in imajo izboljšano kognitivno delovanje (Hull, 2012).

Definicija socialne vključenosti/inkluzije

»Socialna vključenost je proces, ki zagotavlja, da tisti, ki jim grozi revščina in socialna izključenost, pridobijo priložnosti in vire, potrebne za polno udeležbo v gospodarskem, družbenem, političnem in kulturnem življenju ter da imajo življenjski standard, ki se v družbi, v kateri živijo, šteje za normalnega. Proces naj bi poskrbel za večje sodelovanje oseb pri sprejemanju odločitev, ki vplivajo na njihovo življenje in dostop do njihovih temeljnih pravic« (Komisija Evropskih skupnosti, 2010).

»Socialna izključenost je kompleksen in večdimenzionalen proces. Vključuje pomanjkanje ali zavračanje dostopa do virov, pravic, blaga in storitev ter nezmožnost sodelovanja pri običajnih odnosih in dejavnostih, ki so na voljo večini ljudi v družbi, bodisi na gospodarskem, socialnem, kulturnem ali političnem področju. To vpliva tako na kakovost življenja posameznikov/-ic kot na pravičnost in kohezijo družbe kot celote« (Levitaset idr., 2007).

Opredelitev problema

Namen tega dokumenta je bil predvsem preučiti naslednja vprašanja:

Ali imajo fizične dejavnosti in šport posebne koristi za ljudi s težavami v duševnem zdravju?

Ali so ljudje s težavami v duševnem zdravju izključeni iz rednih dejavnosti v skupnosti, kot so telesne dejavnosti in šport? In če je temu tako, kakšni so mehanizmi izključevanja in ali obstajajo rešitve?

Metoda

Za namene tega dokumenta je bil opravljen pregled lieterature. »Pisni pregled literature je sredstvo za pregled glavnih idej in raziskav v zvezi z izbranim področjem zanimanja« (Bryman, 2008).

Rezultati

Koristi telesne dejavnosti in športa za osebe s težavami v duševnem zdravju

Dandanes je pozitiven učinek telesnih dejavnosti, vaj in športa v splošni populaciji že zelo dobro znan in priznan, sploh kar se tiče področja zdravja. Warburton (2006) je ugotovil, da je fizična nedejavnost pomemben dejavnik tveganja za bolezni srca in ožilja ter vedno večjega števila raznih drugih kroničnih bolezni, vključno z diabetesom mellitusom, rakom (na debelem črevesu in na dojkah), debelostjo, hipertenzijo, boleznimi kosti in sklepov (osteoporoza in osteoartritisem) ter depresijo. Cron-Grant in Grant (2000) sta to trditev potrdili in dodali še eno razsežnost z navedbo, da obstaja vedno več dokazov in znatna podpora trditvi, da lahko redna telesna dejavnost prispeva k preprečevanju težav z duševnim zdravjem in je lahko učinkovit element celovitega načrta zdravljenja za bolnike z duševnimi boleznimi. Podobno so Dickerson idr. (2006) navedli, da ljudje s hudo duševno boleznijo (HDB) doživljajo slabše splošno fizično zdravje kot splošna populacija, medtem ko imajo osebe s HDB večje tveganje za bolezni srca in ožilja, debelost in presnovno disfunkcijo, kar vodi v nizko kakovost življenja in povečano stopnjo smrtnosti.

Richardson idr. (2005) so izpostavili, da so raziskovalci šele nedavno začeli preučevati vpliv telesne dejavnosti na duševno in telesno zdravje oseb z resnimi duševnimi boleznimi. Carless in Douglas (2004) sta v svoji študiji zaključila, da se je večina obstoječe literature osredotočila na osebe brez diagnosticiranih težav z duševnim zdravjem ali ljudi z blago do zmerno obliko depresije ali anksioznostjo. Le majhno število raziskav se je osredotočilo na potencial telesne aktivnosti pri osebah s hudimi in dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Trenutno je terapevtski potencial in vpliv telesne dejavnosti na duševno zdravje omenjene skupine tako razmeroma neraziskan (Carless in Douglas, 2004).

Pri poskusu opisa koristi športa in telesnih dejavnosti, oz. natančneje, pozitivnega vpliva športa in fizične aktivnosti pri ljudeh s HDB, je prav tako pomembno omeniti, da lahko na te koristi pogledamo z dveh vidikov. Craft (2005) je poskušal opisati, kako vadba lahko zmanjša ali olajša simptome duševnih bolezni. Carless (2007) je opozoril, da je potrebno razlikovati med tem, ali se osredotočamo na lajšanje simptomov ali lajšanje stisk ljudi, kar je potrebno izpostaviti tudi pri spodbujanju duševnega zdravja pri osebah s hudo duševno boleznijo. V isti študiji je Carless (2007) izpostavil, da obstaja več načinov, na katere udeleževanje v različnih oblikah telesne dejavnosti lahko prispeva k spodbujanju duševnega zdravja pri ljudeh z duševno boleznijo:

- športne ali telesne dejavnosti, ki potekajo v skupini, ponujajo priložnosti za pridobivanje pozitivnih socialnih izkušenj, ki jih določeni uporabniki storitev duševnega zdravja še posebej cenijo (Carter-Morris in Faulkner, 2003, citirano v: Carless, 2007).
- pozitivne izkušnje s športno in telesno dejavnostjo lahko izboljšajo samopodobo ljudi, ki imajo resno duševno bolezen (Faulkner in Sparkes, 1999, citirano v: Carless, 2007).
- vadba se povezuje s pozitivnim vplivom in izboljšanim razpoloženjem oseb s klinično depresijo (Faulkner in Biddle, 2004, citirano v: Carless, 2007).
- telesna dejavnost in šport imata potencial, da zavzameta vlogo dragocene in pomembne dejavnosti, ki lahko v življenje ljudi s težavami v duševnem zdravju vrača smisel (Raine idr., 2002, citirano v: Carless, 2007).

Repper in Perkins (2003, citirano v: Carless, 2007) sta izpostavila, da so dejavniki, kot so npr. skupne izkušnje, iskanje smisla in cilja v življenju, zaznani razlogi za življenje, prevzemanje nadzora in zaznavanje izbire, doživljanje užitka in izboljšanje samopodobe, ključnega pomena v primeru oseb, ki živijo z duševno boleznijo.

Izključevanje/vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju iz/v redne aktivnosti v skupnosti

Koncepti socialne vključenosti in izključenosti se nanašajo na širša vprašanja, kot sta npr. revščina in izobraževanje, ter neposredno vplivajo na življenje oseb s posebnimi potrebami, pa tudi na življenje oseb s težavami v duševnem zdravju (Wright in Stickley, 2012). S tem se strinja npr. tudi Friedli (2009), ki navaja, da je težko razlikovati med vzroki in posledicami duševnega zdravja in socialno izključenostjo.

Številni raziskovalci trdijo, da se socialna izključenost ljudi s težavami v duševnem zdravju povezuje s stigmatizirano skupino. Negativen odnos družbe do duševnih bolezni, ki se kaže tudi v obliki stigmatizacije, je še vedno močno prisoten in zaradi le-tega je izkušnja duševne motnje še veliko težja in lahko povzroči več škode (Repper in Perkins, 2003). Davis (2005) je opozoril na nevarnost označevanja posameznikov/-ic in skupine kot »družbeno izključenih«, ker jih, kot je trdil, s tem lahko še dodatno oddaljimo od prevladujoče družbe in jih še bolj stigmatiziramo.

Illich (1975) stigmatizacijo in socialno izključenost povezuje z medicinsko klasifikacijo, ki določa izgubo avtonomije in oddvojenost od družbe. Illich (1975) je trdil, da diagnoza vedno pogloblja stres, ker v osnovi implicira nezmožnost, sili v neaktivnost in se povezuje s počasnejšim okrevanjem, negotovostjo in zaznano odvisnostjo osebe od prihodnjih medicinskih ugotovitev, kar osebi jemlje možnost samodefiniranja in izgubo avtonomije na tem področju. Prav tako izolira osebo zaradi pripisovanja posebne vloge, jo ločuje od »običajnih«, »zdravih« ter od nje zahteva podrejanje navodilom specializiranega osebja.

Sayce (2001) je socialno vključenost opisala kot krog vrednot ter omogočanja pravic dostopa do družbenega in gospodarskega sveta, priložnosti, povrnjenega statusa in pomena ter zmanjšane vpliva invalidnosti. Pri tem je ključnega pomena, da imajo uporabniki/-ce na voljo različne priložnosti, med katerimi lahko izbirajo, in da jim je na voljo podpora in prilagoditev, kadar je to potrebno. Ranking (2005) je opredelil socialno vključenost kot usmeritev politik v smer »vključevanja ljudi s težavami v duševnem zdravju v splošno družbo ter omogočanje dostopa do običajnih priložnosti za zaposlitev, kakovostno preživljenje prostega časa, družinsko življenje in življenje v skupnosti«. Ranking (2005) je mnenja, da bodo osebe s težavami v duševnem zdravju brez resnih prizadevanj za spodbujanje socialne vključenosti ostajale še naprej marginalizirane in odrinjene na rob družbe. Slednje pomeni, da bi brez izboljšav duševno zdravje še naprej zahtevalo visoke stroške tako a nivoju posameznika/-ce kot na nivoju vlado. Shayce (2005) je to idejo podprla in zapisala, da je socialno vključevanje ključni izziv in končni cilj storitev duševnega zdravja.

Različni raziskovalci/-ke tako opozarjajo na problematiko vključevanja oseb s hudo duševno boleznijo v družbo. Sayce (1998) je mnenja, da se socialna vključenost povezuje z logičnim zaključkom, da bi morali biti »v Združenem kraljestvu Velike Britanije kot enem narodu vključeni vsi prebivalci in prebivalke ter bi morali imeti vsi priložnost, da prispevajo in sodelujejo.«

Še dandanes se osebe s težavami v duševnem zdravju borijo za doseganje socialne vključenosti, pa čeprav bi v resnici že morale obstajati dovolj mehanizmov, struktur, politik in zakonov, ki bi slednjo zagotavljali (Secker idr. 2007, citirano v: Spandler, 2007). Kritična točka v procesu je odločitev, ali posamezna družba področje socialne vključenosti oseb s težavami v duševnem zdravju želi izboljšati ter se zavezati inkluziji z namenom urejanja, zdravljenja in odgovarjanja na potrebe oseb s težavami v duševnem zdravju (Spandler,

2007). Z drugimi besedami, ljudje s težavami v duševnem zdravju bi morali biti vključeni in sodelovati v družbi, saj le-to nedvomno koristi njihovemu zdravju. A pogosto se zatakne ravno pri tej »logični« predpostavki. Eden od težav pri prehodu k »spodbujanju inkluzije« je, da vključevanje oseb s posebnimi potrebami v družbo v praksi implicitno predvideva, da je družba »zdrava«, česar se večinoma ne preizprašuje, temveč se slednje jemlje kot neproblematično in samo po sebi umevno (Levitas 2004).

Zaključek in priporočila

Obstajajo številni dokazi, da telesna dejavnost, šport in telesna dejavnost pozitivno vplivata na ljudi s težavami v duševnem zdravju. S fizičnega, duševnega in socialnega vidika je treba več pozornosti nameniti natančnemu opisu in ugotavljanju prednosti telesne dejavnosti in športa v povezavi z določenimi simptomi. Primer takšne raziskave je npr. ocena oz. spremljanje učinkovitosti projekta, v katerem so bile osebe s težavami v duševnem zdravju vključene v igranje nogometa (Carter-Morris in Faulkner, 2003) – omenjena raziskava je pokazala, da je vključitev oseb s težavami v duševnem zdravju v igro ponudila varno priložnost za interakcijo, ne glede na njihovo diagnozo. Udeležba v nogometnem projektu je privedla tudi do razširitve njihove družbene mreže (Carter-Morris & Faulkner, 2003).

Zdi se, da so največji problem stigmatizacija, diskriminacija in pomanjkanje razumevanja duševnih problemov v splošni skupnosti. Sayce (1998) je izpostavil, da a) so posamezniki v družbi diskriminirani iz različnih razlogov, b) bi bil bolj točen opis diskriminacija in ne izključevanje, in c) da je potrebno prepoznavanje kršitev človekovih pravic, ki jih izkušajo osebe s težavami v duševnem zdravju. Zato bi se bilo potrebno osredotočiti na razvoj povezav v skupnosti ter izvajanje praks, ki se borijo proti stigmatizaciji in proti diskriminaciji.

Če želimo odpraviti stigmatizacijo in izboljšati socialno vključenost oseb s težavami v duševnem zdravju, je ključno razumevanje izkušenj ljudi s HDB. Članom/-icam družbe je potrebno ponuditi priložnosti za razvoj takšnega razumevanja, kar predstavlja enega od načinov, s katerim lahko na osebni ravni izzovemo stigmo in socialno izključenost (Carles in Sparkes, 2008). Pri tem se postavlja vprašanje, kdo bi moral biti tisti, ki spodbuja širše razumevanje koncepta izkušnje ali stika in kdo bi moral voditi ustrezne dejavnosti in prakse socialnega vključevanja. Rankin (2005) meni, da je socialno vključevanje ključni izziv in končni cilj storitev duševnega zdravja. Sayce (2001) se s tem strinja in je mnenja, da socialno vključevanje zahteva vodstvo psihiatrije, strokovnjakov za duševno zdravje in gibanja uporabnikov storitev / oseb z izkušnjami na tem področju.

Če povzamemo, se jasno kaže, da je najpomembneje ustvariti vključujoče priložnosti za osebe s težavami v duševnem zdravju znotraj skupnosti, kar zajema tudi priložnosti za sodelovanje pri športu in telesnih dejavnostih. Slednje je mogoče doseči s pomočjo spodbujanja duševnega zdravja na splošno in z ozaveščanjem javnosti glede duševnega zdravja in duševnih motenj in bolezni. Za ustvarjanje primerne vključujočega okolja je poleg tega ključnega pomena podpora lokalnih skupnosti.

Viri:

- Bailey, R. (2015). Evaluating the relationship between physical education, sport and social inclusion. *Educational Review*, 57(1), 71-90.
- Bela knjiga o športu (2007).
- Boardman, J. (2011). Social exclusion and mental health – how people with mental health problems are disadvantaged: An overview. *Mental Health and Social Inclusion*, 15(3), 112-121
- Bryman, A. (2008) 'Getting Started: Reviewing the Literature'. In Bryman, A. *Social Research Methods* (3rd ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Carless, D., & Douglas, K. (2004). A golf programme for people with severe and enduring mental health problems. *Journal of Public Mental Health*, 3(4), 26-39.
- Carless, D. (2007). Phases in Physical Activity Initiation and Maintenance Among Men with Serious Mental Illness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(2), 17-27.
- Carter-Morris, P. and Faulkner, G. (2003). A football project for service users. The role of football in reducing social exclusion.
- Commission of the European Communities,. (2010). The European Social Fund and Social Inclusion. Pridobljeno 7. maja 2018 s strani http://ec.europa.eu/employment_social/esf/docs/sf_social_inclusion_en.pdf
- Commission of the European communities. (11. julij 2007). Bela knjiga o športu. Pridobljeno 4. maja 2018 s strani <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0391&from=EN>
- Craft, L.L. (2005) Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise* 6 151–71.
- Dickerson, F. B., Brown, C. H., Daumit, G. L., Fang, L., Goldberg, R. W., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B. (2006). Health status of individuals with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 584-589.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995), *Public Welfare Services and Social Exclusion: The Development of Consumer Oriented Initiatives in the European Union*, Dublin: The Foundation.
- Friedli L. (2009) *World Health Organisation: Mental Health, Resilience and Inequalities*. World Health Organisations, Copenhagen.
- Grant, D. C. in Grant, T. (2000). Physical Activity and mental health. *A Life in a Day*, 4(4), 11-14.
- Headspace. (2018). What is mental health? Pridobljeno 5. maja 2018 s strani <https://www.headspace.org.au/young-people/what-is-mental-health/>
- Hughes, P. (2010). *Breaking barriers to learning in primary schools: An integrated approach to childrens services*. New York: Routledge.
- Hull, D. (2012). The relationship between physical activity and mental health: A summary of evidence and policy. *NothernIrland Assembly*, 198(12), 443-511.
- Levitas R. (2004) Lets hear it for Humpty: social exclusion, the third way and cultural capital. *Cultural Trends* 13, 41–56.
- Levitas, R., & E., Falmhy. (2014). Social Exclusion in the UK. Pridobljeno 7. maja s strani from [http://poverty.ac.uk/sites/default/files/attachments/Levitas, Social Exclusion in the UK.pdf](http://poverty.ac.uk/sites/default/files/attachments/Levitas_Social_Exclusion_in_the_UK.pdf)

- Office of the Deputy Prime Minister (2004). Mental health and social exclusion. Pridobljeno 7. maja 2018 s strani http://www.nfao.org/Useful_Websites/MH_Social_Exclusion_report_summary.pdf
- Perkins, R., & Repper, J. (2005). *The Handbook of Community Mental Health Nursing*. Routledge.
- Perring, C. (2010, 22. februar). Mental Illness. Pridobljeno 5. maja 2018 s strani <https://plato.stanford.edu/entries/mental-illness/>
- Poverty and Social Exclusion. (2017, maj). Social exclusion. Pridobljeno 4. maja s strani <http://www.poverty.ac.uk/definitions-poverty/social-exclusion>
- Raglin, J. S. (1990). Exercise and Mental Health. *Sports Medicine*, 9(6), 323-329.
- Rankin, J. (2005). *Mental health in the mainstream: Mental health and social Inclusion*. London: Institute for Public Policy research
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Benefits of integrating physical activity in the treatment of serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331.
- Saloojee (2003). Social inclusion, Anti – racism and Democratic Citizenship. Pridobljeno 7. maja 2018 s strani from http://laidlawfdn.org/wp-content/uploads/2014/08/wpsosi_2003_jan_social-inclusion-anti-racism.pdf
- Sayce L. (1998) Stigma, discrimination and social exclusion: what's in a word? *Journal of Mental Health* 7, 331–343.
- Sayce, L. (2001) Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*. 25, 121-123.
- Spandler, H. (2007). *Medical Sociology*. Volume 2, Issue 2, 3-16.
- Spandler, H. (2009). From social exclusion to inclusion? A critique of the inclusion imperative in mental health. *Mental Health Still Matters*, 128-134.
- Tylor, C.B., Sallis, J.F., and Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*. 100(2). 195-202
- WHO. Mental health: A state of well-being. (2014, August 15). Pridobljeno 4. maja 2018 s strani http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- WHO. (2017, August 01). Physical activity. Pridobljeno s strani http://www.who.int/topics/physical_activity/en/
- Warburton, D. E. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809. doi:10.1503/cmaj.051351
- Wright, N., & Stickley, T. (2012). Concepts of social inclusion, exclusion and mental health: A review of the international literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(1), 71-81.

06

DUŠEVNO ZDRAVJE IN STIGMA V EVROPI

Avtorica:

Pauline Moloney, First Fortnight Ireland (Irska)



UVOD

Duševno zdravje ni zgolj odsotnost duševne bolezni. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) duševno zdravje opredeljuje kot »stanje blagostanja, ki osebi omogoča uresničevanje lastnih sposobnosti, spopadanje z normalnimi življenjskimi stresi, produktivno in plodno delo ter prispevanje k skupnosti« (WHO, 2014a).

Ena oseba izmed štirih se bo na neki točki v življenju srečala s težavami z duševnim zdravjem (WHO, 2014a). Okoli 450 milijonov ljudi trenutno trpi zaradi depresije, shizofrenije in anksioznosti, in posledično so duševne motnje med vodilnimi vzroki težav z zdravjem in invalidnosti po vsem svetu. Osebe s težavami v duševnem zdravju običajno utrpijo veliko škodo tako na človeški kot finančni ravni. V študiji, izvedeni leta 2010, je bilo ugotovljeno, da duševne motnje povzročijo kar 461 milijarde eur posredne in neposredne škode, ali približno 3,4% bruto domačega proizvoda (BDP) (Gustavsson idr., 2011). Ocena je skladna z drugimi raziskavami v zadnjem desetletju, ki kažejo na 3 do 4% BDP (The Economist Intelligence Unit, 2014). Težave z duševnim zdravjem so povzročile naraščajoč delež invalidnosti v evropskih državah članicah. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je bilo v evropski regiji leta 2015 kar 9% vseh invalidnosti prilagojenih let življenja (merilo celotne obremenitve z boleznijo) neposreden rezultat duševnih motenj in motenj zlorab snovi.

Glede na ocene dve tretjine ljudi s težavami v duševnem zdravju nikoli ne poišče strokovne pomoči (Thornicroft, 2007). Razlogi za to vključujejo stigmo, zanemarjanje in diskriminacijo (Dunne, MacGabhann, Amering in McGowan, 2018). Čeprav se s težavami v duševnem zdravju ne neki točki sreča skoraj vsaka družina, se osebe s težavami v duševnem zdravju, še naprej srečujejo s predsodki s strani drugih in se lahko počutijo izključene ter se boleznim sramujejo (Corrigan in Watson, 2002). Depresija je tudi eden izmed dejavnikov, ki močno prispevajo k samomorilnosti in ki kaže na potrebo za globalni odziv na področju javnega zdravstva (WHO, 2017a). Preostali dejavniki tveganja vključujejo starost, spol in socialno-ekonomski status. Globalno gledano se 6 evropskih držav uvršča na lestvico 20 držav z največjim številom samomorov – največje je število samomorov v Litvi. V državah, kjer je finančni položaj prebivalstva najvišji, je razmerje glede samomorilnosti žensk proti moškim 1: 3,5 (samomor stori torej 3,5 krat več moških kot žensk). V državah, kjer so plače nižje ali srednje visoke, pa je razmerje med ženskami in moškimi 1 : 4,1. V državah z višjim prihodkom je 90% samomorov povezanih s težavami v duševnem zdravju, 22% samomorov pa z zlorabo alkohola (WHO, 2014b). Izboljšanje duševnega zdravja Evropejcev ter zgodnje prepoznavanje in zdravljenje bolezni, kot je depresija, bi lahko pomagalo zmanjšati tako razširjenost duševnih motenj in posledične invalidnosti kot smrtnost zaradi samomorilnosti. Slednje postavlja kar nekaj izzivov javnemu zdravstvu in preprečevanje stigmatizacije ima pri tem ključno vlogo.

Opredelitev problema

Glede na obremenitev, ki jo predstavljajo težave v duševnem zdravju tako na ravni posameznika/-ice kot družbe, je ključnega pomena, da se še naprej omogoči podporo specialističnim službam in podpornim organizacijam po celotni Evropi za oblikovanje učinkovite preventive in programov zdravljenja. Prav tako je potrebno zmanjšati vrzel med skupino oseb, ki prejemajo ustrezno zdravljenje za težave v duševnem zdravju in tistimi, ki se ne zdravijo. Eden od razlogov za pomanjkanje pozornosti, namenjene področju duševnega zdravja s strani zdravstvenih sistemov in oblikovalcev politik je tudi prisotnost stigme. Da bi torej zmanjšali stigmatizacijo duševnega zdravja, moramo najprej razumeti naravo in obseg problema ter raziskati smernice in primere dobrih praks, ki lahko pomagajo izboljšati izide. V pričujočem dokumentu si prizadevamo nagovoriti prav omenjena vprašanja.

Pristop

Z namenom, da bi dosegli omenjena prizadevanja, smo se poslužili obsežnega pregleda literature (avtorske študije, sistematične pregledne analize, Cochrane analize, iskanje ključnih besed, anketiranje lokalnih služb, SZO in evropski akcijski načrti na področju duševnega zdravja), pri čemer so nas zanimala naslednja vprašanja:

- Kako definiramo stigmo in kako se povezuje z duševnim zdravjem?
- Kaj nam v zvezi s stigmatizacijo, povezano z duševnim zdravjem, govorijo raziskave?

- Kateri so najbolj učinkoviti pristopi za zmanjševanje stigme, povezane z duševnim zdravjem?
- Kakšne ukrepe izvajajo različne evropske države?
- Politika duševnega zdravja: primerjava Irske in Litve

Pregled literature

Stigma

Stigmo lahko konceptualiziramo preko socio-kognitivnega modela, ki vključuje tri elemente: stereotipe, predsodke in discriminacijo (Corrigan, Druss in Perlick, 2014). *Stereotip* je posplošeno ali poenostavljeno prepričanje o skupini ljudi, ki izvira iz lastnosti, kot so vera, spol ali zdravstveni status (npr. prepričanje, da je nekdo z duševno boleznijo nor ali nevaren). Stereotipi niso vedno nujno škodljivi, saj se jih ljudje lahko zavedajo, ne da bi se z njim strinjali. V nasprotju s tem *predsodek* pomeni strinjanje s stereotipi, ki vodi do določene čustvene reakcije (tako se npr. lahko bojim druge osebe, ker ima težave z duševnim zdravjem). *Diskriminacija* pa je vedenje, ki se povezuje s to čustveno reakcijo. Pri diskriminaciji gre za omejevanje pravic in priložnosti ljudi, ker pripadajo določeni skupini (npr. izogibanje ali nezaposlovanje oseb s težavami v duševnem zdravju zaradi prepričanja, da so nevarne).

Stigmo pogosto poganjajo napačna prepričanja in lahko vodi do diskriminacije. Tako je npr. pogosto prisotno prepričanje, da so osebe s težavami v duševnem zdravju nasilne in bolj nevarne kot splošna populacija ali pa, da je razlog duševnih motenj v šibkosti osebe (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer in Rowlands, 2000). Jezik, ki se uporablja za opis oseb s težavami v duševnem zdravju prav tako prispeva k stigmatizaciji, pri čemer imamo v mislih izraze, kot so npr. opis osebe kot »nore«, »zmešane«, »blazne« ali oseb kot »norcev« (Angermeyer in Matschinger, 2003). Nekateri ljudje še vedno mislijo, da se težav v duševnem zdravju ne da pozdraviti ali pa da so osebe s težavami v duševnem zdravju manj sposobne. Tovrstna stigmatizacija lahko vodi do zlorab, zavračanja in izolirarnosti ter osebam z duševnimi motnjami onemogoča dostop do zdravstvenih storitev, ki bi jim lahko pomagale. Z vidika družbe je stigma mogoče deliti na javno stigma, osebno (ali internalizirano) stigma in strukturno stigma. *Javna stigma* je negativna reakcija skupnosti ali družbe na določeno (stigmatizirano) skupino, ki ima izvor v stereotipih in prepričanjih kot to, da so vsi ljudje z duševnimi motnjami nevarni (Corrigan in Watson, 2002). V različnih kulturah so razvili različne razlage izvora duševnih motenj; tako so npr. v tradicionalni kitajski kulturi na duševne motnje gledali kot na kazen za vedenje prednikov (Yang, 2007). O *osebni stigmati* pa govorimo, ko so pri osebah, ki so stigmatizirane, samih prisotni stereotipi, ki jih internalizirajo in obrnejo proti samim sebi, npr. »če so ljudje z duševnimi boleznimi nevarni, potem moram biti tudi jaz nevaren/-na« (Watson, Corrigan, Larson in Sells, 2007).

Omenjeni odziv na predsodke lahko vodi do negativnih posledic na področju vedenja, tako se npr. oseba lahko sploh ne prijavlja za službe, ponotranjeni predsodki lahko zaustavljajo ljudi, da spregovorijo in da poiščejo strokovno pomoč (Henderson, Evans-Lacko in Thornicroft, 2013). Različne študije ugotavljajo, da osebe s težavami v duševnem zdravju pogosto ne pridejo na psihiatrične klinike ali preglede kljub dogovoru, kar upočasnuje zdravljenje in s čimer se trošijo viri (Byrne, 2000). O *strukturni stigmati* pa govorimo, kadar javne ustanove bodisi namerno bodisi nenamerno kratijo pravice stigmatizirane skupine.

Kaj o stigmatizaciji na področju mentalnega zdravja govorijo raziskave?

O diskriminaciji in stigmati v povezavi s težavami v duševnem zdravju poročajo večinoma študije, ki so se pri raziskovanju poslužile anket in vprašalnikov. Tako so na primer predstavniki splošne javnosti v raziskavi javnega mnenja v ZDA odgovarjali na kratke vinjete o ljudeh z duševnimi motnjami. Med 35% in 69% sodelujočih je odgovorilo, da se ne bi želeli spoprijateljiti z osebo s shizofrenijo, da je ne bi želeli imeti za soseda, se družiti z njo, da ne bi želeli, da bi se poročila v njihovo družino (Pescosolido idr., 2010). Ko je bila diagnoza osebe namesto shizofrenije globoka depresija, je bil razpon nekoliko drugačen, 20-53% oseb je odgovorilo pritrdilno na enaka vprašanja, iz česar je razvidna splošna diskriminacija in diskriminativni pogledi, ki se razlikujejo glede na diagnozo.

Od leta 2011, irski kulturni festival First Fortnight, namenjen duševnemu zdravju, izvaja letno raziskavo, v kateri ocenijo odnos obiskovalcev/-k festivala do vprašanj v povezavi z duševnim zdravjem. Izmed 1.517 oseb, ki so sodelovale v raziskavi leta 2018, je skoraj polovica (47%) vprašanih odgovorila, da v primeru, da bi imeli težave v duševnem zdravju, ne bi želeli, da drugi ljudje vedo za to; 28% je poročalo o tem, da se težko pogovarjajo z nekom, ki ima težave v duševnem zdravju in 56% jih je bilo strah, da bi v prihodnosti imeli težave z duševnim zdravjem sami. Poleg tega 27% odložilo obisk strokovnjaka/-inje zaradi strahu, da bi drugi ljudje izvedeli za njihove težave in 1/5 sodelujočih v raziskavi ne bi bila pripravljena ali je imela dvome glede sobivanja z nekom, ki ima težave v duševnem zdravju (D. Keegan, osebna korespondenca, 17. februar 2018). Zato je ključnega pomena, da nagovorimo vprašanje stigme v povezavi z duševnim zdravjem in da ne dovolimo, da preprečuje ljudem, da bi poiskali pomoč, kadar so v stiski.

Raziskava, ki jo na Irskem vsako leto opravi služba St Patrick's Mental Health Services zajema reprezentativni vzorec 500 odraslih. Kljub temu, da je 28% sodelujočih v preteklosti že poiskalo pomoč strokovnjaka/-inje, jih je bilo 64% odstotkov mnenja, da je dejstvo, da so morali poiskati pomoč, znak osebnega neuspeha. 38% vprašanih ne bi povedalo niti svojemu partnerju/-ki, če bi jemali antidepresive, 25% jih z drugimi ne bi delilo, da so bili deležni psihiatrične obravnave v bolnišnici in le 55% bi to informacijo delilo s partnerjem/-ko

(St Patrick's Mental Health Survey, 2017). Ostale s stigmo povezane ugotovitve so bile, da skoraj polovica (44%) sodelujočih ne bi zaupala osebi, ki je izkusila poporodno depresijo, da bi pazila njihovega otroka in 23% se ne bi poročilo z osebo, ki je bila v preteklosti hospitalizirana zaradi depresije. Kljub številnim kampanjam za dvig ozaveščenosti na Irskem, 70% sodelujočih meni, da se o duševnem zdravju v medijih še vedno ne govori dovolj. Glede na to, da četrtnina od 500 sodelujočih pravi, da ne bi nikomur zaupali, če bi se srečevali s samomorilnimi mislimi, je sporočilo jasno. Narediti je potrebno več.

V študiji o zaznani stigmati, ki je zajela 6 držav in 815 odraslih z visoko ravno invalidnosti zaradi duševne motnje ali bolezni, je 46,7% sodelujočih poročalo, da jih je zaradi težav v duševnem zdravju sram, in 18% jih je odgovorilo, da so bili zaradi motnje že diskriminirani, rezultati pa so pokazali 14,8% udeležencev z zaznano stigmo (Alonso idr., 2009). Zaznana stigma je bila pogostejša pri osebah z nizko izobrazbo (tistimi, ki so študirali 12 let ali manj), poročenih /sobivajočih, in brezposelnih (Alonso idr., 2009). Osebe s težavami v duševnem zdravju z zaznano stigmo so imele pomembno nižjo kvaliteto življenja, več omejitev pri delu/vlogah, in več družbenih omejitev kot osebe s težavami brez stigme, kar kaže na pomemben negativni učinek, ki ga ima lahko stigma na psihološko, socialno in poklicno blagostanje.

Kateri so najbolj učinkoviti pristopi za zmanjševanje stigme, povezane z duševnim zdravjem?

V nadaljevanju bomo orisali vsebino in učinkovitost ukrepov za zmanjševanje stigmatizacije na področju duševnega zdravja, ter razmišljali o tem, kaj slednje pomeni za prihodnje raziskave, oblikovanje politik in prakso. Prav tako se bomo spraševali, ali programi, ki področje naslavljajo, vplivajo na ravni znanja (kognitivna raven), ravni odnosa do duševnega zdravja (predsodki ali čustvena raven), ter raven vedenja (diskriminacija ali vedenjska raven).

Glede na rezultate raziskav je v boju proti stigmati učinkovito predvsem: 1) *izobraževanje*; 2) *stik*; in 3) *protestiranje* (Buechter, Pieper, Ueffing in Zschorlich, 2013; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak in Penn, 2001; Corrigan in Penn, 1999; Corrigan, River, idr., 2001). Izobraževanje oz. ozaveščanje naj bi predstavljalo podlago programov za preprečevanje stigme in dvig ozaveščenosti na področju duševnega zdravja (Kaminski in Harry, 1999; Pinfold, Thornicroft, Huxley in Farmer, 2005). Potrebno je ozaveščanje oz. izobraževanje ljudi o tem, kaj duševno zdravje sploh je in kako skrbeti za lastno duševno zdravje, kaj so duševne motnje in izpodbijanje mitov s pomočjo dejstev. Pri tem se lahko poslužimo metod, kot so snemanje dokumentarnih filmov, ki govorijo o duševnih motnjah, organiziranje seminarjev ter oblikovanje informativnih letakov. Nadalje se priporoča vključevanje uporabnikov/-c storitev (Alexander in Link, 2003; Corrigan idr., 2001) in bližnjih oz. oseb, ki morebiti skrbijo zanje (Alexander in Link, 2003; Corrigan idr., 2001). Spoznavanje javnosti z

osebami s težavami v duševnem zdravju, bodisi preko osebnega stika, bodisi preko predstavitev, videov ipd. se je izkazalo kot učinkovita strategija pri zmanjševanju negativnega odnosa do oseb s težavami v duševnem zdravju in zmanjševanju stigme. Pri tem je zanimivo, da je pri odraslih neposredni stik z uporabniki/-cami podpornih storitev v duševnem zdravju bolj učinkovit kot ozaveščanje, je bilo pri mladostnikih ugotovljeno ravno nasprotno (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz in Rusch, 2012). Tretja strategija, protestiranje, pa je reaktivna strategija, katere namen je izzvati nepravilen ali s stigmo obarvan odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju. Protestiranje pri tem vključuje pisanje, kampanje, proteste na prostem, sedeče proteste in bojkotiranja. Poleg teh strategij Link (2001) svetuje mnogostranski, dolgoročen in ciljan pristop, medtem ko Nacionalni institut za duševno zdravje Anglije priporoča ustrezno spremljanje in oceno, da bi zagotovili veljavnost učinkovitih ukrepov na področju boja proti stigmatizaciji na področju duševnega zdravja (citirano v Borschmann, Greenberg, Jones in Henderson, 2014).

Kot že omenjeno zgoraj, o osebni ali ponotranjeni stigmi govorimo, kadar ljudje s težavami v duševnem zdravju ponotranjijo negativne stereotipe družbe. Jorm (2012) je npr. pokatal, da slednje lahko izvira iz nepravilne ali nezadostne slike o lastni duševni motnji in možnostih zdravljenja. Zato lahko izboljšanje pismenosti na področju duševnega zdravja pomaga prispevati k zmanjševanju ponotranjene stigme. Nadaljnja metoda, ki ljudem lahko pomaga k zmanjševanju osebne oz. ponotranjenje stigme, je kognitivno prestrukturiranje. Kognitivno prestrukturiranje (eno od elementov kognitivno-vedenjske terapije) omogoča posameznikom/-cam, da na prepričanja, ki vodijo do stigmatizacije, pričnejo gledati kot prepričanja o sebi, ki niso resnična (Morrison idr., 2013).

Kampanje, ki so namenjene širši javnosti, so najbolj uspešne, če se osredotočajo na okrevanje in poskušajo zmanjšati razdaljo med »nami« in »njimi«. Hipoteza stika med skupinami avtorja Gordona Allporta (1954) do določene mere razlaga zgoraj omenjene Allport meni, da stik med člani/-cami različnih skupin (pod določenimi pogoji, kot so skupni cilji, enak status, sodelovanje med skupinami) lahko izboljša toleranco in zmanjšuje predsodke ter konflikte med skupinami. Zaznane koristi stika med različnimi skupinami predstavljajo podlago številnih politik in kampanj, namenjenih zmanjševanju stigme, ki se pojavlja v primeru različnih religij, rasne pripadnosti in spolne identitete. Kasnejše raziskave, ki temeljijo na Allportovi teoriji, so pokazale, da medtem ko kriteriji, ki jih je opredelil, še povečajo pozitivni vpliv stika, ti kriteriji niso nujni predpogoj za slednje in že samo srečanje z osebo, ki predstavlja določeno stigmatizirano skupino, lahko vodi do spremembe odnosa do skupine (Pettigrew in Tropp, 2005). Allport je predlagal štiri spremenljivke, ki vplivajo na spremembo odnosa do stigmatizirane skupine preko stika: 1) pridobivanje informacij o drugi skupini, 2) sprememba odnosa oz. vedenja do članov druge skupine, 3) pozitivna čustva in izkušnje v zvezi s skupino ter zmanjšanje anksioznosti in 4) pridobivanje uvida o lastni skupini, kar prav tako vodi do večje tolerance do druge skupine (Pettigrew, 1998).

Kampanje proti stigmati so pomembno orodje za zmanjševanje diskriminacije in stigme in v državah zahodnega sveta je bilo opravljenih več metaanaliz (Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee in Corrigan, 2012; Griffiths, Carron-Arthur, Parsons in Reid, 2014; Tsang idr., 2016). Vendar pa njihovih ugotovitev ni vedno lahko prevesti v številke, saj jim pogosto manjka bolj podroben opis in evaluacija v obliki članka ali izdane publikacije (Sayce, 2003).

In čeprav je stigma pojav, ki se pojavlja v vseh kulturah, obstajajo razlike v izkušnjah, razumevanju in pripisovanju pomena duševnim boleznim med državami zaradi zgodovinskih, kulturnih, verskih in filozofskih vrednot. Strategije se lahko med sabo zelo razlikujejo glede na kraj izvajanja, mehanizme in ukrepe; in ker programov ni mogoče ločiti od kulture, v katerih se izvajajo se pojavijo problemi z ugotavljanjem, kaj bo v neki kulturi delovalo najbolje (Xu, Huang, Kusters in Rusch, 2017).

Primeri ukrepov za zmanjševanje stigme, povezane z duševnim zdravjem, v Evropi

Širše gledano so kampanje za zmanjševanje stigme, povezane z duševnim zdravjem, v Evropi bodisi splošne ali pa bolj specifične glede na diagnozo. Primeri splošnih kampanj vključujejo npr. iniciativo »Head's Together« (»Glave skupaj«) v Združenem kraljestvu Velike Britanije, ki jo vodijo vojvoda in vojvodinja Cambriška ter princ Harry, ter kampanja »Coming Out Proud« (»Iz omare s ponosom«), pri kateri gre za skupinsko obliko intervence, ki jo vodijo vrstniki in za katero se je izkazalo, da ima takojšnje pozitivne učinke na zmanjševanje stigme (Corrigan, Larson, Michaels, Buchholz, Rossi idr., 2015; Rushe, Zlati, Black in Thornicroft, 2014).

Junija 2012 je bilo ustanovljeno svetovno združenje za boju proti stigmatizaciji, Global Anti-Stigma Alliance (GASA), in sicer na konferenci, ki sta jo med drugimi gostila Kanadska komisija za duševno zdravje (Mental Health Commission of Canada) in Svetovna psihiatrična zveza (World Psychiatric Association). Cilj ustanovitve združenja je deliti spoznanja, dobre prakse in rezultate raziskav ter na ta način prispevati k izboljšanju položaja oseb, ki se srečujejo z diskriminacijo in stigmatizacijo. Združenje poleg tega stremi k temu, da bi doseglo bolj usklajeno delovanje tako mednarodno kot znotraj sosednjih držav. Države, ki so članice združenja, so že izvedle pomembne programe za boj proti stigmati in delujejo na različnih ključnih področjih, med drugim na področju zaposlovanja, v skupnosti, šolah, med strokovnjaki/-njami za duševno zdravje in na družbenih medijih. Združenje je uspelo doseči že več pomembnih zmag. Odkar se je na primer v Združenem kraljestvu Velike Britanije (enem izmed ključnih članic GASE) začela kampanja »Time to Change« (»Čas za spremembo«), je glede na rezultate njihove študije okoli 4,1 milijona odraslih v Angliji spremenilo odnos do oseb s težavami v duševnem zdravju; izmerjeno je bilo izboljšanje za 9,6% med leti 2008-2016 (Henderson in Thornicroft, 2016). Gradiva so delile in prilagodile tudi ostale države članice. Tako je bil npr. v sklopu kampanje Time to Change posnet tudi film (The Stand-Up Kid), ki so ga nato posneli in prilagodili še za dansko občinstvo.

Iniciative za boj proti stigmatizaciji, ki se osredotočajo na specifično diagnozo, vključujejo program Svetovne psihiatrične zveze, ki se izvaja po vsem svetu po imenu »Open the Doors« (»Odpri vrata«). Poslanstvo zveze je povečati ozaveščenost glede narave in možnosti zdravljenja shizofrenije, izboljšati odnos javnosti do oseb, ki imajo ali so imele shizofrenijo, in si prizadevati za odpravo diskriminacije in predsodkov glede shizofrenije. V sklopu programa delujejo lokalne akcijske skupine v več kot desetih evropskih državah. V skladu z najboljšimi praksami so bili programi prilagojeni za ciljne skupine v skladu s sporočili, ki so ustrezna za določeno kulturo. Primer projekta, ki se izvaja v sklopu omenjenega programa, je na primer program ozaveščanja o področju duševnega zdravja Mental Health Awareness in Action (MHAA) v Veliki britaniji. Elementi programa MHAA vključujejo izobraževalne programe, ki jih oblikujejo uporabniki storitev, svojci, ki skrbijo zanje ter strokovnjaki/-nje za duševno zdravje preko različnih delavnic, srečanj in predavanj v skupnosti, namenjenih dvigu ozaveščenosti o duševnem zdravju ter projektov za delo z mladimi v šolah. Program se je izkazal za uspešnega z vidika sprememb v splošnem poznavanju, razumevanju in odnosu do ljudi s težavami v duševnem zdravju, ki so se po delavnicah spremenili na bolje, glede vedenja udeležencev/-k pa po drugi plati žal ključni kazalniki niso pokazali pomembnih sprememb (Pinfold idr., 2005). Pri izvajanju prilagojenega programa v Nemčiji so raziskovalci poročali o zmanjšanju negativnih stereotipov in družbene distance do ljudi s shizofrenijo. Ocene vpliva prikazovanja filmov in gledaliških predstav o duševnih motnjah pa so, nasprotno, pokazale porast v prepričanjih, ki se povezujejo s stigmatizacijo (Gaebel, Baumann in Zaske, 2005), kar kaže na potrebo po rednih ocenah učinkovitosti in kompleksnost oblikovanja učinkovitih ukrepov v boju proti stigmatizaciji.

V Gentu v Belgiji so nadalje izvajali program »How Different is Different?« (»Kako drugačna je drugačnost?«), v katerem so imeli mladi med 16-19 let možnost stika z osebami z duševnimi motnjami. Pri tem se je program izvajal tako v bolnišničnih kot skupnostnih okoljih, da bi se skupine mladostnikov in oseb s težavami v duševnem zdravju tako lahko nekaj dni spoznavale in odkrивale, kaj vse imajo skupnega.

V drugem delu programa so uporabniki storitev ali njihovi svojci obiskali šole, da bi spregovorili o lastnih izkušnjah, nato pa so na koncu šolskega leta sodelujoči (tako dijaki/-nje kot osebe s težavami v duševnem zdravju) predstavili projekt in predstavili svoje izkušnje. Uspeh tovrstnega programa je težko izmeriti; vendar pa je analiza dnevnikov mladostnikov/-c sčasoma pokazala spremembe v njihovem odnosu do oseb s težavami v duševnem zdravju. Uspeh programa je bil razviden tudi iz dejstva, da je od leta 1991, ko je v programu sodelovalo vsega skupaj 5 šol in 20 dijakov/-inj, do leta 2003 število dvignilo na 46 šol in 1.500 dijakov/-inj.

Vedno več je raziskav, ki podpirajo trditve o ugodnem vplivu redne telesne dejavnosti na duševno zdravje (Richards idr., 2015) in potencialu telesne dejavnosti kot preventive in pri preprečevanju depresije (Mammen in Faulkner, 2013). Nasprotno sicer lahko nekateri vidiki

tekmovalnih športov prispevajo k poslabšanju duševnega zdravja (Hagiwara, Iwatsuki, Isogai, Van Raalte in Brewer, 2017). Pretirana pogostost ali intenzivnost treningov, pritiski s strani organizacije, poškodbe in skoraj obsesivno ciljanje na zmago lahko v resnici negativno vpliva na odpornost atletov/-inj. V primeru, da poleg tega oseba lastno vrednost povezuje s športnimi uspehi, obstaja tveganje za razvoj depresije po dogodkih, ki jih oseba zaznava kot neuspeh, v primeru negativnega javnega mnenja, v procesu staranja in kadar se športniki zaradi zaznane kulture »duševne moči« tudi v primeru stiske ne upajo obrniti na pomoč strokovnjakov/-inj. Zgodbe izredno uspešnih atletov/-inj, kot npr. Franka Bruna in Rickyja Hattona (boks), Nigela Owensa (rugby) in Clarkea Carlislea (nogomet) kažejo istočasno na trdovratno stigmo na področju duševnega zdravja ter potencial športa, da se z njo spopade. Organizacije so v zadnjem času razvile programe, namenjene integraciji duševnega zdravja v različne mreže in združenja. Tako npr. irsko združenje igralcev rugbyja izvaja 3-letno kampanjo z naslovom »Osvojimo svoja čustva« (»Tackle Your Feelings«), katere cilj je spodbujati pozitivno obarvane pogovore o duševnem zdravju, medtem ko je gelsko atletsko združenje GAA (Gaelic Athletic Association) v ustanovno listino vključilo tudi področje duševnega zdravja, da bi klubom pomagalo razviti kulturo, ki podpira in spodbuja čustveno blagostanje. Na Portugalskem podobno Združenje portugalskih profesionalnih nogometašev SJPF izvaja projekt, katerega cilj je prepoznavati, preprečevati in se odzivati na težave z duševnim zdravjem, ki se lahko pojavijo pri profesionalnih nogometaših med in po zaključku kariere.

Maya Twardzicki (2008) je uspela pokazati, da ima umetnost pomemben vpliv v spodbujanju duševnega zdravja sodelujočih, zmanjševanju stigmatiziranosti oseb s težavami v duševnem zdravju in izboljševanju socialne vključenosti. Sodelovanje pri umetniških dejavnostih ima tako lahko terapevtski učinek, ki deluje blagodejno na proces okrevanja in zmanjševanje ponotranjene stigme (Crawford in Patterson, 2007; Quinn, Shulman, Knifton in Byrne, 2011). In čeprav so ugotovitve v nekaterih študijah pokazale, da lahko kulturni in filmski festivali prispevajo k zmanjšanju stigme in pogleda na osebe v duševnem zdravju kot na ljudi, ki so nevarni in manj sposobni (Twardzicki, 2008), pa primeri, kot je prej omenjeni film »Open the Doors« v Nemčiji kažejo na to, da imajo žal lahko tudi nasproten učinek (Quinn idr., 2011). Zato je torej nujno, da previdno proučimo naravo kulturnih festivalov, saj tematika duševnega zdravja še ne pomeni, da bo slednje zmanjšalo stigmo, kot je tudi pomembno, da se festivali osredotočajo na pripovedovanje s stališča uporabnika/-ce psihiatričnih storitev.

Če povzamemo, ima le nekaj evropskih držav v izvajanju oz. izvedene dokazano učinkovite ukrepe na ravni populacije, kar pomeni, da je o slednjih težko podati enoznačna priporočila. Glede na vztrajno in hromečo naravo težav v duševnem zdravju ter stigmo na področju duševnega zdravja, je ključnega pomena, da projekti in programi, za katere se izkaže, da so učinkoviti in kulturno ustrezni, prejmejo tudi finančno podporo.

Politika na področju duševnega zdravja: Primerjava Irske in Litve

Zavezanost odgovarjanju na zaznane potrebe na področju duševnega zdravja v Evropski uniji so vodile do oblikovanja in izdaje Načrta za področje duševnega zdravja na področju Evrope med leti 2013 in 2020 (SZO, 2013). Načrt ima štiri ključne cilje in vsak izmed njih se povezuje s priporočenim postopanjem držav članic.

Omenjeni štiri cilji so naslednji:

1. Vsi prebivalci/-ke EU imajo enake priložnosti za doseganje dobrega počutja v vseh obdobjih življenja, še posebej tisti, ki so najbolj ranljivi oz. pri katerih je tveganje največje;
2. Človekove pravice oseb s težavami v duševnem zdravju se v celoti spoštuje, ščiti in spodbuja;
3. Storitve, namenjene podpiranju duševnega zdravja so finančno in sicer dostopne, ter so na voljo v skupnosti;
4. Državljeni in državljanke imajo pravico do spoštljivega, varnega in učinkovitega zdravljenja.

Cilj načrta je zmanjšati stigmo, izpostaviti težave v duševnem zdravju kot nekaj povsem običajnega, zagotoviti, da so storitve dostopne vsem in da so vse osebe obravnavane s spoštovanjem. Prisotnost politik preko različnih vladnih področij lahko zmanjšajo izpostavljenost dejavnikom tveganja na področju duševnega zdravja. Brezposelnost, zadolženost in družbene neenakosti negativno vplivajo na duševno blagostanje in povečajo tveganje za samomorilnost. Kot že omenjeno, se osebe kljub stiski pogosto ne obrnejo na službe, ki so namenjene podpori na področju duševnega zdravja, ali pa stika z njimi ne vzdržujejo. Stigmatiziranost in negativne izkušnje k temu še dodatno prispevajo. Potrebno je oblikovanje politik duševnega zdravja, ki se osredotočajo na strukturno reformo in izboljšano kvaliteto storitev.

Eden izmed najbolj tragičnih rezultatov težav v duševnem zdravju je samomor. Kljub temu, da sicer nimajo vse osebe, ki poskušajo storiti samomor, diagnosticirane duševne bolezni oz. motnje (Phillips, 2010), pa obstaja podskupina oseb, pri katerih so prisotne samomorilne misli in lahko poskušajo storiti samomor ali ga tudi zares storijo. Po svetu vsako leto stori samomor preko 800.000 ljudi (približno 16 na 100.000 oseb); pri mladih v starosti 15-29 let je samomor kar drugi najbolj pogosti vzrok smrti (WHO, 2017b).

Na začetku 20. stoletja naj bi Irska imela nizko stopnjo samomorilnosti, stopnja pa je pomembno porasla v nadaljevanju 20. stoletja ter dosegla vrhunec leta 2009. A pri tem se je potrebno zavedati, da je k visoki številki prispevala tako izboljšana metodologija po letu 1967 s strani Centralnega statističnega urada kot brisanje samomora in poskusa samomora s seznama prekrškov v irskem kazenskem pravu leta 1993 (Kelly, 2017). Irska je imela leta

2016 4,76 milijona prebivalcev (Centralni statistični urad, 2017) in istega leta je bilo zabeleženo 399 samomorov (8,5 /100.000 oseb) (Irski državni urad za preprečevanje samomora (NOSP), 2017). Urad NOSP je bil ustanovljen znotraj irskega sistema zdravstvenega varstva leta 2005, da bi spremljal izvajanje in koordinacijo strategije »Reach Out« ali v prevodu »Ponudi dlan: Nacionalna strategija za ukrepe za preprečevanje samomora, 2005-2014«. Slednji je nato sledila nova politika, politika »Connecting for Life« (»Povezovanje za življenje«), ki se povezuje z drugimi politikami na področju duševnega zdravja in blagostanja, kot so npr. »A Vision for Change« (»Vizija za spremembe«), in »Zdrava Irska« (»Healthy Ireland«) (Oddelek za zdravje, 2015). Državna politika je oblikovala vizijo Irske, v kateri je zaradi samomora izgubljenih manj življenj in kjer se skupnosti podpira pri izboljševanju duševnega zdravja, zmanjševanju odnosa do oseb s težavami v duševnem zdravju, ki prispeva k stigmatizaciji in nudenjem visoko kakovostnih storitev na področju duševnega zdravja. Investiranje virov, razvoj in dosledno izvajanje nacionalnih politik je bilo uspešno. Stopnja samomorilnosti na Irskem pada; leta 2016 se je tako glede na ocene v petih letih zmanjšala za 26% kljub povečanju števila prebivalstva (NOSP, 2017).

Za vsak samomor, ki je izvršen, je še veliko število poskusov samomorov in oseb, ki si poskusijo vzeti življenje, a ne uspejo. Poskus samomora v preteklosti pri posamezniku/-ci predstavlja pomemben del preteklih izkušenj osebe in lahko pusti trajne posledice. Osebe s tovrstnim bremenom se prav tako srečujejo s stigmo in mnoge je poskusa samomora sram ter o tem ne govorijo drugim (Fulginiti, Pahwa, Frey, Rice in Brekke, 2016). Tovrstna samocenzura lahko vodi do nadaljnje socialne izolacije in pomanjkanja formalne in neformalne podpore, kar še dodatno prispeva k že tako izredno boleči izkušnji osebe ter podaljšuje trajanje duševne bolezni (če je le-ta prisotna).

Samomorilnost in z njo povezana stigma predstavljata pomembno vprašanje tudi v Litvi. Glede na svetovne lestvice je leta 2014 storilo samomor skoraj 32/100.000 prebivalcev/-k Litve – dvakrat več, kot je svetovno povprečje. Številka se je povzpela na skoraj 46/100.000 oseb leta 1995, kar je bila tudi ena od najvišjih števil po svetu. Litva je bila del Sovjetske unije kar 50 let (1940-1990) in se je EU pridružila leta 2004. Litovski statistični urad (2018) ocenjuje, da je skupno število prebivalstva Litve leta 2018 2.810.118 (predhodni podatki), statistika pa državo uvršča med države z višjim srednjim visokim prihodkom (glede na kriterije Svetovne banke leta 2010) s skupnim zdravstvenim izdatkom 6,59% BDP. Povprečna življenjska doba moških v Litvi je približno takšna, kot je bila v Zahodni Evropi pred nekaj desetletij. Leta 2015 je bila pričakovana življenjska doba ob rojstvu 68 let za moške (78 let pri ženskah) zaradi visoke stopnje srčnožilnih bolezni in samomorov (SZO, 2015). Center za preprečevanje samomorov (ki deluje v okviru državnega centra za duševno zdravje) je bil ustanovljen leta 2015. To je skupaj s strategijo preprečevanja samomorov 2016-2019 za Vilno leta 2016 korak v pravo smer, smer razumevanja in spopadanja s tem obširnim problemom (Muiznieks, 2017).

Podobno kot na Irskem in v ostalih evropskih državah, je zdravljenje duševnih bolezni dolgo časa slonelo na hospitalizaciji, primarna metoda zdravljenja pa so bila zdravila (Puras, 2005). Po razpadu Sovjetske unije avgusta 1991 je imela Litva 5380 postelj v psihiatričnih bolnišnicah. Duševno zdravje prebivalstva se je poslabšalo v prvem desetletju po razglasitvi neodvisnosti. Slednji so sledili skoki v številu samomorov ter zlorabe alkohola in drog (Murauskiene, Janonienė, Veniute, van Ginneken in Karanikolos, 2013; Puras, 2005). Ker je sovjetski model psihiatrične nege temeljil na izoliranju duševno bolnih, ki so jih zapirali v psihiatrične bolnišnice in domove, je to ustvarilo precejšnje stigmo ter še povečalo družbeno izključenost ter preprečevalo integracijo oseb v skupnost (Van Voren, 2013). Poleg tega je takšen način zdravljenja predstavljal kršitev pravic pacientov/-k (Mickevicius, Blazys, Migaliova, Lukosaityte in Puras, 2005). V 90-ih se je reforma duševnega zdravja v Litvi osredotočila na oblikovanje regulatornega okvira in oblikovanje telesa, ki bi bilo odgovorno za koordiniranje politike duševnega zdravja, vključno z Zakonom o duševnem zdravju (1995). Omenjena pravna podlaga je bila podlaga za izboljšave v kakovosti oskrbe in preprečevanju zlorabe psihiatrične nege. Prav tako je v skladu s sporazumi glede spoštovanja človekovih pravic, a je bilo opazeno, da kršitve človekovih pravic oseb z duševnimi motnjami še vedno obstajajo, še posebej, kar se tiče pravic do zdravljenja, zaposlovanja in državne podpore (Puras, Germanavicius, Povilaitis, Veniute in Jsailionis, 2004). Sledilo je več dokumentov in politik, vključno z Nacionalno strategijo na področju duševnega zdravja (Parlament republike Litve, 2007), in ustanovitvijo Državnega centra za duševno zdravje, ki koordinira politiko na področju duševnega zdravja. Razvile so se tudi multidisciplinarna skupnost in storitve za zunanje paciente/-ke, ki nudijo vrsto zdravstvenih in psiholoških ukrepov.

Do leta 2011 se je število postelj na oddelkih psihiatrije zmanjšalo na 2528 (Murauskiene idr., 2013). To je bilo deloma doseženo s tem, da so bili pacienti/-ke s kronično duševno boleznijo iz psihiatričnih bolnišnic premeščeni v psihiatrične ustanove za dolgotrajno nego (Puras, 2005). Poleg tega se je skrajšala dolžina hospitalizacije (s 63,7 dneva leta 1991 na 19,9 dni leta 2015) in opazen je bil premik v smer deinstitutionalizacije (Eurostat, 2017). Medtem ko je napredek sicer opazen, pa cilji še niso bili doseženi in manjka podrobnejša analiza storitev, programov in politik. Prav tako še naprej obstajajo izzivi, kot je pomanjkanje financiranja, socioekonomske neenakosti in pomanjkanje virov.

Pričujoči pregled literature ni uspel odkriti dokumentov v angleškem jeziku, v katerih bi bile zapisane politike, ki se povezujejo z zmanjševanjem stigme ali izvajanjem psiholoških in psihosocialnih ukrepov v Litvi. Zasledili pa smo izvajanje načel odprtega okolja in modela sodelovanja z namenom vključevanja oseb s težavami v duševnem zdravju na trg dela preko sistema socialne podpore. Prav tako so bili izvedeni programi, namenjeni učiteljem in bodočim strokovnjakom/-injam za javno zdravje, da bi tako lažje bili boj proti stigmatizaciji in socialni izključenosti. Primeri programov vključujejo programe dvigovanja ozaveščenosti na

področju duševnega zdravja – Nacionalni program za nadzor nad drogami in preprečevanje odvisnosti od drog 2010-2016 in Program duševnega zdravja na delovnem mestu: Izvajanje strategije duševnega zdravja in preprečevanja samomorilnosti.

Zaključek

Le malo je bolezni in zdravstvenih težav, ki bi bile slabše razumljene in bile povezane z več predsodki kot duševne bolezni. SZO in Svetovna psihiatrična zveza ugotavljata, da se diskriminacija, povezana z duševnimi motnjami, nadalje povezuje s trpljenjem, nezmožnostjo in revščino (Corrigan in Watson, 2002). Negativni vpliv stigme podaljša čas, ki preteče, preden se oseba odloči za zdravljenje in tako še podaljša čas trpljenja osebe in njenih bližnjih. Prav tako ima stigma negativen vpliv na evropsko gospodarstvo tako zaradi posrednih kot neposrednih stroškov.

Integracija v skupnost, biti del skupnosti, h kateri lahko produktivno prispevamo ter uresničevanje lastnih potencialov so vse osrednji deli definicije duševnega zdravja s strani SZO, ki pomaga opolnomočiti ljudi s težavami v duševnem zdravju (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams in Slade, 2011). In medtem ko se oblikovalci politik, skupine za zagovorništvo in svojci strinjajo glede pomena in koristi za osebe, na katere tako ali drugače vplivajo duševne bolezni, se je le malo držav približalo idealu. Vlaganje v in izboljševanje duševnega zdravja prebivalstva lahko še naprej prispeva k zdravju, kvaliteti življenja ter odpornosti ter zmanjša število samomorov. V pričujočem pregledu se je za učinkovite izkazalo več različnih ukrepov proti stigmatizaciji. Večinoma gre pri tem za izobraževalne programe, ki temeljijo na stiku med različnimi skupinami s skupino ljudi s težavami v duševnem zdravju. Pri načinu izvedbe smo zasledili kar nekaj raznolikost, kar kaže na to, da obstaja več kot en način za izvajanje programov proti stigmatizaciji. Pri tem se priporoča, da so ukrepi dolgoročni ter kritično ocenjeni, ugotovitve pa nato razširjene čim dlje, da se od njih lahko učijo tudi drugi. Politika duševnega zdravja pomaga prispevati k razvoju kvalitetnih storitev, kjer uporabnik/-ca storitev lahko izbere lastne cilje v poteku zdravljenja in zgradi izpopolnjujoče življenje, kakršnega si želi. Države članice EU so v preteklih letih pokazale zavezanost zaščititi osebe s težavami v duševnem zdravju, ko so podpisale Konvencijo o pravicah invalidov OZN. Slednja zagotavlja zaščito človekovih pravic, kot so pravica do zdravljenja, pravica do izbire, socialna vključenost in zaščita pred zlorabo (Baumann, 2010; Svet OZN za človekove pravice, 2017). Vendar pa se konvencije še vedno ne izvaja v celoti in so pravice še vedno kratene.

Razvoj progresivne politike na področju duševnega zdravja je kompleksna stvar, ki zahteva sodelovanje več nivojev vlade, ki so npr. zadolžene za področje zdravja, zaposlovanja, socialne varnosti, rekreacije in financ. Prav tako je programe potrebno prilagoditi na evropski, nacionalni in regionalni ravni, saj so ciljani in kulturno ustrezni ukrepi najbolj učinkoviti. EU bo v prihajajočih letih še naprej posredno in neposredno vplivala na področje storitev duševnega zdravja. Medtem ko bodo spremembe v strukturi EU s sabo seveda prinesle izzive, pa bodo ponudile tudi priložnosti za učenje in podporo državam z

manj razvitimi storitvami. Kljub temu pa se bo vsaka država še naprej soočala z lastnimi izzivi. Tako se npr. Litva osredotoča na razvoj politik in storitev, ki temeljijo na skupnosti, medtem ko Irska že ima dobro razvite politike, a jih še ne izvaja v polnosti. Državam članicam se priporoča redno spremljanje ukrepov ter večkratno zbiranje podatkov, da bi tako pridobili kazalnike izvajanja politik na področju duševnega zdravja, programov za zmanjševanje stigme in vpliva programov na zdravje in dobro počutje prebivalstva. Stopnja prisotnosti težav v duševnem zdravju in samomorilnosti je v Evropi še vedno previsoka. Sodelovanje med sektorji, mreženje in sodelovanje med oblikovalci politik, strokovnjaki in posamezniki/-cami iz zdravstvenega in ostalih sektorjev skupaj s predstavniki civilne družbe je ključnega pomena za izboljšanje duševnega zdravja in dobrega počutja prebivalcev.

V resnici ni »njih«, smo samo »mi«.

Viri

- Alexander, L., Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatising attitudes towards people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12 (3), 271-289.
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J.M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H., Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118, 180-186.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.
- Baumann, A.E. (2010). Empowerment in Mental Health – A partnership project of the WHO Regional Office for Europe and the European Commission. In *European Commission and Ministry of Health of Portugal, Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being*. Pridobljeno 20. oktobra 2017 s strani https://ec.europa.eu/health/mental_health/events/ev_20101108_en.
- Borschmann, R., Greenberg, N., Jones, N., Henderson, R. (2014). Campaigns to reduce mental illness stigma in Europe: A scoping review. *Die Psychiatrie*, 11(1), 43-50.
- Buechter, R., Pieper, D., Ueffing, E., Zschorlich, B. (2013). Interventions to reduce experiences of stigma and discrimination of people with mental illness and their caregivers (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 2. 1-14. DOI: 10.1002/14651858.CD010400
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65– 72.
- Central Statistics Office (2017, April 6). Census 2016 summary results: Part 1 [Press release]. Pridobljeno s strani <http://cso.ie/en/media/csoie/newsevents/documents/pressreleases/2017/prCensussummarypart1.pdf>
- Corrigan, P.W., Druss, B. G., Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15(2), 37-70.
- Corrigan, P., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M., Penn D.L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, 52(7), 953-958.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., Rossi, R. D., idr. (2015). Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*, 229 (1-2), 148-154.
- Corrigan, P.W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63 (10), 963-973.
- Corrigan, P.W., Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist*, 54, 765-776.
- Corrigan, P., River, L., Lundin, R., Penn, D.L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., et al. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 187-195.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C. (2002). The impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16– 19.
- Crawford, M. J., Patterson, S. (2007). Arts therapies for people with schizophrenia: An emerging evidence base. *Evidence Based Mental Health*, 10, 69-70.
- Crisp, A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Department for Health (2015). Connecting for life: Ireland's national strategy to reduce suicide 2015-2020. Dublin: Department of Health.
- Dunne, S., MacGabhann, L., Amering, M., McGowan, P. (2018). "Making people aware and taking the stigma away": Alleviating stigma and discrimination through Dialogue. *Irish Journal of Applied Social Sciences*, 18(1), 15-28.
- Eurostat (2017). Hospital discharges and length of stay statistics. Pridobljeno 25. aprila 2018 s strani <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>
- Fulginiti, A., Pahwa, R., Frey, L. M., Rice, E., Brekke, J. S. (2016). What factors influence the decision to share suicidal thoughts? A multilevel social network analysis of disclosure

- among individuals with serious mental illness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46, 398-412.
- Gaebel, W., Baumann, A. E., Zaské, H. (2005). Intervening in a multi-level network: Progress of the German Open the Doors projects. *World Psychiatry*, 4, 16-20.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing stigma associated with mental disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-175.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., CDBE 2010 Study Group (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 718-779.
- Hagiwara, G., Iwatsuki, T., Isogai, H., Van Raalte, J. L., Brewer, B. W. (2017). Relationships among sports helplessness, depression, and social support in American college student-athletes. *Journal of Physical Education and Sport*, 17, 753-757.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, public health programs. *American Journal of Public Health*, 103, 777-780.
- Henderson, C., Thornicroft, G. (2016). Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009-2015. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134 (Suppl. 446), 23-33.
- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychology*, 67, 231-243.
- Kaminski, P., Harry, C. (1999). From stigma to strategy. *Nursing Standard*, 13 (38), 36-40.
- Kelly, B. D. (2017). Are we finally making progress with suicide and self-harm? An overview of the history, epidemiology and evidence for prevention. [Electronic version ahead of print] *Irish Journal of Psychological Medicine*. Pridobljeno 2. septembra 2017 s strani <https://www.cambridge.org/core/journals/irish-journal-of-psychological-medicine/article/are-we-finally-making-progress-with-suicide-and-selfharm-an-overview-of-the-history-epidemiology-and-evidence-for-prevention/3BE13A8671E9A38A03982EC4390A2664/core-reader>
- Leamy, M., Bird, V., Le Bouthillier, C., Williams, J., Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Link, B.G. (2001). Stigma: Many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, 8-11.
- Mammen, G., Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45, 649-657.
- Mickevičius, H., Blazys, V., Migaliova, D., Lukosaityte, R., Puras, D. (2005). *Human rights monitoring in close mental health care institutions: Project Report*. Vilna.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services*, 63, 974-981.
- Morrison, A. P., Birchwood, M., Pyle, M., Flach, C., Stewart, S.L., Byrne, R., Patterson, P., Jones, P.B., Fowler, D., Gumley, A.L., French, P. (2013). Impact of cognitive therapy on internalised stigma in people with at-risk mental states. *British Journal of Psychiatry*, 203, 140-145.
- Muiznieks, N. (2017). *Poročilo po obisku Litve med 5. in 9. decembrom 2016*. Strasbourg, Svet Evrope.
- Murauskiene, L., Janonienė, R., Veniute, M., van Ginneken, E., Karanikolos, M. (2013). Lithuania: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(2), 1-150.
- National Office for Suicide Prevention (NOSP) (2017). *Annual report 2016*. National Office for Suicide Prevention / Health Service Executive: Dublin.
- Pescosolido, B.A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., Link, B. G. (2010). A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 1321-1330.
- Pettigrew, T.F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-85.
- Pettigrew, T.F., Tropp, L.R. (2005). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 751-783.
- Phillips, M.R. (2010). Rethinking the role of mental illness in suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 731-733.

- Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry*, 17, 123-131.
- Puras, D. (2005). Mental health in Lithuania. *International Psychiatry*, 10, 12-14.
- Puras, D., Germanavicius, A., Povilaitis, R., Veniute, M., Jsailionis, D. (2004). Lithuania mental health country profile. *International Review of Psychiatry*, 16(1-2), 117-125.
- Quinn, N., Shulman, A., Knifton, L., Byrne, P. (2011). The impact of a national mental health arts and film festival on stigma and recovery. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 71-81.
- Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A., Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: Cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *Biomed Central Public Health*, 15:53. DOI 10.1186/s12889-015-1391-4.
- Rushe, N., Zlati, A., Black, G., Thornicroft, G. (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? *The British Journal of Psychiatry*, 205, 257-259.
- Seimo of The Republic of Lithuania (2007). *National Mental Health Strategy of the Republic of Lithuania*. Pridobljeno 25. aprila 2018 s strani <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.FB9ED006276A>
- Statistics Lithuania (2018). *Resident population by age group by county and municipality*. Pridobljeno 25. aprila 2018 s strani <https://osp.stat.gov.lt/gyventojai1>
- St Patrick's Mental Health Services (October 7th, 2017). *Mental Health Survey Reveals Extent and Effects of Stigma*. Pridobljeno 12. aprila 2018 s strani <https://www.stpatricks.ie/media-centre/news/2017/october/mental-health-survey-reveals-extent-and-effects-of-stigma>.
- The Economist Intelligence Unit (2014). *Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries*. London: The Economist Intelligence Unit.
- Thornicroft, G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *Lancet*, 370, 807-808.
- Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P. (2005). Active Ingredients in Anti-Stigma Programmes in Mental Health. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 123-131.
- Tsang, H. W. H., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y. Y., Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173, 45-53.
- Twardzicki, M. (2008). Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *The Journal for the Royal Society for Public Health*, 128, 68-72.
- UN Human Rights Council (6-23 June, 2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Pridobljeno 25. novembra 2017 s strani <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/G1707604.pdf>.
- Van Vohen, R. (2013). *Psychiatry as a tool for coercion in post-Soviet countries*. European Parliament. Pridobljeno 12. aprila 2018 s strani <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN>
- Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E., Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1312-1318.
- World Health Organisation Regional Office for Europe (2013). *The European Mental Health Action Plan*. Pridobljeno s strani http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1
- World Health Organisation (2014a). *Mental health: A state of wellbeing*. Pridobljeno 23. aprila 2017 s strani http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en
- World Health Organisation (2014b). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. World health Organisation: Geneva.
- World Health Organisation (2015). *Disease burden estimates*. Pridobljeno 23. aprila 2017 s strani http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html
- World Health Organisation (2017a). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2017b). *Suicide Data*. Geneva: World health Organisation.
- Xu, Z., Huang, F., Kusters, M., Rusch, N. (2017). Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. II. Interventions among people with mental illness. *Psychiatry Research*, 255, 457-464.
- Yang, L. H. (2007). Application of mental illness stigma theory to Chinese societies: Synthesis and new directions. *Singapore Medical Journal*, 48, 977-985.

07

NASLAVLJANJE STIGME V LOKALNIH ORGANIH PREKO ŠPORTA

Avtor:

Roi Kinti



UVOD

V pričujočem dokumentu si prizadevamo demonstrirati: a) na kakšen način šport lahko igra pomembno vlogo v spodbujanju duševnega zdravja in b) kako lahko šport pomaga spremeniti način zaznavanja duševnih motenj pri lokalnih organih. Osnovni cilj je prikazati, da je ustvarjanje močne in konkretne povezave med duševnim zdravjem in športom mogoče doseči s pomočjo športnih dogodkov, ki jih pomagajo organizirati lokalni organi.

Opredelitev problema

Namen članka je s pomočjo pregleda literature in ugotovitev študij prikazati koristi športa pri preprečevanju in boju proti stigmatizaciji ljudi, ki se soočajo s težavami na področju duševnega zdravja. Članek zaključuje

Na koncu članka predstavljamo vrsto predlaganih športnih dogodkov in pobud, ki bi jih lahko organizirale oz. podprle lokalne družbe. Ti ukrepi so vključeni v okvir institucionalne vloge lokalne uprave in temeljijo na prednostih struktur in storitev, ki jih lahko ponujajo državljanom/-kam.

Definicija stigme v duševnih boleznih

Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije duševne motnje obsegajo širok spekter težav z različnimi simptomi. Za duševne motnje je značilna kombinacija nenavadnih misli, čustev, vedenj in odnosov z drugimi. Najpogostejše duševne motnje so shizofrenija, depresija, motnje v duševnem razvoju in zlorabe substanc. Epidemiološke študije so pokazale, da duševne ali nevrološke motnje v povprečju doletijo enega izmed štirih ljudi na svetu, s težavami v duševnem zdravju pa se trenutno sooča okrog 450 milijonov ljudi po celem svetu (SZO, 2001). Natančneje, na svetovni ravni 121 milijon ljudi trpi zaradi depresije, 24 milijonov ljudi pa se sooča z diagnozo shizofrenije. Duševno zdravje bi moralo biti ena od prednostnih nalog držav tako zaradi vse večjega števila ljudi, ki trpijo

zaradi težav v duševnem zdravju, kot zaradi znatne finančne obremenitev proračunov javnega zdravstva, ki jo prinašajo socialne posledice stigmatiziranosti oseb s težavami v duševnem zdravju.

Duševne motnje in bolezni se kažejo v vrsti vedenjskih in čustvenih simptomov, ki jih spremljajo mračne kolektivne predstave o njihovem pomenu. Zdravstveni pristop k duševnim boleznim se je na Zahodu razvil v poznem srednjem veku. *Represija nerazumnega*, kot Foucault poimenuje odziv na vse, kar izziva ustaljeni red družbe, vključno z odzivom na duševne motnje, se v dobi racionalizma prične sklicevati na zaščito družine in kolektivne identitete pred simbolično nevarnostjo, ki jo predstavlja »norost«. Stigma, povezana z duševnimi boleznimi, je kompleksen proces, ki se razvija v družbenih interakcijah in dinamiki družbenih odnosov. Sile, ki imajo v svoji agendi enotnost in čistost družbe, vodijo do marginalizacije duševnih bolnikov, kar pogosto ovira preprečevanje in razbijanje predsodkov na področju težav v duševnem zdravju. Stigma, kot jo je opredelil Goffman (2011), se nanaša predvsem na družbene odnose in pa na naravne značilnosti. Schulze in Angermeyer (2003) sta v svoji študiji o načinih, na katere stigma vpliva na življenje bolnikov s shizofrenijo v Nemčiji, pokazala štiri dimenzije stigme, ki se nanašajo na: a) medosebne odnose oseb, običajno zaradi omejenih osebnih stikov, b) družbenega dožemanja duševnih bolezni, kot jih prikazujejo mediji in filmi, c) pravne predpise v zvezi z boleznijo ter družbenimi strukturami in službami, ki so na voljo in d) priložnosti osebe s težavami v duševnem zdravju za opravljanje družbenih vlog, kot npr. vloge strokovnjaka/-inje ali partnerja/-ice.

Ključni dejavnik destigmatizacije duševnih bolnikov je razlikovanje med samo-stigmatizacijo in socialno stigmo. Prvi se nanaša na osebne izkušnje in dožemanje osebe s prepoznavnimi značilnostmi stigmatizacije oz. dožemanje ljudi preko stereotipnih značilnosti, ki naj bi veljale za osebe s težavami v duševnem zdravju. Osebe se obenem zaznavajo kot podcenjeni člani družbe, kar vodi do občutkov sramu in diskriminacije, zmanjšuje sposobnost delovanja in veča negativne občutke (Corrigan, Druss in Perlick, 2014). Socialna stigma pa se po drugi strani nanaša na kombinacijo zaznane nevarnosti in družbene razdalje (Zartaloudi in Madianos, 2010).

Raziskave kažejo, da je stigma dejavnik, ki ima na življenje oseb s težavami v duševnem zdravju izreden vpliv. Socialna izolacija predstavlja še dodatno breme na že tako ali tako obremenjeno psihološko stanje osebe, ki se srečuje s težavami v duševnem zdravju. Vedenja, ki se povezujejo z diskriminacijo, kot npr. napihnjeno prikazovanje bolezni s strani medijev in povezovanje duševnih motenj oz. bolezni s primeri medosebnega nasilja (Sukel, 2016), še povečajo samostigmatizacijo, ki vodi v izključevanje iz družbenega življenja (Byrne, 2000).

Definicija športa

V začetku 19. stoletja je Max Weber v svojem delu »Protestantska etika in duh kapitalizma« poskušal povezati telesno vadbo in racionalno družbo, logiko, ki zavrača impulz po uživanju življenja preko zabave in športa (Weber, 1997). V povojnem obdobju se je razmah različnih prostočasnih aktivnosti in zabave povezal tudi z zanimanjem državljanov za športne dogodke. Dandanes, v sodobni dobi, s hitrim tempom vsakodnevnega življenja, se ljudje k športu obračajo tudi zaradi njegovega znanstveno dokumentiranega ugodnega vpliva na zdravje, telesna vadba pa se prepozna kot sredstvo za izboljšanje tako telesnega kot duševnega zdravja.

Svet Evrope pod izrazom šport pojmuje »vse oblike telesne dejavnosti, katere namen je s pomočjo občasne ali redne udeležbe izražati ali izboljšati telesno pripravljenost in duševno

počutje, ustvarjati družbene odnose ali pridobivati rezultate na tekmovanjih vseh stopenj¹. Pri športu gre torej za več kot le praktično telovadbo. Priložnost za sodelovanje v športnih aktivnostih in prosti vadbi je pravzaprav tudi ena izmed osnovnih človekovih pravic. Športa se dandanes poslužujemo tudi kot orodja za spodbujanje socialne vključenosti in sprejemanja. Leta 2002 je Kofi Annan, takratni generalni sekretar Združenih narodov at the time, poudaril:

»Šport lahko pomaga izboljšati življenja posameznikov in posameznic; še več, lahko bi dodali, da šport lahko pomaga k zdravju celotne skupnosti. Prepričan sem, da je čas, da se gradi na tem razumevanju, da bi vlade, razvojne agencije in skupnosti spodbudili k razmišljanju v zvezi s tem, kako je mogoče vključiti šport ... kot vidika lajšanja posledic revščine, bolezni in konfliktov« (Ireland-Piper in Weinert, 2014).

Znani odgovor Talesa iz Mileta na vprašanje, kdo je srečnejši, in sicer *»tisti, ki ima zdravo telo, je bolj iznajdljiv in bolj učinkovit po naravi«*, potrjujejo številne študije, ki potrjujejo znatno manjše nivoja stresa in depresije pri posameznikih/-icah, ki redno telovadijo v primerjavi z osebami, ki jemljejo zdravila (Wipfli, Rethorst in Landers, 2008). V meta-analizi 105 študij v obdobju med 1980 to 2008 je bilo ugotovljeno, da ima redna aerobna vadba pozitiven vpliv na razpoloženje (Reed in Buck, 2009). Raglin in Wilson (2012) izpostavljata, da prihaja med telesno vadbo do spremembe telesne temperature, ki je posledica povečane osrednje in periferne živčne aktivnosti možganov ter zmanjšanja širjenja mišic, kar izboljšuje razpoloženje. Vadba vpliva na delovanje in izločanje hormonov, kot so dopamin, noradrenalin, epinefrin in serotonin, torej hormonov, ki sodelujejo pri zdravljenju depresije in shizofrenije. Ti hormoni povečujejo tudi sproščanje endorfinov, prepoznanih kot naravnih opioidov, ki delujejo protibolečinsko.

Ugotovitve raziskav kažejo kot obetajočo tudi prakso neposrednega in osebnega stika med zdravim prebivalstvom in člani skupine, ki doživlja socialno stigmatizacijo (Pettigrew in Tropp, 2006). Raziskave nadalje navajajo, da je telesna aktivnost lahko enako učinkovita kot zdravilo pri zdravljenju tesnobe in depresije ter da predstavlja orodje za izboljšanje zaupanja in samopodobe osebe. Poleg tega lahko redna vadba zmanjša nevarnost razvoja demence za skoraj tretjino preko izboljšanja kognitivne funkcije možganov in izboljšanja spomina (Rendi idr., 2008). Študije so zabeležile pozitiven učinek vadbe pri osebah, ki trpijo zaradi depresije, v manjši meri pa tudi pri osebah s shizofrenijo (Friedrich, 2017). Nadaljnji rezultati raziskav podpirajo pozitiven vpliv nogometa na psihosocialne potrebe bolnikov z duševnim zdravjem (Darongkamas idr., 2011).

Poleg pozitivnih učinkov vadbe na duševno zdravje in dobro počutje oseb, ki se ukvarjajo s športnimi dejavnostmi, rezultati študij kažejo na pomembne učinke športa tako na družbeni kot čustveni ravni. Organizirane športne dejavnosti se pojavljajo kot pomemben prostor, v katerem sodelujejo ljudje. Pri tem se kot športne aktivnosti v prostem času ali aktivna rekreacija pojmujejo dejavnosti, ki se izvajajo z namenom sproščanja, zdravja in dobrega počutja ali zabave². »Tradicionalni« šport je prav tako ključnega pomena, saj ga urejajo formalni operativni predpisi. Šport jača telo in zagotavlja dobro počutje ter dobro zdravstveno stanje oseb. Poleg tega aktivira latentne mentalne sposobnosti posameznikov/-ic in pomaga graditi prijateljske odnose in ekipnega duha. Sistematična vadba deluje na podlagi doseganja ciljev, pri čemer se skupina uči srečevati tako s kolektivno zmago kot s porazom, posameznik/-ica pa pridobi možnost kakovostnega preživljanja prostega časa ter preprečevanja osamljenosti.

Pri tem pa so nekateri mnjenja, da je najbolj priporočljiva telesna aktivnost srednje intenzivnosti kot oblika vadbe za osebe s težavami v duševnem zdravju, saj glede na

¹ Bela knjiga – Bela knjiga o športu {SEC(2007) 932} {SEC(2007) 934} {SEC(2007) 935} {SEC(2007) 936} / COM/2007/0391 final, dostopno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52007DC0391>

² According to the National Sport and Active Recreation Policy Framework of Australia.

ugotovitve študij tekmovalni športi lahko obremenijo duševno zdravje osebe s sprožitvijo dejavnikov, ki povzročajo anksioznost (Bauman, 2016). Takšni dejavniki so lahko doživljanje pritiska, časovna zahtevnost treningov in posledično distanciranje pacienta od doma in družine, negativni čustveni učinek poškodbe / poškodb in drugi problemi na področju medosebnih odnosov (Wiese-Bjornstal, 2010).

Vloga lokalnih organov pri naslavljanju stigme

Razpoložljive informacije potrjujejo pomen nacionalnih in lokalnih pobud pri zmanjševanju predsodkov proti osebam, ki imajo težave z duševnim zdravjem. Izboljšanje blaginje ljudi s težavami v duševnem zdravju vključuje zagotavljanje učinkovitega zdravljenja in socialnih intervencij na podlagi programov zaposlovanja, svetovalnih dejavnosti za podporo družine duševno bolnih ter javnih izobraževalnih programov za splošno prebivalstvo ali osredotočanje na posebne ciljne skupine, kot je npr. populacija srednješolcev/k. Drug način za zmanjšanje stigme in pomoč ljudem, ki trpijo zaradi težav z duševnim zdravjem, je sodelovanje pri športnih dejavnostih. Poleg tega je boj proti stigmati temeljil na pravicah pacientov na področju duševnega zdravja, zagotovljenih na nacionalni ravni, pa tudi na podlagi mednarodnih resolucij, sklepov in paktov splošnega interesa za zaščito človekovih pravic³.

V skladu s Konvencijo Združenih narodov skupino oseb s posebnimi potrebami oz. invalidov/-k opredeljujemo kot osebe z dolgotrajnimi fizičnimi, duševnimi, intelektualnimi ali senzoričnimi ovirami, ki ovirajo njihovo učinkovito in enakopravno sodelovanje v družbi. EU in zlasti Listina o temeljnih pravicah EU prepoveduje vsakršno diskriminacijo zaradi invalidnosti (člen 21), medtem ko priznava pravico invalidov do ukrepov, katerih namen je med drugim zagotoviti njihovo udeležbo v družbenem življenju (člen 26).

Pričujoči pregled literature je potekal preko pregleda različnih virov informacij, zbranih preko svetovnega spleta, pregledom novejših virov, ter zapisom ukrepov in strategij za osebe s težavami v duševnem zdravju. Te dejavnosti in strategije se izvajajo bodisi s strani občin in mest ali pa jih narekuje uprava države v obliki nacionalnih akcijskih načrtov, kampanj ozaveščanja, predpisovanja športnih dejavnosti, organizacije športnih prireditev, priprave nacionalnih direktiv itd.

Tipičen primer je vlada Severne Irske s stalno in vztrajno prisotnostjo pri spodbujanju duševnega zdravja prebivalstva, socialnega vključevanja duševnih bolnikov/-ic in odprave socialne stigme duševnih bolezni, ki je vključena v pripravo irskih Nacionalnih akcijskih načrtov⁴. Škotska vlada je leta 2008 objavila smernice za izboljšanje telesnega zdravja in

³ Okvirno naj omenimo naslednje: a) Splošno deklaracijo o človekovih pravicah (10/12/1948), b) Mednarodni pakt o gospodarskih, socialnih in kulturnih pravicah (19/12/1966), kot tudi druga mednarodna besedila posebne narave, kot so c) Havajska deklaracija/ II, d) predlog uredbe R 83/2 za zaščito oseb z duševno motnjo, ki so bile hospitalizirane ko neprostoVOLJNI bolniki, ki ga je sprejel Odbor ministrov Sveta Evrope (22/02/1983), e) Izjava o pravicah in pravnem varstvu bolnikov z duševnim zdravjem (17/10/1989), f) Priporočilo 1235 parlamentarnega plenarnega zasedanja Sveta Evrope (12/04/1994), g) Madridska izjava o etični Standardi za psihiatrično prakso (25/08/1996), h) Resolucija Sveta Evropske unije o spodbujanju duševnega zdravja (18. 11. 1999), i) Bela knjiga o varstvu človekovih pravic in dostojanstva oseb ki trpijo zaradi duševne motnje, in še posebej tistih, ki so neprostoVOLJNO nameščene v psihiatrično oskrbo, j) Priporočilo Odbora ministrov Sveta Evrope o varstvu človekovih pravic in dostojanstva oseb z duševnimi motnjami (22.9.2004).

⁴ V zvezi s tem glej: a) Bamfordov pregled mentalnega zdravja in invalidnosti pri učenju (Severna Irsko). Izboljšanje in dobro počutje duševnega zdravja - Osebna, javna in politična vprašanja, 2007, b) Zdravstvo, socialna služba in javna varnost, 2009, uresničevanje vizije Bamforda. Odgovor Severne Irske na pregled posebnih potreb na področju duševnega zdravja in posebnih učnih potreb - akcijski načrt 2009-2011 in 2012-2015.

dobrega počutja oseb, ki se srečujejo s težavami v duševnem zdravju, ter dokument, ki opredeljuje politiko duševnega zdravja na Škotskem z naslovom »*Na poti k duševno cvetoči Škotski: politični in akcijski načrt za leta 2009-2011*⁵«, in v katerem je izrecno omenjeno osredotočanje vladnih pobud na izboljšanje telesnega blagostanja oseb s težavami v duševnem zdravju.

Predlogi športnega kluba Hiša športa Severne Irske (2017) in Nacionalnega centra za raziskave na področju duševnega zdravja, informiranja in razvoja delovne sile Nove Zelandije (2009) za boj proti stigmatizaciji duševnega zdravja poudarjajo bistven pomen razumevanja pogojev duševnega zdravja in dobrega počutja – slednje naj bi dosegli prek programov razširjanja informacij in dejavnosti ozaveščanja, namenjenih članom/-icam športnih objektov in sodelujočih organizacij.

Mesto New York je začelo obsežen program za izboljšanje dostopa do duševnega zdravja in odpravljanje ovir na poti do zdravljenja zaradi stigme oseb s težavami v duševnem zdravju. Tri četrtine proračuna programa pokrivajo mestna sredstva. Program ThriveNYC se je uradno začel novembra 2015 in vključuje ukrepe za preprečevanje in zdravljenje duševnih bolezni na lokalni ravni s sodelovanjem 20 javnih služb in 54 zasebnih služb. Dejavnosti razširjanja informacij so se nanašale na obveščanje in izobraževanje pedagoških delavcev, ki delajo v vrtcih mesta, detekcijo depresivnih motenj in zagotavljanja zdravljenja mater in nosečnic. V prihodnosti se načrtuje še dodelitev 15.000 stanovanj, namenjenih brezdomcem in osebam s težavami v duševnem zdravju.

Uradno priporočilo britanskega Nacionalnega inštituta za zdravje in klinično odličnost (NICE) za osebe z blago do zmerno depresijo je, da se udeležijo približno treh športnih aktivnosti tedensko, in s tem nadaljujejo 10 do 14 tednov, aktivnost pa naj bi trajala nekje med približno 24 minutami in eno uro. Pri izbiri najbolj primerne oblike dejavnosti osebam lahko pomaga splošni zdravnik/-ca. Vendar pa je za izbiro ustrezne dejavnosti državljanom/-kam na voljo spletno mesto »Prescription for Exercise⁶« ali v prevodu - »Recept za vadbo«.

Vlada Anglije je v sodelovanju s Športno in rekreacijsko zvezo Anglije oblikovala prvi dokument, ki naslavlja povezavo duševnega zdravja s športom in rekreacijo (»Mental Health Charter for Sport«⁷). V želji po odpravi stigmatizacije duševnega zdravja so listino podpisale največje športne organizacije v državi. Vlada se je zavezala, da bo prevzela del financiranja dejavnosti za določeno časovno obdobje.

Organizaciji Sport England in dobrodelna organizacija »Mind« v tesnem sodelovanju ponujata obsežen program, katerega cilj je predvsem izboljšati življenje 75.000 ljudi, ki trpijo zaradi depresije in tesnobe, prek športa. Program se izvaja na osmih področjih države, posamezniki/-ce pa imajo na voljo brezplačne ure psihoterapije oz. psihološkega svetovanja, podporne ekipe in informativne ure ter pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju pri vključevanju športa v svoje življenje. Pri tem del financiranja izhaja tudi iz nacionalnih virov.

Januarja 2009 sta v Angliji dobrodelni organizaciji za duševno zdravje MIND in Rethink začeli z izvajanjem programa z naslovom Time to Change, največjega državnega programa za boj proti stigmatizaciji in diskriminaciji na področju duševnega zdravja. Glavni cilj programa je bilo zmanjšanje stigme z olajšanjem socialnih stikov med člani. Eden od projektov znotraj programa je bil Get Moving! Program vključuje vsakoletno organiziranje več kot 100 dogodkov v tednu dni v oktobru. Na teh dogodkih sodelujejo osebe, ki imajo izkušnje z neko obliko duševnih bolezni in širšo javnostjo. Udeleženci se lahko ukvarjajo s

⁵ »Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011«:
<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/05/06154655/0>

⁶ Spletna stran »Prescription for Exercise« ali »Recept za vadbo«:
<http://prescription4exercise.com/patientpublic/choosing-the-right-activity/>

⁷ Listina »Mental Health Charter for Sport and Recreation«:
<https://www.sportandrecreation.org.uk/policy/the-mental-health-charter/introduction-to-the-mental-health-charter-for>

telesno dejavnostjo, ki ponuja sproščen družbeni stik med tistimi, ki se srečujejo s težavami v duševnem zdravju in pripadniki/-ce splošne javnosti, pa tudi v organiziranih športih, kot je nogomet, kjer je vsaka ekipa sestavljena iz predstavnikov/-ic obeh populacij. V vsaki igri posamezniki sodelujejo povsem enakovredno in si prizadevajo doseči skupni cilj - zmago ekipe (London in Evans-Lacko, 2010).

Čeprav zgoraj omenjene pobude študij primerov, ki so bile dokumentirane, ne vsebujejo podrobnosti in metodoloških informacij o načinu oblikovanja in izvajanja, pa je očitno, da obstaja velik potencial lokalnih organov zaradi njihove institucionalne vloge pri upravljanju lokalnih zadev ter neposrednega stika z državljani/-kami z izkušnjo težav v duševnem zdravju. Organi lokalne uprave v svoji organizacijski strukturi zagotavljajo socialne storitve in strukture, ki glede na njihov statut služijo in izvajajo pobude, ki koristijo tudi osebam s težavami v duševnem zdravju.

Ponujene storitve in oblikovane službe tako med drugim zagotavljajo psihosocialno podporo ranljivim družbenim skupinam, vključno s skupinami oseb s težavami v duševnem zdravju, informiranjem o njihovih pravicah, oblikovanjem motivov za njihovo družbeno aktiviranje, oblikovanje in izvajanje ukrepov za spodbujanje zdravja državljanov/-k. Poleg tega naj dodamo, da imajo občine običajno na voljo parke in športna igrišča, ki lahko gostijo prilagojene športne programe za vključevanje oseb s težavami v duševnem zdravju. Vendar ni nobenih ugotovitev, ki bi potrjevale, da se je s tovrstnimi aktivnostmi v izbranih občinah tudi zares zmanjšala stigmatiziranost oseb s težavami v duševnem zdravju. Glede na breme, ki ga predstavljajo težava v duševnem zdravju tako na nivoju posamezne osebe kot družbe kot celote, bi lahko pobude lokalnih organov s programi in ukrepi, v katerih je šport osrednja dejavnost, delovale kot orodje za preprečevanje in ublažitev stigmatizacije, povezane s težavami v duševnem zdravju in morda kot dopolnilni način zdravljenja.

Zaključki / Priporočila

Namen tega članka je bil dokazati, da sta šport in telesna vadba učinkovita orodja za podporo ciljem za boj proti stigmatizaciji duševnih bolezni. Telesna vadba in organizirane športne dejavnosti imajo koristi tako za udeležence/-ke, v tem primeru osebe s težavami v duševnem zdravju, kot v celotni družbi. Ciljna obdobja ukrepov in kratkoročni ali dolgoročni programi, ki so bili zasnovani ali že izvedeni na lokalni in nad-lokalni ravni, spodbujajo vključevanje in krepitev samopodobe osebe s težavami v duševnem zdravju. Te pobude so usmerjene v zmožnosti pacienta in orodja za opolnomočenje, v nasprotju z medicinskimi ukrepi, ki temeljijo na »nezmožnosti« osebe s težavami v duševnem zdravju (Seligman in Csikszentmihalyi, 2014).

Pri športu gre več kot le za občasno sprostitev in zabavo. Na področju športa se namreč kaže priložnost za razvoj dolgoročne kampanje in oblikovanje dragocenih možnosti za komunikacijo, soobstoj in mobilizacijo skupnosti na področju boja proti stigmatizaciji in izključevanju oseb s težavami v duševnem zdravju. Dandanes duševne bolezni prizadenejo enega od štirih državljanov EU. Če se bo ta odstotek v prihodnjih generacijah nadaljeval, so po eni strani bistveni učinkoviti ukrepi, ki lajšajo vsakodnevno življenje bolnikov in po drugi strani ukrepi za boj proti stigmatizaciji. Med drugim bi športu veljalo uveljaviti kot sredstvo za povečanje socialnih stikov ljudi s težavami v duševnem zdravju in splošne populacije ter izkoristiti potencial športa za spreminjanje negativnih prepričanj v zvezi z duševnimi boleznimi.

Iz tega je jasno razvidna potreba po vključitvi športa v politike in programe lokalne uprave z dolgoročnim pogledom in programe trajne narave. Večja odgovornost lokalnih oblasti na področju javnega zdravja in dobrega počutja ustvarja razloge za možnost razširitve storitev za bolj celovit pristop duševnega zdravja. Lokalne oblasti lahko oblikujejo vrsto pobud z omogočanjem dostopnih športnih objektov in organiziranjem športnih programov, ki temeljijo na oblikovanju športnih dogodkov in kampanj ozaveščenosti ter modelu, ki temelji

na vrednosti »športa za vse«⁸.

Tako se zdi, da bi se najverjetneje izkazal za plodnega razvoj strategij za odpravljanje stigmatizacije duševnih bolezni na lokalni ravni. Lokalne oblasti bi lahko imele veliko pomembnejšo vlogo pri obravnavanju stigmatizacije in diskriminacije oseb s težavami v duševnem zdravju z: a) razvojem politik v korist odpravljanja stigmatiziranosti in socialne izključenosti oseb s težavami v duševnem zdravju, b) načrtovanja in razvoja storitev bolj stalne ali pogoste narave za povečanje socialnih stikov oseb s težavami v duševnem zdravju, c) vključevanja izkušenj s stigmatizacijo pri ocenjevanju in d) izboljšanje multidisciplinarnega sodelovanja za obravnavo stigmatizacije in diskriminacije (Gormley in Quinn, 2009).

Pogoji, ki širijo socialno mrežo oseb z izkušnjo duševne bolezni in omogočajo lažjo komunikacijo, so: prostori lokalne družbe, ki omogočajo neposredne odnose med ljudmi, bližina dostopa do infrastrukture in športnih območij, tvorijo. Pogosti stiki omogočajo spremembo prepričanj ljudi o »nevarnih duševno bolnih osebah« ali povezovanjem duševnih motenj z deviantnim vedenjem.

Načrt strategije usklajevanja za ublažitev stigmatizacije mora temeljiti in spodbujati naslednje:

- Ena od strategij za boj proti stigmatizaciji je izobraževanje in obveščanje širše javnosti. Odpravljanje predsodkov glede duševnih bolezni, pretiranih stereotipov o »nevarnih duševnih bolnikih«, zavračanja napačnih predpostavk o nezmožnosti oseb s težavami v duševnem zdravju in prepričanj, ki demonizirajo osebe s težavami v duševnem zdravju, bi lahko omogočili z nenehnim obveščanjem in ozaveščanjem javnosti.
- Udeležba in sprostitev s športom bi lahko bila način za preoblikovanje introvertiranosti oseb s težavami v duševnem zdravju v smeri ustvarjalnosti in ekstravertnosti. Premik športnih objektov na lokalno raven podpira razširitev družbenih odnosov z osebami, ki se v skupnosti ukvarjajo s športnimi dejavnostmi, s čimer se izboljša osebni razvoj osebe s težavami v duševnem zdravju in istočasno spodbuja lokalno socialno kohezijo.

Natančneje, predlagane so tri vrste ukrepanja, ki jih lokalni organi lahko podprejo:

1. Zagotavljanje socialne podpore osebami, ki imajo težave z duševnim zdravjem, na lokalni ravni, s pomočjo: gojitve in izboljšanja socialnih sposobnosti bolnikov s telesno vadbo in športom. Ustvarjanje celovitega pristopa za reševanje duševnih bolezni, ki je utemeljeno na ustvarjanju struktur, ki se odzivajo na raznolike potrebe prebivalcev območja s težavami v duševnem zdravju.
2. Boj proti samo-stigmatizaciji.
3. Boj proti stigmatizaciji in diskriminaciji duševno bolnih.

Da bi te pobude proti stigmatizaciji duševnih bolezni uspele, je nujen pogoj nenehno uvajanje praks proti stigmatizaciji z različnih področij. Omenjene ukrepe je mogoče opredeliti in izvesti kot navodila za posebne ukrepe in pobude lokalnih oblasti. Predvideno je

⁸ V zadnjih desetletjih se zdi, da se usmeritev usmerja v bolj celovite posege in ukrepe za preprečevanje fizičnih in duševnih bolezni. Raznolikost je zaznana kot vir učenja in družbenega sprejemanja. Natančneje, celoviti modeli, ki obravnavajo duševne motnje, se zdijo učinkoviti s kombiniranjem na eni strani usmerjenih osebnih posegov in po drugi strani z intervencijami na ravni skupnosti z izkoriščanjem sredstev samih skupnosti (Kourkoutas, 2008 • Fraser et al., 2004 • Hansen, 2000). Poleg tega raziskave kažejo pozitivne rezultate o psihosocialnem in čustvenem razvoju otrok s posebnimi potrebami, ki se udeležijo rednih šol in ne posebnih šol (Droatar, 2006 • Kourkoutas, 2008). Predšolska starost je prikazana kot najprimernejša starost, ker do takrat otroci niso oblikovali stereotipnih dojemov o invalidih oz. osebah s posebnimi potrebami (Tafa & Manolitsis, 2003: 156).

naslednje:

1. Primarna raziskava mnenja lokalnega prebivalstva območja o vprašanih duševnih boleznih. Ta ukrep mora potekati najprej pred kakršnimi koli ukrepi za oblikovanje športnega objekta in sodelovanjem oseb s težavami v duševnem zdravju v ustreznih dejavnostih.
2. Ustvarjanje ustreznih organiziranih športnih objektov in opredeljenih prostorov prostega dostopa, kot so parki, zeleni prostori, posebej prilagojeni za sprehode, kolesarske poti in prostore za prosti čas, ki lahko ponudijo različne športne dejavnosti, ki se odzivajo na sposobnosti in preference oseb s težavami v duševnem zdravju.

Pri tem so primerne: aerobna vadba, vaje za krepitev mišic, sprostitvene tehnike, dihalne vaje, vaje za krepitev ravnotežja, ples in hoja – torej vadbe in aktivnosti, kjer ni elementa tekmovanja. Med izvajanjem lahko oseba prilagaja intenzivnost in ritem, poleg tega pa omenjene oblike vadbe spodbujajo socialno vključevanje in integracijo, tako da ne ločujejo različnih skupin.

3. Razvoj informacijskih programov, ki se odzivajo na potrebe in posebnosti duševnega zdravja, pri čemer imajo za ciljno skupino tako splošno prebivalstvo kote uporabnike/-ce športnih objektov območja.

4. Kadrovanje zaposlenih na športnih objektih, ki predstavljajo posebej usposobljeno osebje (npr. trenerji, zdravniki, poklicni terapevti, psihologi), ki lahko na eni strani oblikuje in izvaja programe za izvajanje, po drugi strani pa organizirajo odprte skupine za samopomoč in fokusne skupine, lahko dosežejo druge načine vzdrževanja in dvigovanja funkcionalne ravni ali neodvisnosti vsake osebe, ki sodeluje v športnih dejavnostih.

Istočasno delovanje »terapevtskih skupin« in športnih ekip se zdi bistvena razširitev socialne pomoči za duševnega zdravja. Skupine za samopomoč predstavljajo most do pomoči in morebitne napotitve osebe s težavami v duševnem zdravju na druge specializirane enote za zdravljenje duševnih motenj in bolezni. Raziskave namreč kažejo, da stigma zmanjšuje samozavest oseb s težavami v duševnem zdravju in ovira udeležbo osebe pri zdravljenju (Corrigan, 2004).

Čeprav razpoložljiva literatura potrjuje, da športni posegi izboljšujejo fizično počutje, družbeno in čustveno počutje ter socialno vključenost osebe s težavami v duševnem zdravju, je še treba raziskati naslednja vprašanja:

- Katera športna dejavnost ali kateri šport je najbolj primerna in za katero duševno bolezen?
- Koliko časa in v kolikšni meri koristi osebi s težavami v duševnem zdravju sodelovati v skupini ali osebni dejavnosti in pod kakšnimi pogoji?
- Katere so najpomembnejše dolgoročne koristi za osebe s težavami v duševnem zdravju?
- Ovrednotenje vpliva in uporabnost intervenc, kot je razloženo zgoraj, in metodološka načela intervencije, ki temeljijo na.
- Kaj je mogoče storiti, da bi odpravili stigmo duševne bolezni in njene prakse uveljavljanja?

Za zaključek torej na koncu lahko domnevamo, da bo stalno financiranje upravičenih športnih dejavnosti, ki koristijo osebam, ki imajo težave z duševnim zdravjem, zagotovilo dolgoročni učinek storitev in njihovo kakovost.

Viri

- Bauman, N. J. (2016). The stigma of mental health in athletes: Are mental toughness and mental health seen as contradictory in elite sport? *British Journal of Sports Medicine*, 50(3), 135-136.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.
- Corrigan, P., Druss, B., & Perlick, D. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15, 37–70. Pridobljeno s strani: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1529100614531398>.
- Corrigan, P. (2004). How stigmas interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59 (7), 614-625. Pridobljeno s strani: <http://und.edu/health-wellness/healthy-und/how-stigma-interferes-with-mental-health-care-kay.pdf>.
- Drotar, D. (2006). *Psychological Interventions in Childhood Chronic Illness*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Fraser, M.W., Kirby, L.D. & Smokowski, P.R. (2004). Risk and resilience in childhood. In M.W. Fraser (Ed.), *Risk and Resilience in Childhood. An Ecological perspective*, (pp.13-66). Washington, DC: NAWA Press.
- Friedrich, B. (2017). What is the score? A review of football-based public mental health interventions. *Journal of Public Mental Health*, 16 (4), from Emerald Publishing Limited. Pridobljeno s strani: <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/JPMH-03-2017-0011>.
- Goffman, E. (2001). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Athens: Alexandria.
- Gormley, D., Quinn, N., (2009), Mental Health Stigma and Discrimination: The Experience Within Social Work, Practice. *Social Work in Action Volume*, 21 (4), 259-272.
- Hansen, M. (2002). The need for competence in children's public mental health services. In D.T. Marsh., M.A. Fristad (Eds.), *Handbook of serious emotional disturbance in children and adolescents* (pp. 93-111). New York: John Wiley Sons.
- Ireland-Piper, D., Weinert, K. (2014). Is there a 'Right' to sport?". *Sports Law eJournal*. Pridobljeno s spletne strani: <http://epublications.bond.edu.au/slej/21>.
- Kourkoutas, I. (2008). From "Exclusion to psychopedagogy of inclusion": Reflections and prospects in relation to inclusion and coeducation of children with particular difficulties. *Skepsy* (1): 79-120. Pridobljeno s spletne strani: <https://sites.google.com/a/aigaion.org/skepsy/home/teuche-periodikou/teuchos-1>
- London, J., Evans-Lacko, S. E. (2010). Challenging mental health-related stigma through social contact. *European Journal of Public Health*, 20 (2), 130–131. Pridobljeno s spletne strani: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq014>
- Mental Health and Wellbeing Interventions in Sport: A Review and Recommendations. (2017). Sport Northern Ireland House of Sport. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.sportni.net/sportni/wp-content/uploads/2017/03/Mental-Health-Report-Final.pdf>.
- National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development New Zealand. (2009). Challenging stigma and discrimination Essential level learning module. Pridobljeno s spletne strani: <https://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/Lets-Get-Real-Challenging-Stigma-and-Discrimination-Essential-Level-Learning-Module.pdf>
- Pettigrew, TF., Tropp, LR., A. (2006). Meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol*, 90, 751-83.
- Rendi, M., Szabo, A., Szabo, T., Velenczei, A., Kovacs, A. (2008). Psychological benefits of aerobic exercise. *Psychology, Health and Medicine*, 13(2), 180-184.
- Seligman, M.E., Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: an introduction. *Flow and the Foundations of Positive Psychology*, Springer Netherlands, 279-298.

- Schulze, B. Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.
- Sukel, K. (2016). Mental Illness, Violence, and Stigma: The Need for Accuracy in the Media. Pridobljeno s spletne strani: <http://www.brainfacts.org/diseases-and-disorders/mental-health/2016/mental-illness-violence-and-stigma-the-need-for-accuracy-in-the-media-091516>.
- Tafa, E., Manolitsis, G. (2003). Attitudes of Greek parents of typically developing kindergarten children towards inclusive education. *European journal of special needs education* (2), 155-171.
- Weber, M. (1997). The protestant ethic and the spirit of capitalism. Athens: Gutenderg.
- WHO, (2001). The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope.
- Wiese-Bjornstal, D. M. (2010). Psychology and socio-culture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: A consensus statement. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20 (s2), 103-111.
- Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010). Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional. *Health Science Journal*, 4(2), 77-83.

08

AKTIVNO ŽIVLJENJE IN DUŠEVNO ZDRAVJE: SOCIALNO PARTNERSTVO MED JAVNIM IN ZASEBNIM SEKTORJEM

Avtorice:

Nicola Daley,
Stacey Robinson,
Cinzia Miatto



MERSEYSIDE EXPANDING HORIZONS

INCLUSION - INTEGRITY - INSPIRATION - COLLABORATION

SOCIAL INCLUSION THROUGH PARTNERSHIP

UVOD

Zmanjšanje sredstev javnega sektorja se danes kaže tako na področju zdravstvenega varstva (in duševnega zdravja) kot tudi za športne storitve (telesna dejavnost / prosti čas) (svet regije Moray). Zato postaja potreba po razvoju partnerstva med javnim in zasebnim sektorjem vedno bolj pomembna. Ob upoštevanju naraščajočega števila ljudi, ki se srečujejo z vprašanji duševnega zdravja, je vedno večja potreba po razvijanju medsektorskih pobud, ozaveščanju in zagotavljanju učinkovitih odzivov za preprečevanje in zdravljenje posameznikov s težavami v duševnem zdravju.

»V skladu s sistematičnim pregledom in statistiko iz več držav Evropske unije (Islandije, Norveške in Švice) je skoraj 27% odraslega prebivalstva (starih od 18 do 65 let) doživelo vsaj eno od številnih duševnih motenj v v preteklem letu (to je vključevalo težave, ki izhajajo iz zlorabe prepovedanih substanc, psihoz, depresije, anksioznosti in prehranjevalnih motenj)« (Svetovna zdravstvena organizacija, 2017).

Ta dokument poskuša opisati koristi javnega in zasebnega partnerstva na splošno ter na področju športa in duševnega zdravja. Preučili smo obstoj javno-zasebnih partnerstev, zagotovili temeljito razumevanje ustreznih vprašanj in ponazorili, kako lahko odgovorno izvajanje teh partnerstev koristi vsem vpletenim stranem.

Razpravljamo o izkušnjah pri iskanju, razvijanju, izvajanju in ocenjevanju javno-zasebnih partnerstev in kako se to lahko izvaja na področju duševnega zdravja in športa (aktivni načini življenja).

V prispevku je razvidno, kako lahko javno-zasebna partnerstva povečajo udeležbo, zagotovijo sredstva, izboljšajo učinkovitost in omogočijo dostop do strokovnega znanja ter izmenjavo izkušenj, kot tudi povečanje ozaveščenosti in razbijanje ovir izključenosti. Zagotavlja tudi priporočila o tem, kako razviti in vzdrževati partnerstva v javnem in zasebnem sektorju ter izvajati programe za aktivno življenje kot sredstvo za izboljšanje duševnega zdravja v vseh sektorjih skupnosti, tako kot preventivni ukrep za ranljive skupine, ki jim grozi duševno obolenje, kot tudi za zdravljenje tistih, ki so že imeli duševne težave.

Zakaj so socialna partnerstva pomembna?

Ker so storitve javnega sektorja racionalizirane in pregledane, se priznava, da so potrebni inovativni in ciljno usmerjeni odzivi na zdravstvene probleme v skupnosti. Sodelovanje med ponudniki storitev in strokovnjaki iz javnega, zasebnega sektorja ter sektorja storitev se vedno bolj priznava kot rešitev za zmanjšanje podvajanja, za stroškovno učinkovitost, zmanjšanje vrzeli pri preskrbi in prizadevanje doseči težje dosegljive skupine. »Obstaja naraščajoč apetit za razvijanje sodelovalnih partnerstev v dejavnostih, povezanih z zdravjem« (Alexander et al, 2001).

Zaposlitveni in podporni dodatek (ESA) (2010) opredeli javno-zasebna partnerstva (PPP) kot »kompleksne dolgoročne pogodbe med dvema enotama, od katerih je ena navadno družba (ali skupina podjetij, zasebnih ali javnih), imenovana operater ali partner, in druga običajno vladna enota ali koncedent (angl. *concession provider* ali *grantor of concession*). PPP vključujejo znatne kapitalske izdatke za ustvarjanje ali obnovo osnovnih sredstev s strani družbe, ki nato upravlja sredstva za proizvodnjo in dostavo storitev bodisi vladni enoti ali širši javnost v imenu javne enote.«

V zadnjih letih se je v Evropi ob poskusu zmanjšanja stigmatizacije, zvečanja ozaveščenosti in večji odzivnosti, vzpostavilo več partnerstev za duševno zdravje (Evans-Lacko et al, 2014). Ta partnerstva združujejo ljudi z različnimi izkušnjami in stališči o problemu, ter ponujajo možnosti za prepoznavanje inovativnih rešitev in učinkovitejših mehanizmov preprečevanja in zdravljenja.

Vedno bolj se ceni sodelovanje pri številnih storitvah in sektorjih, tudi na področju duševnega zdravja, kar dokazuje, da financerji in oblikovalci politik priznavajo, da partnerstva uspešno zagotavljajo učinkovite pristope za reševanje pomembnih vprašanj. "Sodelujoča partnerstva so obetavna strategija za vključevanje ljudi in organizacij v skupni namen obravnavanja vprašanj, povezanih z zdravjem in dobrim počutjem v skupnosti" (Roussos in Fawcett, 2000).

Medtem ko so ta partnerstva vzpostavljena, vodena in organizirana na različne načine, vsi delijo skupno idejo, da v današnji družbi večine pobud, povezanih z zdravjem, ni mogoče zasnovati in izvajati samo s strani enega organa ali organizacije. S povezovanjem dodatnih veščin in virov širokega spektra strokovnjakov, uporabnikov storitev, prostovoljcev in organizacij, imajo socialna partnerstva večjo sposobnost in sredstva za razvoj in zagotavljanje učinkovitega in izčrpnega obsega storitev z bolj strateškim temeljem. Tema postane pomembnejša pri združevanju dveh ločenih področij, kot sta šport in duševno zdravje.

Osnovna definicija

Socialno partnerstvo je:

Strateški partnerski sporazum, ki vključuje interesne skupine med sektorji, ki sodelujejo pri oblikovanju in izvajanju programov.

(Rees, Mullins in Bovaird, 2012)

V okviru projekta MENS temelji socialno partnerstvo na pristopu skupnega načrtovanja, s katerim se lahko urejajo organizacije storitvenega, javnega in zasebnega sektorja, z namenom delitve odgovornosti za oblikovanje in stalno nadgrajevanje športnih storitev in programov usposabljanja, za boljše odzivanje na nenehno spreminjajoče se potrebe ljudi iz zapostavljenih skupin. Zahteva, da vsak sektor a) poskuša izpolniti svoje posamezne cilje in b) sodeluje, za zagotavljanje boljših storitev kot bi jih lahko zagotovil sam.

Socialna partnerstva priznavajo in cenijo prispevek prostovoljnih nevladnih sektorskih organizacij (NVO) k načrtovanju in izvajanju storitev. V mrežo prinašajo tesne odnose z ljudmi s težavami z duševnim zdravjem. Z delom s partnerji zasebnega in javnega sektorja lahko zagotovijo, da so programi zasnovani tako, da izpolnjujejo potrebe svojih uporabnikov.

Organizacije prostovoljnega sektorja in zasebnega sektorja si delijo enako vlogo pri načrtovanju programov, poleg organov javnega sektorja; programe lahko načrtujemo tako, da so potrebe ljudi s težavami v duševnem zdravju na čelu procesa. Programe lahko nato preizkusite na nivoju osnovne dejavnosti med ljudstvom, in končni program, ki se pojavi iz tega procesa, se nato lahko vključi v sistem.

Metode / Postopek / Pristop

Cilj te raziskave je preučiti pozitivne rezultate partnerstva med javnim in zasebnim sektorjem ter poudariti njen pomen na področjih duševnega zdravja in športa.

Glavni cilj tega raziskovalnega poskusa je ugotoviti koristi in razviti smernice za socialno partnerstvo (SP) na področju duševnega zdravja in aktivnega življenja na dostopen način, tako da jih je mogoče uporabiti za obveščanje oblikovalcev politike in v vsakodnevni praksi. V raziskavi so zbrani dokazi iz nedavnih empiričnih raziskav o socialnih partnerstvih, o katerih so poročali v revijah, člankah in literaturi. Ta prizadevanja vključujejo partnerstva med lokalnimi zakonskimi agencijami s tretjim in zasebnim sektorjem ter partnerstva z lokalnimi skupnostmi ali ljudmi, ki testirne uporabljajo.

Ta pregled literature podaja informacije, ki so osnova za pogoje, potrebne za izgradnjo socialnega partnerstva, in ji dajejo najboljše možnosti za uspeh. To nam je omogočilo, da razvijemo smernice za razvoj socialnih partnerstev glede na kontekst aktivnega življenja (športa) in duševnega zdravja, ki lahko privede do pozitivnih rezultatov.

Pregled literature

Glavni cilj več agencij, ki delajo s posamezniki s težavami v duševnem zdravju, je razvoj njihovih mehkih veščin, izgradnja njihovega zaupanja in omogočanje njihove udeležbe v družbi. Dolgoročne koristi se spodbujajo s socialno integracijo in razvojem mrež iz različnih sektorjev, ki imajo znanje, izkušnje in spretnosti pri podpiranju ljudi s težavami v duševnem zdravju skozi šport in aktivno življenje. Za doseg tega preciznega namena je pomembno, da agencije za duševno zdravje povečajo sodelovanje med javnim in zasebnim sektorjem. Dejansko je to pomemben način za povečanje zavedanja in odstranjevanje ovir.

Za izboljšanje zaupanja in sodelovanja ljudi s težavami v duševnem zdravju so potrebni posebni tečaji in predavanja. Na primer, samoupravljanje, katerega spretnosti se lahko naučijo, običajno poučujejo ljudje, ki so imeli neposredno izkušnjo z duševnimi boleznimi in zdravjem. Izvajanje samoupravnih tečajev pomaga posameznikom razumeti, kako njihovi duševni problemi vplivajo na njihovo življenje, kako prepoznati zgodnje znake in preprečiti ali zmanjšati vpliv epizode bolezni.

(<https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/self-management-mental-ill-health>).

Poleg tega so šport in dejavnosti pomembno sredstvo za preprečevanje in zmanjševanje težav z duševnim zdravjem. Ugotovitve kažejo, da ima telesna dejavnost pomembno vlogo pri izgradnji prožnosti, omogočanju in podpori ponovne vzpostavitve duševnega zdravja, ter odpravljanju stigme in diskriminacije.

Britanski Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost (NICE) je navedel, da mora biti telesna dejavnost ena od prvih intervencij, ki naj bi jih zdravniki, ki zdravijo posameznike z blago do zmerno depresijo priporočili. Fizična aktivnost lahko zmanjša tveganje za depresijo nekoga do 30%. Lahko tudi zmanjša anksioznost in stres, se spoprime z nizkim razpoloženjem in poveča samozavest. Fizična aktivnost je še posebej pomembna za ljudi s hudimi in dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju (npr. pri bipolarni motnji ali shizofreniji), ker za take posameznike velja:

- Dvakrat večja možnost smrti zaradi bolezni srca.
- Štirikrat večja možnost smrti zaradi bolezni dihal.
- V povprečju zaradi slabega zdravja umrejo 10 do 17 let prej kot splošna populacija, ki se pogosto giblje.

Fizične aktivnosti veljajo za učinkovito orodje pri zdravljenju duševnih motenj, ker so:

- stroškovno učinkovite nadomestne strategije tistim, ki raje ne uporabljajo zdravil ali ki nimajo dostopa do terapije
- povezano z minimalnimi škodljivimi stranskimi učinki
- lahko vzdrževane do konca življenja samostojno brez nadzora
- hkrati zmožne izboljšati telesno in duševno zdravje ter se spoprijemati z duševnimi boleznimi.

Najboljša praksa na tem področju, je podpora »Digital Peer« (digitalni vrstnik), kjer ljudje uporabljajo svoje lastne izkušnje, da si pomagajo med seboj. Spletna stran, imenovana Elefriends, omogoča vsem, nad 18 let, ki se borijo z duševnimi boleznimi, da se pridružijo. (<https://www.mind.org.uk/media/17047308/get-set-to-go-research-summary-report.pdf>).

Glede na raziskave imajo osebe s težavami v duševnem zdravju težave zaradi diskriminacije in neenakosti na delovnem mestu, ter pri iskanju in ohranjanju zaposlitve. Dejansko je stopnja brezposelnosti te skupine okoli 90% - v nasprotju s tistimi s fizičnimi ali senzoričnimi težavami, ki znašajo približno 50%. Še enkrat, izraženo drugače, zaposlenih je samo 10% oseb z resnim psihiatričnim ozadjem, ki želijo delati. Ženske so manj uspešne kot moški. Že dolgo je znano, da hude duševne bolezni pogosto močno zmanjšajo sposobnost osebe za delo in samopreskrbo. Lahko povzroči revščino, kar lahko bolezen še poslabša. Zato so vsa prizadevanja za iskanje zaposlitve za te posameznike bistvena, saj izboljšujejo kakovost življenja in zmanjšujejo tako osiromašenje kot tudi visoke stroške storitev in socialne podpore, ki jih je ta skupina ustvarila.

Viri prav tako potrjujejo, da je večina ljudi s težavami v duševnem zdravju izpostavljena programom, ki se bolj osredotočajo na razvoj delovnih sposobnosti kot na dejansko plačano delo. Ti programi so na kratko povzeti:

- **Bolnišnični programi za usposabljanje in integracijo dela:** ti se zdaj manj uporabljajo kot v preteklosti; njihov cilj je povečati samozavest in splošno delovanje. Dejavnosti, ki jih poučujejo v teh programih, običajno vključujejo distribucijo hrane, vrtnarjenje, vodenje majhne trgovine itd. Medtem ko udeleženci zmanjšujejo število dni hospitalizacije, se zdi, da le malo pridobi uspešno zaposlitev na delovnem mestu.
- **delavnice v varnem okolju:** to je še en tradicionalen pristop, kjer se uporabljajo podizvajalska dela. Čutiti je, da se ta vrsta dela ne pripravlja zelo dobro za plačano zaposlitev in da oseba večinoma ostane v vlogi pacienta/-ke. Vendar pa je bilo ugotovljeno, da je 10-15% udeležencev mogoče napotiti v bolj intenziven program.
- **Usposabljanje v življenju v skupnosti:** ti programi so bili razviti s pomočjo pionirskih prizadevanj Stein, Test in Marx. Sodelovali so na osnovnih potrebah in značilnostih posameznega vodenja ter na globalnem pristopu. Čeprav sodelovanje v takih programih zmanjšuje hospitalizacijo in povečuje samostojno življenje, pa ni bilo ugotovljeno, da ima velik vpliv na ohranjanje stalnega delovnega mesta.
- **Programi asertivnega zdravljenja v skupnosti (PACT):** Tudi te programe so razvili Stein, Test in Marx kot odziv na naraščajočo potrebo po skupnostnih storitvah za posameznike s hudimi težavami v duševnem zdravju. Poudarek je bil na okrevanju od bolezni in izboljšanju kakovosti življenja. Usposabljanje je potekalo v Kanadi in v več krajih Združenih držav. PACT je interdisciplinaren timski pristop, ki vključuje psihiatrijo, registrirane medicinske sestre, strokovnjake vrstnikov, poklicne strokovnjake, specialista za odvisnost in programskega administratorja. Krizna oskrba je na voljo 24 ur na dan. Ta integrirani, skupnostni model zagotavlja "storitve zdravljenja, rehabilitacije in podpore, ki jih morajo ljudje s težkimi duševnimi boleznimi uspešno živeti v skupnosti".

Pridobitev konkurenčno plačane zaposlitve za osebo z zgodovino hudih težav v duševnem zdravju ostaja izziv tudi v najlepših časih. Še težje je v obdobjih visoke brezposelnosti, ko je na voljo veliko brezposelnih delavcev.

(http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf).

Vendar se to lahko zgodi le, če na lokalni ravni obstajajo socialna partnerstva na območju, kjer se mreža razvija. Za stalno izboljševanje in razvoj storitev za osebe težavami v duševnem zdravju je treba delodajalcem in javnim uslužbencem zagotoviti platformo, kjer lahko vplivajo na in sooblikujejo storitve. Enako morajo biti vključeni tudi socialni partnerji, saj lahko razvijejo edinstvene vire in podporo ljudem z duševnim zdravjem v varnem okolju. Socialno partnerstvo med delodajalci in javnim sektorjem je velikega pomena ne samo za osebe težavami v duševnem zdravju, ampak tudi za delodajalce in zasebni sektor na splošno. Obstaja več razlogov za podporo te dvostranske koristi tega sodelovanja. Raziskave kažejo, da motnje duševnega zdravja predstavljajo 22% bremena invalidnosti v EU (poročilo o duševnem zdravju in dobrem počutju, 2016). Drugič, kot sta predlagala Liopis in Anderson (2005), se socialni in ekonomski stroški storitev za duševno zdravje povečujejo in seštevajo v že zdaj napeto gospodarstvo. Tretjič, EU-OSHA (2014) je poročala, da so stroški duševnega zdravja zaradi zmanjšanja produktivnosti in prevelike odsotnosti v delovnem okolju 136 milijard EUR / leto.

EU Kompas o duševnem zdravju na delovnem mestu (2017) je poročal, da »so z gospodarskega vidika na voljo zanesljivi podatki, ki kažejo na donosnost naložb na ravni spodbujanja duševnega zdravja na delovnem mestu« (stran 22). Poleg tega je Svetovna zdravstvena organizacija (2017) objavila informativni list o duševnem zdravju na delovnem mestu, v katerem se predlaga vrsta intervencij in dobrih praks, s katerimi bi delovno mesto postalo zdravo. Vključene so bile:

- ozaveščenost o delovnem okolju in kako se lahko prilagodi za spodbujanje boljšega duševnega zdravja pri različnih delavcih.
- Učenje iz motivov vodij organizacij in zaposlenih, ki so že ukrepali na tem področju.
- Ne ponovno odkrivanje vode, če se zavedate, kaj so že storila druga podjetja, ki so ukrepala.
- Razumevanje priložnosti in potreb posameznih zaposlenih pri oblikovanju boljših politik za duševno zdravje na delovnem mestu.
- ozaveščenost o virih podpore in kje lahko ljudje najdejo pomoč.
- Izvajanje in uveljavljanje zdravstvenih in varnostnih politik in praks, vključno z ugotavljanjem stiske, škodljivo uporabo psihoaktivnih snovi in bolezni ter zagotavljanjem sredstev za njihovo upravljanje.
- Obveščanje osebja, da je podpora na voljo
- vključevanje zaposlenih v odločanje, ki daje občutek nadzora in udeležbe; organizacijske prakse, ki podpirajo zdravo ravnotežje med poklicnim in zasebnim življenjem.
- Programi za poklicni razvoj zaposlenih.
- Priznavanje in nagrajevanje prispevka zaposlenih.

Obstajajo različna mnenja in ideje o sodelovanju med javnim in zasebnim sektorjem. Po Pauline Vaillancourt Rosenau, obstaja nekaj pomembnih elementov moči, ki jih je treba upoštevati. Javni sektor opozarja na pomisleke javnega interesa, skrbništva in solidarnosti. Učinkovito deluje na odprtost do javnega nadzora, vprašanja zaposlovanja, upravljanje politik, ureditev, preprečevanje diskriminacije ali izkoriščanja itd. Zasebni sektor, ki je kreativen in dinamičen, omogoča dostop do finančnih sredstev, poznavanje tehnologij in učinkovitost vodstva, in ima podjetniški duh. Bolje izvaja gospodarske naloge, je inovativen in posnema uspešne poskuse, prilagaja se hitrim spremembam in preoblikuje zapletene ali tehnične naloge.

Neprofitne organizacije (ali tretji sektor) so močne na področjih, ki zahtevajo sočutje in zavezanost posameznikom. Dobro delajo, ko kupci ali stranke zahtevajo veliko zaupanja ali pa potrebujejo osebno pozornost. Partnerstva ponujajo obljubo največjega uspeha, če so potrebne prednosti več kot ene močne igralke. Potreba po ravnovesju med javnim in zasebnim, zlasti kadar gre za politiko, zelo cenijo tisti, ki se zavzemajo za večjo vlogo

javnega sektorja

Javno-zasebna partnerstva imajo skupno odgovornost za politiko, ki vpliva na državljane. Avtentično partnerstvo vključuje tesno sodelovanje in kombinacijo prednosti tako zasebnega sektorja (bolj konkurenčnega in učinkovitega) kot javnega sektorja.

Vendar pa resnične koristi javno-zasebnega partnerstva še niso povsem očitne v celotnem nizu političnih sektorjev (javno-zasebno partnersko partnerstvo). Ko govorimo o partnerstvu, moramo upoštevati koristi in tveganja.

Koristi so naslednje:

- povečanje učinkovitosti zaradi boljše delitve tveganja in spodbud za izvedbo.
- boljše vodenje projektov in inovacije.
- ko se poveča učinkovitost / inovativnost, se poveča vrednost za denar.
- trenutne tržne razmere, s presežkom likvidnosti in nizkimi obrestnimi merami, lahko zagotovijo privlačno priložnost za financiranje javno-zasebnih partnerstev.
- zasebni partner prevzema določena tveganja, ki bi sicer ostala pri javnem organu.

Tveganja so:

- Dolgotrajne pogodbe lahko povzročijo, da so projekcije povpraševanja vse bolj nezanesljive.
- Regulatorni zajem in zadrževanje naložb.
- višji stroški financiranja zasebnega partnerja in javnosti.
- Pogodbene valute plačila v daljšem obdobju ne upoštevajo gospodarskega cikla.

(Public Private Partnership in Member states: Mirco Tomasi)

Različni viri in primeri potrjujejo, kako lahko partnerstva med javnim in zasebnim sektorjem dosežejo skupne cilje. Primer ima vloga zasebnega in javnega sektorja v mestu New York. Pod vodstvom župana Michaela R. Bloombergga so zasebni partnerji začeli sodelovati z mestno vlado na način, ki potiska nove meje in omogoča vladi, da prevzema podjetniški duh.

(http://www.bbhub.io/dotorg/sites/2/2015/07/The_Collaborative_City.pdf).

Glavna korist za prostovoljne (in zasebne) organizacije, dejavne na področju duševnega zdravja in športa, je nudenje visoko kakovostnih storitev, prilagojenih posameznikom s težavami v duševnem zdravju.

Uspešno sprejetje pristopa socialnega partnerstva pri oblikovanju in izvajanju športnih programov lahko prinese znatne prednosti:

- Programi niso zasnovani ločeno - zmožnost inovacij v organizacijah tretjega sektorja (NVO), njene izkušnje pri vsakodnevnem delu s posebnimi skupinami strank in povezovanje s prispevki delodajalcev in širše skupnosti lahko pripomorejo k izboljšanju, učinkovitejšim programom in doseganju ključnih rezultatov za udeležence.
- Omogočanje večje agilnosti za iskanje kreativnih rešitev za uporabnike storitev in ponudnike storitev. Vedno večji poudarek na spreminjajočih se potrebah ljudi s težavami v duševnem zdravju in storitev, ki bolje ustrezajo tem potrebam.
- pomoč pri razblinjanju medsektorskih ovir.
- Podpora zagotavljanju širših socialnih in gospodarskih koristi, usmerjenih v skupnosti.
- Spodbujanje izmenjave in prenosa veščin in znanja med partnerji.

Zgodovinsko gledano so bila lokalna javna / zasebna in prostovoljna partnerstva, ki so nastala pred letom 2008, osredotočena na izboljšanje zdravja za vpletene posameznike. Zdi se, da se je pomen te vrste partnerstva v Združenem kraljestvu povečal od leta 2016, ko so strateške zdravstvene organe začele nadomeščati Lokalne klinične skupine za zagon in Ure zdravja, ki sta zahtevala medsektorsko zastopanje. Poleg tega je bilo v tem obdobju povečano število oseb z duševnimi motnjami, ki so dejavno sodelovale v športu, da bi ublažile simptome, povezane z duševnim zdravjem.

Šport lahko ima pozitivne psihosocialne koristi, zmerna telesna aktivnost pa lahko izboljša telesno in duševno zdravje (Biddle, Mutrie in Gorely, 2015). Vendar dokazi kažejo, da lahko tekmovalni šport prispeva k slabemu duševnemu zdravju (Bauman, 2016) in lahko pripelje do specifičnih stresov, ki ovirajo optimizacijo duševnega zdravja športnikov (Donohue et al., 2007).

Ti stresorji so:

- pritisk za doseganje kar najboljši rezultat (Evans, Weinberg in Jackson, 1992);
- čas, ki ga oseba preživi ločeno od družine (Masland, 1983);
- negativne čustvene posledice poškodb (Wiese-Bjornstal, 2010);
- zloraba alkohola in substanc

(<http://www.sportni.net/sportni/wp-content/uploads/2017/03/Mental-Health-Report-Final.pdf>).

Praktični primer je Združenje za šport in rekreacijo, katerega namen je zagotoviti sliko javnega zdravja in določiti kritično vlogo sektorja športa, rekreacije in telesne dejavnosti v boju za izboljšanje javnega zdravja.

(http://www.ukactive.com/downloads/managed/Physical_Activity_and_Health_-_Final_Version.pdf).

Drug koristen primer, ki prihaja iz Azije, je spodbujanje vprašanj Partnerstva za duševno zdravje na območju azijsko-pacifiških držav. Na tem področju je pomanjkanje razumevanja težav, povezanih z vprašanji duševnega zdravja in pomanjkanja zavesti.

Program »Janssen Menti sane« je poskušal zagotoviti podatke, pomembne za vprašanja duševnega zdravja; posamezniki z duševnimi boleznimi živijo v okolju diskriminacije in izključenosti. Poleg tega je bil drugi cilj vplivati na javno mnenje ter izboljšati diagnozo in dostop do novih načinov zdravljenja (npr. šport). Inovativni del tega projekta je, da je priznal pomen javnega in zasebnega partnerstva.

(<http://www.janssen.com/it/sustainability/fostering-mental-health-partnerships-in-asia-pacific>).

Glavni vzroki in razlogi za neuspeh in omejitve partnerstev so povezani z:

- vodenjem projekta: izzivi so pri izmenjavi informacij, usklajevanju in skupnem delovanju. Tako je učinkovito vodenje projekta odvisno od vzpostavitve dobro delujočih struktur upravljanja podjetij.

- navzkrižje interesov: javni in zasebni sektor določata popolnoma drugačne prednostne naloge, ki izhajajo iz različnih sistemov vrednotenja. Čeprav ima zasebna družba največji možni dobiček, imajo javne službe določeno odgovornost pri zagotavljanju storitev splošnega interesa.

- odgovornost

- upravljanje s tveganji

- stroški transakcij

- stroški regulacije

(http://www.libertas-institut.com/de/PDF/Claudia%20Reim_PPP_London_Underground_Aug-2009.pdf).

Partnerstva, ki so jih oblikovali, začeli in izvajali samo lokalni akterji, so še vedno zelo redki. Mreža MENS meni, da so partnerstva ključnega pomena za spodbujanje in povečanje inovativnih metodologij za ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Dokazi prav tako kažejo, da poenostavljen pristop in samopobuda zasebnih akterjev kot so lokalna podjetja ali nevladne organizacije, obstajajo in so imeli vlogo pri ublaževanju vpliva duševnega zdravja. Cilj tega dokumenta je torej omogočiti socialnim partnerjem, da začnejo lokalna partnerstva.

Od krize leta 2009 lahko pri ustvarjanju teh partnerstev v EU, v Združenem kraljestvu in na Nizozemskem najdemo nekatere pomembne dogodke. Ta partnerstva so, z namenom spopadanja s spreminjajočimi se političnimi in gospodarskimi razmerami in ohranitvijo ključne vloge pri reševanju potreb prikrajšanih skupin, postala bolj izrazita na celotni evropski celinii. Slabšanje razmer na trgu dela je spodbudilo evropske države (npr. Danska, Nizozemska, Švedska in Združeno kraljestvo), da v celoti izkoristijo ali vzpostavijo nove lokalne pobude za spodbujanje strategij, ki povečujejo duševno zdravje. V teh državah je mogoče najti pozitivne dokaze o socialnem partnerstvu s strokovnim znanjem sindikatov in

delodajalcev za boj proti duševnemu zdravju, zaposlovanju in športu.

Faktorji uspeha pri izvajanju socialnih partnerstev so na splošno opisani kot prava mešanica »sestavin« na lokalni ravni, kot so zavezanost zainteresiranih strani za razvoj partnerstev in krepitev moči lokalnih skupnosti in lokalnih akterjev. Lokalne »sestavine« bodo v kombinaciji z okvirom upravljanja, ugodnim za socialno partnerstvo – na najvišji ravni, omogočile prostor za lokalne ukrepe in zagotovile dolgoročno financiranje.

Raziskave kažejo, da partnerstva med zasebnimi in javnimi organi (socialnimi partnerji), v mnogih evropskih državah še vedno predstavljajo neizkoriščen potencial; številne države v EU niso v celoti izkoristile priložnosti za uporabo lokalnih partnerstev za reševanje neenakosti na področju zdravja. Številne države predstavljajo zaradi centraliziranega okvira za šport in zdravstveno politiko oviro, za vzpostavitev lokalnega partnerstva. Partnerstva, ki so jih oblikovali, začeli in izvajali samo lokalni akterji, so še vedno zelo redka, zato omrežje MENS meni, da je ključnega pomena spodbujanje takšnega partnerstva, ki deluje kot ključni način za povečanje inovativnih metodologij za osebe s težavami v duševnem zdravju.

V tem poročilu je prikazano, kako lahko javno-zasebna partnerstva izboljšajo in povečajo obseg in udeležbo v dejavnostih, zlasti kadar se ta partnerstva načrtujejo in izvajajo na pravičen način. Poleg tega so raziskave pokazale, da imajo ti tipi partnerstev dodatno vrednost glede virov in učinkovitosti, pa tudi dostop do strokovnega znanja in izkušenj ter povečanje znanja in boja proti stereotipom o vključevanju.

Sklepi /Priporočila

Medsektorsko sodelovanje je bistvenega pomena za duševno zdravje in spodbujanje aktivnega življenja

Duševno zdravje (in aktivni življenjski slog) se lahko izboljša s kolektivnim delovanjem vseh delov družbe. Za izboljšanje duševnega zdravja potrebujemo politiko in programe v vladnem, skupnostnem in zasebnem sektorju, vključno z izobraževanjem, zaposlovanjem, prevozom, okoljem, nastanitvijo, prostim časom in dobrim počutjem ter posebnimi dejavnostmi na področju zdravja, ki se nanašajo na preprečevanje in zdravljenje slabega zdravja.

Mentalno zdravje in aktivno življenje zadeva vse

Vključitev posameznikov, družin, skupnosti, podjetij, zdravstvenih delavcev in socialnih delavcev bo koristna zaradi skupnih rešitev za duševno zdravje in aktivno življenje. Zlasti pomembni so nosilci odločitev v vladah na lokalni in nacionalni ravni, katerih dejavnosti in politike na področju zdravja, športa, aktivnega življenja in vključevanja skupnosti vplivajo na duševno zdravje.

Dejavnost skupnosti

Dejavnost skupnosti je ključnega pomena pri spodbujanju aktivnega življenja kot zdravljenja in preprečevanja motenj v duševnem zdravju. Ljudje iz vseh sektorjev družbe, ki sodelujejo pri uresničevanju sprememb in zagotavljajo rešitve za skupne probleme, bodo izboljšali družbeni kapital, ljudem zagotovili občutek krepitev moči ter povečali zmogljivost in odpornost skupnosti.

Medsektorski pristop k duševnemu zdravju in spodbujanju aktivnega življenja

Medsektorsko sodelovanje je ključni element za spodbujanje in zagotavljanje duševnega zdravja in programov aktivnega življenja. Sodelovanje je pomembno tudi za vključitev aktivnega življenja kot širšega koncepta ne samo v smislu športa, za doseganje večjega števila posameznikov in zagotavljanje priložnosti med storitvami:

»Če želimo zmanjšati neenakosti na področju zdravja, je bistveno, da ukrepamo na socialnih determinantah zdravja - vzrokih vzrokov slabega zdravja. To pomeni sodelovanje v partnerstvu na lokalni ravni za izboljšanje socialnih razmer, v katerih smo rojeni, živimo,

rastejo, delamo in starostjo. ... Opolnomočanje oseb in skupnosti ter zagotavljanje glasu ljudem je bistveno za reševanje neenakosti na področju zdravja« (http://www.artscouncil.org.uk/sites/default/files/download-file/Be_Creative_Be_Well.pdf).

Skupno odločanje

Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije je delitev odločanja na področju storitev duševnega zdravja nujna za vključujočo in skupinsko prakso:

"Brez podpore pri sprejemanju odločitev se uporabniki zadržujejo v odnosih z dolgoročno odvisnostjo. Ljudje ne morejo postati neodvisni brez možnosti, da sprejemajo pomembne odločitve o svojem življenju.

(http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf).

Zmanjšanje stigme

Uporaba športa in aktivnega življenja za zdravljenje, preprečevanje in ozaveščanje o duševnem zdravju je ključnega pomena tudi za odpravo socialnih stigmatizacij okoli duševnega zdravja. S sodelovanjem v aktivnem življenjskem slogu in s tem povezanih dejavnostih odpravlja ovire in razbija vnaprejšnje ideje o ljudeh z duševnimi boleznimi. Poleg tega dviga zavest, da se vsi ljudje zavejo svojega duševnega zdravja, kako ohranjati duševno zdravje in kako lahko k temu prispeva športno in aktivno življenje.

"Od elitnega športa do sodelovanja v prostočasnih dejavnostih, se šport lahko uporablja za zmanjšanje stigme in začetek pozitivnih pogovorov o duševnem zdravju. Šport mora biti dostopen tudi ljudem s težavami v duševnem zdravju. Zato podpiramo Listino o duševnem zdravju za šport in rekreacijo" (<https://www.mind.org.uk/about-us/our-policy-work/sport-physical-activity-and-mental-health/>).

Spodbujanje duševnega zdravja in aktivnega življenja

Za duševno zdravje in spodbujanje aktivnega življenja morajo socialna partnerstva:

- graditi na obstoječi dejavnosti v različnih sektorjih, okoljih in organizacijah;
- ustvariti različna partnerstva za različne namene, na različnih ravneh; in
- ustvariti skupne ukrepe "horizontalno" znotraj vladnih služb in organizacij ter med strokovnjaki s področja politike, prakse in raziskav

Potreba po skupni praksi v duševnem zdravju in spodbujanju aktivnega življenja je trdno določena s socialno-političnimi in gospodarskimi determinantami zdravja. To pomeni vpliv na determinante zdravja, kot so izboljšanje socialne kohezije, dostopnosti in protidiskriminacijskih praks. Ti cilji ne bodo doseženi samo z ukrepi javnega sektorja, temveč z medsektorskim pristopom. Zahteva multidisciplinarni pristop, ki vključuje raziskave, politiko in prakso na področju zaposlovanja, izobraževanja, prava, blaginje, umetnosti, športa, prostega časa, turizma in okolja za izboljšanje duševnega zdravja z večjo udeležbo in socialno kohezijo. Za doseganje pozitivnih rezultatov je potrebno skupno načrtovanje in lastništvo v vseh sektorjih družbe.

Uspešna skupna socialna partnerstva zahtevajo čas in zavezanost skupnim ciljem in rezultatom. Obstajajo izzivi, kot so financiranje, zlasti znotraj in med sektorji, raznolikost kulturnih in političnih okolij ter različne prednostne naloge in zapleteni postopki odločanja. Ti izzivi zahtevajo krepitev zmogljivosti v posameznih, organizacijskih in skupnostnih dimenzijah. (Fawcett, 2000).

Dokazi obstajajo za učinkovitost številnih vzornih programov in politik za spodbujanje duševnega zdravja. Njihovi rezultati kažejo, da je spodbujanje duševnega zdravja realna možnost v okviru pristopa javnega zdravja v celotni življenjski dobi in v okoljih, kot so

perinatalna oskrba, šole, delo in lokalne skupnosti. Na mnogih področjih življenja lahko dobro zasnovani posegi prispevajo k boljšemu duševnemu zdravju in blaginji prebivalstva [(WHO, 2004), str. 34].

Primer tega je »Get Set to Go« - s podporo športne Anglije in Nacionalne loterije. "Get Set to Go" pomaga ljudem s težavami v duševnem zdravju, da postanejo aktivni. Od leta 2015 je "Get Set to Go" omogočil 3.585 osebam z duševnimi težavami, sodelovanje v posebej zasnovanih projektih telesne dejavnosti na lokalni ravni in na ravni skupnosti. Ugotovitve kažejo, da ima telesna dejavnost pomembno vlogo pri izgradnji prožnosti, omogočanju in podpori obnove duševnega zdravja ter odpravljanju stigme in diskriminacije. (<https://www.mind.org.uk/about-us/our-policy-work/sport-physical-activity-and-mental-health/>).

Jasno je, da sta duševno zdravje in spodbujanje aktivnega življenja odvisna od medsektorskega sodelovanja in da je veliko število storitev in posegov zunaj področja tradicionalnih storitev duševnega zdravja in socialnega varstva.

Pravi namen socialnega partnerstva je združiti ljudi, kraje in prakse, ki so bili uspešni pri razvoju kakovostnega duševnega zdravja in aktivnega življenja. S podporo stalnega vzajemnega učenja in koncepta sodelovanja lahko organizacije in posamezniki pridobijo koristne izkušnje drugih in prispevajo k boljši skrbi za duševno zdravje s spodbujanjem aktivnega življenja in programi za zmanjšanje razlik pri dostopu do storitev

Literatura

Akintoye, A., Beck, M. in Hardcastle, C. (2008). *Public-Private Partnerships: Managing Risks and Opportunities*, Hoboken NJ: Wiley-Blackwell.

Eurofound (2009). *ERM Report- Restructuring in recession*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

EU Compass for Action on Mental Health and Well-Being (2017). *Mental health in the workplace in Europe*.

Global Opportunity Network (2016). *Closing the Skills Gap*. Hevik Norway: GON

IDELE (2006). *Identification, Dissemination and Exchange of Good Practice in the Field of Local Employment Development and Promoting Better Governance: Executive Summary of the Thematic Learning*. Birmingham UK: EcotecResearch and Consulting Limited.

Ings, R., Crane, N. in Cameron, M. (2012). *Be Creative, Be Well*. London UK, Arts Council England.

Jané-Llopis, E. and Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.

Lawrence, D., in Bolitho, S. (2011). *The Complete guide to physical activity and mental health*. London UK: The Bloomsbury Group.

Minow, M. (2003). *Public and Private Partnerships: Accounting for the New Religion*. 116 Harv. L. Rev. 1229.

Office for Deputy Prime Minister (2001). *Effective local partnerships a checklist for local practitioners in the public and voluntary sectors*. London UK: Government press

O'Reilly, N., in Brunette. (2013). *Public-Private Partnerships in physical Activity and Sport*. Champaign IL: Human Kinetics.

Rees, J., Mullins, D. and Bovaird, T. (2012). *Third Sector Research Centre, Working Paper 60, Third Sector Partnerships for public services delivery: an evidence review*. Birmingham, UK: University of Birmingham.

Roussos, S.T. in Fawcett, S.B. (2000). *Annual Review of public Health: A review of collaborative partnerships as a strategy for improving Community Health* Palo Alto CA: Annual Reviews.org

Scoppeta, A. (2013). *Successful partnerships in delivering public employment services*. DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Brussels.

Sturgeon, S. (2006). *Health Promotion International, Volume 21, Issue suppl_1, Pages 36-41: Promoting mental health as an essential aspect of health promotion*. Oxford UK: Oxford University Press.

Tomasi, M. (2016). DG Ecfm Unit B.4 *“Impact of EU policies on national Public Private Partnerships in Member states*. Brussels BE.

Vaillancourt Rosneau, P. (2002). *Public-Private Policy Partnerships (2nd ed.)*. Cambridge, MA: The MIT Press.

Yescombe, E.R (2007). *Public-Private - Partnerships: Principles of Policy and Finance*. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann

World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and

the University of Melbourne. Geneva, Switzerland: WHO Press.

World Health Organisation (2010). *User Empowerment in Mental Health*. Geneva, Switzerland: WHO Press

World Health Organization (2016). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

09

ŠPORT KOT OBLIKA NEFARMAKOLOŠKEGA ZDRAVLJENJA DUŠEVNIH BOLEZNI

Avtorji: Fundacija INTRAS



UVOD

Številne ugotovitve v zvezi s pozitivnimi vplivi športa priporočajo telesno dejavnost in vadbo kot pomemben dejavnik fizičnega in duševnega zdravja. V tem smislu obstaja več študij, ki podpira vlogo športa in vadbe kot dopolnilne ali dodatne oblike zdravljenja oz. kot alternative zgolj farmakološkemu zdravljenju oseb s težavami v duševnem zdravju. Podobno lahko telesna dejavnost in vadba predstavljata varen mehanizem preprečevanja in posredovanja za številne težave z duševnim zdravjem.

Namen tega dokumenta je pojasniti primerljive fizične in čustvene koristi telesne dejavnosti v primerjavi s farmakološkim zdravljenjem pri ljudeh s težavami v duševnem zdravju, predvsem kar se tiče stranskih učinkov predpisanih zdravil.

Ugotovitve zdaj že mnogoterih študij govorijo v prid uporabi športa ali vadbe pri zdravljenju oseb s težavami v duševnem zdravju brez ali poleg zdravil (Lam in Riba, 2016; Ekkekakis, 2013). Fizična dejavnost je lahko stroškovno učinkovit in varen poseg za preprečevanje in zdravljenje številnih težav v duševnem zdravju. Redna vadba ublaži stres in anksioznost (Pickett, Kendrick in Yardley, 2017), zmerno depresijo (Wegner idr., 2014; Gerber in ostali, 2012; Clow in Edmunds, 2014), izboljšuje samopodobo (Fox, Biddle, Fox in Boutcher, 2000; Hibbert in Rothschild, 2016) in ima tako pozitiven vpliv na telesno in duševno zdravje in dobro počutje posameznikov/-ic s shizofrenijo. Tako vse kaže na to, da telesna aktivnost ublaži negativne simptome in je lahko uporabna metoda za vzdrževanje pozitivnih simptomov (Kimhy idr., 2017).

Opredelitev problema

Težave z duševnim zdravjem so vse pogostejše in se štejejo za enega glavnih dejavnikov, ki povzroča funkcionalne omejitve ali invalidnost po vsem svetu. Epidemiološke študije kažejo, da med 10 in 30% odraslega prebivalstva trpi za motnjami razpoloženja, kot sta depresija in anksioznost (Kessler idr., 2005). Druge resnejše duševne bolezni, ki jih npr. predstavljajo shizofrenija in druge oblike psihoze, predstavljajo približno 1% svetovnega prebivalstva. Globalno gledano sicer duševne motnje prizadanejo eno osebo izmed vsakih štirih, okoli 450 milijonov ljudi pa ima duševne bolezni po vsem svetu (SZO, 2005).

Farmakološko zdravljenje je prvi in najbolj razširjen ukrep, ki se izvaja za stabiliziranje stanja in zdravljenje ljudi, ki trpijo zaradi težav v duševnem zdravju. In čeprav so tovrstne oblike zdravljenja sicer učinkovite, imajo tudi določene stranske učinke, ki zmanjšujejo kakovost življenja prizadetih.

Prispevek poskuša vrednotiti in poudariti pozitivne učinke, ki bi jih telesna dejavnost, vadba in šport lahko imele kot dopolnilna oz. dodatna in kompenzacijska oblika zdravljenja oseb s težavami v duševnem zdravju.

Osnovne definicije

Duševno zdravje

Evropa za duševno zdravje (Mental Health Europe, MHE) v svojem konceptualnem okviru za spodbujanje duševnega zdravja in preprečevanja duševnih motenj opozarja, da uradna opredelitev duševnega zdravja ne obstaja. Kulturne razlike in različne teorije v zvezi s tem otežujejo oblikovanje ene same enotne opredelitve. Vendar pa se večina strokovnjakov/-inj strinja, da duševno zdravje in odsotnost duševne bolezni nista eno in isto. Z drugimi besedami, odsotnost prepoznane duševne motnje še ne pomeni, da oseba nima težav v duševnem zdravju. Nadalje, duševno zdravje ali stanje dobrega počutja sicer ščiti pred razvojem motenj, duševne motnje pa seveda povečujejo tveganje za slabo počutje. Glede na to, da je duševno zdravje sestavni del zdravja in dobrega počutja na splošno (SZO, 2013), bi ga bilo potrebno obravnavati z enako nujnostjo in istočasno kot telesno zdravje. V skladu s tem je Akcijski načrt za duševno zdravje Svetovne zdravstvene organizacije 2013-2020 (SZO, 2013) osnovan na mednarodno sprejetem načelu, da »zdravja ni brez duševnega zdravja«.

Težave v duševnem zdravju

Svetovna zdravstvena organizacija prav tako ugotavlja, da si vsako leto življenje vzame več kot 800.000 ljudi, samomor pa je drugi vzrok smrti v starosti od 15 do 29 let. Po nekaterih podatkih naj bi na vsako odraslo osebo, ki stori samomor, obstajalo več kot 20 poskusov. Pri tem se 75% samomorov zgodi v državah z nizkimi in srednjimi dohodki. Duševne motnje in zloraba alkohola prispevajo k večjemu številu samomorov (SZO, 2016). Zgodnja identifikacija in prilagojeno zdravljenje sta bistvena za zagotovitev, da ti ljudje prejmejo podporo, ki jo potrebujejo, prilagojeno in učinkovito zdravljenje pa mora segati na različna področja življenja, vključno z rabo prostega časa ter sodelovanjem pri telesnih dejavnostih in športu.

SZO je trdila, da v večini držav pogosto poročajo o kršitvah človekovih pravic ljudi s težavami v duševnem zdravju. Te kršitve vključujejo fizično prisilo, zapor in odvzem osnovnih potreb in zasebnosti. Nekaj držav ima pravni okvir, ki ustrezno ščiti pravice oseb z duševnimi motnjami.

Družbeni in ekonomski stroški duševnih bolezni so ocenjeni na približno 4% BDP Evropske unije, in sicer več kot 182.000 milijonov evrov. Ocenjuje se, da so razmere na področju duševnega zdravja eden glavnih razlogov za gospodarske stroške po vsem svetu, pri čemer znašajo stroški približno 1,6 milijarde evrov (Barton in Rogerson, 2017). V evropskih državah proračun za duševno zdravje znaša 5,8% celotnega zdravstvenega proračuna. V mnogih evropskih državah duševne bolezni povzročajo 45-55% delovnega odsotnosti.

Študija globalnih stroškov bolezni (Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin in Vos, 2015) je ocenila, da je velik del stroškov, povezanih z boleznimi sveta, povezanih z vprašanji duševnega zdravja, nevrološkimi motnjami in zlorabo substanc.

Po podatkih statistike duševnega zdravja in s tem povezanih vprašanj (Eurostat, 2017) je bilo v Evropski uniji leta 2013 zaradi duševnih in vedenjskih motenj 177.000 smrtnih primerov, kar je enako 3,8% vseh smrti. Standardizirana stopnja umrljivosti EU za duševne in vedenjske motnje je bila 36,4 smrtnih žrtev na 100.000 prebivalcev.

Farmakološko zdravljenje kot orodje izboljšanja pogojev oseb s težavami v duševnem zdravju

Koristi farmakološkega zdravljenja pri ljudeh s težavami v duševnem zdravju so temeljito dokazane. Pravzaprav je glavni vzrok za ponovitev bolezni slabo upravljanje z zdravili oz. način jemanja zdravil. Izbor zdravila za vsakega bolnika/-co je prepuščen strokovnjaku/-inji za duševno zdravje, ob upoštevanju potreb osebe. Farmakološko zdravljenje se predpisuje dolgo časa, včasih celo življenje, tudi ko se oseba že počuti dobro. Prav tako odtegnitev lahko vodi do ponovitve simptomov, zdravila pa se predpisujejo tudi za preprečevanje kriz in relapsov. Na splošno zdravila ščitijo bolnike/-ce pred stresnimi dogodki, ki se jim lahko zgodijo in preprečujejo nastanek krize.

Prenehanje jemanja zdravil ali napačen odmerek ima resne posledice, kot npr. povečanje števila ponovitev (kar se zgodi pri približno 80% ljudi, ki trpijo zaradi shizofrenije, ki so prenehali jemati zdravila prvo leto), povečajo resnost ponovitev (pogostejše neprostoVOLjne

hospitalizacije in hujši simptomi) ali njihovo trajanje (osebe v obravnavi običajno potrebujejo več dni za okrevanje) in otežijo napoved bolezni.

Okrevanje oseb s težavami v duševnem zdravju je učinkovitejše takoj, ko se vzpostavi in vzdržuje farmakološko zdravljenje. Obstaja veliko različnih zdravil, odvisno od vrste težav z duševnim zdravjem, ugotovljenih pri osebi. Za zdravljenje shizofrenije in drugih psihoz so običajno uporabljeni nevroleptiki in antipsihotiki. Zdravila s temi aktivnimi snovmi blokirajo receptorje dopamina (snov, odgovorna za prenos informacij med celicami živčnega sistema), pri katerih lahko presežek povzroči simptome, kot so halucinacije in blodnje. Ta zdravila organizirajo razmišljanje in posledično tudi preprečujejo ponovitve, ki delujejo kot »filter«, ki preprečuje pretiran prenos informacij iz enega nevrona v drugega v možganih.

Za zdravljenje depresije obstaja več zdravil, ki so razvrščene glede na nevrotransmitter, na katerega delujejo:

- triciklična zdravila
- IMAOS
- zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI – ti so najvarnejši in imajo manjše število stranskih učinkov in medsebojno delovanje z drugimi vrstami zdravil;
- noradrenergiki in serotoninergiki
- trazodon
- nefadodona
- noradrenergiki in serotoninergiki
- trazodon: deprax; nefadodona

Druge vrste zdravil vključujejo:

- antiparkinsonci ali antiholinergiki, ki pomagajo odpraviti stranske učinke nevroleptikov, ki vplivajo na mišice: toge ali neusklajene gibe, tresavice, gibe oči "kot da bi se vrnile nazaj";
- pomirjevala / benzodiazepini / anksiolitiki, ki imajo anksiolitične učinke (za zdravljenje tesnobe), pomirjevalne učinke, delujejo kot mišični relaksanti in izboljšajo spanje;
- normotimični / stabilizatorji ali regulatorji razpoloženja, kot je litij, ki se uporabljajo za zdravljenje shizofrenije in bolezni, ki so odporne na druge vrste zdravljenja. Jemanje teh zdravil zahteva prilagoditev odmerka, dokler ne doseže želene terapevtske ravni litija v krvi. V prvih šestih mesecih zdravljenja je opravljeno mesečno testiranje litija, nakar sledi test na vsake tri do šest mesecev;
- karbamazepin: prvotno je bil uporabljen, ko je bil odkrit kot antiepileptik. Pozneje je bila dokazana njena učinkovitost kot antimanik in izognili se recidivom pri bipolarni motnji ali manično-depresivnih psihozah.

Kljub dokazanim koristim farmakoloških zdravljenj imajo tudi nekatere stranske učinke, ki v manjšem obsegu vplivajo na telesno in duševno stanje ter posledično na kakovost življenja ljudi, ki trpijo za boleznimi duševnega zdravja.

V zvezi s psihozami, večjim tehtanjem, metaboličnim sindromom ali spolnim disfunkcijo bi lahko bili stranski učinki (Cano idr., 2014; Caqueo-Úrizar, Urzúa in Rus-Calafell, 2017). Za ekstrapiramidalne učinke je značilno gibanje motorja, še posebej nog, ki ga prisili, da jih premika (akatzija), togost mišic, tremor (zlasti v rokah), krči in nagnjenost k odprtemu ustju s prekomernim saliviranjem.

Na področju zdravljenja depresije so lahko stranski učinki slabost, povečan apetit, ki povzroča povečano telesno težo, spolna disfunkcija, utrujenost, zaspanost, nespečnost, suha usta, zamegljen vid, zaprtje, omotica, vznemirjenost, tesnoba, nelagodje in celo genetske spremembe (klinika Mayo, 2016; Medina in García de León, 2004; Ferguson, 2001). Vsi omenjeni stranski učinki so večinoma povezani s fizičnim zdravjem osebe z izzivi na področju duševnega zdravja. Morda nekatere mehanizme delovanja omenjenih zdravil aktivirata tudi telesna dejavnost in šport. Če je temu tako, bi lahko fizična aktivnost postala dopolnilo farmakološkemu posegom?

Telesna dejavnost in duševno zdravje

V preteklosti je poudarjen pomen ohranjanja ravnovesja med umom in telesom ter prednosti telesne dejavnosti. Kot smo že potrdili pred nekaj desetletji, sodelovanje pri telesni dejavnosti poveča pričakovano življenjsko dobo ali ne, vendar pa izboljša kakovost življenja (Morgan, 1997).

Telesna dejavnost je ključni vidik posameznikovega celostnega razvoja (Holt, 2016;

Richards idr., 2015). Na fiziološki ravni prispeva k zmanjšanju tveganja bolezni srca in ožilja, ohranja normalen krvni tlak in preprečuje raka debelega črevesa ter sladkorne bolezni. Na psihološki ravni izboljšuje razpoloženje, povečuje samozavest in zagotavlja dobro psihološko počutje. Na socialni ravni lahko poveča samostojnost in socialno vključenost, ki sta bistvena za osebe s posebnimi potrebami. V primeru oseb s težavami v duševnem zdravju je lahko prav tako bistvena alternativna metoda ali način odpravljanja ali ublažitve stranskih učinkov farmakoloških zdravljenj.

Številne študije podpirajo neposredno povezavo med telesno dejavnostjo in blaginjo ljudi z izzivi duševnega zdravja (Boyer, Indelicato, Richardson, Churilla in Johnson, 2017; Deslandes idr., 2009; Sosso in Raouafi, 2017, Hodgson, McCulloch in Fox, 2011). In sovpadanje s 70. svetovno konferenco Svetovne zdravstvene organizacije v Ženevi (22. in 31. maja 2017) je bil razvoj novega globalnega akcijskega načrta za spodbujanje telesne dejavnosti, ki je bil posebej osredotočen na nenalezljive bolezni, ki so znane tudi kot kronične bolezni, s ciljem zmanjšati telesno nedejavnost, ki je ključni dejavnik tveganja za NCD (Foster, Shilton, Westerman, Varney in Bull, 2017).

Metoda /Postopek / Pristop

Izzive, s katerimi se soočajo posamezniki z boleznimi duševnega zdravja, je potrebno kontekstualizirati. Poleg tega se kaže potreba po raziskovanju delovanja različnih farmakoloških zdravil, da bi nadalje proučili stranske učinke, ki jih lahko prinesejo. Istočasno nas ugotovitve kličejo k analizi prednosti telesne dejavnosti in telesne aktivnosti, ki lahko stranske učinke ublažita ali odpravita. Zgoraj navedena vprašanja se tičejo dveh kategorij:

- stranski učinki zdravil, ki poskušajo ublažiti simptome, ki jih povzroča psihoza, s posebno incidenco pri shizofreniji, in
- Stranski učinki farmakoloških zdravljenj pri depresivnih in anksioznih motnjah.

Na koncu se bomo osredotočili na pomen telesne dejavnosti, gibanja in športa pri okrevanju ali izboljšanju samozavesti za ljudi z duševnimi boleznimi kot pomemben dejavnik za doseganje socialne integracije.

Pregled literature

FIZIČNA DEJAVNOST KOT ALTERNATIVEN / DODATEN NAČIN OBRAVNAVE OSEB S TEŽAVAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU

Vzroki za težave z duševnim zdravjem.

Vzroki, za katere menite, da povzročajo duševne težave, so zelo raznoliki in zapleteni:

- biološki dejavniki: nennormalne funkcije nevronskih povezav, povezane z genetiko, ki izhajajo iz okužbe, ki lahko povzroči okvare ali poškodbe možganov, poškodbe med prenatalnim stadijem ali zaradi zlorabe snovi. V nekaterih primerih se lahko pojavijo tudi težave z duševnim zdravjem tudi zaradi prehranskih razlogov;
- psihosocialni dejavniki: travme v otroštvu, izguba ljubljenih, huda malomarnost ali sposobnost povezovanja z drugimi;
- okoljski dejavniki: družinske situacije, družbena ali kulturna pričakovanja, ki ne ustrezajo realnosti. Celo zloraba psihoaktivnih snovi s strani staršev lahko povzroči težave z duševnim zdravjem (Bhandari, 2016).

Zgoraj navedeni dejavniki lahko tekom celotnega življenja prispevajo k pojavu različnih vrst duševnih bolezni (Tizón idr., 2008). Vendar pa je naše razumevanje patoloških mehanizmov, povezanih s težavami v duševnem zdravju, še vedno zelo omejeno.

Obstaja veliko različnih načinov zdravljenja, tako farmakoloških kot psiholoških. Vendar pa smo še vedno daleč od standardiziranja takšnih pristopov, saj teoretične osnove niso dovolj jasne, da bi z gotovostjo lahko pojasnili njihov vpliv. Psihotropna zdravila nudijo zadovoljive izboljšave za preprečevanje simptomov, zlasti pozitivnih simptomov večine duševnih bolezni. Psihosocialne intervence, zlasti nekatere specifične vrste psihoterapije, vključno s kognitivno vedenjsko terapijo in kognitivno terapijo z elementi čuječnosti (Blair Kennedy in Resnick, 2015) so pokazale zadovoljive rezultate pri tistih, ki trpijo zaradi depresije. A kljub uspešnim kliničnim preskušanjem te metode ne vodijo do popolnega okrevanja. Simptomi so deloma še vedno prisotni pri mnogih in številne osebe s težavami v duševnem zdravju po nekaj začetnih uspehih doživijo ponovitve bolezni ali nekaterih simptomov.

Obstaja potreba po raziskovanju drugih poti, ki lahko povečajo učinkovitost konvencionalnih zdravljenj in ublažijo njihove stranske učinke. Telesna dejavnost in vadba se štejeta za eno od teh poti.

Možganska disfunkcija kot osnova za farmakološke posege

Nekatere teorije povezujejo težave z duševnim zdravjem z možganskimi motnjami, ki jih povzročajo okolje (Tost, Champagne in Meyer-Lindenberg, 2015) in biokemične disfunkcije. Najnovejša je hipoteza glede nevrottransmitterjev, ki so lahko vključeni v različne psihiatrične simptome in motnje (Lin, Lee in Yang, 2014). Ta hipoteza predstavlja ključno osnovo farmakoloških intervenc. Serotonin in noradrenalin sta povezana z depresijo in anksioznostjo, medtem ko se dopamin in N-metil-D-aspartat (NMDA) povezujeta s simptomi psihoz. Genetske študije so pokazale, da je večina duševnih motenj, psihoz, bipolarnih in afektivnih motenj povezana s predispozicijami, ki povečujejo njihovo tveganje (Callado, Ortega in Horrillo, 2009; Jerónimo, Diego in Patricia, 2010). Številni geni, povezani z duševnimi težavami, so v resnici povezani z nevrottransmitterji in imunskimi mehanizmi (Guillin, Abi-Dargham in Laruelle, 2007; Woo, 2014).

Strukturne slikovne metode kažejo, da se pri ljudeh s težavami v duševnem zdravju pojavljajo neobičajne možganske strukture. Cerebralna atrofija in ventrikularna dilatacija se zlahka prepoznata pri različnih oblikah demence. V zadnjih desetletjih je bilo dokazano, da je shizofrenija v zadnjih letih povezana z atrofijo čelnega in temporalnega režnja.

V zadnjih sto letih se je naš koncept duševnih bolezni razvil od »mističnega« do psihosocialnega. Zahvaljujoč večjemu zaupanju nevrološkim ugotovitvam glede drugačnega funkcioniranja možganov so se kliniki bolj zanimali za razvoj novih oblik zdravljenja, ki bi ublažilo neravnovesje v možganih, kar poraja upanje za delno okrevanje pri funkcionalnih okvarah.

Telesna dejavnost kot prava, »resnična« oblika zdravljenja

Dandanes ni dvoma o pomenu vadbe in telesne dejavnosti za vzdrževanje dobrega telesnega zdravja (Svetovna zdravstvena organizacija, 2016). Fizična aktivnost in vadba sta koristni tudi za duševno zdravje, saj lahko pomagata pri okrevanju in olajšata simptome duševnih bolezni. Oboje je vključeno tudi v globalni načrt spodbujanja telesne dejavnosti, ki jo je predstavila Svetovna zdravstvena organizacija (Foster idr., 2017). Tema telesne dejavnosti kot pomožnega zdravljenja težav z duševnim zdravjem še nikoli ni bila formalno preučena; prav tako še ni dokumentov s smernicami, ki bi jih bilo mogoče prenesti na postopke zdravljenja (Lam in Riba, 2016).

Zaradi pomanjkanja znanstvene podlage se znanstveniki/-ce težko odločajo za ponujanje telesne dejavnosti kot alternative programom in kot terapevtsko orodje za dopolnitev delovanja farmakoloških zdravil. Po drugi strani pa so nihanja v čustvih in motivaciji, povezana z vprašanji duševnega zdravja, lahko izziv za strokovnjake/-inje, ki želijo predpisati telesno dejavnost in izvajati oblike dopolnilnega zdravljenja (Firth idr., 2016).

Po drugi strani pa je bilo v zadnjih letih med raziskovalci zelo aktualno raziskovanje povezave med duševnim zdravjem in telesno dejavnostjo. Spoznanja v zvezi z nevrofiziološkimi mehanizmi, ki izhajajo iz telesne dejavnosti in potrebe po ublažitvi farmakoloških stranskih učinkov, bodo omogočila boljše razumevanje učinkov vadbe.

Dokazi o spremembah možganov, ki jih povzroča redna telesna aktivnost, se trenutno v študijah obravnavajo z vidika sprememb fiziološkega odziva, kot je povečanje nevrotrofičnega dejavnika, ki ga povzročajo možgani (BDNF) med udeležbo. Glede na poročila naj bi intervence, ki vključujejo telesno vadbo, koristile možganom tako na strukturni kot na povezovalni ravni. S pojavom novih nevroznanstvenih tehnik tema dobiva novo razsežnost, hipoteze o vadbi kot strategiji zdravljenja duševnih bolezni pa še dodatno možnost temeljitega znanstvenega raziskovanja (Lam in Riba, 2016).

Osnova farmakološkega zdravljenja je blaženje neravnovesja v funkciji centralnega živčnega

sistema: pogosto gre za obliko blokiranja dopaminskih receptorjev, saj lahko visoka količina dopamin povzroči halucinacije in blodnje. Na ta način farmakološko zdravljenje pomaga pri organizaciji razmišljanja, preprečevanju relapsov in deluje kot filter, da se prepreči pretirana količina informacij, ki prehajajo z enega nevrona na drugega. Dokazi, da lahko redna fizična aktivnost povzroči nekaj sprememb v možganih (Clow in Edmunds, 2014), bodo omogočili kombinirano uporabo s farmakološkimi zdravljenji, da bi dosegli učinkovitejše rezultate in, kar je še pomembneje, izboljšati kakovost življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Pred oblikovanjem programa telesne dejavnosti in obveščanju pacientov o tem je treba strokovnjakom/-injam, ki delajo na področju duševnega zdravja in socialnih storitev, zagotoviti nekatere smernice, ki upoštevajo najprimernejši program telesne dejavnosti glede bolnikovih simptomov in stranskih učinkov izkušenih farmakoloških zdravljenj. Te informacije se lahko zagotovijo v skladu z individualnimi potrebami pacientov, pri čemer se pripravi konceptualni okvir, ki bi lahko vodil tako strokovnjake/-inje kot obravnavane osebe.

Telesna dejavnost pri depresivnih motnjah in motnjah razpoloženja

Trenutno so motnje depresije in anksioznosti zelo pogoste v skoraj vseh nastavitvah skupnosti. Simptomi povzročijo znatno psihično disfunkcijo in poklicne omejitve. V mnogih primerih celo preprečujejo kakršenkoli prispevek, ne samo produktivnost pri delu, temveč tudi v bolj osebni sferi kot v času vzpostavljanja osebnih odnosov. Obvladovanje teh izzivov zahteva multidisciplinarni pristop, pri katerem ima telesna dejavnost zelo pomembno vlogo. Že več desetletij so zdravljenje in psihološke intervencije postali priljubljeni in so bili prepoznani kot glavno zdravljenje bolezni duševnega zdravja. Vendar pa obstajajo možnosti za izboljšave in obstaja možnost vključitve intervencij na področju športa in telesne dejavnosti.

Po fizični dejavnosti se lahko pojavijo pomembni anksiolitični učinki (Bailey, Hetrick, Rosenbaum, Purcell in Parker, 2017, Wegner idr., 2014); vadba lahko umiri anksioznost z vedenjskimi prilagoditvami, avtonomnimi predpisi, socialno podporo in nevrofiziološkimi spremembami, ki so vse dobro dokumentirane v literaturi (Ströhle, 2009).

Preizkuša se učinkovitost novih načinov telesne dejavnosti za zdravljenje različnih stanj anksioznosti in depresije, zlasti na podlagi tako imenovanih telovadnih vaj (Lee, 2007) in vaj na podlagi tehnik dihanja. Zanimivo je, da aerobna vadba izboljša stanje uma in sproži srečo, kar podpirajo dokazi o nevrofizioloških spremembah (Broman-Fulks in Storey, 2008; Bailey idr., 2017). Baron in sodelavci so zbrali več študij primerov, ki ponazarjajo, kako ima lahko telesna vadba terapevtske učinke na razpoloženje oseb v obravnavi in v različnih kliničnih kontekstih (Lam in Riba, 2016). Stilger idr. (2016) je tudi pojasnil rezultate kombiniranja farmakoloških, psihoterapevtskih zdravljenj in vadbe za izboljšanje poteka depresivnih simptomov (Stilger, Franklin, Trivax in Vanhecke, 2016).

Depresija lahko poslabša ali vpliva na prognozo bolezni srca in ožilja. Resnost bolezni močno poslabša, ovira rehabilitacijo in je povezana z večjo smrtnostjo (Bradley in Rumsfeld, 2015). Če temu dodamo stranske učinke zdravil, ki se uporabljajo za zdravljenje, so osebe s težavami v duševnem zdravju še toliko bolj ogrožene. Vadba zagotavlja zelo koristen terapevtski most, tako da imajo depresija in bolezni srca in ožilja alternativno obliko zdravljenja.

Trajanje in intenzivnost aerobne telesne vadbe za nastanek antidepresivnih učinkov ostaja nejasna. Za raziskavo te težave je študija primerjala učinek večjih in manjših količin vadbe na depresivno razpoloženje in druge povezane simptome (Rethorst, Wipfli in Landers, 2009). Poglobljena analiza različnih kliničnih rezultatov je poudarila, da so posamezne značilnosti, vključno z družinsko anamnezo depresije in fizičnih razmer, ključni dejavniki, ki jih je treba upoštevati v času, da bi oblikovali ustrezno zdravljenje.

Zdravljenje velike depresivne motnje pri mladih ali mladostnikih je še bolj kompleksno. Pri mladih kombinacija telesne dejavnosti ali športa s podporo farmakološkega zdravljenja tako morebiti predstavlja zelo pomembno orodje. Prvič, za mlade sta vadba in šport privlačnejša možnost kot druge vrste terapij. Dopp idr. (2012) na primer navajajo, da telesna dejavnost

in šport spodbujajo krepitev moči in samospoštovanja, kar ustvarja primerljive dokaze za druge vrste terapij za mlade s hudo depresivno motnjo (Dopp, Mooney, Armitage in King, 2012).

Če povzamemo, obstaja dovolj dokazov o možnosti zdravljenja depresivnih simptomov in blaženja stranskih učinkov zdravil z vključevanjem v šport, telesno dejavnost in telesno vadbo.

Telesna dejavnost kot oblika zdravljenja shizofrenije in s tem povezanih psihoz

Shizofrenija je ena bolezní, ki se pri odraslih povezuje z močno okrnjenostjo kvalitete življenja. Pozitivni simptomi, zlasti vidne in slušne halucinacije (parakuzija), so glavni simptomi in nevarnosti za osebe s to diagnozo (Ali idr., 2011). Sedanja farmakološka zdravila za zdravljenje pozitivnih simptomov so učinkovita. Vendar pa lahko tudi vodijo do nezmožnosti samoregulacije in kognitivnih težav, ki v nekaterih primerih, pogosto pri ljudeh s kroničnimi boleznimi, povzročijo izgubo volje. To lahko omeji njihov proces okrevanja skupaj z njihovim sodelovanjem v družbi (Lam in Riba, 2016). Na žalost se z današnjimi oblikami zdravljenja, ki večinoma temeljijo na zdravilih in psihoterapiji, ne moremo izogniti zgoraj omenjenim stranskim učinkom. Za zmanjšanje kognitivnih in motivacijskih primanjkljajev pri ljudeh, ki trpijo zaradi shizofrenije, je bilo storjenih več stvari, vendar je bil uspeh doslej zelo omejen.

Poleg kognitivnih in motivacijskih stranskih učinkov obstaja tudi potreba po obravnavanju metabolnih učinkov in povečanju telesne mase pri bolnikih. Oblikovanje novih in alternativnih zdravil za ublažitev stranskih učinkov vse bolj postaja prednostna naloga, ki se med drugim lahko obravnava s telesno aktivnostjo. Obstajajo dokazi, da aerobna vadba v zgodnjih fazah bolezni lahko zmanjša stranske učinke na presnovni ravni (Aguirre-Urdaneta, Rojas-Quintero in Lima-Martinez, 2012; Mitchell idr., 2013; Yogaratnam, Biswas, Vadivel in Jacob, 2013). Zdi se, da aerobna vadba sproži možganske spremembe in ima moč prilagajanja nevroprotektivnih odzivov, ki spodbujajo nevroogenezo v hipokampusu ter tako ponovno kalibrira odziv na nevroplastičnost (Clow in Edmunds, 2014). Te spremembe možganov lahko pacientu pomagajo pri obvladovanju nekaterih simptomov njegovega stanja z vidika duševnega zdravja in ublažitve stranskih učinkov zdravil.

Več študij je ugotovilo tudi pozitivne učinke telesne aktivnosti za ublažitev nekaterih simptomov shizofrenije. Te študije osredotočajo pozornost na spremembe možganov na strukturni in funkcionalni ravni (Malchow idr., 2015).

Kot smo že omenili, je kombinacija telesne aktivnosti z drugimi zdravljenji za spodbujanje okrevanja učinkovitejša, če se uporablja v prvi fazi bolezni, ko ni kronična, in pri mlajših posameznikih. Zato strokovnjaki/-inje, ki delajo na zdravstvenem / socialnem področju, potrebujejo podroben okvir, ki jim zagotavlja informacije, ki so potrebne za načrtovanje programa že od samega začetka in potrebne korake za sledenje.

Chen in Lee (2011) sta dokumentirala lastne izkušnje z vpeljevanjem uporabe fizične aktivnosti pri mladih, ki so doživeli prve psihotične epizode. Razpravljala sta o izzivih izvajanja programa telesne dejavnosti v tej skupini, a poročala o zelo spodbudnih rezultatih. Program sta poimenovala HONG KONG FITMID in je bil namenjen osebam v fazi okrevanja po psihotičnih epizodah. Ta program je strokovnjakom zagotovil natančne smernice in poročal tudi o omejitvah rabe telesne dejavnosti kot alternativnega zdravljenja za mlade v skupnosti po prvih psihotičnih epizodah (Lam in Riba, 2016).

Večina raziskav in znanstvenih člankov je raziskala učinke aerobne vadbe v splošno dobro počutje, vendar obstaja manj dokazov za druge vrste vadbe in zelo malo o telesni dejavnosti za ljudi z izzivi duševnega zdravja. Kljub njihovem duhovnemu poreklu so joga, tai chi in meditacija navadne prakse v azijskih skupnostih za izboljšanje zdravja in obvladovanje stresa. Te skupine dejavnosti so splošno znane kot vadbe, ki se dotikajo tako uma kot telesa, s tremi osrednjimi elementi: dihanjem, koordiniranim gibanjem in meditacijo (Wei, Si in Tang, 2017). Vaje, ki se tičejo uma in telesa, pogosto povečujejo percepcijo samega sebe

in razumevanje subtilnih občutkov telesa (propriocepcija). Nedavne študije so dodale empirično razsežnost učinkovitosti teh vaj um-telesa za obvladovanje psihosomatskih simptomov pri ljudeh s težavami z duševnim zdravjem (Wei et al, 2017). Sedanji dokazi o učinkih joge so bili pregledani s terapevtskega vidika (Varambally in Gangadhar, 2012) in dosednji rezultati so pokazali, da lahko praksa joge pomaga pri upravljanju s kognitivnimi in razpoloženskimi vprašanji, povezanimi s shizofrenijo. Vendar so avtorji omenili, da se meditativna praksa joge ne more generalizirati.

Obstajajo smernice o tem, kako motivirati osebe, da se vključijo v telesne dejavnosti in kako dolgoročno postanejo trajnostni. Ker se interesi in izkušnje strokovnega osebja povečujejo, bodo bolj sposobni predvideti čim prej, soočiti se z izzivi in prilagoditi zdravljenja, ki temeljijo na potrebah oseb v obravnavi.

Sklepi / Priporočila

Omeniti velja, da se fizična dejavnost in vadba v kombinaciji z drugimi vrstami zdravljenja, vključno s farmakološkimi ali psihoterapevtskimi, vedno bolj sprejema med strokovnjaki/-njami za duševno zdravje. To dokazujejo številne študije in članki, ki so na voljo ali bodo kmalu na voljo, raziskovanje te teme in poudarjanje koristi telesne dejavnosti pri osebah s težavami v duševnem zdravju.

Koristi, ki se kažejo v teh raziskavah, so:

- telesna dejavnost pomaga ohraniti pod nadzorom negativne stranske učinke zdravil (npr. debelost, metabolični sindrom, diabetes).
- telesna dejavnost zmanjšuje anksioznost in depresivno vedenje, olajša družbene interakcije in prilagajanje. Zmanjšanje negativnih simptomov spodbudi aktivno vključevanje oseb z motnjami v duševnem zdravju v terapijo in večjo učinkovitost.
- telesna dejavnost in šport veljata za privlačnejše od klasičnih zdravljenja, osebe so bolj motivirane, kar je pomemben dejavnik uspeha pri delu z mladimi ali odraslimi z duševnimi motnjami.

Fizične dejavnosti in šport so družbeno vrednote, ki spodbujajo tudi socialno vključenost in sodelovanje v skupnosti. Poleg tega se dostop do javnih sredstev za šport in telesne dejavnosti vedno bolj širi. Dostop do javnih sredstev naj bi olajšal prepoznavnost, zmanjšal socialno stigmo in spodbujal uporabo širokega spektra dejavnosti po zelo nizkih stroških.

Pri načrtovanju telesne dejavnosti ali športa kot alternativnega zdravljenja morajo strokovnjaki/-inje upoštevati potrebe oseb, farmakološko zdravljenje, njihove simptome, fizično stanje, kontekst, interese, okolje itd. Na srečo obstaja veliko različnih telesnih dejavnosti in športa, zato je prilagajanje programa potrebam obravnavanih oseb odvisno le od znanja, ustvarjalnosti in virov, ki so na voljo strokovnjakom/-injam.

V nasprotju s farmakološkimi terapijami in psihoterapijo, ki imajo pogosto časovno omejitvev - zlasti pri izzivih duševnega zdravja, povezanih z depresijo, anksioznostjo in motnjami razpoloženja - telesna dejavnost in telesna vadba lahko postanejo sestavni del zdravega načina življenja in se lahko nadaljujejo tudi, zdravstvena vprašanja so premagana. Fizična dejavnost bi lahko postala zdravljenje, vendar je tudi način življenja, da se ohrani ustrezno telesno in duševno zdravje.

Kljub temu pa je v skupnem okviru treba izdelati, izvajati politike in programe oblikovanja. Ta skupni okvir lahko podpira strokovnjake/-inje, da na sistematičen način uporabijo telesno dejavnost in šport kot alternativo ali prilagojeno zdravljenje za osebe s težavami v duševnem zdravju.

Poleg tega lahko strokovnjaki/-inje z različnimi izkušnjami delujejo kot člani/-ce interdisciplinarne ekipe, da bi dosegle čim boljše rezultate dela. Ekipe naj bi vključevale različne strokovnjake/-inje, kot npr. delujoče na poklicnem področju telesne dejavnosti in športa, socialnih služb in področju duševnega zdravja. Na ta način bo mogoče delovati na področjih spodbujanja osebne avtonomije ter vzdrževanju farmakološkega zdravljenja, socialnega prilagajanja in vključevanja ljudi, ki se srečujejo s težavami na področju

duševnega zdravja.

Na podlagi razpoložljivih dokazov je bistvenega pomena, da se izvede več raziskav in se predložijo znanstveni dokazi o razmerju med telesno dejavnostjo, gibanjem ali športom ter vprašanji duševnega zdravja. Priporočljivo bi bilo, da bi novi pristopi upoštevali vpliv telesne dejavnosti na socialno področje, kar je izjemno pomembno za spodbujanje okrevanja, namesto da bi se osredotočili samo na fiziološke vidike skupnih farmakoloških posegov.

Viri

- Aguirre-Urdaneta, M. a., Rojas-Quintero, J. J., in Lima-Martínez, M. M. (2012). Actividad física y síndrome metabólico: Citius-Altius-Fortius. *Avances En Diabetología*, 28(6), 123–130.
- Ali, S., Patel, M., Avenido, J., Bailey, R. K., Jabeen, S., in Riley, W. J. (2011). Hallucinations: Common features and causes. *Current Psychiatry*, 10(11), 22–29.
- Bailey, A. P., Hetrick, S. E., Rosenbaum, S., Purcell, R., in Parker, A. G. (2017). Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 1–20. doi:10.1017/S0033291717002653
- Barton, J., in Rogerson, M. (2017). The importance of greenspace for mental health. *BJPsych International*, 14(4), 79-81.
- Bhandari, S. (2016). Causes of Mental Illness. WebMD. pridobljeno s strani <https://www.webmd.com/mental-health/mental-health-causes-mental-illness#1>
- Blair Kennedy, A., in Resnick, P. B. (2015). Mindfulness and Physical Activity. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(3), 221-223.
- Boyer, W. R., Indelicato, N. A., Richardson, M. R., Churilla, J. R., in Johnson, T. M. (2017). Associations between mental distress and physical activity in US adults: a dose–response analysis BRFSS 2011. *Journal of Public Health*, 1–6. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdx080>
- Bradley, S. M., in Rumsfeld, J. S. (2015). Depression and cardiovascular disease. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 25(7), 614-622
- Broman-Fulks, J. J., in Storey, K. M. (2008). Evaluation of a brief aerobic exercise intervention for high anxiety sensitivity. *Anxiety, Stress, in Coping*, 21(2), 117–128.
- Callado, L. F., Ortega, J. E., in Horrillo, I. (2009). Bases neurobiológicas de la depression. *Salud (i) ciencia (Impresa)*, 16(8), 835-838.
- Cano, A.I., García, A. E., Zurbano, S.L., Ajona, A.F., Arenaza, J.G., Ocerinjauregui, B. A., in Arrillaga, A.M.G.P.(2014). Efectos adversos de antipsicóticos atípicos, diferencias según sexo. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 95–101.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., in Rus-Calafell, M. (2017). Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos. *Terapia Psicológica*. 35(1), 111-114
- Chen, E. Y., Tang, J. Y., Hui, C. L., Chiu, C. P., Lam, M. M., Law, C. W., ... in Chan, K. P. (2011). Three-year outcome of phase-specific early intervention for first-episode psychosis: a cohort study in Hong Kong. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(4), 315-323.
- Clinic Mayo, S. (2016). Antidepressants: get tips to cope with side effects. Pridobljeno s strani <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/indepth/antidepressants/art-20049305?pg=1>
- Clow, A., in Edmunds, S. (2014). Physical Activity and Mental Health. *Human Kinetics*. Leeds. UK.
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R., ... Laks, J. (2009). Exercise and mental health: Many reasons to move. *Neuropsychobiology*, 59(4), 191–198.
- Dopp, R. R., Mooney, A. J., Armitage, R., in King, C. (2012). Exercise for adolescents with depressive disorders: A feasibility study. *Depression Research and Treatment*, 2012, 257472257481
- Ekkekakis, P. (2013). *Routledge Handbook of Physical Activity and Mental Health*. Abingdon. Routledge..
- Ferguson, J. M. (2001). SSRI antidepressant medications: adverse effects and tolerability. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(1), 22-27.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A. R., in Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869–2881.

- Foster, C., Shilton, T., Westerman, L., Varney, J., in Bull, F. (2017). World Health Organisation to develop global action plan to promote physical activity: time for action. *Br J Sports Med* Published Online First: 19 July 2017. doi: 10.1136/bjsports-2017-098070
- Fox, K. R., Biddle, S. J. H., Fox, K. R., in Boutcher, S. H. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. *Physical Activity and Psychological Well-Being*, 13, 81–118.
- Gerber, M., Kalak, N., Lemola, S., Clough, P. J., Pühse, U., Elliot, C., ... Brand, S. (2012). Adolescents' exercise and physical activity are associated with mental toughness. *Mental Health and Physical Activity*, 5(1), 35–42.
- Guillin, O., Abi-Dargham, A., in Laruelle, M. (2007). Neurobiology of Dopamine in Schizophrenia. *International Review of Neurobiology*, 78, 1-39. DOI:10.1016/S0074-7742(06)78001-1
- Hibbert, C., in Rothschild, B. (2016). 8 Keys to Mental Health Through Exercise. New York. W. W. Norton, Incorporated.
- Hodgson, M. H., McCulloch, H. P., in Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Mental Health and Physical Activity*, 4(1), 23–29.
- Holt, N. L. (2016). Positive youth development through sport. Abingdon. Routledge.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Bartels, M. N., Ballon, J. S., Castrén, E., in Sloan, R. P. (2017). Aerobic Exercise Training in People with Schizophrenia: Neural, Cognitive, and Functional Benefits. *Biological Psychiatry*, 81(10), S162–S163.
- Lam, L. C., in Riba, M. (Eds.). (2016). Physical Exercise Interventions for Mental Health. Cambridge University Press.
- Landolfi, E. (2013). Exercise addiction. *Sports Medicine*, 43(2), 111–119.
- Lauer, H. (2006). The new Americans: defining ourselves through sports and fitness participation. Fort Mill. American Sports Data, Inc.
- Lee, E.-K. O. (2007). Mind–Body–Spirit Practice and Perceived Self-Efficacy for Mental Health Promotion: An Exploratory Study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(3), 35–47.
- Lin, S.H., Lee, L.T., in Yang, Y. K. (2014). Serotonin and mental disorders: a concise review on molecular neuroimaging evidence. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience: The Official Scientific Journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 12(3), 196–202.
- Malchow, B., Keller, K., Hasan, A., Dörfler, S., Schneider-Axmann, T., Hillmer-Vogel, U., Falkai, P. (2015). Effects of Endurance Training Combined with Cognitive Remediation on Everyday Functioning, Symptoms, and Cognition in Multiepisode Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 847–858.
- Medina, J., in García de León, M. (2004). Efectos secundarios de los antidepresivos. *Vigilia-Sueño*, 16(supl. 1), 48–57.
- Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., Van Winkel, R., Yu, W., in De Hert, M. (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders-a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 306–318
- Morgan, W. P. [Ed.]. (1997). Physical activity and mental health. New York. Taylor in Francis
- OMS. (2013). OMS | Salud mental: un estado de bienestar. SZO. pridobljeno s strani http://www.SZO.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- OMS. (2016). Actividad física. Oms. Pridobljeno s strani <http://www.SZO.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Pickett, K., Kendrick, T., in Yardley, L. (2017). “A forward movement into life”: A qualitative study of how, why and when physical activity may benefit depression. *Mental Health and Physical Activity*, 12, 100 - 109
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M., in Landers, D. M. (2009). The Antidepressive Effects of Exercise.

Sports Medicine, 39(6), 491-512

- Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A., in Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health*, 15(1), 53 <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1391-4>
- Saiz Ruiz, J. Sánchez, V., Diego C., in Sánchez Páez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica Y Salud*, 21(3), 235-254
- Sosso, F. A. E., in Raouafi, S. (2017). An Overview of Positive Interaction between Exercise and Mental Health. *Journal of Neurology and Neuroscience*, 8(4), 215
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777–784.
- Tizón, J., Artigue, J., Parra, B., Sorribe, M., Ferrando, J., Pérez, C., ... Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*, 19(1), 27-58
- Tost, H., Champagne, F. A., in Meyer-Lindenberg, A. (2015). Environmental influence in the brain, human welfare and mental health. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1421–1431.
- Varambally, S., in Gangadhar, B. N. (2012). Yoga: A spiritual practice with therapeutic value in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(2), 186–189.
- Verde, L (2005). Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Union Europea en materia de salud mental. Bruselas. Comisión de las Comunidades Europeas.
- Wegner, M., Helmich, I., Machado, S., Nardi, A., Arias-Carrion, O., in Budde, H. (2014). Effects of Exercise on Anxiety and Depression Disorders: Review of Meta- Analyses and Neurobiological Mechanisms. *CNS in Neurological Disorders - Drug Targets*, 13(6), 1002–1014.
- Wei, G.-X., Si, G., in Tang, Y.-Y. (2017). Editorial: Brain-Mind-Body Practice and Health. *Frontiers in Psychology*, 8, 1886. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01886>
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., in Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE*, 10(2) : e0116820. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>
- SZO. (2005). Mental Health: Facing the Challenges, building solutions. Report from the World Health Organisation. European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, January 2005.
- Woo, T. U. W. (2014). Neurobiology of schizophrenia onset. In: Andersen S., Pine D. (eds) *The Neurobiology of Childhood. Current Topics in Behavioral Neurosciences*, vol 16. Springer, Berlin, HeidelbergWorld Health Organization. (2009). Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneve. World Health Organization.
- Yogarathnam, J., Biswas, N., Vadivel, R., in Jacob, R. (2013). Metabolic complications of schizophrenia and antipsychotic medications-an updated review. *East Asian Archives of Psychiatry*, 23(1), 21–8. pridobljeno s strani <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23535629>

10

TELESNA DEJAVNOST V ZDRAVLJENJU PACIENTOV IN PACIENTK Z MOTNJAMI V DUŠEVNEM ZDRAVJU: POTREBE PO IZOBRAŽEVANJU STROKOVNJAKOV/-INJ

Avtorji/-ici: PP15 CESIE – Italy (IT)

Stefania Giambelluca

Irene Pizzo



UVOD

Blagodejne učinke vadbe in telesne dejavnosti (v nadaljevanju: TD) na zdravje dandanes priznavajo zdravstvene organizacije vsepovsod po svetu (WHO, 1995). Številne študije namreč kažejo na pozitivno povezanost med vadbo/telesno dejavnostjo in zdravjem tako pri odraslih kot pri otrocih. Pregledne študije in metaanalize so pokazale, da vadba in TD pri otrocih izboljša tako delovanje krvožilnega sistema kot razvoj mišic in skeleta ter duševno zdravje (Janssen in LeBlanc, 2010). Stroka je tako prepoznala pozitivne učinke različnih oblik telesne vadbe na duševno zdravje v primeru različnih motenj in tako se telovadba npr. priporoča kot eden od preventivnih ukrepov pri depresiji. Carless in Douglas (2010) sta mnenja, da literature o TD in duševnem zdravju še vedno ne nagovarja potenciala za okrevanje v širšem, humanističnem in pozitivnem smislu. Raziskovalca dodajata, da obstoječe raziskave na tem področju ponujajo le malo teoretičnega uvida glede učinkov TD na motnje v duševnem zdravju (Carless in Douglas, 2010). Podobno ponudniki storitev na področju TD še vedno ne vključujejo v svetovanje osebam z različnimi duševnimi motnjami. Čeprav je raba TD kot dopolnilnega zdravljenja v kontekstu zdravstva izrednega pomena, je še vedno spregledana in se ne uporablja dovolj (Clow in Edmunds, 2014). Ponudniki storitev

v zdravstvu preprosto ne morejo več ignorirati vedno večjega števila dokazov o povezanosti telesne nedejavnosti in težav z zdravjem. Potreben je razmislek o možnosti razvoja zdravstvenega sistema, ki spodbuja aktivnost pacientov/-k. Nedavne raziskave in klinične ugotovitve so dokazale uporabnost TD kot dopolnilne oblike zdravljenja duševnih motenj (Firth idr., 2015; Rosenbaum idr. 2014). Nekateri ponudniki zdravstvenih storitev pa po drugi strani kljub temu zavračajo možnost, da bi se posluževali telesne dejavnosti kot alternativne oblike vadbe, ki bi lahko nadomestila zdravila, saj menijo, da zgolj vadba sama ne more spremeniti vedenja pacientov (Sallis, 2011). Navedeni argument poleg tega, kar Clow in Edmund's (2014) opisujeta kot pomanjkanje znanja, vodi do naslednjega vprašanja: kako lahko strokovnjaki/-nje, ki delujejo bodisi na kliničnem in raziskovalnem področju bodisi v praksi, raziščejo in ponudijo praktične nasvete glede TD pri zdravljenju duševnih motenj?

Povezovanje ugotovitev, ki temeljijo tako na izkušnjah kot na znanstvenih ugotovitvah, lahko delujočim na področju TD in duševnega zdravja pomagajo razumeti pomen TD in vadbe v procesu zdravljenja duševnih motenj.

Opredelitev problema

Področje

Namen pričujočega dokumenta je prispevati k razumevanju pozitivnega vpliva TD na duševno zdravje in je namenjen strokovnjakom/-injam, ki delujejo tako na področju duševnega zdravja kot na področju TD. Naš cilj je prispevati k poznavanju obstoječih praks in načinov njihovega apliciranja. Pričujoče besedilo naj tako pomaga pri ozaveščenosti strokovnjakov/-inj glede različnih možnosti uporabe telesne dejavnosti in vadbe na tem področju.

Na splošno je opaziti razkorak med ugotovitvami raziskav, ki govorijo v prid rabi telesne dejavnosti pri zdravljenju težav v duševnem zdravju in vključevanjem TD v proces svetovanja (Biddle in Mutrie, 2008). Olofsgard (2009) je opredelil štiri ključne dejavnike, ki vplivajo na odločitev zdravstvenih delavcev/-k za vključitev TD v svetovanje: (1) raven lastne TD, (2) poznavanje koristi TD, (3) odnos do uporabe TD za preprečevanje in zdravljenje duševnih bolezni, (4) ter pogostost in vedenje, povezano s svetovanjem na področju TD. Korelacije kažejo, da so strokovnjaki/-nje na kliničnem področju z visokimi rezultati na štirih ključnih dejavnikih, bolj verjetno vključili/-e TD v proces svetovanja pri svojih bolnikih.

Za namen vključevanja TD v zdravljenje duševnih motenj je potrebno najprej analizirati obstoječe izkušnje in poiskati dobre prakse. V analizi smo si zastavili cilj preučiti potrebe po usposabljanju tako delujočih na področju telesne vadbe kot strokovnjakov/-inj na področju duševnega zdravja, da bi jim tako omogočili, da v načrtovanje zdravljenja in pogovor s pacienti vključijo tudi načrtovanje TD oz. vadbe. Glede na obseg raziskav, ki dokazujejo pozitivno povezavo med TD in duševnim blagostanjem, je bistvena ozaveščenost delujočih

na področju duševnega zdravja ter izvajalcev/-k športne dejavnosti v zvezi z vključevanjem TD/vadbe v proces zdravljenja duševnih motenj. Da bi terapevtom/-kam slednje pomagali doseči, moramo najprej razumeti in zbrati informacije o dobrih praksah na tem področju.

Raziskave kažejo različne načine, na katere je mogoče vadbo in TD vključiti v zdravljenje oseb z duševnimi motnjami. Študije, ki se osredotočajo na raziskovanje rezultatov in vpliva različnih pristopov, morda lahko ponudijo več dokazov, ki govorijo v prid rabe v terapevtske namene (Alexandratos, Barnett in Thomas, 2012). Curran in sodelavci (2016) so ugotovili, da je potreben bolj strateški pristop za uresničevanje načrtov na področju duševnega zdravja, da bi pomoči potrebnim lahko zagotovili dostop do kakovostnih intervencij.

Metode/Postopek/Pristop

Z namenom, da bi naslovili potrebe strokovnjakov/-inj po izobraževanju in vključili TD v zdravljenje duševnih motenj, se ta dokument osredotoča na izkušnje delujočih na tem področju skupaj z analizo opisov izkušenj in izzivov. V dokumentu opisujemo trenutne prakse ter načine za prenos znanja preko praktičnih nasvetov, ki jih je mogoče prenesti v vsakodnevno prakso. Tako so v nadaljevanju zbrane različne informacije in praktična priporočila za oblikovanje programov vadbe, namenjene izboljšanju kvalitete življenja oseb z motnjami v duševnem zdravju.

Pregled literature

Sallis (2011) je ugotovil, da nas čaka še dolga pot do razvoja zdravstvenega sistema, ki bo spodbujal aktivno vlogo pacientov pri zdravljenju. Tako vsekakor obstaja potreba po bolj aktivnem sodelovanju med zdravstvom in različnimi oblikami vadbe. Glede na izjemno hitro rastoče število kroničnih bolezni, povezanih s telesno nedejavnostjo, ponudniki zdravstvenih storitev ne morejo več prezreti razmerja med telesno nedejavnostjo in slabim zdravjem. Sallis (2011) je tako mnenja, da so osebe v klinični praksi dolžne oceniti nivo telesne aktivnosti vsakega bolnika/-ce in poskrbeti, da le-ti razumejo zdravstvena tveganja, povezana s telesno nedejavnostjo. Strokovnjakom/-injam tako priporoča, da proučijo praktične načine za pomoč bolnikom pri premagovanju ovir, kot npr. to, da se jih napoti k izvajalcem različnih športnih storitev.

Szuhany idr. (2014) opisujejo telesno vadbo kot novo in učinkovito obliko alternativnega zdravljenja za osebe, ki trpijo zaradi motenj razpoloženja in anksioznosti. Številne pregledne študije in metaanalize so pokazale, da je telesna vadba stroškovno učinkovita in dostopna oblika zdravljenja za osebe, ki imajo težave z duševnim zdravjem.

Kljub številnim dokazom, ki govorijo v korist TD kot uspešnega ukrepa pri zdravljenju motenj duševnega zdravja, Walsh (2011) ugotavlja, da se tema telesne dejavnosti v psihoterapiji le redko omenja; v terapijo jo vključi oz. priporoči pičlih 10% strokovnjakov za duševno zdravje. Hitschfeld (2011) je ugotovil več ovir, ki jih navajajo terapevti/-ke kot razlog, da se priporočanja telesne dejavnosti ne poslužujejo bolj aktivno. Tako na primer nekateri dvomijo

o učinkovitosti vadbe v praksi. Drugi so ugotovili, da tudi tisti, ki imajo pozitiven odnos do telesne vadbe, slednje ne priporočajo zaradi drugih dejavnikov, kot je npr. mnenje, da je telesna vadba zunaj področja psihoterapije (Faulkner in Biddle, 2001). Nadalje so nekatere raziskave ugotovile, da terapevti/-ke TD v delo s klienti ne vključujejo, ker zanemarjajo vpliv vadbe na psihične motnje (Faulkner in Biddle, 2001). Ključni razlogi za to, da psihoterapevti/-ke o vadbi v sklopu terapije ne govorijo, so poleg tega: časovne omejitve, pogled na psihologijo kot vedo, ki naj bi obravnavala um in ne telesa, ter skeptičnost glede tega, ali bi osebe v obravnavi vadbo zares izvajale (Faulkner in Biddle, 2001; McEntee in Halgin, 1999).

Hitschfeld (2011) in Olofsgaard (2009) sta ugotovila pozitivno povezavo med ravno TD delujočih na področju zdravstvenega varstva in njihovo pripravljenostjo, da se z bolniki pogovorijo tudi o telesni aktivnosti. Terapevti/-ke, ki so bolj telesno aktivni/-e, se bodo o telesni dejavnosti s svojimi strankami pogovarjali/-e lažje in bolj pogosto. Poleg tega bodo terapevti/-ke, ki imajo bolj pozitiven odnos do uporabe TD kot orodja za zdravljenje ali preprečevanje psihičnih motenj, bolj verjetno raziskali/-e možnost TD kot orodja za okrevanje. Osebe, ki so bolj seznanjene s koristmi TD, bodo pri obravnavi oseb bolj verjetno spregovorile tudi o TD (Hitschfeld, 2011).

Biddle in Mutrie (2008) sta preučevala glavne faktorje dobrega počutja in različnih orodij ter se posvetila tudi TD pri zdravljenju duševnih motenj. Zaključila sta, da manjka raziskav na tem področju, ki so nujne, če želimo podpreti dolgoročne spremembe v vedenju in okrepiti specifične strategije, s katerimi preprečimo ponovitev duševnih težav. Opozorila sta tudi na potrebo po sodelovanju strokovnjakov/-inj, ki delujejo na področju raziskovanja ter tistih, ki delujejo v praksi, prenosa spoznanj v prakso in preučevanja različnih (novih) medijev za pošiljanje sporočil s pomočjo informacijske tehnologije, npr. preko video konferenc in telefona. A študija je opozorila tudi na nekatere prepreke, saj naj bi bilo nekatere izmed strokovnjakov/-inj težko prepričati v koristi TD. Biddle in Mutrie (2008) sta dodala, da so potrebna inovativna in kreativna raziskovalna vprašanja in zasnove raziskav, ki naj bi bile izvedene na različnih skupinah, pri različnih populacijah in v različnih razmerah.

Leta 2011 sta Carlson in Bourd poglobila koncept svetovanja, ki se loteva fizične dejavnosti ter ga povzela z naslednjimi kraticami: **Najprej ocenite**; **Nudite nasvet**; **Naj** se klient/-ka odloči; **Nudite pomoč** in **Načrtujte**. Ta pristop v ospredje postavlja avtonomijo in svobodno izbiro osebe v obravnavi. Raziskava opisuje naslednje korake:

Prvi korak (**Najprej ocenite**): ocena nivoja TD pri osebi (vključno s tem, koliko časa v minutah je aktivna vsak teden), pregled prisotnosti težav oz. tveganja na področju zdravja, sposobnosti osebe za izvajanje TD (pogovor o težavah in izzivih) ter njene pripravljenosti na spremembe.

Drugi korak (**Nudite nasvet**): pogovor o koristih in dejavnikih tveganja na področju zdravja ter predstavitev FITT principov (frekvenca oz. pogostost, intenziteta, vrsta in čas telesne dejavnosti). Slednje naj bi bilo prilagojeno osebi v obravnavi ter poteku procesa, pri čemer upoštevamo ključne smernice. Poleg tega je pri osebah, katerih življenjski slog

vključuje veliko sedenja, pomembno, da začnemo postopoma.

Tretji korak (Naj se klient/-ka odloči): skupna določitev ciljev in oblikovanje akcijskega načrta. Osebe v obravnavi sodelujejo v procesu določanja specifičnih in konkretnih ciljev. Slednje je mogoče izvesti s pomočjo tedenskega urnika in tako, da zapišemo cilje ter si s tem izboljšamo možnosti za uspeh.

Četrti korak (Nudite pomoč): pomoč pri premagovanju ovir in povezovanje z viri v skupnosti tako, da se osebam v obravnavi dodeli seznam skupin in prostorov, kot npr. bližnjih telovadnic, skupinskih srečanj (hoje), parkov ipd.

Peti korak (Načrtujte): z osebo v obravnavi se dogovorite za način poročanja o poteku vadbe, povratne informacije in podpore. Oseba lahko o poteku poročja npr. preko telefona ali pa vrne kartico ali pismo po pošti. Pri tem si prizadevamo doseči priporočeno raven aktivnosti, ki vodi do koristi na področju duševnega zdravja.

Uspešen program oz. načrt telesne aktivnosti naj bi vseboval naslednje elemente:

- programi, ki vsebujejo priporočila za telesne vaje ali motivacijska sporočila bodisi v tiskani obliki bodisi v elektronski obliki, so bolj učinkoviti kot zgolj individualno svetovanje,
- k uspehu svetovanja pripomore postavljanje ciljev in spremljanje lastnega napredka v želji po spremembi vedenja, kar je mogoče s pomočjo naprav, ki merijo dnevno aktivnost, npr. preko pedometrov in monitorjev za merjenje srčnega utripa - povratna informacija je ključni element spremljanja in upravljanja z lastnim vedenjem,
- različni prostori in ustanove bi morali izkoristiti priložnosti za namenjanje pozornosti duševnemu zdravju in prepoznavanju različnih tematik,
- vaditelji/-ce naj bi bili/-e čim bolj razgledani/-e in pozitivni/-e, kar je prav tako pomembno kot sama vsebina programa vadbe,
- na udeležbo in vztrajanje pri programu vadbe vpliva tudi zaznana raven tveganja za poškodbe.

http://www.mindingourbodies.ca/about_the_project/literature_reviews/physical_activity_and_mental_health

V Združenem kraljestvu Velike Britanije se poslužujejo profesionalnih nogometnih klubov kot prostora za izvajanje raznih dejavnosti, namenjenih promociji duševnega zdravja na različne načine, vključno z (i) izvajanjem intervenc, ki vključujejo TD, namenjenih izboljšanju duševnega zdravja splošne javnosti, (ii) izvajanjem terapevtskih intervenc, ki vključujejo TD, in so namenjene osebam s težavami v duševnem zdravju, ter (iii) izvajanjem storitev za varovanje duševnega zdravja v skupnosti, ki potekajo v prostorih nogometnega kluba. Curran idr. (2017) na primer ugotavljajo, da profesionalni nogometni klubi lahko pomagajo zagotoviti dostop do aktivnosti za duševno zdravje, še posebej med mladimi, pri katerih je posluževanje tovrstnih storitev še vedno zelo stigmatizirano. Ugotovitve Currana in

sodelavcev so poudarile tudi, da lahko takšni prostori ponudijo raznolike priložnosti, vendar je pri tem ključnega pomena, da agencije in komisije, ki tovrstne dejavnosti financirajo, zagotovijo ustrezne vire, kar vključuje tako človeške kot finančne vire, ter tako omogočijo učinkovito izvedbo in oceno. Kot že omenjeno, v raziskavah zasledimo tudi mnenje, da bi bil potreben bolj strateški pristop k delovanju in izvajanju načrtov za dvig nivoja duševnega zdravja. Tako so omenjeni avtorji mnenja, da bi s spremenjenim pristopom lahko bolje izkoristili potencial profesionalnih nogometnih klubov in jim omogočili, da zagotovijo dostop do visoko kakovostnih terapevtskih metod TD posameznikom s težavami v duševnem zdravju.

Rezultati / zaključki:

Če povzamemo, raziskave kažejo, da se na poti do vključevanja vadbe in TD na področje psihoterapije še vedno pojavljajo ovire. Tako še vedno samo 10% strokovnjakov/-inj na področju duševnega zdravja TD in telovadbo aktivno priporoča osebam, s katerimi se srečujejo v obravnavi (Walsch, 2011) zaradi prepričanja, da je področje psihologije vezano v prvi vrsti na um. Telesna dejavnost tako ostaja na obronkih področja psihoterapije (Faulkner in Biddle, 2001; Mc Entee in Halgin, 1999). Prav tako je še vedno pomanjkljivo naše poznavanje učinkov TD na različne duševne motnje (Faulkner in Biddle, 2001). Istočasno strokovnjaki/-nje za duševno zdravje, ki bi želeli vključiti TD v programe dela s klienti/-kami, opozarjajo na potrebo po nadaljnjih raziskavah, ki bi jasno pokazale koristi telesne dejavnosti (Biddle in Mutrie, 2008) ter pomagale pri vzdrževanju dolgoročnih učinkov vadbe in razvoju specifičnih strategij za preprečevanje ponovitev motenj s pomočjo vadbe in TD.

Zaključki/Predlogi/Priporočila

Ob pregledu literature sta se pokazali dve glavni težavi v zvezi s potrebami po usposabljanju izvajalcev/-k oz. vodij intervenc, ki vključujejo telesno dejavnost, ter strokovnjakov/-inj za duševno zdravje. Kot izpostavlja Walsh (2011), je prva težava v tem, da le 10% strokovnjakov/-inj priporoča TD svojim klientom/-kam, ker so mnenja, da se psihologija tiče v prvi vrsti uma. Glede na pomen telesne dejavnosti, ki smo ga naslovili v tem članku, in glede na to, da strokovnjaki/-nje TD še vedno zelo redko vključujejo v proces zdravljenja, je dvig informiranosti strokovnjakov/-inj za duševno zdravje v zvezi s koristmi TD izrednega pomena.

Druga težava, ki bi jo želeli nasloviti, je pomanjkanje usposabljanj in izobraževanj za strokovnjake/-inje, ki delujejo na področjih TD in duševnega zdravja. Pomembno je torej oblikovanje izobraževalnih programov in/ali usposabljanj, ki bi strokovnjakom/-injam ponudili potrebno tehnično in strokovno znanje za učinkovito delo z osebami z motnjami v duševnem zdravju. Zato smo mnenja, da bi bilo navedeno omejitev potrebno nadalje raziskati z vidika področij, ki jih zadeva, ter tovrstna izobražanja vključiti v kurikule univerz in drugih izobraževalnih programov, da bi tako zapolnili vrzel in povečali učinkovitost

zdravljenja oseb z motnjami v duševnem zdravju.

Če povzamemo, se kaže potreba po krepitvi povezav med zdravstvenim sektorjem in ponudniki športnih aktivnosti, saj se slednje le redko vključujejo v potek zdravljenja. Glavni cilj je spodbujati vključevanje TD in vadbe v procese zdravljenja in vključevanje kot nove in učinkovite oblike zdravljenja oseb, ki se srečujejo s težavami na področju razpoloženja, anksioznosti in duševnih motenj na splošno.

Viri

Biddle, S. H., Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity* (2nd ed.). London, UK: Routledge.

Biddle, S. J. H., Fox, K.R. & Boutcher, S.H. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London, UK: Routledge.

Carless, D., Douglas, K. (2010). *Sport and physical activity for mental health?* Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Carlson, A.M., Bourd, R.J. (2011). *Counseling on physical activity to promote mental health. Practical guidelines for family physicians*, Can Fam Physician, 57 (4):399-401

Clow, A., Edmunds, S. (2013). *Physical Activity and Mental Health*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Curran, K., Rosenbaum, S., Parnell, D., Brendon, S., Pringle, A., & Hargreaves, J. (2016). *Tackling mental health: the role of professional football clubs*. Sport in Society, 20(2), 281-291.

Hitschfeld, M. (2011). *Addressing exercise in therapy: Therapists' personal exercise habits, attitudes, knowledge, and perceived barriers to addressing exercise with clients*. Fall Edmonton, Alberta: Fall.

Lam, L.C.W., Riba, M. (2016). *Physical Exercise Interventions for Mental Health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press

Lawrence, D., Bolitho, S. (2011). *The Complete guide to physical activity and mental health*, London, UK: A&C Black.

McEntee, D.J., Halgin, R.P. (1999). *Cognitive group therapy and aerobic exercise in the treatment of anxiety*. Journal of College Student Psychotherapy. Vol. 13, 1999 - 3. Številka

Olofsgard, M. J. (2009). *Physical activity counseling and prescription in psychiatry: Swedish mental health professionals' clinical practices, attitudes, and knowledge*. Stockholm University, 1992

Probst, M., Carraro, A. (2014). *Physical activity and mental health: A practice-oriented approach*. Milano, Italy: Edi.ermes

Sallis, R. (2011). Developing healthcare systems to support exercise: Exercise as the fifth vital sign. *British Journal of Sports Medicine*, 45, 473-474.

Smits, J. A., Otto, M. W. (2009). *Exercise for mood and anxiety disorders*. New York, NY: Oxford University Press.

11

ŠPORT IN DUŠEVNO ZDRAVJE V TIPIČNIH IZOBRAŽEVALNIH SISTEMI

Avtorica:

Maria Rita Bracchini



UVOD

Predgovor statuta Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, 1946), ki so jo podpisali predstavniki/-ce 61 držav, pravi, da je zdravje »stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne samo odsotnosti bolezni ali slabosti«.

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (2010) je opredelila telesno nedejavnost kot četrti dejavnik tveganja za splošno umrljivost, ki je povzročila 6% primerov koronarne srčne bolezni, 7% sladkorne bolezni tipa 2, 10% raka dojke, 10% raka debelega črevesa in s tem povzročila približno 3,2 milijona letnih smrtnih žrtev v svetu. Znanstveni dokazi kažejo pomembne učinke telesne dejavnosti na zdravje in psihološko počutje.

Kljub dokazom in znanju o povezavah med telesno dejavnostjo in zdravjem pa je veliko mladih Evropejcev nedejavnih ali premalo aktivnih. Natančneje, najnovejši podatki (posebni Eurobarometer, 2014) kažejo, da 80% evropskih mladostnikov ni dovolj fizično aktivnih. Rezultati raziskave Eurobarometra iz leta 2017 o športu in telesni dejavnosti so potrdili vztrajno visoko stopnjo fizične neaktivnosti v Evropski uniji, ki je že omenjena v raziskavi leta 2014. Študija o ekonomskih stroških fizične nedejavnosti (Center za ekonomijo in poslovne raziskave, CEBR, 2015) za leto 2015 je pokazala, da je ta neaktivnost odgovorna za več kot 500.000 smrtnih žrtev na leto po Evropi in zajema gospodarske stroške v višini 80,4 milijarde EUR na leto. To predstavlja 6,2% vseh evropskih izdatkov za zdravstvo, konservativne ocene pa so letne stroške za leto 2030 ocenile na več kot 125 milijard EUR.

V tem okviru je julija 2017 začel veljati nov delovni načrt EU za šport 2017-2020, ki temelji na oceni Komisije in so jo maja sprejeli ministri EU, odgovorni za šport na srečanju Sveta EU za izobraževanje, mladino, kulturo in šport (evropski Delovni načrt Unije za šport, 2017). V njem so opredeljene ključne teme, ki bi jim morale države članice EU in Komisija dati

prednost do leta 2020:

- Integriteta športa se bo osredotočila na dobro upravljanje, varovanje mladoletnikov, boj proti vnaprej dogovorjenim izidom tekem, dopinga in korupciji;
- gospodarsko razsežnost, ki se osredotoča na inovacije v športu in povezave med športom in enotnim digitalnim trgom;
- Šport in družba, ki se osredotočata na socialno vključenost, trenerje, medije, okolje, zdravje, izobraževanje in športno diplomacijo.

Z vidika športa in športne vzgoje kot elementa spodbujanja duševnega zdravja so šole v edinstvenem položaju in predstavljajo ključno okolje. Hkrati pa obstaja vse več dokazov, ki kažejo, da šolski uspeh ne trpi glede na čas, ki ga vzamemo iz učne ure v korist telesne dejavnosti. Nasprotno, raziskave na splošno podpirajo trditve o pozitivnih učnih koristih iz telesne dejavnosti za mlade (Beni, Fletcher in Chroinin, 2017).

Kljub temu, kot je prikazano na naslednjih straneh, športna vzgoja pogosto dobi omejen učni čas, neustrezne finančne in človeške vire ter ima nizek status in ugled.

Nizka stopnja telesne aktivnosti med otroki in mladostniki v Evropski uniji je vedno večja in je za oblikovalce politik zelo zaskrbljujoča. Dejstvo, da se 80% učencev športom ukvarja samo v šoli, je pomembno da izobraževalno okolje v šolah postane glavni instrument pri spodbujanju telesne dejavnosti in duševnega zdravja.

Opredelitev problema

Telovadba v šoli je opredeljena kot izobraževalni proces, ki uporablja telesno dejavnost kot sredstvo za pomoč posameznikom pri pridobivanju spretnosti, sposobnosti, znanja in odnosa, ki prispevajo k njihovemu optimalnemu razvoju in blaginji.

Telesna vadba v šoli ne prispeva samo k takojšnji pripravljenosti in zdravju učencev, temveč tudi mladim pomaga pri boljšem izvajanju in razumevanju telesne dejavnosti s pozitivnimi doživljenjskimi posledicami. Še več, športna vzgoja v šoli prinaša prenosljivo znanje in spretnosti, kot so timsko delo in pošteno igro, neguje spoštovanje, telesno in družbeno zavest in zagotavlja splošno razumevanje »pravil igre«, ki jih lahko študentje zlahka uporabljajo pri drugih šolskih predmetih ali življenjskih razmerah.

Zaradi njenih številnih prednosti se je spodbujanje telesne dejavnosti na evropski ravni precej povečalo. Lizbonska pogodba EU iz leta 2009 je Evropski uniji dala pravno podlago za poziv k ukrepom za razvoj evropske razsežnosti v športu in za prispevanje k spodbujanju evropskih športnih vprašanj.

Spodbujanje športne in telesne dejavnosti v šoli lahko ohranja duševno zdravje učencev in izboljša vzdušje v šoli za celotno šolsko skupnost, lahko zmanjša opustitev šolanja in izboljša uspešnost šole. Ker je namen izjave o stališču, da se razpravlja o številnih izzivih za normalno delovanje športne vzgoje v šoli, je potrebno, za boljšo vzpostavitev športne vzgoje v evropske učne programe, upoštevati naslednje elemente:

- A) Predpisani čas športne vzgoje se močno razlikuje od države do države in med stopnjami izobrazbe. Poleg tega nekatere države določijo minimalne ure telesnega izobraževanja na centralni ravni, druge pa to odločitev prepustijo šolam (Evropska komisija / EACEA / Eurydice, 2013). Na splošno je delež časa, ki ga priporočamo za športno vzgojo, precej nizek kot pri drugih predmetih. To dejstvo razkriva pomembno vprašanje o dojemanju pomena športne vzgoje.
Glede na te elemente je potreben razvoj politik na evropski ravni. Poročilo Eurydice (2013), je namenjeno določanju stanja športne vzgoje in športnih dejavnosti v šoli v 30 evropskih državah. To lahko šteje kot prvi poskus Evropske komisije, da opredeli ključne skrbi in prednosti v zvezi s telesnim izobraževanjem v šolah v Evropi.
- B) Vloga učitelja je ključnega pomena za učinkovit proces izvajanja. Strokovna usposobljenost učiteljev je pomembna, saj so pomembna ne samo pri povečevanju

motivacije mladih za telesne dejavnosti, temveč tudi pri spodbujanju zdravega načina življenja.

- C) Potreba po ustreznih metodah poučevanja in ocenjevanja je še en pomemben element za doseganje cilja športne vzgoje in zato še vedno manjkajo Kazalniki za kakovostno fizično izobraževanje (QPE).
- D) Razpoložljivost naprav in opreme: učinkovito poučevanje v učilnicah potrebuje ustrezno število naprav in opreme.
- E) Medtem ko je mogoče določiti nekatere izboljšave v politikah in praksah vključevanja, povezanih s spolom in invalidnostjo, ki jih v številnih državah podpirajo državna zakonodaja, še vedno ostajajo ovire za enake možnosti in možnosti dostopa; zlasti za šolske otroke in mladine s posebnimi potrebami, ovire za popolno vključevanje vključujejo neustrezno infrastrukturo, pomanjkanje ponudbe ustrezno usposobljenega učnega osebja in podpornih pomočnikov, pomanjkanje prilagojenih naprav in opreme ter učnega gradiva

Osnovne definicije

Evropski izobraževalni sistemi

V Evropi obstajajo trije glavni sistemi obveznega izobraževanja: enotno-strukturirana vrsta izobraževanja, ki zagotavlja obvezno izobraževanje od začetka do konca poti brez razlikovanja med primarno in nižjo sekundarno stopnjo (na primer na Danskem, Norveškem in v Hrvaški); zagotavljanje skupnega osnovnega kurikuluma od primarnega do nižjega sekundarnega izobraževanja (Nemčija, Avstrija); in vrsto raznolikega nižjega sekundarnega izobraževanja (Italija, Francija) (Eurydice Facts and Figures, 2017).

Duševno zdravje

Duševno zdravje je opredeljeno kot dobro počutje, v katerem vsak posameznik uresničuje svoj potencial, lahko obvlada normalni stres življenja, dela produktivno in plodno in lahko prispeva k svoji skupnosti (SZO, 2004)

Pozitivna razsežnost duševnega zdravja je poudarjena v definiciji zdravja SZO, ki jo vsebuje njegova ustava: »Zdravje je stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnosti bolezni ali slabosti«. Duševno zdravje je temelj razmišljanja, komunikacije, učenja, odpornosti in samozavesti posameznika. Duševno zdravje je tudi ključ do odnosov, osebnega in čustvenega blagostanja ter prispevka k skupnosti ali družbi. Duševno zdravje vključuje učinkovito delovanje v vsakodnevnih dejavnostih, ki prinašajo produktivne dejavnosti (delo, šola, skrb za nego), zdrave odnose in sposobnost prilagajanja spremembam in obvladovanje težav.

Fizična dejavnost - telesna vadba

SZO opredeljuje fizično aktivnost kot vsako telesno gibanje, ki ga proizvajajo skeletne mišice, ki zahteva izdatke za energijo - vključno z dejavnostmi, ki se izvajajo med delom, igranjem, opravljanjem gospodinskih opravil, potujočimi in rekreativnimi dejavnostmi. Redna zmerna intenzivnost telesne dejavnosti - kot sta hojo, kolesarjenje ali športno - ima pomembne koristi za zdravje (SZO, 2017).

Šport

Dejavnost, ki vključuje fizični napor in spretnost, v kateri posameznik ali skupina tekmuje drug proti drugemu za zabavo. Priložnost, v kateri ljudje tekmujejo v različnih atletskih dejavnostih (Oxford Living Dictionary).

Metode / Postopek / Pristop

Ta članek je pregled aktualne dokumentacije o športu in duševnem zdravju v tipičnih izobraževalnih ustanovah v Evropi. Prav tako poskuša razpravljati o alternativnih strategijah, ki so bile izvedene ali bi jih bilo mogoče izvajati za spodbujanje športnih dejavnosti v šolah in analizirati, katere dejavnosti potekajo v Evropi za spodbujanje športa v izobraževalnem sistemu in nadaljnjih rezultatov.

Za uskladitev s sprejeto prakso prilagajanja metodološkega postopka za namen tega prispevka je bil sprejet večmetičen / pluralističen pristop. Ta pristop zajema podatke, ki jih ustvarja vrsta virov, vključno z informacijami, pridobljenimi iz nedavnih in sedanjih mednarodnih, evropskih in nacionalnih študij s področja telesne izobrazbe, evropskih študij in dokumentov o politiki, sistematičnih pregledov, referenčnega iskanja, lokalnih anket storitev in akcijskih načrtov SZO. Prispevek podpira celovit pregled literature in analize študij primerov o športu in duševnem zdravju v izobraževalnih sistemih in kakšni pristopi ali politike imajo lahko pozitiven učinek.

Glavne teme raziskovanja so bile:

- Kako je športna vzgoja strukturirana v šolskem sistemu EU in kakšne so glavne razlike od države do države?
- Kako je športna vzgoja organizirana z metodološkega vidika?
- Katere so različne značilnosti učnega načrta za športno vzgojo?
- Katere so glavne težave v zvezi s športno vzgojo v šolah EU?
- Kaj naredi program športne vzgoje in telesne dejavnosti v šoli učinkovit?
- Kako lahko športno in šolsko promocijo zdravja vključimo v pristop celotne šole?
- Katere ukrepe priporoča EU in kateri ukrepi se že izvajajo?

Vsa zgoraj navedena vprašanja se analizirajo z glavnimi vrstami pregledov literature: ocenjevalnimi, raziskovalnimi in instrumentalnimi, vključno s prepoznavanjem, pridobivanjem in poznavanjem ustrezne literature in evropskih dokumentov o politiki ter drugih povezanih dokumentov.

Analizirane teme so razdeljene v 4 glavne analize:

- koristi športne vzgoje za duševno zdravje v šoli
- učni načrt športne vzgoje (cilji, teme, področja vsebine, pomembnost in kakovost dostave, metode spremljanja in ocenjevanja)
- pedagoško osebje in strokovno dobro podkovani učitelji/-ce športne vzgoje
- sredstva, naprave in oprema

Pregled literature

Koristi športne vzgoje za duševno zdravje v šoli – Raziskave

Brez dvoma obstaja širše razumevanje (in veliko študij to podpira) koristi športne vzgoje pri otrocih in mladostnikih na izvršilni funkciji, možganski aktivnosti in simptomih depresije. Telesno dejavnost je treba spodbujati v šolskem okolju in v šolskih aktivnostih. Hillman in kolegi (2014) so preučili učinke telesne aktivnosti na delovanje možganov in kognitivno funkcijo pri 221 otrocih, starih od 7 do 9 let. Otroci so bili naključno dodeljeni bodisi v 9-mesečni program telesne dejavnosti po šoli, ali v kontrolno skupino, ki je bila na čakalni vrsti. Intervencija telesne dejavnosti je temeljila na izboljšanju aerobne sposobnosti s telesnimi aktivnostmi. Kognitivno delovanje je bilo ocenjeno z nalogami, ki so ocenile inhibicijo pozornosti in kognitivno fleksibilnost. Ob koncu 9-mesečne intervencije je skupina telesne dejavnosti pokazala večjo sposobnost inhibicije pozornosti in kognitivne prožnosti. Otroci, ki so se udeležili večjega števila sej telesne dejavnosti, so imeli več sprememb v merjenju možganske aktivnosti.

Glede na te ugotovitve o večji pozornosti otrok, ki se vključijo v program telesne dejavnosti, bi bilo pomembno vedeti, ali bi otroci s hiperaktivnostno motnjo primanjkljaja pozornosti (ADHD) pokazali večjo pozornost pri vadbi. Pontifex in sodelavci (2013) so ocenili učinek enkratnega treninga zmerno intenzivne aerobne vadbe na otroke z ADHD. V študiji je sodelovalo 20 otrok, starih od 8 do 10 let, z ADHD in zdravimi kontrolnimi skupinami. V tem

projektu znotraj udeležencev so otroci sodelovali v 20-minutni seji bodisi aerobne vadbe ali sedenje na traku na motorni pogon. V obeh pogojih so bili ocenjeni možganski potenciali in kognitivne naloge, povezane z dogodkom. Otroci so pokazali večjo točnost odziva na naloge nadzora pozornosti, boljše izboljšave na testih bralnega razumevanja in aritmetike.

Pozornost so nedavno namenili tudi razmerju med depresijo in športno vzgojo pri otrocih in mladostnikih. Študija, ki jo je pripravil Kremer et al. (2014) je raziskovala povezave med fizičnimi in depresivnimi simptomi. Presečni pregled 8256 otrok in mladostnikov je zaključil spletno samoprijavo. Študentom so bili postavljeni številna vprašanja o njihovi telesni dejavnosti, vključno s številom dni, ko so se udeležili tečajev športne vzgoje; stopnja aktivnosti v teh razredih; število dni, ko so po šoli zelo aktivni; vključevanje v šport ali druge dejavnosti v šoli in zunaj šole; priložnosti za sodelovanje v športu, klubih, organizacijah ali drugih aktivnostih v šoli. Depresivne simptome so ocenili z vprašalnikom Mood and Feelings. 33% teh mladih je poročalo o zmernih do visokih depresivnih simptomih. Šibkost depresivnih simptomov je bila nižja, ko so mladi imeli večje možnosti, da se vključijo v šport ali druge dejavnosti v šoli ali izven pouka, da so zelo dejavni med poukom športne vzgoje in da se igrajo v šoli in zunaj.

Obstajajo tudi številne študije, ki so preučile druge vidike povezanosti med stopnjo telesne aktivnosti študentov in njihovim duševnim počutje, kar dokazuje, da vadba vodi k boljšemu razmišljanju in reševanju problemov, večji pozornosti in boljšemu učenju. Ni presenetljivo, da se vse skupaj združuje s koristjo šole. Glede na študijo ministrstva za šolstvo v Delawareju so »učenci, ki so fizično sposobni, bolj uspešni in imajo boljši odnos v šoli - ne glede na spol, raso, družinski dohodek ali šolsko okrožje.« Ratey (2013) je pojasnil, da med telesno dejavnostjo možgani proizvajajo beljakovino, imenovano BDNF oz. nevrotropni dejavnik, ki izvira iz možganov in ki gradi povezave živčnih celic. Močnejše kot te povezave postanejo, kot posledica nadaljevalne fizične aktivnosti, lažje je otrokom razumeti in hraniti informacije.

Razen tega endorfina, ki jih možgani sproščajo med vadbo, pomagajo izboljšati razpoloženje, raven energije in celo spanje. Večina študentov poroča, da se počutijo mirni in imajo občutek dobrega počutja po vadbi. Skupaj ti pozitivni učinki pomagajo izboljšati samozavest in odpornost ter s tem zmanjšati anksioznost, izboljšati odnose in samopodobo. Glede na to, kar je bilo do sedaj analizirano, 1) do 80% študentov se športno udeležuje le v šoli in 2) omejeno število ur, ki jih otroci porabijo za pouk športne vzgoje, je pripeljalo do špekulacij, da so šole ključnega pomena pri spodbujanju telesne dejavnosti in duševnega zdravja.

Kurikulum športne vzgoje (cilji, teme, področja vsebine, pomembnost in kakovost dostave, metode spremljanja in ocenjevanja) – Raziskave

Že omenjeno poročilo Eurydice (2013) Evropske komisije o »športni vzgoji in športu v šoli v Evropi« navaja, da vse evropske države priznavajo pomen športne vzgoje v šoli. Poleg tega se evropske države strinjajo, da obstaja pomembna povezava med zdravjem in športom. Kljub temu je športni vzgoji namenjena manjša pozornost v primerjavi z drugimi predmeti v vseh državah EU. Ta argument izhaja iz primerjave med časom, dodeljenim športni vzgoji, in časom za ostale predmete.

V EU je športna vzgoja obvezna v celotnem obveznem splošnem izobraževanju. Kljub temu se predpisani čas poučevanja močno razlikuje od ene države do druge. V osnovnem izobraževanju v obdobju 2011-2012 se je povprečni učni čas na šolsko leto gibal med 37 urami na Irskem in 108 v Franciji. Na sekundarni ravni se številke gibljejo od 31 ur na Malti do 108 ur v Franciji. Ti rezultati kažejo, da otroci v EU daleč ne dosegajo priporočil Svetovne zdravstvene organizacije o telesni dejavnosti, ne da bi pri tem izvajali intenzivno telesno dejavnost zunaj šole.

Ta razlika je v primerjavi s tistim iz poročila Eurydice (2013), še posebej opazna med osnovnošolskim izobraževanjem. Delež učnega časa, namenjenega telesni vzgoji, je le približno polovica tistega, ki je namenjen matematiki. Na splošno je evropski čas, namenjen predmetu športne vzgoje, nekaj manj kot 70 ur na leto, približno tretjina časa, namenjenega poučevanju jezika in približno polovici tega za matematiko. Sredstva za športno vzgojo v šolah so prav tako neustrezna, kar se pogosto odraža v slabi kakovosti in pomanjkanju

opreme na primarni in sekundarni ravni v 26% in 38% v državah EU.

Kar zadeva priporočila o najkrajšem času poučevanja v telesnem izobraževanju, obstajajo velike razlike med državami. Na splošno se učni čas v celotnem obveznem izobraževanju ne spreminja in ustreza 50-80 uram letno, kar je v zadnjih petih letih ostalo približno enako. V primerjavi z drugimi predmeti pa je ta dodelitev še vedno relativno nizka.

Na splošno predstavlja manj kot 10% celotnega časa poučevanja. V osnovnošolskem izobraževanju je v večini držav EU čas, namenjen telesni vzgoji, nekoliko višji od tistega v naravoslovju ali tujih jezikih in podobno kot čas, namenjen umetniškim dejavnostim. V srednjem izobraževanju trendi ostajajo enaki glede na jezik poučevanja, matematike in umetnosti. Vendar je čas, namenjen telesni vzgoji, manjši od naravoslovnih in tujih jezikov. V večini držav EU imajo nacionalne vlade vsaj nekaj odgovornosti za kurikulum. Kjer obstajajo decentralizirane oblike vladanja, je odgovornost deljena, vendar ponavadi leži na regionalni ravni, na primer v Belgiji, Nemčiji in Španiji.

Raziskave Eurydice (2013) kažejo, da polovica držav EU sprejme nacionalne strategije za spodbujanje in razvoj športne vzgoje in telesne dejavnosti v šoli. Nekatere strategije so oblikovane posebej za športno vzgojo, na primer v Bolgariji, Španiji in na Hrvaškem. Drugi ciljajo športno vzgojo v okviru splošne strategije, ki zajema širše dele prebivalstva, tako kot v Latviji in Sloveniji. Še vedno pa se nekateri bolj osredotočajo na mlade, kot v Italiji. V istem poročilu je poudarjeno, da ima približno polovica izobraževalnih sistemov v državah članicah EU svoje nacionalne načrte za spodbujanje razvoja športne vzgoje, športa in telesne dejavnosti, medtem ko dve tretjini posvečata obsežne pobude za šport.

V nekaterih državah centralno usklajene obsežne pobude nadomeščajo ali dopolnjujejo nacionalne strategije. Prva je značilna za Nemčijo, Italijo in Finsko, slednje pa najdemo v Španiji, na Portugalskem, Poljskem in v Romuniji. Na splošno se šolam v okviru takšnih pobud dodelijo sredstva, njihovo izvajanje pa podpirajo posebej imenovani koordinatorji. Zgornji dokazi jasno odražajo politično voljo za razvoj in spodbujanje takšnih dejavnosti kot dejavnika socialne blaginje in zdravja. Zdravje in zdrav življenjski slog so pogosto poudarjeni v nacionalnih ciljih in učnih izidih športne vzgoje, medtem ko je zdravstvena vzgoja v nekaterih državah samostojen predmet. V nekaterih državah so nekatere dejavnosti športne vzgoje obvezne, medtem ko imajo druge šole svobodno izbiro svojih dejavnosti. Le v nekaterih državah obstajajo tako obvezne dejavnosti kot šolska avtonomija.

Razen tega osrednji organi mnogih držav vključujejo osnovne motorične dejavnosti, kot so hojo, tek, skakanje in metanje v učnih načrtih v prvih letih osnovnošolskega izobraževanja. Postopoma učni načrti nadgrajujejo te osnovne spretnosti in povečujejo njihovo področje uporabe za pokrivanje bolj zapletenih športnih disciplin.

Kot lahko vidimo, se v državah EU države na žalost odločijo za različne načine opredelitve strategij in učnih rezultatov v okviru športne vzgoje v šoli. Razlika med nacionalnimi cilji in učnimi izidi pri telesni vzgoji ni zelo jasna in razlikovanje med njimi je lahko težavno. V vsakem primeru je treba omeniti, da obstajajo tudi nekatera skupna področja, ki spodbujajo medsektorsko sodelovanje, kot so aktiviranje zapostavljenih skupin, boj proti neenakosti s sodelovanjem v športu in telesni dejavnosti ter podpiranje preprečevanja fizičnih in duševnih bolezni. Skoraj vse države EU opredeljujejo fizični, osebni in družbeni razvoj mladih kot glavne cilje športne vzgoje. Vendar pa je narava športne vzgoje takšna, da je najpomembnejša prednostna naloga razvoj fizičnih in motoričnih sposobnosti. Dodatni skupni izziv športne vzgoje je razporediti čas, ki ga preživijo z drugimi dejavnostmi v razredu, in na splošno, odvracati od sedentarnega načina življenja.

Skoraj vse države ocenjujejo osebni napredek in dosežke na področju športne vzgoje, čeprav v prvih letih v šoli ta ocena ni formalno razvrščena. Pri osnovni in nižji sekundarni izobrazbi se uporabljata formativna in zbirna ocena, pri čemer je zbirna ocena nekoliko bolj pogosta. Sistem razvrščanja je ponavadi enak kot pri drugih obveznih predmetih. Malta, Romunija, Slovenija, Švedska, Združeno kraljestvo (Anglija in Wales) in Islandija so ustvarile progresivne lestvice za ocenjevanje dosežkov na področju športne vzgoje na nacionalni

ravni. V Franciji se prvič po letu 2013 testira posodobljena nacionalna ocenjevalna lestvica. Tovrstno standardizirano orodje ima dvojni namen, saj podpira ocenjevanje, ki ga izvajajo učitelji, in vzpostavlja okvir za nacionalno primerjavo učnih rezultatov. Le nekaj držav ne ocenjuje učenčevih sposobnosti športne vzgoje na formalen način. To velja za Malto in Norveško na primarni ravni in na Irskem tako na primarni kot nižji sekundarni ravni.

Večina evropskih držav izdaja jasna priporočila o uporabi metod ocenjevanja. Samo v Belgiji in na Islandiji imajo izobraževalne ustanove svobodo izbirati lastne metode ocenjevanja. Večina držav ob koncu vsakega leta izda končno poročilo, ki vsebuje rezultate športne vzgoje skupaj s tistimi iz drugih predmetov. Nekaterе države so razvile osrednje ocenjevalne lestvice, da učiteljem zagotovijo usklajena orodja za ocenjevanje dosežkov učencev v državi. Te lestvice prav tako omogočajo primerjavo učnih rezultatov na nacionalni ravni.

Povzamemo lahko, da je formativno in zbirno ocenjevanje prisotno v evropski praksi, prav tako pa ga uporabljajo učitelji. Vendar pa se glede na vsebino oba načina ocenjevanja uporabljata predvsem za oceno psihomotorične domene in sistem ocenjevanja, ki vpliva na celotno dimenzijo osebnosti, v praksi skorajda ni viden.

Prav tako je mogoče trditi, da ima učitelj pri zbirnem ocenjevanju veliko svobode, kar naredi objektivno ocenjevanje in merjenje učenčeve uspešnosti subjektivno tako v državi članici kot tudi na mednarodni ravni. Natančneje, to pomeni, da je zelo težko primerjati ali ugotoviti dejansko učno uspešnost posamezne točke.

Ugotovimo tudi, da ni jasno, ali so izhodne vsebine, ki so izražene v predpisih o telesni vzgoji, minimalne ali optimalne zahteve in da ne obstaja kompleksen pregled sistemov ocenjevanja sposobnosti.

Zato je mogoče poudariti, da bi okvir lahko strukturiral učinek in predstavil rezultate učenja ter bi zagotovil objektivne in natančne povratne informacije in oceno športne vzgoje. Zamisel o uporabi evropskega okvira kvalifikacij, ki določa standarde in učne rezultate za razvoj nacionalnih učnih načrtov v telesnem izobraževanju, je lahko močna podpora za izvajanje standardnih programov kakovosti v telesni vzgoji na ravni EU.

Pedagoško osebje in strokovno podkovani učitelji/-ce športne vzgoje – Raziskave

Družbene spremembe, razvoj in trendi zahtevajo ustrezne inovativne pristope k usposabljanju pedagoškega osebja. Zahteve športne vzgoje v sodobnih in vedno spreminjajočih se šolskih in širših okoljih predstavljajo izziv institucijam za izobraževanje pedagoškega osebja, odgovornega za športno vzgojo, s potrebno usposobljenostjo za zagotavljanje ustreznih in kakovostnih programov športne vzgoje. Ti programi bodo zagotavljali pomembne izkušnje, pritegnili mlade k veselju, ki ga lahko prinaša telesna dejavnost, ter spodbujali filozofijo »aktivnega življenjskega sloga« s poudarkom na ustreznosti in razumevanju.

Strokovna podkovanost pedagoškega osebja je pomembna ne samo pri povečevanju motivacije mladih za telesne dejavnosti, temveč tudi pri spodbujanju zdravega načina življenja.

V prvih triadah športno vzgojo poučujejo bodisi učitelji/-ce razrednega pouka bodisi učitelji/-ce športne vzgoje ali oboje, odvisno od avtonomije in virov šole. Učiteljem/-cam razrednega pouka lahko pomagajo pri tem športni trenerji ali svetovalci. Vendar pa ta praksa vzbuja skrb glede kakovosti poučevanja. Izpostavlja se, da učitelji/-ce razrednega pouka pogosto nimajo potrebnih znanj, kar znižuje učne rezultate.

Na srednji stopnji športno vzgojo običajno poučujejo učitelji/-ce športne vzgoje. V zvezi s kvalifikacijskimi zahtevami imajo specializirani učitelji/-ce na primarni ravni splošno diplomu. Na sekundarnem nivoju pa ima pedagoško osebje univerzitetno diplomu, v 15

državah pa magisterij. Tako splošnih kot tudi specializiranim učiteljem/-icam ponujajo nenehne možnosti poklicnega nadgrajevanja. (Holzweg, Onofre, Repond in Scheuer, 2013). Na obseg šolskega programa športne vzgoje močno vpliva tip pedagoškega osebja, ki ga zaposluje šola. Razumevanje tega, kaj je razvojno primerno za učence/-ke na vseh stopnjah, je pomembno za spodbujanje zdravega (in varnega) razvoja. Nekatere vaje za moč, na primer, morda ne bodo koristne za posameznike določene starosti (ali so zanj celo škodljive).

Enopredmetni študij športne vzgoje kot osrednjega predmeta za poučevanje na srednji ali srednji šoli vključuje več znanja o načinu anatomije gibanja in fiziologije kot večstranska osnovna izobrazba. Ta baza znanja je pomembna za ocenjevanje sposobnosti in potreb učencev/-k ter za prilagajanje dejavnosti, ki bolje ustrezajo posameznim situacijam ali skupinam. Poleg tega je strokovno znanje učiteljev/-ic zelo koristno pri spodbujanju mladih, ki so resnično zainteresirani za učenje o wellnesu, duševnem zdravju in človeškem telesu. V srednjih šolah ni pred-medicinskega programa, vendar se dijaki/-nje srednjih šol lahko že v tem pogledu usmerijo k učiteljem športne vzgoje.

Nekatere države EU v svojih programih športne vzgoje vključujejo tudi nekaj psihologije in sociologije. Šport je navsezadnje družabni dogodek; in pri tem je nujna pripravljenost na usmerjanje socializacije učencev/-k ter odpravljanja škodljivih vzorcev (na primer, če mladi med športno aktivnostjo zavrnejo nekoga, ker se bojijo, da bodo zaradi njega/nje izgubili igro). Poleg tega so otroški duševni in čustveni odzivi na šport in telesno dejavnost drugačni kot njihovi odzivi na učilnice, zato mora pedagoško usposabljanje vključevati psihologijo, ki je potrebna za reševanje težav, kot so stres, strah, pomanjkanje zaupanja, motivacije za dosežke in samoevalvacije.

Torej učitelj/-ica ne preživi celotnega časa v telovadnici ali na terenu. Pri nekaterih predmetih (npr. pri poučevanju o zdravstvenih konceptih) mora učitelj/-ica biti prisotna v razredu (McLennan in Thompson, 2015).

Obšolske telesne dejavnosti, ki jih ponujajo zunaj šolskega časa, kot so tekmovanja ali dejavnosti, povezane z zdravjem, so oblikovane z namenom prikazati telesno dejavnost še bolj dostopno in privlačno. Njihov glavni namen je razširiti ali dopolnjevati dejavnosti, ki se izvajajo v šolskem času. Obšolske telesne dejavnosti so organizirane na nacionalni, regionalni, lokalni ravni in zelo pogosto na šolskih ravneh.

Čeprav so za vse učence na voljo izvenšolske dejavnosti, so te usmerjene tudi na otroke s posebnimi potrebami ali posebne izobraževalne potrebe. Nekatere obšolske dejavnosti potekajo tudi v času šole. Dejansko v nekaterih državah športna vzgoja ni omejena na razrede športne vzgoje, temveč je vključena v dnevno šolsko rutino. V mnogih danskih šolah, na primer, učenci prakticirajo »jutranji tek« pred začetkom šole. Druge države uporabljajo podaljšane šolske počitnice, ki vključujejo telesne dejavnosti na igrišču ali v telovadnici. Vsekakor bi moral učitelj spodbujati fizično pismenost študenta, kar pomeni, v skladu s sedanjo znanstveno literaturo o športni vzgoji, »sposobnost, zaupanje in željo biti fizično aktiven za življenje« (Whitehead, 2016).

Nekatera literatura daje precej poudarka težki nalogi določanja vsebine, ki bi jo bilo treba poučiti v telesnem izobraževanju, da bi učencem pomagali, da postanejo fizično pismeni. Na primer, Roetert in MacDonald (2015) sta opredelila naslednje elemente kot ključne za razvoj fizične pismenosti študentov v športnih programih v šoli:

1. pozitiven odnos do telesne dejavnosti, kar dosežemo preko občutka uspeha in pozitivnih občutkov ob dejavnosti;
2. motivacijo in samozavest, da se še naprej aktivno udeležuje telesne dejavnosti;
3. sposobnost gibanja, sorazmerna z njihovim fizičnim potencialom;
4. izkušnje z različnimi dejavnostmi;
5. realno samozavedanje in samozavedanje, ki jim omogočajo, da določijo ustrezne osebne cilje glede telesne dejavnosti;
6. razumevanje narave gibanja ter pomena in vrednosti telesne dejavnosti, ki

prispevajo k telesno aktivnemu življenjskemu stilu;

7. informiranost o tem, kako priti do telesne dejavnosti izven šole.

Da bi dosegli te ambiciozne cilje, večina evropskih držav nudi svojim učiteljem/-icam priložnosti za nadaljnji poklicni razvoj (CPD). V nekaterih od njih je CPD obvezen pogoj za vse učitelje/-ice v osnovnošolskem in nižjem sekundarnem izobraževanju, vključno s tistimi, ki poučujejo športno vzgojo.

V večini primerov imajo države splošne strategije, ki vključujejo programe CPD ali tečaje, namenjene vsem učiteljem. V več državah so za specializirane učitelje/-ice na voljo različne oblike CPD, ki se osredotočajo na športno vzgojo, pa tudi za ostalo večino, ki je pripravljena izboljšati svoje spretnosti. Organizacija takih tečajev in njihovih ponudnikov se razlikuje od države do države. CPD tečaji se razlikujejo glede na njihovo trajanje, cilje in vsebino. V nekaterih državah je ta določba popolnoma decentralizirana in nobena informacija ni na voljo.

Več držav poroča o obstojudejavnosti CPD, usmerjenih posebej v učitelje športne vzgoje. Njihov cilj je izboljšati kakovost poučevanja in učenja, posodobiti spretnosti učiteljev in jih predstaviti novim tehnikam in trendom v metodologiji poučevanja športne vzgoje v šoli. Te dejavnosti vključujejo tudi strategije za motiviranje učencev za aktivno vključevanje v šport. Nacionalni programi CPD v nekaterih državah so povezani tudi z izvajanjem novih učnih načrtov ali s sprejetjem novih izobraževalnih programov. Namenjeni so podpori pedagoškega osebja pri določenih nalogah, povezanih s temi spremembami, vendar obstajajo znatne razlike v pogostosti zagotavljanja, ki segajo od svobodne izbire, do nič posebej zasnovanega, do dva, tri ali pet let.

Nazadnje lahko trdimo, da je dobro in učinkovito pedagoško osebje tako, ki je sposobno učiti na zanimiv način in zagotoviti velik učinek v smislu razvoja psihomotornih, kognitivnih in afektivnih področij.

Sredstva, prostori in oprema – Rezultati raziskav

Študije in analize nacionalne in mednarodne dokumentacije, o katerih redno poroča Hardman (2003), so poročale, da »... je kakovost objektov pod povprečjem in količina opreme omejena« in »... Količina in kakovost opreme sta zelo slaba. ... Poškodovana oprema se pogosto uporablja; ... in objekti neustrezni ali slabo vzdrževani.«

S povečanimi zahtevami številnih družbenih institucij in storitev za finančno podporo se pojavi prednostna naloga naložb vladnih finančnih virov in telesna dejavnost je z začetnimi visokimi kapitalskimi stroški zmogljivosti in ponavljajočimi stroški vzdrževanja in opreme lahko draga investicija

Kompleksnost financiranja v izobraževanju z nacionalnimi proračuni in različno razdruževanje na regionalne, lokalne in celo posamezne šole skupaj z dodatnimi težavami razčlenjenosti zneskov, vloženih v fizično vzgojo ali šolanje, ali njeno porabo, otežujejo predložitev dokončnih informacij o finančnih sredstvih.

Sredstva za športno vzgojo v šolah se pridobivajo prek več virov, vključno z nacionalno vlado, regionalno / lokalno upravo in prek drugih večinoma zasebnih / komercialnih sektorjev. Zapleteni proces prenosa nacionalnih proračunov za izobraževanje regionalnim in lokalnim oblastem otežuje predložitev specifičnih podatkov. Vendar raziskave, ki zbirajo podatke, pridobljene na podlagi študij, kažejo, da je v zadnjih letih več kot polovica evropskih držav zabeležila zmanjšanje finančne podpore.

Razlogi, podani za to stanje, vključujejo nizek status v odnosu do drugih subjektov, preusmeritev finančnih virov na druge predmete in področja šole, vzdrževanje, nizko družbeno vrednost v osebnem in nacionalnem razvoju ter zaznano pomanjkanje akademske vrednosti predmeta. To pogosto povezujejo s prepričanjem, da je predmet le »igra« ali rekreativna izkušnja.

Kakovost in količina zagotavljanja opreme sta pomembna, ker negativno vplivata na kakovost športne vzgoje. Raziskave po vsej Evropi kažejo, da več kot četrtina držav (26%) kaže na povprečno ali neustrezno kakovost opreme in naprav. Podobno ima več kot četrtina držav (26%) omejeno ali nezadostno količino objektov in več kot tretjina držav (38%) ima omejeno ali premajhno količino opreme. Čeprav strokovnjaki/-inje trdijo, da je razlikovanje v kakovosti in količini objektov in opreme geografsko niansirano - z drugimi besedami, da je v vzhodni in osrednji Evropi bolj izrazito kot v zahodni Evropi - še vedno priznavajo, da se 67% držav EU sooča z nizko ravni vzdrževanja obstoječih lokacij športne vzgoje.

Približno tretjina držav kaže na povprečno / neustrezno kakovost opreme in opreme. Poleg tega ima skoraj polovica držav omejeno / premalo količino zmogljivosti, dve petini držav pa imajo omejeno / nezadostno količino opreme.

Očitno je, da ima pomanjkanje objektov največji vpliv, glede na znatne finančne naložbe, ki so potrebne za ohranitev ali dostop do njih, kar pa vodi v odpravo učnih ur ali celo izpustitev iz učnih načrtov v številnih državah. Večja skupna raba sredstev v skupnosti bi lahko deloma zagotovila rešitev pomanjkljivosti v fizični opremi.

Razen tega je zelo pomembno, da bi seioblikovalci politik na lokalni in regionalni ravni iskreno prizadevali za zagotovitev sredstev za učinkovito opremo in opremo za športno vzgojo v šolah.

Sklep / Priporočila

Vloga športa in športne vzgoje se je v zadnjih letih razširila in jo sedaj bolj cenimo kot pomembno pri doseganju širših izobraževalnih ciljev, kot je izboljšanje celotne šole, razvoj skupnosti in učenje osebnih, vedenjskih in vedenjskih sprememb (Houlihan in Green, 2006). Športna vzgoja se ne šteje več kot samo del kurikulumu, temveč je edinstven prispevek k vseživljenjskemu učenju in izobraževanju ter vse več različnih skupin združuje moči za spodbujanje športa prek več razprav.

Na primer, športnerazprave tekmujejo z razpravami o cilju športne vzgoje v šolah, kot so telesna dejavnost za namene zdravja in vprašanja, povezana z razpravo o zdravju (Evans, Rich in Davies, 2008) in tekmovalne z razpravami o izobraževanju, povezanih z vsebino športa v šolskem programu (tj. športu proti plesu ali drugim oblikam telesne dejavnosti) in njihovih izobraževalnih ciljih.

Ta pregled kaže na nekaj pomembnih vzrokov, ki so imeli številne vplive na šolsko športno vzgojo / šport v Evropi. Nanj lahko gledamo kot na »odraz realnosti«, ki razkriva več težav: pomanjkljivosti v časovnem razporedu programa; pomanjkljivosti pri oskrbi z opremo (skrb za opremo je nezadostno financiranje); kadrovska oskrba, ki zajema nezadostno število in neustreznousposobljene učiteljev športne vzgoje / športnikov; kakovost in pomembnost programašportne vzgoje, ki ima posebno resonanco zaradi nastalih potencialnih negativnih posledic; zaznani slabši status; Kljub nekaterim nedavnim izboljšavam politike in prakse vključevanja(povezanih s spolom in invalidnostjo), ostajajo ovire za enakovredno zagotavljanje in možnosti dostopa za vse.padajoči standardi fitnessa mladih; in visoka stopnja osipa mladih iz dejavnosti fizičnega / športnega delovanja, ki v nekaterih državah še poslabša z nezadostnimi in / ali neustreznimi koordinacijskimi aktivnostmi v zvezi s sodelovanjem v šolskih okoljih.

Podatki, prikazujejo raznoliko, a vseeno problematično, sliko športa v šolah. Tako je pregled sedanjega stanja športne vzgoje v Evropi zaznamovan z »mešanimi sporočili« s kazalniki stabilizacije v nekaterih državah, ki so bile med pozitivnimi, učinkovitimi političnimi pobudami v drugih državah in zmedenostjo ali politično voljo za ukrepanje in nadaljevanje skrbi v drugih. Veliko vlad se je z zakonodajo zavezalo, da bo zagotovilo športno vzgojo, vendar je bilo to počasno pri prevajanju v akte.

Države bi morale prek ustreznih agencij opredeliti obstoječa področja pomanjkljivosti in si prizadevati za razvoj osnovnega modela potreb, v katerem je dejavnost športne vzgoje

bistveno prisotna in je vključena v izobraževalne politike, ki jih podpirajo vladne in nevladne agencije, ki sodelujejo v sodelovanju v partnerstvu (-ih). Zadovoljevanje teh osnovnih potreb zahteva visoko kakovostne konceptualno in kontekstualno prilagojene programe športne vzgoje, zagotavljanje opreme in osnovnih objektov, varno okolje in ustrezno usposobljeno / izkušeno osebje, potrebno znanje, spretnosti, splošne in specifične kompetence v skladu s stopnjo vključenosti, skupaj z možnostmi za nadgrajevanje s stalnim strokovnim razvojem. S širjenjem vloge šole na spodbujanje mladih, da še naprej sodelujejo v telesni dejavnosti, z zagotavljanjem povezav in usklajenih priložnosti za vse in z razvijanjem partnerstev s širšo skupnostjo, da bi razširili in izboljšali priložnosti, ki so na voljo za ohranjanje fizične aktivnosti, raste potreba po širitvi partnerstev na ravni skupnosti, za katere bi bilo treba športno vzgojo obravnavati kot temelj sistematične telesne dejavnosti. Partnerstva za udeležbo na poti so lahko ključni izraz za prihodnje smernice v najboljšem interesu športne vzgoje in športne dejavnosti v šolah in izven njih. Če je treba študente preseliti iz »igralnih konzol« na »igralni teren«, je treba zgraditi mostove in poti do zagotavljanja skupnosti, zlasti za spodbujanje mladih k sodelovanju pri telesni dejavnosti v prostem času. Podporo za uresničitev takšnih idealov je mogoče doseči s sodelovanjem partnerskih pristopov.

Razen tega je treba pokriti vrzel med »obljubami« in »realnostjo«. Obstaja resnična nevarnost, da bodo dobro premišljene pobude res ostale le »obljube« ne »realnost« v veliko državah. Kljub številnim medvladnim, vladnim in nevladnim ukrepom in pobudam ter nacionalnim izobraževalnim reformam sistemov in učnih načrtov za izboljšanje zagotavljanja in športne vzgoje v šolah v zadnjem desetletju obstaja scenarij mešanega sporočila: upanje za varno in pozitivno prihodnost tega edinstvenega šolskega predmeta je skupaj z zaskrbljenostjo o trenutnem stanju in obstoju v prihodnosti.

V tem okviru so glavna politična priporočila:

- velika priložnost je, da zdravstveni in športni sektorji sodelujejo pri spodbujanju telesne dejavnosti, ki spodbuja zdravje v šolskih sistemih EU. Šport v šolah lahko igra ključno vlogo pri preprečevanju duševnih bolezni. Na tej točki moramo ugotoviti, kakšne nove nacionalne strategije in obsežne pobude so potrebne za spodbujanje duševnega zdravja udeležencev.
- približno tretjina evropskih držav se zdaj ukvarja z nacionalnimi reformami ali debatami, ki so neposredno povezane s športom v šoli. Kot smo videli doslej, se države EU odločijo za različne načine opredeljevanja strategij in učnih rezultatov športne vzgoje v šoli. Razlika med nacionalnimi cilji in učnimi izidi v telesnem izobraževanju ni zelo jasna - razlika je lahko težavna. Na podlagi tega je ideja za določitev standardov športne vzgoje, učnih področij in učnih rezultatov v skladu z evropskim okvirom kvalifikacij objektivna, prilagodljiv okvir za razvoj nacionalnih učnih načrtov. To je lahko močna podpora za izvajanje kakovostnih programov športne vzgoje na ravni EU.
- začetno in strokovno usposabljanje / potreben je nadaljnji poklicni razvoj in ustrezno obravnavanje pedagoškega in didaktičnega razvoja, socialne in kulturne premike, pomagati k izboljšanju telesne izobrazbe študentov in s tem prispevati k razvoju telesno izobraženih oseb. Zato je potrebna usklajenost tečajev stalnega strokovnega izpopolnjevanja po Evropi. To usklajevanje poklicnih tečajev je treba obravnavati v smislu programov ali tečajev, njihovega trajanja, ciljev in vsebin, da bi izboljšali kakovost poučevanja in učenja, posodobili spretnosti učiteljev in jih predstavili novim tehnikam in trendom v metodologiji poučevanja športne vzgoje v šoli.
- medresorsko sodelovanje je pomemben element uspešnih strategij za spodbujanje športa in telesne dejavnosti. Zato je pomembno vključiti vse zainteresirane strani v posvetovalni postopek za podporo usklajenih prizadevanj za spodbujanje športa in duševnega zdravja v šolah, ter za izkoriščanje sinergij z drugimi prizadevanji za javno zdravje. Vloga lokalnih okolij in nastavitev pri spodbujanju športa in telesne dejavnosti znotraj in zunaj šole je strateška.
- pomembno je zagotoviti pregled finančnih virov za izvajanje in spremljanje politik športa in telesne dejavnosti, da se zagotovi ustvarjanje trdne podlage za ukrepanje.
- iskreno prizadevanje za zagotovitev sredstev za učinkovito opremo in opremo za športno vzgojo v šolah je tudi elementaren omemba.
- medtem ko je nekatere izboljšave politik in praks vključevanja, povezane s spolom in invalidnostjo, ki jih v mnogih državah podpira državna zakonodaja, mogoče določiti, ostajajo

ovire za enako zagotavljanje in možnosti dostopa še vedno prisotne; zlasti za šolske otroke in mladino s posebnimi potrebami, ovire pri popolnem vključevanju zajemajo neustrezno infrastrukturo, pomanjkanje ponudbe ustrezno usposobljenega učnega osebja in podpornih pomočnikov, pomanjkanje prilagojenih naprav in opreme ter učnega in učenega gradiva.

Literatura

- Beni, S., Fletcher, T. in Chroinin, D.N. (2017). *Meaningful experiences in physical education and youth sport: A review of the literature*. Quest, 69(3), 291-302.
- Broeke, Van, A. Dalfsen, G. (2016). *Physical Education and Sport Education in the European Union: The Netherlands*. In: Klein G.
- CEBR Centre for Economics and Business Research and ISCA International Sport and Culture Association (2015). *The economic cost of physical inactivity*. London.
- Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation Rec (2003) 6 of the Committee of Ministers to member states on improving physical education and sport for children and young people in all European countries. Svet Evrope, 30. april 2003, Strasbourg.
- EACEA/Eurydice (2012a). *Recommended annual taught time in full-time compulsory education in Europe, 2011/12*. Bruselj: Eurydice.
- EACEA/Eurydice (2012b). *Key Data on Education in Europe 2012*. Brussels: Eurydice.
- EACEA/Eurydice (2013). *Physical Education and Sport at School in Europe*. Bruselj: Eurydice.
- EUPEA (2002). *Code of ethics and good practice guide for physical education*. EUPEA, Ghent.
- Evropska komisija/EACEA/Eurydice (2013). *Physical Education and Sport at School in Europe Eurydice Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Evropska komisija (2011). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Developing the European Dimension in Sport*. COM(2011) 12 final.
- Dostopno na strani:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0012:FIN:EN:PDF>
- Evropska komisija (2017). *Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council, on the European Union Work Plan for Sport -1 July 2017 - 31 December 2020*.
- EU Working Group 'Sport in Health' (2008). *EU Physical Activity Guidelines*. [Dostopno na strani: http://ec.europa.eu/sport/library/documents/c1/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf]
- Eurobarometer 472 - Wave EB88.4 TNS opinion in social. (2018). *Sport and physical activity. Survey requested by the European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture and co-ordinated by the Directorate-General for Communication*.
- Fisher, R., Repond, R.M. in Diniz, J. (2011). *A physically educated person. Contemporary Issues in Physical Education: International Perspectives*. Meyer in Meyer Sport, Mainhead, 69-89.
- Hardman, K. in Marshall J. (2000). *World-wide survey of the state and status of school physical education, Final Report*. University of Manchester.
- Hardman, K. (2002) Council of Europe Committee for the Development of Sport), *Report on School Physical Education in Europe*. Council of Europe, Strasbourg.
- Hardman, K. (2003). *School physical education in Europe – rhetoric and reality: current and future perspectives*. International Journal of Fundamental and Applied Kinesiology. 35(1), 97–107.
- Hardma, K. (2007). *Current situation and prospects for physical education in the European Union*. Directorate General Internal Policies of the Union, Policy Department Structural and Cohesion Policies, Culture and Education. IP/B/CULT/IC/2006/10.
- Hardman, K. (2008). *The situation of physical education in schools: a European perspective*. Human movement, vol. 9(1), pp. 5-18.
- Hillman, C.H., Pontifex, M.B., Castelli, D.M., Khan, N.A., Raine, L.B., Scudder, M.R., Drollette, E.S., Moore, R.D. Wu, C.T. in Kamijo, K.. (2014). *Effects of the FITKids randomized controlled trial on executive control and brain function*. PEDIATRICS Letnik 134, številka 4, oktober 2014.
- Holzweg, M., Onofre, M., Repond, R.M. in Scheuer, C. (2013). *Physical education and school sport in Europe*. International Sport Studies, vol.35, 2, str. 47-55.
- Klein, G. in Hardman, K. (2007), *L'éducation physique et l'éducation sportive dans l'Union européenne*. Editions Revue EP.S., Paris.
- Kirkeby, M. (2007). *Volunteers and After-School Sports Participation*. Neobjavljeni članek, pridobljen v osebni korespondenci.

- Kremer, P., Elshaug, C., Leslie, E., Toumbourou, J.W., Patton, G.C. in Williams, J. (2014). Physical activity, leisure-time screen use and depression among children and young adolescents. *J Sci Med Sport*.
- McLennan, N. in Thompson, J. (2015). *Quality Physical Education (QPE): Guidelines for Policy Makers*. UNESCO Publishing.
- Onofre, M., Marques, A., Moreir, R., Holzweg, M., Repond, R.M. in Scheuer, C. (2012). Physical education and sport in Europe: From individual reality to collective desirability (Part 1). *International Journal of Physical Education*, 49(2), 17-31 in 49(3), 31-35.
- Piihse, U. in Gerber, M. (2005). *International Comparison of Physical Education. Concepts, Problems, Prospects*. Meyer and Meyer Sport, Oxford.
- Pontifex M.B., Saliba, B.J., Raine, L.B., Picchietti, D.L., in Hillman, C.H. (2013). Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr*.
- Ratey, J. (2013). *The Revolutionary New Science of Exercise and the Brain*, Paperback
- Roetert, E.P. in MacDonald, L.C. (2015). Unpacking the physical literacy concept for K-12 physical education: What should we expect the learner to master?. *Journal of Sport and Health Science*, 4(2), 108-112.
- Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization) (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, ISBN 9789241599979, Switzerland.
- Whitehead, M. (2016). retrieved from <https://www.physical-literacy.org.uk/>

12

PRIMERJALNI PRISTOP NA PODROČJU ŠPORTA ZA DUŠEVNO ZDRAVJE IN ŠPORTA PRI ZDRAVLJENJU TELESNIH ALI UMSKIH PRIMANJKLJAJEV

Avtorji:

Moira Kobše- Ozara

Andrej Arko- Ozara

Tatjana Udovič - Rijeka

Simona Litvinienė - ASOK

Melike Eşdur- Sporium



OZARA
Slovenia



A.S.O.K.
Lithuania



SSOI – RIJEKA
DISABILITY SPORTS
ASSOCIATION, Croatia



GÖLBASI SPORIUM
KULÜBÜ VE DERNEĞİ
Turkey

UVOD

Športna in telesna dejavnost sta priznana kot pomemben pobudnik duševnega in fizičnega zdravja. Raznolikost študij o sinergiji ter koristih športa in telesne dejavnosti jasno kaže, da obstaja pomembna povezava med dvema. Te študije potrjujejo pozitiven neposreden in / ali posreden učinek športa na težave z duševnim zdravjem in telesno počutje.

Čeprav te ugotovitve podpirajo koristi športa, je pomembno poudariti, da se bodo morali v prihodnosti izvesti podrobnejše in nadzorovane študije, da bi našli potencialne koristi za različno prebivalstvo.

Namen politike je bil primerjati različne pristope in študije ter voditi do "kolektivnih" ukrepov, ki bi različnim družbam nato omogočala sledljivost.

Opredelitev problema

Dokument o politiki obravnava vpliv športa in / ali telesnih dejavnosti na duševno zdravje nasploh in za osebe s telesno in duševno prizadetostjo. Poudarek je bil na primerjalnem pristopu s pomočjo:

- vprašanje zdravja / duševnega zdravja na splošno in v kombinaciji s fizično aktivacijo;
- pregled dostopnih študij na terenu.

Preliminarna raziskava je pokazala razpršenost različnih pogledov na prednosti športa. Zato je v dokumentu o politiki prišlo do zaključka s primerjavo obstoječih strokovno podprtih znanj in literature o:

1. Psihopatologija duševnega zdravja v pozni modernosti.
2. Povezava med telesno dejavnostjo s fizičnim in duševnim zdravjem.
3. Prednosti športnih / telesnih aktivnosti za ljudi s težavami v duševnem zdravju in telesne ali duševne motnje.
4. Socialna vključenost in šport.

Ta dokument odraža skupna prizadevanja štirih partnerskih organizacij (Hrvaške, Litve, Slovenije in Turčije), ki združujejo različne raziskovalce in odražajo njihove strokovne poglede in izkušnje glede predmeta politike.

Osnovne definicije

Duševno zdravje

Svetovna zdravstvena organizacija je vključila izraz duševno zdravje v splošno opredelitev zdravja, in jo priznava kot sestavni del zdravja na splošno. Njena opredelitev kot dobro počutje povzema prizadevanja osebe, da lahko uresniči svoje sposobnosti, obvlada običajne življenjske stiske, deluje produktivno in plodno ter prispeva k svoji skupnosti (SZO 2004).

Šport

Šport kot termin se nanaša na Šport v britanski angleščini ali šport v ameriški angleščini; Vključuje vse oblike konkurenčne telesne dejavnosti ali iger, ki si s priložnostnim ali organiziranim sodelovanjem prizadevajo uporabljati, vzdrževati ali izboljševati telesne sposobnosti in spretnosti ter hkrati v tem uživati ,v nekaterih primerih pa predstavljati tudi zabavo za gledalce. (Wikipedia). V tem dokumentu politike se izraz "šport" uporablja skupaj s telesno dejavnostjo (PA) in izvaja kot podkategorija telesne dejavnosti, ki je načrtovana, strukturirana, ponavljajoča in ima za cilj izboljšati ali vzdrževati eno ali več sestavin telesne pripravljenosti (SZO, 2017).

Preventiva

Ta splošni izraz se pojavlja v številnih različnih pomenih. V okviru tega dokumenta se v glavnem nanaša na zdravstveni in medicinski sektor. V okviru različnih študij tega političnega dokumenta se prikazuje kot glavni dejavnik, ki temelji na prednosti športa in telesne dejavnosti. Obravnava duševnega zdravja in izzivi, ki jih prinaša za iskanje najboljše možne rešitve, se zdi preventiva, ena izmed konkretnih dejanj v družbi. Številne študije potrjujejo prednosti telesne dejavnosti in so neizogibno povezane s preprečevanjem in preventivo. Sam izraz preventiva je precej splošen, a pomembno je, ker je izboljšanje duševnega zdravja v družbi treba obravnavati kot kolektivno ukrepanje, ki združuje vlade, poslovni sektor, izobraževanje, delovno pravičnost in drugo (SZO, 2004).

Metode / Postopek / Pristop

V tem članku so bili uporabljeni in združeni pristopi / metode za raziskovanje družbenih ved, z namenom vzpostavitve temeljite baza znanja in zemljevida obstoječih, najnovejših in najpomembnejših ugotovitev na to temo. Metode in pristopi, ki so bili v glavnem uporabljeni, so bili:

- Primerjalna metoda (združevanje študij, raziskav in strokovnih člankov)
- Sinteza splošnih ugotovitev, ki obravnavajo raziskovalno temo.
- Združevanje kvalitativnih in kvantitativnih podatkov za obravnavanje raziskovalne teme.

Pregled literature

Psihopatologija duševnega zdravja v pozni moderni. Združevanje telesne dejavnosti, fizičnega in duševnega zdravja.

Zdravje je opredeljeno kot splošna vrednota, ki zagotavlja produktivno in kakovostno življenje vsake osebe in skupnosti. Predstavlja psihofizično in socialno blaginjo, saj je pod vplivom gospodarskih in družbenih dejavnikov. Dinamično ravnovesje telesne, duševne, čustvene in socialne vsebine v posamezniku se odraža v njegovih sposobnostih prilagajanja v okolju in pri izvajanju (vseh) življenjskih funkcijah. Zdravje se zato ne opiše le kot odsotnost bolezni, ampak tudi kot dobro počutje, zadovoljstvo, uspešno reševanje problemov, učinkovito reševanje problemov in vključujoča blaginja (SZO, 2008).

Duševno zdravje je poleg fizičnega zdravja pomembno tudi za človekov razvoj in življenje. Različne študije potrjujejo pomen dobrega duševnega zdravja in delovanja ter odsotnosti patologij pri določanju kakovosti življenja, kognitivnih sposobnosti, telesnega zdravja in družbene produktivnosti (Huppert, 2005; Linley in Joseph, 2004; Davydov, Stewart, Ritchie in Chaudieu, 2010 v: Koželj, 2014). Poslabšanje duševnega zdravja ustvarja duševne motnje, ki tako kot somatske bolezni vključujejo vsakodnevne težave in stisko.

Ohranjanje in / ali vzdrževanje telesnega / duševnega zdravja je povezano z načinom življenja osebe, skladnostjo z njenimi fizičnimi potrebami, čustvenimi težnjami in družbeno-kulturnimi vrednotami. Eden od najučinkovitejših načinov za izboljšanje blaginje je telesna dejavnost (TD). Vedno več dokazov o tem, da sta fizična nedejavnost in sedentarni življenjski slog neposredni vzrok številnih kroničnih bolezni. Na drugi strani številne študije govorijo o pozitivnih učinkih redne vadbe za preprečevanje in zdravljenje metabolnih in duševnih motenj, ki jih pogosto povzroča kronični stres postmoderne načina življenja. Ti pozitivni učinki so po eni strani posledica centralnih neuroendokrinskih učinkov vadbe, ki pomagajo zmanjšati občutljivost na stres in po drugi strani perifernih metabolnih učinkov (zvišanje insulinske občutljivosti). Zato je sprejetje vseživljenjske redne telesne dejavnosti pomembno tako preventivno kot terapevtsko, kar posledično izboljša kakovost življenja. Pomembni dejavniki so vrsta, količina in intenzivnost telesne dejavnosti, ki so odvisni od zdravja osebe, njenih zmogljivosti, želja in ciljev. Ugotovljeni so bili pozitivni učinki, ki so se pojavili z zmerno aerobno dejavnostjo, medtem ko lahko učinki prekomerne intenzivnosti negativno vplivajo na zdravje, kot je paradoksalno povečano tveganje za smrt srca in večje poškodbe. Telesna aktivnost zato igra pomembno vlogo pri zdravljenju in obravnavanju skromnih do srednje velikih težav z duševnim zdravjem ali duševnih bolezni (predvsem depresije in tesnobe). Aerobna vadba običajno zmanjšuje simptome anksioznosti in depresije (Mikša, 2015).

Redno športno udejstvovanje v skladu s sorazmerno visoko stopnjo telesne pripravljenosti zmanjšuje negativne učinke stresa, zmanjšuje anksioznost in hkrati poveča razpoloženje in sposobnost osebe, da se učinkoviteje spoprijema z vzroki tesnobe in občutkov depresije (Burnik, Potočnik in Skočić, 2003). Tisti, ki redno vadijo, se tudi počutijo bolje, kognitivno so bolj sposobni - še posebej v frontalnih izvršilnih funkcijah - in kažejo manjšo pojavnost depresije in anksioznosti (Koželj, 2014). Visoka intenzivnost telesne aktivnosti je lahko dodatna terapija pri pojavu patopsiholoških motenj (Mišigoj in sod., 2003) in povezana z zmanjšanimi medosebnimi težavami in agresivnim obnašanjem (Koželj, 2014). Sodelovanje

v različnih športnih aktivnostih dodatno prispeva k blaginji, dviguje raven samozavesti, čustvenega doživetja in izražanja. Povečanje telesne dejavnosti izboljšuje doživetje kompetenc in je lahko koristno za razvoj samospoštovanja pri mladostnikih. Rezultati raziskave so pokazale tudi, da je aktivnost v prostem času povezana z manjšo razširjenostjo duševnih motenj, zlasti motenj razpoloženja in tesnobe, medtem ko je bilo dokumentirano tudi izboljšanje duševnega zdravja (Koželj, 2014).

Funkcioniranje ljudi z duševnimi motnjami ni odvisno samo od simptomatike bolezni, ampak tudi od njihove aktivne udeležbe in izpolnjevanja življenjskih vlog in nalog. Redna vključenost v telesno dejavnost lahko vpliva na veliko funkcionalnih sposobnosti, kognitivne funkcije in simptome. Več študij, podkrepljenih z dokazi o škodljivih učinkih zdravil, ki omejujejo motorno aktivnost in telesno dobro počutje, govorijo o pozitivnih učinkih telesne dejavnosti na možgansko strukturo in delovanje, zdravje in dobro počutje ljudi z duševnimi motnjami (Švab, 2016).

V kontekstu duševnega zdravja imajo šport in vzgojno-izobraževalne ustanove možnost razvijati družabne stike, samospoštovanje in načrtovanje za prihodnost. Epidemiološke študije dokazujejo, da PA lahko pozitivno vpliva na duševno zdravje, medtem ko so terapevtski učinki na klinično in neklinično populacijo tudi dokazani. Nekatere študije so celo povezovala telesno dejavnost z možnostjo razvoja mentalnih patologij. Navkljub tem študijam natančen mehanizem vpliva telesne dejavnosti na duševno zdravje še ni dokazan (Koželj, 2014). V vsakem primeru je dobro psihofizično pripravljena oseba veliko bolj usposobljena za premagovanje dejavnikov stresa v celotnem življenju in s tem ohranja zdravje (telesno in duševno).

Zelo pomemben vidik sodobnega razumevanja vseh pozitivnih učinkov in funkcij športa je vprašanje vključevanja. Prvič, opredelitve in pojasnila o izrazih, kot so duševno zdravje, telesna in duševna prizadetost, so pomemben dejavnik pri opazovanju vloge športa v slednjem in še več - zato je treba upoštevati primerjalni pregled koristi za vse, um in fizično stanje tudi v okviru družbenega in znanstvenega priznanja in / ali soglasja o splošni terminologiji. Konceptualiziranje duševnega zdravja in duševnih bolezni je v središču številnih raziskav; različni avtorji opozarjajo, da so previdni pri uporabi izrazov (duševnih) bolezni in (hudih in trajnih) duševnih bolezni zaradi učinkov označevanja, ki jih ima lahko slednji na osebe s težavami v duševnem zdravju (Carless in Douglas, 2010).

V dokumentu o politiki partnerstvo torej ne opredeljuje "stopnje" ali celo "obsega" vsake težave duševnega zdravja kot "bolj" ali "manj" pomembnega. Vendar pa je splošna razlika predstavljena v smislu poznavanja razlike med (Zveza Sožitje, 2018):

- duševno boleznijo (brez motenj v razumu - zmožnost samostojnega življenja in obvladovanje bolezni, kot so depresija, anksioznost, shizofrenija – ki so lahko različno močno izražene pri različnih osebah).

- duševnimi motnjami (izraz se nanaša na duševno motnjo, težave v spektru umskih primanjkljajev - procesi učenja, motorične in socialne sposobnosti).

Še ena zanimiva perspektiva je primerjava koristi telesne aktivnosti za telesno in duševno prizadetost. Povezovanje je bistvenega pomena za primerjalni pristop do koristi, ki jih ima telesna dejavnost za različne osebe. Osebe z motnjami v razumu so bile pogosto diagnosticirane z različnimi fizičnimi zdravstvenimi težavami, kot so debelost, kronična bolezen, npr. Visok krvni tlak, ravni holesterola in diabetes (Tempelj, Frey in Staniš v: Papež, 2010). Slednja poudarja pomembnost posebej prilagojene telesne dejavnosti.

Po drugi strani pa je z vidika koristi telesne dejavnosti za osebe s fizičnimi okvarami ključnega pomena naslednje razumevanje učinkov (Invalidni svet, 2017):

- Manj stresa
- Večja neodvisnost
- Večji dosežki v izobraževanju in zaposlovanju
- Zmanjšana odvisnost od bolečine in depresije zdravil
- Manj sekundarnih zdravstvenih stanj (t.j. diabetesa, hipertenzije)

V okviru zgoraj opredeljenih pogojev sta pomembna dva ključna dejavnika, ki govorita o prispevkih in koristih telesne dejavnosti za osebe s telesnimi in umskimi primanjkljaji

(Papež, 2010):

- Enake možnosti: posebne olimpijske igre, paraolimpijske igre
 - Narava organiziranja telesnih dejavnosti za različne osebe (individualno in ekipno športno udejstvovanje-iskanje ravnotežja, nadzorovana in organizirana telesna dejavnost, ki temelji na osebnem zadovoljstvu, občutku pripadnosti, socialni vključenosti, kot so pohodništvo, kampiranje, kanu, vožnja s kolesom itd.)
- Nazadnje - duševno zdravje kot dobro počutje, ki ne vključuje nobene od navedenih kategorizacij, je na križišču, ko obravnavamo splošne pozitivne učinke telesne dejavnosti. Duševno zdravje je bistven člen javnega zdravja in zato na stiku različnih medsektorskih politik, saj šport na splošno spodbuja solidarnost, strpnost, odgovornost in pozitivne družbene vrednote (ReNPŠ14-23, 2014).

Socialna vključenost in šport

Šport za duševno zdravje

Igranje športov ponuja številne pozitivne učinke na psiho, vključno s pozitivnim razpoloženjem in izboljšano samopodobo (Miller, 2017). Šport izboljša varnost, vedrino in razpoloženje, športniki pa izboljšujejo družbene in psihofizične sposobnosti. S telesno aktivnostjo in športom osebi pridobijo samozavest in varnost v zvezi z njim in njo in družbo. Šport je lahko oblika duševne terapije za ljudi s psihološkimi motnjami in depresijo, spodbuja samospoštovanje v obliki pozitivnega zaznavanja telesne podobe in lastne vrednosti. S sodelovanjem z drugimi ljudmi lahko vstopijo v pozitivna družbena okolja, da bi spodbudili psihološko zdravje. Fizična aktivnost lahko zmanjša tudi tveganje za kognitivni upad, ki ga povzroča staranje, in lahko zmanjša anksioznost pri mladostnikih (Cohen, 2017). Pozitivne značilnosti so okrepljene, kot npr. odnosi do ljudi, do obveznosti, pozitivna čustva, kot so zadovoljstvo, sreča in zmanjšanje žalosti, ki jih športniki doživljajo s športom. Otroci se spoznajo z zmago in izgubo in se naučijo bolje soočiti z vsemi povezanimi čustvi, bodisi v pozitivnem ali negativnem smislu.

Vadba spodbuja produkcijo nevrottransmitterjev, ki krepijo razpoloženje, in možganske kemikalije- endorfine. Endorfini zmanjšujejo bolečino, saj vsebujejo opiatom podobne kemikalije, zaradi česar se počutitmo dobro (Miller, 2017).

Osebe, ki sodelujejo v športu, imajo v šoli boljše rezultate (Rush, 2017b). Študenti športniki dobivajo boljše ocene in dosegajo višje rezultate na standardiziranih testih. Imajo tudi nižjo stopnjo opustitve izobraževanja in boljše možnosti za vstop na šolo. Športne in telesne aktivnosti pozitivno vplivajo na duševno zdravje z zmanjševanjem depresije in izboljšanjem kognitivne funkcije (Cohen, 2017). Po Scottsdaleju (2017) in drugim znanstvenikom na terenu se zato predlaga, da poskusite sodelovati v športu, če se želite počutiti manj zaskrbljeno.

Cohen (2017) je trdil, da šport lahko spodbuja dolgoročno izgubo telesne mase in se preprečuje povečanje teže. Šport povečuje presnovne procese in lahko pomaga pri povečanju puste telesne mase, medtem ko kuri kalorije in odpravlja presežek maščob. Čeprav je potreba po telesni aktivnosti odvisna od tipa postave in vnosa kalorij, lahko šport pomaga pri ohranjanju zdravega telesa.

Šport lahko pomaga ljudem vseh starosti ohranяти in izboljšati zdravje srca in ožilja (srce, pljuča in krvne žile). Fizična aktivnost lahko znatno zmanjša tveganje za koronarne bolezni in možgansk kap, saj trening zmanjšuje holesterol, ki povzroča bolezni krvnih žil. Po podatkih britanskega parlamentarnega urada za znanost in tehnologijo je približno 40 odstotkov smrti, povezanih s koronarno boleznijo srca, povezanih z neustrezno telesno dejavnostjo, debelostjo, stresom in zvišanim krvnim tlakom. Šport lahko pomaga pri vseh teh fizičnih vprašanjih, saj zmanjša tveganje koronarne bolezni za približno 50 odstotkov, (Cohen, 2017). Normalno je nadzorovati telesno težo s treniranjem in s tem telesom omogočiti ravnovesje in razviti varno zdravo telo s pretokom krvi in krvnimi žilami.

Šport kot brezplačna terapija

S športom lahko postanemo močnejši in bolj zdravi, kar prispeva k nižji stopnji debelosti (Rush, 2017b). Aktivni ljudje imajo nižjo stopnjo sladkorne bolezni in visokega krvnega tlaka. Redno izvajanje športnih programov bi lahko prispevalo k boljši funkciji srca in pljuč. Ena od fizičnih prednosti je, da ljudje težijo k izgubi telesne teže in pridobivanju mišic, zaradi česar so videti bolje in izboljšajo svojo samopodobo (Scottsdale, 2017).

Šport prispeva k razvoju mišic, koordinaciji, kardiovaskularnemu zdravju in številnim drugim koristim, povezanim s preprečevanjem bolezni; telesna aktivnost lahko pomaga bolnikom s kroničnimi boleznimi, vključno s kardiovaskularno boleznijo, diabetesom, rakom, hipertenzijo, debelostjo, depresijo in osteoporozo (Rush, 2017a). Dejstvo je, da s športom in usposabljanjem obstaja manjše tveganje za vse omenjene bolezni. Šport lahko zmanjša tveganje za nastanek raka debelega črevesa za kar 300 odstotkov, po podatkih britanskega parlamentarnega urada za znanost in tehnologijo. Prav tako lahko znatno zmanjša tveganje za nastanek raka dojke in lahko zmanjša tveganje za nastanek endometrija in pljučnega raka (Cohen, 2017). Šport na splošno izboljšuje in deluje na zdravje in boljše delovanje organizma v vseh segmentih, vendar je potreben posvet z zdravnikom. Ukvarjanje s katero koli vrsto telesne dejavnosti ne zagotavlja samo fizičnih prednosti, kot je nadzor telesne teže. Pomaga tudi pri preprečevanju bolezni, kot so bolezni srca, sladkorne bolezni tipa 2 in nekaterih oblik raka, hkrati pa izboljšuje spanec in povečuje energijo (Miller, 2017). Nadalje, športnike redno pregleduje športni zdravnik in možnost, da se odkrijejo bolezni v zgodnejši fazi, je večja.

Športne in druge telesne dejavnosti imajo nešteto ugodnih učinkov na zdravje, vključno z izboljšano kardiorespiratorno in mišično sposobnostjo, zdravjem kosti, podaljšano življenjsko dobo in koronarnim zdravjem. Šport lahko pomaga pri preprečevanju različnih vrst raka in pridobivanju na telesni teži (Cohen, 2017) in otrokom pomaga pri razvoju zdravih kosti, močnejših kardiovaskularnih sistemov in močnih pljuč (Rush, 2017a).

Socialna vključenost

Igranje timskih športov je socialna dejavnost. Šport lahko pozitivno vpliva tako na otroke kot na odrasle, saj ponuja priložnost za vadbo in preživljanje časa s svojimi vrstniki v zdravem okolju (Rush, 2017b). Z druženjem osebe doživljajo prednosti socialne interakcije. Socialna interakcija lahko zmanjša stres in izboljša razpoloženje, zmanjša socialno osamitev in omogoči ustvarjanje novih prijateljev in pozabljanje na skrbi med zabavo z drugimi (Miller, 2017).

Šport je absolutno element, ki vpliva na človeka tako, da se ta hitro vključi v socialno sfero in lahko vpliva na osebo, ki bo tako lažje in temeljiteje izpolnila vse obveznosti v družbi. Šport je sredstvo zgodnje integracije, zlasti za otroke, ki razvijajo občutek sprejetje in vrednost drug drugega. Za otroke lahko igranje športov pomaga pri razvijanju prijateljstev, ki si jih lahko ogledajo na zdravih, varnih in prijetnih aktivnostih. Tudi odrasli, ki igrajo šport, imajo priložnost za sklepanje prijateljstev, ki se vrtijo okoli aktivnega življenjskega sloga (Rush, 2017b). Ljudje se skozi šport družijo, povezujejo, sodelujejo in razvijajo različne družbene elemente, ki so v komunikaciji in druženju z drugimi v vsakdanjem življenju zelo kakovostni.

Skupinska vadba in tekmovanja omogočajo možnosti druženja, ki so bolj zdrave in bolj aktivne v primerjavi z rednimi sedentarnimi aktivnostmi (Rush, 2017b). Šport, zlasti timski športi, lahko razvijejo pozitivne odnose z vsemi udeleženci, občutek delitve čustev in medsebojno pomoč.

Šport lahko igra tudi pomembno vlogo pri razvijanju vrednot, kot so poštenost, timsko delo in igranje fer igre (Rush, 2017b). S športniki razvijajo občutek poštenosti, sodelovanje z drugimi sošolci, občutek za deljenje, ločevanje pravilnega od napačnega itd.

Povezava med fizično aktivnostjo, telesnim in duševnim zdravjem.

Redna telesna dejavnost je povezana z duševnim zdravjem (Hamer in Chida, 2009). Fizična dejavnost ima lahko pomembno vlogo pri obvladovanju blage do zmerne bolezni duševnega zdravja, zlasti depresije in tesnobe. Posamezniki z depresijo so ponavadi manj fizično aktivni kot zdravi kolegi. Raziskave kažejo, da lahko aerobna vadba ali trening moči znatno zmanjša depresivne simptome. Vendar pa običajno telesna dejavnost ni pokazala, da bi preprečila nastanek depresije. Tudi simptomi anksioznosti in panične motnje se izboljšujejo z redno vadbo, koristni učinki pa se zdijo enaki meditaciji ali sprostitvi. Na splošno se akutna anksioznost bolje odziva na vadbo kot kronična anksioznost. Študije starejših odraslih in mladostnikov z depresijo ali anksioznostjo so bile omejene, telesna dejavnost pa je koristna tudi za te populacije. Prekomerna telesna aktivnost pa lahko vodi do prekomernega treninga in ustvarja psihološke simptome, ki posnemajo depresijo. Za razložitev učinka telesne aktivnosti na duševne motnje je bilo predlaganih več različnih psiholoških in fizioloških mehanizmov. V prihodnosti potrebujemo dobro nadzorovane študije, da bi pojasnili koristi vadbe na duševno zdravje med različnimi populacijami in neposredno obravnavali procese, na katerih temeljijo prednosti izvajanja duševnega zdravja (Aluska, 2000).

Vadba izboljša duševno zdravje skozi zmanjševanje anksioznosti, depresije in negativnega razpoloženja ter z izboljšanjem samopodobe in kognitivne funkcije. Ugotovljeno je bilo tudi, da bi bilo z vadbo mogoče ublažiti simptome, kot so nizka samozavest in socialni umik. Vadba je še posebej pomembna pri bolnikih s shizofrenijo, saj so ti bolniki že v tveganju za pojav debelosti in zaradi dodatnega tveganja za povečanje telesne teže, povezane z antipsihotičnim zdravljenjem, zlasti z atipičnimi antipsihotiki. Bolniki, ki trpijo zaradi shizofrenije, ki so sodelovali v 3-mesečnem programu za fizično kondicioniranje, so pokazali izboljšave pri nadzoru telesne teže in poročali o večji stopnji telesne pripravljenosti, tolerancah v telesu, zmanjšanem krvnem tlaku, povečani zaznani ravni energije in povečani moči zgornjega dela telesa in rok. Trideset minut zmerne intenzivnosti, kot je hitra hoja tri dni na teden, zadostuje za zdravje. Poleg tega ni potrebnih 30 minut vadbe skupaj; Verjetno je, da so trije 10-minutni sprehodi enako uporabni kot en 30-minutni sprehod (Fogarty, Happell in Pinikahana, 2004).

Zdravstvene koristi redne vadbe, ki jih mora vsak strokovnjak za duševno zdravje poudariti in krepiti, vključujejo naslednje (Fogarty, Happell in Pinikahana, 2004):

1. Izboljšan spanec
2. Povečanje zanimanja za seks
3. Izboljšana vzdržljivost
4. Olajšanje stresa
5. Okrepljeno razpoloženje
6. Povečana energija in vzdržljivost
7. Zmanjšana utrujenost in povečana mentalna budnost
8. Zmanjšanje teže
9. Zmanjšan holesterol in izboljšana kardiovaskularna sposobnost.

Ponudniki storitev za duševno zdravje tako lahko zagotovijo učinkovite telesne aktivnosti, ki temeljijo na dokazih, za posameznike, ki trpijo zaradi hudih duševnih bolezni. Iz tega razloga so potrebne dobro nadzorovane študije, da bi pojasnili natančne koristi vadbe na duševno zdravje med različnimi populacijami in neposredno obravnavali procese, na katerih temeljijo koristi vadbe na področju duševnega zdravja.

Povezavo med duševnim zdravjem in telesno dejavnostjo smo preučili med reprezentativnim vzorcem moških in žensk iz škotskih zdravstvenih raziskav (Hamer, Stamatakis in Steptoe, 2009). Izmerjena je bila fizična aktivnost s Splošnim zdravstvenim vprašalnikom (GHQ-12) za pridobitev informacij o trenutnem duševnem zdravju. Udeleženci so bili 19.842 moških in žensk. Ocene tveganja za kategorijo telesne dejavnosti na teden so bile izračunane z uporabo logističnih regresijskih modelov. Raziskovalci so ugotovili, da je bila psihološka stiska (na podlagi ocene 4 ali več na GHQ-12) očitna pri 3200 udeležencih. Vsaka oblika

dnevne telesne dejavnosti je bila povezana z manjšim tveganjem za psihološke stiske po prilagoditvi starosti, spola, socialne ekonomske skupine, zakonskega stanja, indeksa telesne mase, dolgotrajne bolezni, kajenja in letnega raziskovanja. Odnos odziva na odmere je bil očiten, z zmernim zmanjšanjem psihične stiske s telesno aktivnostjo. Različne vrste dejavnosti, vključno z domačimi (gospodinjskimi in vrtnarskimi), hojo in športom, so bile neodvisno povezane z nižjimi čustvi psihološke stiske, čeprav so najmočnejše učinke opazili pri športu.

Kirkcaldy idr. (2002) so preučili povezave med udeležbo v vzdržljivostnem športu, samopodobo, fizičnim in psihičnim zdravjem ter splošnim življenjskim slogom v velikem reprezentativnem vzorcu nemških srednješolcev/-k. Skoraj 1000 mladostnikov v Nemčiji (starih od 14 do 18 let) je izpolnilo celovito vrsto vprašalnikov za ocenjevanje anksioznosti - depresije, zasvojenosti z drogami, kajenja in pitja, fizičnih bolezenskih poročil, samopodobe, starševskega sprejema in izobrazbe. Raziskovalci so poročali, da je redna praksa vzdržljivosti povezana z bolj ugodno samopodobo. Obstaja močna povezava med udeležbo v športu in vrsto osebnosti, ki se odlikuje v odpornosti na odvisnost od drog in alkohola. Vadba je bila povezana z rezultati za fizično in psihično blaginjo. Za mladostnike, ki so se redno ukvarjali s telesno dejavnostjo, so bili značilni manjši anksiozni in depresivni rezultati in so pokazali precej manj socialne vedenjske inhibicije kot njihovi manj aktivni kolegi. Raziskovalci so ugotovili, da lahko rekreativne ali vadbene aktivnosti olajšajo skrbi, ki se nanašajo na podobo telesa in samospoštovanje.

Glede psihoterapevtskih aplikacij ima telesna dejavnost številne dodatne ugodne učinke na mladostnike. Verjetno je, da bo s spodbujanjem telesne pripravljenosti, večje telesne zmogljivosti, zmanjšanja telesne mase in spodbujanjem ugodnejše strukture telesa, vadba zagotovila bolj pozitivne povratne informacije o družbi in priznanje s strani vrstnikov, kar bo posledično izboljšalo posameznikovo samozavest (Kirkcaldy idr., 2002).

Raziskovalci na Finskem so preučili psihološke in fiziološke prednosti rednega vključevanja v telesne dejavnosti. Študija je raziskala povezavo med pogostnostjo vadbe in številnimi ukrepi psihološkega blagostanja v velikem populacijskem vzorcu. Vključeno je bilo skupaj 3403 udeležencev (1856 žensk in 1547 moških) ankete finskega dejavnika tveganja za bolezni srčnega ožilja v starosti od 25 do 64 let. Poleg odgovorov na vprašanja v zvezi z njihovo telesno aktivnostjo in zaznamim zdravjem in telesno pripravljenostjo, so udeleženci zaključili tudi popis Beckove lestvice za depresijo, lestvica agresije kot akutnega stanja in poteze, lestvico "cinične nezaupljivosti" in lestvico občutka skladnosti. Rezultati so pokazali, da so posamezniki, ki so vsaj dve do trikrat tedensko vadili, doživeli občutno manj depresije, jeze, ciničnega nezaupanja in stresa kot tisti, ki so manj pogosto telovadili ali sploh niso. Poleg tega so redni vaditelji zaznavali svoje zdravje in sposobnost, kot boljše od tistih, ki so telovadili manj pogosto. Nazadnje so tisti, ki so se vsaj dvakrat na teden vadili, poročali o višji stopnji skladnosti in močnejšem občutku socialne integracije kot njihovi manj pogosto uveljavljeni kolegi. Rezultati so pokazali skladno povezavo med okrepljeno psihološko blaginjo in redno vključenostjo v telesne dejavnosti (Hassmén, Koivula in Uutela, 2000).

Druga študija je bila izvedena v Belgiji (Asztalos, De Bourdeaudhuij in Cardon, 2009) z vzorcem 6803 odraslih, starih 25-64 let, iz belgijske raziskave o zdravstvenem stanju. Več logističnih regresijskih analiz je pokazalo, da so jasno različne stopnje intenzivnosti pokazale telesno dejavnost, povezano z duševnim zdravjem pri ženskah in moških. Pri moških je obstajala inverzna povezanost med udeležbo v intenzivni telesni dejavnosti in občutkom depresije, anksioznosti in simptomom somatizacije. Pri ženskah je obstajala pozitivna povezanost med hojo in čustveno blaginjo, ter inverzna povezanost med udeležbo v zmerno intenzivni telesni dejavnosti in simptomi somatizacije. Sekundarne analize so potrdile, da so bile razlike v psiholoških pritožbah pomembne za intenzivnotelesno dejavnost pri moških in za zmerno telesno dejavnost pri ženskah, medtem ko so bile razlike v čustvenem počutju pomembne pri hoji izključno pri ženskah. V splošni populaciji je razmerje telesna dejavnost - duševno zdravje vedno pozitivno, ne glede na intenzivnost aktivnosti. Pri moških nagovarja negativne simptome (simptome, občutljivo neugodje) in optimalna telesna intenzivnost je visoka. Pri ženskah nagovarja simptome, stisko (zmanjšano razpoloženje, motečo anksioznost, spremenjeno počutje) in optimalna telesna intenzivnost je blaga.

Študija zdravila Babyak et al (2000) je pokazala, da je med zdravljenjem oseb s hudo depresivno motnjo (MDD) izvedljiva terapija z vadbo in je povezana s pomembnimi terapevtskimi koristmi, še posebej, če se vadba nadaljuje. Študija je ocenila status 156 odraslih prostovoljcev z MDD, 6 mesecev po zaključku 4-mesečnega tečaja aerobne vadbe, terapije s sertralinom ali kombinacije vadbe in sertralina. Prisotnost in resnost depresije so bili ocenjeni s kliničnimi intervjuji z uporabo razporeda diagnostičnega intervjuja, Hamiltonove lestvice za depresijo (HRSD) in Beck lestvice depresije. Ocene so bile opravljene na začetku, po 4 mesecih zdravljenja in 6 mesecih po zdravljenju (tj. Po 10 mesecih). Raziskovalci so ugotovili, da so se bolniki v vseh treh skupinah po 4 mesecih znatno izboljšali. Delež udeležencev (tj. Tistih, ki niso več izpolnjevali diagnostičnih meril za MDD in so imeli oceno HRSD <8), je bil primerljiv med vsemi tremi oblikami zdravljenja. Po desetih mesecih pa so prejemniki v vadbeni skupini imeli znatno nižje stopnje relapsov ($p = .01$) kot osebe v skupini za zdravljenje. Samostojna vadba v obdobju spremljanja je bila povezana z zmanjšano verjetnostjo diagnoze depresije ob koncu tega obdobja (Babyak et al, 2000).

Prejšnje raziskave kažejo, da ima telesna dejavnost znane prednosti za več kroničnih motenj, vključno z boleznijo koronarne arterije, kapi, diabetes mellitusom in osteoporozo (Laurin, Verreault in Lindsay, 2001). Dokaz, da lahko telesna dejavnost odloži kognitivne izgube in oslavitve, je dobro uveljavljen. V kliničnih okoljih so koristni učinki telesne pripravljenosti na spomin in druge vidike spoznanja dokumentirani pri starejših osebah, čeprav nedosledno. Nekaj epidemioloških študij je preučilo vlogo telesne dejavnosti pri tveganju kognitivne okvare in demence pri starejših osebah. V nekaterih študijah nadzora, ki uporabljajo prevladujoče primere, so bili podani predlogi, da je vadba lahko oblika zaščite pred demenco in Alzheimerjevo bolezen (Laurin, Verreault in Lindsay, 2001).

Zgornje študije lahko prepričajo ljudi, da je sodelovanje pri redni telesni dejavnosti potrebno za plodno življenje in je način življenja. Poleg fizičnih koristi lahko učinkovito obravnava duševne in psihosocialne težave. Ljudje, ki redno telovadijo preprečijo številne težave in pomanjkljivosti, so učinkovitejši, veseli, uživajo v življenju in uživajo več družbenih odnosov itd. (Lawrence, Segal in Smith, 2016). Mnogi današnji psihologi priporočajo vključitev v telesno dejavnost kot dejavnik za premagovanje anksioznosti, depresije, razdražljivosti in vsakodnevnih stresov.

Koristi športnih / telesnih aktivnosti za ljudi z duševnimi motnjami

Človeški organizem je nagnjen k ukrepanju. Šport prispeva k ciljem splošnega izobraževanja z akcijami. Šport se obravnava kot celota telesnih dejavnosti, ki so organizirane z namenom prispevati k r fizičnemu, psihomotornemu, duševnemu, čustvenem in socialnem razvoju vključenih oseb.

Upoštevajoč to, bi pričakovali, da bodo telesne dejavnosti prevzele ogromno vlogo v človeškem življenju. Vendar pa nedavne raziskave kažejo, da to ni tako. Na primer, študije, izvedene v Združenem kraljestvu, kažejo, da le ena tretjina prebivalstva izpolnjuje potrebno stopnjo telesne dejavnosti za ohranjanje zdravega življenja (Edmunds et al, 2013).

Določbe za mesta, ki bodo koristne za zdravje ljudi, se raztezajo prek fizičnega prostora, proti psihološkemu. Kot sta predlagala Kaoukis in Duhamel (2013), nezadostna fizična aktivnost lahko povzroči depresijo, stres in kajenje, razen debelosti, visokega krvnega tlaka, insulinske rezistence itd. Vendar pa so te ugotovitve povezane z ljudmi, ki so se dojemali kot "zdravi" v smislu duševnega in telesnega dobrega počutja. Torej, kakšni so učinki telesnih dejavnosti na duševno zdravje oseb s fizičnimi ali duševnimi motnjami? Preostali del tega poglavja bo poskušal pokriti ta vprašanja.

Športne in telesne okvare

Šport v otroštvu prispeva k duševnemu in telesnemu razvoju (Chhun, 2012). Pri odraslih je šport učinkovit zlasti pri obrambi pred boleznimi srca in ožilja, prebave, dihanja, mišične sile, vzdržljivosti, moči, prilagodljivosti, ravnovesja in koordinacije (Kaukois, Duhamel in 2013).

Učinki športa pa niso omejeni na tiste za zdrave osebe. Športi se uporabljajo tudi pri zdravljenju telesnih okvar. Šport je dokaz, da življenje ni konec, ko se iz bolnišnice odpelje oseba v invalidskem vozičku ali se rodi invalidna. Z rehabilitacijo se lahko posameznik prilagodi svojemu novemu življenju ali pa na novo zgradi svoje življenje (Rohwer, 2013). Koristi športa, kot so optimalen krvni tlak, okrepljene mišice in koordinacija, olajšajo fizično izboljšanje in funkcionalnost vključenih posameznikov (Rohwer, 2013). Vzporedno z njimi telesne dejavnosti podpirajo posameznike s posebnimi potrebami na enak način, kot to počnejo s svojimi člani, ki niso invalidi (Jearsma, 2014).

Ko gre za premike v športu za telesno prizadete, bi paraolimpijsko gibanje predstavljalo odličen primer. Mednarodni paraolimpijski komite (IPC), ki ga upravlja Mednarodni paraolimpijski odbor, zagotavlja potrebne pogoje za krepitev moči športa na poti k ustvarjanju enakopravnejše družbe, kot je navedeno na spletni strani IPC. Paraolimpijske igre omogočajo psihično prizadetim posameznikom, da delujejo v skladu z njihovo osebno funkcionalnostjo in telesno okvaro prek sistema klasifikacije.

Zato se lahko vsakdo s telesno omejitvijo preizkusi v veji športa, ki je primerna zanj. Poleg tega športna veja ali športne dejavnosti, ki spadajo v obseg paraolimpijskih iger, ni opredeljena kot prosta delovna aktivnost, saj se lahko izkaže kot delovno mesto za te ljudi. Zato je treba poudariti, da IPC fizičnim invalidom omogoča, da se športno ukvarjajo in da s tem še zaslužijo, kar jim pomaga ostati aktivni del družbe.

Šport in duševne motnje

Po raziskavah (Biddle, Fox in Boutcher, 2000) je vedno obstajala povezava med telesno dejavnostjo in človeško psiho, tj. duševnim zdravjem. Pri tem je treba preučiti opredelitev duševnega zdravja, ki jo zagotavlja SZO (2014) in Lök in Lök (2015). Prej omenjeni opisujejo duševno zdravje kot stanje, v katerem posamezniki lahko vzdržujejo psihološko dobro počutje; ohranjajo svoje vsakodnevno življenje, ne glede na fizično zdravje ali oslabeitev. Gre torej za stanje, kjer oseba lahko umsko funkcionira v skladu z vsakodnevnimi zahtevami (SZO, 2014; Lök in Lök, 2015).

Prvi in najbolj znan psihološki učinek športa je učinek na depresijo. Klinične in epidemiološke študije so pokazale, da obstaja povezava med telesnimi aktivnostmi in zmanjšanjem anksioznosti in depresivnih simptomov. V skladu s tem je ugotovljeno, da aerobne vaje vplivajo na zmanjšanje depresije. Zato lahko trdimo, da ima šport neposredno povezavo z zdravljenjem depresije (Karatosun, 2010) (Otto in Smiths, 2011).

Pozitivni učinki športa na duševno zdravje se lahko prenesejo na težke duševne motnje in družbene težave. Na primer, glede na Cameron in MacDougall (2000), športi vplivajo na zmanjševanje stopenj kriminala v družbi.

Na splošno lahko šport posameznikom pomaga izboljšati duševno zdravje, povečati samozavest in prispevati k pozitivnemu razvoju osebnosti, izboljšati komunikacijo in sodelovanje. Kot rezultat so podprte naslednje življenjske funkcije: motivacija, pridobitev pozitivnih osebnostnih značilnosti, kot so poštenost, strpnost in sodelovanje. Te funkcije zagotavljajo uravnoteženo družabno življenje in prostor v družbi za posameznike s težavami v duševnem zdravju. Ko gre za vpliv aktivnega življenja na telesno prizadete ljudi, je potrebno poudariti, da jim šport pomaga pri izboljšanju telesne moči in psihološke blaginje, ravno tako kot ljudem, ki imajo težave z duševnim zdravjem. Poleg tega jim šport pomaga, tako kot vsem nam, ohranjati dober krvni obtok, močnejše mišice, boljšo koordinacijo ter manj tveganja za bolezni srca in ožilja. Poleg tega igra pomembno vlogo pri pridobivanju življenjskih veščin (Hilary Beeton, Rohwer, 2013).

Prednosti športa pri zdravljenju oseb s telesnimi in duševnimi motnjami

Sodelovanje v športu pri osebah z duševnimi motnjami ima duševne, socialne, psihološke in fizične koristi. Znano je, da šport vpliva na duševni in telesni razvoj ljudi; vendar to ni edina funkcija telesnih dejavnosti. Dokazano je, da je telesna dejavnost koristna in lahko predstavlja metodo zdravljenja in rehabilitacije oseb s telesnimi in duševnimi motnjami.

V rehabilitaciji in rekreaciji posameznikov s posebnimi potrebami se uporabljajo številne športne dejavnosti. Šport je še bolj razširjen kot dopolnilna obravnava običajnih metod fizioterapije.

Primerjava koristi vadbe za telesno prizadete osebe in ljudi s težavami v duševnem zdravju

Druga pomembna stran športi je, da zagotavlja socialne odnose. Sodelovanje v športnih aktivnostih pomaga osebam s posebnimi potrebami pri pridobivanju samozavesti, vključevanju v družabno življenje in razvoju pozitivnega družbenega vedenja. Poleg tega, če osebe s posebnimi potrebami, ki trpijo za depresijo, sodelujejo v športu, slednje pozitivno vpliva tudi na njihovo razpoloženje. Vendar se socialne koristi športa na področju duševnega zdravja in telesno prizadetih ljudi razlikujejo.

Po raziskavah šport pomaga ljudem izboljšati razpoloženje s tem, ko telo sprošča endorfine. Na ta način najdejo ljudje s težavami v duševnem zdravju sprostitev, zmanjšanje stresa in anksioznosti. Prav tako ohranja mentalno zdravje, pomaga pri koncentraciji. Vadba je zato zelo priporočljiva za študente z motnjo pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD). Vendar pa koristi niso omejene samo na dobro počutje. Šport zlasti pomaga ljudem, da se vključijo v družbo in se znebijo socialne stigme.

Ko govorimo o socialnih koristih za telesno prizadete osebe, moramo reči, da timski duh spodbuja občutek sodelovanja in konkurence, ki posameznikom omogoča, da se družijo z ljudmi, ki so aktivni člani družbe.

Primerjava in priporočila

V okviru tega dokumenta je bila opravljena poenostavljena analiza predloženih informacij iz raziskave. Glavni cilj je bil ugotoviti, ali se lahko ugotovi navzkrižne koristi med športom in različnimi (zdravstvenimi) kategorijami.

Primerjava koristi in možnih prekrivanj je prikazana v spodnji tabeli:

Opazovane kategorije	Telesno zdravje	Duševno zdravje na splošno	Duševne težave	Telesne omejitve
Pregled učinkov (pozitivni učinki telesne dejavnosti)	-Zvečana produkcija endorfinov -hujšanje -zmanjšanje anksioznosti in stresa -izboljšave kardiovaskularnega sistema: zmanjšanje tveganja za koronarne bolezni in kap, zmanjšanje ravni holesterola -izboljšana vzdržljivost, moč, fleksibilnost --zmanjšanje telesne teže, tveganje za raka -zmanjšanje depresije, agresije, nezaupanja -socialna integracija -zmanjšanje tveganja za mentalne bolezni, demenco	-Izboljšanje razpoloženja -boljša samopodoba -pozitivna percepcija svojega telesa -zmanjšano tveganje mentalnega upada -zmanjšanje depresije, anksioznosti -povečanje socialne interakcije, izboljšanje razpoloženja -nadzor teže -zmanjšan pritisk	-Boljša koordinacija -nadzor teže -izboljšanje kroničnih bolezni -pozitivni učinki ko telesna dejavnost ni tekmovalna -socialna integracija, pripadnost	-Pomembni faktor pri rehabilitaciji -podobni učinki kot pri 1. In 2. kategoriji -manj stresa -več avtonomije -večji dosežki pri izobraževanju in zaposlovanju -zmanjšano zanašanje na medikamentozna zdravila za bolečino in anksioznost -manjši pojav sekundarnih bolezni

Končni sklepi in priporočila temeljijo na primerjavi podatkov in so navedeni spodaj:

1. Redna športna aktivnost v skladu s sorazmerno visoko stopnjo telesne pripravljenosti zmanjšuje negativne učinke stresa, zmanjšuje anksioznost in hkrati izboljšuje razpoloženje in sposobnost posameznika, da se učinkoviteje spoprijema z vzroki za anksioznost in občutki depresije (Burnik, Potočnik in Skočić, 2003). Iz tega razloga priporočamo skupinske dejavnosti. Med skupinskimi vadbami je oseba bolj sproščena, komuniciranje z drugimi ljudmi je izboljšano in povečuje čas vzdrževanje vadbe ter doseže višje rezultate.

2. Pomembni dejavniki so vrsta, količina in intenzivnost telesne dejavnosti, ki so odvisni od zdravja posameznika, zmogljivosti, želja in ciljev. Ljudje z duševnimi ali telesnimi okvarami, ki so sposobni vadbe, morajo imeti vsaj 150 minut tedensko zmerne intenzivnosti ali 75 minut tedensko intenzivne aerobne vadbe ali enakovredno kombinacijo zmerne in intenzivne aerobne aktivnosti.

3. Posamezniki z depresijo so ponavadi manj fizično aktivni kot zdrave osebe. Raziskave kažejo, da lahko aerobna vadba ali trening moči znatno zmanjša simptome depresije. Energetsko intenzivna aerobna aktivnost pomeni, da hitro dihate, vaš srčni utrip pa se precej poveča. Če delate na tej ravni, ne boste mogli reči več kot nekaj besed, ne da bi zaustavili dihanje, in če se slabo počutite, se morate ustaviti. Priporočljivo je izbrati zmerno intenzivnost. Zmerno intenzivna aerobna aktivnost pomeni, da delate dovolj močno, da povečate svoj srčni utrip in se preznajate. Eden od načinov, kako ugotoviti, ali delate z zmerno intenzivnostjo, je, da ste vedno sposobni govoriti, vendar ne morete zapeti besedila pesmi. Primeri dejavnosti, ki za večino ljudi zahtevajo zmerne napore, so: • hitra hoja • vodna aerobika • ples • vožnja s kolesom po ravnini ali v hrib • igranje tenisa • košnja • kanu • odbojka.

4. Fizična aktivnost lahko znatno zmanjša tveganje za krvožilne bolezni in možgansko kap, saj zmanjšuje holesterol, ki povzroča bolezni krvnih žil. Po podatkih britanskega parlamentarnega urada za znanost in tehnologijo je približno 40 odstotkov smrti, povezanih s krvožilnimi boleznimi srca, povezanih z neustrezno telesno dejavnostjo, debelostjo, stresom in zvišanim krvnim tlakom. Šport lahko pomaga pri vseh teh vprašanjih, saj zmanjša tveganje krvožilnih bolezni za približno 50 odstotkov, (Cohen, 2017). Odrasli s posebnimi potrebami se morajo posvetovati s svojim zdravstvenim delavcem o vrsti telesne dejavnosti, ki je primerna za njihove sposobnosti.

5. Za posameznike z duševnimi ali telesnimi okvarami je priporočljivo, da jih zaščitimo z uporabo ustrezne opreme in športne opreme, vadimo v varnem okolju, na varnem mestu z dovolj prostora za vadbo.

Literatura

- Asztalos M., De Bourdeaudhuij, I. in Cardon, G. (2010). *The relationship between physical activity and mental health varies across activity intensity levels and dimensions of mental health among women and men*. Public Health Nutrition. Aug; 13(8):1207-14.
- Babyak, M.A., Blumenthal, J.A., Herman, S., Kharti, P., Doraiswamy, P.M., Moore, K., Craighead, W.E., Baldewicz, T.T. in Krishan, K.R. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. Psychosom, Med. Sep-Oct; 62(5):633-8.
- Biddle, S.J.H., Fox, K., in Boutcher, S. (Eds.). (2000). *Physical activity and psychological well-being*. N.Y.: Routledge.
- Burnik, S., Potočnik, S. in Skočić, M. (2003). Stres. Šport, 51 (1): 21–23.
- Carless, D. in Douglas, K. (2010). Sport and physical activity for mental health. West Sussex, United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Cameron, M. and MacDougall, C. (2000). *Crime Prevention Through Sport and Physical Activity*. Australian Institute of Criminology, Trends in Issues in Crime and Criminal Justice, No. 165.
- Chhun, S. (2012). *Areas of Cognitive Development that will Improve by Participating in Sports*. Pridobljeno po: <http://schhun1.blogspot.com.tr/>.
- Cohen, B. (2017). How Does Playing Sports Affect Your Health?. *livestrong.com*, pridobljeno: April 19, 2018, <http://www.livestrong.com/article/245944-how-does-playing-sports-affect-your-health/>.
- Disabled world (2018, April, 19). *Disability Sports: Information on Sport for the Disabled*. disabled-world.com, pridobljeno: April 19, 2018 <https://www.disabled-world.com/sports/>.
- Edmund, S. et al (2013) Let's Get Physical, The impact of physical activity on wellbeing, Mental Health Foundation, Scotland.
- Hamer, M. in Chida, Y. (2009). *Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence*. Psychol Med. 2009 Jan;39(1):3-11. doi: 10.1017/S0033291708003681. Epub 2008 Jun 23.
- Hassmén, P., Koivula, N. in Uutela, A. (2000). *Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland*. Department of Psychology, Stockholm University, Stockholm, S-106 91, Sweden.
- Fogarty, M., Happell, B. in Pinikahana, J. (2004). *The benefits of an exercise program for people with schizophrenia: a pilot study*. Psychiatr Rehabilitation. 2004 Fall;28(2):173-6.
- Jearsma, E. A., (2014). *Sports participation and physical disabilities: Taking the hurdle*. Gildeprint, Enschede.
- Karatosun, H. (2010), Fiziksel Aktivite ve Ruh Sağlığı, Süleyman Demirel Üniversitesi Yaşam Dergisi, Süleyman Demirel Üniversitesi: Isparta.
- Kaukois, G. in Duhamel, T. (2018, April 19). *The relationship between physical activity and mental health: Capitalizing on it for cardiac patients*. Pridobljeno 19. aprila 2018 s strani: https://umanitoba.ca/faculties/kinrec/hlhpr/media/pamh_duhamel_kaoukis.pdf
- Kirkcaldy, B., Shephard, R. in Siefen, R. (2002) *The relationship between physical activity and self-image and problem behaviour among adolescents*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2002 Nov;37(11):544-50.
- Koželj, S. (2014). *Sociopsihološki, gibalni in kulturni dejavniki mentalnega zdravja in kakovosti življenja: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Laurin, D., Verreault, R. in Lindsay, J. (2001). *Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Persons*. Arch Neurol. 2001;58(3):498-504.

doi:10.1001/archneur.58.3.498;

Lök, S. in Lök, N. (2014). *Physical Activity and Exercise in Dementia, Current Approaches in Psychiatry*. Istanbul.

Lowry R., Galuska D.A., Fulton J.E., Wechsler H., Kannl C. in Jan JL. (2000). Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among US college students. *American Journal of Preventive Medicine*.

Mikša, M. (2015). Vloga telesne aktivnosti pri obvladovanju stresa. *Delo + varnost : revija za varstvo pri delu in varstvo pred požarom* 60 (1): 33-36.

Miller, A. (2017). *What Are Some Mental Effects of Playing Sports?*

livestrong.com. Pridobljeno: on April 19, 2018:

<http://www.livestrong.com/article/426258-what-are-some-mental-effects-of-playing-sports/>.

Mišigoj – Duraković, M., Slapšak, M., Kovač, M., Strel, J. in Vidmar, J. (2003). *Telesna vadba in zdravje*. Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije, Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani.

Otto, M., in Smits, J.A.J. (2011). *Exercise for mood and anxiety: Proven strategies for overcoming depression and enhancing well-being*. Oxford: Oxford University Press.

Papež, B. (2010). *Vpliv športa na osebe s psihosocialnimi motnjami*. Ljubljana, Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani.

Pravno informacijski sistem republike Slovenije (2018, April, 19). *Resolucija o Nacionalnem programu športa v Republiki Sloveniji za obdobje 2014–2023 (ReNPŠ14–23)*. [pisrs.si](http://www.pisrs.si) Retrieved on April 19, 2018, from

<http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO99#>.

Robinson, L., Smith, M. in Robert Segal, M.A. (2016). Data and statistics Available at: <https://www.helpguide.org/articles/healthy-living/the-mental-health-benefits-of-exercise.htm?pdf=true>.

Rohwer, C. (2013). *Benefits of sport for people with disabilities*.

<http://www.health24.com/Fitness/Exercise/Benefits-of-sport-for-people-with-disabilities-20130531>.

Rush, M. (2017a). *Importance of Sports to Health*. [livestrong.com](http://www.livestrong.com) .pridobljeno: April 19, 2018: <http://www.livestrong.com/article/133041-importance-sports-health/>

Rush, M. (2017b). *What Is the Importance of Sports in Our*

Lives? [livestrong.com](http://www.livestrong.com). pridobljeno: April 19,

2018: <http://www.livestrong.com/article/515163-the-importance-of-sports-in-our-lives/>.

Scottsdale, B. (2017). *How Do Playing Sports Affect Us Mentally?* [livestrong.com](http://www.livestrong.com) .pridobljeno: April 19, 2018: <http://www.livestrong.com/article/533488-how-do-sports-affect-us-mentally/>.

Švab, V. (2016). Psihiatrični bolnik športnik. Pridobljeno: April 19,

2018: http://www.sent.si/index.php?m_id=svab_sportnik.

World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2008) *Basic documents (39th Ed.)*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2018, April, 19). *Prevalence of mental disorders: Data and statistics*. [euro.who.int](http://www.euro.who.int). pridobljeno: April 19, 2018:

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>.

Zveza Sožitje (2018, April, 19). *Razlike med duševnimi boleznimi in motnjami v duševnem razvoju*. [zveza-sozitie.si](http://www.zveza-sozitie.si). pridobljeno: April 19, 2018: <http://www.zveza-sozitie.si/razlike-med-dusevnimi-boleznimi-in-motnjami-v-dusevnem-razvoju.html>



COORDINATOR



PARTNERS



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

