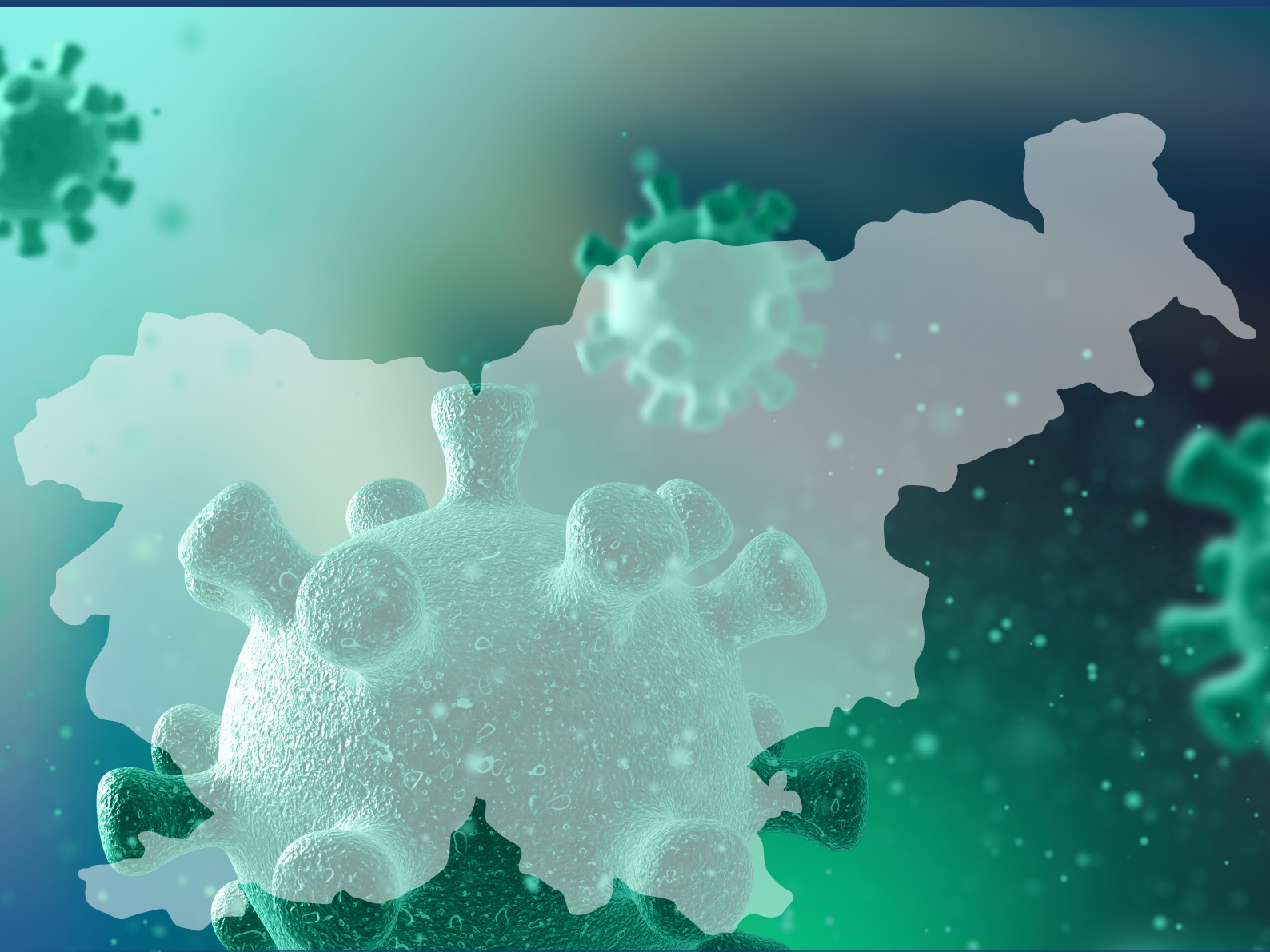




SI-PANDA
Raziskava o vplivu
pandemije na življenje

NIJZ

Nacionalni inštitut
za javno zdravje



PANDEMIJA COVIDA-19 V SLOVENIJI

**Izsledki presečnih raziskav SI-PANDA 2021 o doživljanju,
(duševnem) zdravju, življenjskem slogu, cepljenju
in dostopnosti do zdravstvenega sistema**

PANDEMIJA COVIDA-19 V SLOVENIJI

Izsledki presečnih raziskav SI-PANDA 2021 o doživljanju, (duševnem) zdravju, življenjskem slogu, cepljenju in dostopnosti do zdravstvenega sistema

Urednice

Ada Hočevar Grom, Helena Jeriček Klanšček, Andreja Belščak Čolakovič, Maruša Rehberger, Darja Lavtar

Recenzenta

Ivan Eržen, Vojko Kavčič

Lektoriranje

Ana Peklenik

Oblikovanje

Andreja Frič

Slikovno gradivo

Freepik

Izdajatelj

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva cesta 2, Ljubljana

Kraj in leto izdaje

Ljubljana, 2023

Elektronska izdaja.

Spletni naslov

<https://nijz.si/>

Zaščita dokumenta

© 2023 NIJZ

Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju je dovoljena le z navedbo vira.

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

COBISS.SI-ID 171385859

ISBN 978-961-7211-13-9 (PDF)

ZAHVALA

S skupnimi močmi več avtorjev in obsežno podporo različnih posameznikov je nastala monografija, ki je delo skupnih prizadevanj. Zahvaljujemo se vsem, ki so na kakršen koli način prispevali k njenemu nastanku, obogatili njeno vsebino in omogočili njeno uspešno izdajo.

Zahvala gre vsem avtorjem poglavij, ki so združili svoje znanje v prispevke in z njimi osvetlili obdobje pandemije covid-19. Lektoriranje je prispevalo k strokovni in jezikovni kakovosti monografije, za kar se zahvaljujemo lektorici Ani Peklenik. Sodelavki Andreji Frič se zahvaljujemo za kreativno oblikovanje besedil in publikacije v celoti. Zahvalo izražamo tudi Barbari Lapuh za administrativno-tehnično podporo ter študentkama Anji Klepac in Manci Troha, ki sta sodelovali pri pripravi tabel in preverjanju podatkov.

Posebna zahvala gre recenzentoma prof. dr. Ivanu Erženu in prof. dr. Vojku Kavčiču, ki sta vložila svoj čas in strokovnost v oceno našega dela. Njuni konstruktivni komentarji so pripomogli k izboljšanju vsebine in kakovosti monografije.

Iskrena zahvala tudi vodstvu Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki so prepoznali pomembnost pričujoče monografije in podprli njeno nastajanje.

RECENZIJI

V primeru znanstvene monografije “Izsledki presečnih raziskav SI-PANDA v Sloveniji”, ki jo je pripravila skupina avtorjev, gre za obsežno in zahtevno delo, v katerem so avtorji podrobno predstavili rezultate dveh presečnih raziskav, katerih namen je proučiti vpliv pandemije na občutenje in vedenje ljudi v povezavi s pandemijo covid-19 ter oceniti stopnjo pandemske izčrpanosti v obdobju od 11 do 16 meseca trajanja pandemije.

Raziskava je potekala na dveh naključno izbranih reprezentativnih skupinah odraslih prebivalcev Slovenije. V vzorec je bilo vključenih 16 tisoč oseb, ki so jih razdelili na dve enaki skupini. Prva skupina je sodelovala v prvi presečni raziskavi, ki je potekala od januarja do marca 2021, druga skupina pa je bila v drugi presečni raziskavi, ki je potekala od maja do julija istega leta. Analiza podatkov temelji na primerjavi odgovorov teh dveh skupin. Čeprav je bilo obdobje med raziskavama zelo kratko, je zaradi pojavnosti covid-19 v tistem času to pomenilo bistveno razliko v okoliščinah. V prvem obdobju je bila epidemiološka situacija zelo negotova in resna, v obdobju druge presečne raziskave pa se je epidemiološka situacija izboljšala. Poleg tega je bilo v obdobju druge raziskave cepivo na voljo v večjih količinah, kar je omogočilo večjo možnost za individualno zaščito. Ti dve obdobji sta zelo relevantni za sam namen proučevanja.

Metodologija raziskave je ustrezna in temelji na mednarodnih smernicah, ki jih je določila Svetovna zdravstvena organizacija. To omogoča mednarodno primerljivost rezultatov, kar je za to vrsto raziskav še posebej pomembno. Avtorji so raziskavo izvedli odlično, kar zagotavlja visoko stopnjo verodostojnosti ugotovitev in zaključkov.

V uvodnem delu znanstvene monografije so predstavljene metode dela, pa tudi omejitve študije, ki so posledica uporabljenega pristopa. Sledi vsebinski sklop, ki je razdeljen na 16 vsebinsko samostojnih poglavij, ki se dotikajo vseh ključnih vidikov življenja v času pandemije. Tak pristop je smiseln, saj se posamezna področja vsebinsko razlikujejo in naslavlajo različne skupine strokovnjakov. Avtorji so na ta način dosegli visoko stopnjo specifičnosti in s tem tudi preglednosti posameznega področja. Predstavitev stanja, ugotovitev in razprava so podani sistematično, pregledno in enotno, kar omogoča podrobnejšo analizo in primerjavo z rezultati, pridobljenimi v drugih raziskavah. Bralcem monografije nudi tak pristop dober vpogled v stanje, kar je tudi namen publikacije. Obseg posameznih poglavij je primeren, jezik in slog pa sta ustrezna.

Izsledki raziskovalnega dela, predstavljeni v publikaciji, bodo zelo dobrodošli v nadaljnjem raziskovanju. Dober, strokovno zanesljiv in znanstveno utemeljen prikaz stanja je predpogoj za ustrezno načrtovanje nadaljnjega dela na tem področju. Metodološki pristop, predstavljen v tej znanstveni monografiji, nudi dobro osnovo za podobne raziskave na področju analize sprejemljivosti ukrepov za ohranjanje in krepitev zdravja s strani posameznih skupin prebivalstva.

Zaželeno je, da bi nadaljevali s podrobnejšim raziskovanjem. Še posebej pomembno se mi zdi poudariti pomen dodatnih raziskav s ciljem pridobitve informacij o razlikah med posameznimi skupinami prebivalstva, kot je na primer razlika v socialno-ekonomskem stanju oziroma izobrazbi. V ta namen bi bilo najbolje rezultate obeh presečnih raziskav združiti. Rezultati take analize bi pomembno prispevali k pripravi prilagojenih ukrepov in pristopov za povečanje sprejemljivosti različnih skupin, s čimer bi dosegli tudi večjo uspešnost.

Ivan Eržen

Sodelavci Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) so v svoji najnovejši monografiji "Pandemija covid-19 v Sloveniji – izsledki presečnih raziskav SI-PANDA 2021 o doživljanju, (duševnem) zdravju, življenjskem slogu, cepljenju in dostopnosti do zdravstvenega sistema" natančno preučili večplastne vidike vpliva pandemije covid-19 v Sloveniji in ponudili bralcem izčrpen vpogled v to kompleksno in še vedno trajajočo temo. Monografija predstavlja izsledke doslej najbolj celovito zbranih empiričnih podatkov o dogajanjih, ki so relevantni za javno zdravje, v prvem letu pandemije covid-19 v Sloveniji. Popelje nas skozi začetno enoletno obdobje pandemije covid-19, predvsem s poudarkom na zdravstvenih, psiholoških in družbenih aspektih pandemije, ter raziskuje, kako se ti elementi prepletajo in vplivajo na posameznikovo doživetje pandemije.

Monografija je razdeljena na 15 ključnih poglavij, pri čemer vsako poglavje obravnava en vidik pandemije covid-19. Izjemno osredotočen pristop omogoča bralcu, da se poglobi v vsak vidik posebej, hkrati pa dobi celovito sliko o vseh problemih in težavah, ki so povezani s pandemijo covid-19 v Sloveniji. Monografija opiše vplive pandemije covid-19 z zdravstvenega vidika (okužbe z virusom SARS-CoV-2, duševno zdravje, dostop do zdravstvenih storitev med pandemijo), z vidika ukrepov za omejevanje pandemije (nefarmakološki ukrepi, cepljenje), osebnih vidikov s področja prehrane, telesne aktivnosti, spanja, rabe alkohola in tobačnih izdelkov, nasilja v družini, doživljanja pandemije, pandemske izčrpanosti, rabe virov informacij o covidu-19 ter nagnjenost k teoriji zarot glede izvora covid-19 in cepiv.

Poleg izčrpnega in razumljivega uvoda še posebej izstopa poglavje "Doživljanje pandemije, pandemska izčrpanost in vpliv pandemije na kognitivne sposobnosti," ki zaključuje, da je večina ljudi pandemijo covid-19 doživljala na podoben način, ne glede na spol, starost, izobrazbo ali status zaposlitve. Vendar pa so imeli največ težav s pandemijo ljudje s težavami v duševnem zdravju in tisti s slabšo finančno situacijo v zadnjih treh mesecih. Večina poglavij prihaja do podobnega zaključka, da so poleg naštetih med pandemijo najbolj ogroženi mladi, brezposelni, osebe s težavami s telesno maso in tisti, ki so živeli sami, kar sovpada s poročili iz drugih držav in okolij.

V pričujoči monografiji bo lahko marsikdo našel tudi izsledke, ki potrjujejo posameznikove spomine in poglede na dogajanja med pandemijo covid-19 izpred dveh let. Tisti, ki so spremljali dnevna poročanja o covidu-19 in so imeli pomisleke glede transparentnosti poročanja zdravnikov in odločevalcev glede trenutnega števila okuženih, umrlih, itd., lahko iz te monografije vidijo, da je bil predvsem avtoritaren način obveščanja slovenske javnosti o pandemiji covid-19 neustrezen in na dolgi rok verjetno celo škodljiv oz. je imel pri ljudeh nasproten učinek od pričakovanega. Očitno stari načini obveščanja, to so pokroviteljska naslavljanja javnosti in avtoritarno uvajanje vprašljivo smiselnih ukrepov, v današnjem času niso bili v pomoč oz. so že preživeti in neuspešni. Tozadevno imajo trenutna in vse bodoče vlade ter vsi odločevalci v tej monografiji veliko empiričnih in strokovnih znanstvenih podlag in nasvetov, kako bolje komunicirati s prebivalstvom v primerih ponovnih pandemij.

Monografija je dobro uravnotežena kombinacija izsledkov različnih lestvic, uporabljenih v presečnih raziskavah SI-PANDA 2021. Vendar pa bi si v nekaterih delih želeli več razprave o nasprotujočih si mnenjih in kritičnem pogledu na nekatere vidike pandemije covid-19. Potrebno bi bilo okrepiti povezovanje in sintetiziranje različnih tem (kakor tudi kvalitete posameznih prispevkov), ki so morda posledica organizacije NIJZ. Nekatere teme so obravnavane bolj poglobljeno kot druge, nekatere teme pa se v presečnih anketah pogreša (npr. doživljanje in težave s covidom-19 med LGTB ali v romskih skupnostih). Upamo, da bodo na NIJZ podatke iz najboljše izvedene slovenske ankete med pandemijo covid-19 še dodatno analizirali z multivariantnimi analizami, ki bi lahko še bolj natančno osvetlili tiste dejavnike, ki so imeli največji vpliv na posledice pandemije.

Glavna pomanjkljivost pričujoče monografije je, da prihaja na dan malo prepozno, ko upamo, da smo že iz pandemije. Lahko samo ugibamo, koliko večjo vrednost bi imelo pričujoče delo, če bi se pojavilo v javnosti prej. Je pa potrebno na tem mestu spomniti, da so bila že tekom pandemije redno (najprej na 14 dni, pozneje pa mesečno) objavljena poročila panelne raziskave SI-PANDA. Žal se izsledkom v javnosti ni posvečalo posebne pozornosti, čeprav bi lahko bili koristno uporabljeni kot vodilo pri reševanju takratnih aktualnih zadev.

Kljub temu pa je monografija "Pandemija covid-19 v Sloveniji – izsledki presečnih raziskav SI-PANDA 2021 o doživljanju, (duševnem) zdravju, življenjskem slogu, cepljenju in dostopnosti do zdravstvenega sistema" izjemno koristen prispevek tako javno zdravstveni stroki kot tudi k literaturi o pandemiji covid-19. Avtorji so, kljub nekaterim pomanjkljivostim, dosegli osupljivo povezanost med različnimi disciplinami in poglobljenim raziskovanjem ter omogočili bralcu, da razume covid-19 kot kompleksen in bogat proces. Monografija bo zagotovo zanimiva tako za strokovnjake s področja javnega zdravja, različnih zdravstvenih ved, od nutricionistke do psihologije, socialnih ved, gerontologije, kot tudi za širšo javnost, ki si želi bolje razumeti izzive in posledice, ki jih je prinesla pandemija covid-19 in ki še niso izzveneli. Želim si in pričakujem, da bodo izsledki te monografije pomagali pri razumevanju odzivanja ljudi in pripravljanju ukrepov pri naslednjih pandemijah ali drugih zdravstvenih kriznih situacijah.

Rad bi poudaril in izrazil upanje, da bodo podatki, zbrani v presečnih anketah SI-PANDA 2021, dostopni za dodatne analize različnim strokovnjakom, kakor tudi magistrskim in doktorskim študentom, saj je v teh podatkih še mnogo skritega in neobdelanega.

Vojko Kavčič

Seznam kratic

5C - Confidence, Complacency, Calculation, Constraints, Collective Responsibility

APA - American Psychological Association (slo. Ameriško psihološko združenje)

BRS - Brief Resilience Scale (slo. Kratka lestvica osebne prožnosti)

CAWI - Computer-assisted web interviewing (slo. računalniško podprto spletno anketiranje)

CMQ - Conspiracy mentality questionnaire (slo. vprašalnik o nagnjenosti k teorijam zarot)

CoMix - Social contacts during the COVID-19 epidemic survey (slo. Raziskava o socialnih stikih med epidemijo covid-19)

DSO - domovi za starejše občane

DZ - duševno zdravje

EHIS - European Health Interview Survey (slo. Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu)

EIZ - enote intenzivnega zdravljenja

EPISARI - epidemiološko spremljanje resnih akutnih okužb dihal

eRCO - elektronski register cepljenih oseb

EU - Evropska unija

HBM - Health Belief Model (slo. model zdravstvenih prepričanj)

ITM - indeks telesne mase

KOPB - kronična obstruktivna pljučna bolezen

LDL - low density lipoprotein (slo. lipoprotein nizke gostote)

LPSR - letni program statističnih raziskovanj

MHC-SF - Mental Health Continuum – Short Form (slo. Vprašalnik duševnega zdravja – kratka oblika)

MHI-5 - Mental Health Inventory 5 (slo. Vprašalnik duševnega zdravja)

MZ - Ministrstvo za zdravje

NFU - nefarmakološki ukrepi

NIJZ - Nacionalni inštitut za javno zdravje

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OŠ - osnovna šola

PAPI - Paper and pencil interviewing (slo. anketiranje z vprašalnikom na papirju)

PCR - **polymerase chain reaction** (slo. verižna reakcija s polimerazo)

PCT - prebolel, cepljen, testiran

PFS - Pandemic Fatigue Scale (slo. lestvica pandemske izčrpanosti)

RS - Republika Slovenija

SARI - severe acute respiratory infection (slo. resne akutne okužbe dihal)

SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (slo. hudi akutni respiratorni sindrom koronavirus 2)

SLOfit - nacionalni sistem spremljave telesnega in gibalnega razvoja otrok in mladine

SZO - Svetovna zdravstvena organizacija

TNZ - vadba za krepitev in oblikovanje trebuha, nog in zadnjice

UNICEF - United Nations Children's Fund

WHO - World Health Organization

ZDA - Združene države Amerike

ZKS - zaznane kognitivne spremembe

ZOUTPI - Zakona o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov

ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

KAZALO VSEBINE

ZAHVALA	3
RECENZIJ	4
SEZNAM KRATIC	7
1. UVOD	13
Pandemija covida-19 v Sloveniji	13
Razsežnosti in posledice pandemije	16
Ukrepi za zamejitev širjenja covida-19 v času izvedbe prve presečne raziskave SI-PANDA	20
Ukrepi za zamejitev širjenja covida-19 v času izvedbe druge presečne raziskave SI-PANDA	20
2. METODOLOGIJA	27
Namen in cilji raziskave	27
Vzorec	27
Način zbiranja podatkov	28
Stopnja odgovorov v raziskavi	28
Uteževanje	29
Analiza rezultatov in statistične metode	31
Uporabljene pojasnjevalne spremenljivke	31
Vprašalnik	32
Prednosti in slabosti raziskave	33
3. ZDRAVSTVENO STANJE	35
4. OKUŽBE Z VIRUSOM SARS-CoV-2	49
5. DUŠEVNO ZDRAVJE IN PSIHOLOŠKA ODPORNOST MED PANDEMIJO	59
Pozitivno duševno zdravje	64
Težave v duševnem zdravju	67
Psihološka odpornost	71

6. DOSTOPNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA MED PANDEMIJO	81
Potrebe po zdravstvenih obravnavah	84
Način izvajanja zdravstvenih obravnav	92
7. NEFARMAKOLOŠKI UKREPI ZA OMEJEVANJE PANDEMIJE	103
8. CEPLJENJE PROTI COVIDU-19	123
9. PREHRANA MED PANDEMIJO	137
Spremembe v prehranskem vedenju v času trajanja epidemije covida-19	140
Prehranske izbire v času epidemije covida-19	143
Spremembe v prehrani v primerjavi z obdobjem pred epidemijo covida-19	146
Vpliv finančnega stanja na prehrano v obdobju pandemije covida-19	151
Vpliv pandemije covida-19 na uživanje večjih količin hrane, pripravo obrokov doma in pojavnost debelosti	154
10. TELESNA AKTIVNOST MED PANDEMIJO	169
Kako je pandemija covida-19 vplivala na telesno aktivnost	171
Telesna aktivnost v zadnjih dveh tednih	176
Posamezne oblike telesne aktivnosti	179
Sedenje	181
11. SPANJE MED PANDEMIJO	189
12. UPORABA TOBAČNIH IN POVEZANIH IZDELKOV MED PANDEMIJO	199
Kajenje tobaka (cigaret, cigar, cigariloso ali pip)	202
Opuščanje kajenja	212
Uporaba brezdimnih tobačnih izdelkov in povezanih izdelkov (ogrevani tobačni izdelki, elektronske cigarete)	213
Uporaba vsaj enega od tobačnih in povezanih izdelkov (cigarete, cigare, cigarilosi, pipe tobaka, brezdimni tobačni izdelki, ogrevani tobačni izdelki, elektronske cigarete)	217
Kajenje v bivalnih prostorih v času pandemije covida-19	219
13. PITJE PIJAČ, KI VSEBUJEJO ALKOHOL, MED PANDEMIJO	229
Abstinenti in pivci pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih	232
Spremembe v pitju pijač, ki vsebujejo alkohol	238

14. NASILJE V DRUŽINI MED PANDEMIJO	255
Vpliv na področja življenja – družinski odnosi	259
Pojavnost različnih oblik nasilja	261
Fizično nasilje	262
Psihično nasilje	263
Spolno nasilje	264
Ekonomsko nasilje	265
Omejevanje stikov in svobode	266
Povzročitelji nasilja	267
Vpliv pandemije covida-19 na pojav družinskega nasilja	268
15. DOŽIVLJANJE PANDEMIJE, PANDEMSKA IZČRPANOST IN VPLIV PANDEMIJE NA KOGNITIVNE SPOSOBNOSTI	277
16. UPORABA IN ZAUPANJE VIROM INFORMACIJ O COVIDU-19	289
17. RAZŠIRJENOST NAGNJENOSTI K TEORIJAM ZAROT	307
KAZALO SLIK	320
KAZALO PREGLEDNIC	322
STVARNO KAZALO	326
PRILOGA 1	330
PRILOGA 2	342

1. UVOD



Uvod

AVTORICE: *Ada Hočevar Grom, Helena Jeriček Klanšček, Kristina Zadravec, Monika Brovč, Ema Ahačič, Marina Šinko*

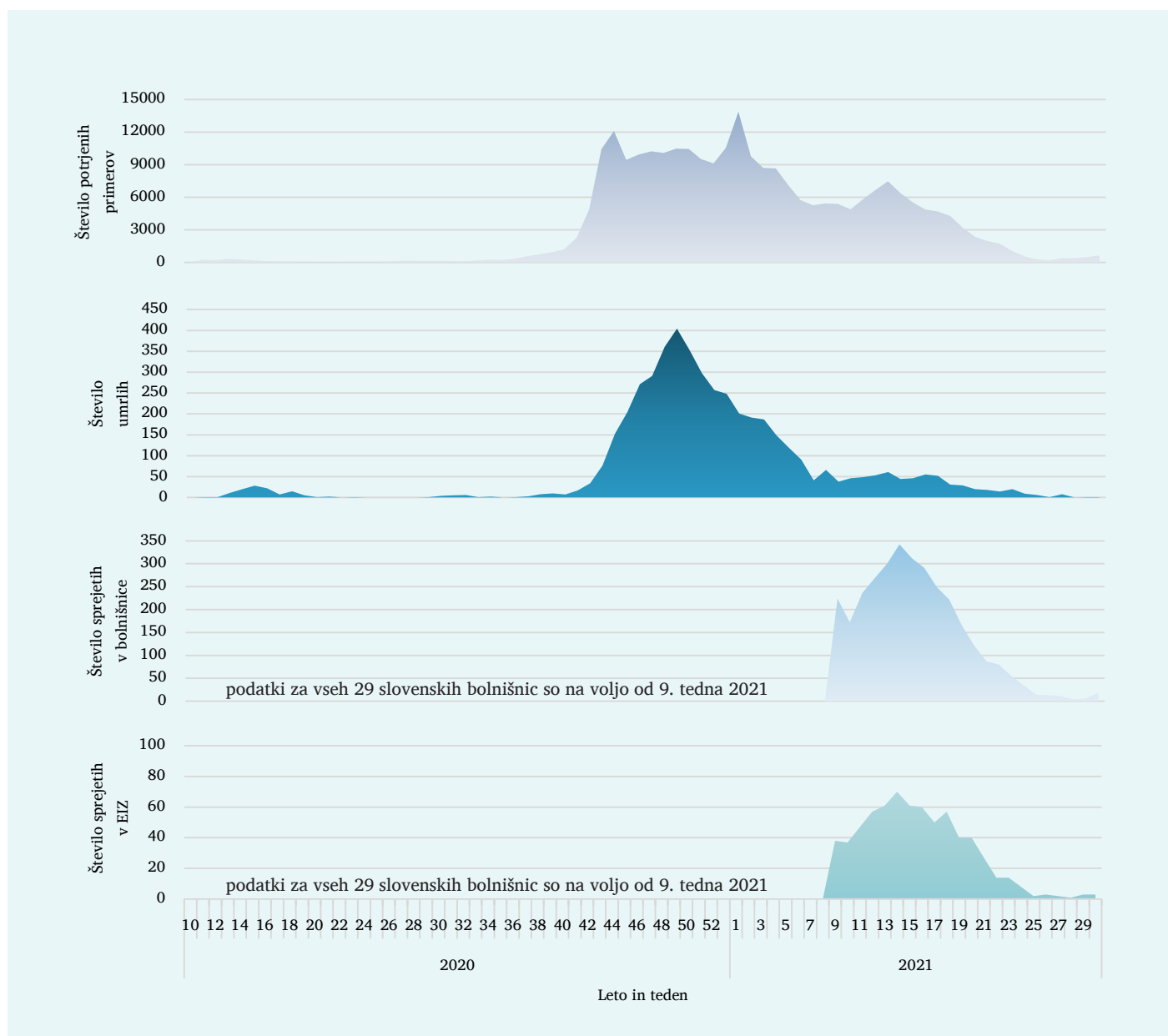
Pandemija covid-19 v Sloveniji

Decembra 2019 je Wuhan v provinci Hubei na Kitajskem postal središče izbruha pljučnice neznanega vzroka, ki je vzbudil veliko pozornosti ne le na Kitajskem, temveč tudi na mednarodni ravni. Do 7. januarja 2020 so kitajski znanstveniki izolirali nov koronavirus pri bolnikih v Wuhanu (Wang idr., 2020). Virus, imenovan SARS-CoV-2, se je hitro širil v druge države po svetu, zato je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) 30. januarja 2020 razglasila izredne razmere mednarodnih razsežnosti na področju javnega zdravja. Bolezen, ki je bila posledica okužbe s SARS-CoV-2, je SZO 11. februarja 2020 uradno poimenovala koronavirusna bolezen 2019 (covid-19), natanko čez en mesec pa je izbruh opredelila kot pandemijo (Shi idr., 2020; World health organization [WHO], b. d.). SZO je do sredine novembra 2020 poročala o več kot 54 milijonih potrjenih primerih in več kot 1 milijonu smrti, ki jih je mogoče pripisati covidu-19 (WHO, 2020e).

Prvi primeri covid-19 v Evropi so bili vneseni iz Kitajske in potrjeni konec januarja 2020 v Franciji in Nemčiji (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2022b). Februarja 2020 je obsežen izbruh zajel sosednjo severno Italijo in 19. marca 2020 je skupno število potrjenih smrti zaradi covid-19 v Italiji (3.407) preseglo skupno število potrjenih smrti zaradi covid-19 na Kitajskem (3.253) (WHO, 2020b). Dne 28. marca 2020 je skupno število potrjenih primerov covid-19 v ZDA (85.228) preseglo skupno število primerov na Kitajskem (82.213) in ZDA so postale država z največjim številom potrjenih primerov na svetu (WHO, 2020c).

Prvi primer covid-19 v Sloveniji smo potrdili 4. 3. 2020 pri osebi, ki je pripotovala iz Maroka. Dne 12. 3. 2020 je Vlada Republike Slovenije razglasila epidemijo. Uvedeni so bili številni ukrepi za zamejevanje in obvladovanje širjenja okužbe s SARS-CoV-2 (NIJZ, 2022b). Na dan, ko je bila v Sloveniji razglašena epidemija, je bilo po podatkih SZO po vsem svetu potrjenih skupno 125.260 primerov covid-19, zaradi covid-19 pa je skupno umrlo 4.613 ljudi (WHO, 2020a). Mesec dni pozneje, 12. 4. 2020, so se številke povzpele na skupno 1.696.588 potrjenih primerov covid-19 in skupno 105.952 potrjenih smrti po vsem svetu, v Sloveniji pa smo do takrat beležili skupno 1.213 potrjenih primerov in skupno 61 smrti (NIJZ, 2022a; WHO, 2020d).

Slika 1 prikazuje število potrjenih primerov okužb s SARS-CoV-2, število umrlih zaradi covid-19, število potrjenih primerov covid-19, sprejetih v bolnišnico in število potrjenih primerov covid-19, sprejetih v enote intenzivnega zdravljenja.



Slika 1: Število potrjenih primerov okužb s SARS-CoV-2, število umrlih zaradi covid-19, število potrjenih primerov covid-19, sprejetih v bolnišnico in število potrjenih primerov covid-19, sprejetih v enote intenzivnega zdravljenja od marca 2020 do julija 2021*

*Razlaga spremenljivk od zgoraj navzdol: tedensko število potrjenih primerov okužb s SARS-CoV-2; tedensko število umrlih zaradi covid-19 kot osnovnega vzroka smrti; tedensko število potrjenih primerov covid-19, sprejetih v bolnišnico, in tedensko število potrjenih primerov covid-19, sprejetih v enote intenzivnega zdravljenja (EIZ).

Do septembra 2020 smo imeli v Sloveniji relativno stabilno obdobje pojavljanja potrjenih primerov, nato je pa to število začelo relativno hitro naraščati in je ostalo visoko do konca leta 2020. V letu 2020 (10.–53. teden) je tako bilo pri nas potrjenih 125.309 primerov okužbe s SARS-CoV-2 (6 % prebivalcev) (NIJZ, 2022b). Ob vstopu v leto 2021 smo v prvem tednu dosegli nov vrh okužb z 10.734 potrjenimi primeri, nato je število okužb pričelo upadati. Naslednji vrh okužb se je pojavil v 13. tednu leta 2021 s 6.992 potrjenimi primeri, ko se je ravno zaključevala izvedba prve presečne raziskave SI-PANDA (raziskava o vplivu pandemije na življenje). V času izvedbe druge presečne raziskave SI-PANDA (18.–28. teden 2021) je sledil postopen upad števila potrjenih primerov vse do 25. tedna z 234 primeri potrjenih okužb, ki je nato do konca prvega polletja 2021 ostalo na relativno podobni nižji ravni.

Prvi vrh umrljivosti zaradi osnovnega vzroka smrti covid-19 smo na začetku epidemije pri nas beležili v 15. tednu 2020, ko je umrlo 28 oseb (NIJZ, b. d.b). Porastu števila potrjenih primerov okužb s SARS-CoV-2 septembra 2020 je v oktobru 2020 sledil porast umrljivosti zaradi osnovnega vzroka smrti covid-19, ki je dosegel vrh v 49. tednu 2020 s 437 umrlimi. Tedensko število umrlih je nato postopoma upadalo, kljub temu da je število potrjenih primerov okužb ostajalo visoko, vse do 60 umrlih v 7. tednu 2021. Za tem je število umrlih zaradi osnovnega vzroka smrti covid-19 ostalo na relativno podobni ravni vse do 17. tedna 2021 (63 umrlih), čeprav je v istem obdobju ponovno prišlo do porasta števila potrjenih primerov okužb (z vrhom v 13. tednu 2021). Po 17. tednu 2021 je število umrlih ponovno upadalo. Najnižje število je bilo ena umrla oseba v 28. tednu 2021.

V Sloveniji je v letu 2020 umrlo 3.390 prebivalcev (161,4/100.000 prebivalcev) in v letu 2021 3.062 prebivalcev (145,3/100.000 prebivalcev), pri katerih je bil covid-19 opredeljen kot osnovni vzrok smrti (NIJZ, b. d.a).

Od 9. tedna 2021 dalje je bilo v nacionalno mrežo za epidemiološko spremljanje resnih akutnih okužb dihal (mrežo EPISARI) vključenih 29 slovenskih bolnišnic. Podatki EPISARI omogočajo tedensko spremljanje pogostosti hudo potekajočih akutnih okužb dihal s SARS-CoV-2, ki zahtevajo sprejem v bolnišnico. S slike 1 je razvidno, da je drugemu vrhu potrjenih primerov okužb v 13. tednu 2021 sledil tudi porast števila sprejetih v bolnišnice zaradi resne akutne okužbe dihal (angl. SARI) s potrjenim covidom-19, z najvišjim številom 342 sprejemov v 14. tednu 2021 (NIJZ, 2022c). Število sprejemov v bolnišnice zaradi covid-19 je nato upadalo tako kot tudi število potrjenih primerov okužb v državi. V 28. tednu 2021, v katerem se je zaključila druga presečna raziskava SI-PANDA, smo beležili najnižje število sprejemov v bolnišnice zaradi covid-19, v letu 2021, to je 4 sprejeme.

Število oseb s potrjenim covidom-19, ki so zdravljenje potrebovali v enotah intenzivne terapije (EIZ), je bilo v korelaciji s sprejemi zaradi enakega vzroka v bolnišnice. Po podatkih, ki so na voljo za 29 slovenskih bolnišnic od 9. tedna 2021 naprej, smo v opazovanem obdobju vrh sprejemov v EIZ beležili v 14. tednu 2021, in sicer je bilo sprejemov 70 (NIJZ, 2022c). Za tem je število sprejemov oseb s potrjenim primerom covid-19 upadalo (izjema je bil ponovni porast s 57 sprejemi v 18. tednu 2021). Podobno kot število sprejemov v bolnišnice iz enakega vzroka, je bilo število sprejemov v EIZ najnižje v letu 2021 prav v 28. tednu tega leta, ko je bila v EIZ sprejeta 1 oseba.

Razsežnosti in posledice pandemije

Pandemija covid-19 je močno spremenila naša življenja in omajala najosnovnejše temelje družbene blaginje pri nas in v svetu (OECD, 2020). Različni ukrepi za preprečevanje in obvladovanje bolezni, kot so nošenje maske v javnosti, vzdrževanje fizične razdalje, šolanje na domu, izogibanje javnim dogodkom, so porušili naš občutek nadzora in normalnosti. Pandemija covid-19 in posledično zaprtje države sta povzročila tudi velike gospodarske težave in ovire, zaradi česar so nekatera podjetja propadla, nekatera so morala spremeniti svoje pristope ali dejavnost. V tem času se je močno povečal odstotek zaposlenih, ki so delali od doma. Delo od doma in spremenjene razmere v službah, šolah in drugih inštitucijah v času pandemije naj bi poslabšali tako zadovoljstvo kot tudi angažiranost in učinkovitost zaposlenih. Kljub prilagodljivemu urniku so v času pandemije ženske izražale nezadovoljstvo predvsem pri neravnovesju med zasebnim in poklicnim življenjem, nezadovoljstvo med moškimi pa je bilo povezano z manjšimi možnostmi izobraževanja in usposabljanja v času covid-19 (Rožman idr., 2021). Poleg tega so se številni starši in razširjene družine spoprijemali s problemi varstva otrok in obveznostmi zaradi šolanja in dela na domu. Ker se je domače okolje spremenilo v šole in pisarne, so se delovne razmere mater in očetov v primerjavi s tistimi, ki nimajo/niso imeli otrok, precej spremenili. Starši so imeli manj časa na dan za plačano delo in so se med delom od doma soočali s pogostimi prekinitvami. V Sloveniji je bila v času prvega zaprtja inštitucij in omejitve gibanja (marec–maj 2020) izvedena spletna raziskava, katere namen je bil analizirati, kako je zaprtje vrtcev in šol med karanteno spremenilo razporeditev časa tistih staršev, ki so delali od doma, v primerjavi s tistimi, ki niso starši. Raziskava se je osredotočala tudi na razlike med vplivom karantene po spolu, statusu družine in sektorju zaposlitve. Glavna ugotovitev je bila, da so se pri slovenskih starših, ki so delali od doma, bistveno povečale obremenitve, povezane z neplačanim delom, kar se je delno odrazilo v zmanjšanju časa, namenjenega plačanemu delu in prostemu času (Bartolj idr., 2022). Slovenski starši so namreč poročali o približno 2 urah manj plačanega dela in 4 urah več neplačanega dela na dan v času karantene v primerjavi s tistimi, ki nimajo otrok. Rezultati so pokazali tudi, da so ženske pred karanteno opravljale več neplačanega dela in uživale manj prostega časa kot moški, vendar karantena ni dodatno povečala neenakosti med spoloma.

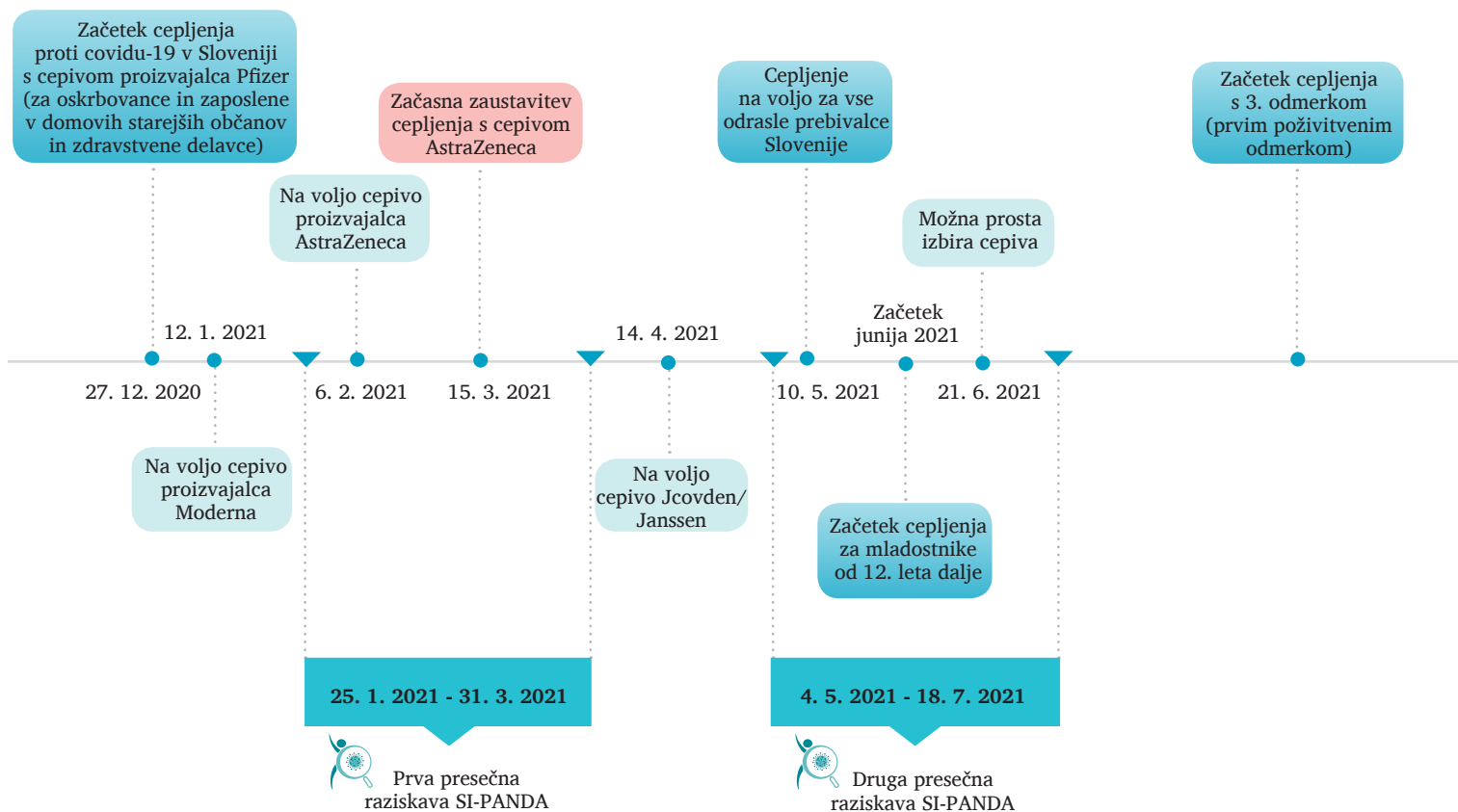
Pandemija je vplivala tudi na transport in vse vrste poslovnih prevozov po celem svetu. Zaradi omejitev so bili prekinjeni vsi domači leti, železniške storitve (razen tovornih vlakov), avtobusni prevozi, tovorni prevozi in prevozi vozil, s posebno izjemo tistih, povezanih z osnovnimi dobrinami. V skoraj vseh državah, ki jih je prizadel covid-19, so bile zaprte izobraževalne, komercialne, športne in duhovne ustanove (Chakraborty in Maity, 2020). Zaprtje šol, parkov, igrišč in rekreacijskih objektov je zmanjšalo možnosti za ohranjanje aktivnega življenjskega sloga. Da bi razumeli učinke pandemije covid-19 in različnih ukrepov na telesno dejavnost in čas, preživet pred zasloni, je bila v Evropi približno dva meseca po tem, ko je SZO razglasila globalno pandemijo, izvedena spletna anketa (Kovacs idr., 2022). Namen raziskave je bil preučiti telesno dejavnost in čas, preživet pred zasloni, med evropskimi šoloobveznimi otroki v tem obdobju ter razumeti, kateri dejavniki so lahko povezani z upoštevanjem smernic glede telesne dejavnosti in časa pred zaslonom v teh posebnih okoliščinah. Po priporočilih bi morali biti otroci in mladostniki vsaj 60 minut na dan zmerno do intenzivno telesno dejavni in preživeti največ dve uri na dan pred zasloni (Bull idr., 2020). Rezultati študije, ki so jo izvedli Kovacs in sodelavci (2022) so pokazali, da je imela Slovenija najvišji delež dovolj aktivnih otrok v primerjavi z drugimi evropskimi državami. Poleg tega se je izkazalo, da so otroci v Sloveniji največ časa preživeli z igranjem na prostem tako ob delovnikih kot vikendih. Zanimivo je, da je bil v Sloveniji v primerjavi z drugimi evropskimi državami tudi najvišji delež otrok, ki so izpolnjevali priporočilo o času, preživetem pred zasloni (Kovacs idr., 2022). Raziskava, izvedena aprila 2020, med starejšimi od 18 let, ki je ocenjevala razlike med Italijo in Slovenijo v vsakodnevnih praksah, povezanih z zdravjem, zaradi covid-19, je pokazala, da se je v Italiji (65 %) bolj povečala telesna nedejavnost kot v Sloveniji (21 %) (Pišot idr., 2022). Ugotovljeno je bilo, da se je čas, porabljen za športno aktivnost, v Sloveniji povečal (za 9,7 %), medtem ko se je v Italiji zmanjšal (za 37 %).

Poleg izzivov, vezanih na telesne dejavnosti, so se pojavile tudi spremembe v prehranjevalnih navadah ljudi. V prvi vrsti so se spremenile nekatere nakupovalne navade slovenskega prebivalstva. Presečna spletna anketa med 2.680 prebivalci Danske, Nemčije in Slovenije je pokazala, da je glede na vrsto hrane 15–42 % udeležencev med pandemijo spremenilo pogostost nakupovanja določenih živil (Janssen idr., 2021). Največje spremembe so bile zaznane pri povečanih nakupih zamrznjene in konzervirane hrane, tort ter piškotov. Dejavniki, povezani s povečanjem in zmanjšanjem frekvenc uživanja različnih kategorij živil pri posameznikih, so bili predvsem omejitve, izgube dohodka in sociodemografske značilnosti (Janssen, idr., 2021; Vukasović, 2021). V času zaprtja je bilo v porastu predvsem nakupovanje po spletu (Vukasović, 2021). V študiji, izvedeni na Fakulteti za vede o zdravju v začetku leta 2020, so raziskovali vpliv karantene zaradi covid-19 na spremembe prehranjevalnih navad, telesne dejavnosti in serumskih markerjev pri odraslih Slovencih ($n = 38$). Ugotovili so slabšo kakovost prehrane v času zaprtja javnega življenja (indeks zdravega prehranjevanja se je zmanjšal s 64,59 na 61,08), vendar pa se je po koncu zaprtja kakovost prehrane spet izboljšala (Bogataj Jontez idr., 2021). Kljub nižjim stopnjam telesne aktivnosti med karanteno niso opazili bistvenih sprememb v telesni sestavi. Opaziti je bilo znatno povečanje serumske glukoze, skupnega holesterola in lipoproteina nizke gostote (LDL) po zaprtju. Povišanje ravni glukoze v serumu je bilo izrazito pri osebah z večjim povečanjem energijskega vnosa, povečanim vnosom omega-6-maščobnih kislin, pri tistih, ki so bili izpostavljeni več tveganim stikom, in tistih, ki niso bili aktivni v naravi.

Poleg neposrednih učinkov na različna vedenja, delovna mesta in dohodke je pandemija povečala tesnobo in zaskrbljenost ljudi, kar je vplivalo na socialne odnose, zaupanje v druge ljudi in institucije, osebno varnost in občutek pripadnosti (OECD, 2020). Pandemija covid-19 je povzročila tudi večje strahove, skrbi in negotovost, kar je povečalo možnost za slabše duševno zdravje. V petih dneh po razglasitvi pandemije v Sloveniji je 2.722 oseb izpolnilo spletno anketo, v kateri so merili duševno zdravje in zaznavanje stresa ter z zdravjem povezane spremenljivke in osebno odpornost (Kavčič idr., 2021). Hierarhične logistične regresijske analize so pokazale, da so imeli ženske, mlajši in manj izobraženi udeleženci med izbruhom covid-19 več možnosti za manj ugodno psihološko delovanje. Poleg tega so slabši zdravstveni kazalniki in zaskrbljenost zaradi okužbe s covidom-19 napovedovali slabše psihološko delovanje. Ključni dejavnik za spodbujanje dobrega psihološkega delovanja med pandemijo covid-19 je bila odpornost, ki je dodatno varovala pred škodljivimi učinki različnih dejavnikov na duševno zdravje in zaznani stres (Kavčič idr., 2021). Podlesek in Kavčič (2020b) sta aprila 2020 s spletno raziskavo med odraslimi Slovenci ($n = 1.359$) preučevala, ali se intenzivnejše čustveno doživljanje med pandemijo covid-19 odraža v spremenjenem kognitivnem delovanju. Zaznano je bilo poslabšanje sposobnosti oseb, ki je bilo posledica utrujenosti, poslabšanja kakovosti spanja, negativnega čustvovanja ter vpliva omejitev. V istem času sta avtorja s spletno anketo zbirala podatke odraslih Slovencev ($n = 901$) o izkušnjah med pandemijo covid-19, in sicer o čustvenih reakcijah in anksioznosti (Podlesek in Kavčič, 2020a). Večjo nagnjenost k anksioznosti je bilo zaznati med ženskami ter brezposelnimi osebami, samskimi in študenti (Podlesek in Kavčič, 2020a; Podlesek in Kavčič, 2021). Negativni vpliv pandemije na duševno zdravje slovenskih študentov so potrdili tudi Cesar in sodelavci (2020) v svoji raziskavi. V začetku leta 2021 (februar–marec) so izvedli spletno anketo, ki je pokazala, da je imelo več kot polovica (54,9 %) anketiranih študentov prisotne zmerne do resne simptome depresije in anksioznosti (51,3 %), pogostejši so bili pri ženskah. Približno 5 % anketiranih je poročalo o prisotnosti samomorilnih misli skoraj vsak dan. Med študenti je bila zaznana splošna anksioznost, povezana predvsem z zaznanim vplivom omejitev (Podlesek in Kavčič, 2021), najbolj ovirani so bili odnosi s prijatelji in možnost vzpostavljanja novih intimnih odnosov (Levpuček in Poredoš, 2022). Visoke stopnje psihološke stiske so bile povezane tudi s spremenjeno uporabo tobaka in alkohola (Vanderbruggen idr., 2020). Samoocenjene spremembe rabe alkohola in tobaka v prvih mesecih pandemije covid-19 so v okviru Evropske raziskave o rabi alkohola in covidu-19 zabeležili pri 495 odraslih Slovencih (Radoš Krnel idr., 2022). V anketni raziskavi, izvedeni v Sloveniji med 14. majem in 30. junijem 2020, je približno polovica anketirancev poročalo, da se v prvih mesecih pandemije pogostost pivskih priložnosti pri njih ni spremenila, medtem ko jih je 26 % poročalo o zmanjšanju in 24,2 % o povečanju uživanja alkohola (Radoš Krnel idr., 2022). Pri tistih, ki so bili v stiski zaradi finančnih izgub, pa je bil opazen 4-krat višji porast pitja alkohola kot pri drugih. Prav tako je približno polovica anketirancev poročalo o povišani rabi tobaka, zmanjšanje pa je bilo opazno pri 20 % anketirancev.

Med pandemijo covid-19 sta bila motena tudi zagotavljanje in dostop do zdravstvenih storitev. Čeprav so bile vse nenujne zdravstvene storitve ustavljene, so bile onkološke storitve v Sloveniji uvrščene na seznam izjem (Zadnik idr., 2020). Ker pa je zdravljenje in obvladovanje raka odvisno tudi od drugih zdravstvenih storitev, so v Sloveniji analizirali podatke (od novembra 2019 do maja 2020), da bi ugotovili, ali je to vplivalo na postavljanje diagnoz in zdravljenje različnih oblik rakavih obolenj v Sloveniji. V primerjavi s povprečjem (november 2019–februar 2020) je bilo zmanjšanje v aprilu 2020 približno 43-odstotno za patohistološke in 29-odstotno za klinične prijave raka ter 33-odstotno za napotitev na prvo, 46-odstotno za napotitev na kontrolno obravnavo in 85-odstotno za napotitev na genetsko svetovanje. Avtorji so sicer navedli, da je bilo zmanjšanje pričakovano, vendar ne trdijo z gotovostjo, da je bila to posledica vpliva pandemije (Zadnik idr., 2020).

Poleg vseh preventivnih ukrepov se cepljenje kaže kot eden od ključnih ukrepov v boju proti virusu SARS-CoV-2. Čeprav zdravstvena stroka cepljenje splošno priznava kot učinkovit način za zmanjšanje ali odpravo bremena nalezljivih bolezni, je njegova korist odvisna tudi od pripravljenosti posameznikov za cepljenje. Cepljenje proti covidu-19 se je v Sloveniji pričelo 27. decembra 2020. Sprva je potekalo s cepivom proizvajalca Pfizer/BioNTech. Zaradi omejenih količin cepiva so bili naprej cepljeni oskrbovanci in zaposleni v domovih za starejše občane (DSO) ter nekateri zdravstveni delavci. Cepljenje je nato potekalo glede na dobavo cepiva po vnaprej določenih prednostnih skupinah: zdravstveni delavci ter zaposleni in oskrbovanci v DSO in socialno-varstvenih zavodih, osebe nad 80 let, 75 let, 70 let, posebej ranljivi kronični bolniki ne glede na starost, osebe, starejše od 65 let, zaposleni v vzgoji in izobraževanju, funkcionarji, zaposleni v policiji in slovenski vojski ..., nato pa še vsi drugi prebivalci po vrstnem redu glede na oddane prijave za cepljenje. V začetku leta 2021 je bilo cepljenje možno tudi s cepivoma Moderna in AstraZeneca. Sprva sta se za osebe, starejše od 65 let, uporabljali cepivi mRNA, cepivo AstraZeneca pa le pri osebah, starih 18–64 let. Cepivo Janssen je bilo na voljo od aprila 2021. Zaradi zelo omejenih količin cepiv ni bilo možno izbirati. 15. marca 2021 je bilo začasno prekinjeno cepljenje s cepivom AstraZeneca zaradi razjasnitve trombemboličnih dogodkov v časovni povezavi s cepljenjem, ki so se pojavili v nekaterih državah. Maja 2021 so se lahko cepili vsi odrasli prebivalci, od konca junija 2021 pa je bila možna tudi prosta izbira cepiva (slika 2).



Slika 2: Cepljenje proti covidu-19 v Sloveniji

Belščak Čolaković in sodelavci (2020) so želeli preučiti razloge, ki botrujejo odločitvam za cepljenje in proti. S tem namenom so s pomočjo kvalitativne metode skupinskega pogovora (fokusne skupine) z udeleženci razpravljali o odnosu do pandemije, cepljenja in cepiv proti covidu-19. Udeleženci so v večini imeli pozitiven odnos do cepljenja proti covidu-19, menili so, da je cepljenje edina pot za izhod iz pandemije in sproščanje ukrepov. Glavni pomisleki proti cepljenju so bili predvsem hitrost razvoja cepiv ter možni kratkoročni in dolgoročni stranski učinki po cepljenju. Poleg tega so menili, da je na voljo veliko informacij, ki pa so nekonsistentne, nasprotujoče si in včasih preveč strokovne. Med vsemi temi informacijami je bilo težko prepoznati verodostojnejše oziroma tiste, ki so bile vredne zaupanja. Problem obotavljanja glede cepljenja ni bil nov, vendar je z novimi cepivi proti covidu-19 postal izrazitejši. V Slovenji je bila decembra 2020 izvedena presečna spletna raziskava, s katero so ugotavljali stališča prebivalcev do cepljenja proti covidu-19 ter dejavnike, ki na ta stališča vplivajo (Petračič idr., 2021). Na podlagi 12.042 izpolnjenih vprašalnikov je bilo ugotovljeno, da je bila večja želja po cepljenju med moškimi, starejšimi, zdravniki, študenti medicine, anketiranci, ki so se cepili proti gripi, tistimi, ki so poznali koga, ki je bil hospitaliziran ali je umrl zaradi covid-19, in tistimi, ki bolj zaupajo strokovnjakom, institucijam in cepivom. Nezaupanje v cepivo je bilo pogostejše med medicinskimi sestrami, tehniki (Petrovič idr., 2021) in študenti (Vrdelja idr., 2021). Rezultati te študije so pokazali, da se slaba tretjina študentov ni nameravala cepiti in prav toliko je bilo še neodločenih. V času pandemije so se pojavile tudi številne novice z lažnimi sporočili in informacijami, ki so v ljudeh vzpodbudili strah in negotovost (t. i. infodemija). Večjo nagnjenost k tovrstnim teorijam zarot je bilo v Sloveniji opaziti med ženskami, tistimi s slabšo finančno situacijo in tistimi z nižjo izobrazbo (Žagar idr., 2020). Ker je Slovenija država z razmeroma nizko stopnjo zaupanja v politične inštitucije, se je to pokazalo tudi z manjšim upoštevanjem preventivnih ukrepov (Hafner - Fink in Uhan, 2021).

V začetku decembra 2020 je Nacionalni inštitut za javno zdravje pričel izvajati spletne panelne raziskave SI-PANDA, katerih cilj je bil raziskati vpliv pandemije covid-19 na življenje ljudi. Ponovitve raziskav so se sprva izvajale na štirinajst dni, pozneje enkrat na mesec, nato pa so se po nekajmesečnem premoru začele ponovno izvajati septembra 2022, in sicer enkrat mesečno. Izvajale so se med osebami, stariimi 18–74 let. Merski inštrument, uporabljen v raziskavah, je bil zasnovan v sodelovanju s Svetovno zdravstveno organizacijo in prilagojen razmeram v Sloveniji. Nato se je sčasoma spreminjal z dodajanjem vprašanj, ki so se v določenih valovih epidemije izkazala kot pomembna za raziskovanje. Sprva je bilo to upoštevanje ukrepov za preprečevanje širjenja virusa SARS-CoV-2, ki je bilo vseskozi zelo visoko, pa tudi podpiranje v tistem času veljavnih ukrepov, med katerimi je bilo v prvih izvedbah raziskave najbolj podprto nošenje maske v javnosti. Vsaj polovica oseb pa je ves čas merjenja podpore aktualnim ukrepom te označilo kot pretirane. Preverjali so tudi namero za cepljenje, ki v prvih izvedbah raziskave še ni bilo na voljo oziroma je bilo dostopno le za določen del prebivalstva. Ves čas merjenja je približno polovica oseb izražala, da se bodo cepile, ko bo cepivo zanje na voljo. Po podatkih raziskave iz septembra 2022, ko je bila večina polnoletnih Slovencev cepljena z osnovnimi odmerki (68 %) (Elektronski register cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju, 2022), je le dobra četrtina oseb v raziskavi navajala, da se ne namerava ali ne more cepiti iz zdravstvenih razlogov. V raziskavah so bile aktualne tudi tematike o testiranju na virus SARS-CoV-2, življenjskem slogu, finančnem stanju v času pandemije, zaupanju v osebe in institucije, da ustrezno obvladujejo pandemijo, kjer je bilo ves čas merjenja izraženo največje zaupanje v osebnega zdravnika. V vseh ponovitvah raziskave je bil vključen tudi sklop o duševnem zdravju, s katerim so raziskovalci ugotavljali pojavnost duševnih težav ali depresivnih simptomov. Težave v duševnem zdravju ali simptomi depresije so bili prisotni pri vsaj 26 % oseb, delež je nihal skozi izvedbe raziskave vse do 40 %. V času trajanja pandemije so bile težave v največji meri prisotne pri najmlajši starostni skupini (od 18 do 29 let), zajeti v raziskavo. V poznejših raziskavah, izvedenih od decembra 2021 naprej, je postala zelo aktualna tematika o dolgotrajnem covidu ali postcovidnem sindromu oziroma posledicah, ki jih lahko ljudje občutijo na svojem zdravju in počutju po preboleli okužbi z virusom SARS-CoV-2. Pri tem so anketirane osebe najpogosteje poročale o težavah v povezavi s slabim počutjem, utrujenostjo in pomanjkanjem energije. V povprečju so osebe, ki so navajale težave po preboleli okužbi, v vseh raziskavah poročale o dveh težavah, ki so ju zaznali po prebolelem covidu-19. Ključne ugotovitve spletnih panelnih raziskav SI-PANDA so objavljene v poročilih, ki so dostopna na spletni strani NIJZ:

<https://nijz.si/zivljenjski-slog/izsledki-panelne-spletne-raziskave-si-panda/>.

Ukrepi za zamejitev širjenja covid-19 v času izvedbe prve presečne raziskave SI-PANDA

Pred začetkom izvajanja prve presečne raziskave so bili v veljavi številni ukrepi, ki so vplivali na doživljanje, življenje in zdravje ljudi in nam pomagajo razumeti celoten kontekst odgovorov in ugotovitev (slika 3). Od 19. 10. 2020 je pouk potekal na daljavo za učence OŠ od 6. razreda naprej ter za srednje in glasbene šole. Prepovedane so bile vse prireditve in športne dejavnosti razen za vrhunske športnike. Nočni klubi in kinematografi niso obratovali. Gostinski lokali, hoteli, trgovski centri, frizerski in kozmetični saloni pa tudi dijaški in študentski domovi so bili zaprti. Javni prevoz je bil omejen. Vrtci so bili odprti samo za nujno varstvo. Od 4. 1. 2021 je bila dovoljena samostojna ali vodena športna rekreacija posameznikov ob upoštevanju razdalje in omejitev (1 udeleženec na 50 kvadratnih metrov in 5 m medsebojne razdalje), vendar so se v začetku januarja fitnesi, bazeni in športne dvorane (razen za izjeme), muzeji in galerije zaprli, v knjižnicah pa je bil dovoljen le prevzem. Ob začetku izvajanja presečne raziskave je postopoma prihajalo do sproščanja ukrepov. Ob koncu januarja so se v nekaterih regijah odprli vrtci in šole za prvo triado učencev, ampak so se potem v posameznih regijah ponovno zaprli. Omejeno je bilo število izjem za prečkanje meje brez negativnega testa ali karantene.

V začetku februarja 2021 so se odprle vse trgovine do 400 m², kozmetične storitve, individualno strokovno izobraževanje in šole za prvo triado v vseh regijah. Ukinjene so bile kontrolne točke na mejah, prestop meje je bil možen brez karantene in testa za cepljene ter prebolele. 15. 2. 2021 je bila ukinjena prepoved prehajanja med občinami ali regijami, dovoljeno je bilo zbiranje do 10 ljudi, odprle so se vse trgovine in osnovne šole za vse triade, srednje šole za zaključne letnike, na univerzah pa so bili dovoljeni izpiti in vaje do 10 ljudi. Prav tako je bila istega dne dovoljena brezkontaktna športno-rekreativna vadba v skupini do 10 oseb ob upoštevanju 2 m razdalje. V začetku marca so se vrnil v šolo vsi srednješolci, dijaški domovi so se ponovno odprli. Konec marca 2021 je prišlo do spremembe omejitve gibanja iz 21.–6. ure na 22.–5. uro in prepovedi potovanja v rdeča območja (razen za cepljene in prebolele), uveden je bil strožji režim na meji (sprejeti le s testom PCR iz EU/Schengena, prečkanje meje le na kontrolnih točkah).

Ukrepi za zamejitev širjenja covid-19 v času izvedbe druge presečne raziskave SI-PANDA

1. 4. 2021 so spet stopili v veljavo strožji ukrepi (slika 3). Vlada RS je na predlog strokovne skupine za obvladovanje epidemije pri ministrstvu za zdravje sprejela ukrep skorajda popolne zaustavitve javnega življenja, ki je trajal od 1. do vključno 11. aprila. V tem obdobju je bilo prepovedano gibanje med regijami, zbiranje ljudi, slavlja, shodi, poroke, praznovanja in kolektivno uresničevanje verske svobode. Šole in vrtci so se zaprli, tudi nenujne trgovine, muzeji in galerije. Športna dejavnost, razen za vrhunske športnike, je bila ponovno prepovedana. Omejen je bil javni potniški promet in delo na lokaciji v javni upravi. Obvezno je bilo nošenje mask tudi na prostem, kar se je potem 10. 4. 2021 spremenilo v pogoj, kadar ni možno zagotoviti 1,5 m razdalje. V sredini meseca aprila so se ukrepi že nekoliko sprostili; odprle so se osnovne šole in vrtci za vse, srednje šole po modelu C in določene vrste pouka v glasbenih šolah. Nočna omejitev gibanja med 22. in 5. uro je bila odpravljena. Odprle so se vse trgovine in večina storitev; za nekatere se je bilo treba redno testirati. Prav tako so se odprli knjižnice, muzeji in galerije, ponovno so bila dovoljena izobraževanja za voznike. Dovoljena je bila športno-rekreativna vadba do 10 ljudi (minimalna razdalja 2 m) in tekmovanja na najvišjih ravneh. Ponovno je bilo uvedenih več izjem za prehajanje meje brez karantene in dovoljeno potovanje izven države. Postopoma se je sprostila strežba na vrtovih in terasah med 7. in 19. uro v nekaterih in do konca meseca v vseh regijah. V rumenih regijah so se odprle tudi notranjosti restavracij. Dovoljeni so bili javni shodi do 100 ljudi in zbiranje do 10 ljudi. Ob koncu meseca aprila je bila odpravljena omejitev gibanja na statistične regije in dovoljeni so bili treningi v skupinah do 10 ter vsa športna tekmovanja (brez gledalcev, pogoj testiranja). Odprle so se vse šole, tudi univerze in visokošolski zavodi. Hkrati z začetkom izvajanja druge presečne raziskave v maju 2021 so lahko hoteli ponovno obratovali s 50-odstotno zasedenostjo, odprla se je notranjost restavracij v vseh regijah (s pogojem PCT – prebolel, cepljen, testiran). V sredini maja je bilo dovoljeno izvajanje kulturnih prireditev do

50-odstotne zasedenosti sedišč s pogojem PCT in zbiranje do 50 ljudi. Obratovalni čas restavracij in lokalov je bil omejen med 5. in 22. uro. Srednje šole in fakultete so sprostile vse ukrepe. Na organiziranih javnih shodih in prireditvah ni bilo več omejitve zbiranja, le predpisano upoštevanje razdalje. Ob koncu junija so se sprostile skoraj vse storitve in odpravila se je časovna omejitev delovanja lokalov in restavracij. Prišlo je do spremembe režima na meji; pogoj PCT za oranžne države in PCR test s karanteno za rdeče (razen za cepljene in prebolele). V juliju je bil ukinjen seznam držav po barvah, pogoj za vstop v državo pa je bil pogoj PCT ali 10-dnevna karantena (slika 3).

Namen publikacije je predstaviti ugotovitve prve in druge presečne raziskave SI-PANDA, povezane z različnimi vidiki zdravja, življenja, vedenjskih značilnosti prebivalcev Slovenije v času pandemije covid-19. Predstavili smo področja: duševno zdravje in psihološka odpornost, dostopnost zdravstvenega sistema, nefarmakološki ukrepi za omejevanje pandemije, cepljenje proti covidu-19, prehrana, telesna aktivnost, spanje, uporaba tobaknih in povezanih izdelkov, pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, nasilje v družini, doživljanje pandemije, pandemska izčrpanost in vpliv pandemije na kognitivne sposobnosti, poraba in zaupanje virom informacij o covidu-19 ter razširjenost nagnjenosti k teorijam zarot.

Prikazali smo ugotovitve po spolu, starostni skupini, doseženi stopnji izobrazbe, statusu aktivnosti, zakonskem stanu, v nekaterih poglavjih pa tudi glede na oceno osebne finančne situacije v zadnjih treh mesecih, prisotnost duševnih težav, prisotnost kroničnih bolezni, nekatere determinante zdravja (debelost, kajenje), cepljenje proti covidu-19, kohezijsko regijo bivanja, glede na značilnosti gospodinjstva, v katerem anketiranec biva (ali anketiranec živi sam v gospodinjstvu ali ne, ali živi z otroki, mlajšimi od 18 let) ipd. Rezultate smo primerjali z drugimi slovenskimi in tujimi raziskavami. V publikaciji zbrani podatki bodo nudili ključne informacije za strokovnjake in odločevalce o pandemski izčrpanosti splošne populacije ter vplivih epidemije covid-19 na življenje in zdravje prebivalcev Slovenije.

Za nami je pomembno in posebno obdobje v naši zgodovini in z raziskavo SI-PANDA smo želeli osvetliti, kako smo to obdobje preživljali in doživljali prebivalci Slovenije. Pomembno je, da ugotovitve tudi zapišemo, da bi vsaj nekaj spoznanj in izkušenj iz obdobja pandemije covid-19 ohranili tudi za prihodnje rodove.

VIRI IN LITERATURA

Bartolj, T., Murovec, N. in Polanec, S. (2022). Reported time allocation and emotional exhaustion during COVID-19 pandemic lockdown in Slovenia. *The Economic and Labour Relations Review*, 33(1), 117 – 137.

<https://doi.org/10.1177/10353046211070042>

Belščak Čolaković, A., Drev, A., Pucelj, V. in Šivec, N. (2020). Zakaj bi se cepili proti covidu-19 in zakaj ne: pogovor v fokusni skupini. V: B. Gabrovec, I. Eržen, A. Trop Skaza, M. Fafangel, M. Vrdelja in Š. Selak (ur.), *Javno zdravje in COVID-19: Zbornik povzetkov in recenziranih prispevkov*, Ljubljana 29. september 2021 (str. 136-141). Ljubljana: Znanstvena in strokovna konferenca.

https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/zbornik_povzetkov_in_recenziranih_prispevkov_javno_zdravje_in_covid-19.pdf

Bogatay Jontez N., Novak, K., Kenig, S., Petelin, A., Jenko Pražnikar, Z. in Mohorko, N. (2021). The Impact of COVID-19-Related Lockdown on Diet and Serum Markers in Healthy Adults. *Nutrients*, 13(4), 1082.

<https://doi.org/10.3390/nu13041082>

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... in Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451 – 1462. <http://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>

Cesar, K., Crnkovič, N., Gabrovec, B., Selak, Š. in Šorgo, A. (2020). Osebna prožnost in simptomi depresije ter anksioznosti med slovenskimi študenti v času epidemije covid-19. V: B. Gabrovec, I. Eržen, A. Trop Skaza, M. Fafangel, M. Vrdelja in Š. Selak (ur.), *Javno zdravje in COVID-19: Zbornik povzetkov in recenziranih prispevkov*, Ljubljana 29. september 2021 (str. 33-39). Ljubljana: Znanstvena in strokovna konferenca.

https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/zbornik_povzetkov_in_recenziranih_prispevkov_javno_zdravje_in_covid-19.pdf

Chakraborty, I. in Maity, P. (2020). COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention. *Science of the total environment*, 728(1), 138882. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138882>

- Elektronski register cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju (eRCO), NIJZ. (2022). Precepljenost proti covidu-19 v Sloveniji. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYWQ3NGE1NTMtZWJkMi00NzZmLWFiNDItZDc5YjU5MGRkOGMyIiwidCI6ImFkMjQ1ZGFLTQ0YTAiNGQ5NC04OTY3LTVjNjk5MGFmYTQ2MyIsImMiOiJ9>
- Hafner-Fink, M. in Uhan, S. (2021). Life and attitudes of Slovenians during the COVID-19 pandemic: the problem of trust. *International Journal of Sociology*, 51(1), 76–85. doi:10.1080/00207659.2020.1837480
- Janssen, M., Chang, B., Hristov, H., Pravst, I., Profeta, A. in Millard, J. (2021). Changes in food consumption during the covid-19 pandemic: analysis of consumer survey data from the first lockdown period in Denmark, Germany, and Slovenia. *Frontiers in nutrition*, 8, 635857. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.635857>
- Kavčič, T., Avsec, A. in Zager Kocjan, G. (2021). Psychological functioning of Slovene Adults during the COVID-19 pandemic: does resilience matter? *Psychiatric Quarterly*, 92, 207–216. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09789-4>
- Kovacs, V. A., Starc, G., Brandes, M., Kaj, M., Blagus, R., Leskošek, B., ... in Okely, A. D. (2022). Physical activity, screen time and the COVID-19 school closures in Europe – An observational study in 10 countries. *European Journal of Sport Science*, 22(7), 1094 - 1103. <https://doi.org/10.1080/17461391.2021.1897166>
- Levpušček, M. P. in Poredoš, M. (2022). Difficulties in the close social relationships of Slovenian students during the Covid-19 pandemic. *Center for Educational Policy Studies Journal*. <https://doi.org/10.26529/cepsj.1400>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2022a). *Dnevno spremljanje okužb s SARS-CoV-2 (COVID-19). Covid-19 v tedenskih številkah*. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/tedenski_prikaz_okuzeni20221114.xlsx
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2022b). *Epidemiološko spremljanje nalezljivih bolezni v Sloveniji v letu 2019 in 2020*. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/epidemiolosko_spremljanje_nalezljivih_bolezni_v_sloveniji_v_letu_2019_in_2020_0.pdf
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2022c). *Spremljanje covid-19 v bolnišnicah – EPISARI*. <https://podatki.gov.si/dataset/spremljanje-covid-19-v-bolnisnicah-episari>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (b. d. a). *Podatkovni portal. Umrli v povezavi s COVID-19, po spolu in starosti, Slovenija, letno*. https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal_1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva_02%20Umrli_4%20Umrli%20po%20vzroku%20smrti/10204008%202021.px/
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (b. d. b). *Zbirka podatkov o umrlih osebah (Zdravniško poročilo o umrli osebi, NIJZ 46)*
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). *COVID-19: Protecting people and societies*. Pridobljeno 18. 10. 2022 s <https://www.oecd.org/inclusive-growth/resources/COVID-19-Protecting-people-and-societies.pdf>
- Petrovič, L., Arh, R., Gabrovec, T., Jazbec, L., Rupčič, N., Starešinič, N., ... Slavec, A. (2021). Factors Affecting Attitudes towards COVID-19 Vaccination: An Online Survey in Slovenia. *Vaccines*, 9(3), 247. <https://doi.org/10.3390/vaccines9030247>
- Pišot, S., Šimunič, B., Gentile, A., Bianco, A., Lo Coco, Pišot, R., Drid, P. in Milovanović, I. (2022). The differences of Slovenian and Italian daily practices experienced in the first wave of covid-19 pandemic. *BMC Public Health* (22) 326. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12664-5>
- Podlesek A. in Kavčič V. (2020a). Samoocena anksioznosti med epidemijo COVID-19 v Sloveniji. *Psihologija pandemije: posameznik in družba v času koronske krize*, 105–116. <https://doi.org/10.4312/9789610603979>
- Podlesek A. in Kavčič V. (2020b). Stres in samozaznane kognitivne spremembe med epidemijo COVID-19. *Psihologija pandemije: posameznik in družba v času koronske krize*, 143–154. <https://doi.org/10.4312/9789610603979>
- Podlesek, A. in Kavčič, V. (2021). Generalised anxiety in Slovenian university students during the Covid-19 pandemic. *Journal of Contemporary Educational Studies*, 72(138), 322–341. <https://www.proquest.com/docview/2511382200?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Radoš Krnel, S., Kilian, C., Hovnik Keršmanc, M., Rožkar, M. in Koprivnikar, H. (2022). Changes in the use of alcohol and tobacco in Slovenia during the first wave of the SARS-COV-2 pandemic. *Slovenian Journal of Public Health*, 61(1), 6-13. <https://doi.org/10.2478/sjph-2022-0003>
- Rožman, M., Sternad Zabukovšek, S., Bobek, S. in Tominc, P. (2021). Gender differences in work satisfaction, work engagement and work efficiency of employees during the COVID-19 pandemic: the case in Slovenia. *Sustainability*, 13(16), 8791. <https://doi.org/10.3390/su13168791>
- Shi, Y., Wang, G., Cai, X. P., Deng, J. W., Zheng, L., Zhu, H. H., Zheng, M., Yang, B. in Chen, Z. (2020). An overview of COVID-19. *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 21(5), 343–360. <https://doi.org/10.1631/jzus.B2000083>

- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Van den Aemele, S. in Crunelle, C. L. (2020). Self-Reported Alcohol, Tobacco, and Cannabis Use during COVID-19 Lockdown Measures: Results from a Web-Based Survey. *European addiction research*, 26(6), 309–315. <https://doi.org/10.1159/000510822>
- Vrdelja, M., Klopčič, V. in Učakar, V. (2021). Namera za cepljenje proti covidu-19 skozi prizmo iskanja informacij in zaupanja v njihove vire pri študentski populaciji v Sloveniji. V B. Gabrovec, I. Eržen, A. Trop Skaza, M. Fafangel, M. Vrdelja in Š. Selak (ur.), *Javno zdravje in COVID-19: Zbornik povzetkov in recenziranih prispevkov*, Ljubljana 29. september 2021 (str. 128–135). Ljubljana: Znanstvena in strokovna konferenca. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/zbornik_povzetkov_in_recenziranih_prispevkov_javno_zdravje_in_covid-19.pdf
- Vukasović, T. (2021). Covid-19 pandemic influence on consumer buying behaviour. *International journal of management, knowledge and learning*, 10. <https://www.doi.org/10.53615/2232-5697.10.65-74>
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G. in Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet (London, England)*, 395(10223), 470–473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30185-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30185-9)
- World Health Organization. (2020a). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report - 52*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200312-sitrep-52-covid-19.pdf?sfvrsn=e2bfc9c0_4
- World Health Organization. (2020b). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report -60*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331600/nCoVsitrep20Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2020c). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report - 68*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200328-sitrep-68-covid-19.pdf>
- World Health Organization. (2020d). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report - 83*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200412-sitrep-83-covid-19.pdf?sfvrsn=697ce98d_4
- World Health Organization (WHO). (2020e). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Pridobljeno 18. 10. 2022 s <https://covid19.who.int/>
- World Health Organisation Regional Office for Europe. (b. d.). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>
- Zadnik, V., Mihor, A., Tomsic, S., Zagar, T., Bric, N., Lokar, K. in Oblak, I. (2020). Impact of COVID-19 on cancer diagnosis and management in Slovenia – preliminary results. *Radiology and oncology*, 54(3), 329 – 334. <https://doi.org/10.2478/raon-2020-0048>
- Žagar, J., Vrdelja, M., Rehberger, M., Lavtar, D. in Korošec, A. (2020). Nagnjenost k teorijam zarot v povezavi s covidom-19 med različnimi populacijskimi skupinami v sloveniji. V: B. Gabrovec, I. Eržen, A. Trop Skaza, M. Fafangel, M. Vrdelja in Š. Selak (ur.), *Javno zdravje in COVID-19: Zbornik povzetkov in recenziranih prispevkov*, Ljubljana 29. september 2021 (str. 184–193). Ljubljana: Znanstvena in strokovna konferenca. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/zbornik_povzetkov_in_recenziranih_prispevkov_javno_zdravje_in_covid-19.pdf



1. Presečna raziskava SI-PANDA
25. 1. 2021 – 31. 3. 2021

1.

val epidemije
4. 3. 2020 – 31. 5. 2020

4. 3. 2020

● Prvi potrjen primer okužbe s SARS-CoV-2 v RS

12. 3. 2020

● Razglasitev epidemije

Od konca aprila 2020 dalje

● Postopno sproščanje ukrepov

2.

val epidemije
oktober 2020 – marec 2021

19. 10. 2020

● Ponovna razglasitev epidemije

Od konca januarja 2021 dalje

● Postopno sproščanje ukrepov

3.

val epidemije
marec 2021 – julij 2021

Od 12. 4. 2021 dalje

● Postopno sproščanje ukrepov

16. 6. 2021

● Preklic epidemije

Slika 3: Ukrepi za zamejitev širjenja covid-19



Popolno zaprtje javnega življenja v državi

Prepoved obiskov v DSO

Zaprtje šol in vrtcev, dijaških in študentskih domov (pouk na daljavo)

Prepoved zbiranja in gibanja na javnih površinah

Prepoved javnega prevoza in zračnih prevozov

Prekinitev izvajanja nenujnih preventivnih zdravstvenih storitev

Zaprtje vseh nenujnih trgovin, gostinskih lokalov, hotelov, term, kinodvoran, muzejev ...

Prepoved opravljanja storitev: frizerstvo, kozmetične storitve in druge storitve

Prepovedane športno rekreacijske storitve

Omejeno izdajanje zdravil v lekarnah (za 1 mesec, 1 pakiranje)

Odpovedani specialistični pregeledi, operacije in druge nenujne oblike zdravljenja

Obvezna nošnja mask (zaščite za predel nosu in ust)

Popolno zaprtje javnega življenja v državi

Omejeno zbiranje oseb

Zaprti trgovski centri, nočni klubi, kinodvorane, gostinski lokali, hoteli

Omejeno prehajanje med regijami, kasneje občinami

Omejitev gibanja v nočnem času 21.00 – 6.00

Zaprtje šol in vrtcev, dijaških in študentskih domov – pouk na daljavo

Prepovedane prireditve in športne dejavnosti

Prepoved opravljanja storitev (frizerstvo in kozmetične storitve ...)

Omejen javni prevoz (kasneje prepovedan)

Obvezna nošnja mask v zaprtih javnih prostorih in na prostem

Popolno zaprtje javnega življenja v državi 1. – 10. april 2021

Zaprtje šol in vrtcev – pouk na daljavo

Zaprtje vseh nenujnih trgovin, muzejev, knjižnic, storitev, gostinskih lokalov

Omejen javni prevoz – počitniški vozni red

Prepovedano prehajanje med regijami

Prepovedano zbiranje

Obvezna nošnja mask, tudi na prostem

Prepovedane (organizirane) športne dejavnosti

Prepovedani cerkveni obredi z verniki

Omejitev gibanja 22.00 – 5.00

2. METODOLOGIJA



Metodologija

AVTORJI: *Maruša Rehberger, Darja Lavtar, Aleš Korošec*

Namen in cilji raziskave

Nacionalna raziskava o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) 2021 je sestavljena iz dveh preglednih presečnih raziskav, ki temeljita na kvantitativnem raziskovanju. Prva in druga presečna raziskava SI-PANDA vključujeta polnoletne prebivalce Slovenije, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih (niso institucionalizirani). Pobuda za preučevanje vpliva pandemije covid-19 na življenje je prišla od Svetovne zdravstvene organizacije (SZO, angl. WHO). Podobne raziskave so izvajale tudi druge države članice EU.

Namen raziskave o vplivu pandemije na življenje ljudi je raziskati in razumeti vedenje ljudi v povezavi s covidom-19 ter oceniti pandemska izčrpanost v času med pandemijo covid-19 in po njej v Sloveniji. Z raziskavo želimo prepoznati in obravnavati vpliv pandemije covid-19 na prebivalce Slovenije.

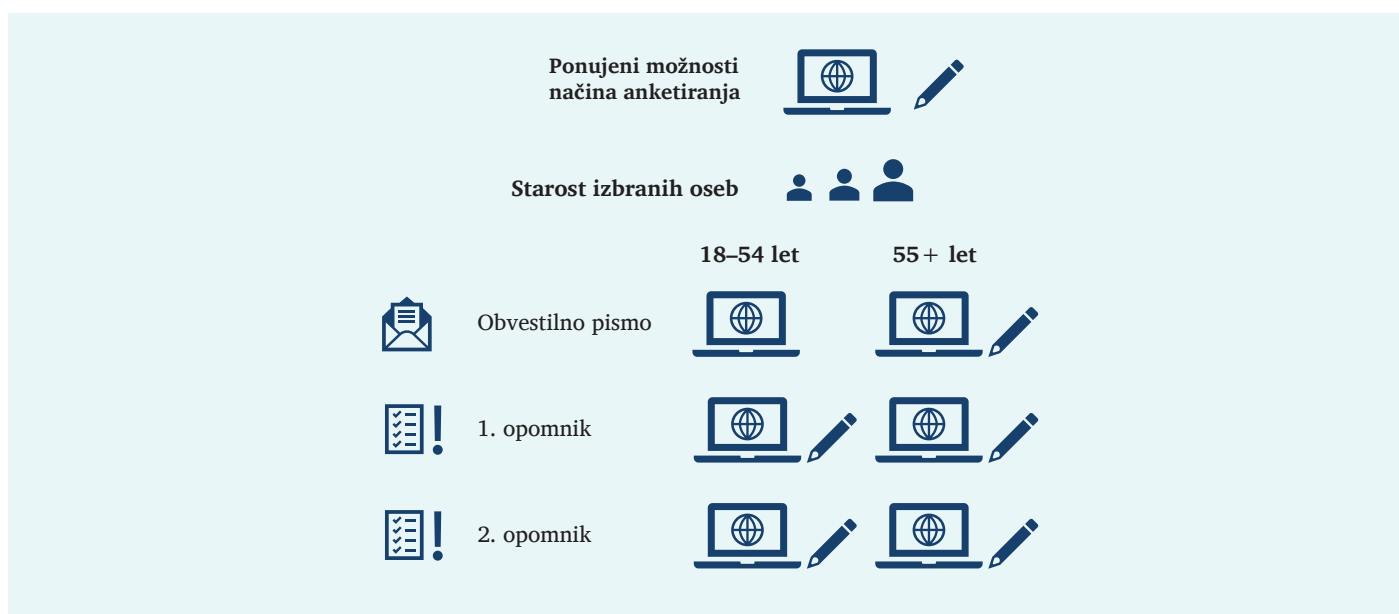
Želeli smo preučevati vpliv pandemije na življenje v obdobju med pandemijo in po njej, vendar ta v času zbiranja podatkov druge presečne raziskave še ni bila končana. V monografiji preučujemo stanje prebivalstva v času slabših in boljših epidemioloških razmer. Zato sta raziskavi obravnavani ločeno. Glede na obdobje zbiranja podatkov smo raziskavi poimenovali Prva presečna raziskava SI-PANDA in Druga presečna raziskava SI-PANDA.

Vzorec

Ciljna populacija obeh presečnih raziskav SI-PANDA so bili polnoletni prebivalci Slovenije, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih (niso institucionalizirani). Statistični urad Republike Slovenije je v skladu z Letnim programom statističnih raziskovanj za leto 2021 (LPSR za 2021, 2020 - naloga 09.19: Pandemska izčrpanost) in Zakonom o državni statistiki pripravil vzorca oseb glede na vzorčni načrt. Vzorčni okvir za pripravo vzorca obeh raziskav je bil Centralni register prebivalstva. Vsak vzorec je bil pripravljen na podlagi stratificiranega enostavnega slučajnega vzorčnega načrta. Skupno je bilo v vzorec vključenih 16.000 prebivalcev Slovenije, ki so bili na dan začetka anketiranja stari 18 in več let. Vzorec je bil razdeljen na dva podvzorca za zbiranje podatkov v dveh časovnih točkah raziskave. Prvih 8.000 oseb je bilo k raziskavi povabljenih v epidemiološko slabših razmerah, ko je bilo v veljavi več zaščitnih ukrepov (Prva presečna raziskava SI-PANDA), drugih 8.000 oseb pa je bilo povabljenih k sodelovanju v raziskavi v času, ko je bilo v veljavi manj ukrepov (Druga presečna raziskava SI-PANDA). Prvi del zbiranja podatkov je potekal od 25. januarja 2021 do 31. marca 2021, drugi del zbiranja podatkov pa od 4. maja 2021 do 18. julija 2021.

Način zbiranja podatkov

Podatke smo zbirali s kombiniranim načinom anketiranja (angl. mixed-mode survey), in sicer s kombinacijo računalniško podprtega spletnega anketiranja (CAWI) in vprašalnikom na papirju (PAPI). Izbrane osebe so bile o raziskavi obveščene z obvestilnim pismom, ki ga je poslal NIJZ po pošti in jih s tem obvestil o raziskavi. Osebe, mlajše od 55 let, smo z obvestilnim pismom najprej povabili le k sodelovanju v spletnem vprašalniku, starejšim osebam pa smo poleg obvestilnega pisma z geslom za spletno anketo poslali tudi papirnati vprašalnik in povratno kuverto z naslovom NIJZ za brezplačno vračanje izpolnjenega vprašalnika. Osebe, ki so želele sodelovati v spletni anketi, so lahko do nje dostopale celoten čas raziskave z unikatnim geslom, ki je bilo zapisano v obvestilnem pismu. Papirnati vprašalniki s povratno kuverto so bili v nadaljevanju raziskave poslani skupaj z opomnikoma vsem osebam, ki se niso odzvale, ne glede na starost (slika 4).



Slika 4: Shema vabil k sodelovanju glede na zaporedno vabilo in starost oseb izbranih v vzorec

Stopnja odgovorov v raziskavi

V vzorec prve presečne raziskave je bilo vključenih 8.000 oseb, prav toliko jih je bilo vključenih tudi v vzorec druge presečne raziskave. Nadomestne enote (angl. proxy) v raziskavi niso bile dopuščene; anketirane so bile lahko samo v verjetnostni vzorec izbrane osebe, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih.

V prvi presečni raziskavi je bilo 176 oseb, izbranih v vzorec, neustreznih, v drugi presečni raziskavi pa je bilo takšnih oseb 133. Te osebe npr. živijo v tujini, so zaradi bolezni nezmožne sodelovati, so bile v času raziskave hospitalizirane, živijo v skupinskem gospodinjstvu (npr. domu za starejše občane, samostanu, različnih zavodih, samskih domovih), so umrle ali pa so neznane na naslovu, na katerega so bila poslana pisma. V prvi presečni raziskavi je bilo drugih 7.824 oseb ustreznih, med njimi pa jih 3.994 ni sodelovalo v raziskavi, saj so bodisi zavrnili sodelovanje ali pa v času zbiranja podatkov ni bilo možno vzpostaviti kontakta z njimi. V drugi presečni raziskavi je bilo takšnih oseb 4.837.

V prvi presečni raziskavi je bilo opravljenih 3.830 anket z izbranimi osebami; od tega jih je bilo 62,6 % opravljenih s papirnatim vprašalnikom, 37,4 % pa po spletu. V drugi presečni raziskavi je bilo opravljenih 3.030 anket z izbranimi osebami; od tega jih je bilo 64,5 % opravljenih s papirnatim vprašalnikom, po spletu pa je sodelovalo 35,5 % anketirancev. Stopnja odgovora v prvi presečni raziskavi je bila 48,9- v drugi pa 38,5-odstotna.

Statusi izidov obeh raziskav so navedeni v preglednici 1.

Preglednica 1: Statusi izidov in stopnja odgovora; prva in druga presečna raziskava

Obdobje raziskave	Prva presečna raziskava	Druga presečna raziskava
Število enot v vzorcu	8.000	8.000
Neustrezne enote	176	133
Ustrezne enote	7.824	7.867
Zavrnitve, nesodelovanja	3.774	4.837
Opravljene ankete	3.830	3.030
Papirne ankete (PAPI)	2.399	1.953
Spletne ankete (CAWI)	1.431	1.077
Stopnja odgovora	48,9 %	38,5 %

Uteževanje

Namen uteževanja podatkov je izboljšati reprezentativnost vzorca, tako da ta čim boljše predstavlja populacijo, ki jo raziskujemo. Tako vsaka enota v vzorcu predstavlja določeno število enot ciljne populacije. Končne uteži so bile izračunane iz vzorčne uteži (zaradi neenake verjetnosti izbora v vzorec), uteži zaradi odsotnosti odgovora in kalibracijskih uteži, ki omogočajo prilagoditev znanim populacijskim vrednostim glede na spol, 5-letne starostne skupine, tri stopnje izobrazbe in statistično regijo. Uteževanje je potekalo za celotno populacijo z uporabljenim referenčnim datumom 1. 1. 2021 za obe presečni raziskavi.

Preglednica 2: Značilnosti vključenih prebivalcev Slovenije, prva in druga presečna raziskava

Obdobje raziskave	Prva presečna raziskava		Druga presečna raziskava	
	n	%	n	%
Skupaj	3.830	100,0	3.030	100,0
Spol				
Moški	1.910	49,9	1.510	49,8
Ženski	1.920	50,1	1.520	50,2
Starostna skupina				
Od 18 do 29 let	567	14,8	448	14,8
Od 30 do 39 let	642	16,8	507	16,7
Od 40 do 49 let	684	17,9	542	17,9
Od 50 do 59 let	673	17,6	533	17,6
Od 60 do 69 let	620	16,2	490	16,2
70 let in več	644	16,8	509	16,8
Stopnja dosežene izobrazbe				
Osnovnošolska izobrazba ali manj	773	20,2	612	20,2
Nižja ali srednja poklicna izobrazba	680	17,7	529	17,5
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	1.408	36,8	1.123	37,1
Višja strokovna izobrazba ali več	969	25,3	766	25,3
Status aktivnosti				
Zaposlen, samozaposlen	2.047	53,6	1.600	52,8
Dijak, študent	294	7,7	240	7,9
Upokojenec	1140	29,8	935	30,9
Brezposeln	237	6,2	147	4,8
Drugo	104	2,7	107	3,5

Uteženi vzorčni podatki, ki se ujemajo s populacijskimi podatki, kažejo strukturo populacije (po spremenljivkah, vključenih v proces uteževanja podatkov: spol, 5-letne starostne skupine, tri stopnje izobrazbe in statistične regije), ki jo preučujemo, zato so v monografiji predstavljene analize uteženih podatkov, ki omogočajo posploševanje iz vzorca na preučevano ciljno populacijo (preglednica 2).

Analiza rezultatov in statistične metode

Za ugotavljanje povezanosti med izbranimi spremenljivkami znotraj posamezne presečne raziskave ali primerjavo med prvo in drugo presečno raziskavo smo uporabili različne statistične metode.

Povezanost dveh kategorialnih spremenljivk se je ugotavljala na podlagi testa hi-kvadrat (χ^2). Ker je bila ista spremenljivka udeležena v več primerjavah, smo upoštevali Bonferronijev popravek. V tem primeru, četudi je test pokazal raven statistične značilnosti $p \leq 0,05$, ni bilo nujno, da bi razlike med skupinami označili, kot da se statistično značilno razlikujejo, saj je bil kriterij ostrejši. Na podlagi testa za primerjavo dveh deležev so se preverjale razlike v deležu odgovora med skupinami znotraj iste sociodemografske spremenljivke (npr. delež trenutne okuženosti s virusom SARS-CoV-2 glede na starostne skupine – primerjave med vsemi različnimi pari starostnih skupin). Tudi tukaj je bil upoštevan Bonferronijev popravek za interpretacijo razlik in p-vrednosti. Primerjali smo tudi deleže posameznih odgovorov med prvo in drugo presečno raziskavo znotraj iste demografske skupine.

Pri številskih spremenljivkah smo za analizo povprečij uporabili enosmerno analizo variance (angl. Oneway Anova), s pomočjo katere smo ugotavljali, ali se skupine med seboj statistično značilno razlikujejo.

V monografiji so v veliki meri objavljeni podatki, pri katerih je standardna napaka ocene deleža 5 % ali manj, kar pomeni, da je ocena dovolj natančna, zato je objavljena brez omejitve. V primeru več kot 5-odstotne standardne napake ocene je deležu dodana črka M kot *manj* natančna ocena, v primeru standardne napake ocene več kot 15 % pa v preglednicah najdemo le N kot *nenatančna ocena*, delež pa ni izpisan. Če so v preglednici ocenjena povprečja (zveznih) spremenljivk, so omejitve pri objavi določene po koeficientih variacije ocen. V publikaciji so objavljeni le podatki, pri katerih je koeficient variacije ocene 10 % ali manj, kar pomeni, da je ocena dovolj natančna, zato je objavljena brez omejitve.

Zaradi zaokroževanja se vsota odstotkov v nekaterih preglednicah lahko razlikuje od 100 %.

Uporabljene pojasnjevalne spremenljivke

Osnovna predstavitev preučevanih področij vpliva pandemije na življenje, ki so predstavljena v posameznih poglavjih znanstvene monografije, je potekala s pomočjo sociodemografskih spremenljivk, ki so bile vključene v vprašalnika (prilogi 1 in 2) ali preračunane iz osnovnih spremenljivk: spol, starostne kategorije, dosežena stopnja izobrazbe in zaposlitveni status. Nekatera poglavja monografije pojasnjujemo tudi z zaznavanjem finančne situacije v zadnjih treh mesecih pred anketiranjem, duševnim zdravjem, sestavo gospodinjstva in drugimi kategorijami.

Starost anketirancev je bila preračunana v 10-letne starostne skupine (18 do 29 let, 30 do 39 let, 40 do 49 let, 50 do 59 let, 60 do 69 let in 70 in več let).

Dosežena stopnja izobrazbe je bila v anketnem vprašalniku določena z 8 kategorijami, ki smo jih za analize združili v štiri: osnovnošolska izobrazba ali manj (nedokončana osnovnošolska izobrazba, osnovnošolska izobrazba); srednja poklicna izobrazba; srednja strokovna ali splošna izobrazba; višja strokovna izobrazba ali več (višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba, visokošolska strokovna izobrazba, visokošolska univerzitetna izobrazba, specializacija, magisterij, doktorat).

Status aktivnosti je bil izračunan iz spremenljivke, ki je imela v obeh anketnih vprašalnikih 7 kategorij. V prvo kategorijo smo združili zaposlene in samozaposlene, sledijo dijaki in študenti, upokojenci, brezposelni in kategorija drugo (gospodinje, gospodinji, nezmožni za delo zaradi starosti, bolezni ali invalidnosti in drugi statusi aktivnosti, ki se niso uvrstili v nobeno od zgornjih kategorij).

Pri zaznavanju finančne situacije v zadnjih treh mesecih so osebe sporočale le oceno, ali je njihova osebna finančna situacija v zadnjih treh mesecih pred anketiranjem boljša, slabša ali enaka kot prej, ne poznamo pa njihove osnovne finančne situacije.

Pojavnost duševnih težav ali depresivnih simptomov smo merili z inštrumentom WHO-5, kjer za posameznika iz 5 anketnih vprašanj izračunamo duševno blagostanje v 3 kategorijah: velika verjetnost težav/možnost prisotnosti težav/brez težav.

Nekatere druge pojasnjevalne spremenljivke, uporabljene v analizi:

- okuženost z virusom SARS-CoV-2 (da/ne),
- prisotnost kronične bolezni (brez bolezni/vsaj ena odkrita kadarkoli),
- debelost (da/ne),
- trenutni kadilec (da/ne),
- kohezijska regija bivanja (Vzhodna Slovenija, Zahodna Slovenija).

Glede na značilnosti gospodinjstva, v katerem anketirane osebe bivajo, sta ponekod uporabljeni pojasnjevalni spremenljivki:

- ali oseba v gospodinjstvu živi sama (da/ne),
- ali oseba živi z otroki, mlajšimi od 18 let (da/ne),
- ali oseba živi z osebami, ki spadajo v tvegano skupino za obolenje z virusom SARS-CoV-2 (da/ne).

Vprašalnik

Raziskava je bila narejena po metodologiji SZO in drugih mednarodno priznanih vprašalnikih za posamezna tematska področja, zato so rezultati primerljivi tudi s podobnimi raziskavami, ki so bile izvedene v drugih državah članicah EU.

Vprašalnika obeh presečnih raziskav sta v prilogah 1 in 2. Vprašalnika obeh presečnih raziskav sta vsebovala naslednje sklope vprašanj:

- sociodemografska vprašanja,
- doseganja okuženost z virusom SARS-CoV-2,
- zdravstveno stanje (prevalenca določenih bolezni in stanj),
- pozitivno duševno zdravje,
- življenjski slog,
- nasilje v družini,
- zdravstvene storitve,
- cepljenje proti covidu-19,
- determinante zdravja (kajenje, alkohol, indeks telesne mase).

Vprašalnik prve presečne raziskave je vseboval še sklope vprašanj:

- zdravstvena pismenost o virusu SARS-CoV-2,
- izvajanje zaščitnih ukrepov z namenom preprečevanja prenosa okužbe z virusom SARS-CoV-2,
- doživljanje virusa SARS-CoV-2,
- uporaba in zaupanje v različne vire informacij o virusu SARS-CoV-2,
- zaupanje v osebe in inštitucije, da ustrezno obvladujejo virus SARS-CoV-2,
- imenovanje stikov v primeru okužbe z virusom SARS-CoV-2,
- prehrana,
- sedenje, telesna dejavnost in spanje.

Vprašalnik druge presečne raziskave pa je vseboval še:

- poglobljena vprašanja o uporabi alkohola in kajenju,
- vprašanja o kognitivnih sposobnostih.

Prednosti in slabosti raziskave

Nacionalna raziskava o vplivu pandemije na življenje je izvedena na verjetnostnem vzorcu prebivalcev Slovenije, ki živijo v zasebnih gospodinjstvih, zato lahko rezultate raziskave iz vzorca izbranih oseb posplošimo na odrasle prebivalce Slovenije (ki živijo v zasebnih gospodinjstvih). Ciljna populacija raziskave so odrasle osebe, starost oseb vključenih v vzorec navzgor ni omejena, kar nam omogoča preučevanje tako mlajših kot tudi starejših oseb, ki so predstavljale bolj ogroženo populacijo ob stiku z virusom.

V primerjavi z izvedenimi spletnimi anketami v okviru raziskovanja vpliva pandemije na življenje SI-PANDA, kjer prihaja do nadporočanja določenih populacijskih skupin, npr. bolj izobraženih oseb, poleg tega pa v njih niso sodelovale osebe, starejše od 74 let, so v presečni raziskavi, katere rezultate predstavljamo v tej monografiji, ustrezno zastopane tudi osebe z doseženo nižjo stopnjo izobrazbe, kar nam omogoča preučevanje ranljivejših populacijskih skupin.

Anketiranje je potekalo v obliki samoanketiranja, bodisi po spletu ali z izpolnitvijo vprašalnika na papirju. To je bilo pomembno za odzivnost izbranih oseb vseh starosti, poleg tega pa osebni stik z izbranimi ni bil potreben za namen izpolnitve vprašalnika.

Zbiranje podatkov v prvi in drugi presečni raziskavi je v terminskem smislu potekalo blizu skupaj, v prvi polovici leta 2021, pa vseeno v različnih obdobjih pandemije, zato smo se odločili, da podatke prikazujemo ločeno za vsako obdobje. V morebitnih nadaljnjih analizah bi lahko obdobji zbiranja podatkov združili in jih predstavili kot eno presečno raziskavo.

Morebitne druge prednosti in slabosti pri preučevanju posameznih vsebinskih področij so navedene v posameznih poglavjih.

VIRI IN LITERATURA

Letni program statističnih raziskovanj za 2021. (2020). *Uradni list RS*, št. 171/2020.

<https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2020-01-3004/letni-program-statisticnih-raziskovanj-za-2021-velja-od-1-1--2021-do-31-12--2021>

3. ZDRAVSTVENO STANJE



Zdravstveno stanje

AVTORICE: *Ada Hočevar Grom, Marina Šinko, Ema Ahačič, Maruša Rehberger, Andreja Belščak-Čolaković*

KLJUČNE BESEDE: covid-19, epidemija, bolezn, zdravstveno stanje, odlašanje z obiskom zdravnika

UVOD: Pandemija covida-19 je vplivala na razpoložljivost in dostopnost zdravstvenih storitev. Zdravstveno stanje ljudi ni bilo ogroženo zgolj zaradi pojava novega virusa SARS-CoV-2 in potencialne okužbe z njim, temveč tudi zaradi sprememb in reorganizacije dela na vseh ravneh zdravstvenega sistema, ki so bile posledica spopadanja s covidom-19.

METODE: V prvi in drugi presečni raziskavi smo anketirancem zastavili vprašanje o boleznih ali stanjih, ki jih je diagnosticiral zdravnik v zadnjih 12 mesecih ali pred več kot 12 meseci. Nadalje smo spraševali o vplivu pandemije covida-19 na zdravstveno stanje ter o tem, ali so se v zadnjih dveh tednih izogibali obisku zdravnika zaradi težave, ki ni bila povezana z virusom SARS-CoV-2. Raziskovali smo tudi povezavo z različnimi sociodemografskimi dejavniki.

REZULTATI: V raziskavi SI-PANDA smo v sklopu obeh presečnih raziskav, izvedenih v prvi polovici leta 2021, ugotovili, da je približno četrtnina oseb odlašala z obiski osebnega zdravnika zaradi težave, ki ni bila povezana s covidom-19, približno toliko pa jih je tudi poročalo o poslabšanju svojega zdravstvenega stanja zaradi pandemije. Posebej izrazit delež (skoraj polovica) oseb, ki so poročale o poslabšanju svojega zdravstvenega stanja, je bil med tistimi z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju. Skoraj polovica oseb z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju je tudi poročalo o izogibanju obisku zdravnika v času pandemije. Tudi osebe s prisotnimi kroničnimi boleznimi so v večji meri odlašale z obiskom zdravnika in so tudi v večji meri poročale o tem, da je pandemija covida-19 vplivala na poslabšanje njihovega zdravstvenega stanja v primerjavi z osebami brez tovrstnih bolezn. Med prvo in drugo presečno raziskavo je narastel delež oseb, ki jim je zdravnik odkril depresijo, motnje spanja in bolečine v prsih. Zaradi zaznanih odloženih stikov z zdravnikom in zdravstvenim timom ter tudi zaustavljenih preventivnih aktivnosti na primarni zdravstveni ravni v obdobjih med pandemijo lahko ocenjujemo, da je verjetno prišlo do določenih poslabšanj v splošnem zdravstvenem stanju prebivalstva.

ZAKLJUČEK: Pandemija covida-19 je glede na rezultate obeh presečnih raziskav vplivala na zdravstveno stanje prebivalcev in izogibanje obiskom osebnega zdravnika zaradi težav, ki sicer niso bile povezane s covidom-19, kar ima prav tako lahko posledice na zdravje. Navedene spremembe v vedenju in zdravju lahko vodijo v povečevanje obstoječih ali pojav novih neenakosti v zdravju.

KLJUČNI POUČENI:

- Pri tretjini oseb je v prvem letu trajanja pandemije covida-19 zdravnik potrdil depresijo, bolečine v prsih med mirovanjem ali telesno aktivnostjo ter motnje spanja.
- Četrtnina oseb je navedla, da je pandemija covida-19 vplivala na poslabšanje njihovega zdravstvenega stanja.
- Poslabšanje zdravstvenega stanja zaradi pandemije covida-19 so v največji meri navajale osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju. Te osebe pa so se tudi v največji meri izogibale obisku zdravnika zaradi razlogov, ki niso bili povezani z virusom SARS-CoV-2.
- Zaradi težav, ki niso bile povezane s covidom-19, se je obisku zdravnika izogibala slaba četrtnina oseb.

UVOD

Pandemija covid-19 je pomembno posegla na vsa področja življenja. Zdravstveno stanje ljudi ni bilo ogroženo zgolj zaradi pojava novega virusa SARS-CoV-2 in potencialne okužbe z njim, temveč tudi zaradi sprememb in reorganizacije dela zdravstvenega sistema, kot posledice spopadanja s covidom-19. V Sloveniji je med pandemijo covid-19 prišlo do omejitve dostopnosti zdravstvenih obravnav na vseh ravneh zdravstvenega varstva (Kuhar idr., 2021). Razloge za to lahko iščemo v ukrepih, ki so bili sprejeti za omejevanje širjenja virusa in preusmeritvi kadrovskih, prostorskih, materialnih in finančnih kapacitet v zdravstveno obravnavo obolelih s covidom-19 in nujno zdravstveno varstvo (Kuhar idr., 2021). Tudi tuji viri navajajo vpliv pandemije covid-19 na dostopnost zdravstvenih storitev, podatki pa kažejo splošno zmanjšanje uporabe zdravstvenih storitev in tako poslabšanje predobstojećih kot pojav novih ovir pri dostopnosti zdravstvenih storitev (Pujolar idr., 2022; Tuczyńska idr., 2021). Kot možne vzroke so prepoznali globalno vpeljane ukrepe za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2, vključno z zaprtjem javnega življenja, socialnim distanciranjem, delnimi ali popolnimi zaprtji javnega življenja ter navodili za ostajanje doma, številni viri in osebe pa so bili preusmerjeni od običajnih aktivnosti k testiranju in zagotavljanju zdravljenja bolnikov s covidom-19 (Núñez idr., 2021; Pujolar idr., 2022; Tuczyńska idr., 2021). V prvem (12. marec–31. maj 2020) in drugem (oktober 2020–januar 2021) valu epidemije v Sloveniji so bili prestavljeni planirani specialistični pregledi, elektivni posegi ter diagnostične preiskave, začasno so se prenehali izvajati preventivni programi na primarni zdravstveni ravni in obravnava v referenčnih ambulantah, presejalni programi za odkrivanje rakavih obolenj pa so bili prekinjeni le relativno kratek čas (Kuhar idr., 2021). Zagotavljanje dostopnosti zdravstvenega varstva za bolnike, ki niso imeli covid-19, je bilo omejeno na obravnavo nujnih stanj, poškodovanih in obolelih (Kuhar idr., 2021). Tudi tuje študije so pokazale, da je v primerjavi s predpandemičnim obdobjem prišlo do zmanjšanja števila sprejemov v bolnišnico, obiskov urgence, planiranih in urgentnih operacij ter psihiatričnih posvetov (Tuczyńska idr., 2021). Nekatere zdravstvene obravnave so zaradi spremenjenega načina dela, če je bilo to mogoče, potekale na daljavo (po e-pošti, zdravstvenih portalih ali s telefonskimi pogovori). V letu 2020 je bilo opravljenih manj obravnav z neposrednim stikom s pacientom, za 31 % pa se je povečal delež obravnav brez neposrednega stika s pacientom (posvet na daljavo in kratek obisk) (Kuhar idr., 2021). Tudi v tujini so prepoznali telemedicinske storitve kot možno orodje za povečanje dostopnosti storitev in vzdrževanje oskrbe ob hkratnem zmanjšanju tveganja za izpostavljenost pacientov in zdravstvenih delavcev virusu SARS-CoV-2 (Núñez idr., 2021; Pujolar idr., 2022; Tuczyńska idr., 2021). Vendar pa telemedicina ne more popolnoma nadomestiti neposredne interakcije in zasebnosti, njene omejitve so manjša kakovost informacij, organizacijske in birokratske težave, porušitev razmerja med bolnikom in zdravstvenim delavcem ter neosebna oskrba (Núñez idr., 2021; Pujolar idr., 2022; Tuczyńska idr., 2021). Nekatere študije pa so poročale tudi o neenakostih pri dostopnosti telemedicinskih storitev zaradi npr. problemov, povezanih z digitalno pismenostjo ali pomanjkanjem materialnih virov (internetna povezava, mobilne naprave, računalnik) (Pujolar idr., 2022).

Dogajalo se je tudi, da so se ljudje v času pandemije zaradi strahu pred okužbo obisku zdravnika raje izognili oziroma so z njim odlašali. V tujih raziskavah so osebe kot najpogostejši dejavnik za izogibanje obisku zdravnika navedle strah pred okužbo v zdravstveni ustanovi ali med zdravstveno storitvijo (Moore idr., 2022; Soares idr., 2021; Statistics Canada, 2022; Wang idr., 2023), negotovost glede čistoče ambulant, upoštevanja varnostnih protokolov v ambulantah, števila oseb, s katerimi bodo prišli v stik v ambulanti (Shukla idr., 2022) ter skrbi glede preobremenitve zdravstvenega sistema (Statistics Canada, 2022). Odločitev posameznikov za iskanje pomoči med pandemijo je bila osredotočena na zaznano tveganje za iskanje zdravstvene oskrbe, osebe so tehtale med tveganjem zaradi odlašanja zdravstvene oskrbe in tveganjem za izpostavljenost covidu-19 (Shukla idr., 2022).

Dostopnost zdravstvenega sistema se je zaradi pandemije covid-19 na vseh ravneh zmanjšala. Slednje pa lahko predvsem za bolnike s kroničnimi boleznimi, ki potrebujejo stalno in redno spremljanje, pomeni poslabšanje njihovih bolezni. Zmanjšanje dostopnosti storitev je povzročilo povečanje zdravstvenih zapletov in nujnih stanj ter zamude pri oskrbi, do katerih je lahko prišlo tudi zaradi odlašanja bolnikov z iskanjem medicinske pomoči (Pujolar idr., 2022). Posledično je pandemija dodatno prispevala k povečevanju neenakosti v zdravju, prisotne pa so (bodo) tudi druge posledice omejitve dostopnosti prebivalstva do pravočasne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave v času epidemije (Kuhar idr., 2021).

Namen prispevka je predstaviti rezultate dveh presečnih raziskav SI-PANDA o prisotnosti kroničnih bolezni, ki so bile pri anketirancih odkrite in jih je potrdil zdravnik v zadnjem letu pred sodelovanjem v raziskavi, v času pandemije covid-19, ter o vplivu pandemije na zdravstveno stanje anketirancev. Prikazani pa so tudi podatki o izogibanju obiska zdravnika zaradi razlogov, ki niso bili povezani z virusom SARS-CoV-2, v zadnjih dveh tednih pred izpolnjevanjem ankete v času pandemije covid-19.

METODE

Anketiranim osebam smo v zvezi z njihovim zdravstvenim stanjem v prvi in drugi presečni raziskavi zastavili vprašanje o boleznih ali stanjih, ki jih je diagnosticiral zdravnik v zadnjih 12 mesecih, in boleznih ali stanjih, ugotovljenih pred več kot 12 meseci. Izbirali so lahko med temi boleznimi in stanji: zvišan krvni tlak več kot 140/90 mmHg (hipertenzija), zvišane maščobe v krvi (holesterol in/ali trigliceridi), sladkorna bolezen (nosečnostna (gestacijska) sladkorna bolezen ni vključena), prebolela srčna kap ali miokardni infarkt, bolečina v prsih pri mirovanju ali med telesno dejavnostjo (angina pektoris), srčno popuščanje, možganska kap, boleznin in okvare hrbtenice, boleznin sklepov (arthritis ali artroza), kronični bronhitis, emfizem (KOPB), bronhialna astma, razjeda (ulkus) na želodcu ali dvanajstniku, jetrna ciroza, depresija, anksiozna motnja, druga duševna bolezen, motnje spanja, bolezen ščitnice, kronična ledvična odpoved, druga kronična bolezen. Nadalje smo jih spraševali o vplivu pandemije covid-19 na njihovo življenje na različnih področjih, med katerimi je bilo navedeno tudi zdravstveno stanje (npr. kronične bolezni, boleznin zob) ter o tem, ali so se v zadnjih dveh tednih izogibali obisku zdravnika zaradi težave, ki ni bila povezana z virusom SARS-CoV-2. Možni odgovori o vplivu pandemije covid-19 na zdravstveno stanje so bili na 5-stopenjski lestvici, na kateri je 1 pomenila zelo izboljšano, 2 izboljšano, 3 nespremenjeno, 4 poslabšano in 5 zelo poslabšano zdravstveno stanje. V nadaljevanju so prikazani rezultati iz prve in druge presečne raziskave pri osebah, ki so imele ugotovljeno vsaj eno kronično bolezen, po posameznih sociodemografskih spremenljivkah (spolu, starostni skupini, doseženi stopnji izobrazbe, statusu aktivnosti in kohezijski regiji). Prikazani so tudi primerjave med prvo in drugo presečno raziskavo v samoporočanem poslabšanju zdravstvenega stanja, pri čemer smo združili odgovora poslabšano in zelo poslabšano, ter deleži anketirancev, ki so poročali, da so se v zadnjih 2 tednih izogibali obisku zdravnika zaradi težave, ki ni bila povezana z virusom SARS-CoV-2. Rezultate pri teh dveh anketnih vprašanjih znotraj izbrane odgovorne kategorije smo prikazali tudi po posameznih sociodemografskih spremenljivkah. Tako razlike med deleži prve in druge presečne raziskave kot tudi razlike med kategorijami posameznih sociodemografskih spremenljivk so bile ocenjene na podlagi Bonferronijevega popravka. Upoštevana je raven statistične značilnosti $p \leq 0,05$.

REZULTATI

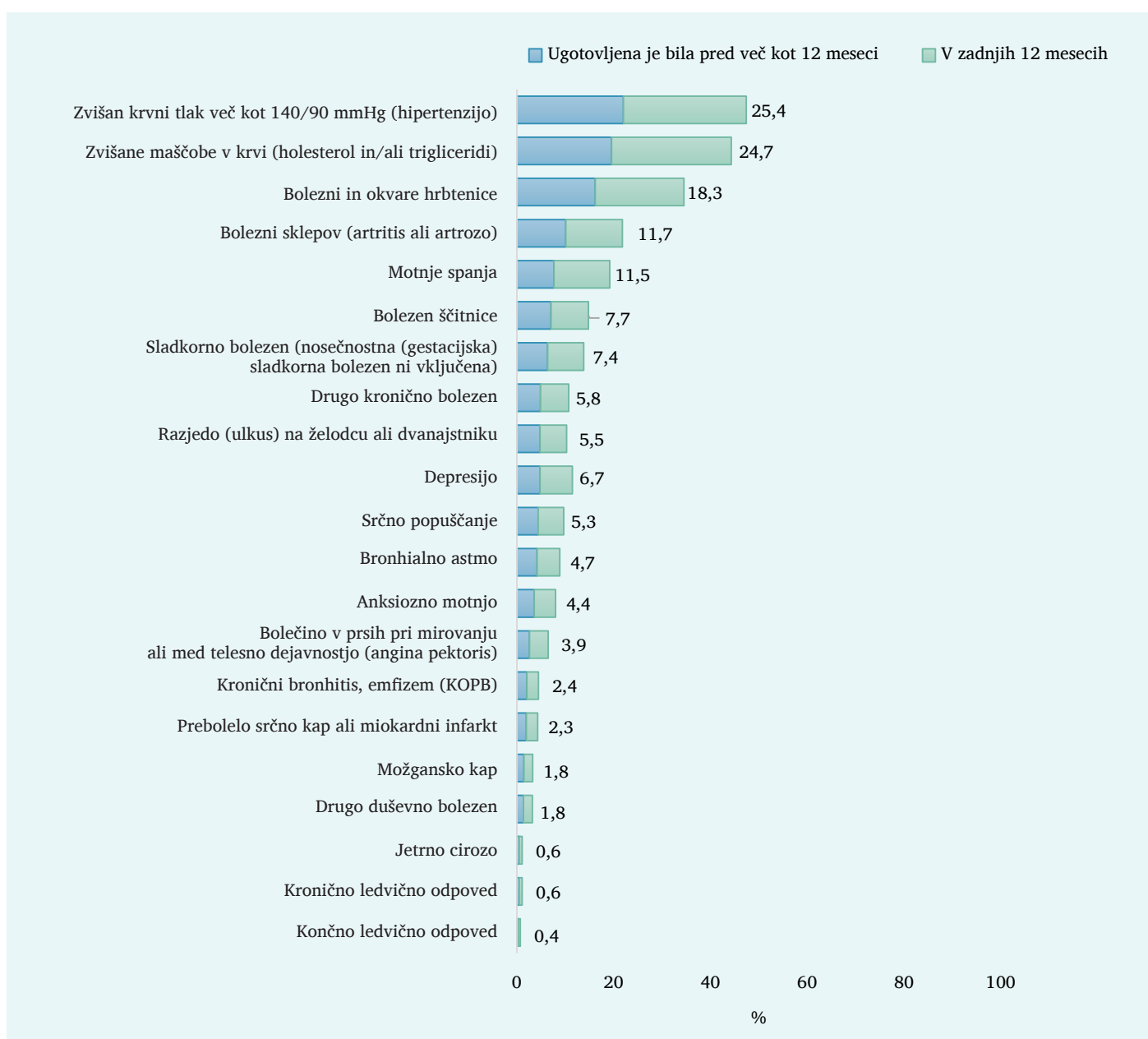
Preglednica 3: Delež oseb, z diagnosticirano vsaj eno kronično boleznijo; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Delež boleznih odkritih kadarkoli (vsaj ena odkrita kronična bolezen kadarkoli)			
		Prva presečna raziskava (%)	
	Skupaj	55,3	
	Spol	$\chi^2 = 13,4; p = 0,0014$	
(A)	Moški	52,3	B
(B)	Ženski	58,2	A
	Starostne skupine	$\chi^2 = 583,7; p < 0,0001$	
(A)	Od 18 do 29 let	24,8	BCDEF
(B)	Od 30 do 39 let	36,3	ACDEF
(C)	Od 40 do 49 let	49,8	ABDEF
(D)	Od 50 do 59 let	63,8	ABCEF
(E)	Od 60 do 69 let	72,2	ABCDF
(F)	70 let in več	81,4	ABCDE
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 81,1; p < 0,0001$	
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	66,2	CD
(B)	Srednja poklicna izobrazba	61,2	CD
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	52,3	ABD
(D)	Višješolska izob. ali več	46,6	ABC
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 392,2; p < 0,0001$	
(A)	Zaposlen, samozaposlen	47,3	BCE
(B)	Dijak, študent	24,9	ACDE
(C)	Upokojenec	76,9	ABD
(D)	Brezposeln	51,6	BCE
(E)	Drugo	71,7 ^M	ABD
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 6,5; p = 0,0267$	
(A)	Vzhodna Slovenija	57,2	B
(B)	Zahodna Slovenija	53,1	A

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$.

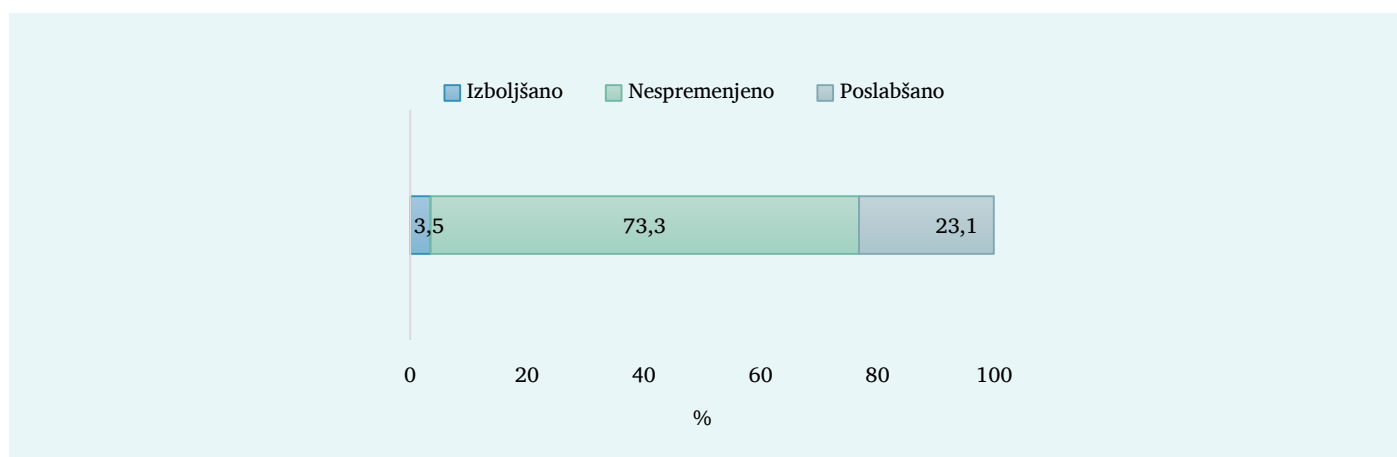
M: manj natančna ocena

V prvi presečni raziskavi je dobra polovica anketiranih oseb poročala, da imajo vsaj eno kronično bolezen, ki jo je diagnosticiral zdravnik, in sicer statistično značilno več žensk (58,2 %) kot moških (52,3 %). Delež oseb, ki so poročale, da imajo vsaj eno kadarkoli diagnosticirano bolezen, je bil v vsaki naslednji starostni skupini višji, najvišji v starostni skupini 70 in več let (81,4 %). Glede na izobrazbo je bilo statistično značilno manj oseb, ki imajo diagnosticirano vsaj eno bolezen, v skupini z višješolsko izobrazbo ali več, teh oseb je bilo v prvi presečni raziskavi 46,6 %. Najmanjši delež oseb z diagnosticirano vsaj eno boleznijo, ugotovljeno kadarkoli, je glede na status aktivnosti med osebami s statusom dijaka in študenta (24,9 %), kar je pričakovano, saj imajo tak status običajno osebe v najmlajši starostni skupini, število ugotovljenih boleznij pa praviloma s starostjo narašča. Glede na kohezijsko regijo pa so rezultati v prvi presečni raziskavi pokazali statistično značilno višji delež vsaj ene diagnosticirane boleznij kadarkoli pri prebivalcih iz Vzhodne Slovenije (57,2 %) v primerjavi z Zahodno Slovenijo (53,1 %) (preglednica 3). Med prvo in drugo presečno raziskavo ni bilo bistvenih razlik v deležu kadarkoli diagnosticiranih kroničnih boleznij.



Slika 5: Prisotnost boleznij ali stanj, za katere je diagnozo postavil zdravnik, glede na čas ugotovitve boleznij ali stanja, druga presečna raziskava

V drugi presečni raziskavi je četrtnina oseb poročala, da ima zvišan krvni tlak, ki ga je diagnosticiral zdravnik, enak delež oseb je poročal, da ima zvišane maščobe v krvi, slaba petina pa jih je poročala, da ima od zdravnika potrjene bolezni oz. okvare hrbtenice. Dobrih 10 % jih je poročalo tudi o boleznih sklepov oz. motnjah spanja. Druge bolezni ali stanja, odkrita od zdravnika, so prisotna pri manj kot desetini oseb (slika 5). Najpogosteje prisotne bolezni in stanja, kot so zvišan krvni tlak, zvišane maščobe v krvi ter bolezni in okvare hrbtenice, so statistično značilno pogostejše pri osebah, starejših od 60 let, bolezni in okvare hrbtenice pa so pogostejše pri ženskah. V raziskavi smo preverjali tudi, ali imajo osebe katero od navedenih bolezni ali stanj, za katere je diagnozo postavil zdravnik, in je bila potrjena v zadnjih 12 mesecih. Koledarsko gledano gre za obdobje v prvem letu trajanja pandemije covid-19 (obdobje med majem/julijem 2020 in majem/julijem 2021). Vsaj tretjina oseb, ki imajo depresijo, bolečino v prsih pri mirovanju ali med telesno dejavnostjo (angina pektoris) ter motnje spanja, ki jih je ugotovil zdravnik, je imela to bolezen oziroma stanje odkrito v prvem letu trajanja pandemije covid-19. Med osebami, ki imajo od zdravnika potrjeno drugo duševno motnjo ali zvišane maščobe v krvi (holesterol in/ali trigliceride), pa jih je petina prejela diagnozo v prvem letu trajanja epidemije covid-19.



Slika 6: Samoocena vpliva pandemije covid-19 na zdravstveno stanje; skupaj, druga presečna raziskava

Večina oseb je v prvi in drugi presečni raziskavi ocenila, da pandemija covid-19 ni vplivala na njihovo zdravstveno stanje, četrtnina je poročala o poslabšanju in dobre 3 % oseb je poročalo o izboljšanem zdravstvenem stanju (slika 6). V nadaljevanju se osredotočamo na osebe, ki so poročale, da je pandemija covid-19 njihovo zdravstveno stanje poslabšala.

Preglednica 4: Poslabšanje zdravstvenega stanja; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje na spodaj navedenih področjih? Zdravstveno stanje (npr. kronične bolezni, bolezni zob) (odgovora poslabšano in zelo poslabšano)						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	22,0		23,1		o
	Spol	$\chi^2 = 0,6; p = 0,0373$		$\chi^2 = 16,3; p = 0,0067$		
(A)	Moški	20,5	B	20,8	B	o
(B)	Ženski	23,5	A	25,6	A	o
	Starostne skupine	$\chi^2 = 35,5; p = 0,0135$		$\chi^2 = 55,6; p = 0,0003$		
(A)	Od 18 do 29 let	18,9	F	15,6	CDEF	o
(B)	Od 30 do 39 let	19,2	F	19,9		o
(C)	Od 40 do 49 let	21,5		24,4	A	o
(D)	Od 50 do 59 let	21,3		26,1	A	↑
(E)	Od 60 do 69 let	24,6		27,0	A	o
(F)	70 let in več	26,9	AB	24,5	A	o
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 37,0; p = 0,0011$		$\chi^2 = 3,4; p = 0,9170$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	26,7	D	24,2		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	23,9	D	22,9		o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	21,6		23,5		o
(D)	Višješolska izobrazba ali več	17,9	AB	22,1		↑
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 33,4; p = 0,0090$		$\chi^2 = 51,6; p = 0,0004$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	19,8	CDE	21,3	BCDE	o
(B)	Dijak, študent	18,2	CE	13,4	ACDE	o
(C)	Upokojenec	25,2	ABE	27,4	AB	o
(D)	Brezposeln	26,8	A	28,1 ^M	AB	o
(E)	Drugo	33,3 ^M	ABC	31,2 ^M	AB	o
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 314,8; p < 0,0001$		$\chi^2 = 244,7; p < 0,0001$		
(A)	Velika verjetnost	49,0	BC	45,1	BC	o
(B)	Možna prisotnost	25,2	AC	31,2	AC	↑
(C)	Brez težav	12,8	AB	12,5	AB	o
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 100,4; p < 0,0001$		$\chi^2 = 101,6; p < 0,0001$		
(A)	Brez	14,5	B	14,6	B	o
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	27,6	A	30,1	A	o
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 16,4; p = 0,0059$		$\chi^2 = 4,6; p = 0,2611$		
(A)	Vzhodna Slovenija	24,3	B	24,0		o
(B)	Zahodna Slovenija	19,3	A	22,2		o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

V obeh raziskavah je bil delež oseb s poslabšanim zdravstvenim stanjem zaradi pandemije covid-19 višji pri ženskah. V prvi presečni raziskavi je o poslabšanju zdravstvenega stanja poročalo statistično značilno več oseb, starih 70 in več let (26,9 %) v primerjavi z mlajšimi osebami, starimi do 39 let (18,9–19,2 %). V drugi presečni raziskavi pa so osebe, stare 40 in več let (24,4–27,0 %), v večji meri poročale o poslabšanem zdravstvenem stanju v primerjavi z mlajšimi osebami, starimi do 29 let (15,6 %). Izstopa zelo visok delež poslabšanega zdravstvenega stanja oseb z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (49,0 % v prvi in 45,1 % v drugi presečni raziskavi), ki je statistično značilno višji v primerjavi z osebami z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju oziroma brez težav v duševnem zdravju (12,8 % v prvi in 12,5 % v drugi presečni raziskavi). Glede na prisotnost kroničnih bolezni je o poslabšanju zdravstvenega stanja v obeh raziskavah poročalo statistično značilno več oseb, ki so imele vsaj eno kronično bolezen (27,6 % prva presečna in 30,1 % druga presečna raziskava), kot tistih, ki so bili brez tovrstnih bolezni (14,5 % prva presečna in 14,6 % druga presečna raziskava). Če primerjamo rezultate prve in druge presečne raziskave, lahko vidimo, da pri večini skupin ni pomembnih razlik. Delež oseb, ki so poročale o poslabšanem zdravstvenem stanju zaradi epidemije covid-19, se je v drugi presečni raziskavi statistično značilno povečal le v starostni skupini od 50 do 59 let, pri osebah, ki imajo višješolsko izobrazbo ali več in pri osebah z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju (preglednica 4).

Preglednica 5: Izogibanje obisku zdravnika v zadnjih 2 tednih zaradi težave, ki ni bila povezana z virusom SARS-CoV-2; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

V zadnjih 2 tednih sem se izogibal obisku zdravnika zaradi težave, ki ni povezana z novim koronavirusom. (odgovor DA)						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	28,3		24,4		↓
	Spol	$\chi^2 = 12,2$; $p = 0,0062$		$\chi^2 = 10,9$; $p = 0,0117$		
(A)	Moški	25,7	B	21,9	B	↓
(B)	Ženski	30,8	A	27,0	A	↓
	Starostne skupine	$\chi^2 = 22,1$; $p = 0,0163$		$\chi^2 = 9,9$; $p = 0,2900$		
(A)	Od 18 do 29 let	36,1	BDEF	25,6		↓
(B)	Od 30 do 39 let	27,5	A	26,3		o
(C)	Od 40 do 49 let	29,3		24,8		o
(D)	Od 50 do 59 let	25,9	A	21,8		o
(E)	Od 60 do 69 let	26,1	A	20,9	F	↓
(F)	70 let in več	25,9	A	28,2	E	o
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 4,0$; $p = 0,4740$		$\chi^2 = 4,4$; $p = 0,4413$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	29,4		26,1		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	26,5		21,2		↓
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	29,6		25,4		↓
(D)	Višješolska izobrazba ali več	26,7		24,0		o
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 33,0$; $p = 0,0005$		$\chi^2 = 2,3$; $p = 0,2442$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	26,5	BDE	23,1		↓
(B)	Dijak, študent	40,5	AC	27,9		↓
(C)	Upokojenec	26,5	ACE	25,1		o
(D)	Brezposeln	34,3	AC	28,5 ^M		o
(E)	Drugo	36,3 ^M	AC	28,4 ^M		o
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 183,8$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 153,4$; $p < 0,0001$		
(A)	Velika verjetnost	48,6	BC	45,4	BC	o
(B)	Možna prisotnost	31,6	AC	28,2	AC	o
(C)	Brez težav	19,6	AB	16,5	AB	↓
	Prisotnost kroničnih bolezni	$\chi^2 = 5,5$; $p = 0,0696$		$\chi^2 = 27,6$; $p < 0,0001$		
(A)	Brez	26,3	B	19,9	B	↓
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	29,7	A	28,2	A	o
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 9,8$; $p = 0,0133$		$\chi^2 = 2,2$; $p = 0,2494$		
(A)	Vzhodna Slovenija	30,4	B	25,5		↓
(B)	Zahodna Slovenija	25,8	A	23,2		o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

Da so se v zadnjih 2 tednih izogibali obisku zdravnika zaradi težave, ki ni bila povezana z virusom SARS-CoV-2, je v prvi presečni raziskavi poročalo 28,3 % oseb. Ta delež se je v času druge presečne raziskave zmanjšal in je znašal 24,4 %. Delež tistih, ki so se izogibali obisku zdravnika, je bil v obeh presečnih raziskavah statistično značilno višji pri ženskah, se je pa pri obeh spolih v času druge presečne raziskave statistično značilno znižal. Obisku zdravnika so se v prvi presečni raziskavi v največjem deležu izogibale najmlajše osebe, stare do 29 let, v drugi presečni raziskavi pa so se najstarejši prebivalci (stari 70 in več let) statistično značilno pogosteje izogibali obisku zdravnika kot osebe, stare od 60 do 69 let.

V drugi presečni raziskavi se je statistično pomembno znižal delež oseb, ki so se izogibale obisku zdravnika zaradi težave, ki ni povezana z virusom SARS-CoV-2, v starostni skupini do 29 let ter od 60 do 69 let in oseb s srednjo poklicno ter srednjo strokovno ali splošno izobrazbo. Delež oseb, ki se je izogibal obisku zdravnika, se je v drugi presečni raziskavi statistično značilno znižal tudi pri zaposlenih in samozaposlenih ter osebah s statusom dijaka ali študenta. V prvi presečni raziskavi pa so se v najmanjši meri izogibali obisku zdravnika zaposleni oziroma samozaposleni (26,5 %) in upokojenci (26,5 %) v primerjavi s študenti in dijaki, brezposelnimi in osebami z drugim statusom aktivnosti (34,3–40,5 %). O največjem izogibanju obiska zdravnika so glede na težave v duševnem zdravju poročali tisti z veliko verjetnostjo prisotnosti težav v duševnem zdravju (48,6 % v prvi in 45,4 % v drugi presečni raziskavi). V drugi presečni raziskavi pa se je statistično značilno zmanjšal delež oseb brez težav v duševnem zdravju, ki so se izogibale obisku zdravnika. Glede na prisotnost kroničnih bolezni so se obisku zdravnika v času obeh presečnih raziskav bolj izogibale osebe z vsaj eno kronično boleznijo v primerjavi z osebami brez tovrstnih bolezni, delež slednjih pa se je v drugi presečni raziskavi statistično značilno znižal za približno 6 odstotnih točk. Prav tako je bilo izogibanje obisku zdravnika večje pri prebivalcih Vzhodne Slovenije v primerjavi z Zahodno Slovenijo v prvi presečni raziskavi. V času druge presečne raziskave pa se je delež oseb iz Vzhodne Slovenije, ki so se izogibale obisku zdravnika, statistično značilno znižal za skoraj 5 odstotnih točk (preglednica 5).

RAZPRAVA

V obeh ponovitvah presečne raziskave SI-PANDA je bilo pri anketiranih osebah zaznано odlašanje z obiski zdravnika ter poslabšanje zdravstvenega stanja pri približno četrtini vprašanih. Podoben vpliv pandemije na izogibanje obiskom zdravnika in posledično slabše spremljanje kroničnih nenalezljivih bolezni je bilo zaznано tudi v več raziskavah v tujini (Ismail idr., 2022; Osawa idr., 2021; Ziadé idr., 2020). Po ocenah se je v prvi polovici leta 2020 zaradi skrbi, povezanih s covidom-19, 41 % Američanov izogibalo kakršni koli zdravstveni oskrbi, nujenemu obisku zdravnika pa 31 % odraslih prebivalcev (Czeisler idr., 2020). Skoraj tretjina (30 %) odraslih v Kanadi se je glede na raziskavo, izvedeno v drugem letu pandemije covid-19, leta 2021, izogibala iskanju zdravstvene pomoči med pandemijo oziroma je z njo odlašala (Statistics Canada, 2022), do podobnih ugotovitev so prišli tudi na Kitajskem (31,4 %) (Wang idr., 2023). Na Portugalskem so v študiji, izvedeni med julijem 2020 in avgustom 2021, ugotovili, da se je 44 % sodelujočih izogibalo zdravstveni oskrbi ali odlašalo z njo (Soares idr., 2021). V primerjavi z moškimi so ženske tudi glede na tuje raziskave verjetneje odlašale z iskanjem zdravniške pomoči med pandemijo covid-19 (Farina in Ailshire, 2022; Lee in You, 2021; Soares idr., 2021; Zhong idr., 2022), kar je v skladu z raziskavami o odlašanju z obiskom zdravnika pred pandemijo (Farina in Ailshire, 2022). To lahko vpliva na neenakost spolov v zdravju (Farina in Ailshire, 2022). V rezultatih naše raziskave lahko opazimo relativno visok delež odlašanja z obiskom zdravnika (48,6 % v prvi presečni in 45,4 % v drugi presečni raziskavi) ter hkrati poslabšanje zdravstvenega stanja (49,0 % v prvi presečni in 45,1 % v drugi presečni raziskavi) pri prebivalcih z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, kar je zaskrbljujoče, saj je obdobje pandemije že tako ali tako obremenjujoče za duševno zdravje in je ob težavah na tem področju ustrezna obravnava zelo pomembna. Rezultati ameriške raziskave so pokazali podobno pomembno višje razmerje tveganj za izogibanje zdravstveni oskrbi med pandemijo, čeprav so jo potrebovali, pri odraslih Američanih, ki so imeli pogoste simptome tesnobe in depresije (Ganson idr., 2020).

Glede na podatke Svetovne zdravstvene organizacije se je v prvem letu pandemije razširjenost anksioznosti in depresije globalno povečala za kar 25 % (World health organization [WHO], 2022). Po podatkih raziskave SI-PANDA pa so bile pri tretjini oseb, ki imajo depresijo, motnje spanja ali bolečine v prsih, ki jih je odkril

zdravnik, te potrjene v zadnjih 12 mesecih, kar časovno sovпада s prvim letom pandemije covid-19. Osebe so se med pandemijo soočale z ovirami pri sposobnosti za delo, iskanju podpore bližnjih in vključenosti v skupnost, k težavam z duševnim zdravjem pa so pripomogli tudi osamljenost, strah pred okužbo, trpljenjem in smrtjo, žalovanje in finančne skrbi. Povečana prevalenca težav z duševnim zdravjem pa sovпада tudi z motnjami v zdravstvenih storitvah s področja duševnega zdravja (WHO, 2022).

Kot je razbrati iz rezultatov, so osebe z že prisotnimi kroničnimi boleznimi v večji meri odlašale z obiskom zdravnika kot osebe brez tovrstnih bolezni. Posamezniki z osnovnimi boleznimi so verjetneje odlašali z iskanjem zdravstvene oskrbe med pandemijo tudi glede na tuje raziskave (Gertz idr., 2022; Soares idr., 2021; Wang idr., 2023). Razlog za to pa bi lahko verjetno iskali v strahu pred izpostavitvijo okužbi s covidom-19, saj imajo osebe s prisotnimi kroničnimi boleznimi (kot so kronične bolezni dihal, sladkorna bolezen, srčno-žilne bolezni, rak ipd.) večje možnosti za težji potek okužbe z virusom SARS-CoV-2 (NIH – COVID-19 Treatment Guidelines, 2023; Wang idr., 2023; Wattanapisit idr., 2022). Sicer pa osebe z osnovnimi boleznimi na splošno iščejo več zdravniške pomoči zaradi svojih bolezni (Gertz idr., 2022). Prav tako so osebe, ki imajo prisotno vsaj eno kronično bolezen, v precej višjem deležu poročale o poslabšanju svojega zdravstvenega stanja, kar bi lahko pripisali temu, da so odlašali z obiskom zdravnika in zato njihova kronična bolezen ni bila ustrezno nadzorovana oziroma zdravljena. Pogostejše izogibanje iskanja zdravstvene pomoči pri posameznikih z večjim tveganjem za hujši potek covid-19 bi lahko poslabšalo obstoječa zdravstvena stanja in neenakosti v zdravju (Gertz idr., 2022).

V prvi in drugi presečni raziskavi je o poslabšanju zdravstvenega stanja poročala skoraj četrtina oseb. V ameriški raziskavi, izvedeni med 2020 in 2021, je več kot polovica oseb poročalo o poslabšanju simptomov kroničnih bolezni med pandemijo, večje tveganje so ugotovili pri osebah s duševnimi boleznimi (Ismail idr., 2022). V drugi ameriški raziskavi pa je 10,2 % oseb poročalo o slabšem fizičnem stanju med pandemijo kot pred njo (Zhong idr., 2022). Poslabšanje zdravstvenega stanja med pandemijo je lahko povezano tudi z zmanjšanjem fizične aktivnosti in spremembami v prehrani ter zmanjšanimi socialnimi interakcijami (Wattanapisit idr., 2022).

V ameriški raziskavi je 17,6 % oseb poročalo, da je odložena oskrba negativno vplivala na njihovo zdravje, osebe s slabše ocenjenim fizičnim ali duševnim zdravjem so verjetneje poročale o negativnem vplivu odložene oskrbe na zdravje kot osebe, ki so odlično ocenile zdravje (Zhong idr., 2022). Odlašanje z iskanjem zdravstvene oskrbe lahko poveča tveganje za obolevnost in smrtnost oseb s prisotnimi osnovnimi, preprečljivimi in ozdravljivimi zdravstvenimi stanji (Arnetz idr., 2022; Czeisler idr., 2020; Gertz idr., 2022; Statistics Canada, 2022). Nekatere demografske skupine so verjetneje odlašale z oskrbo, kar lahko vodi v povečevanje (obstoječih) neenakosti v zdravju med pandemijo (Farina in Ailshire, 2022; Gertz idr., 2022). Zaradi zaznanih odloženih stikov z zdravnikom in zdravstvenim timom ter tudi zaustavljenih preventivnih aktivnosti na primarni zdravstveni ravni v obdobjih pandemije lahko ocenjujemo, da verjetno že prihaja do določenih poslabšanj v splošnem zdravstvenem stanju prebivalstva.

ZAKLJUČEK

Rezultati obeh presečnih raziskav SI-PANDA so pokazali, da je pandemija covid-19 vplivala na zdravstveno stanje in izogibanje obiskom osebnega zdravnika zaradi težav, ki sicer niso bile povezane s covidom-19, vsaj v določeni meri. Razloge lahko iščemo predvsem v tem, da so se ljudje poskušali izogibati krajem, kjer je velika verjetnost, da bi se okužili z virusom SARS-CoV-2, prav tako pa je bila omejena tudi dostopnost osebnega zdravnika. Ob sumu na okužbo z virusom SARS-CoV-2 je bilo treba izvesti testiranje, kar bi lahko ljudi odvrnilo od pregleda pri zdravniku, saj so morali za pregled v ambulanti osebnega zdravnika predložiti negativen izvid testiranja. Zaskrbljujoče je tudi dejstvo, da je med prvo in drugo presečno raziskavo precej narastlo število oseb, ki so poročale o depresiji, bolečinah v prsih in motnjah spanja, kar bi bile lahko posledice dlje časa trajajoče pandemije, stiska in strahu, ki jih je pri ljudeh povzročila, in negotovosti glede prihodnosti. Navedene spremembe v zdravstvenem stanju lahko zaradi različne ranljivosti določenih sociodemografskih skupin vodijo v povečevanje obstoječih ali pojav novih neenakosti v zdravju. Zato je treba spremljati zdravstveno stanje prebivalcev tako v času pandemije kot tudi po njej.

VIRI IN LITERATURA

- Arnetz, B. B., Goetz, C., vanSchagen, J., Baer, W., Smith, S. in Arnetz, J. E. (2022). Patient-reported factors associated with avoidance of in-person care during the COVID-19 pandemic: Results from a national survey. *PLoS one*, 17(8), e0272609. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272609>
- Czeisler, M. E., Marynak, K., Clarke, K. E., Salah, Z., Shkya, I., Thierry, J. M., Ali, N., McMillan, H., Wiley, J.F., Weaver, M. D., Czeisler, C. A., Rajaratnam S. M. W in Howard M. E. (2020). Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19–Related Concerns - United States, June 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020;69:1250–1257. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6936a4>
- Farina, M. P. in Ailshire, J. A. (2022). Sociodemographic and health status differences in delaying medical care during the COVID-19 pandemic among older adults: findings from the Health and Retirement Study. *BMC public health*, 22(1), 1720. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14118-4>
- Ganson, K. T., Weiser, S. D., Tsai, A. C. in Nagata, J. M. (2020). Associations between Anxiety and Depression Symptoms and Medical Care Avoidance during COVID-19. *Journal of general internal medicine*, 35(11), 3406–3408. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06156-8>
- Gertz, A. H., Pollack, C. C., Schultheiss, M. D. in Brownstein, J. S. (2022). Delayed medical care and underlying health in the United States during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Preventive medicine reports*, 28, 101882. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101882>
- Ismail, H., Marshall, V. D., Patel, M., Tariq, M. in Mohammad, R. A. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on medical conditions and medication adherence in people with chronic diseases. *Journal of the American Pharmacists Association: JAPhA*, 62(3), 834–839.e1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S154431912100474X>
- Kuhar, M., Gabrovec, B. in Albreht, T. (2021). Dostopnost do zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji med epidemijo covid-19, polletno poročilo projekta »Ukrepi na področju obvladovanja širitve COVID-19 s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva«. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Lee, M. in You, M. (2021). Avoidance of Healthcare Utilization in South Korea during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(8), 4363. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084363>
- Moore, R., Purvis, R. S., Hallgren, E., Reece, S., Padilla-Ramos, A., Gurel-Headley, M., Hall, S. in McElfish, P. A. (2022). “I am hesitant to visit the doctor unless absolutely necessary”: A qualitative study of delayed care, avoidance of care, and telehealth experiences during the COVID-19 pandemic. *Medicine*, 101(32), e29439. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029439>
- NIH - COVID-19 Treatment Guidelines. (6. 3. 2023). *Clinical Spectrum of SARS-CoV-2 Infection*. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>
- Núñez, A., Sreeganga, S. D. in Ramaprasad, A. (2021). Access to Healthcare during COVID-19. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2980. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062980>
- Osawa, I., Goto, T., Asami, Y., Itoh, N., Kaga, Y., Yamamoto, Y. in Tsugawa, Y. (2021). Physician visits and medication prescriptions for major chronic diseases during the COVID-19 pandemic in Japan: retrospective cohort study. *BMJ open*, 11(7), e050938. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050938>
- Pujolar, G., Oliver-Anglès, A., Vargas, I. in Vázquez, M. L. (2022). Changes in Access to Health Services during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1749. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031749>
- Shukla, P., Lee, M., Whitman, S. A. in Pine, K. H. (2022). Delay of routine health care during the COVID-19 pandemic: A theoretical model of individuals’ risk assessment and decision making. *Social science & medicine* (1982), 307, 115164. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115164>
- Soares, P., Leite, A., Esteves, S., Gama, A., Laires, P. A., Moniz, M., Pedro, A. R., Santos, C. M., Goes, A. R., Nunes, C. in Dias, S. (2021). Factors Associated with the Patient’s Decision to Avoid Healthcare during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13239. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413239>
- Statistics Canada. (7. 4. 2022). *Adults in Canada delayed seeking health care during the first year of the pandemic*. <https://www.statcan.gc.ca/o1/en/plus/735-adults-canada-delayed-seeking-health-care-during-first-year-pandemic>
- Tuczyńska, M., Matthews-Kozanecka, M. in Baum, E. (2021). Accessibility to Non-COVID Health Services in the World During the COVID-19 Pandemic: Review. *Frontiers in public health*, 9, 760795. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.760795>

Zhong, S., Huisingh-Scheetz, M. in Huang, E. S. (2022). Delayed medical care and its perceived health impact among US older adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(6), 1620–1628.

<https://doi.org/10.1111/jgs.17805>

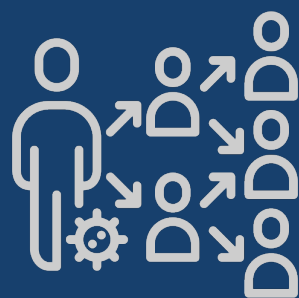
Ziadé, N., Hmamouchi, I., El Kibbi, L., Abdulateef, N., Halabi, H., Abutiban, F., Hamdi, W., El Rakawi, M., Eissa, M. in Masri, B. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on rheumatology practice: a cross-sectional multinational study. *Clinical rheumatology*, 39(11), 3205–3213. <https://doi.org/10.1007/s10067-020-05428-2>

Wang, Z., Tang, Y., Cui, Y., Guan, H., Cui, X., Liu, Y., Liu, Y., Kang, Z., Wu, Q., Hao, Y. in Liu, C. (2023). Delay in seeking health care from community residents during a time with low prevalence of COVID-19: A cross-sectional national survey in China. *Frontiers in public health*, 11, 1100715. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1100715>

Wattanapisit, A., Sottiyotin, T., Thongruch, J., Wattanapisit, S., Yongpradern, S. in Kowaseattapon, P. (2022). Self-Care Practices of Patients with Non-Communicable Diseases during the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 9727. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159727>

World health organization. (2. 3. 2022). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>

4. OKUŽBE Z VIRUSOM SARS-COV-2



Okužbe z virusom SARS-CoV-2

AVTORICE: *Andreja Belščak Čolaković, Ada Hočvar Grom, Marina Šinko, Darja Lavtar, Ema Ahačič*

KLJUČNE BESEDE: Virus SARS-CoV-2, različica alfa, različica delta, potek bolezni, prekuženost, cepljenje

UVOD: Z virusom SARS-CoV-2 se v Sloveniji srečujemo že od marca 2020. Število okuženih je po prvem potrjenem primeru začelo hitro naraščati, širjenje virusa pa je bilo hitrejše tudi zaradi mutacij virusa in pojava novih različic.

METODE: V prvi in drugi presečni raziskavi SI-PANDA smo anketirane osebe spraševali, ali so bile oziroma so okužene z virusom SARS-CoV-2 ter o tem, kakšen je bil potek bolezni covid-19 (lahek ali težek). Primerjali smo rezultate prve in druge presečne raziskave ter raziskali povezavo z različnimi sociodemografskimi dejavniki.

REZULTATI: Do konca druge presečne raziskave julija 2021 je bila okužena že dobra petina anketiranih oseb. Po podatkih obeh presečnih raziskav so nekoliko pogosteje zbolevale ženske, osebe, mlajše od 50 let, višje izobraženi in zaposlene oz. samozaposlene osebe. Pričakovano je v drugi presečni raziskavi statistično značilno narastel delež oseb, ki so bile okužene z virusom SARS-CoV-2. O težjem poteku bolezni zaradi okužbe je v obeh raziskavah poročalo nekaj več kot 15 % oseb.

ZAKLJUČEK: Precejšnji porast oseb, ki so bile v drugi presečni raziskavi okužene z virusom SARS-CoV-2, v primerjavi s prvo presečno raziskavo potrjuje, kako hitro se je virus širil v populaciji. Pomembno je, da pred okužbo zaščitimo najranljivejše skupine, kot so starostniki in osebe s pridruženimi boleznimi, saj je prav pri teh večja možnost težjega poteka bolezni covid-19.

KLJUČNI Poudarki:

- Do konca julija 2021 je bila po podatkih druge presečne raziskave z virusom SARS-CoV-2 okužena dobra petina oseb.
- V drugi presečni raziskavi je delež z virusom SARS-CoV-2 okuženih oseb v primerjavi s prvo presečno raziskavo narastel, z izjemo oseb v starostni skupini od 30 do 39 let, dijakov in študentov ter brezposelnih.
- Približno 84 % oseb je v prvi in drugi presečni raziskavi poročalo o lahkem poteku bolezni zaradi okužbe z virusom SARS-CoV-2.
- V drugi presečni raziskavi je bilo s covidom-19 okuženih več oseb, ki se niso cepile, kot cepljenih oseb.
- Delež oseb s težjim potekom bolezni se v drugi presečni raziskavi v primerjavi s prvo ni spremenil znotraj opazovanih skupin, z izjemo dijakov in študentov, pri katerih se je zmanjšal.

UVOD

V času izvedbe prve presečne raziskave SI-PANDA med 25. januarjem in 31. marcem 2021 je bila v Sloveniji že drugič razglašena epidemija covid-19 (Ministrstvo za zdravje, 2020). V veljavi so bili ukrepi, ki so v veliki meri omejevali vsakdanje življenje. Med njimi so bili prepovedano gibanje med občinami, prepovedano gibanje na prostem po 21. uri, omejeno zbiranje na prostem, zaprti so bili vrtci, šolanje je potekalo na daljavo, ljudje pa so v veliki meri delali od doma. Cepljenje v tistem času še ni bilo dostopno za vse skupine prebivalstva, ampak le najstarejšim oziroma najbolj ogroženim skupinam prebivalcev Slovenije, vključno z zdravstvenimi delavci. V državi se je pričela širiti različica alfa virusa SARS-CoV-2, ki je nato prevladovala vse do junija 2021. V času trajanja prve presečne raziskave je prijavljeno število potrjenih primerov okužb z virusom SARS-CoV-2 najprej pričelo počasi upadati, v zadnjih dveh tednih trajanja raziskave pa se je začelo ponovno povečevati. V tem obdobju smo beležili od najmanj 205 pa do največ 1.572 potrjenih primerov okužbe z virusom SARS-CoV-2 dnevno. Število oseb, sprejetih v bolnišnico, je v prvih treh tednih raziskave upadalo, nato pa ostalo relativno stabilno do konca izvedbe prve presečne raziskave (dnevno med 25 in 88 sprejetih v bolnišnico), umrlo pa je med 3 in 23 oseb na dan (Covid-19 Sledilnik, 2022). Ob koncu prve presečne raziskave je bila kumulativna stopnja potrjenih primerov okužb z virusom SARS-CoV-2 v Sloveniji 100.539 na milijon prebivalcev, kar je več kot v sosednjih državah (stopnje primerov na milijon prebivalcev: Italija 60.317, Hrvaška 66.746 Avstrija 59.603, Madžarska 65.457) (Our World in Data, 2023). Do 31. marca 2021 je bilo na svetu po ocenah potrjenih 15.997, v Evropi pa 52.452 okužb na milijon prebivalcev (Our World in Data, 2023). Tudi kumulativna stopnja primerov smrti zaradi covid-19 do konca prve presečne raziskave je bila v Sloveniji visoka, 2.057 na milijon prebivalcev (Our World in Data, 2023).

V času druge presečne raziskave, ki se je izvajala med 4. majem in 18. julijem 2021, je prišlo do sproščanja vladnih ukrepov za preprečevanje širjenja covid-19. Osnovne šole in vrtci so se za vse odprli že v sredini aprila 2021, ob koncu meseca aprila pa so svoja vrata odprli tudi univerze in visokošolski zavodi. Ob začetku izvajanja druge presečne raziskave, v maju 2021, so lahko ponovno pričeli obratovati tudi hoteli, pod pogojem, da je bila zasedena le polovica nastanitvenih kapacitet. Z izpolnjenim pogojem prebolel, cepljen ali testiran (PCT) so osebe lahko obiskovale notranjost restavracij in lokalov v vseh slovenskih regijah. V sredini maja se je ponovno pričel izvajati pouk oz. študij na srednjih šolah in fakultetah. Epidemija je bila v Sloveniji preklicana 15. junija 2021 (Vlada republike Slovenije, 2021). Cepljenje proti covidu-19 je bilo od maja 2021 na voljo za vse prebivalce in precepljenost se je povečala. Na Inštitutu za mikrobiologijo in imunologijo so 20. aprila 2021 potrdili prvi primer različice virusa SARS-CoV-2, poimenovane delta. Ta je veljala za precej bolj nalezljivo od različice alfa, ki je bila prevladujoča v predhodnem obdobju, med aprilom in junijem 2021. Različica delta se je nato v maju in juniju 2021 hitro širila po Sloveniji in v juliju 2021 postala prevladujoča različica pri nas (Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano, 2022). V primerjavi z različico alfa se je za različico delta izkazalo, da je povezana z večjim tveganjem za hujši potek bolezni in hospitalizacijo (Choi in Smith, 2021; Luo idr., 2021; McIntosh, 2023b). Raziskave so pozneje pokazale, da je v primeru precepljenosti z dvema odmerkoma cepiva učinkovitost cepljenja proti različici delta primerljiva z učinkovitostjo cepljenja proti različici alfa (Lopez Bernal idr., 2021). V času trajanja druge presečne raziskave je število potrjenih prijavljenih primerov okužb z virusom SARS-CoV-2 pričelo počasi upadati vse do konca izvajanja raziskave. V tem obdobju je bilo prijavljeno število potrjenih primerov v primerjavi s predhodnim obdobjem bistveno manjše, beležili smo od največ 538 pa do najmanj 8 potrjenih primerov okužbe s SARS-CoV-2 na dan. Tudi število oseb, sprejetih v bolnišnico, je od začetka izvajanja druge presečne raziskave upadalo, in sicer od 37 oseb dnevno na 2 osebi dnevno ob koncu izvajanja druge presečne raziskave. V tem obdobju je umrlo največ 7 oseb na dan, in sicer ob začetku izvedbe druge presečne raziskave, ob koncu raziskave pa praktično ni bilo zabeleženih primerov smrti zaradi covid-19 (Covid-19 Sledilnik, 2022). 18. julija 2021 je bila kumulativna stopnja primerov okužb z virusom SARS-CoV-2 v Sloveniji 121.840 na milijon prebivalcev, kar je več kot v drugih evropskih državah, ob koncu izvajanja druge presečne raziskave (18. julija 2021) pa je bilo na svetu po ocenah potrjenih 23.834 okužb na milijon prebivalcev, v Evropi pa 66.987 okužb na milijon prebivalcev (Our World in Data, 2023). Tudi kumulativna stopnja smrtnosti v času prve presečne raziskave (2.252 na milijon prebivalcev) je bila v Sloveniji visoka (Our World in Data, 2023).

Glede na potek okužbe s SARS-CoV-2 lahko bolezen razdelimo v več kategorij. Asimptomatska okužba pri posameznikih s pozitivnim testom za SARS-CoV-2 poteka brez simptomov, skladnih s covidom-19 (NIH – COVID-19 Treatment Guidelines, 2023). Glede na podatke različnih študij in sistematičnih pregledov je delež asimptomatskih okužb med 15,6 % in 40,5 % (McIntosh, 2023a; Sah idr., 2021). Pri blagem poteku bolezni je prisoten vsaj eden od znakov in simptomov covid-19 (vročina, kašelj, boleče grlo, slabo počutje, glavobol, bolečine v mišicah, slabost, bruhanje, driska, izguba okusa in volja), brez simptomov pomanjkanja sape, težkega dihanja ali patoloških slikovnih preiskav prsnega koša (NIH – COVID-19 Treatment Guidelines, 2023). Za zmeren potek bolezni so značilni znaki za bolezen spodnjega respiratornega trakta, a zadostna nasičenost krvi s kisikom. Pri težkem poteku bolezni je znižana nasičenost krvi s kisikom, pri kritičnem pa celo respiratorna odpoved, septični šok ali disfunkcija več organov (NIH – COVID-19 Treatment Guidelines, 2023). Bolezen poteka kritično v približno 5 % glede na podatke iz leta 2020 (McIntosh, 2023a). Skupna stopnja smrtnosti zaradi covid-19 variira glede na različne študije in je višja med hospitaliziranimi bolniki (Bennett idr., 2021). Ker je večina okužb asimptomatskih in številne blage okužbe niso diagnosticirane, je stopnja smrtnosti med vsemi okuženimi nižja in je bila ocenjena v nekaterih analizah necepljenih posameznikov med 0,15 in 1 % (McIntosh, 2023a). Stopnja smrtnosti s starostjo narašča, je pa med pandemijo upadla (Bennett idr., 2021; McIntosh, 2023a; Verity idr., 2020; Wang, 2021).

Namen prispevka je prikazati rezultate prve in druge presečne raziskave SI-PANDA o samoporočani prekuženosti z virusom SARS-CoV-2 med sodelujočimi v raziskavi in podatke pojasniti s sociodemografskimi spremenljivkami ter glede na status cepljenja. Predstavljeni so tudi rezultati obeh presečnih raziskav o samoocenjenem poteku bolezni covid-19.

METODE

Predstavitev podatkov prve in druge presečne raziskave o trenutnem številu okuženih z virusom SARS-CoV-2 in težavnosti poteka bolezni je prikazana po posameznih sociodemografskih spremenljivkah (spol, starostna skupina, dosežena stopnja izobrazbe, status aktivnosti, kohezijska regija in prisotnost kronične bolezni). Tako razlike v deležih med prvo in drugo presečno raziskavo kot tudi razlike med kategorijami posameznih sociodemografskih spremenljivk so bile ocenjene na podlagi Bonferronijevega popravka. Upoštevana je raven statistične značilnosti $p \leq 0,05$. Na podlagi rezultatov prve in druge presečne raziskave SI-PANDA smo primerjali deleže prebivalcev, ki so pri vprašanju »Kolikor vam je znano, ali ste bili oziroma ste sedaj okuženi z novim koronavirusom?« izbrali odgovor da. Primerjali smo tudi rezultate prve in druge presečne raziskave pri samoporočanju težavnosti poteka covid-19 (z vprašanjem, kakšen je (bil) potek bolezni), kjer so lahko anketiranci izbrali odgovor lahek oziroma težek.

REZULTATI

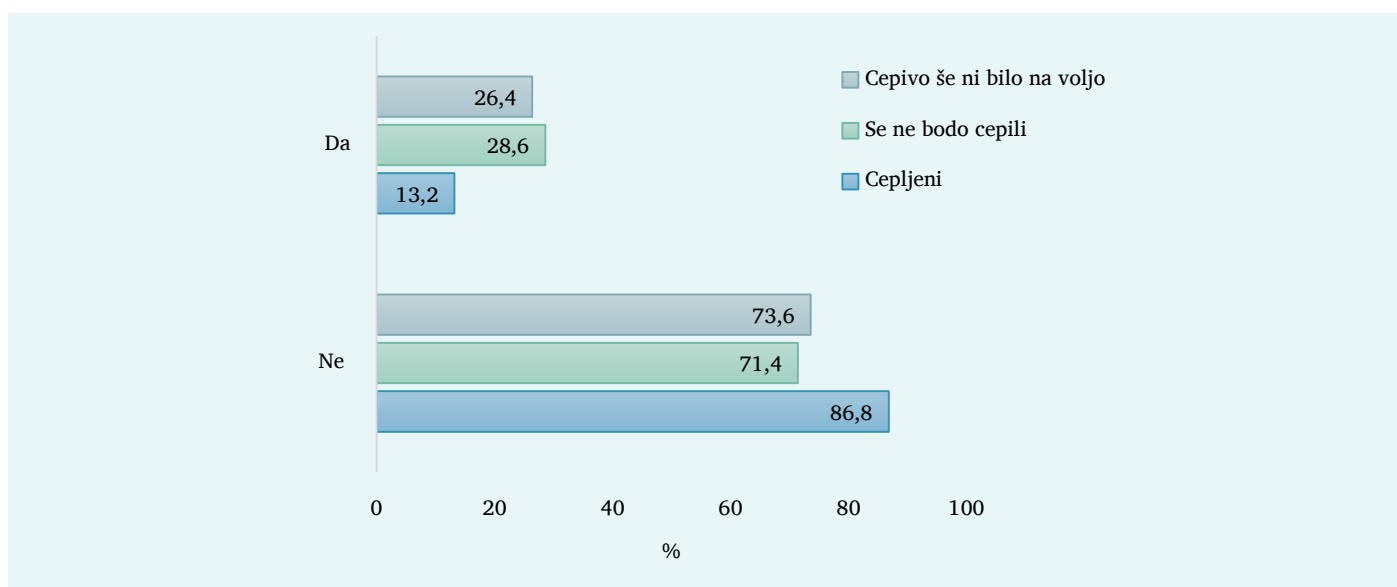
Preglednica 6: Prevalenca okužbe z virusom SARS-CoV-2; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Kolikor vam je znano, ali ste bili oziroma ste sedaj okuženi z virusom SARS-CoV-2? (odgovor 'DA')						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	16,6		21,9		↑
	Spol	$\chi^2 = 6,5, p = 0,0348$		$\chi^2 = 0,4, p = 0,6188$		
(A)	Moški	15,1	B	21,5		↑
(B)	Ženski	18,1	A	22,4		↑
	Starostne skupine	$\chi^2 = 56,8, p < 0,0001$		$\chi^2 = 27,7, p = 0,0027$		
(A)	Od 18 do 29 let	17,6	EF	24,4	F	↑
(B)	Od 30 do 39 let	21,6	EF	24,0	F	o
(C)	Od 40 do 49 let	21,0	EF	26,9	EF	↑
(D)	Od 50 do 59 let	16,6	EF	21,2		↑
(E)	Od 60 do 69 let	11,3	ABCD	17,4	C	↑
(F)	70 let in več	9,2	ABCD	15,5	ABC	↑
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 22,7, p = 0,0018$		$\chi^2 = 11,1, p = 0,0639$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	12,8	CD	20,6		↑
(B)	Srednja poklicna izobrazba	13,0	CD	17,5	D	↑
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	17,8	AB	22,3		↑
(D)	Višješolska izobrazba ali več	19,9	AB	25,0	B	↑
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 65,1, p < 0,0001$		$\chi^2 = 32,2, p = 0,0005$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	20,6	CDE	25,6	BCD	↑
(B)	Dijak, študent	16,4	C	19,6	A	o
(C)	Upokojenec	10,0	ABE	16,2	A	↑
(D)	Brezposeln	9,9	A	16,7	A	o
(E)	Drugo	15,3	AC	20,9 ^M		o
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 11,0, p = 0,0054$		$\chi^2 = 6,7, p = 0,0370$		
(A)	Vzhodna Slovenija	18,5	B	23,8	B	↑
(B)	Zahodna Slovenija	14,5	A	19,9	A	↑

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

Pričakovano je v drugi presečni raziskavi statistično značilno več prebivalcev (21,9 %) poročalo, da so bili že okuženi z virusom SARS-CoV-2, kot v prvi presečni raziskavi (16,6 %). Samoporočana stopnja pojavnosti okužb z virusom SARS-CoV-2 se je v času druge presečne raziskave glede na prvo presečno raziskavo statistično značilno povišala pri skoraj vseh skupinah prebivalcev, razen pri osebah v starostni skupini od 30 do 39 let, dijakih in študentih ter brezposelnih oseb. Med ženskami je bilo statistično značilno več okuženih v prvi presečni raziskavi kot v drugi, v drugi presečni raziskavi pa razlika med spoloma ni bila statistično značilna. V času prve presečne raziskave je bilo z virusom SARS-CoV-2 okuženih statistično značilno več oseb v starostni skupini od 18 do 59 let (16,6 %–17,6 %) kot tistih v starostni skupini 60 in več let (11,3–9,2 %). V času druge presečne raziskave pa je bilo v starostni skupini od 18 do 49 let (24,0–26,9 %) okuženih statistično značilno več oseb kot v starostni skupini 70 in več let (15,5 %). Med osebami z najmanj srednjo strokovno ali splošno izobrazbo je bilo v prvi presečni raziskavi okuženih statistično značilno več oseb (17,8–19,9 %) kot tistih, ki imajo zaključeno srednjo poklicno izobrazbo ali manj (12,8–13,0 %). V drugi presečni raziskavi je bilo okuženih več oseb z višješolsko izobrazbo ali več (25,0 %) kot tistih s srednjo poklicno izobrazbo (17,5 %). Glede na status aktivnosti pa vidimo, da je bilo v prvi presečni raziskavi s covidom-19 okuženih statistično značilno več zaposlenih (20,6 %) kot upokoencev in brezposelnih (9,9–10,0 %). V drugi presečni raziskavi pa je bilo okuženih največ zaposlenih oz. samozaposlenih oseb (25,6 %) (preglednica 6).



Slika 7: Delež okuženih z virusom SARS-CoV-2; glede na status cepljenja, druga presečna raziskava

Cepljenje v času prve presečne raziskave še ni bilo dostopno za vse skupine prebivalstva, ampak se je izvajalo le med najstarejšimi oziroma najbolj ogroženimi skupinami prebivalcev Slovenije, vključno z zdravstvenimi delavci. Zato prikazujemo število okuženih z virusom SARS-CoV-2 po cepilnem statusu le za drugo presečno raziskavo. Po teh podatkih je bilo cepljeno 44,1 % anketiranih oseb, 31,0 % se jih ni nameravalo cepiti, 24,9 % pa jih je navedlo, da cepivo zanje še ni bilo na voljo. Med osebami, ki še niso bile okužene z virusom SARS-CoV-2, je bilo statistično značilno več cepljenih oseb (86,8 %) kot tistih, ki se niso cepile, ker se ne želijo oz. ker zanje cepivo še ni bilo na voljo (71,4–73,6 %) (slika 7).

Preglednica 7: Potek bolezni covid-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Ali je (bil) potek bolezni:						
	Lahek			Težek		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Skupaj	83,9	84,8	o	16,1	15,2	o
Spol						
Moški	85,3	85,0	o	14,7	15,0	o
Ženski	82,8	84,6	o	17,2	15,4	o
Starostne skupine						
Od 18 do 29 let	91,4	93,0	o	8,6	7,0	o
Od 30 do 39 let	85,2	87,5	o	14,8	12,5	o
Od 40 do 49 let	85,6	87,7	o	14,4	12,3	o
Od 50 do 59 let	85,2	78,7	o	14,8	21,3	o
Od 60 do 69 let	71,7 ^M	79,9	o	28,3 ^M	20,1	o
70 let in več	72,4 ^M	74,1 ^M	o	27,6 ^M	25,9 ^M	o
Dosežena stopnja izobrazbe						
Osnovnošolska izobrazba ali manj	73,2 ^M	83,0	o	26,8 ^M	17,0	o
Srednja poklicna izobrazba	81,6	77,6	o	22,4	22,4	o
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	84,2	85,8	o	15,8	14,2	o
Višješolska izobrazba ali več	89,4	87,7	o	10,6	12,3	o
Status aktivnosti						
Zaposlen, samozaposlen	85,7	85,4	o	14,3	14,6	o
Dijak, študent	86,4 ^M	97,9	↑	13,6 ^M	2,1	↓
Upokojenec	74,6	77,1	o	25,4	22,9	o
Brezposeln	95,3	91,7 ^M	o	4,7	8,3 ^M	o
Drugo	N	N	N	N	N	N
Kohezijska regija						
Vzhodna Slovenija	81,1	83,2	o	18,9	16,8	o
Zahodna Slovenija	87,9	86,9	o	12,1	13,1	o
Prisotnost kronične bolezni						
Brez	88,2	85,9	o	11,8	14,1	o
Vsaj ena odkrita kadarkoli	79,8	83,9	o	20,2	16,1	o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena; N: natančna ocena

Večina oseb v prvi (83,9 %) in drugi (84,8 %) presečni raziskavi je poročala o lažjem poteku bolezni zaradi okužbe z virusom SARS-CoV-2, nekaj več kot 15 % oseb pa je poročalo o težjem poteku bolezni. Rezultati niso pokazali statistično značilnih razlik med obema raziskavama niti pri osebah, ki so imele lažji potek bolezni, niti pri osebah s težjim potekom bolezni. Na splošno torej oboleli niso težje oziroma lažje prebolevali covid-19 v času druge presečne raziskave kot v času prve. Izjema je skupina dijakov in študentov, in sicer jih je statistično značilno več poročalo o lažjem poteku bolezni v drugi presečni raziskavi (97,7 %) kot v prvi presečni raziskavi (86,4 %). Delež samoporočanega težjega poteka je bil glede na starostne skupine sicer višji pri prebivalcih, starih 60 in več let, v prvi presečni raziskavi oz. nad 50 let v drugi presečni raziskavi, vendar razlike niso statistično značilne. Glede na status aktivnosti je bil delež samoporočanega težjega poteka bolezni najvišji med upokojenci (25,4 % v prvi in 22,9 % v drugi presečni raziskavi), v drugi presečni raziskavi pa je ta delež

statistično značilno višji kot pri zaposlenih oz. samozaposlenih, dijakih in študentih ter brezposelnih. Glede na prisotnost kroničnih bolezni je o težjem poteku covid-19 v obeh presečnih raziskavah poročal večji delež tistih, ki imajo vsaj eno kronično bolezen, v primerjavi s tistimi brez kroničnih bolezni, vendar je le v prvi presečni raziskavi ta delež statistično značilno večji (20,2 %) kot pri osebah brez kroničnih bolezni (11,8 %) (preglednica 7).

RAZPRAVA

Kot je bilo pričakovano, se je v času od prve do druge presečne raziskave SI-PANDA prekuženost z virusom SARS-CoV-2 pri prebivalcih Slovenije povišala, kar se je potrdilo tudi z raziskavo SI-PANDA. To lahko pripišemo tako veliki prenosljivosti virusa kot tudi prisotnosti različice delta, ki je zaradi svoje nalezljivosti v času druge presečne raziskave prekuževanje še povišala. Različica delta je bila po raziskavah od 40 do 60 % bolj prenosljiva kot različica alfa (Shiehzadegan idr., 2021). Najvišji delež prekuženosti pri starostni skupini od 30 do 39 let v času prve presečne raziskave si lahko razložimo s tem, da gre tu za najbolj delovno aktivno populacijo, ki ima po večini tudi največ mlajših otrok in je okužbam najbolj izpostavljena. Po drugi strani lahko večji delež prekuženosti v starostnih skupinah od 18 do 29 let in od 40 do 49 let v času druge presečne raziskave pripišemo temu, da so bile takrat že odprte vse šole ter tudi visokošolski zavodi, kar je omogočilo večje prekuževanje mladostnikov oziroma s tem posredno tudi njihovih staršev. Najnižja prekuženost brezposelnih in upokojujencev v času prve in druge presečne raziskave je prav tako razumljiva, saj te osebe predstavljajo populacijo, ki se je verjetno zaradi manjše delovne aktivnosti lažje zadrževala doma in se s tem izogibala okužbi. Tudi v raziskavi iz Gane so ugotovili večje število okužb v delovno aktivni starostni skupni (Owusu idr., 2023). Osebe, stare med 15 in 64 let, so imele veliko tveganje za okužbo, saj so sodelovale v več aktivnostih, povezanih s širjenjem virusa, zato so imele zato več možnosti za stik z virusom kot otroci in osebe, starejše od 65 let (Owusu idr., 2023). Prav tako je bil v študiji s samoporočanimi podatki iz Kanade najvišji delež pozitivnih testov v starostni skupini 18–34 let, najmanjši pa pri starih 65 in več let (Statistics Canada, 2022). Mlajši posamezniki (18–29 let) so bili verjetneje okuženi z virusom SARS-CoV-2 kot starejši posamezniki (50–64 let) tudi v študiji, izvedeni v ZDA (Knight idr., 2022).

Glede na rezultate druge presečne raziskave SI-PANDA lahko predpostavljamo, da je cepljenje proti covidu-19 uspešno ščitilo pred okužbo, saj je bil delež oseb, ki so se okužile z virusom, najmanjši med cepljenimi osebami. Cepljenje proti covidu-19 ne daje stodontne zaščite in tako ni zagotovilo, da se oseba ne bo okužila, poleg tega zaščita po cepljenju postopoma upada, zato so zbolevala tudi cepljene osebe, vendar v manjši meri in običajno z blažjim potekom bolezni, kot če ne bi bile cepljene (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], n. d.). Gre za t. i. prebojno okužbo s SARS-CoV-2, okužba pri ljudeh, ki so opravili primarno cepljenje s pozitivno dozo ali se za to niso odločili, vendar pa ta manj verjetno vodi v hudo bolezen ali simptome, ki trajajo 28 ali več dni (NIH – COVID-19 Treatment Guidelines, 2023).

Večina oseb v prvi in drugi presečni raziskavi je poročala o lažjem poteku bolezni zaradi okužbe z virusom SARS-CoV-2, nekaj več kot 15 % oseb pa o težjem poteku bolezni. Rezultati so primerljivi s podatki iz drugih raziskav. Glede na poročilo Kitajskega centra za nadzor bolezni in preventivo med prvimi meseci pandemije je bilo med potrjenimi primeri 81 % blagega poteka bolezni, težjega poteka 14 %, pri 5 % je bil potek kritičen (McIntosh, 2023a). O podobnih rezultatih so poročali tudi v študiji Wanga in sod. (2021) ter iz ZDA, prav tako s podatki iz leta 2020 (McIntosh, 2023a). V približno 80 % primerih je bil potek okužbe s SARS-CoV-2 asimptomatski ali blag v času prevladovanja različic delta in omicron v poljski študiji (Dobrowolska idr., 2023). V prvi presečni raziskavi SI-PANDA so pogosteje o težjem poteku poročale osebe stare 60 in več let, v drugi presečni raziskavi pa osebe stare 50 in več let, a ne gre za statistično značilne razlike pri poročanju poteka bolezni med raziskavama. O težjem poteku so pričakovano (statistično) pomembno pogosteje poročale tudi osebe s prisotno vsaj eno kronično boleznijo kot osebe brez kroničnih bolezni, a le v prvi presečni raziskavi. Da imajo starejši in osebe s pridruženimi boleznimi večje tveganje za hud potek bolezni, je bilo potrjeno v več tujih študijah (Knight idr., 2022; Kumar idr., 2020; Wang, 2021). Glede na literaturo imajo večje tveganje za hud potek covid-19 osebe, stare 50 ali več in osebe s prisotnimi kroničnimi boleznimi, kot so astma, rak, kardiovaskularna bolezen, kronična ledvična, jetrna, pljučna bolezen in diabetes.

Drugi dejavniki tveganja so tudi debelost, nosečnost, kajenje in prejem imunosupresivne terapije ali transplantacije (NIH – COVID-19 Treatment Guidelines, 2023). Glede na rezultate raziskav je jasno, da je treba starejše ljudi in kronične bolnike še posebej zaščititi pred okužbo z virusom SARS-CoV-2 zaradi večjega tveganja za težji potek bolezni.

Če primerjamo obe presečni raziskavi, pomembnih razlik glede na težavnost poteka covid-19 pri udeležencih raziskave ni bilo opaziti, kar je precej pričakovano. V času druge presečne raziskave se je sicer že širila različica delta, ki je povezana s težjo obliko bolezni in tudi s povečanim virusnim bremenom in podaljšanim izločanjem virusa v respiratornih vzorcih, kar kaže na večjo prenosljivost variante (Ong idr., 2022). Povzročila je več okužb, vendar pa je bila takrat večja tudi precepljenost prebivalstva, ki je na splošno omogočala lažje prebolevanje, saj je cepljenost proti covidu-19 povezana z zmanjšano jakostjo bolezni (Ong idr., 2022). Ob koncu izvajanja prve presečne raziskave 31. marca 2021 je bilo z osnovnimi odmerki cepljenih 7 % odraslih oseb, ob koncu druge presečne raziskave 18. julija 2021 pa že 45 % odraslih Slovencev (NIJZ, eRCO, 2022). Prav tako je druga presečna raziskava potekala v času toplejšega obdobja leta (med majem 2021 in julijem 2021), ko so tudi druge respiratorne virusne okužbe manj prisotne.

ZAKLJUČEK

Precejšnji porast oseb, ki so bile v drugi presečni raziskavi okužene z virusom SARS-CoV-2, v primerjavi s prvo presečno raziskavo kaže, kako hitro se je virus širil v populaciji. Z okužbo se je posredno ali neposredno srečal že skoraj vsak posameznik, po podatkih NIJZ pa je bila okužba do danes potrjena že pri vsakem drugem Slovencu (NIJZ, 2022). K zaščiti zdravja in preprečitvi težjega poteka bolezni zaradi okužbe s covidom-19 je zelo pomembno prispevalo cepljenje, ki je bilo v Sloveniji na voljo že od konca leta 2020. Težji potek bolezni zaradi okužbe z virusom SARS-CoV-2 sicer prizadene manjši delež ljudi, približno 15 %, vendar lahko posledice okužbe trajajo še dolgo po preboleli bolezni. Pomembno je, da pred okužbo zaščitimo najranljivejše skupine, kot so starostniki in osebe s pridruženimi boleznimi, saj je bila prav pri teh osebah možnost težjega poteka bolezni zaradi okužbe z virusom SARS-CoV-2 večja.

VIRI IN LITERATURA

Bennett, T. D., Moffitt, R. A., Hajagos, J. G., Amor, B., Anand, A., Bissell, M. M., Bradwell, K. R., Bremer, C., Byrd, J. B., Denham, A., DeWitt, P. E., Gabriel, D., Garibaldi, B. T., Girvin, A. T., Guinney, J., Hill, E. L., Hong, S. S., Jimenez, H., Kavuluru, R., Kostka, K., ... National COVID Cohort Collaborative (N3C) Consortium (2021). Clinical Characterization and Prediction of Clinical Severity of SARS-CoV-2 Infection Among US Adults Using Data From the US National COVID Cohort Collaborative. *JAMA network open*, 4(7), e2116901. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.16901>

Choi, J. Y. in Smith, D. M. (2021). SARS-CoV-2 Variants of Concern. *Yonsei medical journal*, 62(11), 961–968. <https://doi.org/10.3349/ymj.2021.62.11.961>

Covid-19 Sledilnik. (2022). <https://covid-19.sledilnik.org/sl/stats>

Dobrowolska, K., Brzdęk, M., Zarębska-Michaluk, D., Rzymiski, P., Rogalska, M., Moniuszko-Malinowska, A., Szymanek-Pasternak, A., Jaroszewicz, J., Dutkiewicz, E., Kowalska, J., Sikorska, K. in Flisiak, R. (2023). Differences between the course of SARS-CoV-2 infections in the periods of the Delta and Omicron variant dominance in Poland. *Polish archives of internal medicine*, 133(5), 16403. <https://doi.org/10.20452/pamw.16403>

Knight, S. C., McCurdy, S. R., Rhead, B., Coignet, M. V., Park, D. S., Roberts, G. H. L., Berkowitz, N. D., Zhang, M., Turissini, D., Delgado, K., Pavlovic, M., AncestryDNA Science Team, Haug Baltzell, A. K., Guturu, H., Rand, K. A., Girshick, A. R., Hong, E. L. in Ball, C. A. (2022). COVID-19 susceptibility and severity risks in a cross-sectional survey of over 500 000 US adults. *BMJ open*, 12(10), e049657. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049657>

Kumar, A., Arora, A., Sharma, P., Anikhindi, S. A., Bansal, N., Singla, V., Khare, S. in Srivastava, A. (2020). Clinical Features of COVID-19 and Factors Associated with Severe Clinical Course: A Systematic Review and Meta-Analysis. *SSRN*, 3566166. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3566166>

Lopez Bernal, J., Gower, C., Andrews, N. in Public Health England Delta Variant Vaccine Effectiveness Study Group (2021). Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant. Reply. *The New England journal of medicine*, 385(25), e92. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2113090>

- Luo, C. H., Morris, C. P., Sachithanandham, J., Amadi, A., Gaston, D., Li, M., Swanson, N. J., Schwartz, M., Klein, E. Y., Pekosz, A. in Mostafa, H. H. (2021). Infection with the SARS-CoV-2 Delta Variant is Associated with Higher Infectious Virus Loads Compared to the Alpha Variant in both Unvaccinated and Vaccinated Individuals. *medRxiv : the preprint server for health sciences*, 2021.08.15.21262077. <https://doi.org/10.1101/2021.08.15.21262077>
- McIntosh, K. (2023a). *COVID-19: Clinical features*. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features>
- McIntosh, K. (2023b). *COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?topicRef=128323&source=see_link
- Ministrstvo za zdravje. (19. 10. 2020). *Vlada razglasila epidemijo nalezljive bolezni COVID-19 na območju Republike Slovenije*. Republika Slovenija, gov.si. <https://www.gov.si/novice/2020-10-19-vlada-razglasila-epidemijo-nalezljive-bolezni-covid-19-na-obmocju-republike-slovenije/>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (n. d.). *Pogosta vprašanja in odgovori*. Cepimose.si <https://www.cepimose.si/cepljenje-proti-covidu-19/pogosta-vprasanja-in-odgovori/>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2022). *Spremljanje okužb s SARS-CoV-2 (covid-19)*. <https://www.nijz.si/sl/dnevno-spremljanje-okuzb-s-sars-cov-2-covid-19>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje, Elektronski register cepljenih oseb in neželenih učinkov po cepljenju (eRCO). (2022). *Precepljenost proti covid-19 v Sloveniji*. <https://app.powerbi.com/>
- Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano. (21. 7. 2022). *Sledenje različicam SARS-CoV-2*. <https://www.nlzoh.si/objave/sledenje-razlicicam-sars-cov-2-61/>
- NIH - COVID-19 Treatment Guidelines. (6. 3. 2023). *Clinical Spectrum of SARS-CoV-2 Infection*. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>
- Ong, S. W. X., Chiew, C. J., Ang, L. W., Mak, T. M., Cui, L., Toh, M. P. H. S., Lim, Y. D., Lee, P. H., Lee, T. H., Chia, P. Y., Maurer-Stroh, S., Lin, R. T. P., Leo, Y. S., Lee, V. J., Lye, D. C. in Young, B. E. (2022). Clinical and Virological Features of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Variants of Concern: A Retrospective Cohort Study Comparing B.1.1.7 (Alpha), B.1.351 (Beta), and B.1.617.2 (Delta). *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 75(1), e1128–e1136. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab721>
- Our World in Data. (2023). *Coronavirus (COVID-19) Cases*. <https://ourworldindata.org/covid-cases>
- Owusu, A. B., Yiran, G. A. B., Afagbedzi, S. K. in Takyi, E. (2023). District-level analysis of socio-demographic factors and COVID-19 infections in Greater Accra and Ashanti regions, Ghana. *Frontiers in public health*, 11, 1140108. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1140108>
- Sah, P., Fitzpatrick, M. C., Zimmer, C. F., Abdollahi, E., Juden-Kelly, L., Moghadas, S. M., Singer, B. H. in Galvani, A. P. (2021). Asymptomatic SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118(34), e2109229118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2109229118>
- Shiehzadegan, S., Alaghemand, N. Fox, M. in Venketaraman, V. (2021). Analysis of the Delta Variant B.1.617.2 COVID-19. *Clinics and practice*, 11(4), 778–784. <https://doi.org/10.3390/clinpract11040093>
- Statistics Canada. (6. 9. 2022). *Self-reported COVID-19 test results in Canada, January 2020 to March 2022*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220906/dq220906a-eng.htm>
- Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., Cuomo-Dannenburg, G., Thompson, H., Walker, P. G. T., Fu, H., Dighe, A., Griffin, J. T., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cori, A., Cucunubá, Z., FitzJohn, R., Gaythorpe, K., Green, W., ... Ferguson, N. M. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet. Infectious diseases*, 20(6), 669–677. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)
- Vlada republike Slovenije. (15. 6. 2021). *Z današnjim dnem se epidemija izteka*. Republika Slovenija, gov.si. <https://www.gov.si/novice/z-danasnjim-dnem-se-epidemija-izteka/>
- Wang, C., Wang, Z., Wang, G., Lau, J. Y., Zhang, K. in Li, W. (2021). COVID-19 in early 2021: current status and looking forward. *Signal transduction and targeted therapy*, 6(1), 114. <https://doi.org/10.1038/s41392-021-00527-1>

5 DUŠEVNO ZDRAVJE IN PSIHOLOŠKA ODPORNOST MED PANDEMIJO



Duševno zdravje in psihološka odpornost med pandemijo

AVTORJI: Helena Jeriček Klanšček, Matej Vinko, Varineja Drašler, Aljaž Brlek, Darja Lavtar

KLJUČNE BESEDE: pandemija covid-19, duševno zdravje, kontinuum duševnega zdravja, težave v duševnem zdravju, odpornost

UVOD: Številne raziskave kažejo, da je pandemija covid-19 negativno vplivala na duševno zdravje ljudi. Namen prispevka je predstaviti izsledke prve in druge presečne raziskave SI-PANDA, ki se nanašajo na duševno zdravje slovenskega prebivalstva med pandemijo.

METODE: V prvi in drugi presečni študiji SI-PANDA smo merili pozitivno duševno zdravje (angl. Mental Health Continuum – Short Form, MHC-SF), težave v duševnem zdravju (angl. Mental Health Inventory 5, MHI-5) in psihološko odpornost (angl. Brief Resilience Scale, BRS). Raziskovali smo tudi povezavo med duševnim zdravjem in različnimi sociodemografskimi dejavniki.

REZULTATI: Med pandemijo covid-19 je imelo približno desetina slovenskega prebivalstva slabo (veneče) duševno zdravje (8 %) in veliko verjetnost težav v duševnem zdravju (12 %). V obeh študijah so o slabšem duševnem zdravju poročale ženske, mlajši odrasli, manj izobraženi, brezposelni, dijaki in študenti, samski in tisti, ki živijo sami, posamezniki s poslabšano finančno situacijo med pandemijo in ljudje s kroničnimi boleznimi. Hkrati je bila psihološka odpornost med temi skupinami manjša. Med prvo in drugo presečno raziskavo v duševnem zdravju slovenske populacije nismo ugotovili večjih razlik, smo pa pri večini skupin ugotovili nekaj izboljšav v psihološki odpornosti.

ZAKLJUČEK: Posebno pozornost je treba nameniti skupinam s slabšim duševnim zdravjem. Pomembna je tudi krepitev odpornosti ljudi, saj lahko pomaga pri soočanju in blažitvi negativnih posledic dogodkov, kot je pandemija covid-19.

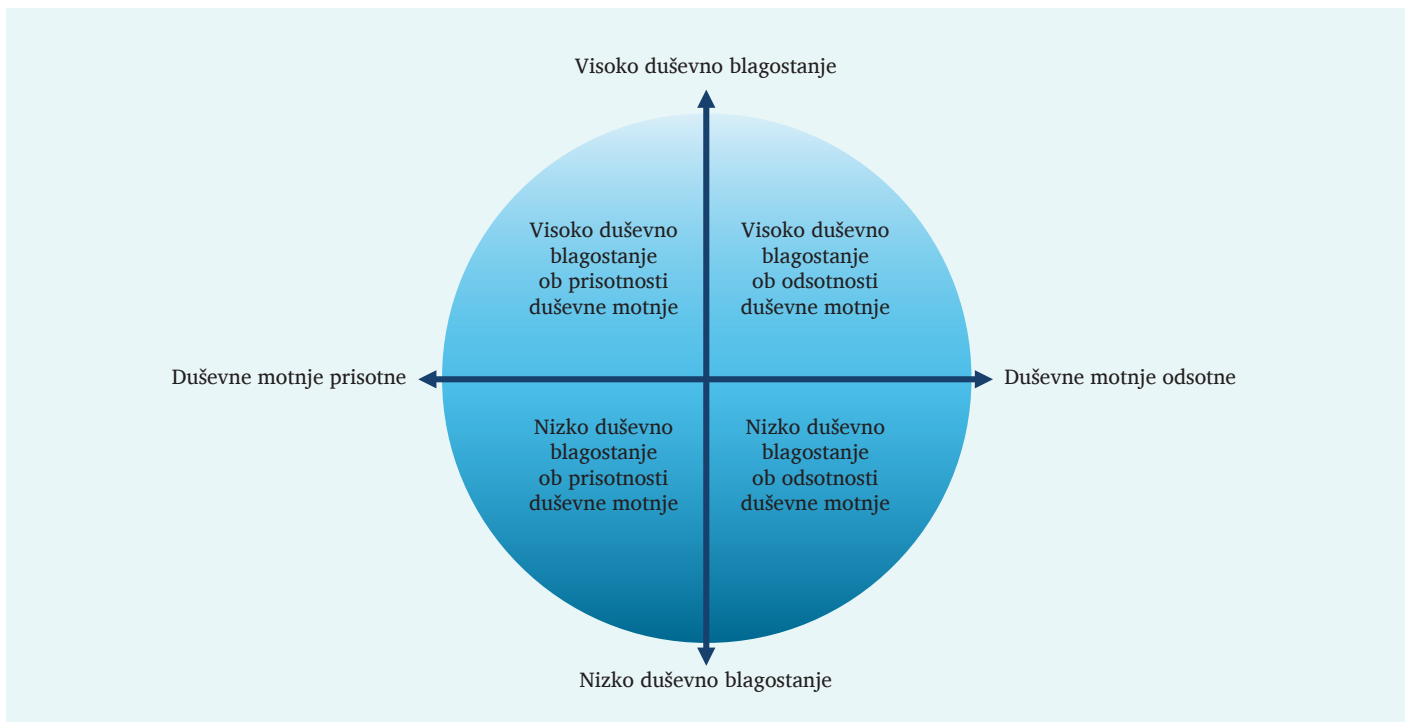
KLJUČNI POUČENI:

- O cvetočem duševnem zdravju je v prvi in drugi raziskavi poročalo nekaj več kot tretjina vprašanih oseb, o venečem malo manj kot desetina, drugi pa o zmernem duševnem zdravju.
- Veliko verjetnost težav v duševnem zdravju je v prvi in drugi raziskavi imelo malo več kot desetina oseb, več kot tretjina jih je imelo možne težave v duševnem zdravju in približno polovica oseb med pandemijo covid-19 ni imelo težav v duševnem zdravju.
- Slabše duševno zdravje, večjo verjetnost duševnih težav in slabšo psihološko odpornost je v obeh raziskavah imelo več žensk, mlajših odraslih (od 18 do 29 let), tistih z nižjo izobrazbo, brezposelnih, dijakov in študentov, samskih (tudi ovdovelih ali ločenih), tistih, ki živijo sami, tistih, ki se jim je finančna situacija med pandemijo covid-19 poslabšala, in tistih, ki imajo vsaj eno kronično bolezen.
- Med prvo in drugo presečno raziskavo ni prišlo do pomembnejših razlik v duševnem zdravju in duševnih težavah, se je pa pri večini skupin prebivalstva izboljšala psihološka odpornost. Poslabšanja duševnega zdravja (višji deleži tistih z venečim duševnim zdravjem) smo ugotovili le pri moških, starejših odraslih (starih med 50 in 69 let), upokojencih ter tistih, pri katerih je v zadnjih treh mesecih prišlo do poslabšanja finančne situacije.

UVOD

Pandemija covid-19 ni vplivala zgolj na fizično zdravje ljudi, ampak so strogi ukrepi, kot so izolacija, omejevanje medosebnih stikov, zaprtje izobraževalnih ustanov, spremenjen način dela in preživljanja prostega časa, močno vplivali tudi na duševno zdravje posameznikov (Javed idr., 2020).

Duševno zdravje je temeljni del dobrega počutja in učinkovitega delovanja posameznika in skupnosti. Kadar govorimo o duševnem zdravju, govorimo o dvojnem kontinuumu, ki zajema dve ločeni, a povezani področji duševnega zdravja. Na enem kontinuumu imamo pozitivno duševno zdravje oziroma duševno blagostanje (Greenspoon in Saklofske, 2001). Pozitivno duševno zdravje je opredeljeno kot pozitiven odnos do sebe in drugih, pozitivna samopodoba, visoko samospoštovanje, optimizem, občutek moči, uspešno soočanje z izzivi ter sposobnost soočanja s težavami (World health organization [WHO], 2014). Na drugem kontinuumu se nahaja slabo oziroma negativno duševno zdravje, kjer govorimo o različnih duševnih težavah in motnjah. Glede na prisotnost oziroma odsotnost pozitivnega duševnega zdravja in duševnih težav lahko posameznik v vsakem trenutku prehaja med štirimi različnimi možnimi stanji, ki opredeljujejo njegovo duševno zdravje (slika 8) (Greenspoon in Saklofske, 2001).



Slika 8: Dvojni kontinuum duševnega zdravja (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021).

Prirejeno po Greenspoon in Saklofske (2001).

Na duševno zdravje posameznika vpliva skupek različnih dejavnikov. Dejavniki tveganja so tisti, ki povečajo možnost duševnih težav in duševnih motenj (Poikolainen idr., 1995), medtem ko varovalni dejavniki ugodno vplivajo na duševno zdravje, zmanjšajo pojavnost težav v duševnem zdravju in hkrati zmanjšajo posameznikovo odzivnost na dejavnike tveganja (Berntsson idr., 2001). Eden od pomembnejših varovalnih dejavnikov je psihološka odpornost. Ameriško psihološko združenje (angl. American Psychological Association, APA) psihološko odpornost definira kot proces uspešnega prilagajanja na težave, travme, grožnje in pomembne vire stresa (American Psychological Association, 2020). O dobri psihološki odpornosti posameznika govorimo, ko je kljub izpostavljenosti hudim ali dolgotrajnim težavam, stiskam ali nevarnostim, sposoben ohraniti pozitiven odnos do teh okoliščin v smislu prilagajanja ali spreminjanja, kar preprečuje njegovo nadaljnjo ogroženost oziroma zmanjšuje škodo (Kiswarday, 2013). Narava psihološke odpornosti je precej kompleksna, njene determinante pa vključujejo številne biološke, psihološke, socialne in kulturne dejavnike, ki delujejo medsebojno in določajo, kako se človek odziva na stresne situacije (Southwick idr., 2014). Visoka psihološka odpornost poveča sposobnost soočanja z negativnimi dogodki, kot je tudi pandemija covid-19, in s tem ključno pripomore k izboljšanju osebnega blagostanja ter zadovoljstva z življenjem (McKay idr., 2019).

Številne tuje in slovenske študije ugotavljajo, da se je duševno zdravje med pandemijo covid-19 poslabšalo. Poslabšalo se je tako pozitivno duševno zdravje, predvsem zadovoljstvo z življenjem in samoocena zdravja, kot tudi čustveno dobro počutje, pri čemer se je manj ljudi počutilo srečne in so redkeje o stvareh razmišljali pozitivno (Kavčič idr., 2021; Lee, 2022; Mascherini idr., 2021). V času pandemije se je povečal delež ljudi, ki so se soočali z duševnimi stiskami, osamljenostjo, stresom, psihosomatskimi simptomi ter simptomi anksioznosti in depresije (Chodkiewicz idr., 2021; Fernández idr., 2020; Frankenthal idr., 2022; Kavčič idr., 2021; Torales idr., 2022; Wang idr., 2020). K temu so prispevali strogi ukrepi za preprečevanje širjenja virusa (Butterworth idr., 2022), socialna izolacija (Müller idr., 2021), zaskrbljenost zaradi okužbe z virusom (Muyor-Rodríguez idr., 2021), obolelost z virusom SARS-CoV-2 (Zhang idr., 2020) ter izpostavljenost novicam o pandemiji covid-19 (Torales idr., 2022). Raziskovalci ugotavljajo, da je psihološka odpornost eden ključnih napovednikov duševnega zdravja in dejavnik, ki ima pomembno varovalno vlogo pri lažjem soočanju s posledicami pandemije covid-19 in obvladovanju stresnih situacij (Havnen idr., 2020; Kavčič idr., 2021; Verdolini idr., 2021). Rezultati kažejo, da so ljudje, ki so se ocenili kot psihološko odpornejše, doživljali manj stresa in so poročali o višjem duševnem blagostanju kot manj odporni posamezniki (Kavčič idr., 2021). Boljša psihološka odpornost pa je bila povezana tudi z boljšo kakovostjo življenja med pandemijo covid-19 (Aldhahi idr., 2021). Prav tako se je psihološka odpornost v kombinaciji s strategijami za obvladovanje stresa v času pandemije covid-19 pokazala kot učinkovit dejavnik za zmanjševanje stisk (Kuhn idr., 2021), čustvene in socialne osamljenosti (Labrague in De Los Santos, 2021), psihosomatskih simptomov (Ran idr., 2020), anksioznosti in depresije (Zhang idr., 2020) ter pandemske izčrpanosti (Labrague in Ballard, 2021). Posamezniki s slabšo psihološko odpornostjo so izrazili večje težave pri soočanju s čustvenimi izzivi med pandemsko krizo (Killgore idr., 2020).

Raziskave ugotavljajo, da je duševno zdravje med pandemijo covid-19 povezano z različnimi osebnimi in družbenimi dejavniki, med katerimi so nekateri vezani specifično na pandemijo covid-19 (označeno s krepko pisavo), nekateri pa so bili kot pomembni prepoznani že pred pandemijo covid-19 (preglednica 8).

Preglednica 8: Najpogostejši osebni in družbeni dejavniki, ki so vplivali na duševno zdravje med pandemijo covid-19

Raziskava	Osebni in družbeni dejavniki
Akbas idr. (2021)	Starost, stopnja izobrazbe, status aktivnosti, prihodek, okolje bivanja**, doživljanje pandemije covid-19 (zaskrbljenost, doživljanje nevarnosti, obolelost za virusom SARS-CoV-2)
Butterworth idr. (2022)	Spol, starost, struktura družine, tip stanovanja, okolje bivanja**, prisotnost kronične bolezni, predhodne duševne težave, prihodek
Chen idr. (2021)	Spol, starost, zakonski stan, stopnja izobrazbe, okolje bivanja**, doživljanje pandemije covid-19 (zaskrbljenost)
Fernández idr. (2020)	Spol, starost, stopnja izobrazbe, zakonski stan, prihodek, vera, uporaba tobaka ali konoplje, pitje alkoholnih pijač, doživljanje pandemije covid-19 (oseba iz ogrožene skupine ali živi s tako osebo, zaskrbljenost), osamljenost, psihološka odpornost
Hoang idr. (2021)	Spol, starost, vera, stopnja izobrazbe, zakonski stan, okolje bivanja**, status aktivnosti, število članov gospodinjstva, kajenje, prisotnost bolezni, doživljanje pandemije covid-19 (zaskrbljenost in strah)
Hou idr. (2021)	Spol, starost, zakonski stan, stopnja izobrazbe, status aktivnosti, prihodek, sprememba prihodka med pandemijo covid-19, psihološka odpornost
Kavčič idr. (2021)	Spol, starost, stopnja izobrazbe, samoocena zdravja, prisotnost kroničnih bolezni, doživljanje pandemije covid-19 (zaskrbljenost, okužba), psihološka odpornost
Lee (2022)	Varnost zaposlitve, stanovanjska varnost, sprememba finančnega statusa med pandemijo covid-19 , zaupanje v državne institucije*, občutek državne pripadnosti*, socialna podpora*
Mana idr. (2021)	Spol, starost, zakonski stan, občutek skladnosti, doživljanje pandemije covid-19 (izpostavljenost, zaskrbljenost) , občutek državne pripadnosti*, zaupanje v državne institucije*, socialna podpora*
Mascherini idr. (2021)	Spol, starost, zakonski stan, stopnja izobrazbe, status aktivnosti (pred in med pandemijo covid-19)
Massad idr. (2020)	Spol, starost, prihodek, zakonski stan, status aktivnosti, število članov gospodinjstva, kajenje, socialna mreža, socialna podpora
Müller idr. (2021)	Spol, starost, stopnja izobrazbe, zakonski stan, doživljanje pandemije covid-19 (zaskrbljenost, doživljanje nevarnosti, ukrepi) , psihološka odpornost, socialna izolacija
Ran idr. (2020)	Spol, starost, stopnja izobrazbe, zakonski stan, psihološka odpornost
Torales idr. (2022)	Spol, zakonski stan, stopnja izobrazbe, število članov gospodinjstva, status aktivnosti, prihodek, doživljanje pandemije covid-19 (vir informacij, izpostavljenost informacijam)
Wang idr. (2020)	Spol, starost, zakonski stan, otroci, število članov gospodinjstva, stopnja izobrazbe, prisotnost (akutne ali kronične) bolezni, samoocena zdravja, doživljanje pandemije covid-19 (zaskrbljenost, okužba, ukrepi)

* dejavnik sodi med družbene dejavnike

** mesto, naselje, vas

Namen prispevka je predstaviti ugotovitve prve in druge presečne raziskave SI-PANDA, povezane z duševnim zdravjem prebivalcev Slovenije v času pandemije covid-19. Predstavili bomo vidik pozitivnega in negativnega duševnega zdravja ter psihološke odpornosti in izpostavili ključne razlike med rezultati obeh raziskav. Priказali bomo tudi ugotovitve po spolu, starostni skupini, doseženi stopnji izobrazbe, statusu aktivnosti, zakonskem stanu, številu članov gospodinjstva, oceni finančne situacije v zadnjih treh mesecih ter prisotnosti kroničnih bolezni. Rezultate bomo primerjali z drugimi slovenskimi in tujimi raziskavami.

METODE

Pozitivno duševno zdravje smo ugotavljali s kratko obliko vprašalnika Kontinuum duševnega zdravja (angl. Mental Health Continuum – Short Form, MHC-SF). Zajema štirinajst postavk, ki merijo raven subjektivnega blagostanja na treh področjih: čustveno, socialno in duševno blagostanje. Prve tri postavke ugotavljajo čustveno blagostanje v zadnjih tridesetih dneh. Gre za tri simptome na podlagi občutka sreče, zadovoljstva in zanimanja za življenje. Naslednjih pet postavk se navezuje na socialno blagostanje v zadnjih tridesetih dneh, natančneje na posameznikov socialni prispevek (da lahko svetu ponudi nekaj pomembnega), socialno pripadnost (da pripada neki skupnosti, npr. družbeni, soseski, mestu), družbeno rast (da je naša družba dober kraj ali da postaja boljši kraj za vse ljudi), sprejemljivost (da so ljudje po naravi dobri) in smiselnosti delovanja naše družbe. Preostalih šest postavk meri duševno blagostanje v zadnjih 30 dneh, kamor spadajo vprašanja o sprejemanju sebe (všečnost vidikov lastne osebnosti), učinkovitosti (uskklajevanje odgovornosti vsakodnevnega življenja), medosebnih odnosih (topli in zaupni odnosi z drugimi), osebni rasti (rast na podlagi izkušenj), avtonomiji (samozavestno razmišljanje in izražanje lastnih idej in mnenj) in občutku smiselnosti življenja. Na postavke se odgovarja s 6-stopenjsko lestvico, glede na to, kako pogosto je za posameznika trditev veljala v zadnjih 30 dneh (0 = nikoli, 5 = vsak dan). Skupno je mogoče zbrati od 0 do 70 točk, ki se nato seštejejo in preoblikujejo v 100-točkovno lestvico, pri čemer višja vrednost pomeni boljše duševno zdravje. Na podlagi zbranih točk smo osebe razdelili v tri kategorije, in sicer na tiste s cvetočim, zmernim in venečim duševnim zdravjem. Cvetoče duševno zdravje so imeli tisti, ki so poročali o vsaj enem od treh simptomov čustvenega blagostanja in vsaj šestih od enajstih simptomov socialnega in duševnega blagostanja vsak dan oziroma skoraj vsak dan v preteklem mesecu. V skupino *veneče duševno zdravje* smo umestili tiste, ki so poročali o vsaj enem od treh čustvenih simptomov in ki niso imeli nikoli oziroma so imeli enkrat ali dvakrat v zadnjem mesecu šest od enajstih simptomov socialnega in duševnega blagostanja. Zmerno duševno zdravje so imeli posamezniki, ki se niso uvrstili v nobeno od omenjenih skupin.

Težave v duševnem zdravju smo ugotavljali z vprašalnikom duševnega zdravja 5 (angl. Mental Health Inventory 5, MHI-5). Gre za kratek vprašalnik, ki meri splošno duševno zdravje in se lahko uporablja za odkrivanje simptomov depresije in anksioznosti. MHI-5 zajema pet vprašanj o tem, koliko časa so se vprašani počutili zelo nervozne, malodušne in potrte, sproščene in umirjene, na tleh ter srečne. Na vprašanja se odgovarja s 5-stopenjsko lestvico glede na to, kako pogosto je trditev zanje veljala v zadnjih 30 dneh (1 = ves čas, 5 = nikoli). Skupno je mogoče zbrati od 5 do 30 točk, ki se nato seštejejo in preoblikujejo v 100-točkovno lestvico, pri čemer nižja vrednost pomeni več težav v duševnem zdravju. Glede na verjetnost težav v duševnem zdravju smo osebe razvrstili v tri kategorije, in sicer na tiste z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (od 0 do 55 točk), tiste z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju (od 56 do 75 točk) in tiste brez težav v duševnem zdravju (od 76 do 100 točk).

Kot osnovo za merjenje psihološke odpornosti smo vzeli lestvico psihološke odpornosti (angl. Brief Resilience Scale, BRS). Vključuje šest vprašanj, od katerih smo v naši raziskavi uporabili tri. Vprašanja so se nanašala na to, ali se posameznik s težavo prebija skozi stresne dogodke, ali potrebuje veliko časa, da si opomore od stresnega dogodka ter ali si težko opomore, ko se zgodi nekaj slabega. Anketiranci so na 7-stopenjski lestvici izrazili strinjanje oziroma nestrinjanje s trditvami (1 = sploh se ne strinjam, 7 = popolnoma se strinjam). Na podlagi odgovorov na vsa tri vprašanja smo izračunali vsoto, ki jo je dosegel udeleženec. Nižja vsota pomeni boljšo psihološko odpornost.

REZULTATI

Pozitivno duševno zdravje

Preglednica 9: Kontinuum duševnega zdravja; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Kontinuum duševnega zdravja (MHC-SF)								
		Veneče duševno zdravje		Zmerno duševno zdravje		Cvetoče duševno zdravje		
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 3.478)	8,0		53,4		38,6		
	Spol	$\chi^2 = 13,7; p = 0,0096$						
(A)	Moški	6,6	B	53,0		40,5	B	
(B)	Ženski	9,4	A	53,9		36,6	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 79,9; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	15,0	BCDEF	55,6		29,5	CDEF	
(B)	Od 30 do 39 let	8,5	A	54,3		37,2	E	
(C)	Od 40 do 49 let	7,0	A	51,8		41,2	A	
(D)	Od 50 do 59 let	5,2	A	57,1	E	37,7	AE	
(E)	Od 60 do 69 let	5,0	A	49,1	D	45,9	ABD	
(F)	70 let in več	7,5	A	52,2		40,3	A	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 11,2; p = 0,2677$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	9,7		56,1		34,3		
(B)	Srednja poklicna izobrazba	6,6		55,0		38,4		
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	8,4		51,8		39,8		
(D)	Višješolska izobrazba ali več	7,2		53,0		39,8		
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 102,9; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	6,3	BDE	55,6	CE	38,1	BCD	
(B)	Dijak, študent	15,6	AC	55,8		28,5	AC	
(C)	Upokojenec	6,1	BDE	49,4	A	44,6	ABD	
(D)	Brezposeln	18,8	AC	51,3		29,8	AC	
(E)	Drugo	12,4	AC	47,8 ^M	A	39,7 ^M		
	Zakonski stan	$\chi^2 = 101,2; p < 0,0001$						
(A)	Samski, ovdoveli, ločeni	13,6	B	56,9	B	29,6	B	
(B)	Poročeni, zunajzakonska zveza	5,6	A	51,9	A	42,4	A	
	Živi sam	$\chi^2 = 8,2; p = 0,0642$						
(A)	Da	11,5	B	50,8		37,8		
(B)	Ne	7,6	A	54,0		38,4		
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 49,6; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	7,5	C	49,6		42,9	C	
(B)	Ostaja enaka kot prej	5,9	C	54		40,1	C	
(C)	Slabša kot prej	12,4	AB	53,6		34,0	AB	
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 11,3; p = 0,0249$						
(A)	Brez bolezni	7,3		51,3	B	41,4	B	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	8,6		55,2	A	36,2	A	

M: manj natančna ocena

Preglednica 10: Kontinuum duševnega zdravja; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Kontinuum duševnega zdravja (MHC-SF)								
		Veneče duševno zdravje		Zmerno duševno zdravje		Cvetoče duševno zdravje		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.695)	9,4		52,7		37,9		
	Spol	$\chi^2 = 2,3; p = 0,4910$						
(A)	Moški	9,6		51,4		39,1		
(B)	Ženski	9,2		54,1		36,8		
	Starostne skupine	$\chi^2 = 38,2; p = 0,0076$						
(A)	Od 18 do 29 let	11,8		57,5	F	30,7	CEF	
(B)	Od 30 do 39 let	9,7		58,7	EF	31,6	CEF	
(C)	Od 40 do 49 let	7,7		49,2		43,1	AB	
(D)	Od 50 do 59 let	9,2		53,0		37,8		
(E)	Od 60 do 69 let	8,4		49,6	B	42,1	AB	
(F)	70 let in več	9,9		46,6	AB	43,5	AB	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 28,4; p = 0,0078$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	14	D	52,2		33,8	D	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	8,6		50,9		40,5		
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	9,9	D	53,6		36,5		
(D)	Višješolska izobrazba ali več	6,1	AC	52,9		41,0	A	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 65,8; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	7,2	BDE	53	B	39,8	BDE	
(B)	Dijak, študent	14,2	A	59,8	AC	26,0	AC	
(C)	Upokojenec	9,7	E	48,9	BD	41,5	BDE	
(D)	Brezposeln	15,4	A	59,6 ^M	C	25,0	AC	
(E)	Drugo	20,9 ^M	AC	48,2 ^M		30,9 ^M	AC	
	Zakonski stan	$\chi^2 = 41,3; p < 0,0001$						
(A)	Samski, ovdoveli, ločeni	13,3	B	55,3		31,4	B	
(B)	Poročeni, zunajzakonska zveza	7,5	A	51,5		41,0	A	
	Živi sam	$\chi^2 = 0,9; p = 0,7254$						
(A)	Da	8,8		51,0		40,2		
(B)	Ne	9,3		53,1		37,6		
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 101,5; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	3,1	BC	50,5		46,4	BC	
(B)	Ostaja enaka kot prej	7,1	AC	52,1		40,8	AC	
(C)	Slabša kot prej	16,7	AB	55,3		28,0	AB	
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 20,3; p = 0,0020$						
(A)	Brez bolezni	7,2	B	51,9		40,9	B	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	11,3	A	53,4		35,3	A	

M: manj natančna ocena

Približno polovica oseb v obeh raziskavah (1. presečna raziskava: 53,4 %, 2. presečna raziskava: 52,7 %) je imelo med pandemijo zmerno duševno zdravje, nekaj več kot tretjina oseb (1. presečna raziskava: 38,6 %, 2. presečna raziskava: 37,9 %) cvetoče duševno zdravje, malo manj kot desetina oseb (1. presečna raziskava: 8,0 %, 2. presečna raziskava: 9,4 %) pa jih je poročalo o venečem duševnem zdravju (preglednici 9 in 10). Med obema presečnima raziskavama ni bilo statistično značilnih razlik v predstavljenih deležih ($\chi^2 = 4,1$; $p = 0,2666$).

Kot pomembni dejavniki, povezani z merjenimi kazalniki duševnega zdravja (MHC-SF) med pandemijo – tako v prvi kot v drugi raziskavi – so se pokazali starost, status aktivnosti, zakonski stan, ocena finančne situacije v zadnjih treh mesecih ter prisotnost kroničnih bolezni. V prvi presečni raziskavi je bil poleg naštetih spremenljivk z duševnim zdravjem povezan tudi spol, druga presečna raziskava pa je pokazala pomembno povezavo med duševnim zdravjem in doseženo stopnjo izobrazbe. Ali so osebe živele same ali ne, v nobeni od raziskav ni bilo pomembno povezano z merjenimi kazalniki duševnega zdravja.

Najslabše (veneče) duševno zdravje so imele ženske, vendar le v prvi presečni raziskavi (moški: 6,6 %, ženske: 9,4 %), v drugi presečni raziskavi pa ni bilo pomembnih razlik med spoloma. Med starostnimi skupinami so o najslabšem duševnem zdravju poročali mlajši odrasli, stari od 18 do 29 let (11,8 % v prvi presečni raziskavi in 15,0 % v drugi), kar je v prvi raziskavi dvakrat oziroma trikrat toliko kot v starejših starostnih skupinah, v drugi raziskavi pa so se te razlike med starostmi zmanjšale. V prvi presečni raziskavi se dosežena stopnja izobrazbe ni statistično značilno povezovala s kategorijami/skupinami duševnega zdravja, v drugi presečni raziskavi pa so o najslabšem duševnem zdravju poročale osebe z najnižjo stopnjo izobrazbe (14,0 %). V obeh raziskavah so o slabem duševnem zdravju v višjem deležu poročali brezposelni ter dijaki in študenti (približno 15 %), v nasprotju z zaposlenimi, samozaposlenimi in upokojenci, pri katerih je bil ta delež nižji. Slabše duševno zdravje so imeli samski, ovdoveli ali ločeni (približno 13 %) ter tisti, katerih finančna situacija se je v zadnjih treh mesecih poslabšala (12,4 % v prvi raziskavi in 16,7 % v drugi), kar je v obeh primerih dvakrat oziroma trikrat tolikšen delež kot pri ostali skupinah. Prav tako so osebe z vsaj eno odkrito kronično boleznijo v drugi presečni raziskavi v višjem deležu poročale o venečem duševnem zdravju (11,3 %), v primerjavi s tistimi brez kroničnih bolezni (7,2 %), v prvi presečni raziskavi pa ni bilo pomembnih razlik.

Najboljše (cvetoče) duševno zdravje so v obeh raziskavah imeli starejši, stari od 40 do 49 let ter od 60 let dalje (približno 40 oziroma 45 %). O cvetočem duševnem zdravju so v večji meri poročali bolj izobraženi, tisti z vsaj srednješolsko izobrazbo (37 % in več), vendar v prvi presečni raziskavi te razlike niso bile statistično značilne. Glede na status aktivnosti je bil delež tistih s cvetočim duševnim zdravjem najvišji pri upokojencih (od 40 do 45 %) in nekoliko manjši pri zaposlenih in samozaposlenih (približno 40 %), kar je za 10 oziroma 15 % več kot pri brezposelnih ter dijakih in študentih. O cvetočem duševnem zdravju so v prvi presečni raziskavi v višjem deležu poročali poročeni in tisti v zunajzakonski zvezi (približno 40 %) (v primerjavi s samskimi, ovdovelimi in ločenimi) ter tisti, ki so ocenili, da je njihova finančna situacija enaka ali boljša kot pred tremi meseci (približno 40 oziroma 45 %) v primerjavi s tistimi, ki se jim je finančna situacija poslabšala (približno 30 %). O cvetočem duševnem zdravju je poročalo več (približno 40 %) oseb brez kroničnih bolezni v primerjavi s tistimi z vsaj eno kronično boleznijo (približno 36,2 %), razlika je statistično značilna v obeh raziskavah.

Med prvo in drugo raziskavo pri večini kazalnikov ni bilo pomembnih razlik, razen pri spolu ter pri nekaterih skupinah glede na starost, status aktivnosti ter oceno finančne situacije v zadnjih treh mesecih. Duševno zdravje se je v drugi raziskavi pomembno poslabšalo (višji deleži pri venečem duševnem zdravju) pri moških, v starostnih skupinah od 50 do 59 let, od 60 do 69 let, pri moških, starih 70 in več let, upokojencih ter osebah s poslabšano finančno situacijo. Pri vseh naštetih skupinah je bil delež tistih z venečim duševnim zdravjem v drugi presečni raziskavi za od 3 do 4 odstotne točke višji. V drugi presečni raziskavi se je pri osebah s poslabšano finančno situacijo delež tistih s cvetočim duševnim zdravjem zmanjšal za 6 odstotnih točk.

Težave v duševnem zdravju

Preglednica 11: Težave v duševnem zdravju; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Težave v duševnem zdravju (MHI-5)								
		Velika verjetnost težav		Možna prisotnost težav		Brez težav		
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 3.507)	12,8		36,1		51,2		
	Spol	$\chi^2 = 37,8; p < 0,0001$						
(A)	Moški	9,7	B	35,9		54,4	B	
(B)	Ženski	16,0	A	36,2		47,9	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 58,8; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	19,5	BCDE	36,6		43,8	BCDE	
(B)	Od 30 do 39 let	11,6	A	34,5	F	54,0	AF	
(C)	Od 40 do 49 let	11,6	A	33,4	F	55,0	AF	
(D)	Od 50 do 59 let	9,3	AF	35,1	F	55,7	AF	
(E)	Od 60 do 69 let	11,9	A	35,5	F	52,6	AF	
(F)	70 let in več	13,8	D	42,9	BCDE	43,3	BCDE	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 61,2; p < 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	15,9		46,2	BCD	37,9	BCD	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	12,6		36,0	A	51,4	A	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	12,1		33,7	A	54,2	A	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	11,7		32,8	A	55,6	A	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 101,2; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	10,1	BDE	34,3	BC	55,7	BCDE	
(B)	Dijak, študent	23,2	AC	41,3	A	35,5	AC	
(C)	Upokojenec	12,1	BD	38,7	A	49,2	ABD	
(D)	Brezposeln	24,2	AC	34,5		41,3	AC	
(E)	Drugo	17,5 ^M	A	36,6 ^M		45,8 ^M	A	
	Zakonski stan	$\chi^2 = 73,9; p < 0,0001$						
(A)	Samski, ovdoveeli, ločeni	17,9	B	40,7	B	41,4	B	
(B)	Poročeni, zunajzakonska zveza	10,6	A	34,1	A	55,3	A	
	Živi sam	$\chi^2 = 17,1; p = 0,0020$						
(A)	Da	18,4	B	36,5		45,1	B	
(B)	Ne	12,0	A	35,8		52,2	A	
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 92,7; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	9,5	C	34,1		56,4	C	
(B)	Ostaja enaka kot prej	9,9	C	34,8		55,3	C	
(C)	Slabša kot prej	19,8	AB	38,4		41,8	AB	
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 51,7; p < 0,0001$						
(A)	Brez bolezni	9,0	B	34,9		56,1	B	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	15,9	A	37,0		47,1	A	

M: manj natančna ocena

Preglednica 12: Težave v duševnem zdravju; skupaj in glede na pojasnjevalnespremenljivke, druga presečna raziskava

Težave v duševnem zdravju (MHI-5)								
		Velika verjetnost težav		Možna prisotnost težav		Brez težav		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.723)	12,3		34,9		52,8		
	Spol	$\chi^2 = 24,2; p = 0,0007$						
(A)	Moški	9,9	B	33,5		56,6	B	
(B)	Ženski	14,7	A	36,3		49,0	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 32,3; p = 0,0252$						
(A)	Od 18 do 29 let	15,1	E	40,0	B	45,0	BCDE	
(B)	Od 30 do 39 let	13,3		30,3	AF	56,3	A	
(C)	Od 40 do 49 let	11,5		32,1		56,4	AF	
(D)	Od 50 do 59 let	12,2		33,5		54,4	A	
(E)	Od 60 do 69 let	8,6	A	35,9		55,5	AF	
(F)	70 let in več	13,1		40,0	B	46,9	CE	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 45,2; p = 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	15,5	D	41,6	CD	42,9	CD	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	12,3		38,2	C	49,5	D	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	13,6	D	31,8	AB	54,6	A	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	8,4	AC	33,0	A	58,6	AB	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 65,6; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	9,7	BDE	33,0	C	57,3	BCDE	
(B)	Dijak, študent	20,8	AC	38,8		40,4	AC	
(C)	Upokojenec	12,3	BDE	38,1	A	49,5	AB	
(D)	Brezposeln	21,3	AC	31,0		47,7 ^M	A	
(E)	Drugo	19,9 ^M	AC	37,7 ^M		42,4 ^M	A	
	Zakonski stan	$\chi^2 = 53,9; p < 0,0001$						
(A)	Samski, ovdoveli, ločeni	17,0	B	39,1	B	44,0	B	
(B)	Poročeni, zunajzakonska zveza	10,0	A	33,0	A	57,0	A	
	Živi sam	$\chi^2 = 9,7; p = 0,0409$						
(A)	Da	15,6	B	38,9	B	45,6	B	
(B)	Ne	11,7	A	34,5	A	53,8	A	
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 118,9; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	8,4	C	31,3	C	60,3	C	
(B)	Ostaja enaka kot prej	9,8	C	32,2	C	58,0	C	
(C)	Slabša kot prej	19,6	AB	43,3	AB	37,1	AB	
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 64,0; p < 0,0001$						
(A)	Brez bolezni	8,5	B	31,8	B	59,7	B	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	15,7	A	37,7	A	46,6	A	

M: manj natančna ocena

Približno polovica oseb (1. presečna raziskava: 51,2 %, 2. presečna raziskava: 52,8 %) med pandemijo covid-19 ni imelo težav v duševnem zdravju. Pri več kot tretjini oseb (1. presečna raziskava: 36,1 %, 2. presečna raziskava: 34,9 %) je bila ugotovljena možna prisotnost težav v duševnem zdravju, nekaj več kot desetina oseb (1. presečna raziskava: 12,8 %, 2. presečna raziskava: 12,3 %) pa je imelo veliko verjetnost duševnih težav (preglednici 11 in 12). Med obema presečnima raziskavama ni bilo statistično značilnih razlik ($\chi^2 = 1,8$; $p = 0,5500$).

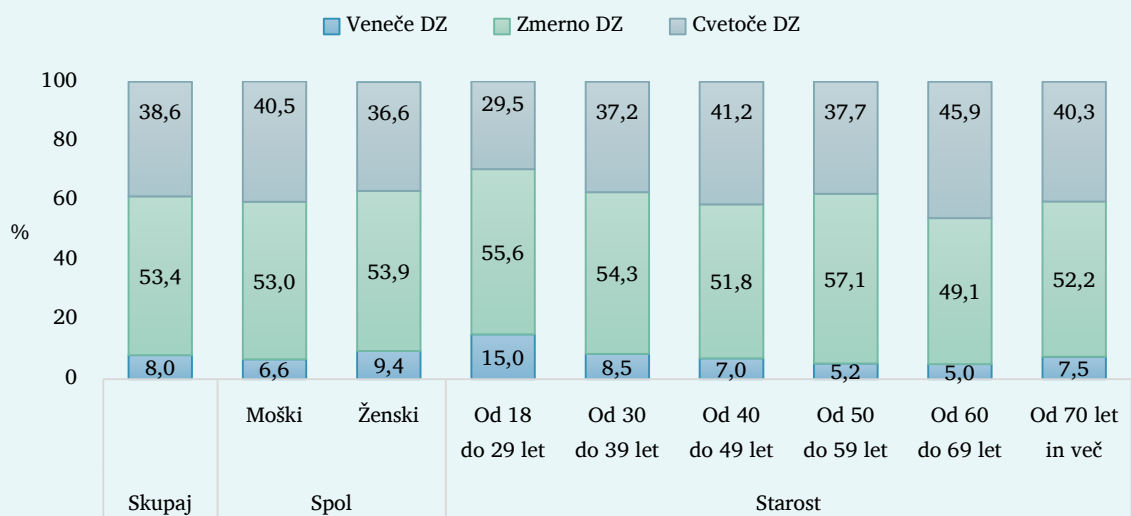
V obeh presečnih raziskavah so bile težave v duševnem zdravju med pandemijo covid-19 pomembno povezane z vsemi izbranimi sociodemografskimi dejavniki, torej spolom, starostjo, doseženo stopnjo izobrazbe, statusom aktivnosti, zakonskim stanom, ali oseba živi sama ali ne, oceno finančne situacije v zadnjih treh mesecih ter prisotnostjo kroničnih bolezni.

V obeh presečnih raziskavah je bil delež oseb, pri katerih je obstajala velika verjetnost težav v duševnem zdravju, višji pri ženskah (približno 15 %) in mlajših odraslih, starih od 18 do 29 let (od 15 do 20 %). Dosežena stopnja izobrazbe v prvi presečni raziskavi ni bila statistično značilno povezana z verjetnostjo pojava duševnih težav, v drugi presečni raziskavi pa so bile duševne težave najverjetnejše pri osebah z osnovnošolsko ali nižjo izobrazbo (15,5 %). O veliki verjetnosti težav je poročala skoraj četrtnina brezposelnih oseb ter dijakov in študentov, kar je enkrat višji delež kot pri upokojenih ter zaposlenih in samozaposlenih. Večja verjetnost duševnih težav je obstajala pri samskih, ovdovelih ali ločenih (od 15 do 20 %), kar je prav tako enkrat višji delež v primerjavi s poročenimi, podoben delež pa je bil tudi pri tistih, ki živijo sami. Osebe, ki so ocenile, da se je njihova finančna situacija v zadnjih treh mesecih poslabšala, so prav tako statistično značilno pogosteje poročale o veliki verjetnosti težav v duševnem zdravju (približno 20 %), v nasprotju s tistimi z enako ali boljšo finančno situacijo (približno 10 %).

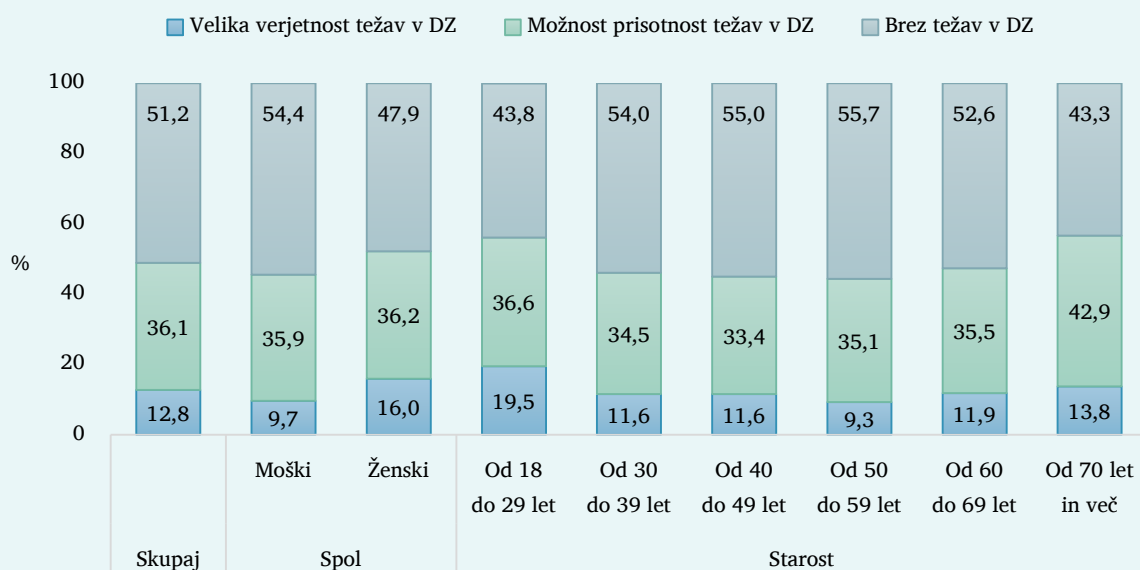
O možni prisotnosti duševnih težav so statistično značilno najpogosteje poročale osebe, stare od 18 do 29, ter osebe, starejše od 70 let, ter posamezniki z osnovnošolsko izobrazbo ali manj. O možni prisotnosti težav v duševnem zdravju so v višjem deležu poročali tudi dijaki in študenti ter upokojenci (približno 40 %) ter samski, ovdoveli in ločeni (približno 40 %). V drugi presečni raziskavi so se statistično značilne razlike pokazale tudi pri drugih dejavnikih, in sicer so bile težave v duševnem zdravju pogosteje možno prisotne pri osebah s poslabšano finančno situacijo med pandemijo, tistih, ki živijo sami, ter tistih z vsaj eno odkrito kronično boleznijo.

Brez težav v duševnem zdravju je bilo v obeh raziskavah več kot polovica (približno 55 %) moških in manj kot polovica žensk ter višji delež oseb, starih od 30 do 69 let, v nasprotju z najmlajšo in najstarejšo starostno skupino. Najvišji deleži tistih brez težav v duševnem zdravju so bili v obeh raziskavah pri bolj izobraženih (pri tistih z vsaj višješolsko ali visokošolsko izobrazbo 55 % in več), pri zaposlenih in samozaposlenih (55 % in več) in upokojenih (približno 50 %) v primerjavi z drugimi skupinami. Brez težav v duševnem zdravju je bilo tudi več kot polovica poročenih ali tistih v zunajzakonski zvezi ter tistih, ki ne živijo sami (od 50 do 60 %). Delež oseb brez težav v duševnem zdravju je bil pomembno višji pri tistih, ki so ocenili, da je njihova finančna situacija enaka ali boljša kot pred tremi meseci (od 55 do 60 %), v nasprotju s tistimi s slabšo finančno situacijo, pri katerih je bil ta delež 40 % in manj. Brez težav v duševnem zdravju je bilo tudi več oseb brez kroničnih bolezni (od 55 do 60 %) v primerjavi s tistimi z vsaj eno kronično boleznijo (manj kot 50 %).

Med prvo in drugo raziskavo pri nobenem od dejavnikov ni bilo pomembnih razlik. Analiza podatkov jasno kaže, da smo tako z vprašalnikom MHC-SF kot MHI-5 dobili podobne rezultate, in sicer, da je imelo približno 10 % vprašanih težave v duševnem zdravju. Najslabše duševno zdravje so imele ženske in starostna skupina od 18 do 29 let (sliki 9 in 10).



Slika 9: Kontinuum duševnega zdravja; skupaj, po spolu in starosti, prva presečna raziskava



Slika 10: Verjetnost težav v duševnem zdravju; skupaj, po spolu in starosti, prva presečna raziskava

Psihološka odpornost

Preglednica 13: Psihološka odpornost; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Psihološka odpornost*			
	Prva presečna raziskava (vsota)	Druga presečna raziskava (vsota)	Primerjava med raziskavama
Skupaj	10,7	10,2	↓
Spol	p < 0,0001	p < 0,0001	
Moški	10,1	9,5	↓
Ženski	11,4	10,9	↓
Starostne skupine	p < 0,0001	p = 0,0256	
Od 18 do 29 let	11,0	10,4	o
Od 30 do 39 let	10,0	9,7	o
Od 40 do 49 let	10,3	9,8	o
Od 50 do 59 let	10,6	10,3	o
Od 60 do 69 let	11,0	10,5	o
70 let in več	11,8	10,7	↓
Dosežena stopnja izobrazbe	p < 0,0001	p < 0,0001	
Osnovnošolska izobrazba ali manj	11,7	11,6	o
Srednja poklicna izobrazba	11,3	10,2	↓
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	10,6	10,0	↓
Višješolska izobrazba ali več	9,9	9,6	o
Status aktivnosti	p < 0,0001	p < 0,0001	
Zaposlen, samozaposlen	10,1	9,6	↓
Dijak, študent	11,5	10,8	o
Upokojenec	11,4	10,8	↓
Brezposeln	11,8	11,7	o
Drugo	11,7	11,9	o
Zakonski stan	p < 0,0001	p < 0,0001	
Samski, ovdoveli, ločeni	11,3	10,6	↓
Poročeni, zunajzakonska zveza	10,5	10,0	↓
Živi sam	p < 0,0001	p < 0,0001	
Da	11,2	10,5	↓
Ne	10,6	10,1	↓
Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	p < 0,0001	p < 0,0001	
Boljša kot prej	9,9	9,2	↓
Ostaja enaka kot prej	10,5	9,7	↓
Slabša kot prej	11,5	11,8	o
Prisotnost kronične bolezni	p < 0,0001	p < 0,0001	
Brez bolezni	10,1	9,4	↓
Vsaj ena odkrita kadarkoli	11,2	10,9	o

Statistično značilne razlike: p < 0,05. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje (in torej izboljšanje psihološke odpornosti); o ni statistično značilnih sprememb.

* nižja vsota pomeni boljšo psihološko odpornost

Prebivalci Slovenije so v prvi in drugi presečni raziskavi na podlagi vprašanj oziroma trditev, povezanih s psihološko odpornostjo, zbrali približno 10 točk, pri čemer manjše število točk pomeni boljšo psihološko odpornost (preglednica 13).

Psihološko odpornejši so bili moški kot ženske ter odrasli, stari od 30 do 39 let (med starostnimi skupinami so bile v obeh raziskavah pomembne razlike). O najboljši psihološki odpornosti so v obeh raziskavah poročali najbolj izobraženi, z vsaj višješolsko ali visokošolsko izobrazbo, še posebno v primerjavi z najmanj izobraženimi (z osnovnošolsko izobrazbo ali manj), po statusu aktivnosti pa so bili psihološko najodpornejši zaposleni in samozaposleni. Boljšo (višjo) psihološko odpornost so imeli poročeni in tisti v zunajzakonski zvezi ter tisti, ki ne živijo sami; tisti, ki so ocenili, da je njihova finančna situacija v zadnjih treh mesecih boljša kot prej ter osebe brez prisotnih kroničnih bolezni.

Manj psihološko odporne so bile v obeh raziskavah ženske ter najmlajši (od 18 do 29 let) in najstarejši (od 60 let naprej) prebivalci. Slabša (manjša) psihološka odpornost je bila povezana z nižjo stopnjo izobrazbe in statusom aktivnosti, pri čemer so bili najmanj psihološko odporni tisti z osnovnošolsko ali nižjo izobrazbo ter brezposelni. O slabši psihološki odpornosti so poročali samski, ovdoveli in ločeni ter tisti, ki živijo sami, tisti, ki so ocenili, da je njihova finančna situacija slabša kot pred tremi meseci, ter osebe z vsaj eno odkrito kronično boleznijo.

Gledano v celoti se je psihološka odpornost prebivalcev Slovenije v drugi presečni raziskavi v primerjavi s prvo nekoliko izboljšala. Pomembno se je povečala tako pri moških kot tudi ženskah in v vseh starostnih skupinah, vendar je bila razlika statistično značilna le pri najstarejših prebivalcih, starih 70 in več let. O boljši psihološki odpornosti so v drugi presečni raziskavi poročali tisti s srednješolsko izobrazbo, zaposleni in samozaposleni ter upokojenci, medtem ko pri dijakih in študentih, brezposelnih in drugih ni prišlo do pomembnih razlik. Zakonski stan in dejstvo, ali oseba živi sama ali ne, nista imela vloge pri psihološki odpornosti, je pa bila psihološka odpornost v obeh skupinah v drugi presečni raziskavi pomembno boljša kot v prvi. O boljši psihološki odpornosti so v drugi presečni raziskavi poročali tudi prebivalci z enako ali boljšo finančno situacijo kot pred tremi meseci, pri tistih s slabšo finančno situacijo pa se je psihološka odpornost celo nekoliko zmanjšala, vendar ta razlika ni bila statistično značilna. Boljšo psihološko odpornost v drugi presečni v primerjavi s prvo so imeli tako prebivalci brez kroničnih bolezni kot tudi tisti z vsaj eno odkrito kronično boleznijo, vendar je do pomembne razlike prišlo le pri tistih brez kroničnih bolezni.

RAZPRAVA

V prispevku smo predstavili ključne ugotovitve prve in druge presečne raziskave SI-PANDA, povezane z duševnim zdravjem prebivalcev Slovenije v času pandemije covid-19, skupaj in glede na sociodemografske značilnosti vprašanih.

Rezultati obeh presečnih raziskav so pokazali, da je imelo nekaj manj kot 40 % prebivalcev dobro (cvetoče) duševno zdravje ter približno desetina prebivalcev slabo (veneče) duševno zdravje (8 % med prvo izvedbo na začetku leta 2021, eno leto po razglašeni epidemiji v Sloveniji) in veliko verjetnost težav v duševnem zdravju (12,8 % med prvo izvedbo na začetku leta 2021, eno leto po razglašeni epidemiji v Sloveniji). V primerjavi z nekaterimi slovenskimi in tujimi raziskavami so deleži precej nižji in podobni tistim iz časa, ko ni bilo pandemije. V raziskavi Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije, ki je bila izvedena leta 2016, je bil delež oseb z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju 18,3-odstoten (Vinko idr., 2018). Ob tem je pomembno izpostaviti, da je bilo v raziskavo leta 2016 vključena nekoliko starejša populacija (od 25. do 74. leta starosti) kot v pričujoči raziskavi. Glede na to, da je delež oseb z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju v raziskavi SI-PANDA iz leta 2021 najvišji med mlajšimi starostnimi skupinami (od 18 do 29 let), ki v raziskavi iz leta 2016 ni bila zajeta, je razlika v populaciji zelo verjetno še višja. Leta 2019 je bila na nacionalno reprezentativnem vzorcu izvedena Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu (angl. European Health Interview Survey, EHIS), s katero sta bila ocenjena deleža odraslih prebivalcev Slovenije s cvetočim in venečim duševnim zdravjem. V primerjavi z rezultati pričujoče raziskave je bil delež oseb s cvetočim duševnim zdravjem višji (61,5 %) in delež oseb z venečim duševnim zdravjem nižji (4,5 %). Raziskava EHIS

sicer vključuje starost 15 in več let (PANDA, 18 let in več), a kljub temu je možno spremembe vsaj v določenem obsegu pripisati okoliščinam pandemije (Vinko idr., 2022). V slovenski raziskavi Kavčiča s sodelavci (2021), ki je bila izvedena v prvem tednu po razglasitvi epidemije, je 42 % udeležencev poročalo o venečem duševnem zdravju in visoki stopnji stresa. V raziskavi iz Argentine, ki je bila prav tako izvedena kmalu po začetku pandemije (aprila 2020), v času zaprtja države, je bilo ugotovljeno podobno, in sicer, da je med pandemijo psihološko stisko ter simptome različnih duševnih motenj (npr. živčnost, razdraženost, žalost, strah, motnje spanja, težave s koncentracijo) doživljala večina ljudi, vključenih v raziskavo (Elisondo, 2021). V irski študiji, ki je bila izvedena marca 2020, je o simptomih anksioznosti in depresije poročalo 60 % udeležencev (Karatzias idr., 2020). Ob podobnem času so raziskavo izvedli Massad in sodelavci (2020) in ugotovili, da je imelo več kot tretjina udeležencev prisotne simptome anksioznosti. V raziskavi iz Romunije, ki je bila prvič izvedena med prvim zaprtjem države v Romuniji, je imelo približno četrtnina udeležencev simptome anksioznosti in petina simptome depresije (Vancea in Apostol, 2021). Nižje deleže v naši raziskavi lahko pripišemo različnemu času zbiranja podatkov oziroma izvedbe raziskav. Tuje raziskave so bile namreč opravljene leta 2020, torej na začetku pandemije, medtem ko sta bili naši presečni raziskavi izvedeni na začetku in na sredini leta 2021, torej eno leto in več po začetku pandemije, ko je ta že postala nova realnost.

Slabše duševno zdravje je imelo več žensk, mlajših odraslih (od 18 do 29 let), tistih z nižjo izobrazbo, brezposelnih in dijakov ali študentov, samskih (vključujoč ovdove ali ločene), tistih, ki živijo sami, tistih, ki se jim je finančna situacija med pandemijo poslabšala, in tistih, ki imajo vsaj eno kronično bolezen. Te skupine so imele tudi slabšo psihološko odpornost, z izjemo starostnih skupin, kjer so imeli tisti nad 70 let slabšo odpornost kot najmlajša starostna skupina. Tudi v slovenski raziskavi, ki so jo izvedli Kavčič in sodelavci (2021), so prišli do podobnih ugotovitev, in sicer so tako kot v naših dveh raziskavah o venečem duševnem zdravju v višjem deležu poročale ženske, mlajši odrasli (od 18 do 27 let), manj izobraženi (s srednjo izobrazbo ali manj), tisti, ki so svoje zdravje ocenili kot slabo, tisti z vsaj eno kronično boleznijo ter s slabšo psihološko odpornostjo (Kavčič idr., 2021).

Tudi v študijah iz tujine je bila ugotovljena povezava med duševnim zdravjem v času pandemije in različnimi sociodemografskimi dejavniki. Večina tujih študij potrjuje našo ugotovitev, da so imele ženske slabše duševno zdravje kot moški (Fernández idr., 2020; Massad idr., 2020; Sønderkov idr., 2020; Vancea in Apostol, 2021; Würtzen idr., 2022). Možna teorija je, da so bile ženske med pandemijo bolj obremenjene in so v večji meri kot moški nosile odgovornost za gospodinjstva opravila, skrb za otroke ter starše in druge okužene družinske člane. Ponekod so bile ženske tiste, ki so pogosteje kot moški med pandemijo izgubile službo, kar je vplivalo na njihovo finančno situacijo (Akbas idr., 2021; Vancea in Apostol, 2021). Nekatere študije kažejo, da so ženske sicer že biološko bolj dovzetne za povišano stopnjo stresa in težave v duševnem zdravju zaradi razlik v kemiji možganov in hormonov (Santabárbara idr., 2021) in tudi, da imajo ženske in moški različne mehanizme za soočanje s stresnimi dogodki (Massad idr., 2020). Prav tako je mogoče, da so taki rezultati posledica razlik med spoloma glede izražanja čustev, pri čemer velja, da moški pogosto zatirajo svoje občutke, medtem ko jih ženske jasneje izražajo (Labrague in de Los Santos, 2021).

Podobno kot smo ugotovili v naši, tudi druge študije ugotavljajo, da so imeli najslabše duševno zdravje mlajši, predvsem mladi odrasli, stari od 18 do največ 35 let, medtem ko je bilo najboljše duševno zdravje pogosto ugotovljeno pri starejših (Fernández idr., 2020; Karatzias idr., 2020; Massad idr., 2020; Vancea in Apostol, 2021; Würtzen idr., 2022). Vzroke za slabše duševno zdravje mlajših odraslih med pandemijo so nekateri raziskovalci povezali z nepredvidljivo prihodnostjo njihove zaposlitve, dela in kariere (Santabárbara idr., 2021). Prav tako velik del te starostne skupine predstavljajo študenti, ki so med pandemijo zaradi spremenjenega načina šolanja (zaprtje šol, manjša učinkovitost pri študiju na daljavo, prestavljeni izpitni roki), učinka pandemije na njihovo zaposlitev v prihodnosti ter omejenih medosebnih stikov in odpovedi večine družabnih dogodkov imeli več težav v duševnem zdravju (Cao idr., 2020; Xiong idr., 2020). Nekateri raziskovalci so kot možen vzrok navedli tudi to, da je ta skupina prebivalstva običajno najbolj izpostavljena socialnim medijem in posledično novicam, povezanim s pandemijo, kar je prav tako lahko negativno vplivalo na njihovo duševno zdravje (Santabárbara idr., 2021). Boljše duševno zdravje pri starejših pa so nekateri raziskovalci pripisali njihovi večji čustveni stabilnosti, pomembni družbeni vlogi in večji socialni podpori (Massad idr., 2020).

V nasprotju z našimi rezultati so Akbas in sodelavci (2021) ugotovili, da so imeli mlajši manj duševnih težav, ki so v njihovi raziskavi s starostjo naraščale, kar pa so raziskovalci pripisali temu, da tudi tveganje za slabši potek bolezni covid-19 s starostjo narašča (Akbas idr., 2021). Prav tako nekateri raziskovalci ugotavljajo, da je bilo duševno zdravje slabše tudi pri starejših, vendar le pri ženskah (Würtzen idr., 2022).

Kot kažejo tudi nekatere študije iz tujine, je stopnja izobrazbe pomemben napovednik težav v duševnem zdravju, pri čemer raziskovalci ugotavljajo, da so imeli predvsem tisti z nižjo izobrazbo med pandemijo več težav v duševnem zdravju kot bolj izobraženi (Akbas idr., 2021; Fernández idr., 2020; Vancea in Apostol, 2021). Nekateri raziskovalci so takšne ugotovite povezali s tem, da ljudje med izobraževanjem postanejo bolj prilagodljivi ter pridobijo več sposobnosti za obvladovanje situacij in boljšo psihološko odpornost (Labrague in De Los Santos, 2021).

Podobno kot v naši je bilo tudi v drugih raziskavah ugotovljeno, da so imeli med pandemijo najslabše duševno zdravje študenti, brezposelni ter tisti, ki so med pandemijo izgubili delo oziroma so imeli večje tveganje, da ga bodo. Brezposelnost namreč ne poslabša le posameznikove finančne stabilnosti, pač pa lahko vpliva tudi na njegovo psihosocialno delovanje zaradi pomanjkanja dnevne rutine in načrtovanja (Santabárbara idr., 2021). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Fernández in sodelavci (2020), in sicer da so imeli najslabše duševno zdravje brezposelni in študenti, najboljše pa zaposleni ter nekoliko manj samozaposleni in upokojnici. V nasprotju z našo raziskavo nekateri raziskovalci niso ugotovili statističnih razlik med skupinami po statusu aktivnosti oziroma so zaposleni poročali o slabšem duševnem zdravju kot študenti (Massad idr., 2020), ki so imeli v naši raziskavi poleg brezposelnih, dijakov in študentov najslabše duševno zdravje.

Raziskave si po povezavi med duševnim zdravjem in zakonskim stanom niso enotne. Santabárbara in sodelavci (2021) so v sistematičnem pregledu literature ugotovili, da imajo v nekaterih študijah podobno kot v naši raziskavi samski, ločeni in ovdoveli pogosto slabše duševno zdravje, v drugih študijah pa ugotavljajo slabše duševno zdravje poročenih oseb, ker običajno nosijo večjo odgovornost za svojo družino. Nekatere študije kažejo, da imajo tisti z otroki več težav v duševnem zdravju (Santabárbara idr., 2021). Tudi nekateri drugi raziskovalci iz tujine so ugotovili, da so imeli poročeni slabše duševno zdravje kot samski (Karatzias idr., 2020), ločeni (Mascherini idr., 2021) ali ovdoveli (Massad idr., 2020). S tem povezani dejavnik je tudi število članov gospodinjstva oziroma to, ali je oseba med pandemijo živela sama ali ne. Več študij kaže, da so bili socialna izolacija, občutek osamljenosti in pomanjkanje socialne podpore močno povezani s slabšim duševnim zdravjem med pandemijo (Santabárbara idr., 2021). Po drugi strani pa nekatere študije ugotavljajo, da se duševno zdravje slabša z naraščanjem članov gospodinjstva (Massad idr., 2020) in s prisotnostjo otrok v gospodinjstvu (Karatzias idr., 2020). To je še ena od verjetnih posledic pandemije in z njo povezanih ukrepov, saj je zaprtje šol povečalo obremenjenost družine, večja prisotnost članov v domačem gospodinjstvu pa je povečala tveganje za konflikte v družini (Santabárbara idr., 2021).

Finančna situacija je pomemben dejavnik, povezan z duševnim zdravjem. Številne tuje študije potrjujejo naše ugotovitve, da je bilo duševno zdravje med pandemijo slabše pri osebah s slabšim socialno-ekonomskim statusom (Akbas idr., 2021; Massad idr., 2020; Santabárbara idr., 2021) in tistih, ki so v času pandemije izgubile prihodek (Karatzias idr., 2020; Santabárbara idr., 2021). Nekateri raziskovalci pa so prišli tudi do nasprotnih ugotovitev, in sicer da je pandemija v največji meri negativno vplivala na duševno zdravje tistih z višjim prihodkom, saj so s pandemijo povezane omejitve tej skupini povzročile največ sprememb v njihovem življenjskem slogu (Butterworth idr., 2022).

Tudi študije iz tujine potrjujejo v naši raziskavi ugotovljeno povezavo med slabšim duševnim zdravjem in prisotnostjo kroničnih bolezni (Karatzias idr., 2020). Slabše duševno zdravje kroničnih bolnikov med pandemijo je lahko posledica slabše dostopnosti zdravstvenih storitev in odloga zdravljenja, saj je bila večina zdravstvenih virov v tem času namenjena bolnikom s covidom-19 (Cao idr., 2020).

Kot eden ključnih varovalnih dejavnikov se je tudi v času pandemije covid-19 pokazala psihološka odpornost (Havnen idr., 2020; Kavčič idr., 2021; Labrague in De Los Santos, 2021; Verdolini idr., 2021). Rezultati raziskav kažejo, da je bila psihološka odpornost pozitivno povezana z duševnim zdravjem, pri čemer so se ljudje z boljšo psihološko odpornostjo lažje soočali s posledicami pandemije (Labrague in De Los Santos, 2021),

doživljali so manj stresa, pogosteje poročali o cvetočem duševnem zdravju (Kavčič idr., 2021) in imeli boljšo kakovost življenja med pandemijo (Aldhahi idr., 2021), v nasprotju z manj odpornimi posamezniki. Prav tako se je večja psihološka odpornost v kombinaciji s strategijami za obvladovanje v času pandemije pokazala kot učinkovit dejavnik za zmanjševanje stisk (Kuhn idr., 2021), čustvene in socialne osamljenosti (Labrague in de Los Santos, 2021), psihosomatskih simptomov (Ran idr., 2020), simptomov anksioznosti in depresije (Zhang idr., 2020) ter pandemske izčrpanosti (Labrague in Ballad, 2021). Posamezniki s slabšo psihološko odpornostjo so imeli večje težave pri soočanju s čustvenimi izzivi med pandemsko krizo (Killgore idr., 2020). Kot kažejo raziskave, so psihološko odpornejši moški, odpornost pa narašča s starostjo (Riehm idr., 2021). Pomembna je ugotovitev slovenskih raziskovalcev, da ima psihološka odpornost pomembno vlogo tudi pri zmanjševanju vpliva dejavnikov, ki lahko povečajo tveganje za slabše duševno zdravje oziroma lahko izboljša duševno zdravje posameznikov iz ranljivejših skupin (Kavčič idr., 2021).

S primerjavo prve in druge presečne raziskave smo ugotovili, da v nekajmesečnem obdobju med prvo in drugo izvedbo ni prišlo do pomembnejših razlik v duševnem zdravju in duševnih težavah pri večini skupin prebivalstva. Obstaja možnost, da je bil razmak med obema izvedbama raziskave prekratek – podatki za prvo raziskavo so se namreč zbirali od januarja do marca 2021, druga raziskava pa se je izvajala med majem in julijem 2021. Potencialno je lahko prišlo do sprememb v stanju pozitivnega duševnega zdravja na ravni posameznikov, ki pa so se na ravni prebivalstva izenačile oziroma ohranila obstoječa razmerja, kakor so ugotavljali že Keyes in sodelavci (2010). Podobno so ugotovile tudi nekatere druge študije (Prati in Mancini, 2021; Vancea in Apostol, 2021; Wang idr., 2020). Poslabšanje stanja duševnega zdravja (višji odstotki tistih z venečim DZ) smo ugotovili le pri moških, starejših odraslih (starih med 50 in 69 let), upokojencih ter tistih, pri katerih je v zadnjih treh mesecih prišlo do poslabšanja finančne situacije.

Raziskovalci iz Romunije, ki so izvedli raziskavo kmalu po razglasitvi pandemije in jo ponovili po šestih mesecih, so ugotovili, da med obema raziskavama, podobno kot pri nas, ni prišlo do večjih razlik. Izjema je pomembno povečanje deleža žensk s simptomi duševnih motenj (Vancea in Apostol, 2021), v nasprotju z našo raziskavo, kjer se je delež pomembno povišal pri moških. Prav tako se je v njihovih raziskavah duševno zdravje poslabšalo pri mlajših in manj izobraženih, ki so že v osnovi imeli slabše duševno zdravje (Vancea in Apostol, 2021). Tudi Wang in sodelavci (2020), ki so raziskavo prvič izvedli v začetku pandemije in jo ponovili štiri tedne pozneje, ob vrhuncu, niso ugotovili pomembnih razlik v duševnem zdravju prebivalcev, kljub temu da je v tem času močno narastlo število okuženih z virusom SARS-CoV-2. Največje spremembe v duševnem zdravju med prvo in drugo raziskavo so ugotovili pri mlajših, starih do 21 let, ki so bili v tem obdobju še posebej izpostavljeni ukrepom zaradi zaprtja šol in s tem povezanimi posledicami (Wang idr., 2020). Po drugi strani je bilo v več študijah ugotovljeno, da se je duševno zdravje s časom trajanja pandemije slabšalo. Raziskovalci so ugotovili, da se je povečal delež ljudi z anksioznostjo in depresijo od začetne faze pandemije pa do tedaj, ko je zaprtje trajalo že več tednov (Ozamiz-Etxebarria idr., 2020) in je bila epidemija po nekaj tednih že v upadu (Li idr., 2021). Nekateri raziskovalci pa so s časom trajanja pandemije na nekaterih področjih duševnega zdravja ugotovili izboljšanje, na drugih pa poslabšanje. O'Connor in sodelavci (2020) so raziskavo ponovili trikrat v prvih 6 tednih pandemije in ugotovili, da se je med izvedbami povečal delež ljudi, ki so razmišljali o samomoru, zmanjšal se je delež ljudi z anksioznostjo, delež tistih z depresijo pa je ostal nespremenjen (O'Connor idr., 2020). Riehm in sodelavci (2021) so udeležence spremljali od marca do avgusta 2020 vsaka dva tedna in pri tem ugotavljali povezavo med duševnimi stiskami in psihološko odpornostjo. Ugotovili so, da obstajajo pomembne razlike v duševnem zdravju oseb z različno psihološko odpornostjo, pri čemer so v skupinah s slabo in zmerno odpornostjo duševne težave v prvih mesecih pandemije naraščale in pozneje ostale stabilne, medtem ko pri ljudeh z dobro (visoko) psihološko odpornostjo sprva ni prišlo do pomembnih sprememb, po nekaj mesecih pa so se simptomi celo zmanjšali (Riehm idr., 2021).

Psihološka odpornost prebivalcev Slovenije se je od prve do druge presečne raziskave nekoliko izboljšala. O večji psihološki odpornosti v drugi presečni raziskavi so poročale predvsem tiste skupine prebivalstva, ki so imele že v osnovi boljše duševno zdravje in so bile že v prvi presečni raziskavi psihološko odpornejše, vendar je do sprememb prišlo tudi v večini ostalih skupin. Na vprašanje, zakaj se je psihološka odpornost zvišala v tem času, težko odgovorimo.

Izvedba druge presečne raziskave je bila pred poletnimi dopusti, ko se je situacija, povezana s pandemijo, že malo umirila. Zasnova naše raziskave ne dopušča analiz, s katerimi bi lahko odgovorili na razlog za porast psihološke odpornosti. Nekateri raziskovalci so ugotovili, da so se ljudje, ki so med izolacijo in socialnim distanciranjem razvijali in krepili različne dejavnosti, kot so na primer zdravo prehranjevanje, telesna dejavnost, joga, meditacija, učenje (jezikov, računalništva), zagon novih projektov ipd., ki gradijo njihovo psihološko odpornost, posledično lažje soočali s situacijo (Elisondo, 2021). Dopuščamo možnost, da so predstavljeni rezultati odraz prilagajanja odraslih prebivalcev na nove in spreminjajoče se okoliščine pandemije covid-19 v Sloveniji. Sposobnost ohranjanja duševnega blagostanja in uspešnega soočanja s težavami smo pri odraslih prebivalcih Slovenije pokazali tudi s serijo panelnih raziskav (Hočevar Grom idr., 2021).

Omejitve raziskave smo že omenili in so povezane predvsem s tem, da sta se obe raziskavi izvajali med pandemijo in da je med prvo in drugo raziskavo minilo le nekaj mesecev. Možno je, da je bilo to obdobje prekratko za pomembnejše spremembe v kazalnikih duševnega zdravja. Raziskava tudi ne omogoča vzročno-posledičnih povezav in poglobljenih analiz o vzrokih za dobljene rezultate in razlage.

ZAKLJUČEK

Dobro duševno zdravje je temeljni del dobrega počutja in učinkovitega delovanja posameznika in skupnosti. Pandemija covid-19, ki je s seboj prinesla številne posledice, vključno z izolacijo, omejevanjem medosebnih stikov, zaprtjem izobraževalnih ustanov, spremenjenim načinom dela in preživljanjem prostega časa, je pustila posledice tudi na duševnem zdravju ljudi.

Analiza rezultatov prve in druge presečne raziskave SI-PANDA je pokazala, da je imela večina prebivalcev dobro duševno zdravje. Približno desetina oseb jih je imelo slabše duševno zdravje, med njimi so bili v višjem deležu ženske, mladi odrasli, manj izobraženi, brezposelni, dijaki in študenti, samski in tisti, ki živijo sami, prebivalci, katerih finančna situacija se je med pandemijo poslabšala, in kronični bolniki. Številni raziskovalci ugotavljajo, da je psihološka odpornost eden ključnih varovalnih dejavnikov, ki poveča sposobnost soočanja s stresnimi dogodki, kot je pandemija covid-19, in tako pripomore k boljšemu duševnemu blagostanju in hkrati zmanjšuje negativne posledice tovrstnih dogodkov (Aldhahi idr., 2021; Havnen idr., 2020; Kavčič idr., 2021; Kuhn idr., 2021; Labrague in Ballard, 2021; Labrague in De Los Santos, 2021; Verdolini idr., 2021; Zhang idr., 2020). Hkrati boljša psihološka odpornost zmanjša vpliv tistih dejavnikov, ki povzročajo večjo ranljivost posameznikov (Kavčič idr., 2021). Ugotovili smo, da v obdobju med prvo in drugo presečno raziskavo v duševnem zdravju in težavah prebivalcev Slovenije ni prišlo do večjih sprememb, se je pa nekoliko izboljšala njihova psihološka odpornost.

Pomembno je, da duševno zdravje spremljamo še naprej in ugotovimo, kakšne bodo dolgoročne posledice pandemije. Raznovrstnost zaključkov raziskav iz tujine, ki jih predstavljamo v prispevku, kaže, da je njihova veljavnost za naše okolje omejena, zato je ohranjanje odzivne raziskovalne skupnosti v Sloveniji še večjega pomena za javno zdravje. Pomembno je promovirati duševno zdravje vseh prebivalcev, delovati preventivno ter ob težavah pravočasno iskati pomoč. Dodatno pozornost je treba nameniti ranljivim skupinam prebivalstva, še posebno ženskam, mlajšim in tistim s slabšim socialno-ekonomskim statusom, ki že iz časa pred pandemijo veljajo za ranljivejšo skupino z vidika duševnega zdravja (WHO Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

VIRI IN LITERATURA

- Akbas, M., Sulu, R. in Gozuyesil, E. (2021). Women's health anxiety and psychological wellbeing during the COVID-19 pandemic. A descriptive study. *Sao Paulo medical journal*, 139(5), 496–504. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0155.R1.22042021>
- Aldhahi, M. I., Akil, S., Zaidi, U., Mortada, E., Awad, S. in Al Awaji, N. (2021). Effect of resilience on health-related quality of life during the COVID-19 Pandemic: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11394. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111394>
- American psychological association (2020). *Building your Resilience*. <https://www.apa.org/topics/resilience>
- Berntsson, L. T., Köhler, L. in Gustafsson, J. E. (2001). Psychosomatic complaints in schoolchildren: A Nordic comparison. *Scandinavian journal of public health*, 29, 44–54. <https://doi.org/10.1177/14034948010290011001>
- Butterworth, P., Schurer, S., Trinh, T. A., Vera-Toscano, E. in Wooden, M. (2022). Effect of lockdown on mental health in Australia: evidence from a natural experiment analysing a longitudinal probability sample survey. *The Lancet. Public health*, 7(5), e427–e436. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00082-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00082-2)
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J. in Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
- Chen, H., Gao, J., Dai, J., Mao, Y., Wang, Y., Chen, S., ... in Fu, H. (2021). Generalized anxiety disorder and resilience during the COVID-19 pandemic: evidence from China during the early rapid outbreak. *BMC Public health*, 21. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11877-4>
- Chodkiewicz J., Miniszewska J., Krajewska E. in Biliński P. (2021). Mental health during the second wave of the COVID-19 pandemic—Polish studies. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3423. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073423>
- Elisondo R. C. (2021). Creative activities, emotions, and resilience during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study from Argentina. *Public health*, 195, 118–122. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.04.017>
- Fernández, R. S., Crivelli, L., Guimet, N. M., Allegri, R. F. in Pedreira, M. E. (2020). Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.133>
- Frankenthal, D., Keinan-Boker, L. in Bromberg, M. (2022). Rise in depression and anxiety during the COVID-19 pandemic: results from a cross-sectional national survey. *Psychology, health & medicine*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2057558>
- Greenspoon, P. J. in Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social Indicators Research*, 54(1), 81–108. <https://doi.org/10.1023/A:1007219227883>
- Havnen, A., Anyan, F., Hjemdal, O., Solem, S., Gurigard Riksfjord, M. in Hagen, K. (2020). Resilience moderates negative outcome from stress during the COVID-19 pandemic: a moderated-mediation approach. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6461. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186461>
- Hoang, T. D., Colebunders, R., Fodjo, J., Nguyen, N., Tran, T. D. in Vo, T. V. (2021). Well-being of healthcare workers and the general public during the COVID-19 pandemic in Vietnam: an online survey. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4737. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094737>
- Hočevar Grom, A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, M., Lavtar, D., Gabrijelčič Blenkuš, M., Jeriček Klanšček, H., Vinko, M., Roškar, S., Drev, A. in Šivec, N. (2021). *Pandemija COVID- 19 v Sloveniji: izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA)*, 8. val. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Hou, W. K., Tong, H., Liang, L., Li, T. W., Liu, H., Ben-Ezra, M., Goodwin, R. in Lee, T. M. (2021). Probable anxiety and components of psychological resilience amid COVID-19: a population-based study. *Journal of affective disorders*, 282, 594–601. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.127>
- Javed, B., Sarwer, A., Soto, E. B. in Mashwani, Z. U. (2020). The coronavirus (COVID-19) pandemic's impact on mental health. *The international journal of health planning and management*, 35(5), 993–996. <https://doi.org/10.1002/hpm.3008>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Murphy, J., McBride, O., Ben-Ezra, M., Bentall, R. P., Vallières, F. in Hyland, P. (2020). Posttraumatic stress symptoms and associated comorbidity during the COVID-19 pandemic in Ireland: a population-based study. *Journal of traumatic stress*, 33(4), 365–370. <https://doi.org/10.1002/jts.22565>
- Kavčič, T., Avsec, A. in Zager Kocjan, G. (2021). Psychological functioning of Slovene adults during the COVID-19 pandemic: does resilience matter?. *The psychiatric quarterly*, 92(1), 207–216. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09789-4>

- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S. in Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American journal of public health*, 100(12), 2366–2371. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>
- Killgore, W., Taylor, E. C., Cloonan, S. A. in Dailey, N. S. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry research*, 291, 113216. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113216>
- Kiswarday, V. (2013). Analiza koncepta rezilientnosti v kontekstu vzgoje in izobraževanja. *Andragoška spoznanja*, 19(3), 46–64. <https://doi.org/10.4312/as.19.3.46-64>
- Kuhn, T. A., Vander Horst, A., Gibson, G. C., Cleveland, K. A., Wawrosch, C., Hunt, C., Woolverton, C. J. in Hughes, J. W. (2021). Distress and prevention behaviors during the COVID-19 pandemic among college students: the moderating role of resilience. *International journal of behavioral medicine*, 1–6. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-10034-w>
- Labrague, L. J. in Ballad, C. A. (2021). Lockdown fatigue among college students during the COVID-19 pandemic: predictive role of personal resilience, coping behaviors, and health. *Perspectives in psychiatric care*, 57(4), 1905–1912. <https://doi.org/10.1111/ppc.12765>
- Labrague, L. J. in de Los Santos, J. (2021). Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Applied nursing research*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151476>
- Lee, S. (2022). Subjective well-being and mental health during the pandemic outbreak: exploring the role of institutional trust. *Research on aging*, 44(1), 10–21. <https://doi.org/10.1177/0164027520975145>
- Li, Y., Zhao, J., Ma, Z., McReynolds, L. S., Lin, D., Chen, Z., ... in Liu, X. (2021). Mental health among college students during the COVID-19 pandemic in China: a 2-wave longitudinal survey. *Journal of affective disorders*, 281, 597–604. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.109>
- Mana, A., Super, S., Sardu, C., Juvinya Canal, D., Moran, N. in Sagy, S. (2021). Individual, social and national coping resources and their relationships with mental health and anxiety: a comparative study in Israel, Italy, Spain, and the Netherlands during the Coronavirus pandemic. *Global health promotion*, 28(2), 17–26. <https://doi.org/10.1177/1757975921992957>
- Mascherini, G., Catelan, D., Pellegrini-Giampietro, D. E., Petri, C., Scaletti, C. in Gulisano, M. (2021). Changes in physical activity levels, eating habits and psychological well-being during the Italian COVID-19 pandemic lockdown: impact of socio-demographic factors on the Florentine academic population. *PLoS ONE* 16(5), e0252395. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252395>
- Massad, I., Al-Taher, R., Massad, F., Al-Sabbagh, M. Q., Haddad, M. in Abufaraj, M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on mental health: early quarantine-related anxiety and its correlates among Jordanians. *Eastern mediterranean health journal* 26(10), 1165–1172. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.115>
- McKay, S., Skues, J. L. in Williams, B. J. (2019). Does the brief resilience scale actually measure resilience and succumbing? Comparing artefactual and substantive models. *Advances in mental health*, 18(1), 192–201. <https://doi.org/10.1080/18387357.2019.1688667>
- Müller, F., Röhr, S., Reininghaus, U. in Riedel-Heller, S. G. (2021). Social isolation and loneliness during COVID-19 lockdown: associations with depressive symptoms in the German old-age population. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3615. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073615>
- Muyor-Rodríguez, J., Caravaca-Sánchez, F. in Fernández-Prados, J. S. (2021). COVID-19 fear, resilience, social support, anxiety, and suicide among college students in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 8156. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158156>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021). *Zdravje v občini 2021*. <https://nijz.si/podatki/zdravje-v-obcini-2021-kaj-kazejo-podatki-o-nasem-zdravju-pred-pandemijo/>
- O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A. J., Niedzwiedz, C. L., ... in Robb, K. A. (2021). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 mental health & wellbeing study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 218(6), 326–333. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Idoiaga Mondragon, N., Dosil Santamaría, M. in Picaza Gorrotxategi, M. (2020). Psychological symptoms during the two stages of lockdown in response to the COVID-19 outbreak: an investigation in a sample of citizens in northern Spain. *Frontiers in psychology*, 11, 1491. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01491>
- Poikolainen, K., Kanerva, R. in Lönnqvist, J. (1995). Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics*, 96(1), 59–63. <https://doi.org/10.1542/peds.96.1.59>

- Prati, G., in Mancini, A. D. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychological medicine*, 51(2), 201–211. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000015>
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J. in Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social science & medicine (1982)*, 262, 113261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113261>
- Riehm, K. E., Brenneke, S. G., Adams, L. B., Gilan, D., Lieb, K., Kunzler, A. M., ... in Thrul, J. (2021). Association between psychological resilience and changes in mental distress during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 282, 381–385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.071>
- Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D. M., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., De la Cámara, C., Lobo, A. in Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: an updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 109, 110207. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110207>
- Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I. in Østergaard, S. D. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta neuropsychiatrica*, 32(4), 226–228. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.15>
- Southwick S. M., Bonanno G. A., Masten A. S., Panter-Brick C. in Yehuda R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Torales, J., Barrios, I., O'Higgins, M., Almirón-Santacruz, J., Gonzalez-Urbieto, I., García, O., ... in Ventriglio, A. (2022). COVID-19 infodemic and depressive symptoms: the impact of the exposure to news about COVID-19 on the general Paraguayan population. *Journal of affective disorders*, 298, 599–603. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.036>
- Vancea, F. in Apostol, M. Ş. (2021). Changes in mental health during the COVID-19 crisis in Romania: a repeated cross-section study based on the measurement of subjective perceptions and experiences. *Science progress*, 104(2), 368504211025873. <https://doi.org/10.1177/00368504211025873>
- Verdolini, N., Amoretti, S., Montejo, L., García-Rizo, C., Hogg, B., Mezquida, G., ... in Solé, B. (2021). Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 283, 156–164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.055>
- Vinko, M., Kofol-Bric, T., Korošec, A., Tomšič, S. in Vrdelja, M. (2018). *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije 2016*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/kako_skrbimo_za_zdravje_splet_3007_koncna.pdf
- Vinko, M., Mikolič, P., Roškar, S. in Jeriček Klanšček, H. (2022). *Positive mental health in Slovenia before and during the COVID-19 pandemic*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. [neobjavljeno gradivo]
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., ... in Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- World Health Organization in Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2014). *Mental health action plan: 2013-2020*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
- Würtzen, H., Clausen, L., Andersen, P., Santini, Z., Erkmén, J. in Pedersen, H. (2022). Mental well-being, health, and locus of control in Danish adults before and during COVID-19. *Acta neuropsychiatrica*, 34(2), 93–98. <https://doi.org/10.1017/neu.2021.37>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., ... in McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zhang, J., Yang, Z., Wang, X., Li, J., Dong, L., Wang, F., Li, Y., Wei, R. in Zhang, J. (2020). The relationship between resilience, anxiety and depression among patients with mild symptoms of COVID-19 in China: a cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 29(21-22), 4020–4029. <https://doi.org/10.1111/jocn.15425>

6. DOSTOPNOST ZDRAVSTVENEGA SISTEMA MED PANDEMIJO



Dostopnost zdravstvenega sistema med pandemijo

AVTORICE: Tacijana Prijon, Tatjana Kofol Bric, Marina Šinko, Darja Lavtar

KLJUČNE BESEDE: pandemija covid-19, potrebe po zdravstvenih obravnavah, dostopnost zdravstvenih obravnav, načini izvajanja zdravstvenih obravnav

UVOD: Zaradi pandemije covid-19 so bile vse skupine prebivalstva deležne omejevanja dostopnosti pravočasne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave na vseh ravneh zdravstvenega varstva, saj se je tudi slovenski zdravstveni sistem moral prilagoditi razmeram.

METODE: Na podlagi rezultatov prve in druge presečne raziskave SI-PANDA smo primerjali potrebe po zdravstvenih obravnavah, dostopnost in način izvajanja obravnav pri osebni zdravnik, specialistih in zobozdravniku v dveh obdobjih drugega vala epidemije covid-19.

REZULTATI: Med opazovanima obdobjema je delež oseb, ki so potrebovale obravnavo porasel: pri osebni zdravnik za 5,9 odstotnih točk, v specialistični dejavnosti za 1,3 odstotnih točk ter pri zobozdravniku za 3,7 odstotnih točk.

Na enak način kot pred pandemijo je imelo v prvi presečni raziskavi zdravstveno obravnavo na različnih ravneh zdravstvenega varstva več kot polovica oseb, 50,2–58,8 %, ki so potrebovale obravnavo pri splošnem zdravniku, specialistu ali zobozdravniku. V času pandemije covid-19 jih je do zdravstvenih obravnav pri osebni zdravnik le na daljavo, ker osebni stik ni bil možen, dostopalo več kot tretjina. Petina oseb, predvsem tiste, ki so že bile okužene s covidom-19, pa je imelo stik z osebni zdravnikom na daljavo na lastno željo. Stik s specialistom je desetina oseb imelo na daljavo, z zobozdravnikom pa le 4,2 % oseb. Med slednjimi je bilo več takih, ki imajo kronične bolezni ter možno prisotnost oz. veliko verjetnost težav v duševnem zdravju.

ZAKLJUČEK: Ukrepi za obvladovanje širjenja bolezni ter strah pred okužbo z virusom SARS-CoV-2 so zmanjšali fizično dostopnost zdravstvenih obravnav, povečal pa se je delež obravnav, izvedenih na daljavo. Zmanjšala se je zlasti dostopnost nenujne specialistične obravnave. Zaradi večje potrebe po zdravstvenih obravnavah kroničnih bolnikov, oseb s težavami v duševnem zdravju, starejših in upokojujencev je zmanjšana dostopnost dodatno povečala neenakosti v zdravju.

KLJUČNI POUČENI:

- Med opazovanima obdobjema je delež oseb, ki so potrebovale zdravstveno obravnavo, porasel: pri osebni zdravnik s 56,6 % v prvi na 62,5 % v drugi presečni raziskavi, v specialistični dejavnosti z 41,3 % v prvi na 42,6 % v drugi presečni raziskavi ter pri zobozdravniku s 44,8 % v prvi na 48,5 % v drugi presečni raziskavi.
- Obravnavo pri osebni zdravnik in specialistu je med pandemijo covid-19 potrebovalo več žensk, starejših, upokojujencev, oseb z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju in kroničnih bolnikov.
- Osebe z višjo izobrazbo so med pandemijo covid-19 v večji meri potrebovale zobozdravstveno obravnavo. Glede na starost in status aktivnosti pa jo je potrebovalo najmanj oseb, starih 70 in več let ter manj upokojujencev kot zaposlenih oz. samozaposlenih ter dijakov in študentov. Za nekaj več kot tretjino oseb je bila specialistična obravnava predstavljena ali odpovedana, zobozdravstvena obravnava pa je bila odpovedana ali predstavljena za 42,1 % oseb, in sicer na lastno željo ali od izvajalca specialistične obravnave.
- Po podatkih prve presečne raziskave se pri specialistu pogosteje niso naročili ali so obravnavo predstavili mlajši, višje izobraženi, dijaki in študenti ter osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju.
- Med pandemijo covid-19 je imelo zobozdravstveno obravnavo na daljavo več oseb s kroničnimi boleznimi in več oseb z možno prisotnostjo ali veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju.

UVOD

Dobra dostopnost zdravstvenih obravnav je eden ključnih ciljev vseh sodobnih zdravstvenih sistemov (Albrecht, 2018; Gulliford idr., 2002; Kottke in Isham, 2010; Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019). Zaradi pandemije covid-19 so bile vse skupine prebivalstva deležne omejevanja dostopnosti pravočasne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave na vseh ravneh zdravstvenega varstva (Núñez idr., 2021; OECD, 2020a). Podobno kot drugje po svetu se je tudi v Sloveniji zdravstveni sistem moral prilagoditi razmeram, ki so jih narekovali protikoronski ukrepi na področju zdravstvenega varstva in zdravstvene dejavnosti (OECD, 2020b). V zelo kratkem času so bile namreč vse kadrovske, prostorske, materialne in finančne kapacitete preusmerjene v izvajanje zdravstvene oskrbe predvsem pacientov, okuženih z virusom SARS-CoV-2, na račun zmanjšanja dostopnosti nenujnih zdravstvenih obravnav (World health organization [WHO] 2020a; WHO, 2020b). Po podatkih raziskave WHO je v času pandemije covid-19 približno četrtnina analiziranih držav poročalo o motnjah v dostopnosti med 75 in 100 % osnovnih zdravstvenih obravnav. O več motnjah so poročale revnejše države. Delež obravnav, ki so bile vsaj delno motene, je bil največji v vzhodnem Sredozemlju, Afriki in jugovzhodni Aziji. Približno polovica držav je poročalo, da so bile v času pandemije covid-19 na področju nenalezljivih bolezni in duševnega zdravja vse obravnave vsaj delno motene (WHO, 2020a). V času pandemije covid-19 so bili v veliki meri prestavljeni oziroma odpovedani že načrtovani specialistični pregledi, diagnostične preiskave, elektivni posegi in operacije, njihovo izvajanje je bilo izjemoma možno le v primeru sproščanja razpoložljivih zmogljivosti (Kuhar idr., 2021). V primerjavi z obdobjem pred pandemijo se je povečal delež obravnav, ki so potekale na daljavo (Alexander idr., 2020; Watt idr., 2020). Tak način zdravstvene obravnave pa se je v veliki meri ohranil tudi po pandemiji covid-19 (Pierce idr., 2021).

Namen prispevka je opredeliti vpliv pandemije covid-19 in protikoronskih ukrepov na potrebe po zdravstvenih obravnavah ter dostopnost in način izvajanja zdravstvenih obravnav pri izbranem osebnem zdravniku, v specialistični in zobozdravstveni dejavnosti v času prve in druge presečne raziskave SI-PANDA.

METODE

Na podlagi rezultatov prve in druge presečne raziskave SI-PANDA, ki sta potekali od 25. januarja do 31. marca 2021 in od 4. maja do 18. julija 2021, smo analizirali vpliv pandemije covid-19 na dostopnost zdravstvenega sistema v Sloveniji.

Pri odgovarjanju na vprašanja so anketiranci imeli navodilo, naj izključijo stike z osebnim zdravnikom, specialistom ali zobozdravnikom zaradi administrativnih vzrokov (izdaje receptov, bolniških listov in napotnic za kontrolne preglede). Zastavili smo tri ločena vprašanja o tem, kakšen stik so imele osebe s svojim osebnim zdravnikom, zdravnikom specialistom v specialistični ambulanti ali bolnišnici in zobozdravnikom od začetka pandemije covid-19. Nabor možnih odgovorov se je pri vprašanjih razlikoval glede na pričakovane dogodke in odločitve, kjer je pri specialističnih pregledih in posegih ter zobozdravniku vključeno naročanje, odpovedovanje in prestavljanje terminov. Kategorije odgovorov smo pri analizi podatkov združevali v primerljive skupine.

Opredelili smo potrebe po obravnavi pri osebnem zdravniku, specialistih in zobozdravniku v času prve in druge presečne raziskave SI-PANDA. Med tistimi, ki so posamezno vrsto obravnave potrebovali, smo opredelili dostopnost (enako kot pred pandemijo covid-19, preložena ali odpovedana zdravstvena obravnava) in način izvajanja (z neposrednim stikom, le na daljavo) zdravstvenih obravnav v odvisnosti od spola, starosti in drugih demografskih dejavnikov, pridruženih kroničnih obolenj (osebe z najmanj eno znano in brez znanih kroničnih bolezni) ter težav v duševnem zdravju (pri osebah brez znanih težav in osebami z možnostjo težav v duševnem zdravju ter veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju). V raziskavi smo analizirali tudi, kakšne stike z zdravstveno službo so imele osebe, ki so že prebolele covid-19, in tiste, ki ga še niso. Raziskali smo tudi, kako so navedene spremenljivke v opazovanem obdobju vplivale na to, da je izvajalec specialistične in zobozdravstvene obravnave oziroma uporabnik zdravstvenega varstva preložil termin.

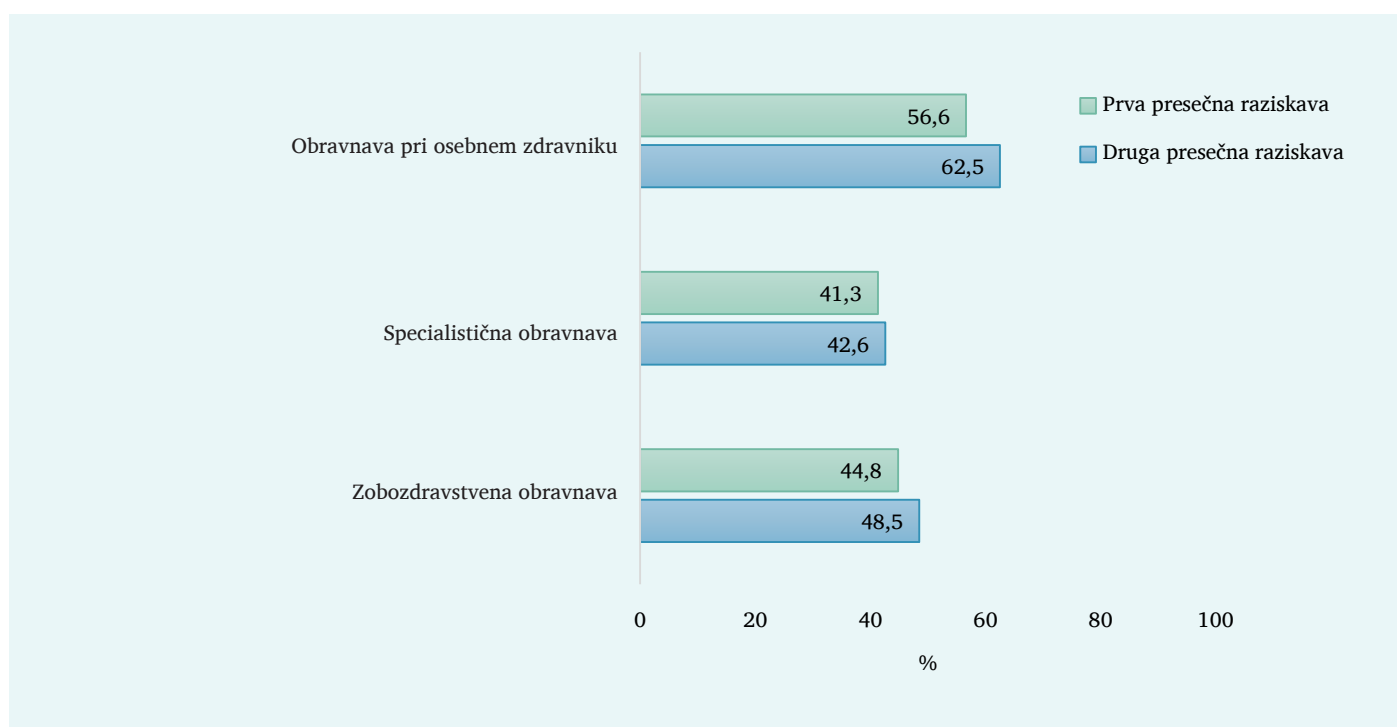
Pri tem smo oblikovali kazalnike, ki so predstavljeni v raziskavi.

- **Potreba po zdravstveni obravnavi pri osebnem zdravniku (nisem potreboval zdravstvene obravnave; sem potreboval zdravstveno obravnavo** – stik z osebnim zdravnikom sem imel samo na daljavo, ker sem tako želel, stik z osebnim zdravnikom sem imel samo na daljavo, ker osebni stik z zdravnikom ni bil možen, in obravnave osebnega zdravnika sem uporabljal enako kot pred pandemijo).
- **Potreba po specialistični obravnavi (nisem potreboval obravnave pri zdravniku specialistu; sem potreboval specialistično obravnavo** – stik z zdravnikom specialistom sem imel samo na daljavo in do obravnave zdravnika specialista sem dostopal enako kot pred pandemijo).
- **Potreba po zobozdravstveni obravnavi (nisem potreboval zobozdravstvene obravnave; sem potreboval zobozdravstveno obravnavo** – stik z zobozdravnikom sem imel samo na daljavo in obravnave zobozdravnika sem uporabljal enako kot pred pandemijo).
- **Izkušnja z zdravnikom specialistom v specialistični ambulanti ali bolnišnici od začetka pandemije novega koronavirusa (stik** – stik z zdravnikom specialistom sem imel samo na daljavo in obravnave zdravnika specialista sem uporabljal enako kot pred pandemijo; **prestavljena/odpovedana obravnava** – sam sem odlašal oz. se nisem naročil na predviden specialistični pregled, sam sem se odločil odpovedati vsaj en pregled pri zdravniku specialistu, sam sem se odločil odpovedati vsaj eno preiskavo ali operacijo pri zdravniku specialistu, zdravnik specialist je vsaj enkrat odpovedal naročeni termin pregleda, zdravnik specialist je vsaj enkrat prestavil naročeni termin pregleda, zdravnik specialist je vsaj enkrat odpovedal naročeni termin preiskave ali operacije in zdravnik specialist je vsaj enkrat prestavil naročeni termin preiskave ali operacije).
- **Izkušnja z zobozdravnikom od začetka pandemije novega koronavirusa (stik** – stik z zobozdravnikom sem imel samo na daljavo in obravnave zobozdravnika sem uporabljal enako kot pred pandemijo; **prestavljena/odpovedana obravnava** – sam sem se odločil prestaviti vsaj en pregled pri zobozdravniku, sam sem se odločil odpovedati vsaj en pregled pri zobozdravniku, zobozdravnik je odpovedal vsaj en naročeni termin pregleda in zobozdravnik je prestavil vsaj en naročeni termin pregleda).
- **Stik z osebnim zdravnikom sem imel samo na daljavo, ker osebni stik z zdravnikom ni bil možen.**
- **Stik z osebnim zdravnikom sem imel samo na daljavo, ker sem tako želel.**
- **Stik s specialistom samo na daljavo.**
- **Sam se nisem naročil oz. sem prestavil specialistični pregled ali operacijo** (sam sem se odločil odpovedati vsaj en pregled pri zdravniku specialistu in sam sem se odločil odpovedati vsaj eno preiskavo ali operacijo pri zdravniku specialistu).
- **Specialist je zdravstveno obravnavo prestavil/odpovedal** (zdravnik specialist je vsaj enkrat odpovedal naročeni termin pregleda, zdravnik specialist je vsaj enkrat prestavil naročeni termin pregleda, zdravnik specialist je vsaj enkrat odpovedal naročeni termin preiskave ali operacije in zdravnik specialist je vsaj enkrat prestavil naročeni termin preiskave ali operacije).
- **Stik z zobozdravnikom samo na daljavo.**
- **Na lastno željo sem obravnavo pri zobozdravniku prestavil, odpovedal** (sam sem se odločil prestaviti vsaj en pregled pri zobozdravniku in sam sem se odločil odpovedati vsaj en pregled pri zobozdravniku).
- **Zobozdravnik je obravnavo prestavil/odpovedal** (zobozdravnik je odpovedal vsaj en naročeni termin pregleda in zobozdravnik je prestavil vsaj en naročeni termin pregleda).

REZULTATI

Potrebe po zdravstvenih obravnavah

V drugi presečni raziskavi (62,5 %) je bil delež oseb, ki so potrebovale obravnavo pri osebnem zdravniku v času pandemije covid-19, statistično značilno višji kot v prvi presečni raziskavi (56,6 %). Potreba po obravnavah pri zdravniku specialistu pa se med prvo (41,3 %) in drugo (42,6 %) presečno raziskavo ni statistično značilno povečala. V drugi presečni raziskavi je narasel tudi delež oseb, ki so potrebovale zobozdravstveno obravnavo (prva presečna raziskava: 44,8 %; druga presečna raziskava: 48,5 %) (slika 11).



Slika 11: Potrebe po zdravstvenih obravnavah osebnega zdravnika, zdravnika specialista in zobozdravnika v času pandemije covid-19; skupaj, prva in druga presečna raziskava

Preglednica 14: Potrebe po zdravstvenih obravnavah pri osebnem zdravniku; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Potreba po zdravstveni obravnavi v času pandemije. Odgovor: Sem potreboval obravnavo pri osebnem zdravniku						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	56,6		62,5		↑
	Spol	$\chi^2 = 18,8; p = 0,0002$		$\chi^2 = 5,5; p = 0,0529$		
(A)	Moški	53,1	B	60,4	B	↑
(B)	Ženski	60,1	A	64,5	A	↑
	Starostne skupine	$\chi^2 = 133,5; p < 0,0001$		$\chi^2 = 126,9; p < 0,0001$		
(A)	Od 18 do 29 let	41,7	BCDEF	44,3	BCDEF	o
(B)	Od 30 do 39 let	53,7	AEF	56,8	AEF	o
(C)	Od 40 do 49 let	51,9	AEF	60,0	AEF	↑
(D)	Od 50 do 59 let	55,7	AEF	65,0	AEF	↑
(E)	Od 60 do 69 let	64,0	ABCDF	73,7	ABCD	↑
(F)	70 let in več	71,9	ABCDE	73,7	ABCD	o
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 31,3; p < 0,0001$		$\chi^2 = 7,1; p = 0,1869$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	65,3	BCD	65,9		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	56,9	A	64,4		↑
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	53,3	A	59,9		↑
(D)	Višješolska izobrazba ali več	54,4	A	62,2		↑
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 108,9; p < 0,0001$		$\chi^2 = 124,1; p < 0,0001$		↑
(A)	Zaposlen, samozaposlen	54,1	BCD	60,4	BCE	
(B)	Dijak, študent	38,6	ACE	37,5	ACD	o
(C)	Upokojenec	67,8	ABDE	73,9	ABDE	↑
(D)	Brezposeln	48,2	AC	61,6 ^M	BC	↑
(E)	Drugo	56,5 ^M	BC	51,7 ^M	AC	o
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 87,8; p < 0,0001$		$\chi^2 = 75,0; p < 0,0001$		
(A)	Ne	52,9	B	58,2	B	↑
(B)	Da	73,1	A	76,7	A	o
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 30,1; p < 0,0001$		$\chi^2 = 16,8; p = 0,0081$		
(A)	Velika verjetnost težav	63,7	C	69,6	BC	o
(B)	Možna prisotnost težav	59,2	C	63,5	AC	↑
(C)	Brez težav	52,0	AB	58,9	AB	↑
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 172,9; p < 0,0001$		$\chi^2 = 227,4; p < 0,0001$		
(A)	Brez bolezni	44,9	B	48,2	B	o
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	66,1	A	74,8	A	↑

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena.

V prvi presečni raziskavi je obravnavo pri osebnem zdravniku potrebovalo 53,1 % moških in 60,1 % žensk, v drugi pa 60,4 % moških in 64,5 % žensk, kar kaže, da je obravnavo pri osebnem zdravniku v obeh presečnih raziskavah potrebovalo statistično značilno več žensk. Potreba oseb obeh spolov po obravnavi pri osebnem zdravniku se je v drugi presečni raziskavi povečala. V prvi presečni raziskavi je obravnavo pri osebnem zdravniku potrebovalo največ oseb, starih 60 in več let (64,0–71,9 %), prav tako tudi v drugi presečni raziskavi (73,7 %). Potrebe po obravnavi pri osebnem zdravniku so s starostjo naraščale v obeh presečnih raziskavah. V drugi presečni raziskavi je obravnavo pri osebnem zdravniku potrebovalo statistično značilno več oseb, starih od 40 do 69 let. Osebe z osnovnošolsko izobrazbo (65,3 %) so v prvi presečni raziskavi v večji meri potrebovale obravnavo pri osebnem zdravniku kot osebe, ki imajo vsaj srednjo poklicno izobrazbo (53,3–56,9 %). V drugi presečni raziskavi pa glede na stopnjo izobrazbe ni bilo razlik v potrebi po obravnavah pri osebnem zdravniku. Potreba po obravnavi pri osebnem zdravniku se je v drugi presečni raziskavi v primerjavi s prvo povečala pri osebah, ki imajo srednjo poklicno izobrazbo ali več. V obeh presečnih raziskavah je obravnavo pri osebnem zdravniku potrebovalo statistično značilno več oseb s statusom upokojenca (prva presečna raziskava: 67,8 %; druga presečna raziskava: 73,9 %). Potreba po obravnavi pri osebnem zdravniku se je v drugi presečni raziskavi povečala pri zaposlenih oz. samozaposlenih, upokojencih in osebah, ki so bile brezposelne. Tako v prvi kot drugi presečni raziskavi je bil delež oseb, ki so potrebovale obravnavo pri osebnem zdravniku, višji med osebami, ki so že bile okužene z virusom SARS-CoV-2 (prva presečna raziskava: 73,1 %, druga presečna raziskava: 76,7 %), kot tistimi, ki še niso bile okužene. Obravnavo pri osebnem zdravniku je v drugi presečni raziskavi potrebovalo statistično značilno več oseb, ki še niso bile okužene z virusom SARS-CoV-2. V prvi in drugi presečni raziskavi so več potreb po obravnavah pri osebnem zdravniku imele osebe s pridruženimi kroničnimi boleznimi (prva presečna raziskava: 66,1 %, druga presečna raziskava: 74,8 %) in osebe z možno prisotnostjo ali veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (prva presečna raziskava: 59,2–63,7%, druga presečna raziskava: 63,5–69,6 %). V drugi presečni raziskavi se je delež oseb z znanimi kroničnimi obolenji, ki so potrebovale zdravstveno obravnavo, povečal za skoraj 9 odstotnih točk. V drugi presečni raziskavi so se statistično značilno povečale potrebe po obravnavah oseb brez težav v duševnem zdravju in tistih z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju pri osebnem zdravniku (preglednica 14).

Preglednica 15: Potrebe po specialističnih obravnava; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Potreba po zdravstveni obravnavi v času pandemije. Odgovor: Sem potreboval specialistično obravnavo						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	41,3		42,6		o
	Spol	$\chi^2 = 44,3; p < 0,0001$		$\chi^2 = 15,8; p = 0,0008$		
(A)	Moški	36,0	B	39,1	B	o
(B)	Ženski	46,6	A	46,2	A	o
	Starostne skupine	$\chi^2 = 107,2; p < 0,0001$		$\chi^2 = 121,6; p < 0,0001$		
(A)	Od 18 do 29 let	32,2	DEF	27,5	CDEF	o
(B)	Od 30 do 39 let	34,4	EF	32,7	CDEF	o
(C)	Od 40 do 49 let	37,1	EF	42,9	ABEF	↑
(D)	Od 50 do 59 let	39,7	AEF	42,9	ABEF	o
(E)	Od 60 do 69 let	49,0	ABCDF	54,0	ABCD	↑
(F)	70 let in več	55,9	ABCDE	55,4	ABCD	o
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 14,6; p = 0,0124$		$\chi^2 = 2,9; p = 0,5587$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	46,5	C	43,1		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	41,1		41,6		o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	38,1	A	41,3		o
(D)	Višješolska izobrazba ali več	42,0		45,0		o
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 82,9; p < 0,0001$		$\chi^2 = 99,7; p < 0,0001$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	36,8	CE	38,1	BC	o
(B)	Dijak, študent	35,6	C	28,4	AC	o
(C)	Upokojenec	52,3	ABD	55,7	ABDE	↑
(D)	Brezposeln	34,0	C	38,4 ^M	C	o
(E)	Drugo	46,7 ^M	A	39,0 ^M	C	o
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 3,2; p = 0,1369$		$\chi^2 = 10,4; p = 0,0099$		
(A)	Ne	41,5	B	41,1	B	o
(B)	Da	37,7	A	48,1	A	↑
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 44,4; p < 0,0001$		$\chi^2 = 10,1; p = 0,0439$		
(A)	Velika verjetnost težav	52,1	BC	47,9	C	o
(B)	Možna prisotnost težav	44,3	AC	43,3		o
(C)	Brez težav	36,9	AB	39,5	A	o
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 184,6; p < 0,0001$		$\chi^2 = 211,8; p < 0,0001$		
(A)	Brez bolezni	29,2	B	28,6	B	o
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	51,0	A	54,9	A	↑

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

Specialistično obravnavo je tako v prvi kot drugi presečni raziskavi potrebovalo statistično značilno več žensk (prva: 46,6 %; druga: 46,2 %) kot moških (prva: 36,0 %; druga: 39,1 %). Potrebe po specialistični obravnavi so s starostjo naraščale v obeh presečnih raziskavah. V prvi jo je potrebovalo statistično značilno več oseb v starostni skupini 60 in več let (49,0–55,9 %), podobno tudi v drugi presečni raziskavi (54,0–55,4 %). V drugi presečni raziskavi se je potreba po obravnavi pri specialistu statistično značilno povečala pri osebah, starih od 40 let do 49 let ter od 60 let do 69 let. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe je v prvi presečni raziskavi potrebovalo pregled pri specialistu več oseb z vsaj osnovnošolsko izobrazbo (46,5 %) kot tistih s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo (38,1 %). V prvi in drugi presečni raziskavi je pregled pri zdravniku specialistu potrebovalo največ oseb s statusom upokojenca (prva: 52,3 %, druga: 55,7 %). Delež upokojencev, ki so potrebovali pregled pri specialistu, se je v drugi v primerjavi z rezultati prve presečne raziskave statistično značilno povečal. Osebe, ki še niso bile okužene z virusom SARS-CoV-2, so v prvi presečni raziskavi v večji meri potrebovale specialistično obravnavo (41,5 %) kot osebe, ki so že prebolele okužbo z virusom SARS-CoV-2 (37,7 %). V drugi presečni raziskavi pa podatki kažejo ravno obratno, in sicer so osebe, ki so že bile okužene z virusom SARS-CoV-2, v večji meri potrebovale specialistično obravnavo (48,1 %) kot osebe, ki še niso bile okužene (41,1 %). V opazovanem obdobju so se potrebe po specialističnih obravnavah v drugi presečni raziskavi statistično pomembno povečale pri osebah, ki so covid-19 že prebolele, in sicer za nekaj več kot 10 odstotnih točk. Potrebe po specialistični zdravstveni obravnavi so bile v prvi in drugi presečni raziskavi večje pri osebah s pridruženimi kroničnimi obolenji (prva: 51,0 %; druga: 54,9 %) kot pri tistih brez kroničnih bolezni (prva: 29,2 %; druga: 28,6 %). V drugi presečni raziskavi so se potrebe po specialističnih zdravstvenih obravnavah statistično pomembno povečale pri osebah z znanimi kroničnimi obolenji. Osebe z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju (44,3 %) ali osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (52,1 %) so imele v prvi presečni raziskavi več potreb po specialistični obravnavi kot osebe brez težav v duševnem zdravju (36,9 %). V drugi presečni raziskavi pa je razlika v potrebi po specialistični obravnavi statistično značilna le med osebami brez težav v duševnem zdravju (39,5 %) in osebami z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (47,9 %) (preglednica 15).

Preglednica 16: Potrebe po zobozdravstven obravnavi; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Potreba po zdravstveni obravnavi v času pandemije. Odgovor: Sem potreboval zobozdravstveno obravnavo						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	44,8		48,5		↑
	Spol	$\chi^2 = 0,7$; $p = 0,4615$		$\chi^2 = 3,2$; $p = 0,1377$		
(A)	Moški	44,1		46,9		o
(B)	Ženski	45,5		50,1		↑
	Starostne skupine	$\chi^2 = 94,3$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 46,5$; $p < 0,0001$		
(A)	Od 18 do 29 let	45,6	F	54,0	EF	↑
(B)	Od 30 do 39 let	51,9	EF	49,2	F	o
(C)	Od 40 do 49 let	52,8	EF	53,0	F	o
(D)	Od 50 do 59 let	46,7	F	52,9	EF	↑
(E)	Od 60 do 69 let	40,7	BCF	54,1	ADF	o
(F)	70 let in več	29,6	ABCDE	36,1	ABCDE	↑
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 105,1$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 44,5$; $p < 0,0001$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	31,3	BCD	39,1	CD	↑
(B)	Srednja poklicna izobrazba	41,6	AD	44,8	D	o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	46,0	AD	49,5	AD	o
(D)	Višješolska izobrazba ali več	55,5	ABC	56,5	ABC	o
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 94,2$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 32,6$; $p = 0,0004$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	51,4	CDE	51,7	C	o
(B)	Dijak, študent	46,2	CE	54,4	C	o
(C)	Upokojenec	34,6	AB	40,7	ABDE	↑
(D)	Brezposeln	39,9	A	51,4 ^M	C	↑
(E)	Drugo	30,4 ^M	AB	48,5 ^M	C	↑
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 0,2$; $p = 0,7331$		$\chi^2 = 7,9$; $p = 0,0257$		
(A)	Ne	45,4		48,0	B	↑
(B)	Da	46,2		54,2	A	↑
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 2,1$; $p = 0,4916$		$\chi^2 = 0,3$; $p = 0,9086$		
(A)	Velika verjetnost težav	44,8		50,8		o
(B)	Možna prisotnost težav	47,1		49,1		o
(C)	Brez težav	44,7		49,7		↑
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 0,5$; $p = 0,5532$		$\chi^2 = 0,0$; $p = 0,8601$		
(A)	Brez bolezni	45,4		48,3		o
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	44,3		48,7		↑

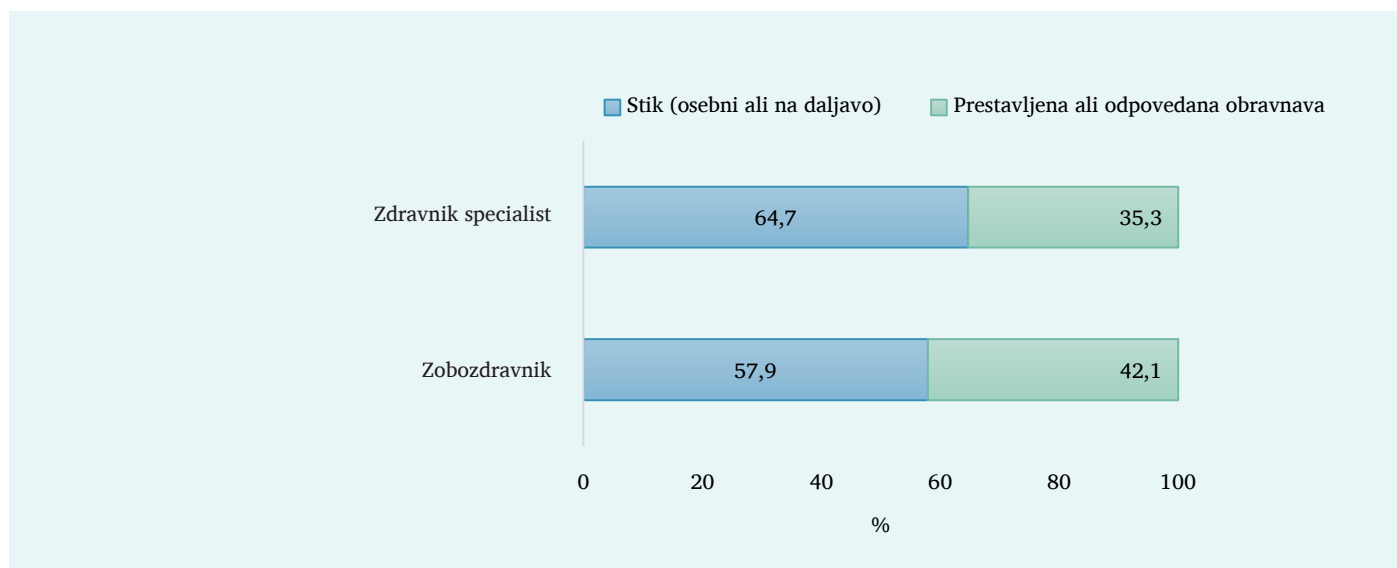
Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

V drugi presečni raziskavi se je v primerjavi s prvo potreba po zobozdravstvenih obravnavah pri ženskah statistično značilno povečala, in sicer za približno 5 odstotnih točk. Zobozdravstveno obravnavo je tako v prvi kot tudi drugi presečni raziskavi potrebovalo najmanj oseb, starih 70 in več let (prva: 29,6 %; druga: 36,1 %). Potrebe po zobozdravstvenih obravnavah so se v drugi presečni raziskavi statistično značilno povečale pri osebah, starih od 18 do 29 let, 50 do 59 let ter 70 in več let. Osebe z vsaj višješolsko izobrazbo so v obeh presečnih raziskavah poročale o večji potrebi po zobozdravstvenih obravnavah (prva: 55,5 %; druga: 56,5 %) kot tiste z nižjo izobrazbo (prva presečna raziskava: 31,3–46,0 %; druga presečna raziskava: 39,1–49,5 %).

Za 8 odstotnih točk se je v drugi presečni raziskavi zvišala potreba po zobozdravstvenih obravnava oseb z osnovnošolsko izobrazbo ali manj. Glede na status aktivnosti je zobozdravstvene obravnave v prvi presečni raziskavi potrebovalo statistično značilno manj upokoencev (34,6 %) kot zaposlenih oz. samozaposlenih (51,4 %) in dijakov ter študentov (46,2 %), v drugi presečni raziskavi pa je med vsemi statusi aktivnosti (48,5–54,4 %) zobozdravnika potrebovalo najmanj upokoencev (40,7 %). Če gledamo primerjavo med raziskavama, se je v drugi presečni raziskavi statistično značilno povečal delež upokoencev, brezposelnih in oseb z drugim statusom aktivnosti, ki so potrebovali zobozdravstvene obravnave. V drugi presečni raziskavi je zobozdravstvene obravnave potrebovalo več oseb, ki so že bile okužene z virusom SARS-CoV-2 (54,2 %), kot tistih, ki še niso prebolele okužbe (48,0 %). Se je pa delež oseb, ki so potrebovale zobozdravstvene obravnave, v drugi presečni raziskavi statistično značilno povečal tako med osebami, ki so že bile okužene, kot tudi med tistimi, ki okužbe z virusom SARS-CoV-2 še niso prebolele. V drugi presečni raziskavi se je povečal delež oseb, ki so potrebovale zobozdravstveno obravnavo, in sicer pri tistih, ki nimajo težav v duševnem zdravju, in oseb, ki imajo odkrito vsaj eno kronično bolezen (preglednica 16).

Od začetka pandemije covid-19 je po rezultatih prve presečne raziskave dobra tretjina (35,3 %) oseb poročalo, da je bila njihova obravnava pri zdravniku specialistu predstavljena ali odpovedana, bodisi na pobudo pacienta ali izvajalca specialističnih obravnav. Prestavljenih ali odpovedanih obravnav pri zobozdravniku je bilo več, in sicer je o tem poročalo 42,1 % oseb, ki so sami predstavili oz. odpovedali obravnavo ali pa je to storil izvajalec zobozdravstvenih obravnav (slika 12).

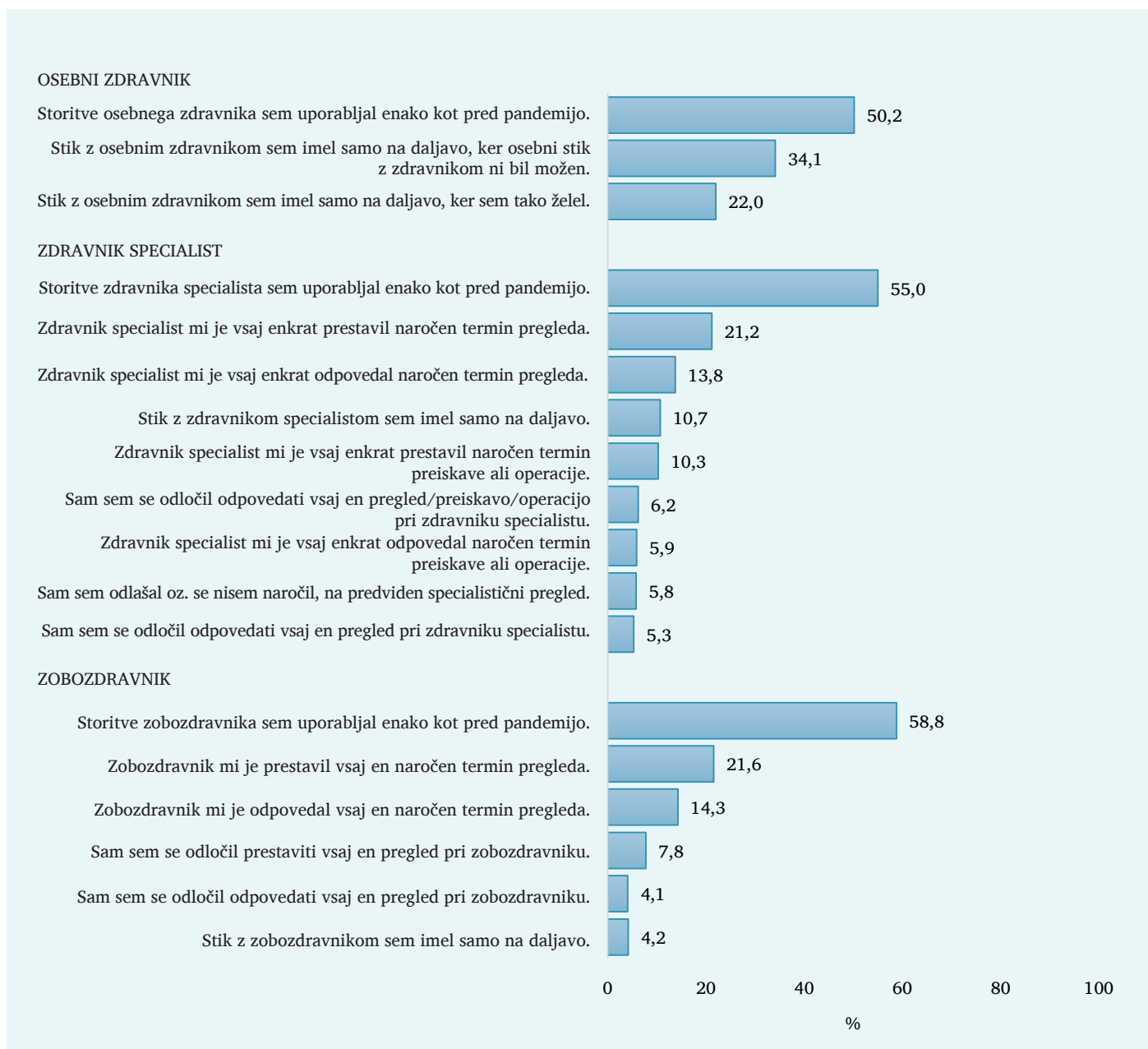


Slika 12: Dostop do zdravnika specialista in zobozdravnika od začetka pandemije covid-19; skupaj, prva presečna raziskava

Več kot polovica oseb, ki so potrebovale zdravstveno obravnavo, je po podatkih prve presečne raziskave v času pandemije covid-19 storitve osebnega zdravnika (50,2 %), specialista (55,0 %) in zobozdravnika (58,8 %) uporabljalo enako kot pred pandemijo. Dobra tretjina oseb, ki so potrebovale obravnavo osebnega zdravnika, je navedlo, da so v času pandemije stik z osebnim zdravnikom imele le na daljavo, saj osebni stik ni bil možen (34,1 %), 22,0 % pa jih je navedlo, da so stik z osebnim zdravnikom imele le na daljavo, ker so same tako želele (slika 13). Obravnave pri osebnem zdravniku v času pandemije covid-19 ni potrebovalo 43,4 % oseb.

Med osebami, ki so potrebovale obravnavo pri zdravniku specialistu, jih je petina navedlo, da je zdravnik specialist vsaj enkrat prestavil njihov termin pregleda (21,2 %), 13,8 % jih je navedlo, da je specialist vsaj enkrat odpovedal naročeni termin pregleda, 10,7 % oseb je imelo stik s specialistom le na daljavo, 10,3 % oseb je zdravnik specialist vsaj enkrat prestavil naročeni termin preiskave ali operacije (slika 13). Obravnave specialista v času pandemije ni potrebovalo 58,7 % oseb.

Med osebami, ki so potrebovale obravnavo pri zobozdravniku, jih je dobra petina navedlo, da je zobozdravnik prestavil vsaj en naročeni termin pregleda (21,6 %), 14,3 % oseb je zobozdravnik odpovedal vsaj en naročeni termin pregleda, 11,9 % se jih je odločilo prestaviti ali odpovedati vsaj en pregled pri zobozdravniku, 4,2 % oseb pa je imelo stik z zobozdravnikom samo na daljavo (slika 13). Obravnav zobozdravnika v času pandemije covid-19 ni potrebovalo 55,2 % oseb.



Slika 13: Zdravstvene obravnave pri osebnem zdravniku, zdravniku specialistu in zobozdravniku v času pandemije med osebami, ki so potrebovale zdravstveno obravnavo; skupaj, prva presečna raziskava

Možnih je bilo več odgovorov.

Način izvajanja zdravstvenih obravnav

Preglednica 17: Stik in način izvajanja zdravstvenih obravnav – osebni zdravnik; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Kakšna je bila vaša izkušnja z osebnim zdravnikom od začetka pandemije novega koronavirusa dalje?					
Prva presečna raziskava (n = 2.118)		Stik z osebnim zdravnikom sem imel samo na daljavo, ker osebni stik z zdravnikom ni bil možen.		Stik z osebnim zdravnikom sem imel samo na daljavo, ker sem tako želel.	
	Skupaj	34,1		22,0	
	Spol	$\chi^2 = 0,1; p = 0,8247$		$\chi^2 = 1,1; p = 0,4675$	
(A)	Moški	33,8		21,3	
(B)	Ženski	34,3		22,7	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 58,5; p = 0,0003$		$\chi^2 = 10,6; p = 0,4441$	
(A)	Od 18 do 29 let	33,8		19,0	
(B)	Od 30 do 39 let	43,4	EF	23,1	
(C)	Od 40 do 49 let	38,6	EF	21,7	
(D)	Od 50 do 59 let	36,0	EF	19,1	
(E)	Od 60 do 69 let	28,0	BCD	22,3	
(F)	70 let in več	27,2	BCD	25,1	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 2,8; p = 0,7461$		$\chi^2 = 13,7; p = 0,0936$	
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	35,2		20,8	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	32,1		18,7	D
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	33,4		21,8	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	35,5		26,0	B
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 56,7; p = 0,0002$		$\chi^2 = 12,3; p = 0,2518$	
(A)	Zaposlen, samozaposlen	38,6	C	21,2	
(B)	Dijak, študent	37,3 ^M	C	17,9	C
(C)	Upokojenec	26,4	ABDE	24,8	BD
(D)	Brezposeln	34,5 ^M	C	17,2	C
(E)	Drugo	42,0 ^M	C	18,7	
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 71,8; p < 0,0001$		$\chi^2 = 15,7; p = 0,0124$	
(A)	Ne	31,2	B	20,4	B
(B)	Da	47,0	A	26,9	A
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 33,8; p = 0,0015$		$\chi^2 = 8,7; p = 0,1607$	
(A)	Velika verjetnost težav	38,6	C	21,5	
(B)	Možna prisotnost težav	39,0	C	24,2	C
(C)	Brez težav	30,0	AB	19,9	B
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 4,6; p = 0,1739$		$\chi^2 = 0,3; p = 0,6863$	
(A)	Brez bolezni	36,3		21,5	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	32,9		22,3	

M: manj natančna ocena

*Stik z osebnim zdravnikom le na daljavo,
ker neposredni stik v času pandemije covid-19 ni bil možen*

V prvi presečni raziskavi je dobra tretjina oseb imelo stik z osebnim zdravnikom le na daljavo, ker osebni stik ni bil možen (34,1 %), v drugi presečni raziskavi je bilo takih 36,3 % oseb. Med posameznimi starostnimi skupinami so statistično pomembne razlike. Osebe, stare od 30 do 59 let (36,0–43,4 %), so imele stik z osebnim zdravnikom v večji meri na daljavo, ker osebni stik ni bil možen, kot osebe, stare 60 in več let (27,2–28,0 %). Razlike pa so bile statistično značilne tudi glede na status aktivnosti, in sicer so upokojenci v manjši meri dostopali do zdravnika na daljavo, ker osebni stik ni bil možen (26,4 %), kot zaposlene oz. samozaposlene osebe, dijaki in študenti, brezposelni in osebe z drugim statusom aktivnosti (34,5–42,0 %). Osebe, ki so že prebolele okužbo z virusom SARS-CoV-2 (47,0 %), so statistično značilno pogosteje dostopale do osebnega zdravnika na daljavo kot tiste, ki okužbe še niso prebolele (31,2 %). Razlike v stiku na daljavo, ker osebni stik ni bil možen, pa so statistično značilne tudi med osebami, ki imajo veliko verjetnost oziroma možno prisotnost težav v duševnem zdravju (38,6–39,0 %), in tistimi brez težav v duševnem zdravju (30,0 %). Stik z osebnim zdravnikom na daljavo, ker osebni stik ni bil možen, se po spolu, stopnji izobrazbe in prisotnosti kroničnih bolezni ni pomembno razlikoval (preglednica 17).

*Stik z osebnim zdravnikom
le na daljavo na željo pacienta*

V prvi presečni raziskavi je imelo stik z osebnim zdravnikom le na daljavo na lastno željo 22,0 %, v drugi presečni raziskavi pa 20,5 % oseb. Stik z osebnim zdravnikom je imelo na daljavo na lastno željo statistično značilno več oseb, ki imajo vsaj višješolsko izobrazbo (26,0 %) kot tistih, ki imajo srednjo poklicno izobrazbo (18,7 %). Upokojenci so v večji meri poročali o stiku z osebnim zdravnikom na daljavo na lastno željo (24,8 %) kot dijaki in študenti ter brezposelne osebe (17,2–17,9 %). Osebe, ki so se že okužile z virusom SARS-CoV-2 (26,9 %), so v večji meri imele stik z osebnim zdravnikom na daljavo na lastni željo kot osebe, ki okužbe še niso prebolele (20,4 %). Za stik na daljavo na lastno željo se je odločalo tudi več oseb, ki so imele možno prisotnost težav v duševnem zdravju (24,2 %), kot tistih brez težav v duševnem zdravju (19,9 %). Deleži oseb, ki so imele stik z osebnim zdravnikom na daljavo na lastno željo, pa se po spolu, starosti in prisotnosti kroničnih bolezni niso pomembno razlikovali (preglednica 17).

Preglednica 18: Stik in način izvajanja zdravstvenih obravnav – zdravnik specialist; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Kakšna je bila vaša izkušnja z zdravnikom specialistom v specialistični ambulanti ali bolnišnici od začetka pandemije novega koronavirusa?							
Prva presečna raziskava (n = 1.531)		Stik samo na daljavo		Sam se nisem naročil oziroma sem prestavil.		Specialist mi je zdravstveno obravnavo prestavil/odpovedal.	
	Skupaj	10,7		11,0		36,3	
	Spol	$\chi^2 = 0,4$; p = 0,7388		$\chi^2 = 2,7$; p = 0,3463		$\chi^2 = 16,9$; p = 0,0196	
(A)	Moški	11,0		10,0		32,6	B
(B)	Ženski	10,4		11,7		39,1	A
	Starostne skupine	$\chi^2 = 23,7$; p = 0,2014		$\chi^2 = 68,3$; p = 0,0006		$\chi^2 = 16,0$; p = 0,4051	
(A)	Od 18 do 29 let	13,3		22,3	BCDEF	37,8	
(B)	Od 30 do 39 let	12,7		8,2	A	38,8	
(C)	Od 40 do 49 let	13,0		10,5	A	37,0	
(D)	Od 50 do 59 let	11,8		8,4	A	30,5	F
(E)	Od 60 do 69 let	7,0		9,7	A	34,4	
(F)	70 let in več	8,6		10,3	A	39,3	D
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 4,2$; p = 0,7329		$\chi^2 = 48,0$; p = 0,0015		$\chi^2 = 10,0$; p = 0,3430	
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	10,1		9,3	D	38,9	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	11,4		6,5	D	32,7	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	11,7		10,2	D	34,7	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	9,3		16,5	ABC	38,6	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 19,1$; p = 0,1708		$\chi^2 = 35,7$; p = 0,0253		$\chi^2 = 2,5$; p = 0,9445	
(A)	Zaposlen, samozaposlen	12,8	D	9,7	BE	35,7	
(B)	Dijak, študent	9,2		20,9 ^M	AC	38,9 ^M	
(C)	Upokojenec	8,9		10,2	BE	36,1	
(D)	Brezposeln	5,9	A	11,2		35,6 ^M	
(E)	Drugo	10,2		18,1 ^M	AC	41,7 ^M	
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 3,0$; p = 0,3639		$\chi^2 = 2,7$; p = 0,3768		$\chi^2 = 0,0$; p = 0,9263	
(A)	Ne	10,5		11,1		36,3	
(B)	Da	12,9		13,5		35,9	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 7,3$; p = 0,3642		$\chi^2 = 20,8$; p = 0,0399		$\chi^2 = 20,5$; p = 0,0453	
(A)	Velika verjetnost težav	13,1		15,2	C	40,8	C
(B)	Možna prisotnost težav	10,9		12,4		39,6	C
(C)	Brez težav	9,3		8,9	A	32,9	AB
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 1,1$; p = 0,5756		$\chi^2 = 0,6$; p = 0,6630		$\chi^2 = 3,1$; p = 0,3264	
(A)	Brez bolezni	9,9		10,4		34,3	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	11,0		11,2		37,2	

M: manj natančna ocena

Stik z zdravnikom specialistom le na daljavo

Stik s specialistom le na daljavo je imelo v prvi presečni raziskavi dobra desetina oseb (10,7 %), v drugi presečni raziskavi pa nekoliko več, in sicer 11,9 %. Tako vrsto stika s specialistom je imelo statistično značilno več oseb, ki so zaposlene oziroma samozaposlene (12,8 %), kot brezposelnih (5,9 %). Deleži oseb, ki so imele stik s specialistom le na daljavo, se po spolu, starosti, izobrazbi, prisotnosti težav v duševnem zdravju in prisotnosti kroničnih bolezni ter prebolelosti covid-19 niso pomembno razlikovali (preglednica 18).

Na specialistično zdravstveno obravnavo se pacient ni naročil oziroma jo je sam prestavil

V prvi presečni raziskavi se 11,0 % oseb ni naročilo oz. je prestavilo že načrtovano specialistično zdravstveno obravnavo, v drugi presečni raziskavi pa je bilo takih 11,9 %. Osebe, stare od 18 do 29 let (22,3 %), se pogosteje niso naročile na specialistični pregled ali so ga same prestavile kot osebe, stare 30 ali več let (8,2–10,5 %). Tudi osebe z višješolsko ali višjo izobrazbo so pogosteje same prestavile specialistični pregled oziroma se nanj niso naročile (16,5 %) kot tiste z nižjo stopnjo izobrazbe (6,5–10,2 %). Glede na status aktivnosti smo prav tako ugotovili razlike v tem, ali se osebe niso naročile oziroma so prestavile obravnavo pri specialistu, in sicer je to storilo več oseb, ki imajo status dijaka ali študenta (20,9 %), kot zaposlenih oziroma samozaposlenih oseb (9,7 %) in upokojencev (10,2 %). Na specialistično obravnavo se v prvi presečni raziskavi ni naročilo več oseb, ki imajo veliko verjetnost težav v duševnem zdravju (15,2 %), kot tistih, ki teh težav nimajo (8,9 %). Glede na spol, okužbo s covidom-19 in prisotnost kroničnih bolezni ni bilo razlik v deležih oseb, ki se niso naročile na specialistično zdravstveno obravnavo oziroma so jo prestavile (preglednica 18).

Zdravstvene obravnave, ki jih je prestavil oziroma odpovedal specialist

V prvi presečni raziskavi je specialist 36,3 % osebam prestavil oz. odpovedal zdravstveno obravnavo, v drugi presečni raziskavi pa 32,4 % osebam. Statistično pomembne razlike so bile zaznane po spolu, in sicer je več žensk (39,1 %) poročalo, da je specialist prestavil oziroma odpovedal njihovo zdravstveno obravnavo kot moških (32,6 %). Obravnava pri specialistu je bila prestavljena tudi več osebam v starostni skupini 70 in več let (39,3 %) kot tistim, starim od 50 do 59 let (30,5 %), ter več osebam, ki imajo možno prisotnost oziroma veliko verjetnost težav v duševnem zdravju (39,6–40,8 %) kot tistim, ki teh težav nimajo (32,9 %). Izobrazba, status aktivnosti, prebolela okužba z virusom SARS-CoV-2 ter prisotnost kronične bolezni niso pomembno vplivale na odpoved oz. preložitvev zdravstvene obravnave specialista (preglednica 18).

Preglednica 19: Stik in način izvajanja zdravstvenih obravnav – zobozdravnik; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Kakšna je bila vaša izkušnja z zobozdravnikom od začetka pandemije novega koronavirusa dalje?							
Prva presečna raziskava (n = 1.663)		Stik samo na daljavo		Na lastno željo sem obravnavo prestavil, odpovedal.		Zobozdravnik mi je obravnavo prestavil/odpovedal.	
	Skupaj	4,2		11,2		32,3	
	Spol	$\chi^2 = 8,4; p = 0,1118$		$\chi^2 = 7,4; p = 0,1147$		$\chi^2 = 0,2; p = 0,8102$	
(A)	Moški	3,2	B	12,6		32,7	
(B)	Ženski	5,1	A	9,8		32,0	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 5,7; p = 0,8616$		$\chi^2 = 10,7; p = 0,5638$		$\chi^2 = 35,4; p = 0,0316$	
(A)	Od 18 do 29 let	2,6		10,2		34,8	F
(B)	Od 30 do 39 let	4,6		12,7		34,8	F
(C)	Od 40 do 49 let	3,8		12,4		36,7	F
(D)	Od 50 do 59 let	4,7		9,7		30,7	F
(E)	Od 60 do 69 let	5,1		12,5		30,4	F
(F)	70 let in več	4,3		7,8		21,3	ABCDE
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 10,4; p = 0,3567$		$\chi^2 = 7,4; p = 0,5254$		$\chi^2 = 2,1; p = 0,8822$	
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	6,4		8,0		29,7	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	3,1		10,6		32,9	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	4,5		11,5		32,4	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	3,4		12,4		33,1	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 31,4; p = 0,0934$		$\chi^2 = 8,2; p = 0,5111$		$\chi^2 = 41,3; p = 0,0071$	
(A)	Zaposlen, samozaposlen	3,9	BDE	12,2	E	33,3	BC
(B)	Dijak, študent	0,0	ACD	9,1		43,8 ^M	AC
(C)	Upokojenec	5,0	B	10,2	E	25,1	ABE
(D)	Brezposeln	8,9	AB	9,0		31,8 ^M	
(E)	Drugo	9,0 ^M	A	5,0	AC	38,8 ^M	C
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 11,3; p = 0,0821$		$\chi^2 = 5,0; p = 0,2297$		$\chi^2 = 1,3; p = 0,5244$	
(A)	Ne	4,7	B	10,7		32,4	
(B)	Da	1,8	A	13,7		34,7	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 46,5; p = 0,0017$		$\chi^2 = 18,0; p = 0,0621$		$\chi^2 = 10,9; p = 0,2015$	
(A)	Velika verjetnost težav	8,2	C	11,9		39,5	C
(B)	Možna prisotnost težav	5,4	C	13,9	C	32,3	
(C)	Brez težav	2,1	AB	9,2	B	31,7	A
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 15,3; p = 0,0336$		$\chi^2 = 0,0; p = 0,9648$		$\chi^2 = 8,8; p = 0,0906$	
(A)	Brez bolezni	2,8	B	11,1		34,8	B
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	5,3	A	11,2		30,3	A

M: manj natančna ocena

Stik z zobozdravnikom na daljavo

O stiku z zobozdravnikom samo na daljavo je v prvi presečni raziskavi poročalo 4,2 % oseb, v drugi pa nekoliko manj (4,1 %). Stik z zobozdravnikom na daljavo je imelo statistično značilno več žensk (5,1 %) kot moških (3,2 %) in več oseb, ki so brezposelne (8,9 %), v primerjavi z zaposlenimi oz. samozaposlenimi (3,9 %) ter dijaki in študenti (0,0 %). Osebe, ki še niso prebolele okužbe z virusom SARS-CoV-2, so v večji meri imele stik z zobozdravnikom le na daljavo (4,7 %) kot tiste, ki so okužbo že prebolele (1,8 %). Stik z zobozdravnikom samo na daljavo pa je imelo tudi več oseb z veliko verjetnostjo ter možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju (5,4–8,2 %) kot tistih, ki teh težav nimajo (2,1 %). Kronični bolniki so v večji meri poročali, da so imeli stik z zobozdravnikom le na daljavo (5,3 %) kot osebe, ki nimajo znanih kroničnih obolenj (2,8 %). Med deleži oseb, ki so imele stik z zobozdravnikom le na daljavo, pa ne ugotavljamo pomembnih razlik po starosti in izobrazbi (preglednica 19).

Zobozdravstvena obravnava prestavljena oziroma odpovedana na željo pacienta

V prvi presečni raziskavi je 11,2 % oseb odpovedalo oz. prestavilo načrtovano zobozdravstveno obravnavo, v drugi presečni raziskavi pa 9,8 %. Zobozdravstveno obravnavo je prestavilo oziroma odpovedalo statistično značilno več oseb, ki so zaposlene oz. samozaposlene (12,2 %) ali upokojene (10,2 %) kot oseb z drugim statusom aktivnosti (5,0 %) ter več oseb, ki imajo možno prisotnost težav v duševnem zdravju (13,9 %), kot tistih, ki nimajo težav v duševnem zdravju (9,2 %). Po spolu, starosti, izobrazbi, okužbi z virusom SARS-CoV-2 in prisotnosti kroničnih bolezni ni bilo pomembnih razlik v odpovedih ali prestavitvah zobozdravstvenih obravnav na željo pacienta (preglednica 19).

Obravnava, ki jo je prestavil ali odpovedal zobozdravnik

V prvi presečni raziskavi je o odpovedi ali preložitvi zobozdravstvene obravnave od izvajalca poročalo 32,3 % oseb, v drugi presečni raziskavi pa nekoliko manj (29,8 %). O višjem deležu zobozdravstvenih obravnav, ki jih je odpovedal oziroma prestavil zobozdravnik, so poročale osebe, stare od 18 do 69 let (30,4–36,7 %) kot osebe, stare 70 in več let (21,3 %). Zobozdravstveno obravnavo so izvajalci odpovedali oz. prestavili več zaposlenim oz. samozaposlenim (33,3 %), dijakom in študentom (43,8 %) in osebam z drugim statusom (38,8 %) kot upokojencem (25,1 %). Ti so imeli v najmanjši meri odpovedane ali prestavljene obravnave pri zobozdravniku. O večjem deležu odpovedanih oz. prestavljenih zobozdravstvenih obravnav so poročale osebe brez kroničnih bolezni (34,8 %) kot tiste, ki imajo odkrito vsaj eno kronično bolezen (30,3 %). Med deleži oseb, ki jim je zobozdravnik obravnavo prestavil ali odpovedal, pa ni bilo pomembnih razlik po spolu, izobrazbi in okužbi z virusom SARS-CoV-2 (preglednica 19).

RAZPRAVA

Zaradi neobvladljivega širjenja okužbe z virusom SARS-CoV-2 in velikega števila obolelih so potrebe po zdravstvenih obravnavah v času pandemije covid-19 skokovito narastle (Sledilnik Covid-19, 2021). V Sloveniji so bili sprejeti številni zakonski predpisi in odredbe, s katerimi so bili uvedeni začasni ukrepi za obvladovanje širjenja virusa SARS-CoV-2, tudi ukrepi na področju organizacije zdravstvene dejavnosti na vseh ravneh zdravstvenega varstva (v nadaljevanju protikoronski ukrepi). Njihov namen je bil zagotoviti zadostne zmogljivosti za zagotavljanje neodložljive zdravstvene obravnave pacientov, vključno s pacienti, obolelimi za covidom-19, katerih opustitev bi lahko imela negativne posledice za njihovo zdravje (Odredba o začasnih ukrepih na področju organizacije in opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi obvladovanja nalezljive bolezni COVID-19, 2021; Odredba o začasnih ukrepih za obvladovanje širjenja nalezljive bolezni SARS-CoV-2, 2020).

V skladu s protikoronskimi ukrepi je bilo prekinjeno izvajanje vseh preventivnih zdravstvenih obravnav, vključno z zdravstvenimi obravnavami v centrih za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojnih centrih ter preventivnih obravnav v ambulantah družinske medicine (referenčne ambulante). Kot izjeme, kjer so se obravnave lahko opravljale, so bili v določbah protikoronskih ukrepov navedeni presejalni programi za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka, preventivna obravnava nosečnic, porodnic in novorojencev, preventivni pregledi otrok do dopolnjenega prvega leta starosti, preventivne obravnave na področju medicine dela, prometa in športa, cepljenje in druge preventivne zdravstvene obravnave, katerih opustitev bi lahko imela neposredne negativne posledice za pacientovo zdravje.

Izvajalci zdravstvene dejavnosti na primarni ravni so morali na svojem območju, poleg zagotavljanja neprekinjenega zdravstvenega varstva in neodložljivih zdravstvenih obravnav, zagotoviti tudi zadostne zmogljivosti za pravočasno obravnavo pacientov, obolelih za virusom SARS-CoV-2, vključno z vstopno točko za odvzem brisov za ugotavljanje okužbe z virusom SARS-CoV-2 in cepilnimi mesti za namen cepljenja proti virusu SARS-CoV-2.

Po drugi strani pa je bilo zaradi varnostnih ukrepov za obvladovanja širjenja nalezljive bolezni zaradi virusa SARS-CoV-2 izvajanje obravnav v veliki meri na novo organizirano, posamezne zdravstvene obravnave pa se niso izvajale oziroma so potekale v omejenem obsegu, kar je močno zmanjšalo dostopnost zdravstvenih obravnav pri osebnem zdravniku v primerjavi s stanjem pred pandemijo covid-19. Ob tem se je zmanjšalo tudi število napotitev na sekundarno oziroma terciarno raven zdravstvenega varstva (Kuhar idr., 2021). Vstop v zdravstvene ustanove je bil omejen, zavarovane osebe so se morale za obisk izbranega osebnega zdravnika predhodno naročiti, kar je povzročalo številne težave, zlasti za starejšo populacijo. Dodatne naloge in aktivnosti izvajalcev zdravstvenih obravnav na primarni ravni, povezane s testiranjem in cepljenjem proti virusu SARS-CoV-2, pa so še dodatno zmanjšale dostopnost drugih zdravstvenih obravnav (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije [ZZZS], 2022).

Iz naše raziskave izhaja, da so potrebe po zdravstvenih obravnavah pri izbranem osebnem zdravniku v času pandemije covid-19 naraščale (s 56,6 % v prvi na 62,5 % v drugi presečni raziskavi), saj so bili ob izbruhu pandemije covid-19 obravnavani le pacienti z nujnimi stanji. Potrebe po zdravstveni obravnavi pri osebnem zdravniku so v drugi presečni raziskavi v primerjavi s prvo narastle pri moških in ženskah, osebah, starih 40–69 let, osebah z vsaj srednjo poklicno izobrazbo, zaposlenih, upokojenih, brezposelnih, osebah, ki še niso imele potrjene okužbe z virusom SARS-CoV-2, osebah brez težav v duševnem zdravju oz. osebah z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju in osebah s kroničnimi boleznimi. Obravnavo pri osebnem zdravniku je med pandemijo covid-19 potrebovalo več: žensk, oseb, starih 60 ali več let, upokojenec, oseb, ki so že prebolele okužbo z virusom SARS-CoV-2, oseb, ki imajo veliko verjetnost težav v duševnem zdravju, in tistih z odkritimi kroničnimi boleznimi.

Tudi potrebe po specialistični zdravstveni obravnavi so v času pandemije covid-19 naraščale, predvsem pri starejših in kroničnih bolnikih, s slabšanjem epidemioloških razmer pa tudi pri osebah, ki so imele potrjeno okužbo z virusom SARS-CoV-2 (Smolić idr., 2021). Zaradi tega so številni izvajalci pričeli izvajati specialistične posvete ali obravnave na daljavo, ki so deloma nadomestili ambulantne kontrolne preglede (ZZZS, 2020). Podobno kažejo tudi rezultati raziskave SI-PANDA, kjer ugotovimo, da je potreba po specialistični obravnavi v drugi presečni

raziskavi narastla pri starejših osebah (40–49 let in 60–69 let), upokojevcih, osebah s kroničnimi boleznimi in tistih, ki so že bili okuženi z virusom SARS-CoV-2. Obravnavo pri specialistu je po rezultatih prve in druge presečne raziskave potrebovalo približno 40 % oseb, in sicer več: žensk, oseb, starih 60 in več let, upokojeincev in oseb, ki imajo kronične bolezni.

Tudi delež oseb, ki so potrebovale zobozdravstveno obravnavo, se je v drugi presečni raziskavi v primerjavi s prvo povečal s 44,8 na 48,5 %. V drugi presečni raziskavi je zobozdravstveno obravnavo potrebovalo več: žensk, oseb, starih od 18 do 29 let, 50 do 59 let, 70 in več let, oseb z osnovnošolsko izobrazbo, upokojeincev, brezposelnih, oseb z drugim statusom aktivnosti, oseb brez težav v duševnem zdravju, oseb z odkritimi kroničnimi boleznimi ter tistih, ki so ali še niso preboleli okužbe z virusom SARS-CoV-2.

Obravnavo pri zobozdravniku je v času pandemije covid-19 po podatkih prve in druge presečne raziskave potrebovalo več oseb z vsaj višješolsko izobrazbo, po starosti pa so zobozdravstvene obravnave v najmanjši meri potrebovale osebe, stare 70 in več let, ter osebe s statusom upokojenca.

Protikoronski ukrepi na področju zdravstvenega varstva so močno vplivali tudi na fizično dostopnost izbranih osebnih zdravnikov in drugih obravnava na primarni ravni, saj so bili osebni stiki v veliki meri oteženi in so se s slabšanjem epidemiološke situacije še dodatno zmanjšali. Zato se je zaradi evidenčnih in obračunskih razlogov izkazala potreba po uvedbi novih načinov izvajanja obravnava, s katerim je ZZZS želel preprečiti poslabšanje dostopnosti zdravstvenih obravnava zavarovanih oseb na vseh ravneh zdravstvenega varstva in s tem njihovega zdravja, predvsem bolnikov, ki so bili v izolaciji, in oseb v karanteni (ZZZS, 2020). Po podatkih raziskave SI-PANDA je dobra petina oseb v prvi presečni raziskavi imelo stik z osebnim zdravnikom na daljavo, ker so sami tako želeli. Razlog za to pa bi lahko iskali predvsem v strahu pred okužbo, kot ugotavljajo tuje raziskave (Núñez idr., 2021). Tretjina oseb je po rezultatih raziskave SI-PANDA navedlo, da so imeli stik z osebnim zdravnikom na daljavo, ker osebni stik z osebnim zdravnikom ni bil možen. Tuja raziskava, ki je bila narejena med pandemijo covid-19 v Ameriki, je pokazala, da je imelo stik z osebnim zdravnikom na daljavo (po telefonu ali telemedicini) približno četrtnina oseb (Bestsenny idr., 2021; Cordina idr., 2022). Skupni delež oseb, ki so obravnave osebnega zdravnika v času prve presečne raziskave uporabljale na daljavo, je približno 54 %, podobno pa kažejo tudi rezultati britanske raziskave, kjer je obravnave osebnega zdravnika na daljavo ob začetku pandemije uporabljalo približno polovica oseb (Watt idr., 2020). Po ocenah osebnih zdravnikov je bilo približno polovica obravnava v času covid-19 opravljenih na daljavo (Pierce idr., 2021). Delež oseb, ki so imele stik z osebnim zdravnikom na daljavo, se je v času pandemije covid-19 spreminjal in je bil odvisen tudi od epidemiološke situacije (zaustavitve javnega življenja). Taka oblika obravnave pa je tudi ranljivim osebam omogočila, da ostanejo v stiku z osebnim zdravnikom, ne da bi obiskali ordinacijo in tvegali okužbo z virusom SARS-CoV-2 ali jo širili (Núñez idr., 2021; Watt idr., 2020). Med osebami, ki so imele stik z osebnim zdravnikom le na daljavo, ker osebni stik ni bil možen, je najmanj starejših oseb, upokojeincev, oseb, ki še niso bile okužene s covidom-19, in oseb brez težav v duševnem zdravju. Na lastno željo pa je imelo stik z osebnim zdravnikom na daljavo več oseb, ki so že bile okužene z virusom SARS-CoV-2.

Izvajalci specialistične zunajbolnišnične in bolnišnične zdravstvene dejavnosti so morali v skladu s protikoronskimi ukrepi dnevno zagotoviti zadostno število prostih zmogljivosti (prostor, opremo, kader in material) za potrebe zdravljenja pacientov, obolelih za virusom SARS-CoV-2. V ta namen so lahko sproti prilagajali število zdravstvenih obravnava in so po potrebi lahko prekinili izvajanje zdravstvenih obravnava razen tistih s stopnjo nujnosti nujno in zelo hitro, onkoloških obravnava ter obravnava nosečnic, porodnic in novorojencev. Paciente, pri katerih zaradi začasnih ukrepov o neizvajanju nenujnih zdravstvenih obravnava niso opravili načrtovanih zdravstvenih obravnava, so morali izvajalci prenaročiti na prvi prosti (dodatni) okvirni termin.

Dostopnost specialističnih zdravstvenih obravnava se je v času pandemije covid-19 bistveno zmanjšala, predvsem zaradi zastojev pri izvajanju in odpovedi nenujnih oz. načrtovanih zdravstvenih obravnava, kar se je odrazilo v povečanju števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo (Kuhar idr., 2021). Iz naše raziskave izhajajo, da so zaradi protikoronskih ukrepov specialisti predstavili oz. odpovedali več kot tretjino zdravstvenih obravnava v prvi presečni raziskavi, po podatkih tuje raziskave med starejšo populacijo pa približno četrtnino obravnava (Schuster idr., 2021).

Po podatkih prve presečne raziskave SI-PANDA se 11,0 % oseb ni naročilo na pregled ali so obravnavo prestavili. Podobno kažejo tudi podatki raziskave med starejšo populacijo, kjer je dobra desetina oseb navedlo, da so se izogibali zdravstveni obravnavi med pandemijo covid-19, od tega 6,4 % obisku specialista in 7 % obravnavi pri osebnem zdravniku. O preloženi obravnavi pa je poročalo manj kot desetina oseb (Schuster idr., 2021). Stik s specialistom samo na daljavo je po rezultatih prve presečne raziskave imelo dobra desetina oseb. Raziskava, izvedena v Ameriki, pa kaže, da je na daljavo (po telefonu ali telemedicini) imelo stik s specialistom nekoliko večji delež oseb (Bestsenny idr., 2021; Cordina idr., 2022), kar bi lahko pripisali temu, da je brezkontaktni način obravnave v tujini že dlje časa v uporabi. Med osebami, ki se same niso naročile oziroma so prestavile obravnavo pri specialistu, je več: mlajših (starih od 18 do 29 let), oseb z vsaj višješolsko izobrazbo, dijakov in študentov ter oseb z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju. To je delno primerljivo tudi s podatki raziskave med starejšo populacijo, ki kažejo, da so zdravstvene obravnave pogosteje odpovedovali ali predstavljali višje izobraženi in osebe s težavami v duševnem zdravju (Schuster idr., 2021).

Ob izbruhu pandemije covid-19 se je povsem prekinilo izvajanje vseh zobozdravstvenih obravnav pri vseh izvajalcih zobozdravstvene dejavnosti. Pri osebah, ki so imele prisotne znake okužbe dihal, druge znake okužbe, pozitivno epidemiološko anamnezo ali potrjeno okužbo z virusom SARS-CoV-2, se je lahko izvajala zgolj nujna zobozdravstvena pomoč in obravnave, katerih opustitev bi vodila v trajne okvare splošnega in ustnega zdravja. Zobozdravstvena obravnava se je opravljala le na obstoječih nujnih vstopnih točkah za zobozdravstvo.

Po sprostitvi ukrepov so se zobozdravstvene obravnave sicer izvajale, vendar se je število obravnavanih bolnikov zmanjšalo (ZZZS, 2022). Tudi v zobozdravstveni dejavnosti je bila možna zdravstvena obravnava na daljavo, ki se je izvajala predvsem pri osebah s kroničnimi zdravstvenimi težavami. Iz naše analize je razvidno, da je bila zaradi protikoronskih ukrepov v zobozdravstveni dejavnosti odpovedanih ali prestavljenih tretjina obravnav. Desetina oseb pa je samih odpovedalo ali prestavilo načrtovano zobozdravstveno obravnavo. Stik z zobozdravnikom samo na daljavo je imelo le 4,2 % oseb. Tudi po podatkih tuje raziskave je stik z zobozdravnikom na daljavo imelo malo oseb, približno 8 % (Bugis, 2022). Med osebami, ki so imele stik z zobozdravnikom le na daljavo, je več tistih z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju in oseb z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju ter tistih, ki imajo kronične bolezni. Zobozdravnik pa je obravnavo prestavil ali odpovedal manj osebam, starim 70 in več let. Zobozdravstvena obravnava pa je bila pogosteje odpovedana dijakom in študentom kot zaposlenim ali upokojujencem.

ZAKLJUČEK

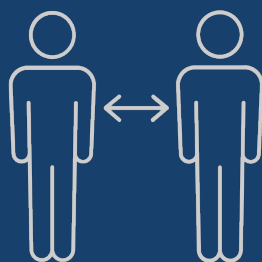
Pandemija covid-19 je pomembno vplivala na potrebe, dostopnost in način izvajanja zdravstvenih storitev. Ukrepi za obvladovanje širjenja bolezni zaradi virusa SARS-CoV-2 ter strah pred okužbo z virusom SARS-CoV-2 so zmanjšali neposredno oziroma fizično dostopnost izbranih osebnih zdravnikov in drugih obravnav na vseh ravneh zdravstvenega varstva, zato se je povečal delež obravnav, izvedenih na daljavo. Naraščanje števila obolelih za virusom SARS-CoV-2 in izvajanje protikoronskih ukrepov je pomembno zmanjšalo tudi dostopnost nenujne zdravstvene obravnave v specialistični zdravstveni dejavnosti. Zaradi tega je pandemija covid-19 dodatno prispevala k povečevanju neenakosti v zdravju.

VIRI IN LITERATURA

- Albrecht, T. (2018). *Univerzalna dostopnost do zdravstvenega varstva*. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/sdz_albrecht.pdf
- Alexander, G.C., Tajanlangit, M., Heyward, J., Mansour, O., Qato, D.M. in Stafford, R.S. (2020). Use and Content of Primary Care Office-Based vs Telemedicine Care Visits During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA network open*, 3(10), e2021476. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.21476>
- Bestsenny, O., Greg, G., Alex, H. in Jennifer, R. (2021). *Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality?* <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/telehealth-a-quarter-trillion-dollar-post-covid-19-reality>
- Bugis, B.A. (2022). Patients Self-Reporting of Utilizing Teledental Services During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia. *Journal of Patient Experience*. 9. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/23743735221112209>

- Cordina, J., Levin E., in Stein. G. (2022). *Consumer Health Insights: How respondents are adapting to the “new normal”*. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/covid-19-consumer-healthcare-insights-what-2021-may-hold>
- Sledilnik Covid-19. (2021). <https://covid-19.sledilnik.org/sl/stats>
- Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R. in Hudson, M. (2002). What does ‘access to health care’ mean? *Journal of health services research & policy* 7(1), 186–188.
- Kottke, T. E. in Isham, G. J. (2010). Measuring health care access and quality to improve health in populations. *Preventing Chronic Disease*, 7(4), 1-7.
- Kuhar, M., Gabrovec, B. in Albreht, T. (2021). *Dostopnost do zdravstvenih obravnjav v Republiki Sloveniji med epidemijo covid-19, polletno poročilo projekta »Ukrepi na področju obvladovanja širitve COVID-19 s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva«*. Nacionalni inštitut za javno zdravje: Ljubljana. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/07/polletno_poro_ilo_projekt_covid_19_2021-1-1.pdf
- Núñez, A., Sreenganga, S. D. in Ramaprasad, A. (2021). Access to Healthcare during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2980. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062980>
- Odredba o začasnih ukrepih na področju organizacije in opravljanja zdravstvene dejavnosti zaradi obvladovanja nalezljive bolezni COVID-19. (2021). Uradni list RS, št. 116/21, 138/21, 155/21, 172/21, 177/21, 179/21, 205/21, 45/22 in 58/22. <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2686>
- Odredba o začasnih ukrepih za obvladovanje širjenja nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19). (2020). Uradni list RS, št. 22/20 in 32/20. <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2553>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019). *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems. OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing: Paris. <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020a). *Waiting Times for Health Services: Next in Line. OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing: Paris. <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)/European Union (2020b). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing: Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., Dow, A. W., Dautovich, N. D., Rybarczyk, B. D. in Mishra, V. K. (2021). Changes in Physician Telemedicine Use during COVID-19: Effects of Practice Setting, Demographics, Training, and Organizational Policies. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 9963. <https://doi.org/10.3390/ijerph18199963>
- Schuster, N. A., de Breij, S., Schaap, L. A., Van Schoor, N. M., Peters, M. J. L., de Jongh, R. T., Huisman, M. in Hoogendijk, E. O. (2021). Older adults report cancellation or avoidance of medical care during the COVID-19 pandemic: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *European geriatric medicine*, 12(5), 1075–1083. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00514-3>
- Smolič, Š., Čipin, I. in Medimurec, P. (2021). Access to healthcare for people aged 50+ in Europe during the COVID-19 outbreak. *European Journal Ageing*, 11, 1-17. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00631-9>
- Watt, T., Firth, Z., Fisher, R., Thorlby, R. in Kelly, E. (2020). *Use of primary care during the COVID-19 pandemic*. <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/use-of-primary-care-during-the-covid-19-pandemic>
- World Health Organisation (WHO). (2020a). *Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334048/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1-eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization (WHO). (2020b). *Maintaining Essential Health Services: Operational Guidance for the COVID-19 Context*. World Health Organ. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). (2020). Okrožnica ZAE 6/20: Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih obravnavin iz danih materialov. <https://www.zzs.si/?id=126&detail=A8DE851C661FFF0DC1258568004DA6BB>
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). (2022). *Letno poročilo ZZZS 2021*. <https://www.zzs.si/?id=126&detail=12ED7829B4BE74DCC12587F80044EABD>

7. NEFARMAKOLOŠKI UKREPI ZA OMEJEVANJE PANDEMIJE



Nefarmakološki ukrepi za omejevanje pandemije

AVTORICE: Petra Klepac, Veronika Učakar, Maruša Rehberger

KLJUČNE BESEDE: nefarmakološki ukrepi za omejevanje covid-19, iskanje stikov, obdobje omejene dostopnosti cepiva, upoštevanje priporočenega vedenja

UVOD: Epidemiološka situacija se je ob koncu prvega leta epidemije covid-19 v Sloveniji sprva izboljševala in se nato ob širjenju alfa različice SARS-CoV-2 začela slabšati, precepljenost proti covidu-19 je bila nizka. Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri so odrasli prebivalci takrat upoštevali nefarmakološke ukrepe za preprečevanje širjenja covid-19, vključno z imenovanjem svojih stikov.

METODE: Osebe so poročale o upoštevanju higiene rok in kašlja, medsebojne razdalje, uporabe maske, izogibanja stikom, razkuževanja površin in zračenja v zadnjem tednu ter o nameri imenovati svoje stike zdravstveni službi v primeru pozitivnega testa na virus SARS-CoV-2.

REZULTATI: Največ, 97,3 % prebivalcev je nosilo masko v javnosti. Več kot 90 % prebivalcev je upoštevalo higieno kašlja, se izogibalo starejšim, če so zboleli, vzdrževalo medsebojno razdaljo v javnosti in se izogibalo javnim družabnim dogodkom, medtem ko so najmanj pogosto ostajali doma (76,5 %) in razkuževali površine (67,2 %). Ukrepe so manj pogosto upoštevali moški, mlajši od 50 let, in osebe, ki se niso strinjale, da lahko cepivo proti covidu-19 pripomore k zavezitvi epidemije. Svoje stike bi sporočilo 82,7 % prebivalcev. Večina oseb, ki stikov ne bi imenovala, je navedla, da jih lahko obvesti sama.

ZAKLJUČEK: Večina prebivalstva je v tvegani epidemiološki situaciji kljub enoletni zdravstveni krizi upoštevala nefarmakološke ukrepe. Na to je vplivala obveznost ukrepov, zaznavanje tveganja za okužbo in težek potek bolezni ter raven zaupanja v ustanove. Javnozdravstveno odzivanje na covid-19 naj temelji na najpogostejše upoštevanih ukrepih; promocija ukrepov naj bo usmerjena k skupinam, ki so ukrepe upoštevale najmanj pogosto. Aplikacija za obveščanje stikov lahko učinkovito dopolni delo epidemiološke službe.

KLJUČNI POUČENKI:

- V času, ko cepivo proti covidu-19 še ni bilo dostopno in ko je bilo dostopno v omejenem obsegu, so bili za omejitev širjenja okužbe z virusom SARS-CoV-2 in njenih škodljivih posledic ključni nefarmakološki javnozdravstveni ukrepi, kot so nošenje obrazne maske, vzdrževanje medsebojne razdalje, higiena rok in kašlja ter socialno distanciranje.
- Večina odraslih prebivalcev Slovenije je ob koncu prvega leta epidemije upoštevala nefarmakološke ukrepe. Najpogostejše so upoštevali nošenje maske v javnosti (97,3 %), najmanj pogosto pa ostajanje doma (76,5 %) in razkuževanje površin (67,2 %). Ukrepe so v manjšem deležu upoštevali moški, mlajši od 50 let, in osebe, ki se niso strinjale, da lahko cepivo proti covidu-19 pripomore k zavezitvi širjenja virusa SARS-CoV-2.
- Svoje stike bi v primeru pozitivnega izvida zdravstveni službi navedlo 82,7 % oseb. Večina oseb, ki stikov ne bi imenovala, je navedla, da jih lahko obvesti sama.

UVOD

Nefarmakološki ukrepi (NFU) so javnozdravstveni ukrepi za obvladovanje širjenja okužb, npr. okužb z virusom SARS-CoV-2. Ta se prenaša s kužnimi kapljicami, ki jih izloča okužena oseba v obdobju kužnosti, tj. 2 dni pred začetkom bolezni do 10 dni po začetku bolezni, pri težjem poteku bolezni ali osebi z motnjo imunosti tudi dlje (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2021). Tveganje za hud potek bolezni narašča s starostjo in je večje pri kroničnih bolnikih ter moških (ECDC, 2021). NFU proti covidu-19 vključujejo aktivnosti na ravni posameznika ali na širši družbeni ravni (raven ranljivih skupin, regij, nacionalna raven), npr.: higiena rok in kašlja, vzdrževanje priporočene medsebojne razdalje, izogibanje dotikanja obraza z neumitimi rokami, uporaba maske, omejitev stikov z drugimi v primeru simptomov, samoopazovanje in testiranje po stiku z okuženim, čiščenje površin, ki se jih pogosto dotikamo, zračenje prostorov, redno presejalno testiranje, delo ali šolanje od doma, omejitve zbiranja in ponujanja določenih storitev, medtem ko cepljenje proti covidu-19 in zdravljenje z zdravili za preprečevanje ali obvladovanje težkega poteka bolezni predstavljata farmakološke ukrepe. NFU so bili najučinkovitejši javnozdravstveni ukrepi proti covidu-19 v času, ko varno in učinkovito cepivo proti covidu-19 za zaščito oseb, ogroženih za težek potek bolezni, še ni bilo na voljo (ECDC, 2020). Učinkovitost posameznih NFU je težko oceniti, ker se praviloma uporabljajo v izbrani kombinaciji glede na epidemiološko situacijo. NFU, ki omejujejo neposredne socialne stike, lahko škodijo blagostanju posameznika, omejijo običajno funkcioniranje družbe in gospodarstva, zato se tudi njihova sprejemljivost med prebivalstvom zmanjša. Že jeseni 2020 je bilo znano, da so bili omenjeni NFU, uvedeni spomladi 2020, povezani s porastom simptomov depresije in ravni stresa ter osamljenosti. Ključna dejavnika teh izidov sta bila negotovost glede trajanja NFU in možnost izgube dohodka. Prav tako je bilo znano, da lahko daljša prekinitev šolanja v prostorih šole zaradi zmanjšanja neposrednih socialnih stikov, pa tudi drugih učinkov, npr. manj pogoste telesne aktivnosti, škodljivo vpliva na zdravje otrok in njihov učni napredek. Velik izziv je predstavljala tudi omejitev osebnih stikov oskrbovancev v socialno-varstvenih zavodih, ki so med najbolj ogroženimi skupinami tako za okužbo kot za težek potek bolezni, hkrati pa lahko socialna izolacija poslabša njihovo duševno zdravje in omeji njihov dostop do zdravstvene (vključno paliativne) oskrbe. Po drugi strani je bilo opisano, da so tudi nekateri manj restriktivni ukrepi, kot so izogibanje dotikanja obraza in uporaba maske, za prebivalstvo lahko obremenjujoči. V splošnem so ugotavljali, da je bilo upoštevanje posameznih NFU proti covidu-19 med prebivalstvom povezano s prepričanjem, da je ukrep učinkovit in ne neupravičeno neprijeten (ECDC, 2020).

Priporočila za opredeljene NFU za omejevanje prenosa virusa SARS-CoV-2 so v določenih obdobjih epidemije upoštevala trenutno epidemiološko situacijo in napovedi širjenja okužb, spreminjanje lastnosti virusa (prenosljivost, povzročanje hudega poteka bolezni in izogibanje že obstoječi imunosti), dostopnost cepiva, precepljenost (predvsem ogroženih skupin), oceno prekuženosti in zmogljivosti zdravstvenega sistema. Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) je septembra 2020, glede na dokaze o učinkovitosti in oceno zgoraj opisanega možnega škodljivega vpliva NFU na družbo, na individualni ravni priporočil predvsem vzdrževanje medsebojne razdalje, skrb za higieno rok in kašlja ter uporabo obrazne maske. Med NFU na populacijski ravni so bili zaradi enakih razlogov priporočeni izolacija okuženih, iskanje in karantena kontaktov potrjeno okuženih oseb ter delo od doma. Ob morebitni visoki prevalenci covid-19 v populaciji je bila priporočena tudi zaščita ranljivih skupin (omejevanje socialnih stikov teh skupin z drugimi) in omejevanje javnega zbiranja. Nekateri NFU na populacijski ravni zaradi škodljivega vpliva na družbo niso bili priporočeni oziroma je ECDC svetoval, da je o njih treba pazljivo presoditi le v primeru visoke (npr. zapiranje šol, javnega prometa, omejitve gibanja na prostem) ali nizke (npr. omejitve vstopa v državo) prevalence covid-19. Med NFU na okoljski ravni je bilo priporočeno ustrezno prezračevanje in čiščenje površin, ki se jih pogosto dotikamo, z običajnimi detergenti. V okolju, v katerem se zadržuje oseba, okužena z virusom SARS-CoV-2 (domača oskrba ali zdravstvena ustanova), je bilo priporočeno tudi razkuževanje površin z virucidnimi razkužili (ECDC, 2020). Stike okužene osebe iščemo, da bi jih obvestili o tveganju za okužbo in posredovanja navodil za omenjene NFU na individualni ravni in omejevanje stikov z drugimi oziroma v primeru visokotveganega stika zaradi napotitve v karanteno. V obdobju zbiranja podatkov v prvi presečni raziskavi, ko je bilo na voljo vse več dokazov, da se virus prenaša preko kužnih kapljic, da je tveganje za prenos preko aerosola veliko, preko kontaminiranih površin pa majhno, so navedena priporočila za NFU in iskanje stikov ostajala nespremenjena (Centers for Disease Control and Prevention, 2021; ECDC, 2021).

Tudi v Sloveniji smo v celotnem obdobju epidemije ves čas priporočali NFU na individualni ravni ter sledili novim dognanjem in priporočilom glede NFU na okoljski ravni, NFU na populacijski ravni pa prilagajali glede na opisane dejavnike v trenutni situaciji. V obdobju zbiranja podatkov za prvo presečno raziskavo je potekalo postopno sproščanje več strogih NFU na populacijski ravni in cepljenje v skladu z nacionalno strategijo. Do 15. 2. 2021 so se postopno odprle trgovine in storitve, ukinjena je bila prepoved prehajanja med občinami ali regijami, dovoljeno je bilo zbiranje do 10 ljudi, odprle so se osnovne šole in srednje šole le za zaključne letnike, dovoljeno je bilo tudi izvajanje vaj in izpitov za študente. V marcu so se v celoti odprle srednje šole, terase lokalov v nekaterih regijah, ob koncu marca pa sta bila ponovno uvedena omejitve gibanja na regijo v najbolj prizadetih okoljih in strožji režim prehajanja državne meje. V celotnem opazovanem obdobju je veljala omejitev gibanja v nočnem času. Na polovici obdobja zbiranja podatkov je bilo v starostni skupini 70 in več let z vsaj enim odmerkom cepljenih dobra četrtina oseb, z dvema pa manj kot 10 % oseb; precepljenost z vsaj enim odmerkom v drugih starostnih skupinah še ni dosegla 5 % (NIJZ, 2022). Epidemiološka služba je zaradi omejenih kapacitet v opazovanem obdobju v telefonskem pogovoru z okuženo osebo iskala njene visokotvegane stike znotraj skupnega gospodinjstva, druge stike pa je okužena oseba po navodilih epidemiološke službe obvestila sama (NIJZ, 2021). Aplikacija za mobilne telefone #Ostani zdrav je od jeseni 2020 omogočala tudi iskanje in obveščanje stikov, ki jih okužene osebe niso prepoznale. ECDC je februarja 2021, ko se je izkazalo tudi, da je alfa v primerjavi z osnovno različico bolj prenosljiva in lahko povzroči težji potek bolezni, epidemiološko situacijo v evropskih državah ocenil kot tvegano do zelo tvegano (posebej za ogrožene skupine) in priporočil nadaljevanje NFU ob merjenju in naslavljanju pandemske izčrpanosti prebivalstva. Slednja je poleg načina komunikacije s strani javnozdravstvenih/-e oblasti/stroke in stopnje zaupanja vanje pomemben dejavnik upoštevanja NFU (ECDC, 2021).

Namen tega prispevka je ugotoviti, v kolikšnem deležu so v obdobju od konca januarja do konca marca 2021 (v prvi presečni raziskavi) odrasli prebivalci upoštevali nekatere NFU in bili ob pozitivnem izvidu epidemiološki službi pripravljeni imenovati svoje stike. Ugotoviti smo želeli tudi, zaradi katerih razlogov svojih stikov niso želeli navesti.

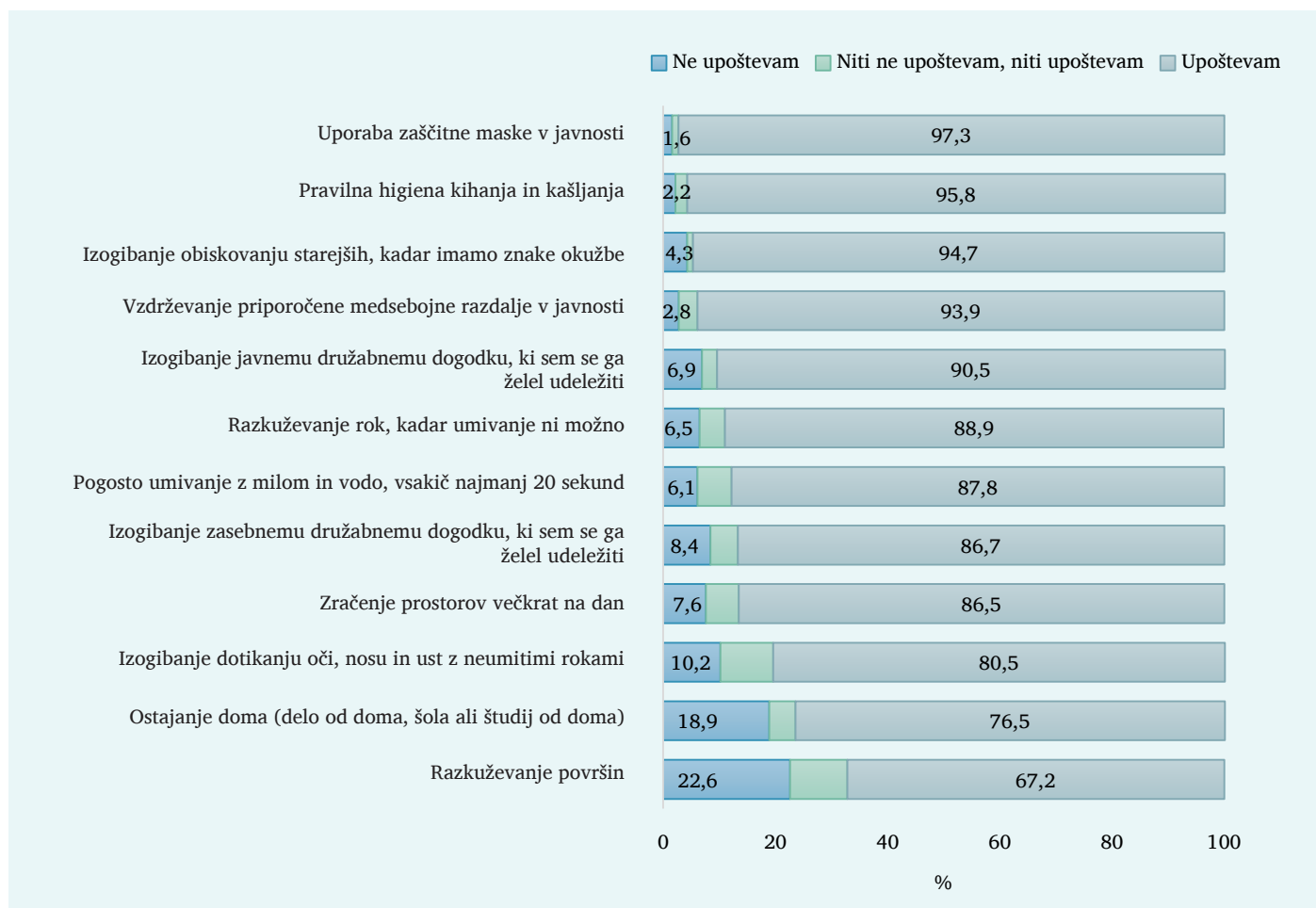
METODE

Osebe, ki so sodelovale v prvi presečni raziskavi, so za zadnjih sedem dni poročale o izvajanju teh NFU na individualni ravni: higiena rok (umivanje rok, razkuževanje rok, izogibanje dotikanju obraza), higiena kašlja, vzdrževanje medsebojne razdalje, uporaba maske, omejevanje stikov (ostajanje doma, izogibanje zasebnemu ali javnemu dogodku, izogibanje stikom s starejšimi, če zbolimo). Na okoljski ravni so, prav tako za zadnjih 7 dni, poročale o zračenju in razkuževanju površin. Možni odgovori na 7-stopenjski lestvici so bili od 1 – *sloh nisem izvajal* do 7 – *zelo dosledno sem izvajal*; dodana kategorija je opredeljevala *Se ne nanaša name*. Za namene te analize so bili odgovori združeni v tri skupine: 1, 2, 3 – ne upoštevam; 4 – niti ne upoštevam niti upoštevam; 5, 6, 7 – upoštevam, analize pa so bile opravljene le med osebami, na katere se je določen ukrep nanašal. Na vprašanje, ali bi zdravstveni službi v primeru pozitivnega testa na virus SARS-CoV-2 imenovali vse svoje stike, so udeleženci izbirali med odgovoroma zagotovo in verjetno ne. Tisti, ki so se odločili za slednji odgovor, so nato izbirali med opredeljenimi razlogi zanj: jih lahko sam kontaktiram; menim, da bi zaradi odrejene karantene to za te ljudi predstavljalo preveliko izgubo dohodka; menim, da bi me ljudje obtoževali, če bi povedal njihovo ime; ne zaupam oblastem; bi moji prijatelji in družina od mene pričakovali, da ne povem njihovih imen; bi ljudem, katerih imena bi povedal, to povzročilo nevšečnosti; nočem, da drugi vedo, da je bil moj test pozitiven.

Cepilni status je bil opredeljen s tremi kategorijami: *cepljeni* (če so odgovorili, da so prejeli enega ali dva odmerka cepiva), *se ne bodo cepili* (ta kategorija je vključevala odgovora ne, ker se ne nameravam cepiti, in ne, zaradi zdravstvenih razlogov) in *cepivo še ni bilo na voljo*.

REZULTATI

Predstavljamo ocene deležev prebivalstva, ki je upoštevalo NFU, skupno in po izbranih pojasnjevalnih spremenljivkah.



Slika 14: Upoštevanje nefarmakoloških ukrepov v zadnjih 7 dneh med odraslimi prebivalci Slovenije; skupaj, prva presečna raziskava

Vsakega od opredeljenih NFU je upoštevalo več kot 67 % oseb, ki so odgovorile na vprašanje o izvajanju posameznega NFU (slika 14). Več kot 90 % jih je uporabljalo masko v javnosti, upoštevalo pravilno higieno kašlja, se izogibalo obiskovanju starejših, če so zboleli, vzdrževalo priporočeno medsebojno razdaljo v javnosti in se izogibalo javnemu družabnemu dogodku. Manj kot 80 % jih je delalo ali se šolalo od doma in razkuževalo površine.

Preglednica 20: Upoštevanje nefarmakoloških ukrepov v zadnjih 7 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

V kolikšni meri ste v zadnjih 7 dneh upoštevali spodaj navedena priporočila za preprečevanje prenosa okužbe z novim koronavirusom?													
		Pogosto umivanje z milom in vodo, vsakič najmanj 20 sekund		Izogibanje dotikanju oči, nosu in ust z neumitimi rokami		Uporaba zaščitne maske v javnosti		Zračenje prostorov večkrat na dan		Izogibanje obiskovanju starejših, kadar imamo znake okužbe		Pravilna higiena kihanja in kašljanja (v zgornji del rokava ali robec, ki ga po uporabi odvržete v smeti)	
Prva presečna raziskava		%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.
Skupaj		87,8		80,5		97,3		86,5		94,7		95,8	
Spol		$\chi^2 = 31,0$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 56,9$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 13,7$; $p = 0,0161$		$\chi^2 = 41,2$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 5,9$; $p = 0,1950$		$\chi^2 = 22,7$; $p = 0,0001$	
(A)	Moški	84,9	B	75,7	B	96,3	B	83,1	B	94,0		94,4	B
(B)	Ženski	90,8	A	85,3	A	98,2	A	89,9	A	95,5		97,1	A
Starostne skupine		$\chi^2 = 49,7$; $p = 0,0002$		$\chi^2 = 194,6$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 46,0$; $p = 0,0008$		$\chi^2 = 194,2$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 22,5$; $p = 0,1724$		$\chi^2 = 64,9$; $p < 0,0001$	
(A)	Od 18 do 29 let	82,0	DEF	64,5	BCDEF	94,5	DEF	73,7	CDEF	92,5	D	90,9	BCDEF
(B)	Od 30 do 39 let	85,5	E	75,1	ACDEF	95,5	E	80,3	CDEF	95,4		96,5	A
(C)	Od 40 do 49 let	87,2	E	82,2	ABE	97,5		86,5	ABDEF	94,5		97,5	A
(D)	Od 50 do 59 let	89,3	A	85,2	ABE	98,3	A	91,2	ABC	96,6	A	96,6	A
(E)	Od 60 do 69 let	93,1	ABC	90,7	ABCDF	99,1	AB	94,4	ABC	95,1		96,8	A
(F)	70 let in več	89,7	A	84,4	ABE	98,4	A	92,9	ABC	93,9		95,7	A
Spol in starostne skupine		$\chi^2 = 90,2$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 251,5$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 72,6$; $p = 0,0014$		$\chi^2 = 237,5$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 46,3$; $p = 0,1461$		$\chi^2 = 104,0$; $p < 0,0001$	
(A)	Moški od 18 do 29 let	79,5	EJKL	61,8	CDEF HIJKL	91,9	DEF IJKL	70,3	CDEF HIJKL	92,4		88,2	BCDH IJKL
(B)	Moški od 30 do 39 let	83,5	JKL	69,1	EHIJ KL	94,7		76,7	DEF IJKL	94,2		96,7	A
(C)	Moški od 40 do 49 let	86,9	K	78,3	AJKL	96,5		83,5	ADJKL	95,5		97,1	A
(D)	Moški od 50 do 59 let	84,6	JKL	79,1	AGJKL	98,2	A	87,6	ABG JKL	96,0		95,5	A
(E)	Moški od 60 do 69 let	89,4	AK	87,1	ABGK	98,9	A	93,1	ABC GH	93,3		94,6	K
(F)	Moški 70 let in več	85,5	JKL	79,6	AGJKL	98,4	A	90,3	ABGK	90,5	HJK	93,4	IK
(G)	Ženske od 18 do 29 let	84,9	JKL	67,5	DEFH IJKL	97,5		77,7	DEF IJKL	92,7		93,9	K
(H)	Ženske od 30 do 39 let	87,8	K	81,7	ABGJK	96,5		84,4	AEJKL	96,7	F	96,3	A
(I)	Ženske od 40 do 49 let	87,5	K	86,4	ABGK	98,7	A	90,1	ABGK	93,3		97,9	AF
(J)	Ženske od 50 do 59 let	94,0	ABDFG	91,4	ABCD FGH	98,5	A	94,8	ABCD GK	97,2	F	97,7	A
(K)	Ženske od 60 do 69 let	96,8	ABCDE FGHI	94,3	ABCDEF GHIL	99,3	A	95,8	ABCDEF GHI	96,9	F	99,1	ADEF
(L)	Ženske 70 let in več	92,7	ABDFG	87,7	ABCDEF GK	98,5	A	94,6	ABCDEF GH	96,1		97,2	A

V kolikšni meri ste v zadnjih 7 dneh upoštevali spodaj navedena priporočila za preprečevanje prenosa okužbe z novim koronavirusom?

		Pogosto umivanje z milom in vodo, vsakič najmanj 20 sekund		Izogibanje dotikanju oči, nosu in ust z neumitimi rokami		Uporaba zaščitne maske v javnosti		Zračenje prostorov večkrat na dan		Izogibanje obiskovanju starejših, kadar imamo znake okužbe		Pravilna higiena kihanja in kašljanja (v zgornji del rokava ali robec, ki ga po uporabi odvržete v smeti)	
Prva presečna raziskava		%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 18,4$; $p = 0,0617$		$\chi^2 = 16,3$; $p = 0,101$		$\chi^2 = 4,2$; $p = 0,8769$		$\chi^2 = 41,1$; $p = 0,0003$		$\chi^2 = 9,4$; $p = 0,5021$		$\chi^2 = 13,4$; $p = 0,1372$	
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	87,7		81,6		97,2		90,6	CD	96,3		95,2	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	88,1		83,9	D	97,5		90,0	CD	93,9		95,1	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	89,1		80,8		97,4		85,9	ABD	94,9		97,0	D
(D)	Višješolska izobrazba ali več	85,9		77,0	B	96,9		82,1	ABC	94,1		94,8	C
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 57,8$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 123,6$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 21,0$; $p = 0,1090$		$\chi^2 = 120,4$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 22,0$; $p = 0,0667$		$\chi^2 = 23,3$; $p = 0,0383$	
(A)	Zaposlen, samozaposlen	86,2	BCDE	78,5	BCDE	96,6	C	84,1	BCDE	94,7	E	96,2	BDE
(B)	Dijak, študent	79,7	ACDE	63,4	ACDE	97,2		72,9	ACDE	95,1		92,7	AC
(C)	Upokojenec	92,1	AB	87,9	AB	98,7	A	93,8	ABD	94,7		96,7	BDE
(D)	Brezposeln	90,5	AB	83,6	AB	96,5		89,9	ABC	96,3		92,4	AC
(E)	Drugo	93,5	AB	88,2	AB	98,0		92,0	AB	91,4	A	93,5	AC
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 3,6$; $p = 0,3290$		$\chi^2 = 30,1$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 3,0$; $p = 0,4434$		$\chi^2 = 0,6$; $p = 0,8394$		$\chi^2 = 0,8$; $p = 0,8428$		$\chi^2 = 4,1$; $p = 0,3443$	
(A)	Ne	87,9		81,4	B	97,2		86,0		94,9		95,8	
(B)	Da	85,6		72,0	A	97,0		86,3		94,6		95,3	
	Cepljenost proti covidu-19	$\chi^2 = 44,6$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 62,7$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 84,5$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 37,1$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 27,4$; $p = 0,0047$		$\chi^2 = 19,8$; $p = 0,0029$	
(A)	Cepljeni	91,2	B	86,1	B	96,7	C	92,0	BC	93,9		96,0	
(B)	Se ne bodo cepili	82,2	AC	72,5	AC	93,6	C	81,9	AC	92,0	C	93,5	C
(C)	Cepivo še ni bilo na voljo	89,8	B	83,3	B	98,8	AB	87,9	AB	96,1	B	96,7	B
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 8,5$; $p = 0,0573$		$\chi^2 = 21,4$; $p = 0,0008$		$\chi^2 = 14,5$; $p = 0,0129$		$\chi^2 = 34,9$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 0,5$; $p = 0,8598$		$\chi^2 = 3,9$; $p = 0,2308$	
(A)	Brez bolezni	86,3	B	77,2	B	96,2	B	83,2	B	94,6		95,5	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	89,9	A	83,1	A	98,1	A	89,2	A	94,8		95,9	
	Živim z osebami, ki spadajo v tvegano skupino za obolenje z novim koronavirusom	$\chi^2 = 3,7$; $p = 0,2905$		$\chi^2 = 12,4$; $p = 0,0165$		$\chi^2 = 7,2$; $p = 0,1004$		$\chi^2 = 11,5$; $p = 0,0182$		$\chi^2 = 0,4$; $p = 0,8815$		$\chi^2 = 0,6$; $p = 0,7967$	
(A)	Da	88,3		83,2	B	97,9		89,3	B	94,4		96,1	
(B)	Ne	87,4		79,0	A	96,9		85,2	A	94,9		95,6	
	Menim, da lahko cepivo pripomore k zaježitvi širjenja virusa SARS-CoV-2,	$\chi^2 = 49,8$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 43,2$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 115,9$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 36,7$; $p = 0,0002$		$\chi^2 = 29,6$; $p = 0,0035$		$\chi^2 = 18,2$; $p = 0,0169$	
(A)	Ne strinjam se	81,6	C	72,3	C	91,5	BC	81	C	91,7	C	93,3	C
(B)	Niti se ne strinjam niti strinjam	85,8		78,9		97,1	AC	84,5		94,8		96,1	
(C)	Se strinjam	89,4	A	82,4	A	98,8	AB	87,5	A	95,8	A	96,3	A

Preglednica 21: Upoštevanje drugih nefarmakoloških ukrepov v zadnjih 7 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

V kolikšni meri ste v zadnjih 7 dneh upoštevali spodaj navedena priporočila za preprečevanje prenosa okužbe z novim koronavirusom?													
		Vzdrževanje priporočene medsebojne razdalje v javnosti		Izogibanje javnemu družabnemu dogodku, ki sem se ga želel udeležiti		Razkuževanje rok, kadar umivanje ni možno		Izogibanje zasebnemu družabnemu dogodku, ki sem se ga želel udeležiti		Ostajanje doma (delo od doma, šola ali študij od doma)		Razkuževanje površin	
Prva presečna raziskava		%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.
	Skupaj	93,9		90,5		88,9		86,7		76,5		67,2	
	Spol	$\chi^2 = 37,4$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 13,7$; $p = 0,0195$		$\chi^2 = 28,5$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 27,6$; $p = 0,0001$		$\chi^2 = 49,7$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 62,0$; $p < 0,0001$	
(A)	Moški	91,6	B	88,8	B	86,2	B	83,8	B	71,6	B	61,6	B
(B)	Ženski	96,2	A	92,1	A	91,6	A	89,6	A	81,3	A	72,8	A
	Starostne skupine	$\chi^2 = 134,3$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 70,3$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 102,7$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 22,49$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 192,6$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 195,1$; $p < 0,0001$	
(A)	Od 18 do 29 let	86,3	CDEF	83,5	BCDEF	79,8	BCDEF	70,0	BCDEF	81,7	BCDEF	50,6	CDEF
(B)	Od 30 do 39 let	89,3	CDEF	90,3	A	86,6	ADE	83,6	ADEF	67,1	AEF	57,5	CDEF
(C)	Od 40 do 49 let	95,2	ABE	90,2	A	89,7	AE	86,4	ADEF	68,4	AEF	69,5	ABE
(D)	Od 50 do 59 let	96,4	AB	92,7	A	92,0	AB	91,7	ABCE	71,9	AEF	71,4	ABE
(E)	Od 60 do 69 let	98,5	ABC	93,8	A	95,1	ABCF	95,2	ABCD	89,7	ABCD	80,1	ABCDF
(F)	70 let in več	97,5	AB	92,4	A	89,7	AE	93,4	ABC	92,2	ABCD	74,3	ABE
	Spol in starostne skupine	$\chi^2 = 176,0$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 94,7$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 145,4$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 268,1$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 247,0$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 263,8$; $p < 0,0001$	
(A)	Moški od 18 do 29 let	83,0	CDEF HIJKL	81,3	DEF HJKL	75,5	CDEF HIJKL	65,3	BCDEF HIJKL	80,1	BCDD KL	45,1	CDEF HIJKL
(B)	Moški od 30 do 39 let	86,2	DEF IJKL	87,4	K	84,8	EIJK	79,4	AEFJ KL	60,0	AEF GHJKL	52,2	EFIJKL
(C)	Moški od 40 do 49 let	93,1	AKL	90,1		86,6	AJK	85,0	AEJKL	64,7	AEF GJKL	63,9	AIJK
(D)	Moški od 50 do 59 let	94,8	ABK	90,6	A	88,3	AJK	88,1	AEGJK	64,6	AEFG JKL	64,2	AIJK
(E)	Moški od 60 do 69 let	97,4	ABG	92,2	A	93,7	ABG	95,2	ABCD GHI	86,6	BCD HIL	74,4	ABGK
(F)	Moški 70 let in več	96,2	ABK	92,4	A	89,1	AJK	92,4	ABG	88,5	BCD HIJ	74,1	ABGK
(G)	Ženske od 18 do 29 let	89,9	EIJKL	85,9	JK	84,6	EIJK	75,1	DEF HIJKL	83,4	BCDKL	56,6	EFIJKL
(H)	Ženske od 30 do 39 let	92,9	AK	93,4	A	88,6	AJK	88,3	AEGJK	74,4	BEFKL	63,4	AIJKL
(I)	Ženske od 40 do 49 let	97,7	ABG	90,3		93,1	ABG	87,8	AEGJK	72,7	EFKL	75,6	ABCD GHK
(J)	Ženske od 50 do 59 let	98,0	ABG	94,6	AG	95,8	ABCDF GHL	95,2	ABCD GHI	78,5	BCDG KL	78,4	ABCD GH
(K)	Ženske od 60 do 69 let	99,5	ABCD FGH	95,4	ABG	96,6	ABCDF GHL	95,2	ABCD GHI	93,0	ABCD GHIJ	85,6	ABCDE FGHK
(L)	Ženske 70 let in več	98,4	ABCG	92,3	A	90,1	AJK	94,2	ABCG	94,9	ABCDE GHIJ	74,4	ABG HK

V kolikšni meri ste v zadnjih 7 dneh upoštevali spodaj navedena priporočila za preprečevanje prenosa okužbe z novim koronavirusom?

		Vzdrževanje priporočene medsebojne razdalje v javnosti		Izogibanje javnemu družabnemu dogodku, ki sem se ga želel udeležiti		Razkuževanje rok, kadar umivanje ni možno		Izogibanje zasebnemu družabnemu dogodku, ki sem se ga želel udeležiti		Ostajanje doma (delo od doma, šola ali študij od doma)		Razkuževanje površin	
Prva presečna raziskava		%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 7,3$; $p = 0,5985$		$\chi^2 = 18,4$; $p = 0,1037$		$\chi^2 = 12,3$; $p = 0,2317$		$\chi^2 = 12,3$; $p = 0,2865$		$\chi^2 = 46,4$; $p = 0,0024$		$\chi^2 = 69,7$; $p < 0,0001$	
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	93,9		88,1		86,2		88,6		85,7	BCD	71,3	D
(B)	Srednja poklicna izobrazba	95,3		88,8		90,9		89,2		78,5	A	74,1	CD
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	93,5		91,1		89,4		85,5		73,3	A	68,6	BD
(D)	Višješolska izobrazba ali več	93,5		92,1		89,0		85,6		74,4	A	57,9	ABC
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 62,9$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 44,0$; $p = 0,0015$		$\chi^2 = 47,5$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 154,0$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 353,9$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 113,2$; $p < 0,0001$	
(A)	Zaposlen, samozaposlen	92,6	BCE	90,0	BCE	88,4	BC	84,9	BCE	66,0	BCDE	64,5	BCE
(B)	Dijak, študent	87,6	ACE	83,8	ACE	79,9	ACE	68,9	ACDE	89,8	AE	50,7	ACDE
(C)	Upokojenec	98,0	ABD	93,4	ABD	92,3	AB	94,2	ABDE	92,8	AE	77,1	ABD
(D)	Brezposeln	93,1	C	88,1	C	88,4		88,3	BCE	91,2	A	66,6	BC
(E)	Drugo	98,0	AB	96,4	AB	91,9	B	97,5	ABCD	96,8	ABC	73,2 ^M	AB
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 6,8$; $p = 0,1538$		$\chi^2 = 7,3$; $p = 0,1534$		$\chi^2 = 3,2$; $p = 0,3876$		$\chi^2 = 16,7$; $p = 0,0066$		$\chi^2 = 9,0$; $p = 0,1118$		$\chi^2 = 8,2$; $p = 0,0710$	
(A)	Ne	94,1	B	91,2	B	89,1	B	87,6	B	77,1	B	67,4	B
(B)	Da	91,5	A	88,4	A	86,6	A	81,5	A	72,3	A	62,5	A
	Cepljenost proti covidu-19	$\chi^2 = 181,3$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 47,0$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 120,5$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 160,5$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 28,6$; $p = 0,0049$		$\chi^2 = 60,5$; $p < 0,0001$	
(A)	Cepljeni	96,1	B	90,6	B	92,6	B	91,6	B	74,7		74,9	BC
(B)	Se ne bodo cepili	85,3	AC	85,2	AC	80,4	AC	75,3	AC	71,3	C	58,5	AC
(C)	Cepivo še ni bilo na voljo	97,1	B	92,4	B	91,9	B	90,5	B	78,4	B	69,8	AC
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 25,5$; $p = 0,0003$		$\chi^2 = 6,3$; $p = 0,1684$		$\chi^2 = 28,4$; $p = 0,0001$		$\chi^2 = 61,7$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 6,7$; $p = 0,1872$		$\chi^2 = 31,4$; $p < 0,0001$	
(A)	Brez bolezni	91,7	B	89,3	B	86,3	B	81,9	B	74,6	B	63,4	B
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	95,6	A	91,4	A	91,0	A	90,6	A	78,1	A	70,2	A
	Živi z osebami, ki spadajo v tvegano skupino za obolenje z novim koronavirusom	$\chi^2 = 8,7$; $p = 0,0759$		$\chi^2 = 9,5$; $p = 0,0635$		$\chi^2 = 4,3$; $p = 0,2359$		$\chi^2 = 19,1$; $p < 0,0017$		$\chi^2 = 9,9$; $p = 0,0850$		$\chi^2 = 14,7$; $p = 0,0064$	
(A)	Da	95,6	B	91,1		90,4	B	90,2	B	79,5	B	71,4	B
(B)	Ne	93,1	A	90,1		88,1	A	85,0	A	75,2	A	65,0	A
	Menim, da lahko cepivo pripomore k zaježitvi širjenja virusa SARS-CoV-2	$\chi^2 = 153,5$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 53,5$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 126,8$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 163,9$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 51,2$; $p = 0,0001$		$\chi^2 = 59,1$; $p < 0,0001$	
(A)	Ne strinjam se	84,1	BC	82,8	BC	78,4	BC	72,5	BC	67,0	C	55,3	BC
(B)	Niti se ne strinjam niti strinjam	91,5	AC	90,9	A	87,3	AC	84,5	AC	71,3	C	67,6	A
(C)	Se strinjam	96,6	AB	92	A	91,5	AB	89,9	AB	79,1	AB	69,0	A

M: manj natančna ocena

Moški so vse navedene ukrepe upoštevali manj pogosto kot ženske; razlike med spoloma razen izogibanja obiskovanja starejših v primeru bolezni so bile statistično značilne, razlika je bila največja pri razkuževanju površin (moški: 61,6 %, ženske: 72,8 %) in ostajanju doma (moški: 71,6 %, ženske: 81,3 %) (preglednici 20 in 21). Osebe, stare 18–29 let so navedene ukrepe upoštevale najmanj pogosto; te razlike so bile statistično značilne v primerjavi z najmanj eno od ostalih starostnih skupin. Edina izjema je bilo ostajanje doma, ki so ga statistično značilno najmanj upoštevale osebe v starostnih skupinah 30–59 let. Večino navedenih ukrepov (9 od 12 ukrepov) so v največjem deležu upoštevale osebe, stare 60–69 let. Upoštevanje NFU je bilo med starostnimi skupinami raznoliko, se pa nakazuje, da so osebe, starejše od 50 let, v večji meri upoštevale NFU kot osebe, mlajšimi od 50 let.

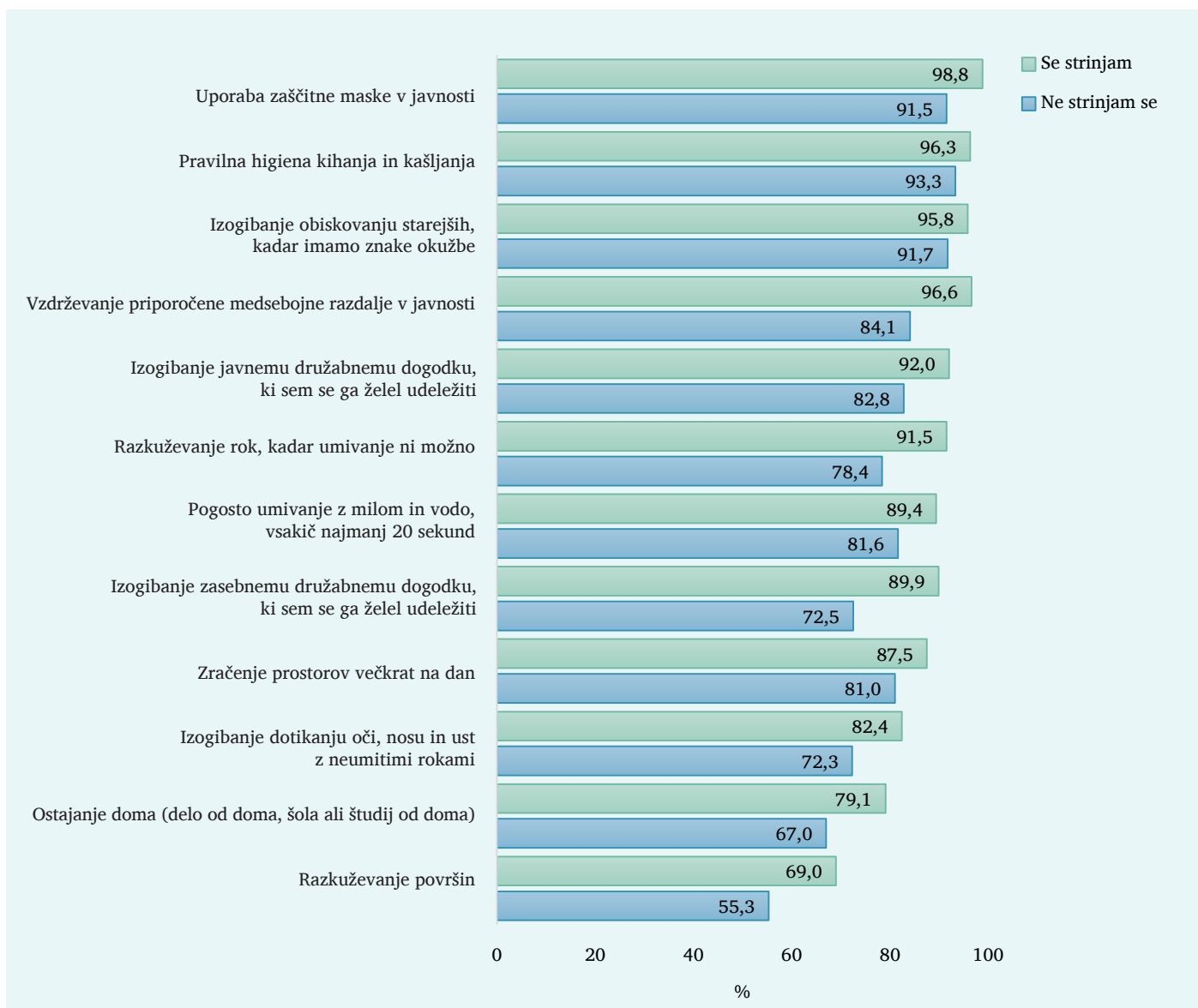
Primerjava med spoloma znotraj opredeljenih starostnih skupin je pokazala, da značilnih razlik med spoloma v starosti 18–29 let ni bilo, medtem ko so ženske v drugih starostnih skupinah značilno bolj upoštevale posamezne navedene ukrepe: umivanje in razkuževanje rok ter izogibanje dotikanju obraza, ostajanje doma, izogibanje zasebnemu dogodku, zračenje in razkuževanje površin. Največ ukrepov, za katere so med spoloma obstajale značilne razlike, je bilo v starostnih skupinah 50–59 (6 od navedenih ukrepov) in 60–69 let (4 od navedenih ukrepov).

Osebe, ki so dosegle osnovnošolsko izobrazbo ali manj, so v primerjavi z drugimi izobrazbenimi skupinami značilno pogosteje ostajale doma (85,7 %, razpon ostalih izobrazbenih skupin 73,3–78,5 %); značilnih razlik med drugimi kategorijami pri ostajanju doma ni bilo. Osebe, ki so dosegle višješolsko izobrazbo ali več, so v primerjavi z vsako od drugih izobrazbenih skupin značilno manj zračile (82,1 %, razpon drugih skupin: 85,9–90,6 %) in razkuževale površine (57,9 %, razpon drugih skupin 68,6–74,1 %). Prav tako so osebe, ki so dosegle višješolsko ali višjo izobrazbo, statistično značilno manj pogosto upoštevale pravilno higieno kihanja in kašljanja kot tiste s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo ter statistično značilno manj pogosto upoštevale izogibanje dotikanju obraza v primerjavi z osebami s srednjo poklicno izobrazbo. Zaposleni so v primerjavi z osebami iz vseh drugih skupin statusa aktivnosti pričakovano manj ostajali doma (66,0 %, razpon drugih skupin 89,8–96,8 %). Zaposleni in dijaki ali študentje so v primerjavi z brezposelnimi in upokojniki značilno manj zračili, si umivali roke in se izogibali dotikanju obraza z neumitimi rokami.

Osebe z diagnozo vsaj ene kronične bolezni so v primerjavi s tistimi brez nje pogosteje upoštevale večino navedenih ukrepov; razlika je bila največja pri izogibanju zasebnim družabnim dogodkom (90,6 % in 81,9 %). Prav tako so osebe, ki živijo v skupnem gospodinjstvu z osebo, ki ima večje tveganje za težji potek bolezni covid-19, bolj upoštevale večino navedenih ukrepov (razlika je bila največja pri razkuževanju površin: 71,4 % in 65,0 %).

Tisti, ki so poročali, da so ali so že bili okuženi s SARS-CoV-2, so v primerjavi s tistimi, ki še niso bili, večino navedenih ukrepov upoštevali manj pogosto, vendar pri uporabi mask, higieni kašlja, izogibanju obiskovanja starejših v primeru znakov okužbe, umivanju rok in zračenju značilnih razlik med prebolevalci in neprebolevalci ni bilo. Statistično značilna razlika je bila največja pri izogibanju dotikanju oči, nosu in ust z neumitimi rokami (72,0 % in 81,4 %), sledilo je izogibanje zasebnim družabnim dogodkom (81,5 % in 87,6 %).

Osebe, ki so poročale, da se ne nameravajo cepiti ali da niso bile cepljene zaradi zdravstvenih razlogov (se ne bodo cepile), so v primerjavi z že cepljenimi osebami ali osebami, za katere cepivo še ni bilo na voljo, značilno manj pogosto upoštevale vse navedene ukrepe. Razlika je bila največja pri izogibanju zasebnim družabnim dogodkom (cepljeni: 91,6 %, še ni bilo na voljo: 90,5 %, se ne bodo cepili: 75,3 %). Cepljene osebe so v primerjavi z osebami, za katere cepivo še ni bilo na voljo, značilno manj pogosto nosile masko in značilno bolj zračile ter razkuževale površine, drugih značilnih razlik med skupinama ni bilo. Podobno so osebe, ki so izrazile nestrinjanje s trditvijo, da cepivo lahko pripomore k zaježitvi širjenja virusa, v primerjavi z osebami, ki so izrazile strinjanje ali pa so bile glede tega neopredeljene, značilno manj upoštevale vse navedene ukrepe. Razlika med osebami, ki se niso in ki so se strinjale, je bila največja pri izogibanju zasebnim družabnim dogodkom (72,5 % in 89,9 %) (preglednici 20 in 21).



Slika 15: Upoštevanje nefarmakoloških ukrepov v zadnjih 7 tednih, glede na strinjanje o tem, da cepivo lahko pripomore k zavezitvi širjenja virusa SARS-CoV-2, prva presečna raziskava

Preglednica 22: Imenovanje stikov ob morebitnem pozitivnem testu na virus SARS-CoV-2; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Če bi bil vaš test na novi koronavirus pozitiven in bi vas zdravstveni delavci vprašali po imenih vaših stikov – ali bi imenovali vse?					
		Zagotovo bi imenoval vse stike		Verjetno ne bi imenoval vseh stikov	
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Skupaj (n = 3.599)	82,7		17,3	
	Spol	$\chi^2 = 2,6; p = 0,1730$			
(A)	Moški	81,8		18,2	
(B)	Ženski	83,7		16,3	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 46,5; p < 0,0001$			
(A)	Od 18 do 29 let	78,9	CD	21,1	CD
(B)	Od 30 do 39 let	82,7	F	17,3	F
(C)	Od 40 do 49 let	88,0	AEF	12,0	AEF
(D)	Od 50 do 59 let	86,5	AF	13,5	AF
(E)	Od 60 do 69 let	82,9	CF	17,1	CF
(F)	70 let in več	75,8	BCDE	24,2	BCDE
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 22,8; p = 0,010$			
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	78,4	D	21,6	D
(B)	Srednja poklicna izobrazba	81,2	D	18,8	D
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	82,8	D	17,2	D
(D)	Višješolska izob. ali več	86,9	ABC	13,1	ABC
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 25,5; p = 0,0021$			
(A)	Zaposlen, samozaposlen	85,4	BCDE	14,6	BCDE
(B)	Dijak, študent	79,2	A	20,8	A
(C)	Upokojenec	79,4	A	20,6	A
(D)	Brezposeln	80,8	A	19,2	A
(E)	Drugo	75,7	A	24,3	A
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 31,6; p < 0,0001$			
(A)	Ne	85,8	B	14,2	B
(B)	Da	77,0	A	23,0	A
	Cepljenost proti covidu-19	$\chi^2 = 55,7; p < 0,0001$			
(A)	Cepljeni	83,8	B	16,2	B
(B)	Se ne bodo cepili	75,7	AC	24,3	AC
(C)	Cepivo še ni bilo na voljo	85,9	B	14,1	B
	Menim, da lahko cepivo pripomore k zaježitvi širjenja virusa SARS-CoV-2	$\chi^2 = 62,9; p < 0,0001$			
(A)	Ne strinjam se	74,6	C	25,4	C
(B)	Niti se ne strinjam niti strinjam	79,0	C	21,0	C
(C)	Se strinjam	86,5	AB	13,5	AB

Preglednica 23: Razlogi, zakaj v primeru pozitivnega testa na virus SARS-CoV-2 verjetno ne bi imenovali vseh stikov*; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Verjetno ne bi imenoval vseh stikov, ker ...															
		Jih lahko sam kontaktiram		Bi zaradi odrejanja karantene to za te ljudi predstavljalo preveliko izgubo dohodka.		Bi me ljudje obtoževali, če bi povedal njihovo ime.		Ne zaupam oblastem.		Bi moji prijatelji in družina od mene pričakovali, da ne povem njihovih imen.		Bi ljudem, katerih imena bi povedal, to povzročilo nevednosti.		Nočem, da drugi vedo, da je bil moj test pozitiven.	
Prva presečna raziskava		%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.
Skupaj (n = 611)		76,8		22,4		20,8		29,9		16,4		25,6		6,4	
Spol		$\chi^2 = 15,9$; p = 0,1560		$\chi^2 = 17,4$; p = 0,1555		$\chi^2 = 2,0$; p = 0,6152		$\chi^2 = 11,2$; p = 0,2414		$\chi^2 = 8,0$; p = 0,3345		$\chi^2 = 6,0$; p = 0,3843		$\chi^2 = 10,6$; p = 0,2126	
(A)	Moški	79,4		25,1		21,7		32,2		18,1		27,2		5,2	
(B)	Ženski	73,9		19,5		19,8		27,3		14,7		23,8		7,8	
Starostne skupine		$\chi^2 = 131,0$; p = 0,0105		$\chi^2 = 211,5$; p = 0,0002		$\chi^2 = 49,0$; p = 0,2993		$\chi^2 = 63,3$; p = 0,1702		$\chi^2 = 56,6$; p = 0,2523		$\chi^2 = 156,5$; p = 0,0016		$\chi^2 = 90,3$; p = 0,0295	
(A)	Od 18 do 29 let	82,0	F	35,2 ^M	DEF	20,5		30,8 ^M		9,7		41,8 ^M	DEF	6,5	
(B)	Od 30 do 39 let	80,0	F	22,3 ^M		17,8		32,6 ^M		20,2 ^M		25,6 ^M		4,9	
(C)	Od 40 do 49 let	87,1	EF	37,2 ^M	DEF	31,0 ^M		41,8 ^M	E	23,7 ^M		30,2 ^M		1,2	EF
(D)	Od 50 do 59 let	81,5 ^M	F	16,4	AC	15,5		29,3 ^M		17,8		20,3	A	2,3	F
(E)	Od 60 do 69 let	70,7	C	14,4	AC	17,7		21,3	C	12,7		17,6	A	8,1	C
(F)	70 let in več	64,7	ABCD	12,2	AC	22,8		26,2		16,7		18,0	A	12,3	CD
Dosežena stopnja izobrazbe		$\chi^2 = 64,3$; p = 0,0340		$\chi^2 = 19,5$; p = 0,5281		$\chi^2 = 9,2$; p = 0,7537		$\chi^2 = 23,2$; p = 0,4010		$\chi^2 = 13,0$; p = 0,6663		$\chi^2 = 92,2$; p < 0,0114		$\chi^2 = 8,9$; p = 0,7095	
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	70,8	D	20,1		24,0		23,6		18,1		18,7	D	8,5	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	70,7	D	24,3		18,2		30,8		13,3		21,4	D	6,0	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	79,6		20,3		20,6		32,2		18,2		25,5	D	5,7	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	84,4	AB	27,6		19,8		32,2		14,2		38,1	ABC	5,7	
Status aktivnosti		$\chi^2 = 128,8$; p = 0,0021		$\chi^2 = 129,8$; p = 0,0068		$\chi^2 = 18,1$; p = 0,7248		$\chi^2 = 38,7$; p = 0,3160		$\chi^2 = 85,0$; p = 0,0375		$\chi^2 = 90,0$; p = 0,0328		$\chi^2 = 92,0$; p = 0,0309	
(A)	Zaposlen, samozaposlen	81,3	C	27,4	C	19,4		34,0	C	18,9	B	29,3	C	3,5	CE
(B)	Dijak, študent	78,8 ^M		28,4 ^M	C	28,9 ^M		31,3 ^M		2,9	ACDE	38,0 ^M	C	8,0	
(C)	Upokojenec	66,5	ADE	11,9	ABD	19,9		24,0	A	14,5	B	17,6	AB	10,8	AD
(D)	Brezposeln	89,9 ^M	C	N		21,7 ^M		N		27,5 ^M	B	26,8 ^M		0,0	C
(E)	Drugo	85,3 ^M	C	21,6 ^M		23,7 ^M		23,9 ^M		19,7 ^M	B	18,2 ^M		11,6 ^M	A
Okuženost z novim koronavirusom		$\chi^2 = 2,0$; p = 6432		$\chi^2 = 8,4$; p = 0,3502		$\chi^2 = 12,0$; p = 0,2477		$\chi^2 = 25,4$; p = 0,1037		$\chi^2 = 2,4$; p = 0,6172		$\chi^2 = 13,9$; p = 0,2046		$\chi^2 = 7,0$; p = 0,3796	
(A)	Ne	87,4		25,2		23		32,1	B	15,4		29		5,9	
(B)	Da	80,6		20,5		17,7		23,4	A	17,5		22,7		8,3	
Cepljenost proti covidu-19		$\chi^2 = 1,5$; p = 0,9028		$\chi^2 = 36,0$; p = 0,0192		$\chi^2 = 6,3$; p = 0,6407		$\chi^2 = 210,8$; p < 0,0001		$\chi^2 = 12,6$; p = 0,5167		$\chi^2 = 7,2$; p = 0,6105		$\chi^2 = 4,2$; p = 0,7529	
(A)	Cepljeni	75,3 ^M		12,9 ^M	B	14,5		13,0	BC	N		17,5		9,9 ^M	
(B)	Se ne bodo cepili	76,6		29,2	AC	20,6		43,1	AC	18,4		27,0		5,9	
(C)	Cepivo še ni bilo na voljo	78,0		18,9	B	22,2		22,1	AB	14,9		25,9		6,5	

Verjetno ne bi imenoval vseh stikov, ker ...

		Jih lahko sam kontaktiram		Bi zaradi odrejanja karantene to za te ljudi predstavljalo preveliko izgubo dohodka.		Bi me ljudje obtoževali, če bi povedal njihovo ime.		Ne zaupam oblastem.		Bi moji prijatelji in družina od mene pričakovali, da ne povem njihovih imen.		Bi ljudem, katerih imena bi povedal, to povzročilo nevšečnosti.		Nočem, da drugi vedo, da je bil moj test pozitiven.	
Prva presečna raziskava		%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.
	Menim, da lahko cepivo pripomore k zavezitvi širjenja virusa SARS-CoV-2	$\chi^2 = 1,7$; $p = 0,9191$		$\chi^2 = 89,3$; $p = 0,0132$		$\chi^2 = 3,7$; $p = 0,8319$		$\chi^2 = 425,2$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 12,3$; $p = 0,5550$		$\chi^2 = 22,5$; $p = 0,2935$		$\chi^2 = 4,3$; $p = 0,8102$	
(A)	Ne strinjam se	77,3		28,4	C	20,1		53,2 ^M	BC	19,7		28,6		5,7	
(B)	Niti se ne strinjam niti strinjam	79,4 ^M		35,4 ^M	C	24,4 ^M		30,7 ^M	AC	13,3 ^M		18,1 ^M	C	5,5	
(C)	Se strinjam	79,2		18,2	AB	21,4		18,3	AB	15,8		28,2	B	7,4	

M: manj natančna ocena, N: nezanesljiva ocena

*Možnih je bilo več odgovorov.

Vse svoje stike bi epidemiološki službi zagotovo imenovalo 82,7 % sodelujočih, 17,3 % sodelujočih pa verjetno ne (preglednica 22). Ti so med razlogi, zakaj stikov ne bi imenovali, najpogosteje izbrali, da jih lahko obvestijo sami (76,8 %), sledili pa so ti razlogi: ne zaupam oblastem (29,9 %), imenovanim stikom bi to povzročilo nevšečnosti (25,6 %), imenovanim stikom bi zaradi odrejene karantene to predstavljalo preveliko izgubo dohodka (22,4 %), menim, da bi me ljudje obtoževali, če bi povedal njihovo ime (20,8 %), ter moji prijatelji in družina bi od mene pričakovali, da ne povem njihovih imen (16,4 %). Najmanj pogosto so izbrali razlog, da nočejo, da drugi vedo, da je bil njihov test pozitiven (6,4 %) (preglednica 23).

Pripravljenost imenovati svoje stike in razlogi, zakaj jih verjetno ne bi imenovali, se med spoloma niso statistično razlikovali. Svoje stike bi najmanj pogosto imenovali osebe, stare 70 in več let (75,8 %), ter osebe, stare od 18 do 29 let (78,9 %), oboji statistično značilno manj kot osebe, stare od 40 do 49 let, ki bi stike imenovali najpogosteje (88,0 %). Navedene skupine oseb, starih med 30 in 59 let, bi bile stike pripravljene imenovati v podobnem deležu (razlike med njimi niso bile statistično značilne). Med tistimi, ki stikov verjetno ne bi imenovali, so osebe, stare 70 in več let v primerjavi z vsako od skupin, starih 18–59 let značilno manj pogosto izbrale razlog, da stike lahko obvestijo same (64,7 %, razpon drugih kategorij 80,0–87,1 %). Osebe, stare 70 in več let, pa so v primerjavi z vsako od skupin, starih 40–59 let značilno pogosteje izbrale razlog, da nočejo, da drugi vedo, da je bil njihov test pozitiven (12,3 % in razpon drugih kategorij 1,2–2,3 %).

Z višanjem stopnje dosežene izobrazbe se je večal tudi delež tistih, ki bi bili pripravljene imenovati stike, razlika pa je bila statistično značilna le med osebami z višješolsko ali višjo izobrazbo in vsemi drugimi izobrazbenimi skupinami (največji delež pri osebah z višješolsko izobrazbo ali več: 86,9 %, najmanjši delež pri osebah z osnovnošolsko izobrazbo ali manj: 78,4 %). Med tistimi, ki stikov ne bi imenovali, so višje- ali visokošolsko izobraženi značilno pogosteje izbrali, da stike lahko obvestijo sami (84,4 % v primerjavi z osnovnošolsko in poklicno izobraženimi: razpon 70,7–70,8 %) in da bi imenovanje stikom povzročilo nevšečnosti (38,1 % v primerjavi z vsako od drugih kategorij: razpon 18,7–25,5 %). Zaposleni ali samozaposleni bi stike imenovali značilno pogosteje kot vse druge skupine statusa aktivnosti in brezposelnimi (85,4 %, razpon drugih skupin 75,7–80,8 %). Med tistimi, ki stikov ne bi imenovali, so zaposleni, dijaki in študentje v primerjavi z upokojenci statistično značilno pogosteje navedli, da bi ljudem, katerih imena bi povedali, to povzročilo nevšečnosti oziroma izgubo dohodka. Dijaki in študenti pa so v primerjavi z vsemi drugimi skupinami statistično značilno manj pogosto navedli, da bi njihovi prijatelji in družina pričakovali, da ne povedo njihovih imen.

Tisti, ki so poročali, da so trenutno ali so že bili okuženi z virusom SARS-CoV-2, bi v primerjavi s tistimi, ki so poročali, da še niso bili okuženi, značilno manj pogosto imenovali svoje stike (77,0 % in 85,8 %). Med tistimi, ki stikov ne bi imenovali, so prebolewniki v primerjavi z osebami, ki še niso bile okužene, statistično značilno manj pogosto izbrali, da ne zaupajo oblastem (23,4 % in 32,1 %).

Osebe, ki so poročale, da se ne nameravajo cepiti ali da niso bile cepljene zaradi zdravstvenih razlogov (se ne bodo cepile), bi v značilno manjšem deležu imenovali svoje stike (75,7 %) v primerjavi z že cepljenimi (83,8 %) ali osebami, za katere cepivo še ni bilo na voljo (85,9 %). Med tistimi, ki stikov ne bi imenovali, so osebe, ki se ne bodo cepile, v značilno večjem deležu v primerjavi z vsako od drugih kategorij navedle, da ne zaupajo oblastem (43,1 % in razpon drugih kategorij 13,0–22,1 %) in da bi zaradi odrejene karantene imenovanje predstavljalo preveliko izgubo dohodka stikom (29,2 % in razpon drugih kategorij 12,9–18,9 %). Osebe, ki so menile, da cepivo lahko pripomore k zavezitvi širjenja virusa, bi v statistično značilno večjem deležu verjetno imenovali svoje stike (86,5 % in 74,6 %). Med tistimi, ki stikov ne bi imenovali, so osebe, ki so menile, da cepivo lahko pripomore k zavezitvi širjenja virusa, v značilno manjšem deležu navedle, da ne zaupajo oblastem (18,3 % in 53,2 %) in da bi zaradi odrejene karantene imenovanje stikom predstavljalo preveliko izgubo dohodka (18,2 % in 28,4 %).

RAZPRAVA

Rezultati presečne raziskave na reprezentativnem vzorcu odraslih prebivalcev Slovenije ob koncu prvega leta epidemije covid-19 v državi so pokazali, da ti v zelo visokih deležih upoštevajo priporočene ukrepe za preprečevanje prenosa virusa in so pripravljeni sodelovati v epidemiološki preiskavi. Prebivalci so v več kot 90 % v javnosti nosili masko, vzdrževali medsebojno razdaljo in se izogibali zbiranju ter upoštevali ukrepa, ki zmanjšujeta tveganje za prenos na druge oziroma ranljive: pravilno higieno kašlja in izogibanje starejšim, če so imeli znake okužbe. Razlike v upoštevanju teh dveh ukrepov in uporabi maske so bile med kategorijami vseh izbranih pojasnjevalnih spremenljivk najmanjše. Prebivalci so v nekoliko manjšem (med 80- in 90-odstotnem) deležu upoštevali ukrepe higiene rok, izogibanja zasebnemu druženju in zračenja, v najmanjšem deležu pa so delali ali se šolali od doma (vendar je bilo teh še vedno več kot tri četrtine) ter razkuževali površine (teh je bilo še vedno več kot dve tretjini). Zbiranje podatkov za presečno raziskavo je potekalo v obdobju 5. –9. izvedbe spletne raziskave SI-PANDA, ki je vsebovala enaka vprašanja o upoštevanju NFU (Hočevar Grom idr., 2021). Vrstni red ukrepov po pogostosti upoštevanja je bil v teh izvedbah zelo podoben kot v presečni raziskavi. Pogostost upoštevanja vseh ukrepov je bila največja v 5. in 6. izvedbi, v 7. in 8. izvedbi je upadla, v 9. izvedbi pa ponovno rahlo narastla, vendar je bila v vseh izvedbah manjša kot v presečni raziskavi (razlika med panelno in presečno raziskavo je bila največja v ostajanju doma). Razlog za razlike med raziskavama je lahko v večji pristranosti izbire v panelnih raziskavah, v katere niso bile vključene osebe po 74. letu, manj verjetno so bile vključene tudi osebe, ki imajo manj možnosti ali veščin za uporabo računalnika. V času 8. in 9. izvedbe spletne raziskave SI-PANDA sta v Sloveniji na reprezentativnem vzorcu odraslih prebivalcev potekali tudi prvi dve izvedbi panelne raziskave CoMix (The CoMix Study, 2021). Med njima je povprečno dnevno število stikov z drugimi osebami upadlo s 5,13 na 4,29, kar se ujema s povečanjem izogibanja družabnim dogodkom med 8. in 9. izvedbo spletne raziskave SI-PANDA in nakazuje, da so se prebivalci začeli izogibati stikom, ko je število okuženih z virusom SARS-CoV-2 spet začelo naraščati, že pred uvedbo obveznega omejevanja stikov v začetku aprila 2021. Nošenje maske je bilo kot ukrep upoštevano najpogosteje oziroma pogosteje kot izogibanje stikom in higiena rok, ugotovljen tudi v nekaterih drugih raziskavah (Petherick idr., 2021; Wright idr., 2022). Na podlagi podatkov o samoporočanem vedenju iz reprezentativnih vzorcev 14 držav in podatkov o gibanju mobilnih telefonov ter uvedbi različno strogih ukrepov v 124 državah v obdobju od prvega uvedenega omejitvenega ukrepa znotraj države do decembra 2020 so ugotovili, da je uporaba maske od uvedbe ukrepov s časom linearno naraščala, medtem ko je izogibanje stikom (ostajanje doma, izogibanje druženju) sprva hitro upadlo, nato se je upadanje upočasnilo in zatem ponovno malo narastlo, vendar se ni povrnilo na izhodiščno raven (Petherick idr., 2021).

Razlike med uporabo maske in izogibanjem stikom so interpretirali tudi v luči pandemske utrujenosti oziroma motiviranosti: poleg tega, da je bilo nošenje maske pogosto obvezen in poceni ukrep, je zahteval tudi manj žrtvovanja in smo se ga hitreje privadili kot izogibanju stikom. Dejavnika, ki sta vzpodbudila uporabo mask, sta bila tudi socialna norma in okolje, ki je omogočalo enostavno izvedbo (Petherick idr., 2021; Wright idr., 2022).

Kljub temu je angleška presečna raziskava za obdobje ob koncu leta 2020 na vzorcu 20.000 oseb pokazala, da se posamezniki pogosteje odločajo za upoštevanje večine NFU skupaj in redkeje za selektivno upoštevanje le nekaterih (Wright idr., 2022). Upad izogibanja stikom se med državami z različno stopnjo zaupanja v ustanove ni pomembno razlikoval, medtem ko je bil ta upad manjši v državah z večjo stopnjo medsebojnega zaupanja (tudi potem, ko so v modelu poleg zgoraj naštetih potencialnih motečih dejavnikov upoštevali stopnjo zaupanja v ustanove, dohodek in Ginijev koeficient), kar nakazuje, da je posameznik bolj motiviran za upoštevanje (napornejših) ukrepov, če zaupa, da so za to motivirani tudi drugi (Petherick idr., 2021).

Preventivne ukrepe so manj upoštevali moški, mlajši od 50 let, osebe brez kronične bolezni in osebe, ki ne živijo z osebo iz tvegane skupine za hud potek bolezni covid-19, trenutno ali predhodno okužene osebe ter osebe, ki so poročale, da se ne bodo cepile ali da ne zaupajo, da cepivo lahko pripomore k zaježitvi širjenja okužbe. Osebe z višje- ali visokošolsko izobrazbo so manj pogosto zračile kot manj izobraženi, zaposleni so manj pogosto zračili in upoštevali higieno rok kot brezposelni. Naše ugotovitve o spolu, starostni skupini, diagnozi kronične bolezni in skeptičnosti do cepljenja kot pojasnjevalnih spremenljivkah upoštevanja NFU so podobne ugotovitvam nekaterih drugih raziskav (Kyprianidou idr., 2022; Petherick idr., 2021; Siebenhaar idr., 2020; Urbán idr., 2021; Wright idr., 2022), prav tako so na podlagi podatkov več držav ugotovili, da med cepljenimi in še necepljenimi do junija 2021 pomembnih razlik v upoštevanju NFU ni bilo (Goldszmidt idr., 2021). V nasprotju z izsledki Pfortner in sodelavcev (2022) v naši raziskavi nismo potrdili večjega upoštevanja NFU oseb z višjo stopnjo izobrazbe.

Ob pozitivnem izvidu bi svoje stike epidemiološki službi imenovala večina (82,7 %) oseb, 17,3 % oseb pa tega ne bi storilo. Ta delež je bil nekoliko nižji (5,5 %) oz. nekoliko višji (27,6 %) v podobnih italijanski (Bikbov idr., 2022) oz. japonski raziskavi (Machida idr., 2022) ravnanja odraslih prebivalcev v začetku leta 2021. Najpogostejši razlogi za odrekanje sodelovanja v epidemiološki raziskavi so bili, da stike lahko obvestijo sami (76,8 %), nezaupanje oblastem in morebitne nevšečnosti za imenovane stike. Omenjeni razlogi so bili najpogostejši tudi v italijanski raziskavi, v kateri pa je bil delež oseb, ki so navedle, da stike lahko obvestijo same, precej manjši (40,1 %). V japonski raziskavi je bil najpogosteje navedeni razlog morebitne nevšečnosti imenovanih stikov (47,6 %), delež oseb, ki bi stike raje obvestile same, pa je bil precej manjši (17,3 %). Stike bi v manjšem deležu imenovali najmlajši (podobno kot v italijanski in japonski raziskavi) in najstarejši (v nasprotju z italijansko in japonsko raziskavo), osebe z nižjo stopnjo dosežene izobrazbe (kot v japonski raziskavi; v italijanski raziskavi vpliva izobrazbe ni bilo), brezposelni (v nasprotju z japonsko raziskavo; v italijanski raziskavi vpliva statusa aktivnosti ni bilo), trenutno ali predhodno okužene osebe (v nasprotju z italijansko raziskavo) ter osebe, ki so poročale, da se ne bodo cepile ali da ne zaupajo, da cepivo lahko pripomore k zaježitvi širjenja okužbe (podobno kot v italijanski raziskavi).

Prebivalstvo se je z upoštevanjem priporočenih NFU kljub dolgo trajajoči zdravstveni krizi ustrezno odzvalo na takratno kompleksno epidemiološko situacijo v Sloveniji in Evropi. Velik delež upoštevanja preventivnih ukrepov v javnosti je verjetno tudi odraz takratne zavezanosti k spoštovanju nekaterih ukrepov, urejenih s predpisi. To se nakazuje tudi v pogostejšem poročanju o izogibanju javnemu druženju v primerjavi z zasebnim. Podobno je bilo ostajanje doma v nekoliko večjem deležu pri mlajših osebah in osebah z doseženo osnovnošolsko izobrazbo odraz deloma zaprtih srednjih šol in fakultet. Velik delež upoštevanja (neobveznih) ukrepov, ki zmanjšujejo prenos virusa na druge oziroma ranljive skupine ne glede na pojasnjevalne spremenljivke, nakazuje na široko družbeno odgovornost do soljudi. To nakazuje tudi izsledek v poglavju o cepljenju v tej monografiji, da je cepljenje za več kot 70 % udeleženih zelo pomembno tudi za zaščito drugih.

Manjši delež prebivalcev je poročal o razkuževanju površin, kar je v skladu s priporočili o razkuževanju površin predvsem v okolju, kjer negujemo okuženo osebo. Nekoliko manj pogosto so prebivalci poročali o zračenju (kar bi bilo lahko povezano z nižjimi temperaturami ozračja v opazovanem obdobju), posebej zaposleni in bolj izobraženi, pri čemer slednji niso poročali o pogostejšem delu od doma. Ena od razlag je lahko, da bi bolj izobraženi lahko manj pogosto delali v prostorih z veliko ljudmi (npr. proizvodni prostori) in tudi zato manj zračili. Ugotovili so, da se ženske v splošnem vedejo manj tvegano (Byrnes idr., 1999), kar bi lahko deloma pojasnilo razliko, ki smo jo opazili med spoloma. Razlike v upoštevanju NFU glede na starost in prisotnost kronične bolezni pri sebi ali osebi v istem gospodinjstvu, morda tudi pri prebolevnikih (ne pa tudi pri moških), potrjujejo, da je preventivno vedenje povezano z zaznavanjem tveganja za hud potek bolezni (Brewer idr., 2007) in odgovornostjo do sočloveka. Med starejšimi so NFU pogosteje upoštevali stari 60–69 let, za katere z izjemo nekaterih oseb s kroničnimi obolenji kljub večji ogroženosti cepivo takrat v Sloveniji še ni bilo dostopno. Priporočene ukrepe so manj upoštevale skupine, skeptične do cepljenja (za katere bi želeli, da jih upoštevajo v večjem deležu), kar bi lahko bilo povezano z manjšim zaupanjem v ustanove (državne organe, zdravstvene delavce, mednarodne zdravstvene organizacije ...) in večjo pandemsko utrujenostjo (Kyprianidou idr., 2022). Cepljene osebe bi lahko v primerjavi z osebami, za katere cepivo še ni bilo na voljo, zaradi možnega zaznavanja manjšega tveganja manj upoštevale NFU, vendar za večino ukrepov tega nismo opazili (izjema je bilo manj pogosto nošenje maske med cepljenimi v primerjavi s še necepljenimi, ne pa tudi med starejšimi v primerjavi z mlajšimi). V obdobju zbiranja podatkov cepivo še ni bilo dostopno celotni javnosti, zato je pri interpretaciji rezultatov po cepilnem statusu potrebna previdnost. Mnoge osebe, ki so v času zbiranja podatkov že bile cepljene, še niso prejele drugega ali tretjega odmerka, poleg tega so svojo starost ali kronično bolezen verjetno dojemale kot dejavnik tveganja ne glede na cepljenje, morda tudi zaradi zavedanja, da je odziv na cepljenje pri teh skupinah lahko manjši.

Rezultati o pripravljenosti sodelovati v epidemiološki preiskavi nakazujejo, da je večina prebivalstva zaupala epidemiološki stroki. Manj sodelovanja mlajših bi lahko podobno kot pri upoštevanju NFU interpretirali z zaznavanjem manjšega tveganja, lahko tudi s pogostejšim zaznavanjem, da bi odrejena karantena tesnim stikom povzročila nevšečnosti, npr. zaradi omejitve gibanja ali izgube dohodka. Manj sodelovanja starejših ob pogostejšem navajanju, da podatka o svojem pozitivnem testu ne želijo deliti z drugimi, bi lahko bilo posledica strahu pred (dodatno) socialno izoliranostjo (MacLeod idr., 2021). Ugotovitev, da bi stike manj pogosto imenovali trenutno ali predhodno že okuženi ob manj pogostem navajanju, da oblastem ne zaupajo, morda nakazujejo na izkušnjo, da so bili pri obveščanju stikov sami učinkovitejši, saj ob velikem dnevnem številu prijavljenih oseb s potrjeno okužbo z virusom SARS-CoV-2 omejene kapacitete epidemiološke službe niso dopuščale njihove takojšnje in celovite obravnave. Nezaupanje oblastem kot pomemben dejavnik vedenja, povezanega z upoštevanjem ukrepov proti covidu-19, so osebe, skeptične do cepljenja, navedle kot razlog, zakaj ne bi imenovalle svojih stikov. Pogosteje izbran razlog, da bi stikom karantena predstavljala preveliko izgubo dohodka, med osebami, skeptičnimi do cepljenja, nakazuje, da bi med temi osebami (ali njihovimi stiki) lahko bil večji delež oseb, za katere nadomestilo dohodka zaradi karantene takrat še ni bilo urejeno (npr. samozaposleni).

Priporočamo, da v bodočem odzivanju na širjenje virusa SARS-CoV-2 oziroma njegove različice ali drugih povzročiteljev, katerih značilnosti prenosa bi bile podobne virusu SARS-CoV-2, poleg cepljenja zmanjšujemo tveganja s tistimi NFU, ki jih prebivalstvo upošteva v največji meri in ki družbo čim manj omejuje (npr. nošenje maske). Ukrepe, ki bi bili tudi zaradi pandemske izčrpanosti po več kot dveh letih pandemije covid-19 manj upoštevani, morda nadomestimo z dodatnimi varovalkami (npr. dostopnim hitrim testiranjem pred družabnim dogodkom). Na delovnih mestih, posebno v primeru zelo nalezljive različice, ki ogroža delovanje družbe, je smiselno omogočiti pogoje za delo od doma, preveriti in izboljšati ukrepe za preprečevanje širjenja okužbe (sistemi zračenja, dostopnost umivalnikov in razkužil) ter omenjene ukrepe promovirati. Krizno komuniciranje NFU naj bo dodatno usmerjeno k mladim, moškim (ki so poleg bolj tveganega vedenja tudi bolj ogroženi za resen potek bolezni covid-19) in osebami, ki manj zaupajo v cepljenje.

Pri tem je treba krepiti zaupanje v ustanove in medsebojno zaupanje (npr. dostopni in zanesljivi viri informacij, ozaveščanje o pomenu sodelovanja ...). V trenutni epidemiološki situaciji, ko je bila cepljena ali okužena že večina prebivalstva in je na voljo tudi dovolj cepiva za pozitivno cepljenje (če bi bilo to potrebno zaradi upadanja zaščite s časom), ter ob pogoju, da se prenosljivost in resnost poteka bolezni, ki se prenaša z virusom SARS-CoV-2, ne bosta bistveno spremenili, je omejevanje stikov smiselno za skupine, ogrožene za hud potek bolezni. Smiselno bi bilo razmisliti o zbiranju podatkov o vedenju ljudi, ki bi jih lahko uporabili kot vhodne podatke za napovedi poteka epidemije. Smiselna je promocija uporabe aplikacije za sledenje stikom, ki deluje, tudi kjer in ko epidemiološka služba ne zmore; posebej med mladimi, za katere predvidevamo, da so v veliki meri digitalno pismeni in imajo več zadržkov do klasičnega iskanja stikov s pomočjo epidemiološke službe. Starejšim je treba zagotavljati delujočo socialno mrežo tudi v času večjega tveganja ter vsem odraslim finančno nadomestilo za čas morebitne karantene in izolacije.

Med omejitvami naše raziskave sta njena presečna zasnova in univariatna analiza, saj nam ne omogoča spremljanja upoštevanja ukrepov v času (spletna raziskava je bila izvedena na manj reprezentativnem vzorcu) in ocene vpliva posameznih pojasnjevalnih spremenljivk neodvisno od drugih, vključno z obveznostjo ukrepov, epidemiološko situacijo, temperaturo ... Posledično je otežena primerjava z rezultati zgoraj navedenih raziskav. Samoporočanje lahko poveča možnost, da so naši rezultati bolj v skladu z zaželenim oziroma obveznim kot dejanskim vedenjem prebivalstva. Naše ocene so manj natančne pri ukrepih, o katerih je odgovarjalo manj oseb, npr. pri izogibanju stikov. Spraševali smo se tudi, kolikšen bi bil v opazovanem obdobju minimalni zaželeni delež upoštevanja posameznih ukrepov. Ta bi bil odvisen od učinkovitega reproduktivnega števila, ki se je glede na spreminjanje epidemiološke situacije, variante virusa in ravni zaščite (precepljenosti in prebolevnosti), vsak dan spreminjalo (Inštitut Jožef Stefan, 2021), nanj pa je gotovo vplivalo tudi spreminjanje vedenja oziroma upoštevanja ukrepov. Poleg tega je pri določanju ciljne ravni upoštevanja NFU treba upoštevati kapacitete bolnišnic, saj je bil primarni namen ukrepov zmanjšati število težkih potekov bolezni oziroma omejiti prenos, ne pa ga ustaviti.

ZAKLJUČEK

Zaključimo lahko, da so za presojo o uvedbi, podaljševanju in promociji nefarmakoloških ukrepov proti covidu-19 (in drugim nalezljivim boleznim) v obdobju omejenega dostopa do cepiva izsledki raziskav vedenja na reprezentativnem vzorcu prebivalstva zelo pomembni (poleg podatkov o epidemiološki situaciji, ravni imunosti (precepljenosti in zaščite, pridobljene z okužbo) populacije, značilnosti virusa in splošni učinkovitosti posameznih ukrepov), saj nakazujejo sprejemljivost in izvedljivost teh ukrepov. Da bi uspešno obvladovali epidemije z nefarmakološkimi ukrepi, si je treba stalno prizadevati za krepitev in ohranjanje zaupanja tako v institucije kot med seboj.

VIRI IN LITERATURA

Bikbov, B., Tettamanti, M., Bikbov, A., D'Avanzo, B., Galbusera, A. A., Nobili, A., Calamandrei, G., Candini, V., Starace, F., Zarbo, C. in de Girolamo, G. (2022). Willingness to share contacts in case of COVID-19 positivity-predictors of collaboration resistance in a nation-wide Italian survey. *PLoS one*, 17(9), e0274902. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274902>

Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D. in Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136–145. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.2.136>

Byrnes, J., Miller, D. in Schafer, W. (1999). Gender Differences in Risk Taking: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 367–383. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.3.367>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>

European Centre for Disease Prevention and Control (b.d.). *Latest evidence on COVID-19*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020, september 24). *Guidelines for the implementation of non-pharmaceutical interventions against COVID-19*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidelines-non-pharmaceutical-interventions>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2021). *SARS-CoV-2—Increased circulation of variants of concern and vaccine rollout in the EU/EEA - 14th update*. Rapid risk assessment. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-variants-vaccine-fourteenth-update-february-2021>

Goldszmidt, R., Petherick, A., Andrade, E. B., Hale, T., Furst, R., Phillips, T. in Jones, S. (2021). Protective Behaviors Against COVID-19 by Individual Vaccination Status in 12 Countries During the Pandemic. *JAMA Network Open*, 4(10), e2131137. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.31137>

Hočvar Grom, A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, M., Lavtar, D., Korošec, A. in Frič, A. (2021). *Izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 9. val*. Ljubljana: NIJZ. https://nijz.si/wp-content/uploads/2021/05/panda_porocilo_po_9_valu_koncno.pdf

Inštitut Jožef Stefan. (2021). *COVID-19. Arhiv napovedi*. https://r4.ijs.si/Covid19Arhiv2#elf_l1_Lw

Kyprianidou, M., Konstantinou, P., Alvarez-Galvez, J., Ceccarelli, L., Gruszczynska, E., Mierzejewska-Floreani, D., Loumba, N., Montagni, I., Tivoschi, L., Karekla, M. in Kassianos, A. P. (2022). Profiling Hesitancy to COVID-19 Vaccinations in Six European Countries: Behavioral, Attitudinal and Demographic Determinants. *Behavioral Medicine*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/08964289.2022.2071198>

Machida, M., Kikuchi, H., Kojima, T., Nakamura, I., Saito, R., Nakaya, T., Hanibuchi, T., Takamiya, T., Odagiri, Y., Fukushima, N., Amagasa, S., Watanabe, H. in Inoue, S. (2022). Unwillingness to cooperate with COVID-19 contact tracing in Japan. *Public health*, 210, 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.06.018>

MacLeod, S., Tkatch, R., Kraemer, S., Fellows, A., McGinn, M., Schaeffer, J. in Yeh, C. S. (2021). COVID-19 Era Social Isolation among Older Adults. *Geriatrics*, 6(2), 52. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6020052>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021). *Obravnava okuženih oseb s SARS-CoV-2 in njihovih kontaktov v Sloveniji v obdobju od 4. marca 2020 do 13. junija 2021*. https://nijz.si/wp-content/uploads/2022/11/obrnava_potrjenih_primerov_s_sars-cov-2_in_njihovih_kontaktov_slo_4.3.2020-13.6.2021.pdf

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2022). *Dnevno spremljanje okužb s SARS-CoV-2 (COVID-19)*. <https://www.nijz.si/sl/dnevno-spremljanje-okuzb-s-sars-cov-2-covid-19>

Petherick, A., Goldszmidt, R., Andrade, E. B., Furst, R., Hale, T., Pott, A. in Wood, A. (2021). A worldwide assessment of changes in adherence to COVID-19 protective behaviours and hypothesized pandemic fatigue. *Nature Human Behaviour*, 5(9), 1145–1160. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01181-x>

Pförtner, T.-K., Dohle, S. in Hower, K. I. (2022). Trends in educational disparities in preventive behaviours, risk perception, perceived effectiveness and trust in the first year of the COVID-19 pandemic in Germany. *BMC Public Health*, 22(1), 903. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13341-3>

Siebenhaar, K. U., Köther, A. K. in Alpers, G. W. (2020). Dealing With the COVID-19 Infodemic: Distress by Information, Information Avoidance, and Compliance With Preventive Measures. *Frontiers in Psychology*, 11.
<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.567905>

The CoMix study. (2021). UHasselt. Pridobljeno 8. junij 2022, s
<https://www.uhasselt.be/en/aparte-sites-partner-en/epipose/the-comix-study>

Urbán, R., Paksi, B., Miklósi, Á., Saunders, J. B. in Demetrovics, Z. (2021). Non-adherence to preventive behaviours during the COVID-19 epidemic: Findings from a community study. *BMC Public Health*, 21(1), 1462.
<https://doi.org/10.1186/s12889-021-11506-0>

Wright, L., Steptoe, A. in Fancourt, D. (2022). Patterns of compliance with COVID-19 preventive behaviours: A latent class analysis of 20 000 UK adults. *Journal of epidemiology and community health*, 76(3), 247–253.
<https://doi.org/10.1136/jech-2021-216876>

8. CEPLJENJE PROTI COVIDU-19



Cepljenje proti covidu-19

AVTORJA: *Veronika Učakar, Aleš Korošec*

KLJUČNE BESEDE: SARS-CoV-2, covid-19, cepljenje

UVOD: V Sloveniji se je cepljenje proti covidu-19 začelo ob koncu leta 2020, najprej v domovih starejših občanov ter med zdravstvenimi delavci in sodelavci, nato pa postopno med starejšimi. Od sredine maja je bilo cepljenje na voljo za vse prebivalce.

METODE: Naš namen je bil ugotoviti, za koliko je narasel delež cepljenih proti covidu-19 v prvih mesecih izvajanja cepljenja, in proučiti zaupanje v cepljenje proti covidu-19 ter vplive na odločitev o cepljenju ob njegovem začetku.

REZULTATI: V prvi presečni raziskavi je 4,7 % oseb poročalo, da so bili že cepljeni z enim ali dvema odmerkoma cepiva, v drugi pa je ta delež narasel na 44,2 %. Delež oseb, ki so poročale, da se ne nameravajo cepiti, je bil podoben v obeh presečnih raziskavah (22,8 % in 23,8 %). Največ oseb je poročalo, da bo njihova odločitev glede cepljenja odvisna od tega, ali bo na voljo dovolj podatkov, da je cepivo učinkovito (70,5 %) in varno (70,1 %). Več kot polovica oseb (52,5 %) je poročalo, da bo njihova odločitev o cepljenju odvisna od priporočila osebnega zdravnika. Kar dve tretjini (66,7 %) jih je poročalo, da se strinjajo s trditvijo, da je cepljenje proti covidu-19 pomembno za lastno zaščito, še več (70,6 %) pa jih je poročalo, da je cepljenje zelo pomembno za zaščito drugih.

ZAKLJUČEK: Dovolj visoko precepljenost bomo dosegli le, če razumemo pomisleke in pričakovanja posameznikov in skupnosti glede cepljenja v povezavi z njihovim dojemanjem in zaskrbljenostjo zaradi bolezni covid-19, ter se znamo ustrezno odzvati nanje.

KLJUČNI POUČENKI:

- V Sloveniji se je cepljenje proti covidu-19 začelo decembra 2020.
- Ob koncu maja in v začetku junija 2021 je delež odraslih oseb, ki so bile že cepljene z enim ali dvema odmerkoma cepiva, znašal več kot 44 %.
- V obeh presečnih raziskavah je malo več kot petina oseb poročalo, da se ne nameravajo cepiti proti covidu-19.
- Za dve tretjini oseb je cepljenje pomembno za lastno zaščito, za več kot 70 % pa je zelo pomembno tudi za zaščito drugih.

UVOD

V Sloveniji smo prvi primer okužbe s SARS-CoV-2 potrdili v začetku marca 2020 (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2022). Zaradi porasta števila novih primerov okužb so bili kasneje uvedeni številni nefarmakološki ukrepi za zamejitev širjenja. Samo s temi ukrepi ni bilo možno dovolj učinkovito preprečevati novih okužb z virusom SARS-CoV-2 in njihovih posledic, zato so bili vloženi veliki napor mednarodne znanstvene skupnosti, farmacevtskih podjetij in odločevalcev v razvoj učinkovitih in varnih cepiv proti covidu-19. Od decembra 2020 naprej je Evropska agencija za zdravila podelila izredna dovoljenja za uporabo petim cepivom proti covidu-19 (European Medicines Agency, 2022). V Sloveniji je bila oblikovana Nacionalna strategija za cepljenje proti covidu-19, ki je najprej predvidela cepljenje skupin prebivalstva, ki imajo največje tveganje za težji potek in smrt zaradi covid-19, ter nato v čim krajšem času čim boljšo precepljenost prebivalstva, vsaj 60-odstotno (Vlada Republike Slovenije, 2021).

Cepljenje proti covidu-19 se je v Sloveniji začelo 27. 12. 2020, najprej med oskrbovanci in zaposlenimi v domovih starejših občanov ter med izpostavljenimi zdravstvenimi delavci in sodelavci, nato pa med osebami, starimi 80 in več let. V drugem tednu februarja 2021 se je začelo izvajati cepljenje posebej ranljivih kroničnih bolnikov, starih 18–65 let, in cepljenje nepokretnih oseb ne glede na starost, v zadnjem tednu istega meseca pa cepljenje starejših (75 in več let). V marcu 2021 se je v skladu s posodobljeno strategijo cepljenja proti covidu-19 začelo tudi cepljenje zaposlenih v vzgoji in izobraževanju. Ob koncu marca 2021 se je začelo s cepljenjem oseb, starih 70 in več let, v aprilu 2021 pa še cepljenje oseb, starih 60 in več let, ter kroničnih bolnikov. Zadnji teden v aprilu 2021 se je pričelo cepljenje oseb, starih 50 in več let. Od drugega tedna meseca maja 2021 je bilo cepljenje proti covidu-19 na voljo za vse prebivalce (Učakar, 2021).

Za uspešno kampanjo cepljenja z doseženo visoko precepljenostjo ni dovolj le zagotavljanje oskrbe z varnimi in učinkovitimi cepivi ter enostaven dostop do cepljenja. Ta bo uspešna le, če bodo vsi vključeni v načrtovanje, promocijo in izvajanje cepljenja razumeli prepričanja, pomisleke in pričakovanja posameznikov ter skupnosti glede cepljenja in bolezni ter se znali ustrezno odzvati nanje. Vse države Evropske unije spremljajo podatke o precepljenosti proti covidu-19, le nekatere pa so spremljale tudi odnos do cepljenja (European centre for disease prevention and control [ECDC], 2021). Med njimi je bila tudi Slovenija.

Evropski center za preprečevanje in obvladovanje bolezni (ECDC) in Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) za celovito in sistematično spremljanje odnosa do cepljenja predlagata uporabo modela 5C (ECDC, 2021; World Health Organisation regional office for Europe [WHO], 2020). Ta temelji na uveljavljenih teoretičnih modelih zaupanja v cepljenje ter jih dopolnjuje in povezuje s teorijami vedenjskih vzorcev, ki lahko pomagajo razložiti z zdravjem povezano vedenje. Model 5C temelji na petih predpostavkah, ki lahko vplivajo na posameznikovo ravnanje glede cepljenja (zaupanje (confidence), omejitve (constraints), dojemanje posameznikove ogroženosti zaradi bolezni, ki jo preprečujemo s cepljenjem (complacency), iskanje informacij ter tehtanje med tveganjem in koristmi cepljenja (calculation) ter kolektivna odgovornost (collective responsibility)) (Betsch idr., 2018).

Regionalni urad SZO za Evropo je razvil anketno orodje za raziskave vedenjskih vzorcev glede covid-19, vključno s cepljenjem proti tej bolezni (WHO, 2020). To orodje, ki vsebuje nekatere komponente modela 5C, je bilo uporabljeno tudi v raziskavi v Sloveniji, katere rezultate predstavljamo v tem prispevku. V raziskavi je bilo nekaj več pozornosti namenjene preučitvi zaupanja v cepljenje proti covidu-19. V teoriji ima zaupanje v cepljenje več vidikov, vključuje pa tudi zaupanje v učinkovitost in varnost cepiv. Povezano je z zaupanjem v zdravstveni sistem, ki ponuja cepljenje, ter zaupanjem v strokovnost in kakovost zdravstvenih delavcev, ki ga izvajajo. Povezano je tudi z zaupanjem v oblikovalce politike, ki se štejejo za nosilce odločanja o cepivih in cepljenju na splošno (Betsch idr., 2018).

Namen tega prispevka je ugotoviti, za koliko je narastel delež cepljenih proti covidu-19 v prvih mesecih izvajanja cepljenja. Poleg tega smo želeli proučiti tudi zaupanje v cepljenje proti covidu-19 in vplive na odločitve o cepljenju ob začetku tega v Sloveniji.

METODE

V prvi in drugi presečni raziskavi so osebe, ki so sodelovale v raziskavi, poročale o tem, ali so že bile cepljene proti covidu-19 (cepilni status). Izbirale so med petimi možnimi odgovori: *da, prejel sem en odmerek; da, prejel sem dva odmerka; ne, ker se ne nameravam cepiti; ne, ker cepivo zame ni bilo na voljo in ne, zaradi zdravstvenih razlogov*. V prvi presečni raziskavi so udeleženci poročali tudi o svojem strinjanju z navedenimi trditvami, od katerih je bila ali bo odvisna njihova odločitev za cepljenje proti covidu-19. Izbirali so med odgovori na 7-stopenjski lestvici, ki je segala od 1 – *se sploh ne strinjam* do 7 – *popolnoma se strinjam*. Za namene te analize so bili odgovori združeni v tri skupine: 1, 2, 3 – *ne strinjam se*; 4 – *niti se ne strinjam niti strinjam*; 5, 6, 7 – *se strinjam*. Poleg tega so v prvi presečni raziskavi udeleženci poročali o svojih stališčih do učinkovitosti in varnosti cepiv ter pomembnosti cepljenja tako za lastno zaščito kot zaščito drugih. Tudi tu so anketiranci svoje strinjanje izražali z izbiro trditve na 7-stopenjski lestvici strinjanja, odgovori pa so bili prav tako združeni v tri skupine.

Izračunani so bili uteženi deleži po posameznih možnih odgovorih, skupno in glede na posamezne pojasnjevalne spremenljivke (spol, starost, dosežena raven izobrazbe, status aktivnosti, zakonski stan, kohezijska regija prebivališča, prisotnost vsaj enega kroničnega obolenja, prisotnost osebe iz skupine z zvečanim tveganjem za težji potek covid-19 v gospodinjstvu).

REZULTATI

Preglednica 24: Precepljenost proti covidu-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Ali ste bili že cepljeni proti covidu-19?											
		Da, prejel sem en odmerek		Da, prejel sem dva odmerka		Ne, ker se ne nameravam cepiti		Ne, ker cepivo zame še ni bilo na voljo		Ne, zaradi zdravstvenih razlogov	
		%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.
Prva presečna raziskava											
	Skupaj (n = 3.704)	2,5		2,2		22,8		68,2		4,3	
	Spol	$\chi^2 = 48,3; p < 0,0001$									
(A)	Moški	1,9	B	2,0		20,5	B	72,8	B	2,7	B
(B)	Ženski	3,0	A	2,3		25,1	A	63,7	A	5,9	A
	Starostne skupine	$\chi^2 = 487,2; p < 0,0001$									
(A)	Od 18 do 29 let	1,1	F	0,9	F	40,6	CDEF	54,4	CDEF	3,0	
(B)	Od 30 do 39 let	0,6	F	4,2	AE	32,9	DEF	56,3	DEF	6,0	
(C)	Od 40 do 49 let	1,4	F	2,3	E	28,5	ADEF	64,2	ADEF	3,6	
(D)	Od 50 do 59 let	1,7	F	2,5		17,0	ABCEF	75,5	ABCE	4,2	
(E)	Od 60 do 69 let	0,5	F	0,5	BCF	9,8	ABCD	85,8	ABCDF	3,3	
(F)	70 let in več	9,6	ABCDE	3,5	AE	9,2	ABCD	72,3	ABCE	5,4	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 47,8; p = 0,0006$									
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	4,3	CD	2,5		20,9		66,8		5,5	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	2,1		1,2	D	20,6		71,9	D	4,2	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	2,0	A	1,2	D	24,5		68,6		3,6	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	1,9	A	4,0	BC	23,4		66,2	B	4,4	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 253,7; p < 0,0001$									
(A)	Zaposlen, samozaposlen	1,4	CDE	2,8	BD	27,0	BCD	64,5	C	4,4	B
(B)	Dijak, študent	1,3	C	0,0	AC	36,9	AC	60,7	C	1,2	AC
(C)	Upokojenec	5,1	ABD	2,1	BD	8,9	ABDE	79,1	ABDE	4,7	B
(D)	Brezposeln	0,0	AC	0,0	AC	34,2	AC	60,5	C	5,3	
(E)	Drugo	3,6	A	1,6		26,1 ^M	C	64,7 ^M	C	4,1	
	Zakonski stan	$\chi^2 = 15,3; p = 0,0294$									
(A)	Samski, ovdoveli, ločeni	3,0		2,4		25,1	B	64,0	B	5,4	B
(B)	Poročeni, zunajzakonska zveza	2,2		2,1		21,9	A	70,0	A	3,8	A
	Živim z osebami, ki spadajo v tvegano skupino za obolenje z novim koronavirusom	$\chi^2 = 44,2; p < 0,0001$									
(A)	Da	3,6	B	1,6		17,1	B	74,2	B	3,5	
(B)	Ne	2,0	A	2,4		25,6	A	65,6	A	4,4	
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 7,7; p = 0,2103$									
(A)	Vzhodna Slovenija	2,7		2,5		24,1		66,4	B	4,3	
(B)	Zahodna Slovenija	2,3		1,8		21,4		70,2	A	4,3	
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 94,9; p < 0,0001$									
(A)	Brez bolezni	1,5	B	1,9		29,5	B	64,3	B	2,8	B
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	3,2	A	2,4		17,5	A	71,4	A	5,5	A

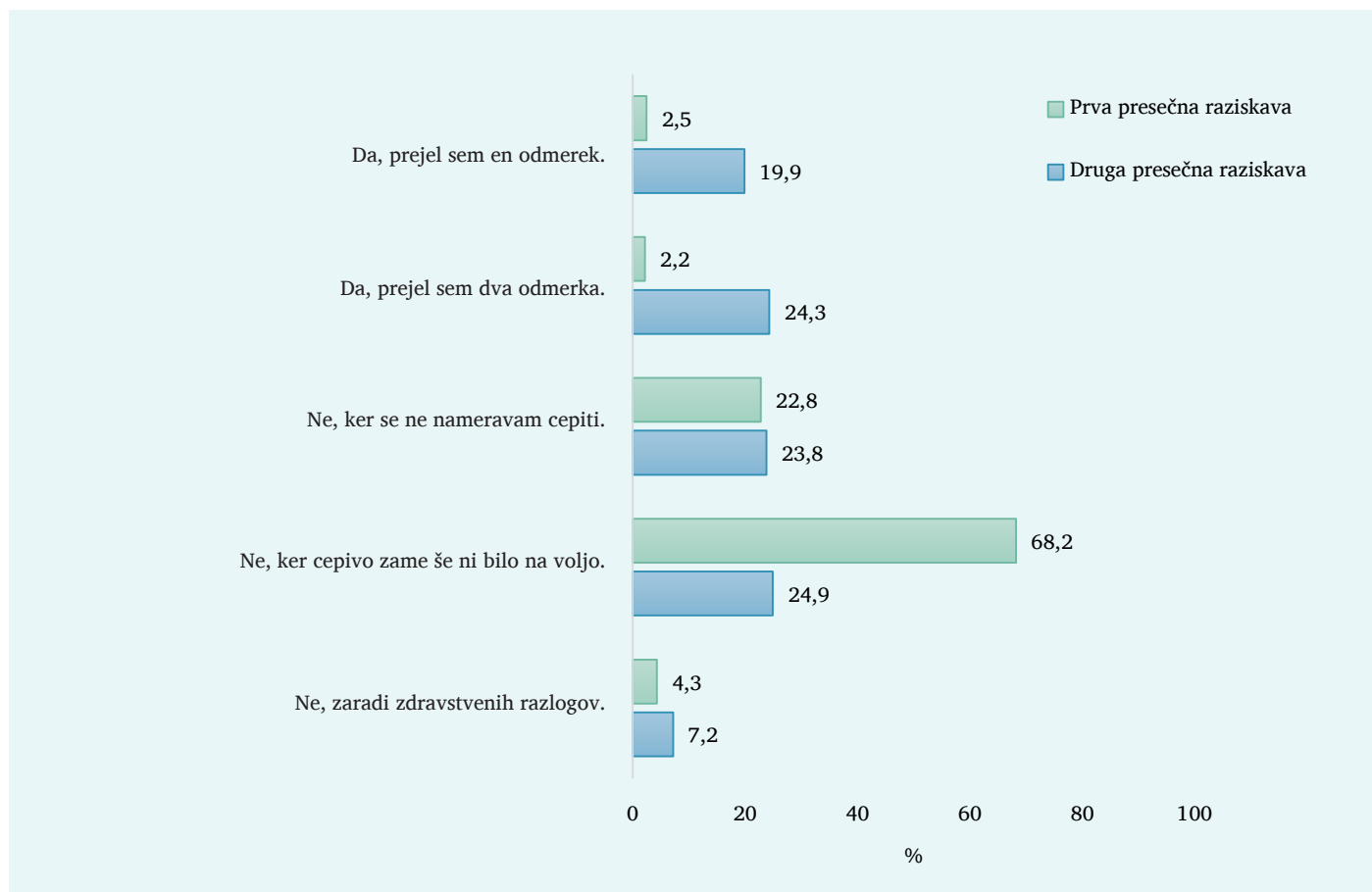
M: manj natančna ocena

Preglednica 25: Precepljenost proti covidu-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Ali ste bili že cepljeni proti covidu-19?											
		Da, prejel sem en odmerek		Da, prejel sem dva odmerka		Ne, ker se ne nameravam cepiti		Ne, ker cepivo zame še ni bilo na voljo		Ne, zaradi zdravstvenih razlogov	
Druga presečna raziskava		%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.
Skupaj (n = 2.965)		19,9		24,3		23,8		24,9		7,2	
Spol		$\chi^2 = 36,9; p < 0,0001$									
(A)	Moški	20,9		22,1	B	22,6		28,7	B	5,7	B
(B)	Ženski	18,9		26,4	A	24,9		21,0	A	8,7	A
Starostne skupine		$\chi^2 = 891,3; p < 0,0001$									
(A)	Od 18 do 29 let	12,8	CDE	6,2	DEF	34,6	DEF	39,7	DEF	6,8	
(B)	Od 30 do 39 let	15,8	DEF	7,8	DEF	36,9	DEF	33,2	DEF	6,2	
(C)	Od 40 do 49 let	21,0	ADEF	11,6	DEF	29,4	DEF	30,6	EF	7,4	
(D)	Od 50 do 59 let	30,9	ABCF	20,2	ABCEF	17,8	ABCF	24,2	ABEF	6,9	
(E)	Od 60 do 69 let	28,8	ABCF	37,0	ABCDF	12,4	ABC	15,7	ABCDF	6,1	
(F)	70 let in več	9,2	BCDE	63,1	ABCDE	11,6	ABCD	6,2	ABCDE	9,9	
Dosežena stopnja izobrazbe		$\chi^2 = 65,9; p < 0,0001$									
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	16,2	D	32,2	CD	24,1		18,0	CD	9,4	C
(B)	Srednja poklicna izobrazba	21,0		27,7	CD	22,6		21,9	C	6,6	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	19,8	AB	21,7		25,0		28,0	AB	5,5	AD
(D)	Višješolska izobrazba ali več	21,8	A	19,6	AB	22,5		27,6	A	8,5	C
Status aktivnosti		$\chi^2 = 694,5; p < 0,0001$									
(A)	Zaposlen, samozaposlen	22,4	BD	12,9	BCE	27,2	CD	30,4	BCE	7,1	D
(B)	Dijak, študent	13,5	A	5,1	ACE	29,5	CD	43,9	ACDE	7,9	
(C)	Upokojenec	18,4		52,0	ABDE	11,3	ABDE	10,4	ABDE	8,0	D
(D)	Brezposeln	13,7	A	9,8	C	48,4 ^M	ABC	25,7	BC	2,4	AC
(E)	Drugo	17,4		20,1 ^M	ABC	33,0 ^M	C	21,5	ABC	8,0	
Zakonski stan		$\chi^2 = 21,7; p = 0,0059$									
(A)	Samski, ovdoveli, ločeni	15,2	B	25,5		24,7		27,3		7,4	
(B)	Poročeni, zunajzakonska zveza	22,2	A	23,6		23,4		23,7		7,0	
Živim z osebami, ki spadajo v tvegano skupino za obolenje z novim koronavirusom		$\chi^2 = 55,2; p < 0,0001$									
(A)	Da	21,9		32,1	B	19,1	B	21,0	B	5,9	
(B)	Ne	19,3		20,7	A	25,7	A	26,7	A	7,6	
Kohezijska regija		$\chi^2 = 22,7; p = 0,0027$									
(A)	Vzhodna Slovenija	19,2		24,3		26,8	B	22,3	B	7,3	
(B)	Zahodna Slovenija	20,6		24,3		20,4	A	27,7	A	7,1	
Prisotnost kronične bolezni		$\chi^2 = 169,3; p < 0,0001$									
(A)	Brez bolezni	18,1	B	15,5	B	30,9	B	29,2	B	6,3	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	21,4	A	32,1	A	17,5	A	21,0	A	8,0	

M: manj natančna ocena

V prvi presečni raziskavi je 4,7 % oseb poročalo, da so bili že cepljeni z enim ali dvema odmerkoma cepiva (upoštevati moramo, da za večino cepivo še ni bilo na voljo). V drugi presečni raziskavi je delež znašal 44,2 %. V prvi presečni raziskavi je kar 68,2 % oseb poročalo, da še niso bili cepljeni proti covidu-19, ker cepivo zanje še ni bilo na voljo, v drugi presečni raziskavi pa se je delež takih oseb znižal na 24,9 %. Delež oseb, ki so poročale, da se ne nameravajo cepiti, je bil podoben v prvi in drugi presečni raziskavi (22,8 % in 23,8 %) (slika 16).



Slika 16: Cepilni status proti covidu-19; skupaj, prva in druga presečna raziskava

Preglednici 24 in 25 prikazujeta cepilni status proti covidu-19 sodelujočih v prvi in drugi presečni raziskavi po spolu. V prvi presečni raziskavi so bile statistično značilne razlike v podajanju odgovorov glede cepljenosti po spolu. Več žensk (5,3 %) je poročalo, da so že bile cepljene z enim ali dvema odmerkoma cepiva kot moških (3,9 %). Je pa v prvi presečni raziskavi tudi več žensk (25,1 %) poročalo o tem, da se ne nameravajo cepiti proti covidu-19, kot moških (20,5 %).

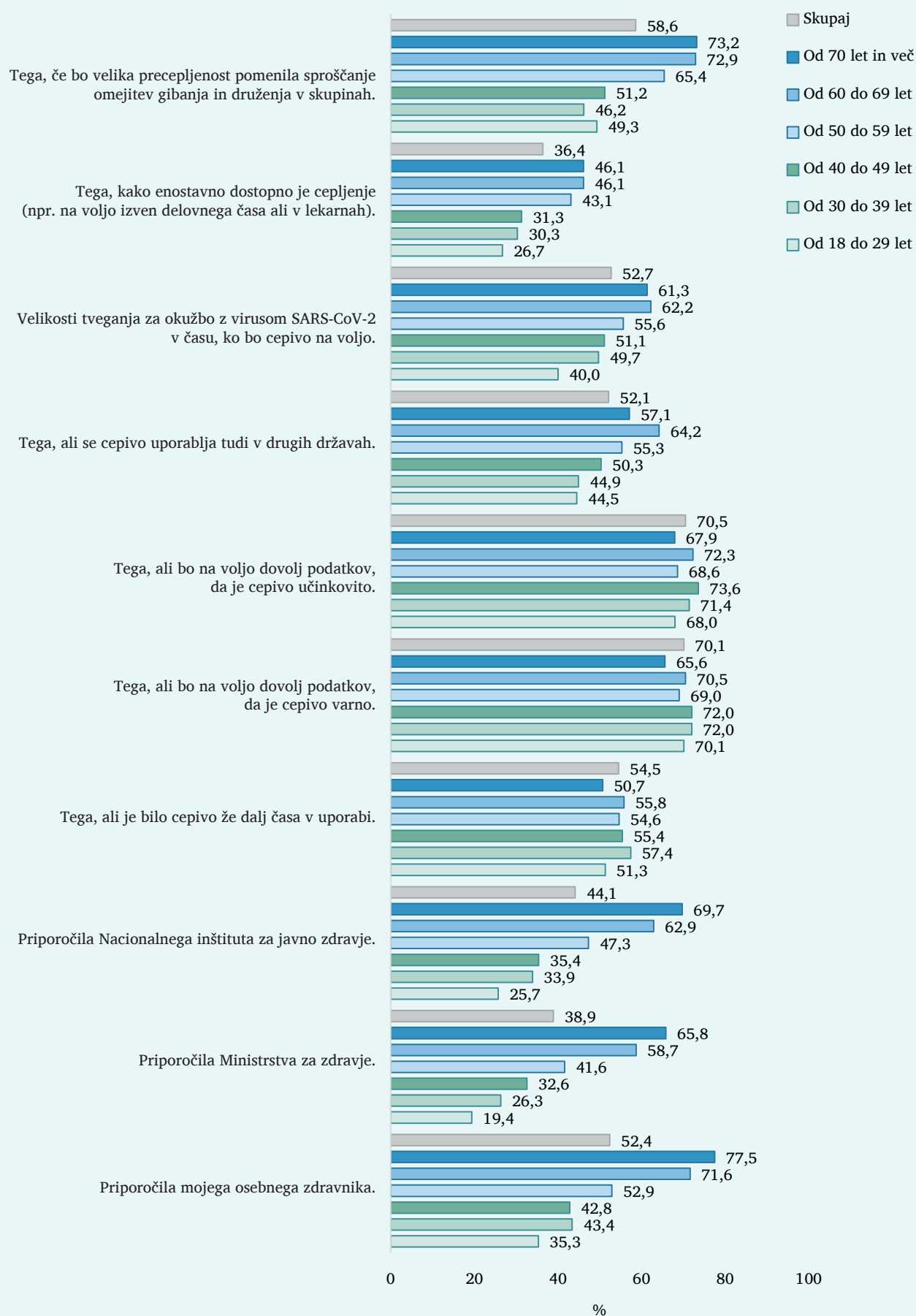
V drugi presečni raziskavi je 45,3 % žensk in 43,0 % moških poročalo, da so že bili cepljeni z enim ali dvema odmerkoma cepiva. Podobno kot v prvi presečni raziskavi je v drugi 24,9 % žensk in 22,6 % moških poročalo, da se ne nameravajo cepiti proti covidu-19. Vendar pa razlike v cepilnem statusu oziroma nameri za cepljenje moških in žensk v drugi presečni raziskavi niso bile več statistično značilne.

V prvi presečni raziskavi je pričakovano največ oseb poročalo o tem, da so bili že cepljeni z enim ali dvema odmerkoma cepiva, v starostni skupini 70 in več let. Delež oseb, ki so poročale, da se ne nameravajo cepiti, se je zniževal s starostjo in je znašal od 40,6 % med osebami starimi od 18 do 29 let do 9,2 % med osebami starimi 70 in več let (preglednica 24).

V drugi presečni raziskavi je delež oseb, ki so poročale, da so že bile cepljene z enim ali dvema odmerkoma cepiva, naraščal s starostjo in je znašal od 19,0 % med osebami, starimi od 18 do 29 let, do 72,3 % med osebami, starimi 70 in več let. Tudi v drugi presečni raziskavi se je delež oseb, ki so poročale, da se ne nameravajo cepiti, zniževal s starostjo in je znašal od 36,9 % med osebami, starimi od 30 do 39 let, do 11,6 % med osebami, starimi 70 in več let (preglednica 25).

Poleg spola in starosti smo v raziskavi preučili še nekatere druge možne pojasnjevalne spremenljivke, ki bi lahko vplivale na cepilni status oz. so z njim povezane. Pokazalo se je, da je bil tako v prvi kot v drugi presečni raziskavi delež oseb, ki so poročale, da so bile cepljene z enim ali z drugim odmerkom cepiva statistično značilno višji med osebami z vsaj eno odkrito kronično boleznijo (prva: 5,6 %, druga presečna raziskava: 53,5 %) v primerjavi z osebami brez kroničnih obolenj (prva: 3,4 %, druga presečna raziskava: 33,6 %), med osebami, ki imajo v gospodinjstvu osebo iz skupine z zvečanim tveganjem za težji potek covid-19 (prva: 5,2 %, druga presečna raziskava: 54,0 %) v primerjavi z osebami brez takšne osebe v gospodinjstvu (prva: 4,4 %, druga presečna raziskava: 40,0 %).

Največ oseb je v prvi presečni raziskavi poročalo, da bo njihova odločitev glede cepljenja odvisna od tega, ali bo na voljo dovolj podatkov, da je cepivo učinkovito (70,5 %), in tega, ali bo na voljo dovolj podatkov, da je cepivo varno (70,1 %). Več kot polovica oseb (52,4 %) je poročalo, da bo njihova odločitev o cepljenju odvisna od priporočila osebnega zdravnika, manj pa od priporočila NIJZ ali Ministrstva za zdravje (slika 17).



Slika 17: Razlogi za odločitev o cepljenju; skupaj in po starostnih skupinah, prva presečna raziskava

V prvi presečni raziskavi je skupno nekaj več kot polovica (52,7 %) oseb poročalo o tem, da bo njihova odločitev o cepljenju odvisna od velikosti tveganja za okužbo z virusom SARS-CoV-2 v času, ko bo cepivo zanje na voljo. Po starosti pa je bil delež takšnih oseb najvišji v obeh najstarejših starostnih skupinah (70 in več let: 61,3 %; od 60 do 69 let: 62,2 %), nato pa se je pri mlajših zniževal. V najmlajši starostni skupini sta bila deleža tistih, ki so poročali, da se strinjajo s trditvijo, da bo velikost tveganja za okužbo vplivala na odločitev za cepljenje, in tistih, da se s to trditvijo ne strinjajo, približno enaka (slika 17).

Skupno je več kot tretjina oseb (36,4 %) poročalo, da bo njihova odločitev odvisna od dostopnosti cepljenja. Se je pa delež oseb, za katere je pomembna dostopnost cepljenja, zviševal s starostjo. V najmlajši starostni skupini je bilo le 26,7 % takih oseb, ki so poročale, da se strinjajo s trditvijo, da bo njihova odločitev glede cepljenja odvisna od dostopnosti, med starejšimi (60 let in več) pa je bilo takih oseb že 46,1 % (slika 17).

Skupno je polovica (50,1 %) oseb v prvi presečni raziskavi poročalo, da se strinjajo s trditvijo, da so cepiva proti covidu-19 učinkovita, nekoliko manj kot polovica (46,5 %) pa jih je poročalo, da se strinjajo s trditvijo, da so cepiva proti covidu-19 varna. Pokazalo se je, da zaupanje v učinkovitost in varnost cepiv proti covidu-19 narašča s starostjo. Tako je v najstarejši starostni skupini več kot 70 % oseb poročalo, da se strinjajo s trditvijo, da so cepiva učinkovita in varna.

Poleg starosti smo v prvi presečni raziskavi preučili še nekatere druge možne pojasnjevalne spremenljivke (spol, raven dosežene izobrazbe, zakonski stan, kohezijska regija prebivališča, prisotnost vsaj ene odkrite kronične bolezni, oseba z zvečanim tveganjem za težji potek covid-19 v gospodinjstvu), ki bi lahko vplivale na zaupanje v učinkovitost ali varnost cepiv. Pokazalo se je, da je bil delež oseb, ki so poročale, da se strinjajo s trditvama, da so cepiva učinkovita ali varna, statistično značilno višji med osebami z vsaj eno odkrito kronično boleznijo (učinkovitost: 56,1 %, varnost: 52,9 %) v primerjavi z osebami brez kroničnih obolenj (učinkovitost: 42,6 %, varnost: 38,5 %), ter med osebami, ki imajo v gospodinjstvu osebo iz skupine z zvečanim tveganjem za težji potek covid-19 (učinkovitost: 55,5 %, varnost: 52,9 %) v primerjavi z osebami brez takšne osebe v gospodinjstvu (učinkovitost: 47,3 %, varnost: 43,1 %). Delež oseb, ki so poročale, da se strinjajo s trditvama, da so cepiva učinkovita ali varna, se značilno ni razlikoval po spolu, ravni dosežene izobrazbe, zakonskem stanu ali kohezijski regiji prebivališča.

Kar dve tretjini oseb (66,7 %) je v prvi presečni raziskavi poročalo, da se strinjajo s trditvijo, da je cepljenje proti covidu-19 pomembno za lastno zaščito. Še več (70,6 %) pa jih je poročalo, da je cepljenje zelo pomembno za zaščito drugih. Zavedanje, da je cepljenje pomembno za zaščito sebe in drugih, je značilno naraščalo s starostjo, med najstarejšimi je delež takih oseb znašal skoraj 90 % (slika 17).

Podobno kot pri zaupanju v učinkovitost ali varnost cepiv se je pokazalo, da je bil delež oseb, ki so poročale, da se strinjajo s trditvama, da so cepiva pomembna za lastno zaščito ali zaščito drugih, statistično značilno višji med osebami z vsaj eno odkrito kronično boleznijo (lastna zaščita: 73,3 %, zaščita drugih: 75,6 %) v primerjavi z osebami brez kroničnih bolezni (lastna zaščita: 58,6 %, zaščita drugih: 64,4 %), ter med osebami, ki imajo v gospodinjstvu osebo iz skupine z zvečanim tveganjem za težji potek covid-19 (lastna zaščita: 74,3 %, zaščita drugih: 78,0 %), kot pri tistih, ki teh oseb nimajo (lastna zaščita: 63,0 %, zaščita drugih: 67,2 %). Delež oseb, ki so poročale, da se strinjajo s trditvama, da so cepiva pomembna za lastno zaščito ali zaščito drugih, se značilno ni razlikoval po spolu, ravni dosežene izobrazbe, zakonskem stanu ali kohezijski regiji prebivališča.

RAZPRAVA

Naša raziskava je pokazala, da je bilo v prvih mesecih izvajanja cepljenja proti covidu-19 (februarja in marca 2021), ko je bilo to omejeno na zdravstvene delavce, nekatere starejše starostne skupine prebivalstva in osebe s kroničnimi obolenji, cepljenih le okoli 5 % oseb, ki so sodelovale v raziskavi. Ob koncu maja in v začetku junija 2021, ko je bilo cepljenje že splošno dostopno, pa je o cepljenju z enim ali dvema odmerkoma cepiva poročalo več kot 44 % oseb, ki so sodelovale v raziskavi. V drugi presečni raziskavi je delež oseb, ki so poročale, da so že bile cepljene z enim ali dvema odmerkoma cepiva, naraščal s starostjo in je znašal od 19,9 % med osebami, starimi od 18 do 29 let, do 72,3 % med osebami, starimi 70 in več let. Ti podatki so primerljivi s podatki o opravljenih cepljenjih proti covidu-19, ki so jih v Elektronski register cepljenih oseb (eRCO) posredovali izvajalci cepljenja. Do sredine junija 2021 smo v Sloveniji dosegli 47-odstotno precepljenost prebivalstva, starega 18 in več let, z vsaj enim odmerkom cepiva. Precepljenost je naraščala s starostjo in je med prebivalci, starimi od 18 do 24 let, znašala 24,9 %, v starostni skupini od 25 do 29 let je znašala 26,8 %, pri starejših od 70 let pa je znašala več kot 73 % (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021).

ECDC zbira podatke o precepljenosti za države Evropske unije. Iz njih je razvidno, da se je Slovenija glede na ostale države v sredini junija 2021 uvrščala na sredino lestvice po precepljenosti z vsemi odmerki cepiva in je bilo stanje primerljivo z Nemčijo. Najvišjo precepljenost so dosegali na Malti (59,3 %; populacija starih 18 in več let), Madžarskem (53,0 %) in Cipru (41,6 %) (ECDC, 2022). Razlogi za uspešnost nacionalne kampanje cepljenja proti covidu-19 in dosežena precepljenost ciljnih skupin prebivalstva so zelo različni ter segajo od dinamike dobave cepiv in izvajanja storitev v zdravstvenih sistemih do prepričanj, odnosa in vzorcev ravnanja ljudi. Precepljenost je nižja od pričakovane zaradi razmer, ki so lahko rezultat različnih okoliščin. Te so na primer nezaupanje v vlado, dojemanje tveganja zaradi bolezni, pretekle izkušnje, kot so na primer preplahi zaradi cepljenja, dostopnost cepljenja, negotovost glede varnosti in učinkovitosti cepiv ter spreminjanje političnih odločitev na področju upravljanja pandemije covid-19 (ECDC, 2021).

Okoliščine, v katerih je potekala nacionalna kampanja cepljenja proti covidu-19 v Sloveniji, so se spreminjale, spreminjali sta se epidemiološka situacija in intenzivnost kroženja virusa SARS-CoV-2 v populaciji (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022), kar je bila posledica pojavljanja različnih variant virusa in tudi implementacije različnih javno zdravstvenih ukrepov za obvladovanje epidemije. Precepljenost proti covidu-19 je v prvih mesecih kampanje postopno naraščala in je bila pogojena z omejitvami glede ciljnih skupin zaradi omejenih količin cepiva. Zanimiva pa je ugotovitev naše raziskave, da je bil delež oseb, ki so poročale, da se ne nameravajo cepiti, podoben v obeh presečnih raziskavah (22,8 % in 23,8 %), res pa je, da sta bili izvedeni časovno relativno blizu skupaj. Vendar pa je zaradi spreminjajočih se okoliščin v poteku epidemije in izvajanja kampanje cepljenja takšne raziskave treba redno ponavljati. Na NIJZ zato od decembra 2020 poteka redna periodična raziskava o vplivu pandemije na različna področja življenja prebivalcev Slovenije (SI-PANDA). Raziskava daje vpogled v boljše poznavanje in razumevanje vedenja ljudi v času epidemije covid-19 v Sloveniji, vključno s stališčem prebivalcev do cepljenja in razlogi za njihovo oklevanje za cepljenje (NIJZ, 2023). Izkušnje iz tujine kažejo, da se stališča do cepljenja lahko sčasoma spreminjajo, kar pomeni, da posameznik lahko niha med tem, da ne želi biti cepljen, in tem, da si tega želi. Na to lahko vpliva vrsta dejavnikov, ki spodbujajo ali zavirajo cepljenje. To se lahko dogaja na ravni posameznika ali skupnosti (npr. izkušnje z zdravstvenim sistemom in zdravstvenimi delavci), na nacionalni ali regionalni ravni (npr. priljubljenost voditeljev, pretekle izkušnje, komuniciranje in obveščanje) ali je povezano s samim cepivom (npr. dojemanje tveganja v primerjavi s koristmi, nova cepiva, shema cepljenja, način cepljenja, pojav neželenih učinkov) (Larson idr., 2014; Siegler idr., 2021).

V naši raziskavi je skupno polovica oseb poročalo, da se strinjajo s trditvijo, da so cepiva proti covidu-19 učinkovita, nekoliko manj (46,5 %) pa jih je poročalo, da se strinjajo s trditvijo, da so cepiva proti covidu-19 varna. To je nekoliko manj kot v slovenski nacionalni raziskavi iz leta 2016, ki je bila izvedena na naključnem vzorcu 8.590 posameznikov iz splošne populacije in je proučevala odnos do cepljenja na splošno. Približno dve tretjini udeležencev je izrazilo pozitiven odnos do učinkovitosti in pomembnosti cepljenja (64,9 % oziroma 67,6 %). Vendar jih je skoraj tretjina (31,0 %) izrazilo strah pred cepljenjem zaradi stranskih učinkov (Učakar in Vrdelja, 2021).

Zaupanje v učinkovitost in varnost cepiv je ena od determinant oklevanja pri cepljenju in vpliva na odločitev posameznika za cepljenje (ECDC, 2021). Cepiva se razlikujejo od večine zdravil, saj se dajejo množično in večinoma zdravim osebam, zato obstaja majhna toleranca ob morebitnem pojavu neželenih učinkov. Negotovost po izjemno redkih neželenih učinkih, ki se v obsegu kliničnih študij niso pokazali, lahko vpliva na stališča do varnosti in učinkovitosti cepiv. Vendar pa je ocenjevanje njihove varnosti izčrpno in poteka neprekinjeno; začne se z oceno njihovih posameznih sestavin v smislu čistosti, stabilnosti in sterilnosti ter nadaljuje skozi celotno obdobje kliničnega razvoja in celotno trajanje uporabe cepiva. Obseg in globina ocen varnosti cepiv, ki jih izvaja več neodvisnih organizacij, povečujeta zaupanje v strogost postopkov, s katerimi se proučujejo in upravljajo morebitna tveganja ali neželeni učinki cepiv. Učinkovitost in varnost cepiv proti covidu-19 vseskozi spremlja in ocenjuje Evropska agencija za zdravila. Razmerje med koristmi in tveganji za cepiva proti covidu-19, ki se uporabljajo v državah EU, ostaja pozitivno (European medicines agency, 2022).

Več kot polovica oseb (52,5 %), ki so sodelovale v naši raziskavi, je poročalo, da bo njihova odločitev glede cepljenja odvisna od priporočila osebnega zdravnika. Rezultati so primerljivi s predhodnimi raziskavami, opravljenimi v Sloveniji, ki so pokazale, da so zdravstveni delavci, kot sta zdravnik in medicinska sestra, med najbolj zaupanja vrednimi viri informacij o cepljenju (Učakar idr., 2018). Zato je pomembno, da zdravstveni delavci tudi sami zaupajo v cepljenje in so njegovi promotorji. Potrebujejo znanje, sredstva in ustrezne zmogljivosti za učinkovito informiranje prebivalstva in odgovarjanje na njihova vprašanja in skrbi v zvezi s cepljenjem.

Omejitev pri odločanju za cepljenje lahko predstavlja tudi njegova dostopnost. V naši raziskavi je skupno več kot tretjina oseb (36,4 %) poročalo, da bo njihova odločitev o cepljenju odvisna od njegove dostopnosti, med starejšimi (60 in več let) pa je bilo takih oseb celo 46,1 %. Zato je za uspešnost kampanje cepljenja zelo pomembno, da je cepljenje čim dostopnejše, še posebno za prioritete skupine, v obliki lahko dostopnih cepilnih centrov, mobilnih cepilnih timov, patronažne službe.

Za uspešno izvajanje kampanje cepljenja v določeni populaciji je pomembno tudi poznavanje odnosa do kolektivne odgovornosti v tem okolju. Naša raziskava je pokazala, da se v Sloveniji kar dve tretjini (66,7 %) prebivalcev strinja s trditvijo, da je cepljenje proti covidu-19 pomembno za lastno zaščito, še več (70,6 %) pa se jih je strinjalo s trditvijo, da je cepljenje zelo pomembno tudi za zaščito drugih. Z obveščanjem o družbenih koristih se lahko več ljudi spodbudi k cepljenju. Raziskave tega vprašanja so pokazale več dejavnikov, ki lahko vplivajo na učinkovitost takih sporočil: kulturno in socialno okolje (nekateri družbe cepljenje že dojemajo kot kolektivno odgovornost), družbi naklonjene vrednote posameznikov, ki sprejmejo sporočilo, uporabljene oblike in kanali obveščanja ter stopnja nezaupanja pri posameznikih (Böhm in Betsch, 2022). Videti je, da je manj verjetno, da bodo posamezniki, ki zelo nasprotujejo cepljenju, prepoznali kolektivne koristi cepljenja, zato je v komunikaciji z njimi učinkoviteje poudariti osebne koristi (Freeman idr., 2021).

Za umestitev izsledkov teh dveh presečnih raziskav v evropski kontekst dodajamo še nekaj izsledkov raziskave Flash Eurobarometer, ki je bila po naročilu generalnega direktorata Evropske komisije za komuniciranje izvedena v maju 2021, da bi raziskala odnos državljanov Evropske unije (EU) do cepljenja proti covidu-19. Anketiranci so bili vprašani, kdaj se nameravajo cepiti. Tiste, ki so se nameravali cepiti enkrat v letu 2021 ali pozneje, se je uvrstilo v skupino tistih, ki glede cepljenja oklevajo – med slovenskimi anketiranci je takšnih skoraj četrtina (22 %). Za primerjavo, na Malti je delež tako mislečih 8-odstoten, v Nemčiji in Luksemburgu pa 12-odstoten. Še večje razlike med državami članicami so med skupinami tistih, ki se nočejo nikoli cepiti. Med slovenskimi anketiranci je takšnih 20 % (več jih je le v Bolgariji, 23 %), medtem ko je delež tako mislečih na Danskem, Portugalskem, Malti in v Španiji 4-odstoten. Anketiranci, ki se bodo cepili proti covidu-19 pozneje ali se ne bodo cepili nikoli, so bili vprašani o razlogih za svojo nepripravljenost ali zavračanje cepljenja.

Med slovenskimi anketiranci iz navedenih dveh skupin jih je 96 % kot razlog navedlo, da cepiva po njihovem mnenju še niso bila zadostno preizkušena. 89 % jih je kot razlog navajalo skrbi glede neželenih učinkov cepiv, 79 % jih je bilo prepričanih, da cepiva niso učinkovita, 71 % jih je menilo, da se glede tveganja, ki ga predstavlja covid-19, pretirava, 63 % jih je bilo prepričanih, da je njihovo tveganje za okužbo nizko oziroma ne obstaja, 60 % jih je menilo, da bo pandemije covida-19 kmalu konec, 55 % pa jih je nasprotovalo cepivom na splošno. Da so cepiva, odobrena za uporabo v EU, varna, se je strinjalo 54 % slovenskih anketirancev, medtem ko bil je delež tako mislečih v nekaterih drugih državah EU bistveno večji (na Portugalskem 86-, v Španiji 83- in na Malti 81-odstoten) (Flash Eurobarometer, 2021).

ZAKLJUČEK

Cepljenje je eden najpomembnejših, najvarnejših in najučinkovitejših javnozdravstvenih ukrepov za preprečevanje in obvladovanje nalezljivih bolezni. Ranljivost ljudi povsod po svetu se je s svetovno soodvisnostjo povečala zaradi možnosti hitrega in nenadzorovanega širjenja nalezljivih bolezni v obliki epidemij in pandemij, kot je covid-19. Zagotavljanje pravičnega in pravočasnega dostopa do cepiv za vse prebivalce EU torej zahteva več kot le zagotavljanje oskrbe z varnimi in učinkovitimi cepivi ter enostavnega dostopa do cepljenja. Kampanja cepljenja je uspešna, le če razumemo pomisleke in pričakovanja posameznikov in skupnosti o cepljenju v povezavi z njihovim dojemanjem in zaskrbljenostjo v zvezi z boleznijo zaradi virusa SARS-CoV-2 ter se znamo ustrezno odzvati nanje.

VIRI IN LITERATURA

Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C. in Böhm, R. (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS one*, 13(12), e0208601.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>

Böhm, R. in Betsch, C. (2022). Prosocial vaccination. *Current opinion in psychology*, 43, 307–311.

<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.010>

European centre for disease prevention and control (2021). *Spodbujanje naklonjenosti cepljenju proti covidu-19 v EU/EGP. Tehnično poročilo ECDC.*

https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Facilitating-vaccination-uptake-in-the-EU-EEA-final_SL.pdf

European centre for disease prevention and control (2022). *COVID-19 Vaccine Tracker.* <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/covid-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>

European Medicines Agency. (2022). *COVID-19 vaccines.* <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/covid-19-vaccines>

Flash Eurobarometer 494 (2021). *Attitudes on vaccination against COVID-19.* Ipsos European Public Affairs.

<https://ec.europa.eu/newsroom/representations/items/715832>

Freeman, D., Loe, B. S., Yu, L. M., Freeman, J., Chadwick, A., Vaccari, C., Shanyinde, M., Harris, V., Waite, F., Rosebrock, L., Petit, A., Vanderslott, S., Lewandowsky, S., Larkin, M., Innocenti, S., Pollard, A. J., McShane, H. in Lambe, S. (2021). Effects of different types of written vaccination information on COVID-19 vaccine hesitancy in the UK (OCEANS-III): a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet. Public health*, 6(6), e416–e427.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00096-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00096-7)

Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. in Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*, 32(19), 2150–2159. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021). *Cepljenje proti covid-19 v Sloveniji.* <https://app.powerbi.com/view?r=eyJ-JjoiYWQ3NGE1NTMtZWJkMi00NzZmLWFiNDItZDc5YjU5MGRkOGMyIiwidCI6ImFkMjQ1ZGFILTQ0YTAtNGQ5NC04OTY3LTVjNjk5MGFmYTQ2MyIsImMiOjI9>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2022). *Dnevno spremljanje okužb s SARS-CoV-2 (COVID-19).*

<https://www.nijz.si/sl/dnevno-spremljanje-okuzb-s-sars-cov-2-covid-19/>

- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023). *Raziskava o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) 2020/2022*. <https://nijz.si/nalezljive-bolezni/koronavirus/raziskava-o-vplivu-pandemije-na-zivljenje-si-panda-2020-2021/>
- Siegler, A. J., Luisi, N., Hall, E. W., Bradley, H., Sanchez, T., Lopman, B. A. in Sullivan, P. S. (2021). Trajectory of COVID-19 Vaccine Hesitancy Over Time and Association of Initial Vaccine Hesitancy With Subsequent Vaccination. *JAMA network open*, 4(9), e2126882. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.26882>
- Učakar V. (2021). Spremljanje precepljenosti in neželenih učinkov po cepljenju proti covid-19. V B. Gabrovec (ur.), *Javno zdravje in COVID-19: znanstvena in strokovna konferenca* (str. 152–158). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Učakar, V., Fafangel, M. in Kraigher, A. (2018). Vaccine confidence among mothers of young children, Slovenia, 2016. *Vaccine*, 36(37), 5544–5550. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.07.062>
- Učakar, V. in Vrdelja, M. (2021). The image of vaccination in Slovenia: attitudes toward the effectiveness, safety, and importance of vaccination—a population based survey. *Journal of Public Health*, 180, 57–63. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01584-0>
- Vlada Republike Slovenije (2021). Nacionalna strategija cepljenja proti covid-19, verzija 1–9. <https://www.gov.si teme/koronavirus-sars-cov-2/cepljenje-proti-covid-19/>
- World Health Organisation regional office for Europe. (2020). *Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours and trust to inform pandemic outbreak response*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/436705/COVID-19-survey-tool-and-guidance.pdf

9. PREHRANA MED PANDEMIJO



Prehrana med pandemijo

AVTORJI: *Aljaž Brlek, Mojca Gabrijelčič Blenkuš, Matej Gregorič, Vida Fajdiga Turk, Rok Poličnik, Darja Lavtar, Maruša Rehberger*

KLJUČNE BESEDE: spremenjene prehranske navade, debelost, socioekonomske neenakosti, mladi odrasli

UVOD: Pandemija covid-19 je pomembno vplivala na različne vidike družbe, med drugim tudi na način prehranjevanja in življenjski slog ljudi. Tuje raziskave zaznavajo tako negativne kot pozitivne spremembe, ki so nastale kot posledica pandemije covid-19 in epidemioloških ukrepov, ki so sledili. V poglavju predstavljamo spremembe v prehranjevalnem vedenju v Sloveniji s posebnim poudarkom na skupinah, v katerih so bile spremembe najizrazitejše.

METODE: V poglavju prikazujemo oceno vpliva pandemije covid-19 na prehranjevalne navade v prvi in drugi presečni raziskavi, kar je omogočilo primerjavo med dvema časovnima točkama v poteku pandemije. Preostala vprašanja podrobneje obravnavajo prehranske navade v času druge presečne raziskave.

REZULTATI: Podatki prve presečne raziskave kažejo, da je 34,5 % oseb poročalo o spremembi zdrave prehrane, pri čemer jih 17,7 % poroča o poslabšanju. Največji vpliv smo zaznali na pogostost uživanja sadja in mastne, slane ter sladke hrane. Ob tem je 34,8 % oseb povečalo uživanje prehranskih dopolnil. Skupine, pri katerih smo zaznali najizrazitejše spremembe, so mladi, brezposelni, tisti, ki se jim je poslabšala finančna situacija, osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, osebe z debelostjo, tisti, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let, in tisti, ki živijo sami.

ZAKLJUČKI: Ugotavljamo, da večina prebivalcev prehrane v času pandemije covid-19 sicer ni spreminjala, vendar sta opazna tudi deleža tistih, ki so prehrano izboljšali ali poslabšali. Nekatere negativne spremembe v prehrani so najizrazitejše v izpostavljenih skupinah, in bodo skupaj s pričakovanim povečanjem telesne mase ter spremljajočim zmanjšanjem telesne aktivnosti, če so se ohranile tudi v času po pandemiji covid-19, lahko pomembno vplivale na razširjenost kroničnih nenalezljivih bolezni v prihodnosti.

KLJUČNI POUČENI:

- Večina prebivalcev ne poroča o spremembah v prehranskih navadah v času pandemije covid-19, so pa opazni deleži tistih, ki poročajo o poslabšanju (17,7 %) oz. izboljšanju (16,5 %).
- Pandemija covid-19 je imela med spremljanimi skupinami živil v primerjavi z obdobjem pred tem največji vpliv na povečano uživanje sadja in prehranskih dopolnil ter zmanjšano uživanje mastne pa tudi slane in sladke hrane.
- Skoraj polovica (41,3 %) oseb poroča o višjih stroških za prehrano, 12,7 % oseb pa si v času pandemije covid-19 ni mogla privoščiti mesnega oziroma enakovrednega vegetarijanskega obroka vsak drugi dan.
- O povečanju telesne mase v času pandemije covid-19 je poročalo 14,8 % oseb.
- Pandemija je imela največji vpliv na prehranske navade ljudi s socialno-ekonomsko manj ugodno življenjsko situacijo (mladi, poslabšana finančna situacija v zadnjih 3 mesecih, osebe, ki živijo z osebami, mlajšimi od 18 let, osebe, ki živijo same), tiste, ki so imele večjo verjetnost težav v duševnem zdravju, in tiste, ki so že pred pojavom pandemije covid-19 imele nezdrav življenjski slog.
- Opazimo lahko poslabšanje nekaterih prehranskih navad, kot je pogostejše nekontrolirano uživanje hrane in večje število obrokov, in poročanje o povečanju telesne mase tudi v skupinah, kjer običajno najdemo ustreznejše prehranske navade (višja izobrazba, izboljšanje finančne situacije).
- Skupine, zajete v statistično analizo, niso homogene, saj je v času pandemije covid-19 znotraj obravnavanih skupin prišlo tako do poslabšanja kot tudi izboljšanja prehranskih navad.

UVOD

Pandemija covid-19 je vplivala na različne vidike družbe, med drugim tudi na način prehranjevanja in življenjski slog ljudi. Z različnimi fazami uvajanja ukrepov za zmanjševanje širjenja virusa SARS-CoV-2 so se kazale tudi spremembe v prehranjevanju in življenjskem slogu prebivalcev. Posebno intenzivne so bile v začetku epidemije, ko so države uvajale najbolj rigorozne oblike ukrepov (zapiranje občinskih meja, omejitve pri nakupovanju, zapiranje restavracij in družbe na splošno idr.). Ob tem se je v družbi najprej pokazal vsesplošen občutek strahu pred nezadostnostjo hrane na trgu, potreba po pripravi zaloga hrane, redko obiskovanje trgovskih centrov, zaradi nepoznavanja posledic virusa SARS-CoV-2 pa je dodatno grožnjo predstavljalo tudi vprašanje potencialne širitve okužbe s hrano. Zaradi omejitev obiska restavracij se je v času pandemije covid-19 okrepilo tudi naročanje hrane na dom (Wang idr., 2021) ali na delovna mesta.

Različne epidemiološke raziskave so pokazale, da je pandemija covid-19 vplivala na spremembe prehranjevalnih navad prebivalcev, bodisi v pozitivnem bodisi v negativnem smislu. Med slednjimi izpostavljajo predvsem manjšo dostopnost zdravju koristnih živil ter večjo razpoložljivost prigrizkov (Sarda idr., 2022) oziroma živil s podaljšanim rokom trajanja. Po ugotovitvah raziskave, opravljene na Nizozemskem v času 2. vala pandemije covid-19, večina preiskovancev (66 %) ni spremenila prehranjevalnih navad, medtem ko se je manjša skupina sodelujočih začela prehranjevati bolj (22 %) ali manj zdravo (12 %), predvsem na račun nenadnih sprememb v izbiri hrane in prehranski raznolikosti (Dijksterhuis idr., 2022).

Raziskave kažejo, da so ljudje, ki so med pandemijo covid-19 izboljšali svoje prehranjevalne navade, to povezovali s pripravo hrane in možnostjo uživanja obrokov doma (Sarda idr., 2022; Wang idr., 2021). O pozitivnih učinkih na prehranjevalne navade so še posebej poročali ljudje, ki so prešli na oddaljeni način dela. Skoraj 40 % teh je poročalo, da so med opravljanjem dela na daljavo imeli rednejše obroke, prav tako pa so lažje in učinkoviteje sledili prehranskim strategijam za izgubo telesne mase. Ljudje, katerih življenjska situacija se med pandemijo covid-19 ni spremenila, so izrazili manj sprememb v prehranjevalnih navadah (Wu idr., 2017).

Pomemben dejavnik prehranskega vedenja ljudi med pandemijo covid-19 je bil strah pred okužbo z virusom SARS-CoV-2, ki je ljudi spodbudil k redkejšim obiskom trgovin ter nabavi večjih količin pakirane hrane. Profeta idr. (2021) so ugotovili, da so potrošniki v Nemčiji v času pandemije covid-19 kupovali več hrane z daljšim rokom trajanja, npr. predpripravljene jedi (19,2 %), zamrznjene (18,8 %) in konzervirane hrane (20,4 %), da bi zmanjšali pogostost obiska trgovin ter s tem tveganje za okužbo. Posledično je tako vedenje prispevalo tudi k redkejšemu uživanju svežih živil (npr. zelenjave in sadja) (Alberca idr., 2021). Raziskave kažejo, da se je v času pandemije covid-19 na Kitajskem povečalo uživanje sladkih pijač (Wang idr., 2021), v Franciji pa je 36,2 % odraslih poročalo o povečanem vnosu slanih prigrizkov (Rolland idr., 2020). V Italiji je v prvem valu pandemije covid-19 23,5 % ljudi začelo posegati po slanih prigrizkih, 42,5 % po čokoladah, sladolelih in sladkih izdelkih (Scarmozzino in Visioli, 2020), podobno situacijo so pokazale tudi raziskave v drugih evropskih državah (Skotnicka idr., 2021; Vetrani idr., 2021). Avtorji navajajo, da so bili ključni motivatorji višjih vnosov prigrizkov v času zaprtja držav povezani z manj pogostim obiskovanjem trgovin, omejeno dostopnostjo in višjimi cenami sveže hrane, nakupovanjem večjih zaloga izdelkov z daljšo uporabnostjo, psihološkimi dejavniki, prehranjevanjem v povezavi s čustvi in stresom (Hammouri idr., 2022), nizko ozaveščenostjo ljudi o škodljivosti prekomernega vnosa soli za zdravje ter oskrba s paketi pomoči (Zhang idr., 2021).

Nasprotno je strah pred slabšim potekom bolezni spodbudil motivacijo za uživanje živil, zlasti sadja in zelenjave, ki lahko vplivajo na krepitev imunskega sistema. Kljub temu so v Nemčiji zabeležili nižjo pogostost uživanja sadja in zelenjave ter rib. To je bilo še posebej zaznano pri socialno-ekonomsko ogroženih družinah, na kar je neposredno vplivala tudi porast cen hrane med pandemijo covid-19 (Profeta idr., 2021).

Pandemija covid-19 in podobne krize, ki vplivajo na prehranjevanje in življenjski slog ljudi ter posledično na porast telesne mase, predstavljajo resno zdravstveno tveganje za poslabšanje epidemije kroničnih nenalezljivih bolezni (Gabrijelčič Blenkuš idr., 2020; Pina in Castelletti, 2021). Raziskava, ki so jo opravili Yang in sodelavci na vzorcu 10.000 mladostnikov pred zaprtjem države marca 2020 in po tem, je pokazala statistično povečanje telesne mase srednješolcev in študentov. Do podobnih ugotovitev o povečanju telesne mase pri mlajši populaciji

so prišli tudi strokovnjaki Fakultete za šport Univerze v Ljubljani, saj se je tudi med slovenskimi otroki in mladostniki ter mladostniki na Hrvaškem telesna masa v času ukrepov za omejevanje širjenja virusa povečala (Jovanović idr., 2021). Avtorji ključne vzroke porasta debelosti pripisujejo zmanjšanju aktivnega transporta, telesni nedejavnosti v prostem času, sedečemu življenjskemu slogu, spanju ter preživljanjem časa pred zasloni (Jia idr., 2021; Yang idr., 2020). O 40-odstotnem porastu telesne mase med odraslimi poročajo tudi avtorji, ki so v raziskavo vključili odrasle prebivalce Poljske, Avstrije in Velike Britanije (Skotnicka idr., 2021).

Namen prispevka je predstaviti vpliv pandemije covid-19 na prehranjevalno vedenje odraslih v Sloveniji, ki smo ga anketno merili s prvo in drugo presečno raziskavo SI-PANDA. Izbrane determinante prehranskega vedenja so predstavljene kot ugotovljeno stanje, kot sprememba med prvo in drugo presečno raziskavo ter glede na pojasnjevalne spremenljivke, kot so spol, starost, stopnja izobrazbe, status aktivnosti, finančna situacija, prisotnost duševnih težav, prisotnost kroničnih bolezni, status kajenja in na status gospodinjstva (življenje z otroki, mlajšimi od 18 let).

METODE

Tako v prvi kot tudi drugi presečni raziskavi nas je zanimalo, kako udeleženci ocenjujejo vpliv pandemije covid-19 na prehranjevalne navade, zato smo jih prosili, naj vpliv pandemije ocenijo na lestvici od ena do pet, pri čemer je ena pomenilo zelo izboljšano stanje in pet zelo poslabšano stanje prehranjevalnih in s tem povezanih navad. Odgovore smo nato statistično smiselno združili v tri skupine, in sicer izboljšano, nespremenjeno in poslabšano. Uporaba istega vprašanja v obeh presečnih raziskavah je omogočila primerjavo med dvema časovnima točkama v poteku pandemije.

V nadaljevanju so nas zanimale prehranske navade v času druge presečne raziskave, zato smo udeležence prosili, naj pogostost uživanja izbranih živil ocenijo na lestvici od nikoli, 1–3-krat mesečno, 1–3-krat tedensko, 4–6-krat tedensko, 1-krat dnevno do več kot enkrat dnevno. Odgovore smo nato smiselno združili v štiri kategorije, in sicer nikoli, mesečno, tedensko in dnevno, pri čemer bo nekatere spremenljivke možno v nadaljnjih raziskovalnih prispevkih predstaviti tudi po njihovih specifičnih vsebinskih značilnostih, na primer pogostost uživanja sadja in zelenjave. Glede na smernice zdravega prehranjevanja smo izbrana živila razdelili med priporočena (sadje, zelenjava, ribe, kosmiči, polnozrnat izdelki) in odsvetovana (gotove jedi, ocvrte jedi, mesne jedi, sladko pecivo, sladkarije, aromatizirane brezalkoholne pijače).

Zanimala sta nas tudi smer in obseg spremembe prehranskih navad, zato smo udeležence prosili, naj spremembo uživanja izbranih živilih v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19 ocenijo na lestvici od bistveno manj, manj, približno enako, več in do bistveno več oz. označijo, da živil ne uživajo. Odgovore smo nato smiselno združili v tri kategorije, in sicer manj, približno enako in več. V raziskavi smo se osredotočili na poročanje udeležencev o spremembi uživanja sadja, sladke hrane ter prehranskih dopolnil.

Da bi ocenili delež oseb, ki bi lahko bile podvržene prehranski revščini, smo udeležence spraševali po finančni zmožnosti nakupa mesnega oziroma enakovrednega vegetarijanskega obroka vsaj vsak drugi dan, na kar so lahko odgovorili pritrdilno ali nikalno. Prav tako nas je zanimalo, ali so v gospodinjstvih zaznali višje stroške za prehrano, kar so udeleženci ocenjevali na lestvici od ena do sedem, pri čemer je ena pomenilo, da trditev sploh ne drži, in sedem, da trditev popolnoma drži.

Zaradi morebitnega vpliva pandemije na prehranske vzorce nas je zanimalo, ali so udeleženci v tem času pogosteje nekontrolirano uživali večje količine hrane, ali so začeli uživati večje število obrokov in ali so v gospodinjstvu obroke pogosteje sami pripravljali doma. Strinjanje s predstavljenimi izjavami so ocenjevali na 7-stopenjski lestvici, pri čemer je odgovor ena pomenil, da izjava sploh ne drži, in odgovor sedem, da izjava popolnoma drži.

Povečana telesna masa je lahko posledica morebitnega poslabšanja prehranjevalnih navad v času pandemije covid-19, zato smo udeležence prosili za samooceno, ali so opazili povečanje svoje telesne mase. Tudi to so ocenjevali na 7-stopenjski lestvici, kjer 1 pomeni, da trditev sploh ne drži, in 7, da popolnoma drži.

REZULTATI

V nadaljevanju prikazujemo rezultate spremljanih determinant prehranskega vedenja, in sicer spremembe v prehranskem vedenju v času pandemije covid-19, prednostne prehranske izbire, primerjavo z obdobjem pred pandemijo covid-19, vpliv (spremenjenega) finančnega stanja ter spremembe v količini in pogostosti uživanja hrane in debelosti. Kot osnovo za merjenje neposrednih posledic manj ustreznega prehranjevanja smo spremljali tudi poročane spremembe telesne mase.

Spremembe v prehranskem vedenju v času trajanja epidemije covid-19

Podatki prve presečne raziskave kažejo, da 65,8 % oseb ni opazilo vpliva pandemije covid-19 na zdravo prehrano, opazamo pa značilne razlike med starostnimi skupinami: polovica mlajših od 29 let, tri četrtine starejših od 60 let in skoraj štiri petine upokoencev je ocenilo, da pandemija covid-19 ni spremenila njihove prehrane. Z naraščanjem starosti torej pada delež tistih, ki so spremenili prehrano v času epidemije. Ob tem je 16,5 % oseb poročalo o izboljšanju in 17,7 % oseb o poslabšanju na področju zdrave prehrane.

Preglednica 26: Samoocena vpliva pandemije covid-19 na življenje z vidika zdrave prehrane; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje z vidika zdrave prehrane?								
		Izboljšano		Nespremenjeno		Poslabšano		
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 3.587)	16,5		65,8		17,7		
	Spol	$\chi^2 = 0,2; p = 0,9463$						
(A)	Moški	16,2		66,1		17,7		
(B)	Ženski	16,7		65,5		17,8		
	Starostne skupine	$\chi^2 = 168,8; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	24,0	DEF	49,9	CDEF	26,1	CDEF	
(B)	Od 30 do 39 let	19,8	DEF	57,9	DEF	22,3	DEF	
(C)	Od 40 do 49 let	18,1	F	62,9	ADEF	19,1	AEF	
(D)	Od 50 do 59 let	13,3	AB	71,0	ABCF	15,6	ABF	
(E)	Od 60 do 69 let	13,2	AB	73,7	ABCF	13,1	ABC	
(F)	70 let in več	9,9	ABC	80,6	ABCDE	9,5	ABCD	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 23,6; p = 0,0179$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	13,6	CD	70,3	CD	16,1		
(B)	Srednja poklicna izobrazba	12,6	CD	70,4	CD	17,1		
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	18,2	AB	63,2	AB	18,6		
(D)	Višješolska izobrazba ali več	18,6	AB	63,3	AB	18,1		
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 184,8; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	16,6	BCDE	63,8	BCDE	19,6	BCDE	
(B)	Dijak, študent	30,8	ACE	43,1	ACE	26,0	ACE	
(C)	Upokojenec	10,7	ABD	78,6	ABD	10,7	ABD	
(D)	Brezposeln	24,1	ACE	50,9	ACE	25,0	ACE	
(E)	Drugo	11,9	ABD	76,1 ^m	ABD	12,0	ABD	
	Osebnostna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 164,2; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	28,9	BC	52,7	B	18,4	BC	
(B)	Ostaja enaka kot prej	14,6	A	72,2	AC	13,2	AC	
(C)	Slabša kot prej	16,0	A	56,7	B	27,3	AB	

Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje z vidika zdrave prehrane?

		Izboljšano		Nespremenjeno		Poslabšano	
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
Težave v duševnem zdravju		$\chi^2 = 189,8; p < 0,0001$					
(A)	Velika verjetnost težav	12,7	C	51,0	BC	36,3	BC
(B)	Možna prisotnost težav	14,1	C	65,1	AC	20,7	AC
(C)	Brez težav	18,9	AB	70,1	AB	11,0	AB
Prisotnost kronične bolezni		$\chi^2 = 12,5; p = 0,0139$					
(A)	Brez bolezni	18,5	B	63,0	B	18,5	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	14,8	A	68,1	A	17,1	
Debelost		$\chi^2 = 16,7; p = 0,0039$					
(A)	Da	12,4	B	65,8		21,8	B
(B)	Ne	17,4	A	65,8		16,9	A
Trenutni kadilec		$\chi^2 = 11,2; p = 0,0395$					
(A)	Da	15,5		62,4	B	22,2	B
(B)	Ne	16,8	66,2	A	17,0	A	
Živi sam		$\chi^2 = 0,9; p = 0,7224$					
(A)	Da	18,1		62,8		18,1	
(B)	Ne	16,4		65,7		17,9	
Živi z otroki, mlajšimi od 18 let		$\chi^2 = 5,9; p = 0,1462$					
(A)	Da	17,3		62,8	B	19,9	B
(B)	Ne	16,3		66,6	A	17,1	A

M: manj natančna ocena

Podobno vidimo tudi pri statusu aktivnosti, kjer je statistično značilno večji delež dijakov in študentov ter brezposelnih v primerjavi z drugimi skupinami imelo izboljšano ali poslabšano zdravo prehrano v času pandemije covid-19. Z višanjem stopnje izobrazbe statistično značilno narašča delež tistih, ki so izboljšali zdravo prehrano. Opazimo lahko tudi vpliv finančne situacije, saj je delež oseb, ki so istočasno poročali o boljši finančni situaciji v zadnjih 3 mesecih in bolj zdravi prehrani kot pred pandemijo covid-19, statistično značilno višji kot pri tistih, ki se jim je finančna situacija poslabšala oz. je ostala enaka. Ravno nasprotno se kaže pri poročanju o poslabšanju zdrave prehrane, in sicer je o tem poročal statistično značilno višji delež oseb s poslabšanjem finančne situacije v zadnjih 3 mesecih. O poslabšanju prehranjevalnih navad statistično značilno pogosteje poročajo tudi osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, z debelostjo, trenutni kadilci in tisti, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let (preglednica 26).

Preglednica 27: Samoocena vpliva pandemije covid-19 na življenje na področju zdrave prehrane; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje na področju zdrave prehrane?									
	Izboljšano			Nespremenjeno			Poslabšano		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Skupaj	16,5	17,2	o	65,8	67,2	o	17,7	15,6	↓
Spol									
Moški	16,2	17,5	o	66,1	66,6	o	17,7	15,9	o
Ženski	16,7	16,8	o	65,5	67,9	o	17,8	15,3	↓
Starostne skupine									
Od 18 do 29 let	24,0	26,3	o	49,9	50,4	o	26,1	23,3	o
Od 30 do 39 let	19,8	15,4	o	57,9	63,3	o	22,3	21,4	o
Od 40 do 49 let	18,1	19,2	o	62,9	61,1	o	19,1	19,7	o
Od 50 do 59 let	13,3	17,1	o	71,0	68,8	o	15,6	14,1	o
Od 60 do 69 let	13,2	12,6	o	73,7	79,7	↑	13,1	7,7	↓
70 let in več	9,9	11,8	o	80,6	83,2	o	9,5	5,1	↓
Dosežena stopnja izobrazbe									
Osnovnošolska izobrazba ali manj	13,6	14,0	o	70,3	77,4	↑	16,1	8,7	↓
Srednja poklicna izobrazba	12,6	14,6	o	70,4	71,5	o	17,1	14,0	o
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	18,2	17,5	o	63,2	65,1	o	18,6	17,4	o
Višješolska izobrazba ali več	18,6	20,5	o	63,3	61,1	o	18,1	18,5	o
Status aktivnosti									
Zaposlen, samozaposlen	16,6	18,1	o	63,8	62,6	o	19,6	19,3	o
Dijak, študent	30,8	27,8	o	43,1	51,8	o	26,0	20,4	o
Upokojenec	10,7	12,0	o	78,6	81,4	o	10,7	6,7	↓
Brezposeln	24,1	20,6	o	50,9	61,4 ^M	o	25,0	18,1	o
Drugo	11,9	12,6	o	76,1 ^M	75,0 ^M	o	12,0	12,4	o
Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih									
Boljša kot prej	28,9	34,6	o	52,7	53,1	o	18,4	12,3	↓
Ostaja enaka kot prej	14,6	15,2	o	72,2	72,6	o	13,2	12,2	o
Slabša kot prej	16,0	14,6	o	56,7	59,9	o	27,3	25,5	o
Težave v duševnem zdravju									
Velika verjetnost težav	12,7	14,4	o	51,0	52,5	o	36,3	33,1	o
Možna prisotnost težav	14,1	14,4	o	65,1	65,8	o	20,7	19,7	o
Brez težav	18,9	19,2	o	70,1	71,3	o	11,0	9,5	o
Prisotnost kronične bolezni									
Brez bolezni	18,5	18,3	o	63,0	66,0	o	18,5	15,8	o
Vsaj ena odkrita kadarkoli	14,8	16,2	o	68,1	68,3	o	17,1	15,4	o
Debelost									
Da	12,4	13,5	o	65,8	63,6	o	21,8	22,9	o
Ne	17,4	18,3	o	65,8	67,6	o	16,9	14,1	↓
Trenutni kadilec									
Da	15,5	14,5	o	62,4	58,3	o	22,2	27,1	o
Ne	16,8	18,0	o	66,2	68,3	o	17,0	13,7	↓

Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje na področju zdrave prehrane?									
	Izboljšano			Nespremenjeno			Poslabšano		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Živi sam									
Da	18,1	18,2	o	63,8	66,6	o	18,1	15,3	o
Ne	16,4	17,2	o	65,7	67,0	o	17,9	15,8	o
Živi z otroki, mlajšimi od 18 let									
Da	17,3	19,0	o	62,8	59,8	o	19,9	21,2	o
Ne	16,3	16,6	o	66,6	69,7	↑	17,1	13,7	↓

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

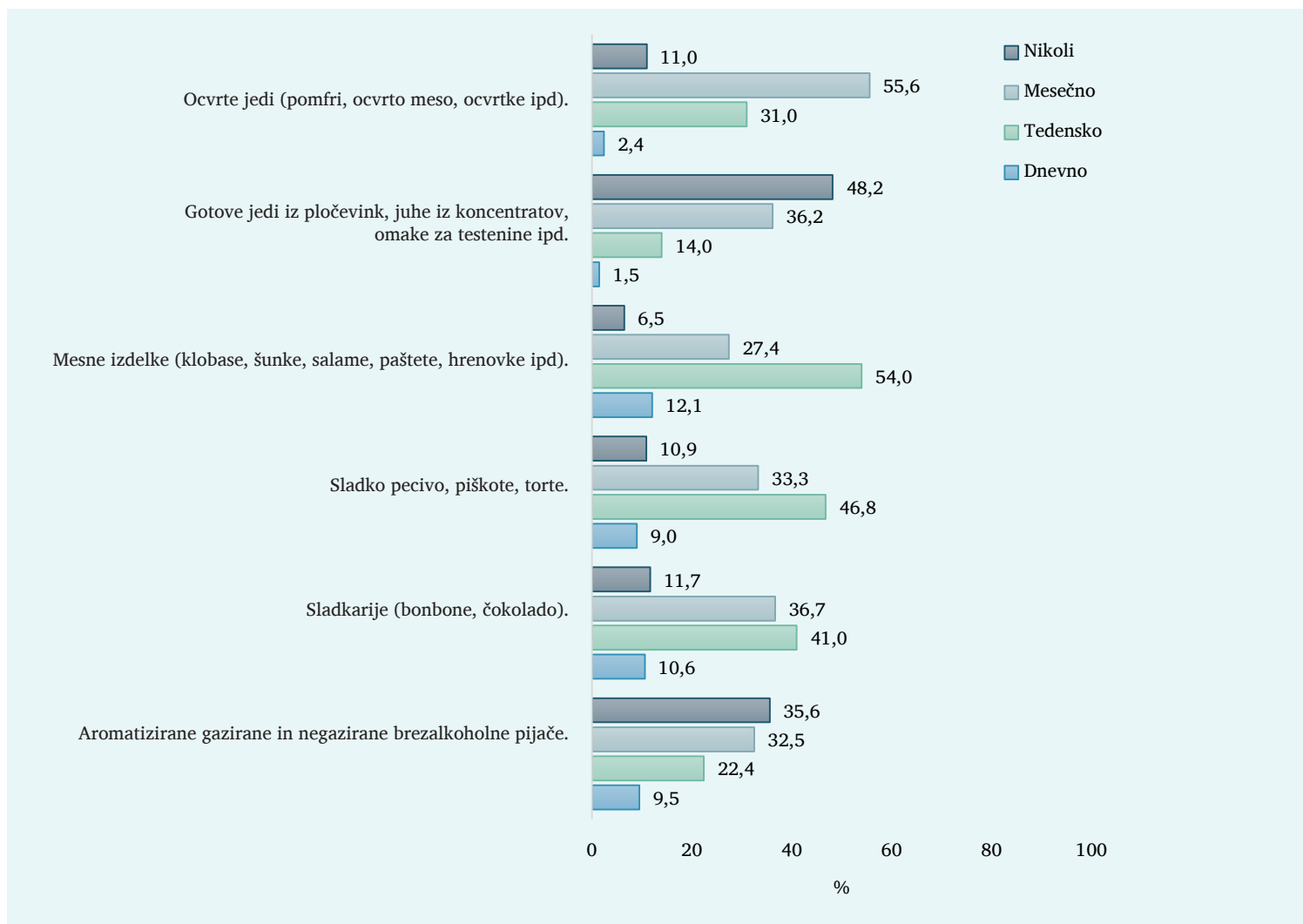
M: manj natančna ocena

Če primerjamo prvo in drugo presečno raziskavo vpliva pandemije covid-19 na prehranske navade, vidimo, da se je statistično značilno zmanjšal delež tistih, ki poročajo o poslabšanju zdrave prehrane. Ta razlika je statistično značilna pri ženskah, osebah, starejših od 59 let, tistih z osnovnošolsko izobrazbo ali manj, upokojencih, tistih, pri katerih se je finančna situacija izboljšala, tistih brez debelosti, nekadilcih in tistih, ki ne živijo z otroki, mlajšimi od 18 let (preglednica 27).

Prehranske izbire v času epidemije covid-19

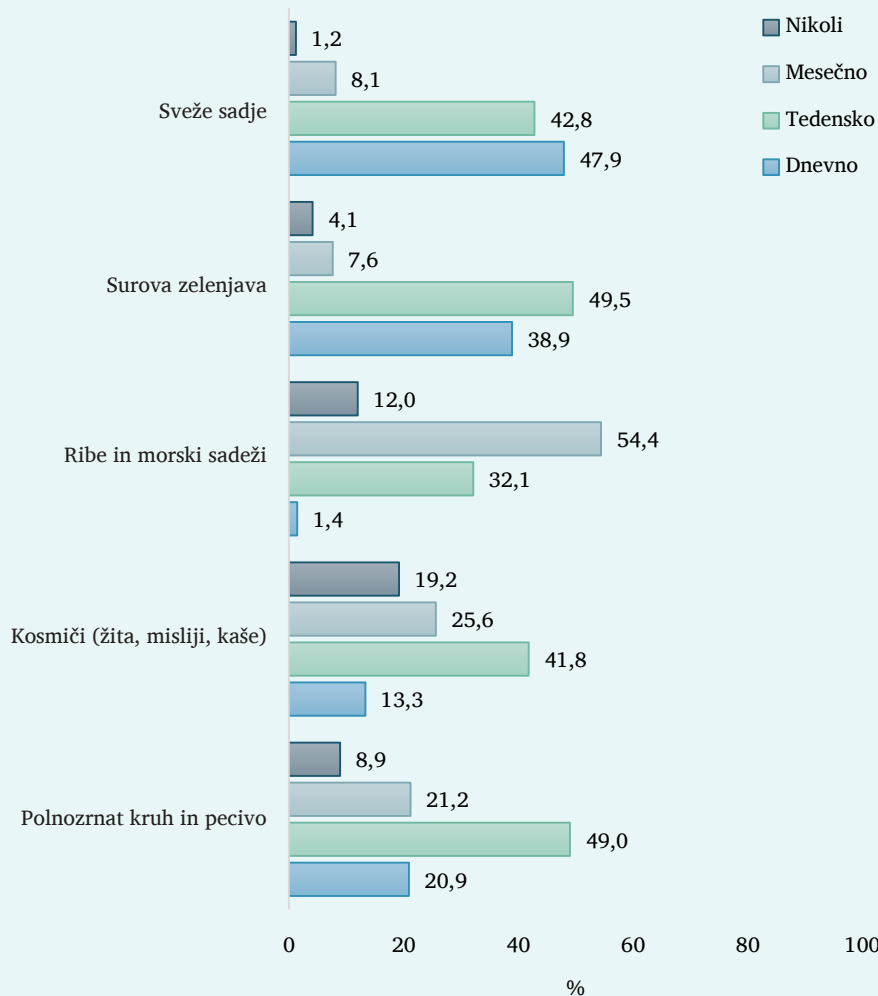
Podatki druge presečne raziskave kažejo, da je med odsvetovanimi živili največ oseb dnevno posegalo po mesnih izdelkih ter sladkih živilih (sladkarijah, sladkem pecivu, piškotih in tortah ter aromatiziranih gaziranih in negaziranih brezalkoholnih pijačah), manj pa po gotovih jedeh in ocvrti hrani.

Priporočila o redkem (mesečno ali redkeje) uživanju odsvetovanih živil so dosegli različni deleži ljudi. Največji delež oseb je upošteval to priporočilo glede uživanja gotovih jedi (84,4 %) in sladkih pijač (67,5 %), sledi pa delež oseb, ki je sledil priporočilom o uživanju ocvrte hrane (66,6%). Najmanj so se vprašani izogibali sladkarijam (47,7 %), sladkemu pecivu (43,9 %) in mesnim izdelkom (33,9 %) (slika 18).



Slika 18: Pogostost uživanja izbranih odsvetovanih skupin živil v času pandemije covid-19; skupaj, druga presečna raziskava

Podatki druge presečne raziskave kažejo, da so med priporočenimi živili osebe dnevno najpogosteje posegale po svežem sadju in zelenjavi, nekoliko manj pogosto so vključevale v dnevno prehrano živila, ki so vir vlaknin (kosmiče (žita, misliji, kaše) ter polnozrnat kruh in pecivo), najmanj pogosto pa so dnevno uživale ribe in morske sadeže. Priporočilo o vsaj enkrat dnevnom uživanju svežega sadja in zelenjave je za sadje dosegalo 47,9 %, za zelenjavo pa 38,9 % oseb (slika 19).

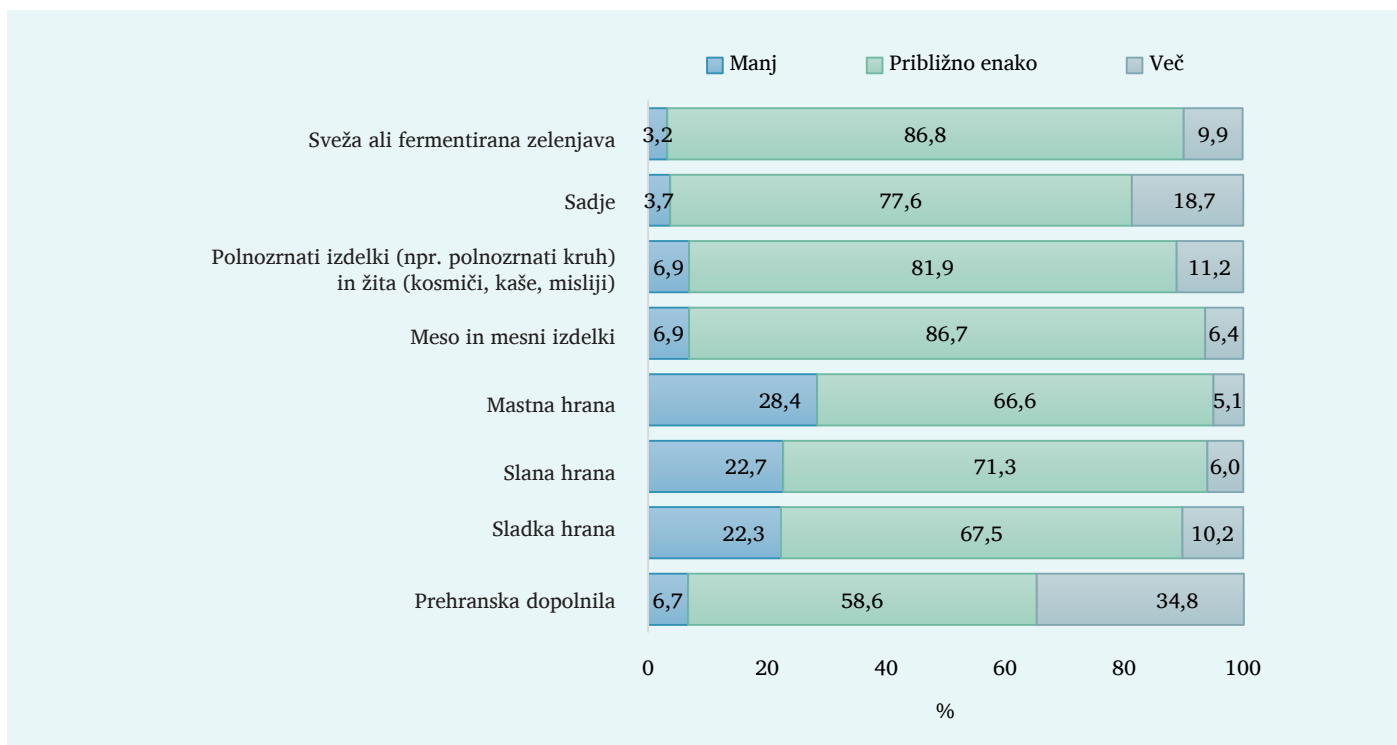


Slika 19: Pogostost uživanja izbranih priporočenih skupin živil v času pandemije covid-19; skupaj, druga presečna raziskava

Vsaj tedensko naj bi vključevali v prehrano živila, ki so vir vlaknin (kosmiči, polnozrnat kruh in pecivo) in pa ribe, ki so koristne predvsem zaradi ugodne maščobno-kislinske sestave. Priporočilo za vsaj tedenski ali pogostejši vnos dosega za polnozrnat kruh in pecivo 69,9 % oseb, za kosmiče 55,1 % oseb ter za ribe le 33,5 % oseb (od tega je 1,4 % vprašanih poročalo o dnevem uživanju rib).

Spremembe v prehrani v primerjavi z obdobjem pred epidemijo covid-19

Podatki druge presečne raziskave kažejo, da je imela pandemija covid-19 lahko vpliv na opuščanje odsvetovane hrane. Vprašani so poročali o manjšem uživanju mastne, slane in sladke hrane. Takih, ki so zmanjšali vnos sladke hrane, je dvakrat več in tistih, ki so zmanjšali vnos mastne hrane, je šestkrat več od tistih, ki so te vrste hrane v primerjavi z obdobjem pred covidom-19 zaužili več (slika 20).



Slika 20: Sprememba v uživanju izbranih živil v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19; skupaj, druga presečna raziskava

Podobno je imela pandemija covid-19 vpliv tudi na spodbujeno uživanje priporočenih izbir, saj je bilo takih, ki so zvišali vnos priporočenih živil kar dvakrat (polnozrnatni izdelki in žita) do petkrat (sadje) več od tistih, ki so tovrstne hrane zaužili manj.

Poleg izrazito manjšega uživanja mastne hrane in večjega uživanja zlasti sadja je imela pandemija covid-19 največji vpliv tudi na rabo prehranskih dopolnil v podporo imunskemu sistemu. Več prehranskih dopolnil je zaužilo kar petkrat več oseb, kot jih je v tem času zmanjšalo njihovo količino.

Preglednica 28: Uživanje sadja v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19 med osebami, ki uživajo sadje; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Koliko sadja zaužijete v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19?								
		Manj		Približno enako		Več		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.882)	3,7		77,6		18,7		
	Spol	$\chi^2 = 8,1; p = 0,0812$						
(A)	Moški	4,4		78,4		17,2	B	
(B)	Ženski	3,0		76,8		20,2	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 51,4; p = 0,0003$						
(A)	Od 18 do 29 let	5,4	DE	69,7	DEF	25,0	DF	
(B)	Od 30 do 39 let	4,4		77,7		17,9		
(C)	Od 40 do 49 let	6,5	DE	73,7	DF	19,9		
(D)	Od 50 do 59 let	1,7	AC	83,0	AC	15,3	A	
(E)	Od 60 do 69 let	1,7	AC	80,3	A	18,0		
(F)	70 let in več	2,4		80,9	AC	16,7	A	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 15,4; p = 0,1486$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	1,8		78,8		19,4		
(B)	Srednja poklicna izobrazba	4,8		75,3		19,9		
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	4,3		79,4		16,3	D	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	3,5		75,8		20,7	C	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 37,3; p = 0,0027$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	4,5	CE	77,2	BDE	18,3	B	
(B)	Dijak, študent	4,0	E	68,7	ACE	27,3	ACE	
(C)	Upokojenec	2,1	ADE	81,3	BD	16,6	BD	
(D)	Brezposeln	6,8	CE	69,8 ^M	ACE	23,4	C	
(E)	Drugo	0,0	ABCD	85,2	ABD	14,8	B	
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 63,8; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	1,9	C	69,2	B	28,9	BC	
(B)	Ostaja enaka kot prej	2,6	C	80,6	AC	16,8	A	
(C)	Slabša kot prej	7,3	AB	72,8	B	19,9	A	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 78,9; p < 0,0001$						
(A)	Velika verjetnost težav	11,0	BC	70,9	BC	18,1		
(B)	Možna prisotnost težav	4,4	AC	77,3	A	18,4		
(C)	Brez težav	1,5	AB	80,1	A	18,4		
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 8,4; p = 0,0775$						
(A)	Brez bolezni	4,6	B	75,7	B	19,7		
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	2,9	A	79,3	A	17,8		
	Debelost	$\chi^2 = 5,8; p = 0,1750$						
(A)	Da	4,5		80,1	B	15,4	B	
(B)	Ne	3,5		77,0	A	19,5	A	
	Živi sam	$\chi^2 = 22,4; p = 0,0009$						
(A)	Da	7,8	B	73,4	B	18,9		
(B)	Ne	3,0	A	78,4	A	18,6		
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 10,1; p = 0,0573$						
(A)	Da	4,9	B	74,2	B	20,9	B	
(B)	Ne	3,1	A	79,0	A	17,8	A	

M: manj natančna ocena

Podatki druge presečne raziskave kažejo, da je kar petkrat več oseb poročalo o povečanju uživanja sadja v primerjavi s tistimi, ki so v času pandemije covid-19 uživanje sadja zmanjšali. Najmlajša starostna skupina je v času epidemije najbolj povečala uživanje sadja, statistično značilno pa v primerjavi s skupinama 50–59 let in nad 70 let. Podoben vpliv zaznamo tudi pri dijakih in študentih, ki so med pandemijo covid-19 uživali značilno več sadja kakor pa zaposleni, samozaposleni, upokojenci in brezposelni.

Podoben vpliv ima tudi finančna situacija na uživanje sadja. Osebe, ki so poročale o izboljšani finančni situaciji, so zaužile statistično značilno več sadja kakor osebe z enako ali slabšo finančno situacijo. Prav tako je opaziti povečano uživanje sadja v skupini oseb z normalno telesno maso v primerjavi z osebami z debelostjo.

Nasprotno o manjšem uživanju sadja statistično značilno pogosteje poročajo tisti, ki se jim je finančna situacija poslabšala, in tudi osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, brez prisotnih kroničnih obolenj in tisti, ki živijo sami.

Spol in stopnja dosežene izobrazbe na spremembo v uživanju sadja med epidemijo nista vplivala (preglednica 28).

Preglednica 29: Uživanje sladke hrane v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19 med osebami, ki uživajo sladko hrano; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Koliko sladke hrane zaužijete v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19?								
		Manj		Približno enako		Več		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.795)	22,3		67,5		10,2		
	Spol	$\chi^2 = 11,4; p = 0,0249$						
(A)	Moški	20,4	B	70,3	B	9,3		
(B)	Ženski	24,3	A	64,6	A	11,1		
	Starostne skupine	$\chi^2 = 187,4; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	17,5	EF	63,0		19,5	DEF	
(B)	Od 30 do 39 let	14,9	DEF	71,0		14,1	DEF	
(C)	Od 40 do 49 let	16,7	EF	69,2		14,1	DEF	
(D)	Od 50 do 59 let	22,7	BEF	70,8		6,4	ABCF	
(E)	Od 60 do 69 let	32,2	ABCD	64,3		3,4	ABC	
(F)	70 let in več	32,9	ABCD	65,0		2,1	ABCD	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 44,5; p = 0,0002$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	27,0	D	68,7		4,3	BCD	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	24,7	D	66,2		9,1	AD	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	21,6		67,7		10,7	A	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	18,6	AB	67,2		14,2	AB	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 149,6; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	18,1	CD	69,3	E	12,6	BCE	
(B)	Dijak, študent	15,6	C	64,3		20,1	ACE	
(C)	Upokojenec	32,7	ABDE	64,5	E	2,8	ABD	
(D)	Brezposeln	24,1	AC	62,8 ^M		13,1	C	
(E)	Drugo	19,4	C	77,2	AC	3,4	AB	
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 21,6; p = 0,0098$						
(A)	Boljša kot prej	25,0		63,5	B	11,6		
(B)	Ostaja enaka kot prej	21,5		70,0	AC	8,5	C	
(C)	Slabša kot prej	23,4		63,0	B	13,6	B	

Koliko sladke hrane zaužijete v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19?

		Manj		Približno enako		Več	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 45,5; p < 0,0001$					
(A)	Velika verjetnost težav	24,4		58,3	BC	17,4	C
(B)	Možna prisotnost težav	21,2		66,1	AC	12,7	C
(C)	Brez težav	20,5		71,9	AB	7,6	AB
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 26,4; p = 0,0002$					
(A)	Brez bolezni	19,1	B	68,5		12,5	B
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	25,2	A	66,6		8,2	A
	Debelost	$\chi^2 = 2,5; p = 0,4504$					
(A)	Da	24,6		65,3		10,0	
(B)	Ne	21,6		68,0		10,4	
	Živi z otroki mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 36,5; p < 0,0001$					
(A)	Da	17,1	B	68,1		14,8	B
(B)	Ne	24,1	A	67,4		8,6	A
	Živi sam	$\chi^2 = 7,6; p = 0,0796$					
(A)	Da	27,3	B	64,6		8,1	B
(B)	Ne	21,4	A	68,0		10,6	A
	Trenutni kadilec	$\chi^2 = 14,3; p = 0,0163$					
(A)	Ne	23,0	B	67,2		9,8	B
(B)	Da	16,9	A	69,1		13,9	A

M: manj natančna ocena

Podatki druge presečne raziskave kažejo, da je kar dvakrat več oseb poročalo, da so zmanjšale uživanje sladke hrane v primerjavi s tistimi, ki so v času pandemije covid-19 uživanje sladke hrane povečali. V primerjavi z moškimi je večji delež žensk zmanjšalo količino uživanja sladke hrane med epidemijo.

Podatki tudi kažejo, da je delež tistih, ki so zmanjšali uživanje sladke hrane v času pandemije covid-19 značilno višji med starejšimi starostnimi skupinami. Podobno opazimo tudi pri statusu aktivnosti, kjer je delež upokojencev, ki so zmanjšali količino zaužite sladke hrane, značilno večji v primerjavi z ostalimi. Prav tako je opaziti značilno zmanjšano uživanje sladke hrane v skupini oseb s prisotno kronično boleznijo, pri nekadilcih ter pri tistih, ki ne živijo z otroki, mlajšimi od 18 let. Pri vprašanih z osnovnošolsko izobrazbo se nakazuje najugodnejše vedenje, saj so med vsemi izobrazbenimi skupinami značilno najbolj zmanjšali uživanje sladke hrane in jo tudi najmanj povečali.

Nasprotno o povečanem uživanju sladke hrane značilno pogosteje poročajo mlajše starostne skupine, in pa tudi dijaki in študentje ter višje izobraženi. Podoben vpliv na uživanje sladke hrane ima tudi finančna situacija. Osebe, ki so poročale o poslabšani finančni situaciji, so značilno pogosteje poročale o višjem deležu uživanja sladke hrane kakor osebe z enako finančno situacijo. Prav tako je opaziti značilno povečano uživanje sladke hrane v skupini oseb brez prisotnih kroničnih obolenj, med tistimi, ki so trenutni kadilci, in tistimi, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let (preglednica 29).

Preglednica 30: Uživanje prehranskih dopolnil v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19 med osebami, ki uživajo prehranska dopolnila; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Koliko prehranskih dopolnil zaužijete v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19?								
		Manj		Približno enako		Več		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2096)	6,7		58,6		34,8		
	Spol	$\chi^2 = 55,7; p < 0,0001$						
(A)	Moški	6,8		64,9	B	28,3	B	
(B)	Ženski	6,5		52,5	A	41,0	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 31,4; p = 0,1128$						
(A)	Od 18 do 29 let	4,4	E	60,2		35,4		
(B)	Od 30 do 39 let	4,4	E	58,8		36,7		
(C)	Od 40 do 49 let	6,3		57,9		35,8		
(D)	Od 50 do 59 let	6,0	E	59,9		34,0		
(E)	Od 60 do 69 let	11,5	ABD	53,6		34,9		
(F)	70 let in več	8,7		60,6		30,7		
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 91,4; p < 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	10,5	CD	62,1	D	27,4	D	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	10,6	CD	61,0	D	28,3	D	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	6,1	ABD	60,9	D	33,0	D	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	3,0	ABC	52,0	ABC	45,0	ABC	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 59,1; p = 0,0008$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	4,6	CDE	59,0		36,4		
(B)	Dijak, študent	3,3	CD	62,6		34,1		
(C)	Upokojenec	10,0	AB	58,0		32,0		
(D)	Brezposeln	16,2	AB	54,4 ^M		29,5 ^M		
(E)	Drugo	9,0	A	52,4 ^M		38,6 ^M		
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 86,5; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	1,8	BC	47,5	BC	50,7	BC	
(B)	Ostaja enaka kot prej	5,3	AC	60,3	A	34,4	A	
(C)	Slabša kot prej	12,0	AB	57,7	A	30,3	A	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 64,4; p < 0,0001$						
(A)	Velika verjetnost težav	13,6	BC	51,0	C	35,4		
(B)	Možna prisotnost težav	7,6	AC	56,4	C	36,0		
(C)	Brez težav	3,5	AB	62,0	AB	34,5		
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 20,5; p = 0,0062$						
(A)	Brez bolezni	5,5		62,7	B	31,8	B	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	7,7		54,8	A	37,5	A	
	Debelost	$\chi^2 = 11,0; p = 0,0690$						
(A)	Da	9,7	B	58,6		31,7		
(B)	Ne	6,0	A	58,4		35,6		
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 14,5; p = 0,0452$						
(A)	Da	4,5	B	56,5		39,0	B	
(B)	Ne	7,2	A	59,8		33,0	A	
	Živi sam	$\chi^2 = 8,7; p = 0,1127$						
(A)	Da	10,0	B	56,8		33,3		
(B)	Ne	6,0	A	59,2		34,9		

M: manj natančna ocena

Podatki druge presečne raziskave kažejo, da je kar petkrat več oseb poročalo o povečanem uživanju prehranskih dopolnil v primerjavi s tistimi, ki so v času pandemije covid-19 uživanje teh zmanjšali. Podatki tudi kažejo, da je delež tistih, ki so povečali uživanje prehranskih dopolnil v času pandemije covid-19, značilno višji med ženskami kot moškimi. Med izobrazbenimi skupinami je uživanje prehranskih dopolnil značilno bolj kot drugi povečala skupina tistih z visoko izobrazbo. Podobno vidimo tudi pri analizi finančne situacije, kjer opazimo statistično značilno največji vpliv v skupini tistih, pri katerih se je finančna situacija izboljšala, v primerjavi s tistimi, ki se jim je finančna situacija poslabšala ali ostala enaka. Prav tako je opaziti povečano uživanje prehranskih dopolnil v skupini oseb s kronično boleznijo ter v skupini tistih, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let.

Nasprotno o manjšem uživanju prehranskih dopolnil kot v obdobju pred pandemijo covid-19 značilno pogosteje poročajo tisti v starosti od 60 do 69 let, nižje izobraženi (srednja poklicna izobrazba ali manj) ter tisti, ki se jim je finančna situacija poslabšala ali ostala enaka. Podobno vidimo tudi pri analizi po statusu aktivnosti, kjer opazimo statistično značilen največji vpliv upada med brezposelnimi in upokojniki v primerjavi z zaposlenimi, samozaposlenimi in dijaki ter študenti. O manjši rabi prehranskih dopolnil so poročale tudi osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, osebe z debelostjo ter tisti, ki živijo brez otrok, mlajših od 18. let (preglednica 30).

Vpliv finančnega stanja na prehrano v obdobju pandemije covid-19

Podatki druge presečne raziskave kažejo, da je 78,9 % oseb poročalo, da so si v njihovem gospodinjstvu finančno lahko privoščili mesni oziroma enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan. Pomembne razlike v tem, da so si v gospodinjstvu finančno lahko privoščili tak obrok vsaj vsak drugi dan, so opazne med starostnimi skupinami. Pri osebah, starih od 60 do 69 let, in osebah, starih 70 in več let, je delež statistično značilno nižji kot pri osebah iz nižjih starostnih skupin. Podatki tudi kažejo, da z višanjem izobrazbe statistično značilno narašča delež tistih, ki so si finančno lahko privoščili mesni/enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan.

Preglednica 31: Zmožnost nabave mesnega oziroma enakovrednega vegetarijanskega obroka vsaj vsak drugi dan v času pandemije covid-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Ali si v vašem gospodinjstvu finančno lahko privoščite mesni oziroma enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan?								
		Da		Ne		Ne vem		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.945)	78,9		12,7		8,4		
	Spol	$\chi^2 = 6,2; p = 0,1253$						
(A)	Moški	80,8	B	11,5		7,7		
(B)	Ženski	77,1	A	13,9		9,0		
	Starostne skupine	$\chi^2 = 113,6; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	85,1	EF	6,5	EF	8,5		
(B)	Od 30 do 39 let	84,3	EF	9,2	EF	6,5		
(C)	Od 40 do 49 let	85,9	EF	7,4	EF	6,7		
(D)	Od 50 do 59 let	79,4	EF	11,6	EF	9,0		
(E)	Od 60 do 69 let	69,2	ABCD	21,2	ABCD	9,6		
(F)	70 let in več	68,6	ABCD	21,2	ABCD	10,2		
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 262,3; p < 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	62,6	CD	26,4	CD	11,0	D	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	68,1	CD	20,2	CD	11,7	D	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	82,7	ABD	8,6	ABD	8,7	D	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	93,2	ABC	3,2	ABC	3,6	ABC	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 198,4; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	86,3	CDE	7,0	CDE	6,6	CD	
(B)	Dijak, študent	87,0	CDE	4,0	CDE	9,0		
(C)	Upokojenec	68,2	ABD	21,3	ABD	10,5	A	
(D)	Brezposeln	58,8 ^M	ABC	28,9	ABC	12,3	A	
(E)	Drugo	66,9 ^M	AB	22,8 ^M	AB	10,3		
	Osebnostna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 115,3; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	91,6	BC	4,5	BC	3,8	BC	
(B)	Ostaja enaka kot prej	82,5	AC	10,2	AC	7,3	AC	
(C)	Slabša kot prej	67,2	AB	21,2	AB	11,6	AB	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 127,7; p < 0,0001$						
(A)	Velika verjetnost težav	66,4	BC	20,6	BC	12,9	C	
(B)	Možna prisotnost težav	75,1	AC	14,4	AC	10,5	C	
(C)	Brez težav	88,1	AB	6,8	AB	5,2	AB	
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 35,9; p < 0,0001$						
(A)	Brez bolezni	83,3	B	9,2	B	7,5		
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	75,0	A	15,9	A	9,2		
	Debelost	$\chi^2 = 13,6; p = 0,0109$						
(A)	Da	74,3	B	16,3	B	9,4		
(B)	Ne	80,9	A	11,3	A	7,7		
	Živi sam	$\chi^2 = 43,3; p < 0,0001$						
(A)	Da	68,3	B	21,8	B	10,0		
(B)	Ne	81,3	A	10,8	A	7,9		
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 16,3; p = 0,0113$						
(A)	Da	83,6	B	8,3	B	8,1		
(B)	Ne	78,0	A	13,7	A	8,3		

M: manj natančna ocena

Podobno vidimo tudi pri analizi po statusu aktivnosti, kjer opazimo statistično značilno naraščanje deleža tistih, ki so si finančno lahko privoščili tak obrok po zaporedju: brezposelni, upokojenci, zaposleni, sledijo pa jim dijaki in študentje. Opazimo lahko vpliv finančne situacije, saj je v skupini tistih, pri katerih se je finančna situacija v zadnjih 3 mesecih izboljšala, statistično značilno višji delež tistih, ki so si tak obrok lahko privoščili, kot tistih, ki se jim je finančna situacija v zadnjih 3 mesecih poslabšala ali ostala enaka. Da si finančno ne morejo privoščiti opisanega obroka, statistično značilno pogosteje poročajo osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, s prisotnostjo vsaj ene odkrite kronične bolezni, tisti z debelostjo, in tisti, ki živijo sami oz. brez otrok, mlajših od 18 let (preglednica 31).

Preglednica 32: Višji stroški gospodinjstva za prehrano med pandemijo; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

V času pandemije covid-19 smo v našem gospodinjstvu imeli višje stroške za prehrano.								
		Ne drži		Niti ne drži niti drži		Drži		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.860)	48,9		9,9		41,3		
	Spol	$\chi^2 = 22,2; p = 0,0007$						
(A)	Moški	52,2	B	10,6		37,1	B	
(B)	Ženski	45,4	A	9,1		45,6	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 122,6; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	45,7	EF	16,2	CDEF	38,1	BCF	
(B)	Od 30 do 39 let	39,5	DEF	10,2		50,4	ADEF	
(C)	Od 40 do 49 let	39,7	DEF	9,1	A	51,1	ADEF	
(D)	Od 50 do 59 let	49,8	BCEF	9,2	A	41,0	BCEF	
(E)	Od 60 do 69 let	59,3	ABCD	7,3	A	33,3	BCD	
(F)	70 let in več	63,3	ABCD	7,2	A	29,5	ABCD	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 28,6,0 p = 0,0084$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	53,7	D	10,2		36,1	D	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	50,8	D	8,3		41,0	D	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	50,8	D	10,1		39,1	D	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	41,5	ABC	10,4		48,1	ABC	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 87,9; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	42,9	CDE	10,4	BD	46,7	BCDE	
(B)	Dijak, študent	44,1	C	16,9	ACD	38,9	A	
(C)	Upokojenec	60,1	AB	7,5	B	32,4	A	
(D)	Brezposeln	55,5 ^M	A	5,3	AB	39,2 ^M	A	
(E)	Drugo	54,1 ^M	A	10,4		35,5 ^M	A	
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 146,9; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	53,7	C	8,0		38,4	C	
(B)	Ostaja enaka kot prej	55,4	C	9,5		35,0	C	
(C)	Slabša kot prej	30,6	AB	11,2		58,2	AB	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 52,8; p < 0,0001$						
(A)	Velika verjetnost težav	36,2	BC	9,5		54,2	BC	
(B)	Možna prisotnost težav	45,5	AC	11,8		42,8	AC	
(C)	Brez težav	54,2	AB	9,1		36,7	AB	
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 2,4; p = 0,4714$						
(A)	Brez bolezni	48,6		10,7		40,7		
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	49,1		9,1		41,8		

V času pandemije covida-19 smo v našem gospodinjstvu imeli višje stroške za prehrano.							
		Ne drži		Niti ne drži niti drži		Drži	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Debelost	$\chi^2 = 1,3; p = 0,6587$					
(A)	Da	46,8		10,5		42,7	
(B)	Ne	49,3		9,7		41,0	
	Živi sam	$\chi^2 = 3,6; p = 0,3010$					
(A)	Da	53,0	B	10,1		36,8	B
(B)	Ne	48,3	A	9,8		41,9	A
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 137,5; p < 0,0001$					
(A)	Da	32,6	B	9,5		57,8	B
(B)	Ne	55,0	A	10,0		35,0	A

M: manj natančna ocena

Podatki druge presečne raziskave kažejo, da je imelo v času pandemije covida-19 41,3 % oseb višje stroške za prehrano v gospodinjstvu. Podatki tudi kažejo, da so višje stroške za prehrano v gospodinjstvu statistično značilno najpogosteje imeli odrasli iz starostne skupine od 40 do 49 let, sledijo jim tisti od 30 do 39 let. Analiza tudi pokaže, da je delež tistih, ki so imeli višje stroške za prehrano, značilno najvišji pri osebah z višješolsko izobrazbo ali več, tem sledijo tisti s srednjo poklicno izobrazbo. Po statusu aktivnosti je delež tistih, ki so imeli višje stroške za prehrano, značilno najvišji pri zaposlenih in samozaposlenih, najnižji pa pri upokojencih. Statistično višje stroške za prehrano so imele pričakovano tudi osebe s slabšo finančno situacijo v zadnjih 3 mesecih. Da so imeli višje stroške za prehrano v gospodinjstvu, se statistično značilno kaže tudi pri osebah z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, pa tudi osebah, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let, oz. osebe, ki ne živijo same (preglednica 32).

Vpliv pandemije covida-19 na uživanje večjih količin hrane, pripravo obrokov doma in pojavnost debelosti

Podatki druge presečne raziskave kažejo, da je 9,0 % oseb poročalo o pričetku nekontroliranega uživanja večjih količin hrane v času pandemije covida-19. Podatki tudi kažejo, da z višanjem starosti statistično značilno pada delež tistih, ki so pričeli nekontrolirano uživati večje količine hrane. Ravno nasprotno pa z višanjem stopnje izobrazbe značilno narašča pričetek nekontroliranega uživanja večjih količin hrane (preglednica 33).

Preglednica 33: Uživanje večjih, nekontroliranih količin hrane med pandemijo; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Druga presečna raziskava		Ne drži		Niti ne drži niti drži		Drži	
		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
Skupaj (n = 2.887)		86,0		5,1		9,0	
Spol		$\chi^2 = 5,5; p = 0,1913$					
(A)	Moški	86,9		5,3		7,8	B
(B)	Ženski	85,0		4,8		10,2	A
Starostne skupine		$\chi^2 = 106,6; p < 0,0001$					
(A)	Od 18 do 29 let	74,6	BCDEF	10,4	DEF	14,9	DEF
(B)	Od 30 do 39 let	83,7	AEF	5,0		11,3	EF
(C)	Od 40 do 49 let	83,0	AEF	5,5	F	11,5	EF
(D)	Od 50 do 59 let	88,1	AEF	4,9	AF	7,0	A
(E)	Od 60 do 69 let	93,2	ABCD	2,7	A	4,2	ABC
(F)	70 let in več	93,9	ABCD	1,9	ACD	4,3	ABC
Dosežena stopnja izobrazbe		$\chi^2 = 44,0; p = 0,0005$					
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	90,4	CD	3,1	C	6,5	D
(B)	Srednja poklicna izobrazba	89,6	CD	2,7	C	7,7	D
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	84,5	AB	7,3	AB	8,1	D
(D)	Višješolska izobrazba ali več	82,5	AB	4,8		12,8	ABC
Status aktivnosti		$\chi^2 = 77,3; p < 0,0001$					
(A)	Zaposlen, samozaposlen	83,7	BCE	6,0	BCE	10,3	C
(B)	Dijak, študent	75,1	ACE	11,6	ACE	13,4	C
(C)	Upokojenec	93,0	ABD	2,1	AB	4,8	ABD
(D)	Brezposeln	84,5	C	4,3		11,2	C
(E)	Drugo	90,8	AB	1,4	AB	7,8	
Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih		$\chi^2 = 49,0; p < 0,0001$					
(A)	Boljša kot prej	85,4		1,8	BC	12,8	B
(B)	Ostaja enaka kot prej	88,4	C	5,1	A	6,5	AC
(C)	Slabša kot prej	80,2	B	6,2	A	13,5	B
Težave v duševnem zdravju		$\chi^2 = 161,4; p < 0,0001$					
(A)	Velika verjetnost težav	67,7	BC	9,5	C	22,8	BC
(B)	Možna prisotnost težav	82,5	AC	6,5	C	11,0	AC
(C)	Brez težav	91,7	AB	3,6	AB	4,7	AB
Prisotnost kronične bolezni		$\chi^2 = 0,9; p = 0,7568$					
(A)	Brez bolezni	85,5		5,0		9,5	
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	86,4		5,1		8,5	
Debelost		$\chi^2 = 16,6; p = 0,0065$					
(A)	Da	80,5	B	6,5		12,9	B
(B)	Ne	87,0	A	4,9		8,1	A
Živi sam		$\chi^2 = 11,6; p = 0,0160$					
(A)	Da	84,8		2,6	B	12,6	B
(B)	Ne	85,8		5,5	A	8,6	A
Živi z otroki, mlajšimi od 18 let		$\chi^2 = 8,5; p = 0,0824$					
(A)	Da	82,7	B	6,1		11,3	B
(B)	Ne	86,8	A	4,8		8,3	A

Opazimo lahko tudi vpliv finančne situacije na nekontrolirano uživanje, saj je v skupini tistih, katerih finančna situacija se je v zadnjih 3 mesecih poslabšala ali izboljšala, statistično značilno višji delež tistih, ki poročajo o pričetku nekontroliranega uživanja večjih količin hrane, kot pri tistih, ki imajo enako finančno situacijo kot prej. Nekontrolirano uživanje večjih količin hrane je pogostejše tudi pri osebah z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, pri osebah z debelostjo, pri tistih, ki živijo sami in tistih, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let.

Podatki druge presečne raziskave kažejo, da je 11,2 % oseb v času pandemije covid-19 povečalo število dnevni obrokov. Opazimo lahko, da ta delež z višanjem starosti statistično značilno pada. Podobno kot pri nekontroliranem uživanju večjih količin hrane tudi tukaj opazimo, da z višanjem stopnje izobrazbe značilno narašča delež tistih, ki so povečali število dnevni obrokov. Prav tako pa uživanje večjega števila dnevni obrokov zaznamo pri dijakih in študentih (preglednica 34).

Preglednica 34: Uživanje večjega števila dnevni obrokov med pandemijo; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Druga presečna raziskava		Ne drži		Niti ne drži niti drži		Drži	
		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
Skupaj (n = 2.892)		81,5		7,2		11,2	
Spol		$\chi^2 = 13,5; p = 0,0162$					
(A)	Moški	83,7	B	7,1		9,2	B
(B)	Ženski	79,3	A	7,3		13,3	A
Starostne skupine		$\chi^2 = 143,6; p < 0,0001$					
(A)	Od 18 do 29 let	70,0	CDEF	10,0	EF	20,0	BCDEF
(B)	Od 30 do 39 let	73,2	DEF	14,0	CDEF	12,9	AEF
(C)	Od 40 do 49 let	80,1	AEF	7,1	BF	12,8	AEF
(D)	Od 50 do 59 let	85,4	ABF	5,4	BF	9,3	A
(E)	Od 60 do 69 let	89,7	ABC	4,2	AB	6,1	ABC
(F)	70 let in več	91,8	ABCD	2,1	ABCD	6,2	ABC
Dosežena stopnja izobrazbe		$\chi^2 = 37,0; p = 0,0020$					
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	85,6	D	5,2		9,1	D
(B)	Srednja poklicna izobrazba	85,8	D	6,2		8,0	D
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	81,8	D	7,8		10,4	D
(D)	Višješolska izobrazba ali več	75,3	ABC	8,6		16,1	ABC
Status aktivnosti		$\chi^2 = 88,8; p < 0,0001$					
(A)	Zaposlen, samozaposlen	78,9	BC	8,8	C	12,3	BCE
(B)	Dijak, študent	68,5	ACE	8,8	C	22,7	ACE
(C)	Upokojenec	90,1	ABDE	3,5	ABE	6,3	ABD
(D)	Brezposeln	80,6	C	7,3		12,0	C
(E)	Drugo	83,6	BC	9,4	C	6,9	AB
Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih		$\chi^2 = 29,7; p = 0,0011$					
(A)	Boljša kot prej	75,5	B	6,4		18,1	BC
(B)	Ostaja enaka kot prej	84,0	AC	6,5	C	9,5	AC
(C)	Slabša kot prej	78,1	B	9,3	B	12,6	AB

V nadaljevanju nas zanimajo nekatere spremembe, povezane z vašo prehrano in prehranskim statusom. V času pandemije covida-19 sem začel неконтроlirano uživati večje količine hrane.

		Ne drži		Niti ne drži niti drži		Drži	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
Težave v duševnem zdravju		$\chi^2 = 52,8; p < 0,0001$					
(A)	Velika verjetnost težav	69,9	BC	12,0	BC	18,1	BC
(B)	Možna prisotnost težav	79,3	AC	7,4	A	13,3	AC
(C)	Brez težav	85,2	AB	6,3	A	8,5	AB
Prisotnost kronične bolezni		$\chi^2 = 11,5; p = 0,0265$					
(A)	Brez bolezni	79,2	B	7,5		13,2	B
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	83,5	A	7,0		9,5	A
Debelost		$\chi^2 = 12,7; p = 0,0211$					
(A)	Da	76,3	B	9,3	B	14,4	B
(B)	Ne	82,7	A	6,6	A	10,7	A
Živi sam		$\chi^2 = 2,6; p = 0,3927$					
(A)	Da	84,0	B	5,6	B	10,4	
(B)	Ne	80,9	A	7,6	A	11,5	
Živi z otroki, mlajšimi od 18 let		$\chi^2 = 18,6; p = 0,0035$					
(A)	Da	76,3	B	9,0	B	14,7	B
(B)	Ne	83,1	A	6,7	A	10,1	A

Opazimo lahko tudi vpliv finančne situacije na pričetek uživanja večjega števila dnevni obrokov, saj je v skupini tistih, katerih finančna situacija se je v zadnjih 3 mesecih poslabšala ali izboljšala, statistično značilno višji delež tistih, ki poročajo o pričetku uživanja večjega števila dnevni obrokov v primerjavi s tistimi, ki imajo enako finančno situacijo kot prej. O pričetku uživanja večjega števila dnevni obrokov statistično značilno pogosteje poročajo tudi tisti z večjo verjetnostjo težav v duševnem zdravju, osebe z debelostjo in tisti, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let (preglednica 34).

Preglednica 35: Priprava obrokov doma v času pandemije; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

V času pandemije covid-19 smo v našem gospodinjstvu začeli obroke pogosteje sami pripravljati doma.								
		Ne drži		Niti ne drži niti drži		Drži		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.878)	42,0		8,8		49,2		
	Spol	$\chi^2 = 1,1; p = 0,7040$						
(A)	Moški	42,7		8,4		48,8		
(B)	Ženski	41,2		9,2		49,6		
	Starostne skupine	$\chi^2 = 92,0; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	34,9	DEF	13,9	DEF	51,1		
(B)	Od 30 do 39 let	37,2	EF	13,6	EF	49,2		
(C)	Od 40 do 49 let	36,0	EF	9,0	EF	55,1	EF	
(D)	Od 50 do 59 let	43,9	A	8,1	AEF	48,0		
(E)	Od 60 do 69 let	50,5	ABC	3,6	ABCD	45,9	C	
(F)	70 let in več	51,1	ABC	4,1	ABCD	44,8	C	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 44,7; p = 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	44,0	D	4,7	CD	51,2		
(B)	Srednja poklicna izobrazba	45,1	D	5,8	CD	49,1		
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	43,7	D	11,4	AB	44,8	D	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	35,8	ABC	10,0	AB	54,2	C	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 73,3; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	38,8	C	9,9	BCD	51,3	CD	
(B)	Dijak, študent	33,0	C	15,2	AC	51,8		
(C)	Upokojenec	50,4	AB	3,9	ABDE	45,7	A	
(D)	Brezposeln	43,3 ^M		15,2	AC	41,5 ^M	A	
(E)	Drugo	42,2 ^M		8,6	C	49,2 ^M		
	Osebnostna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 26,5; p = 0,0015$						
(A)	Boljša kot prej	38,7	B	8,1		53,1	B	
(B)	Ostaja enaka kot prej	45,4	AC	8,3		46,3	AC	
(C)	Slabša kot prej	35,0	B	10,1		54,8	B	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 13,0; p = 0,1042$						
(A)	Velika verjetnost težav	39,0	C	10,5		50,5		
(B)	Možna prisotnost težav	39,2	C	10,3		50,6		
(C)	Brez težav	45,0	AB	7,9		47,0		
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 9,8; p = 0,0409$						
(A)	Brez bolezni	40,4		10,5	B	49,2		
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	43,3		7,4	A	49,3		
	Debelost	$\chi^2 = 1,2; p = 0,6968$						
(A)	Da	41,6		7,8		50,6		
(B)	Ne	41,7		9,2		49,2		
	Živi sam	$\chi^2 = 9,8; p = 0,0364$						
(A)	Da	39,8		5,3	B	54,9	B	
(B)	Ne	42,3		9,3	A	48,3	A	
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 21,4; p = 0,0014$						
(A)	Da	35,8	B	11,4	B	52,8	B	
(B)	Ne	44,3	A	7,9	A	47,8	A	

M: manj natančna ocena

Podatki druge presečne raziskave kažejo, da je 49,2 % oseb obroke v času pandemije covid-19 začelo pogosteje pripravljati doma. Osebe z višješolsko izobrazbo ali več so statistično značilno pogosteje pričele pripravljati obroke doma kot osebe s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo. Opazimo lahko tudi vpliv finančne situacije na pripravo obrokov: pri osebah, katerih finančna situacija se je v zadnjih 3 mesecih poslabšala ali izboljšala, opazamo statistično značilno višji delež tistih, ki poročajo o pričetku pogostejše priprave obrokov doma v primerjavi s tistimi, ki imajo enako finančno situacijo kot prej. Pogostejša priprava obrokov doma se statistično značilno kaže tudi pri osebah, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let, in tistih, ki živijo same (preglednica 35).

Preglednica 36: Povečanje telesne mase v času pandemije; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

V času pandemije covid-19 se je moja telesna teža povečala.								
		Ne drži		Niti ne drži niti drži		Drži		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.880)	79,8		5,4		14,8		
	Spol	$\chi^2 = 10,0; p = 0,0412$						
(A)	Moški	80,0		6,4	B	13,5		
(B)	Ženski	79,6		4,3	A	16,1		
	Starostne skupine	$\chi^2 = 140,3; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	65,8	CDEF	9,9	DEF	24,3	DEF	
(B)	Od 30 do 39 let	74,9	DEF	6,2		18,9	DEF	
(C)	Od 40 do 49 let	75,0	ADEF	6,9	EF	18,1	DEF	
(D)	Od 50 do 59 let	84,2	ABCEF	4,3	A	11,5	ABC	
(E)	Od 60 do 69 let	89,4	ABCD	2,4	AC	8,2	ABC	
(F)	70 let in več	90,8	ABCD	2,3	AC	6,9	ABC	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 44,5; p = 0,0005$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	84,6	D	5,9		9,5	CD	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	83,7	D	4,7		11,6	D	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	80,6	D	4,5		14,9	AD	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	72,8	ABC	6,7		20,5	ABC	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 105,9; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	76,7	BCE	6,0	BCE	17,3	BC	
(B)	Dijak, študent	63,7	ACDE	11,6	AC	24,7	ACDE	
(C)	Upokojenec	89,6	ABDE	2,6	AB	7,8	ABDE	
(D)	Brezposeln	81,4	BC	5,9		12,7	BC	
(E)	Drugo	83,8	ABC	3,2	A	13,0	BC	
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 31,0; p = 0,0011$						
(A)	Boljša kot prej	75,2	B	4,4		20,5	B	
(B)	Ostaja enaka kot prej	82,5	AC	5,2		12,3	AC	
(C)	Slabša kot prej	74,6	B	6,6		18,8	B	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 91,6; p < 0,0001$						
(A)	Velika verjetnost težav	64,0	BC	8,8	C	27,2	BC	
(B)	Možna prisotnost težav	76,4	AC	5,5		18,1	AC	
(C)	Brez težav	84,6	AB	5,0	A	10,4	AB	
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 5,7; p = 0,1745$						
(A)	Brez bolezni	78,6		6,4	B	15,0		
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	80,9		4,5	A	14,6		

V času pandemije covida-19 se je moja telesna teža povečala.							
		Ne drži		Niti ne drži niti drži		Drži	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Debelost	$\chi^2 = 49,6; p < 0,0001$					
(A)	Da	68,9	B	8,3	B	22,8	B
(B)	Ne	82,0	A	4,8	A	13,2	A
	Živi sam	$\chi^2 = 3,4; p = 0,3430$					
(A)	Da	82,3	B	3,7	B	14,0	
(B)	Ne	79,2	A	5,8	A	15,1	
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 30,7; p < 0,0001$					
(A)	Da	73,1	B	6,5		20,5	B
(B)	Ne	82,0	A	5,2		12,9	A

O povečanju telesne mase poroča 14,8 % vseh oseb, ki so sodelovale v raziskavi. Podrobnejše analize so pokazale, da je delež oseb, pri katerih se je telesna masa povečala, statistično značilno višji pri mlajših starostnih skupinah, še posebno pri mlajših od 30 let. Podobno opazimo tudi pri analizah po statusu aktivnosti, kjer je delež statistično značilno najvišji med dijaki in študenti kot pri ostalih. Delež narašča tudi glede na izobrazbo in je najvišji med najbolj izobraženimi osebami. Zanimivo je tudi, da je delež oseb, ki poročajo o povečanju telesne mase, statistično značilno višji tako v skupini, v kateri se je finančna situacija poslabšala, kot tudi med tistimi, ki poročajo o izboljšanju finančne situacije. Opazen je vpliv težav v duševnem zdravju, saj je delež tistih, ki poročajo o povečanju telesne mase, najvišji med tistimi, pri katerih so duševne težave najverjetnejše. Prav tako pa o tem pogosteje poročajo osebe z debelostjo in tisti, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let (preglednica 36).

RAZPRAVA

V prispevku smo podrobneje predstavili spremembe v prehranjevalnem vedenju v času prve in druge presečne raziskave SI-PANDA, ki je potekala Sloveniji v času pandemije covida-19, kot enega izmed pomembnih dejavnikov življenjskega sloga. Prehrana namreč pomembno vpliva na delovanje imunskega sistema in je neposredno ali vsaj posredno povezana s številnimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi (GBD 2017 Diet Collaborators, 2019). Po drugi strani so na prehranjevanje vplivali številni strukturni dejavniki, povezani z ukrepi za zavezitev pandemije bolezni covid-19. Predstavili smo ključne ugotovitve v prehranjevalnem vedenju ljudi, skupaj in glede na sociodemografske značilnosti prebivalcev. Te lahko predstavljajo pomembno osnovo za predlagane splošne in ciljne ukrepe za izboljšanje stanja tako v smeri prehranskih navad kot v smeri odpornosti prehranskih sistemov.

Dve tretjini prebivalcev je poročalo, da prehranskih navad v času pandemije covida-19 niso spreminjali. Podobno ugotavlja raziskava, v kateri je poleg Danske in Nemčije sodelovala tudi Slovenija, in v kateri je o spremembi svojih prehranskih navad poročalo 15–42 % sodelujočih (Janssen idr., 2021). Delež tistih, ki so prehrano spremenili, pa se bolj ali manj enakomerno razporedi med tiste, ki so prehrano izboljšali, in tiste, pri katerih se je prehrana poslabšala. Do podobnih ugotovitev prihajajo tudi v drugih raziskavah, saj ugotavljajo, da večina prebivalcev prehrane ni spreminjala, pri tistih, ki so prehranske navade spremenili, pa v nasprotju z našimi rezultati nekoliko prevladujejo tisti, ki poročajo o izboljšanju (Deschasaux-Tanguy idr., 2021; Dijksterhuis idr., 2022; Janssen idr., 2021 Sarda idr., 2022; Scarmozzino in Visioli, 2020). V primerjavi s podatki druge presečne raziskave SI-PANDA se je nekoliko znižal delež tistih, ki poročajo o poslabšanju prehranskih navad, kar bi lahko pripisali sproščanju epidemioloških ukrepov v času izvajanja druge presečne raziskave. O vsaj delni vrnitvi predpandemičnih prehranskih navad v času drugega vala v primerjavi s prvim poročajo tudi druge študije (Janssen idr., 2021). Raziskovalci ugotavljajo, da so bili za spremembe v prehranjevanju krivi predvsem različni ukrepi in spremenjene okoliščine, ki so imeli za posledico odrejeno delo od doma, več

časa, preživetega doma, omejitve gibanja, zaprtje delovnih mest, zaprtje trgovin, gostinskih obratov in drugih storitvenih dejavnosti in iz tega izhajajo še socialno-ekonomske ranljivosti ter negativni stres, ki so ga ob tem ljudje doživljali (Hočevnar Grom idr., 2021; Janssen idr., 2021; Jordan idr., 2021).

Podrobnejši pregled pokaže, da je imela pandemija covid-19 v primerjavi z obdobjem pred tem največji vpliv na uživanje sadja in prehranskih dopolnil, mastne pa tudi slane in sladke hrane. Vpliv je bil zaznan tudi na drugih spremljanih prehranskih determinantah, vendar je bil manj izrazit. Zanimive so ugotovitve že zgoraj omenjene študije, v kateri je sodelovala tudi Slovenija, v kateri so ugotovili, da se je pogostnost uživanja živil najbolj spremenila pri kategorijah zamrznjene hrane, konzervirane hrane ter pri skupini sladkih živil (pecivo, torte ipd.). Ugotavljajo tudi, da se je na splošno zmanjšala predvsem poraba sveže hrane, medtem ko se je povečala poraba hrane z daljšim rokom trajanja (Janssen idr., 2021).

Za sadje je med splošno javnostjo znano prepričanje, da je pomemben vir vitaminov, mineralov, prehranskih vlaknin ter drugih koristnih snovi, ki ugodno vplivajo na zdravje in delovanje imunskega sistema. Zaradi nizke energijske gostote je prepoznano kot koristno tudi pri vzdrževanju priporočene telesne mase (Slavin in Lloyd, 2012), čeprav je treba upoštevati tudi vpliv deleža sladkorjev v posameznih vrstah sadja. Spodbudno je, da je kar 19 % prebivalcev v času pandemije pričelo uživati več sadja, največ takih je bilo v najmlajših starostnih skupinah, zlasti dijakov in študentov. Ta navada je v času pandemije porasla tudi v kategoriji oseb z najvišjo izobrazbo ter v skupini tistih, pri katerih se je finančna situacija izboljšala. Povečano uživanje sadja lahko najverjetneje pripišemo njegovi boljši (fizični in cenovni) dostopnosti (v primerjavi z zelenjavo) in pa splošno visokemu prepričanju o njegovih koristih za izboljšanje imunskega sistema. Do podobnih ugotovitev prihajajo tudi druge raziskave iz tujine, kjer ugotavljajo večje uživanje doma pridelanega sadja v času pandemije covid-19 (Sooriyaarachchi idr., 2022), več uživanja sadja in drugih živil, ki spodbujajo imunski sistem med mlajšimi starostnimi skupinami (Gonella idr., 2022) ter še posebej med mlajšimi dekleti (Ruiz-Ruso idr., 2020). Nasprotno so manj sadja začeli uživati tisti, ki se jim je finančna situacija poslabšala, in tudi osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, brez prisotnih kroničnih obolenj in tisti, ki živijo sami. Podobno ugotavlja tuja študija, ki zaznava v času pandemije zmanjšano uživanje zlasti uvoženega sadja, in sicer med mladimi, moškimi, zaposlenimi ter tistimi z nižjimi mesečnimi dohodki (Sooriyaarachchi idr., 2022). Podobno ugotavlja tudi raziskava, v kateri je sodelovala tudi Slovenija, v kateri raziskovalci ugotavljajo, da se je v času pandemije občutno zmanjšala pogostost nakupovanja svežega sadja in zelenjave (Janssen idr., 2021). To lahko pomeni, da so zaznave prebivalcev drugačne od realnih nakupovalnih navad ali pa da se je povečalo uživanje doma pridelanega sadja, kar bi bilo treba še dodatno raziskati.

Iz podobnega razloga kot za povečano uživanje sadja je najverjetneje velika večina prebivalcev v času pandemije povečala ali pričela z uživanjem prehranskih dopolnil, ki vsebujejo hranila z vplivom na imunski sistem. Tudi v tem primeru so po dopolnilih pogosteje posegale ženske, pa tudi višje izobraženi in tisti, ki so bili v boljšem finančnem položaju, ki so si te izdelke lahko tudi privoščili. Prav tako je opaziti povečano uživanje v skupini oseb s kronično boleznijo ter v skupini tistih, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let, najverjetneje zaradi večje zaskrbljenosti za lastno zdravje in zdravje svojih svojcev. Do podobnih ugotovitev prihajajo tudi v drugih raziskavah, kjer ugotavljajo povišano uživanje pri skupinah, ki so višje izobražene, in tistih, ki so bolj zdravstveno osveščene ali zaskrbljene (Puscion-Jakubik idr., 2021). Raziskovalci tudi ugotavljajo, da je večina uporabnikov kot glavni razlog za njihovo uporabo navedla željo po izboljšanju imunskega sistema, pogosto v povezavi z diagnosticiranim prehranskim pomanjkanjem. V nadaljevanju še ugotavljajo predvsem porast uporabe dopolnil z vitaminom D in C ter cinkom in selenom, čeprav je bilo znano, da dopolnila ne preprečujejo covid-19, so pa uporabniki njihovo uživanje opravičevali s splošnimi koristmi pri okužbah dihal (Aysin in Urhan, 2021). Kot navaja Lordan (2021), se je marca 2020 v primerjavi z enakim obdobjem prejšnjega leta samo v Združenem kraljestvu prodaja vitaminov povečala za 63 %, v Franciji pa za približno za 40–60 %. Povečano svetovno prodajo prehranskih dopolnil je v veliki meri spodbudilo veliko zanimanje za prehranska dopolnila kot možni profilaksi pred covidom-19 z ohranjanjem ali izboljšanjem imunske funkcije. Uživanje prehranskih dopolnil v vseh starostnih skupinah se priporoča le ob medicinski indikaciji in po posvetu z zdravnikom. Nekritično uživanje prehranskih dopolnil ima lahko ob prekoračenih vnosih negativne posledice za zdravje.

Pri socialno-ekonomsko ranljivejših prebivalcih pa predstavlja nakup prehranskih dopolnil relativno velik strošek, ki bi ga lahko porabili za kakovostnejšo, pestro mešano prehrano. Z javnozdravstvenega vidika gre za neugodno vedenje, ki še dodatno povečuje neenakosti med ljudmi.

Podatki kažejo, da je imela pandemija covid-19 vpliv tudi na zmanjšano uživanje mastne, v nekoliko manjši meri pa tudi slane in sladke hrane. Zaradi odsotnosti gibanja in s tem povezanih omejitev so si ljudje predvsem pred strahom, da bodo pridobili telesno maso, omejevali predvsem maščobne prigrizke, saj mastno hrano splošna javnost še vedno v največji meri povezuje z debelostjo (Watson, 2016).

Podrobnejši vpogled v uživanje sladke hrane pokaže, da so to omejile predvsem ženske, za katere predvidevamo, da so bolj podvržene medikalizaciji in so bolj dovzetne za prehranska priporočila, nato starejše starostne skupine, ki so zaradi prisotnih zdravstvenih težav najverjetneje bolj zaskrbljene za svoje zdravje (Gabrijelčič Blenkuš idr., 2010). Nasprotno o povečanem uživanju sladke hrane pogosteje poročajo mlajše starostne skupine, zlasti študentje, ki so bili v panelni raziskavi o vplivu pandemije na življenje prepoznani kot ena najbolj prizadetih skupin, tisti, ki se jim je finančna situacija poslabšala, neverjetneje zaradi možne izgube službe, ter osebe, ki so imele večjo verjetnost prisotnosti duševnih težav. Povečano nekontrolirano uživanje večjih količin sladke, mastne in slane in hrane lahko v povezavi s pandemijo pomeni tudi pripomoček za blaženje negativnega stresa, ki so ga prebivalci doživljali v času trajanja pandemije in izvajanja s tem povezanih ukrepov.

Podatki raziskave SI-PANDA kažejo neenakomeren vpliv pandemije covid-19 na prehranske navade različnih skupin prebivalstva. Pri tem lahko izpostavimo nekaj skupin, pri katerih zaznavamo največje spremembe, kot so mladi, brezposelni, tisti, ki se jim je poslabšala finančna situacija, osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, osebe z debelostjo, tisti, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let, in tisti, ki živijo sami.

Ne glede na to, da omenjene skupine pogosteje poročajo o subjektivni zaznavi poslabšanja zdrave prehrane, kar potrjujejo tudi vprašanja, ki to objektivneje opredeljujejo (pogostejše uživanje sladke hrane, uživanje večjih količin hrane, povečano število obrokov, povečanje telesne mase), pa lahko pri nekaterih vprašanjih pri teh skupinah zaznavamo izboljšanje prehranskih navad. Tako na primer mlajše starostne skupine, dijaki in študenti, brezposelni in tisti, ki živijo sami, v približno enakem deležu poročajo o izboljšanju kot poslabšanju prehrane. Tudi tuje raziskave kažejo, da so mlajše starostne skupine prehrano prilagodile mediteranskemu tipu z večjim vključevanjem sveže, domače zelenjave in sadja ter bolj priporočenimi izbiri maščob (Di Renzo idr., 2020, Pietrobelli idr., 2020). Ruiz-Roso in sodelavci (2020) navajajo, da so razlogi za povečan vnos sadja in zelenjave pri mlajših starostnih skupinah to, da so hrano pripravljali doma in da so bili deležni številnih promocijskih aktivnosti o pomenu sadja in zelenjave med pandemijo.

Po drugi strani pa lahko pri osebah, katerih finančna situacija se je poslabšala, imajo veliko verjetnost težav v duševnem zdravju ali so debeli, pri skoraj vseh vprašanjih zaznamo poslabšanje prehranskih navad. Podobno ugotavljajo tudi tuje študije, ki ugotavljajo, da se je uživanje sadja in zelenjave ter drugih hranilno ugodnih izbir pri teh skupinah zmanjšalo zaradi njihove zmanjšane ponudbe, povišanih cen, slabše finančne situacije pa tudi zaradi doživljanja negativnega stresa in anksioznosti (Bennett idr., 2021). V teh skupinah osebe posledično tudi pogosteje poročajo o povečanju telesne mase. Je pa delež oseb, ki poročajo o povečanju telesne mase, v naši raziskavi v splošnem nekoliko nižji kot v primerljivih raziskavah iz tujine (Drieskens idr., 2021; Nastasescu idr., 2022; Pina in Castelletti, 2021; Skotnicka idr., 2021).

O povečanju telesne mase pogosteje poročajo tudi mlajše skupine oziroma dijaki in študenti, kar je še posebno zaskrbljujoče, saj naraščanje telesne mase pri mladih zaznavajo skoraj v vseh raziskavah in predstavlja pomemben vzrok številnih kroničnih nenalezljivih bolezni pozneje v odraslosti (Jia idr., 2021). Na povečanje telesne mase v času pandemije covid-19 in spremljajočih epidemioloških ukrepov pri mladih in na splošno vplivajo lahko še številni drugi dejavniki, kot so več časa, preživetega doma, zmanjšanje telesne aktivnosti, več časa, preživetega sede, in čezmerna raba zaslonov (Jia idr., 2021; Jovanović idr., 2021). Posledično se je tudi zaradi izrazitega upada gibalne učinkovitosti povečal delež otrok z debelostjo. To je med šolskimi otroki v Sloveniji v okviru SLOfit – športnovzgojnega kartona zaznala tudi Fakulteta za šport in dodatno osvetljuje posebno ogroženost mlajših starostnih skupin (Jurak idr., 2021). O spremembah na področju telesne aktivnosti v času pandemije covid-19 je več navedenega v poglavju o telesni aktivnosti.

Glede na rezultate naše raziskave ima v prehranskem smislu največji vpliv na porast telesne mase najverjetneje povečanje uživanja mastnih živil in zmanjšanje uživanja zelenjave. V mednarodni raziskavi so ugotovili, da se je uživanje nezdrave hrane med zaprtjem izrazito povečalo, kar je vplivalo na spremembe v razpoloženju, vključno s pomanjkanjem motivacije in porastom tesnobe (Ammar idr., 2020). Raziskovalci ugotavljajo, da je za poslabšanje prehrane pogosto krivo povečanje anksioznosti v času pandemije in med odrejenimi karantenami (Ammar idr., 2020; Scarmozzino in Visioli, 2020). Pellegrini s sodelavci (2020) ravno tako ugotavljajo izrazitejše povečanje telesne mase oseb z debelostjo, kar prav tako povezujejo s pogostejšim uživanjem sladke hrane in anksioznostjo.

Na povečanje telesne mase lahko vpliva tudi pričetek nekontroliranega uživanja večjih količin hrane in uživanja večjega števila dnevnih obrokov v času pandemije. Tudi tuje raziskave kažejo spremembo prehranjevanja med pandemijo, in sicer v obe smeri: na eni strani je prišlo do povečanega občutka lakote in s tem uživanja večjih količin hrane, na drugi strani pa do uživanja manj hrane zaradi različnih vzrokov (npr. stresa, zmanjšanja stikov in občutka osamljenosti, finančnih težav) kot pred pandemijo. Tistim, ki so uživali večje količine hrane, se je praviloma povečala tudi telesna masa. Prav tako se je pri nekaterih pojavila želja po kuhanju in peki iz osnovnih živil; s tem se je povečalo tudi uživanje energijsko bogatih živil (npr. doma pečenega kruha, sladici) (Di Renzo idr., 2020). Podobno je pokazala tudi raziskava v ukrepu Šolska shema, in sicer so družine poročale, da so porabile več časa za načrtovanje in pripravo več obrokov kot pred pandemijo. Nekaj intervjuvanih otrok je med pandemijo pri sebi opazilo tudi povišano telesno maso. Kot razloge so navajali: velike količine zaužitih kosmičev z mlekom, uživanje mastne/ocvrte hrane, stres zaradi šolskih zahtev ter pomanjkanje gibanja (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2020).

Ravno najbolj ogrožene skupine, pri katerih so se prehranske navade poslabšale v največji meri (poslabšana finančna situacija, velika verjetnost težav v duševnem zdravju, debelost), tudi pogosteje poročajo o finančni nezmožnosti zagotavljanja ustreznega beljakovinskega obroka. Ustrezen vnos kakovostnih beljakovin je pomemben za normalno delovanje našega telesa. Rezultati raziskave kažejo, da si nekaj več kot dve tretjini prebivalcev vsaj enkrat na dva dni lahko v obroku privoščijo kakovostna beljakovinska živila. Finančna nezmožnost zagotavljanja beljakovinskega obroka pa se kaže tudi pri starejših, nižje izobraženih, brezposelnih in tistih, ki živijo sami. Nekatere tuje raziskave kažejo, da se je poraba mesa v času covid-19 ali zmanjšala (zaradi težav pri nakupu) ali povečala (pri študentih in tistih, ki so delali na daljavo) (Gorska idr., 2021). Izračuni namreč kažejo, da beljakovinski obrok spada med dražje. Prav tako za leto 2020 Eurostatov kazalnik revščine glede uživanja obroka z mesnim, ribjim ali vegetarijanskim ekvivalentom vsaj vsak drugi dan kaže, da si nekaj več kot eden od petih Evropejcev tega ni mogel privoščiti (Eurostat, 2022). Po podatkih SURS so tisti, ki živijo v materialno prikrajšanih gospodinjstvih, zaradi omejenih finančnih virov prikrajšani za več različnih elementov, eden od njih je tudi uživanje beljakovinskega obroka vsaj vsak drugi dan, na podlagi katerih se izračuna stopnja materialne prikrajšanosti (Statistični urad RS, 2022).

Približno dve petini vprašanih je imelo višje stroške za prehrano. O višjih stroških poročajo tudi osebe, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let, kar je verjetno posledica zaprtja šol in izpada šolske prehrane. To je nakazala tudi raziskava ukrepa Šolska shema¹ (NIJZ, 2020). Kljub temu pa pri teh osebah ne zaznavamo, da bi v večji meri imeli težave pri zagotavljanju ustreznega beljakovinskega obroka, saj del prebivalstva povišane stroške lahko kompenzira znotraj proračunov gospodinjstva. Podobno kažejo tudi tuje raziskave, kjer kot vzrok navajajo večje potrebe po kakovostni hrani za otroke (Godrich idr., 2022; Huang idr., 2021). Tuje študije kažejo, da je pandemija povzročila težave in negotovost pri preskrbi s hrano predvsem pri ranljivih skupinah (npr. invalidih, tistih s težavami v duševnem zdravju, mladih).

¹ Šolska shema je ukrep skupne kmetijske politike EU, ki otrokom v osnovni šoli in zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami zagotavlja brezplačen dodatni obrok sadja in zelenjave ter mleka in mlečnih izdelkov, obvezni spremljevalni izobraževalni ukrepi v ukrepu pa povezujejo otroke s kmetijstvom in spodbujajo zdravo prehranjevanje. Izvajalec vrednotenja učinkov ukrepa je NIJZ, ki v raziskave vključuje e-ankeete in kvalitativno raziskavo z nekaterimi ključnimi ciljnim skupinami z metodo fokusnih skupin. Kvalitativna raziskava v okviru evalvacije Šolske sheme, izvedena v septembru 2020, je bila usmerjena tudi v pridobivanje informacij o družinskih obrokih v času pandemije covid-19.

Da bi dosegli izboljšanje prehranskih navad v ranljivih skupinah, moramo zagotoviti ustrezne strukturne pogoje (cenovno dostopnost, priročnost in razpoložljivost zdrave hrane), saj sicer ne bodo posegali po bolj zdravih živilih (Gillies idr., 2021). Pri tem lahko pomagajo podpora in izboljšana mreža socialne varnosti ter strategije za podporo ranljivim skupinam za povečanje prehranske varnosti (Godrich idr., 2022). Pomen strukturnih pogojev nakazuje tudi relativna neučinkovitost strategij, ki temeljijo izključno na individualnih vedenjskih spremembah v socialno-ekonomsko ranljivih skupinah (Gillies idr., 2021). Zato je posebno pomembno, da slovenska strategija za prehrano in telesno dejavnost *Dober tek, Slovenija* v veliki meri naslavlja prav strukturne dejavnike zdravega prehranjevanja. To v razmerah, kot je pandemija, usmerja aktivnosti in ukrepe države za izboljšanje stanja (Ministrstvo za zdravje, 2016).

So pa rezultati hkrati pokazali, da lahko tudi pri skupinah, pri katerih običajno najdemo ustrežnejše prehranske navade (Gregorič idr., 2019; Vinko idr., 2016), kot so tisti z boljšim socioekonomskim statusom (višja izobrazba, boljša finančna situacija), kljub temu da sami sicer ne poročajo o poslabšanju zdrave prehrane, to zaznamo s pomočjo vprašanj o pogostejšem nekontroliranem uživanju hrane in večjem številu obrokov ter tudi pri poročanju o povečani telesni masi.

Opažamo, da skupine, ki so bile vključene v statistično analizo, niso homogene in da je znotraj skupin v času pandemije covid-19 prišlo tako do poslabšanja kot tudi izboljšanja prehranskih navad. Podobno smo zaznali že v nekaterih preteklih raziskavah, kjer smo med drugim izpostavili razlike znotraj skupine bolj izobraženih žensk. Pozorni moramo biti tudi na skupine, ki jih sicer tradicionalno ne obravnavamo kot ogrožene in/ali ranljive, saj lahko tudi znotraj njih zaznavamo negativne spremembe. Tovrstne razlike znotraj skupin lahko dodatno osvetlimo s kvalitativnimi študijami, kar smo za skupino družin s šoloobveznimi otroki delno že izvedli v okviru ukrepa Šolska shema (NIJZ, 2020).

Iz zbranih rezultatov lahko povzamemo, da je pandemija najmočneje vplivala na prehranske navade ljudi s socialno-ekonomsko manj ugodno življenjsko situacijo (mladi, poslabšana finančna situacija v zadnjih 3 mesecih, osebe, ki živijo z osebami, mlajšimi od 18 let, osebe, ki živijo same), tiste, ki so imeli večjo verjetnost težav v duševnem zdravju in so težje doživljali stres, povezan s pandemijo in izvajanimi ukrepi, ter tiste, ki so že pred pojavom pandemije covid-19 imeli nezdrav življenjski slog. Tovrstne zaključke potrjujejo tudi rezultati nekaterih drugih raziskav iz tujine, ki izpostavljajo, da so se prehranske navade manj spreminjale pri tistih, ki ne poročajo o večjih življenjskih spremembah. Hkrati pa se njihove ugotovitve o skupinah, pri katerih se je prehrana najbolj spreminjala, ujemajo z našimi (Bennet idr., 2021; Deschasaux-Tanguy idr., 2021; Gorska idr., 2021; Profeta idr., 2021; Wang idr., 2021). Seveda pa vpliv spremenjenih življenjskih situacij ni vedno negativen, saj lahko npr. delo od doma pozitivno vpliva na prehranske navade (Gorska idr., 2021).

ZAKLJUČEK

V poglavju ugotavljamo, da večina prebivalcev prehrane v času pandemije sicer ni spreminjala, vendar sta opazna tudi deleža tistih, ki so prehrano izboljšali ali poslabšali. Nekatero zaznane negativne spremembe v prehrani so še posebno izrazite v nekaterih izpostavljenih skupinah in bodo skupaj s povečanjem telesne mase ter spremljajočim zmanjšanjem telesne aktivnosti, če so se ohranile tudi v času po pandemiji covid-19, lahko pomembno vplivale na razširjenost kroničnih nenalezljivih bolezni v prihodnosti. Zato je posebno pomembno, da tudi v prihodnje aktivno spremljamo prehranske navade in okrepimo izvajanje ukrepov, ki bodo omogočali zdrave prehranske izbire v kombinaciji z zdravim življenjskim slogom. Ukrepi morajo biti usmerjeni tako individualno kot strukturno, s poudarkom na zaščiti ranljivejših skupin in oblikovani v smeri večje odpornosti prehranskih sistemov. To bo smiselno upoštevati ob morebitnem ponovnem pojavu pandemije in uvedbi epidemioloških ukrepov. V prihodnje bi koristile tudi dodatne kvalitativne raziskave, ki bi podrobneje osvetlile vzroke za spremembo prehranskih navad, in možne pristope k njihovem izboljšanju.

VIRI IN LITERATURA

Alberca, R. W., Oliveira, L. de M., Branco, A. C. C. C., Pereira, N. Z., in Sato, M. N. (2021). Obesity as a risk factor for COVID-19: An overview. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 61(13), 2262–2276.

<https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1775546>

Ammar, A., Brach, M., Trabelsi, K., Chtourou, H., Boukhris, O., Masmoudi, L., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Müller, P., Müller, N., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., Pernambuco, C. S., Mataruna, L., ... Hoekelmann, A. (2020) Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*, 12(6),1583.

Aysin, E. in Urhan, M. (2021). Dramatic Increase in Dietary Supplement Use During Covid-19. *Current Developments in Nutrition*, 5, 207–207.

Bennett, G., Young, E., Butler, I. in Coe, S. (2021). The Impact of Lockdown During the COVID-19 Outbreak on Dietary Habits in Various Population Groups: A Scoping Review. *Frontiers in nutrition*, 8, 626432. doi:10.3389/fnut.2021.626432

Deschasaux-Tanguy, M., Druetne-Pecollo, N., Esseddik, Y., de Edelenyi, F. S., Allès, B., Andreeva, V. A., Baudry, J., Charreire, H., Deschamps, V., Egnell, M., Fezeu, L. K., Galan, P., Julia, C., Kesse-Guyot, E., Latino-Martel, P., Oppert, J. M., Péneau, S., Verdot, C., Hercberg, S. in Touvier, M. (2021) Diet and physical activity during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown (March-May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. *The American journal of clinical nutrition*, 113(4), 924-938. doi:10.1093/ajcn/nqaa336

Dijksterhuis, G. B., van Bergen, G., de Wijk, R. A., Zandstra, E. H., Kaneko, D., in Vingerhoeds, M. (2022). Exploring impact on eating behaviour, exercise and well-being during COVID-19 restrictions in the Netherlands. *Appetite*, 168.

<https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105720>

Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., Leggeri, C., Caparello, G., Barrea, L., Scerbo, F., Esposito, E., in De Lorenzo, A. (2020) Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of Translational Medicine*, 18(1),229.

Drieskens S, Berger N, Vandevijvere S, Gisle, L., Braekman, E., Charafeddine, R., De Ridder, K., in Demarest, S. (2021) Short-term impact of the COVID-19 confinement measures on health behaviours and weight gain among adults in Belgium. *Archives of public health*, 79(1), 22. doi:10.1186/s13690-021-00542-2

Eurostat. (2022). 8.6% of people in the EU unable to afford proper meal. Pridobljeno 1. junija 2022 iz:

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220225-1#:~:text=In%202020%2C%208.6%25%20of%20the,vegetarian%20equivalent%20every%20second%20day>

Gabrijelčič Blenkuš, M., Čeplak, M., Bajt, M., Korošec, A., Djomba, J., Maučec Zakotnik, J., Ribič, C. in Jeriček Klanšček, H. (2013).The differences in selected health-related behaviour indicators among women with different educational attainment in Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*, 52(2) 119-136. <https://doi.org/10.2478/sjph-2013-0014>

Gabrijelčič Blenkuš, M., Gregorič, M., Tivadar, B., Koch, V., Kostanjevec, S., Fajdiga Turk, V., Žalar, A. in Lavtar, D. (2010). Prehranske navade odraslih Slovencev z vidika varovanja zdravja. *Zdrava prehrana in javno zdravje*, (55–68).

Gabrijelčič Blenkuš, M., Kofol Bric, T., Zaletel, M., Hočvar Grom, A. in Lesnik, T. (ur.). (2020). Neenakosti v zdravju—Izziv prihodnosti v medsektorskem sodelovanju. Nacionalni inštitut za javno zdravje.

<https://www.nijz.si/sl/izid-publikacije-noonakosti-v-zdravju>

GBD 2017 Diet Collaborators (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 393(10184), 1958-72.

Gillies, C., Super, S., Te Molder, H., de Graaf, K. in Wagemakers, A. (2021). Healthy eating strategies for socioeconomically disadvantaged populations: a meta-ethnography. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 16(1), 1942416. doi:10.1080/17482631.2021.1942416

Godrich, S.L., Lo, J., Kent, K., Macau, F., in Devine, A. (2022). A mixed-methods study to determine the impact of COVID-19 on food security, food access and supply in regional Australia for consumers and food supply stakeholders. *Nutrition journal*, 21, 17 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12937-022-00770-4>

Górska, P., Górna, I., Miechowicz, I. in Przysławski, J. (2021). Changes in Life Situations during the SARS-CoV-2 Virus Pandemic and Their Impact on Eating Behaviors for Residents of Europe, Australia as Well as North and South America. *Nutrients*. <https://doi.org/10.3390/nu131035>

Gregorič, M., Blaznik, U., Turk Fajdiga, V., Delfar, N., Korošec, A., Lavtar, D., Zaletel, M., Koroušič Seljak, B., Golja, P., Zdešar Kotnik, K., Robič Pikel, T., Pravst, I., Fidler Mis, N., Kostanjevec, S., Pajnkihar, M., Poklar Vatovec, T., in Hočevnar Grom, A. (2019). *Različni vidiki prehranjevanja prebivalcev Slovenije : v starosti od 3 mesecev do 74 let*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Hočevnar Grom, A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, M., Lavtar, D., Gabrijelčič Blenkuš, M., Jeriček Klanšček, H., Klepac, P., Vinko, M., Fafangel, M., Carli, T. in Drev, A. (2021). Pandemija COVID-19 v Sloveniji : *izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA)*, 6. val. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 26 str.
<https://www.nijz.si/sl/izsledki-panelne-spletne-raziskave-si-panda>

Hammouri, H., Almomani, F., Muhsen, R. A., Abughazzi, A., Daghmash, R., Abudayah, A., Hasan, I., in Alzein, E. (2022). Lifestyle Variations during and after the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study of Diet, Physical Activities, and Weight Gain among the Jordanian Adult Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3).
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031346>

Huang, K.-M., Sant'Anna, A.C., Etienne, X. (2021). How did Covid-19 impact US household foods? an analysis six months in. *PLoS ONE*, 16(9), e0256921. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256921>

Janssen, M., Chang, B., Hristov, H., Pravst, I., Profeta, A., in Millard, J. (2021). Changes in Food Consumption During the COVID-19 Pandemic: Analysis of Consumer Survey Data From the First Lockdown Period in Denmark, Germany, and Slovenia. *Frontiers in nutrition*, 8, 635859. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.635859>

Jia, P., Zhang, L., Yu, W., Yu, B., Liu, M., Zhang, D., in Yang, S. (2021). Impact of COVID-19 lockdown on activity patterns and weight status among youths in China: The COVID-19 Impact on Lifestyle Change Survey (COINLICS). *International Journal of Obesity*, 45(3), 695–699. <https://doi.org/10.1038/s41366-020-00710-4>

Jordan, I., Keding, G. B., Stosius, L., Hawrysz, I., Janiszewska, K., in Heil, E. A. (2021). Changes in Vegetable Consumption in Times of COVID-19-First Findings From an International Civil Science Project. *Frontiers in nutrition*, 8, 686786.
<https://doi.org/10.3389/fnut.2021.686786>

Jovanović, G. K., Zupalj, N. D., Majanović, S. K., Rahelić, D., Rahelić, V., Lončar, J. V., in Žeželj, S. P. (2021). The outcome of COVID-19 lockdown on changes in body mass index and lifestyle among croatian schoolchildren: A cross-sectional study. *Nutrients*, 13(11). <https://doi.org/10.3390/nu13113788>

Jurak, G., Morrison, S.A., Kovač, M., Leskošek, B., Sember, V., Strel, J., in Starc, G. (2021). A COVID-19 Crisis in Child Physical Fitness: Creating a Barometric Tool of Public Health Engagement for the Republic of Slovenia. *Frontiers in public health*, 9, 644235. doi:10.3389/fpubh.2021.644235

Lordan, R. (2021) Dietary supplements and nutraceuticals market growth during the coronavirus pandemic – Implications for consumers and regulatory oversight. *PharmaNutrition*, 18, 100282.

Ministrstvo za zdravje (2016). *Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020) *Raziskava Šolska shema, izsledki fokusnih skupin za učenci osnovnih šol in starši na temo družinskih obrokov v času pandemije COVID-19, v okviru ukrepa Šolska shema*. (Še neobjavljeno)

Năstăsescu, V., Mititelu, M., Stanciu, T.I., Drăgănescu, D., Grigore, N. D., Udeanu, D. I., Stanciu, G., Neacșu, S. M., Dinu-Pîrnu, C. E., Oprea, E., in Ghica, M. (2022). Food Habits and Lifestyle of Romanians in the Context of the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*, 14(3), 504. doi:10.3390/nu14030504

Pellegrini, M., Ponzio, V., Rosato, R., Scumaci, E., Goitre, I., Benso, A., Belcastro, S., Crespi, C., De Michieli, F., Ghigo, E., Broglio, F., in Bo, S. (2020) Changes in Weight and Nutritional Habits in Adults with Obesity during the “Lockdown” Period Caused by the COVID-19 Virus Emergency. *Nutrients*, 12(7), 2016.

Pietrobelli, A., Pecoraro, L., Ferruzzi, A., Heo, M., Faith, M., Zoller, T., Antoniazzi, F., Piacentini, G., Fearnbach, S. N. in Heymsfield, S. B. (2020) Effects of COVID-19 Lockdown on Lifestyle Behaviors in Children with Obesity Living in Verona, Italy: A Longitudinal Study. *Obesity (Silver Spring)*, 28(8), 1382–5.

Pina, A., in Castelletti, S. (2021). COVID-19 and Cardiovascular Disease: A Global Perspective. *Current Cardiology Reports*, 23(10). <https://doi.org/10.1007/s11886-021-01566-4>

Pravst, I., Raats, M. M., in Chang, B. (2022). Editorial: The Effects of the COVID-19 Outbreak on Food Supply, Dietary Patterns, Nutrition, and Health: Volume 1. *Frontiers in nutrition*, 9, 845374. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.845374>

Profeta, A., Siddiqui, S. A., Smetana, S., Hossaini, S. M., Heinz, V., in Kircher, C. (2021). The impact of Corona pandemic on consumer's food consumption: Vulnerability of households with children and income losses and change in sustainable consumption behavior. *Journal Fur Verbraucherschutz Und Lebensmittelsicherheit*, 16(4), 305–314.

<https://doi.org/10.1007/s00003-021-01341-1>

Puścion-Jakubik, A., Bielecka, J., Grabia, M., Mielech, A., Markiewicz-Żukowska, R., Mielcarek, K., Moskwa, J., Naliwajko, S. K., Soroczyńska, J., Gromkowska-Kępk, K. J., Nowakowski, P., in Socha, K. idr. (2021). Consumption of Food Supplements during the Three COVID-19 Waves in Poland—Focus on Zinc and Vitamin D. *Nutrients*, 13(10), 3361.

Rolland, B., Haesebaert, F., Zante, E., Benyamina, A., Haesebaert, J., in Franck, N. (2020). Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France: Survey Study. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(3), e19630.

<https://doi.org/10.2196/19630>

Ruiz-Roso, M.B., de Carvalho Padilha, P., Mantilla-Escalante, D.C., Ulloa, N., Brun, P., Acevedo-Correa, D., Arantes Ferreira Peres, W., Martorell, M., Aires, M. T., de Oliveira Cardoso, L., Carrasco-Marín, F., Paternina-Sierra, K., Rodriguez-Meza, J. E., Montero, P. M., Bernabè, G., Pauletto, A., Taci, X., Visioli, F., in Dávalos, A. (2020) Covid-19 Confinement and Changes of Adolescent's Dietary Trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil. *Nutrients*, 12(6), E1807.

Sarda, B., Delamaire, C., Serry, A.-J., in Ducrot, P. (2022). Changes in home cooking and culinary practices among the French population during the COVID-19 lockdown. *Appetite*, 168. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105743>

Scarmozzino, F., in Visioli, F. (2020). Covid-19 and the Subsequent Lockdown Modified Dietary Habits of Almost Half the Population in an Italian Sample. *Foods*, 9(5), 675. <https://doi.org/10.3390/foods9050675>

Skotnicka, M., Karwowska, K., Kłobukowski, F., Wasilewska, E., in Małgorzewicz, S. (2021). Dietary Habits before and during the COVID-19 Epidemic in Selected European Countries. *Nutrients*, 13(5), 1690. <https://doi.org/10.3390/nu13051690>

Slavin, J.L. in Lloyd, B. (2012) Health Benefits of Fruits and Vegetables. *Advances in nutrition*, 3(4), 506–16.

Sooriyaarachchi, P., Francis, T.V. in Jayawardena, R. (2022) Fruit and vegetable consumption during the COVID-19 lockdown in Sri Lanka: an online survey. *Nutrire*, 47(2), 12.

Statistični urad RS. (2021). *Materialni položaj gospodinjstev v 2020*. Pridobljeno 1. junija 2022 iz:

<https://www.stat.si/StatWeb/news/Index/9364>

Vetrani, C., Calabrese, I., Di Rienzo, S., Pagliuca, M., Riviaccio, A., De Angelis, R., Riccardi, G., Rivellesse, A. A., Annuzzi, G., in Bozzetto, L. (2021). Dietary Changes During COVID-19 Lockdown in Adults With Type 1 Diabetes on a Hybrid Artificial Pancreas. *Frontiers in Public Health*, 9, 752161. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.752161>

Vidal, L., Brunet, G., Curutchet, M.R., Girona, A., Pardiñas, V., Guerra, D., Platero, E., Machado, L., González, F., Gugliucci, V. in Ares, G. (2021). Is COVID-19 a threat or an opportunity for healthy eating? An exploration of the factors that moderate the impact of the pandemic on eating habits in Uruguay. *Appetite*, 167, 105651. doi:10.1016/j.appet.2021.105651

Vinko, M., Kofol-Bric, T., Tomšič, S. in Vrdelja M (ur). (2016) *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Wang, J., Yeoh, E. K., Yung, T. K. C., Wong, M. C. S., Dong, D., Chen, X., Chan, M. K. Y., Wong, E. L. Y., Wu, Y., Guo, Z., Wang, Y., Zhao, S., in Chong, K. C. (2021). Change in eating habits and physical activities before and during the COVID-19 pandemic in Hong Kong: A cross-sectional study via random telephone survey. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12970-021-00431-7>

Watson, R.R. in De Meester, F. (ur) (2016). Index. V: *Handbook of Lipids in Human Function*. AOCs Press, 791–809.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781630670368000457>

Wu, X. Y., Han, L. H., Zhang, J. H., Luo, S., Hu, J. W., in Sun, K. (2017). The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(11), e0187668. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187668>

Yang, S., Guo, B., Ao, L., Yang, C., Zhang, L., Zhou, J., in Jia, P. (2020). Obesity and activity patterns before and during lockdown among youths in China. *Clinical Obesity*, 10(6). <https://doi.org/10.1111/cob.12416>

Zhang, X., Chen, B., Jia, P., in Han, J. (2021). Locked on salt? Excessive consumption of high-sodium foods during COVID-19 presents an underappreciated public health risk: A review. *Environmental Chemistry Letters*, 19(5), 3583–3595.

<https://doi.org/10.1007/s10311-021-01257-0>

10. TELESNA AKTIVNOST MED PANDEMIJO



Telesna aktivnost med pandemijo

AVTORJI: *Monika Brovč, Aleš Korošec, Ada Hočevar Grom, Marina Šinko*

KLJUČNE BESEDE: telesna (ne)aktivnost, sedenje, spremembe življenjskega sloga, zaprtje države, covid-19

UVOD: Različni epidemiološki ukrepi za zaježitev širjenja virusa SARS-CoV-2 so povzročili opazne spremembe v dnevni rutini ljudi, med katerimi je tudi telesna aktivnost. Številne študije so pokazale zmanjšano telesno aktivnost populacije in povečan čas sedenja.

METODE: V prvi in drugi presečni raziskavi SI-PANDA je bila telesna aktivnost ocenjena na petstopenjski lestvici od zelo izboljšane do zelo poslabšane v primerjavi s časom pred pandemijo. V drugi sta bila ocenjena tudi čas sedenja in količina izvajanja različnih aktivnosti. Telesna aktivnost in čas sedenja sta bila nato primerjana z različnimi sociodemografskimi dejavniki, da bi določili morebitne povezave med njimi.

REZULTATI: Telesna aktivnost je bila med pandemijo poslabšana, kar je bilo izraziteje v prvi presečni raziskavi (43,9 % v primerjavi s 35,0 % v drugi). Poslabšanje je bilo prisotno v mlajših starostnih skupinah, pri osebah z višjo stopnjo izobrazbe, študentih, osebah s poslabšano finančno situacijo in osebah s slabšim duševnim zdravjem. Največji porast telesne aktivnosti v drugi presečni raziskavi je bil pri hoji po ravnem (30,3 %), vadbi po spletu (24,0 %) in planinarjenju oz. hoji v hrib (21,9 %).

ZAKLJUČEK: Med pandemijo covid-19 je ob zaprtju države prišlo do poslabšanja telesne aktivnosti prebivalcev, kar ima lahko ob daljšem trajanju negativne posledice na njihovo splošno zdravje. Zaradi tega bi bilo smiselno usmeriti pozornost odločevalcev tudi na promocijo in ohranjanje zdravega življenjskega sloga, še posebno telesne aktivnosti ljudi v primeru vnovične pandemije in tudi sicer.

KLJUČNI POUČENI:

- V času pandemije covid-19 je bila v prvi presečni raziskavi pri 43,9 % in v drugi pri 35,0 % oseb telesna aktivnost poslabšana v primerjavi s časom pred pandemijo.
- Telesna aktivnost je bila v prvi presečni raziskavi v največjem deležu poslabšana pri mlajših od 49 let, osebah, ki se jim je finančna situacija med pandemijo covid-19 poslabšala, osebah z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, tistih z višjo stopnjo izobrazbe, zaposlenih/samozaposlenih, dijakih in študentih ter osebah, ki so/bile okužene z virusom SARS-CoV-2.
- Največ oseb je po rezultatih druge presečne raziskave navajalo, da je bilo izvajanje večine oblik telesne vadbe nespremenjeno v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19.
- V času pandemije covid-19 pa se je najbolj povečalo izvajanje hoje (30,3 %), vodene vadbe po spletu (24,0 %) in planinarjenja oz. hoje v hrib (21,9 %).
- Povprečno število presedenih ur v času pandemije je bilo na delovni dan šest, ob koncih tedna ali v času dopusta pa pet.

UVOD

V odsotnosti specifičnega zdravljenja okužbe s covidom-19 in pred razvojem cepiva pa tudi glede na hitrost širjenja in visoko umrljivost je Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) izdala priporočila vladam držav, naj sprejmejo številne nefarmakološke ukrepe za preprečevanje širjenja okužbe. Vključevali so tako individualne (umivanje rok, uporaba mask) kot tudi okoljske in skupnostne ukrepe (zaprtje šol, univerz, omejitve zbiranja in javnega prevoza), najpomembnejša pa je bila omejitev socialnih stikov (World health organization [WHO], 2020). Omenjeni ukrepi so povzročili precejšnje spremembe v dnevni rutini ljudi. Poleg tega je bilo ugotovljeno, da lahko obvezna samoizolacija vpliva na duševno in telesno zdravje ter ima močan negativen vpliv na življenjski slog (Balanza-Martinez idr., 2020). Podaljšani čas, preživet doma, lahko vodi v bolj sedeč življenjski slog zaradi zmanjšanja dnevne količine telesne aktivnosti (Chen idr., 2020). Več tujih raziskav je poročalo, da je med pandemijo covid-19 prišlo do upada telesne aktivnosti (Malta idr., 2020; Park idr., 2022).

Po drugi strani se je že večkrat pokazalo, da sta telesna aktivnost in vadba učinkovita terapija za večino kroničnih bolezni, saj neposredno vplivata na duševno in telesno zdravje (Imboden idr., 2019; Schuch idr., 2016; WHO, 2010). V randomizirani študiji je bilo na primer ugotovljeno, da je bila prekinitev dolgotrajnega sedenja z odmori za hojo povezana z nižjo stopnjo utrujenosti odraslih s prekomerno telesno težo in debelostjo (Wennberg idr., 2016). V času covid-19 so v angleški študiji ugotavljali, da je imela telesna neaktivnost iz obdobja pred pandemijo vpliv na večje število hospitalizacij zaradi covid-19 pri takih posameznikih, in sicer je bilo tveganje zanjo kar za 32 % višje (Hamer idr., 2020).

Vlada Republike Slovenije je na podlagi 7. člena Zakona o nalezljivih boleznih 12. 3. 2020 razglasila epidemijo (Odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19), 2020). V obdobju prve presečne raziskave, ki se je izvajala od 25. 1. 2021 do 31. 3. 2021, je bila na področju rekreacije od 4. 1. 2021 dovoljena samostojna ali vodena športna vadba posameznikov ob upoštevanju razdalje in omejitev (1 udeleženec na 50 kvadratnih metrov in 5 metrov medsebojne razdalje), vendar so se 9. 1. 2021 fitnesi, bazeni in športne dvorane zaprli (razen za izjeme). 15. 2. 2021 je bila ponovno dovoljena brezkontaktna športno-rekreativna vadba v skupini do 10 oseb ob upoštevanju 2 m razdalje. V drugi presečni raziskavi, ki se je izvajala od 4. 5. 2021 do 18. 7. 2021, je prišlo do sproščanja vladnih ukrepov za preprečevanje širjenja covid-19. Ob koncu aprila je bila odpravljena omejitev gibanja na statistične regije in ponovno so bili dovoljeni treningi v skupinah do 10 oseb ter vsa športna tekmovanja (brez gledalcev, s pogoji testiranja).

Da bi razumeli vpliv pandemije in preventivnih vladnih ukrepov na telesno aktivnost prebivalcev Slovenije, so bila v raziskavi SI-PANDA postavljena vprašanja o vplivu pandemije na življenjski slog prebivalcev na področju telesne aktivnosti in sedenja.

METODE

V prvi presečni raziskavi je bilo postavljeno vprašanje o tem, kako je pandemija covid-19 vplivala na telesno aktivnost. Anketirane osebe so lahko izbrale odgovor na petstopenjski lestvici (zelo izboljšano, izboljšano, nespremenjeno, poslabšano, zelo poslabšano), lahko pa so izbrali možnost, da se ne nanaša nanje. Primerjali so svojo telesno aktivnost med pandemijo z obdobjem pred njo. Glede na odgovore so bile za analizo oblikovane tri skupine telesne aktivnosti: izboljšana telesna aktivnost, ki je zajemala zelo izboljšano in izboljšano, nespremenjeno ter poslabšano, ki je zajemala poslabšano in zelo poslabšano. Pri izračunu rezultatov niso bili upoštevani odgovori oseb, ki so izbrale možnost, da se vprašanje ne nanaša nanje. Poleg tega je bilo v prvi in drugi presečni raziskavi zastavljeno tudi vprašanje, ali so bili anketiranci v zadnjih 2 tednih manj fizično aktivni kot pred pandemijo. Na vprašanje so lahko odgovorili pritrdilno ali odklonilno oziroma da se ne nanaša nanje.

V drugi presečni raziskavi je bilo vprašanj o telesni aktivnosti več. Poleg tistih iz prve presečne raziskave so bila vključena vprašanja za posamezne športne aktivnosti. Naštete so bile te aktivnosti: hoja (npr. sprehodi v naravi, hoja po ravnem, hoja po stopnicah), tek, kolesarjenje, plavanje, planinarjenje (hoja v hribe), fitnes, vodena vadba v živo (npr. funkcionalna vadba, TNZ, joga ...), vodena vadba po spletu (npr. funkcionalna vadba, TNZ, joga ...) in igre z žogo (npr. odbojka, košarka, nogomet, tenis, badminton). Odgovor je bilo možno izbrati

na petstopenjski lestvici (bistveno manj, manj, približno enako, več, bistveno več) ali – ne izvajam. Glede na odgovore so bile ponovno oblikovane tri skupine; manj, ki je vključevala tudi bistveno manj, nespremenjeno in več, ki je vključevala tudi bistveno več. Nazadnje je bilo treba navesti tudi količino sedenja; in sicer povprečno količino na delovni dan v urah in minutah ter med vikendom oz. dopustom.

REZULTATI

Kako je pandemija covid-19 vplivala na telesno aktivnost

Preglednica 37: Telesna aktivnost; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje na spodaj navedenih področjih? Telesna aktivnost								
		Izboljšano		Nespremenjeno		Poslabšano		
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 3.567)	15,4		40,7		43,9		
	Spol	$\chi^2 = 4,4; p = 0,2036$						
(A)	Moški	14,6		39,9		45,5	B	
(B)	Ženski	16,2		41,5		42,3	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 137,2; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	22,3	DEF	29,5	DEF	48,2	EF	
(B)	Od 30 do 39 let	16,8	F	33,4	DEF	49,9	EF	
(C)	Od 40 do 49 let	16,6	F	37,0	EF	46,4	EF	
(D)	Od 50 do 59 let	14,1	AF	42,7	ABF	43,2	E	
(E)	Od 60 do 69 let	14,8	AF	48,8	ABCF	36,5	ABCD	
(F)	70 let in več	6,8	ABCDE	55,4	ABCDE	37,8	ABC	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 66,5; p < 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	10,6	CD	50,5	CD	38,9	D	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	15,3		44,9	D	39,8	D	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	17,2	A	39,6	AD	43,2	D	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	16,1	A	32,9	ABC	50,9	ABC	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 149,2; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	15,4	BCD	37,0	BCE	47,6	CE	
(B)	Dijak, študent	26,3	ACE	25,8	ACE	47,9	CE	
(C)	Upokojenec	10,4	ABD	53,6	ABD	36,0	ABD	
(D)	Brezposeln	22,5	AC	31,8	CE	45,7	C	
(E)	Drugo	13,3	B	53,3 ^M	ABD	33,4 ^M	AB	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 150,8; p < 0,0001$						
(A)	Velika verjetnost težav	11,9	C	24,7	BC	63,3	BC	
(B)	Možna prisotnost težav	13,0	C	37,2	AC	49,8	AC	
(C)	Brez težav	18,0	AB	46,4	AB	35,6	AB	
	Osebnostna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 70,0; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	22,0	BC	35,3	B	42,7	C	
(B)	Ostaja enaka kot prej	14,2	A	45,4	AC	40,3	C	
(C)	Slabša kot prej	14,8	A	32,8	B	52,4	AB	
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 23,1; p = 0,0005$						
(A)	Da	15,8		32,0	B	52,2	B	
(B)	Ne	15,5		41,6	A	42,9	A	

Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje na spodaj navedenih področjih? Telesna aktivnost

		Izboljšano		Nespremenjeno		Poslabšano	
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Živi sam	$\chi^2 = 0,4; p = 0,8563$					
(A)	Da	16,4		40,0		43,5	
(B)	Ne	15,3		40,4		44,3	
Spol in starostne skupine		$\chi^2 = 163,0; p < 0,0001$					
(A)	Moški od 18 do 29 let	17,2	FGL	31,0	EFJKL	51,7	EFK
(B)	Moški od 30 do 39 let	15,0	GL	30,5	EFJKL	54,5	EFJKL
(C)	Moški od 40 do 49 let	16,3	FGL	36,9	EFL	46,8	EF
(D)	Moški od 50 do 59 let	13,9	GL	39,9	FGL	46,2	EF
(E)	Moški od 60 do 69 let	15,5	FGL	49,6	ABCGHI	34,9	ABCDI
(F)	Moški od 70 let in več	7,3	ACEG HIJK	58,6	ABCD GHIJK	34,1	ABCDI
(G)	Ženske od 18 do 29 let	28,0	ABCDE FIJKL	27,8	DEFJKL	44,3	
(H)	Ženske od 30 do 39 let	18,7	FL	36,6	EFKL	44,7	
(I)	Ženske od 40 do 49 let	17,0	FGL	37,1	EFL	46,0	EF
(J)	Ženske od 50 do 59 let	14,3	FGL	45,6	ABFG	40,1	B
(K)	Ženske od 60 do 69 let	14,0	FGL	47,9	ABFGH	38,1	AB
(L)	Ženske od 70 let in več	6,4	ABCD EGHIJK	53,1	ABCD GHI	40,5	B
Debelost		$\chi^2 = 14,0; p = 0,0085$					
(A)	Da	10,7	B	42,6		46,7	B
(B)	Ne	16,2	A	40,5		43,3	A

M: manj natančna ocena

V prvi presečni raziskavi je 43,9 % oseb ocenilo, da je bila njihova telesna aktivnost med pandemijo covid-19 poslabšana, 40,7 %, da je bila nespremenjena, in 15,4 %, da je bila izboljšana v primerjavi s časom pred pandemijo (preglednica 37, Slika 18).

S poslabšano telesno aktivnostjo v času pandemije covid-19 so bili statistično značilno povezani dejavniki: starost, stopnja izobrazbe, status aktivnosti, ocena finančne situacije v zadnjih treh mesecih, težave v duševnem zdravju ter okužba z virusom SARS-CoV-2. Med spoloma ni bilo statistično značilnih razlik. Na telesno aktivnost tudi ni vplivalo dejstvo, ali so osebe živele same ali ne.

Največji delež oseb, ki so ocenile, da se je med pandemijo covid-19 njihova telesna aktivnost poslabšala oz. zmanjšala v primerjavi s časom pred pandemijo, je bil v starostni skupini od 30 do 39 let (49,9 %), nekoliko manj pa v starostni skupini od 18 do 29 let (48,2 %). Glede na doseženo stopnjo izobrazbe je bil ta delež najvišji pri osebah z vsaj višješolsko izobrazbo (50,9 %).

O poslabšani telesni aktivnosti med pandemijo covid-19 je poročalo več zaposlenih in samozaposlenih, dijakov in študentov ter brezposelnih (45,7–47,9 %) kot upokoјencev (36,0 %). Med kohezijskima regijama Vzhodne in Zahodne Slovenije ni bilo statistično značilnih razlik v oceni telesne aktivnosti.

Pri osebah, pri katerih obstaja velika verjetnost prisotnosti duševnih težav, je bila telesna aktivnost v času pandemije covid-19 ocenjena kot poslabšana v 63,3 %. Pri osebah z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju je bil ta delež 49,8 %, pri osebah brez težav pa 35,6 %.

Osebe, ki so bile v trenutku izvajanja presečne raziskave ali pred tem okužene z virusom SARS-CoV-2 (52,2 %), so navedle večji delež poslabšanja telesne aktivnosti v primerjavi z osebami, ki še niso bile okužene (42,9 %). Pri teh je ostala v večjem deležu telesna aktivnost nespremenjena (41,6 %).

Kot smo že navedli zgoraj, se je telesna aktivnost v času pandemije covid-19 izboljšala le pri 15,4 % oseb. Delež je bil najvišji med ženskami v najmlajši starostni skupini od 18 do 29 let (28,0 %), pri študentih in dijakih (26,3 %) in pri osebah, ki se jim je finančna situacija v zadnjih 3 mesecih izboljšala (22,0 %).

V najstarejši starostni skupini, 70 in več let, je bil delež oseb, ki so ohranile telesno aktivnost nespremenjeno v času pandemije covid-19, najvišji; in sicer je presegel polovico (55,4 %). Sledile so jim osebe od 60 do 69 let z 48,8 %. Malo več kot tretjina (36,5 %) oseb v starosti od 60 do 69 let in 37,8 % oseb, starih 70 in več let, je telesno aktivnost med pandemijo covid-19 ocenilo kot poslabšano.

Le 10,7 % oseb z indeksom telesne mase 30 ali več je poročalo, da se je v času pandemije covid-19 njihova telesna aktivnost izboljšala. Med osebami z nižjim ITM jih je o izboljšanju poročalo 16,2 %. O največjem zmanjšanju telesne aktivnosti med pandemijo so poročale osebe z ITM več kot 30 (46,7 % v primerjavi z osebami z nižjim ITM, kjer jih je o tem poročalo 43,3 %).

Preglednica 38: Telesna aktivnost; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

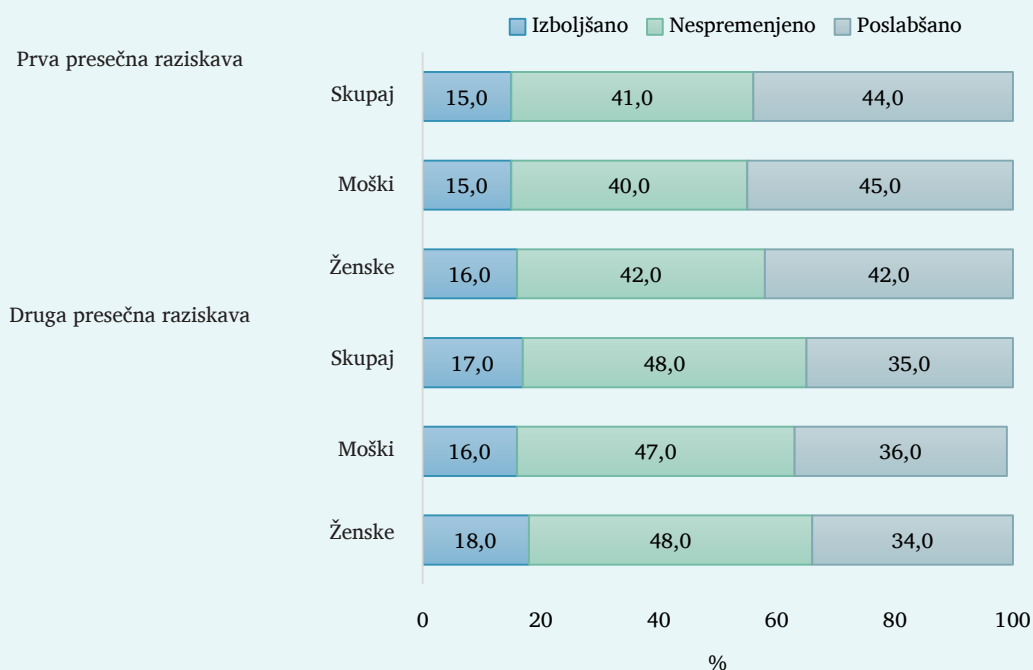
Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje na spodaj navedenih področjih? Telesna aktivnost								
		Izboljšano		Nespremenjeno		Poslabšano		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami		Primerjava med skupinami		Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.776)	17,1		47,9		35,0		
	Spol	$\chi^2 = 2,6; p = 0,4286$						
(A)	Moški	16,3		47,5		36,2		
(B)	Ženski	17,9		48,3		33,8		
	Starostne skupine	$\chi^2 = 134,1; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	29,2	BCDEF	31,1	BCDEF	39,7	E	
(B)	Od 30 do 39 let	16,6	AF	44,2	AEF	39,3	E	
(C)	Od 40 do 49 let	18,1	AF	45,3	AEF	36,7	E	
(D)	Od 50 do 59 let	15,9	AF	50,2	AF	33,9		
(E)	Od 60 do 69 let	14,0	AF	57,7	ABC	28,3	ABC	
(F)	70 let in več	7,9	ABCDE	61,0	ABCD	31,1		
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 47,5; p < 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	14,1	D	53,4	D	32,5		
(B)	Srednja poklicna izobrazba	13,3	D	56,2	CD	30,4	D	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	17,0		47,7	BD	35,2		
(D)	Višješolska izobrazba ali več	21,4	AB	39,4	ABC	39,2	B	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 120,8; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	18,1	BCE	45,0	BCE	36,9	CE	
(B)	Dijak, študent	31,9	ACE	27,8	ACDE	40,4	C	
(C)	Upokojenec	10,7	ABD	59,1	ABD	30,3	AB	
(D)	Brezposeln	21,0	C	42,6 ^M	BCE	36,5 ^M		
(E)	Drugo	10,0	AB	63,3 ^M	ABD	26,7 ^M	A	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 99,2; p < 0,0001$						
(A)	Velika verjetnost težav	16,5		32,3	BC	51,2	BC	
(B)	Možna prisotnost težav	15,3		43,7	AC	41,0	AC	
(C)	Brez težav	18,3		53,8	AB	27,8	AB	
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 88,1; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	32,4	BC	37,2	B	30,4	C	
(B)	Ostaja enaka kot prej	15,0	A	52,3	AC	32,7	C	
(C)	Slabša kot prej	16,0	A	41,4	B	42,6	AB	
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 12,4; p = 0,0191$						
(A)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	14,8	B	49,3		35,9		
(B)	Brez bolezni	19,6	A	46,3		34,0		
	Debelost	$\chi^2 = 20,7; p = 0,0015$						
(A)	Da	12,9	B	44,4	B	42,7	B	
(B)	Ne	18,3	A	48,4	A	33,3	A	
	Živi sam	$\chi^2 = 0,3; p = 0,9057$						
(A)	Da	16,6		49,0		34,4		
(B)	Ne	17,3		47,5		35,2		
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 5,7; p = 0,1573$						
(A)	Vzhodna Slovenija	15,6		49,4		34,9		
(B)	Zahodna Slovenija	18,7		46,2		35,1		
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 1,8; p = 0,5774$						
(A)	Da	15,7		47,0		37,3		
(B)	Ne	17,7		47,2		35,2		

M: manj natančna ocena

V drugi presečni raziskavi je skoraj polovica oseb poročalo, da je bila pri njih telesna aktivnost v primerjavi s časom pred pandemijo nespremenjena (47,9 %). Poslabšana je bila pri 35,0 % in izboljšana pri 17,1 % oseb (preglednica 38, slika 21). Izstopajoči dejavniki, povezani s telesno aktivnostjo, med drugo presečno raziskavo, so bili: starost, dosežena stopnja izobrazbe, status aktivnosti, ocena finančne situacije v zadnjih treh mesecih, težave v duševnem zdravju, debelost in prisotnost kronične bolezni. Med spoloma ni bilo statistično značilnih razlik, prav tako ne med Vzhodno in Zahodno kohezijsko regijo. Na telesno aktivnost tudi ni vplivalo dejstvo, ali so osebe živele same ali ne, prav tako ni bilo razlik med osebami, ki so prebolele covid-19, in tistimi, ki ga niso.

Poslabšanje telesne aktivnosti v drugi presečni raziskavi je navedlo več oseb, starih 18–49 let (36,7–39,7 %), kot tistih, starih od 60 do 69 let (28,3 %). Da se v času pandemije covid-19 pri njih telesna aktivnost ni spremenila, so v največjem deležu poročale osebe, stare 70 in več let (61,0 %), ter osebe, stare od 60 do 69 let (57,7 %). Pri osebah, starih od 60 do 69 let, je bil delež poslabšanja telesne aktivnosti nižji (28,3 %) kot pri starostni skupini od 18 do 49 let (36,7–39,7 %). Glede na doseženo stopnjo izobrazbe je poročalo o poslabšanju telesne aktivnosti več oseb z vsaj višješolsko (39,2 %) kot tistih s srednjo poklicno izobrazbo (30,4 %). Tudi v drugi presečni raziskavi je bilo poslabšanje telesne aktivnosti med pandemijo v večjem deležu zaznано pri osebah z ITM nad 30 (42,7 %). Glede na samoocenjeno finančno situacijo je bil delež oseb, ki so poročale o poslabšani telesni aktivnosti, večji med tistimi, ki so ocenile svojo finančno situacijo kot slabšo (42,6 %), v primerjavi z osebami, ki so ocenile, da je njihova finančna situacija boljša ali enaka kot pred pandemijo (30,4–32,7 %). Študenti in dijaki so poročali o poslabšani telesni aktivnosti v večji meri (40,4 %) kot upokojeanci (30,3 %). Upokojeanci in osebe z drugim statusom so v večji meri poročale o nespremenjeni telesni aktivnosti (59,1–63,3 %) kot zaposleni oz. samozaposleni, dijaki in študenti ter brezposelni (27,8–42,6 %). Tudi v drugi presečni raziskavi so osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju v velikem deležu poročale o poslabšani telesni aktivnosti (51,2 %), medtem ko so osebe brez težav v duševnem zdravju v najvišjem deležu ohranile telesno aktivnost nespremenjeno (53,8 %).

Delež oseb, ki je navajal izboljšanje telesne aktivnosti v času pandemije, je bil v drugi presečni raziskavi nižji od petine. V največjem deležu so o izboljšanju telesne aktivnosti poročale osebe iz najmlajše starostne skupine, od 18 do 29 let (29,2 %). Pri osebah z vsaj višješolsko izobrazbo je bilo opazno po eni strani največje poslabšanje fizične aktivnosti, vendar je bilo pri njih hkrati zaznati tudi največje izboljšanje (21,4 %) v primerjavi z osebami s srednjo poklicno izobrazbo ali manj (13,3–14,1 %). Osebe, ki so v zadnjih treh mesecih svojo finančno situacijo opisale kot boljšo od prej (32,4 %), so v večjem deležu poročale o izboljšani telesni aktivnosti. Prav tako so osebe brez kroničnih bolezni v večjem deležu poročale o izboljšani telesni aktivnosti kot tisti z vsaj eno kadarkoli odkrito kronično boleznijo (19,6 ter 14,8 %).



Slika 21: Sprememba v telesni aktivnosti: skupaj in po spolu, prva in druga presečna raziskava

Telesna aktivnost v zadnjih dveh tednih

V obeh presečnih raziskavah je bilo zastavljeno tudi vprašanje, ali so bili anketiranci v zadnjih 2 tednih manj fizično aktivni kot pred pandemijo. Ponujena sta bila pritrdilni in nikalni odgovor.

Preglednica 39: Telesna aktivnost v zadnjih 2 tednih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

V zadnjih 2 tednih sem bil manj fizično aktiven kot pred pandemijo.					
		Da		Ne	
		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
Prva presečna raziskava					
	Skupaj (n = 3.535)	44,7		55,3	
	Spol	$\chi^2 = 1,3; p = 0,3398$			
(A)	Moški	45,6		54,4	
(B)	Ženski	43,8		56,2	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 22,3; p = 0,0076$			
(A)	Od 18 do 29 let	48,0	DE	52,0	DE
(B)	Od 30 do 39 let	48,5	DE	51,5	DE
(C)	Od 40 do 49 let	46,0	E	54,0	E
(D)	Od 50 do 59 let	40,4	AB	59,6	AB
(E)	Od 60 do 69 let	38,7	ABCF	61,3	ABCF
(F)	70 let in več	46,9	E	53,1	E

V zadnjih 2 tednih sem bil manj fizično aktiven kot pred pandemijo.

		Da		Ne	
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
Spol in starostne skupine		$\chi^2 = 38,9; p = 0,0039$			
(A)	Moški od 18 do 29 let	50,6	EJ	49,6	EJ
(B)	Moški od 30 do 39 let	53,8	EJK	46,2	EJK
(C)	Moški od 40 do 49 let	43,2		56,8	
(D)	Moški od 50 do 59 let	43,3		56,7	
(E)	Moški od 60 do 69 let	36,8	ABIL	63,2	ABIL
(F)	Moški od 70 let in več	45,1		54,9	
(G)	Ženske od 18 do 29 let	45,1		54,9	
(H)	Ženske od 30 do 39 let	42,5		57,5	
(I)	Ženske od 40 do 49 let	49,1	EJ	50,9	EJ
(J)	Ženske od 50 do 59 let	37,5	ABIL	62,5	ABIL
(K)	Ženske od 60 do 69 let	40,5	B	59,5	B
(L)	Ženske od 70 let in več	48,3	EJ	51,7	EJ
Dosežena stopnja izobrazbe		$\chi^2 = 12,5; p = 0,0352$			
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	44,5		55,5	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	39,7	D	60,3	D
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	44,5		55,5	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	48,4	B	51,6	B
Status aktivnosti		$\chi^2 = 4,9; p = 0,4933$			
(A)	Zaposlen, samozaposlen	45,9		54,1	
(B)	Dijak, študent	46,2		53,8	
(C)	Upokojenec	41,9		58,1	
(D)	Brezposeln	44,4		55,6	
(E)	Drugo	45,6 ^M		54,4 ^M	
Težave v duševnem zdravju		$\chi^2 = 131,3; p < 0,0001$			
(A)	Velika verjetnost težav	60,6	BC	39,4	BC
(B)	Možna prisotnost težav	50,9	AC	49,1	AC
(C)	Brez težav	36,0	AB	64,0	AB
Okuženost z novim koronavirusom		$\chi^2 = 14,4; p = 0,0023$			
(A)	Da	51,8	B	48,2	B
(B)	Ne	43,7	A	56,3	A
Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih		$\chi^2 = 39,0; p < 0,0001$			
(A)	Boljša kot prej	45,4	BC	54,6	BC
(B)	Ostaja enaka kot prej	40,9	AC	59,1	AC
(C)	Slabša kot prej	52,3	AB	47,7	AB
Cepljeni proti covidu-19		$\chi^2 = 3,1; p = 0,3428$			
(A)	Cepljeni	50,6		49,4	
(B)	Se ne bodo cepili	45,1		54,9	
(C)	Cepivo še ni bilo na voljo	43,8		56,2	

M: manj natančna ocena

V prvi presečni raziskavi je skupno skoraj polovica oseb (44,7 %) navedlo, da so bili v zadnjih dveh tednih manj telesno aktivni kot pred pandemijo (preglednica 39). Osebe, stare od 18 do 49 let ter 70 in več let, so v večjem deležu navedle, da so bile manj telesno aktivne kot pred pandemijo (46,0–48,5 %) kot osebe, stare 60–69 let (38,7 %). V zadnjih dveh tednih je bilo manj telesno aktivnih tudi več oseb z vsaj višješolsko izobrazbo (48,4 %), oseb z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (60,6 %), oseb, ki so že bile okužene s covidom-19 (51,8 %) in oseb, ki so svojo finančno situacijo opisale slabše kot pred pandemijo (52,3 %).

Preglednica 40: Telesna aktivnost v zadnjih 2 tednih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

V zadnjih 2 tednih sem bil manj fizično aktiven kot pred pandemijo (odgovor 'DA').			
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Skupaj	44,7	34,7	↓
Spol			
Moški	45,6	35,5	↓
Ženski	43,8	34,0	↓
Starostne skupine			
Od 18 do 29 let	48,0	41,0	↓
Od 30 do 39 let	48,5	33,4	↓
Od 40 do 49 let	46,0	35,2	↓
Od 50 do 59 let	40,4	32,0	↓
Od 60 do 69 let	38,7	30,6	↓
70 let in več	46,9	36,9	↓
Dosežena stopnja izobrazbe			
Osnovnošolska izobrazba ali manj	44,5	32,1	↓
Srednja poklicna izobrazba	39,7	37,2	o
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	44,5	35,0	↓
Višješolska izobrazba ali več	48,4	34,5	↓
Status aktivnosti			
Zaposlen, samozaposlen	45,9	33,8	↓
Dijak, študent	46,2	43,6	o
Upokojenec	41,9	34,0	↓
Brezposeln	44,4	30,4	↓
Drugo	45,6 ^M	38,7 ^M	o
Debelost			
Da	49,8	40,5	↓
Ne	43,3	33,2	↓

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

V drugi presečni raziskavi so bili prebivalci Slovenije bolj telesno aktivni, kar je bilo opazno pri obeh spolih, v vseh starostnih skupinah, skoraj vseh stopnjah izobrazbe (razen pri osebah s srednjo poklicno izobrazbo) in statusih aktivnosti – bolj so bili aktivni zaposleni in samozaposleni, upokojenci ter brezposelni (preglednica 40).

Posamezne oblike telesne aktivnosti

Preglednica 41: Posamezne oblike telesne aktivnosti med osebami, ki izvajajo posamezno aktivnost; skupaj in glede na spol, druga presečna raziskava

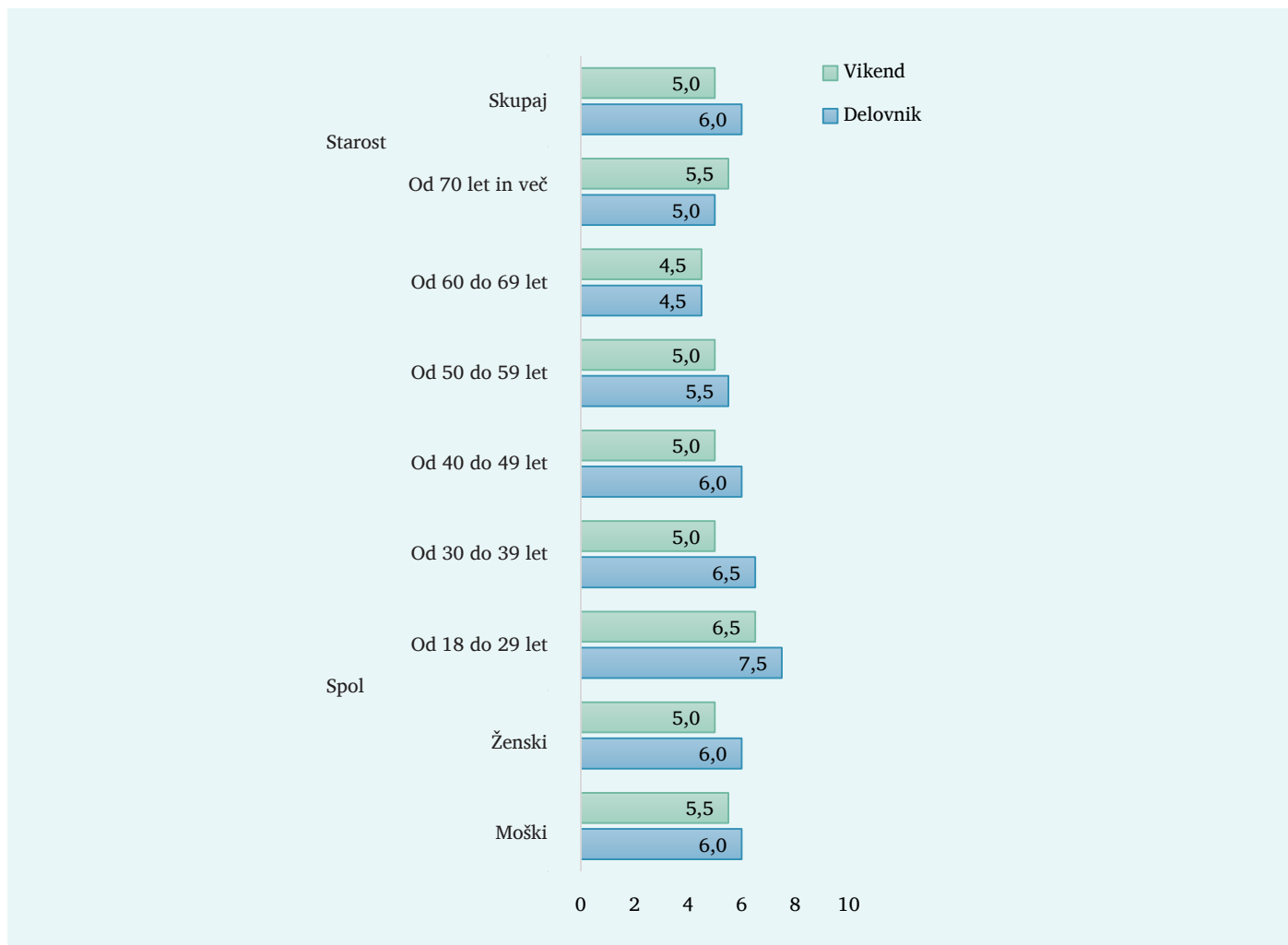
Koliko izvajate telesno aktivnost v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19?						
Druga presečna raziskava	Manj		Enako		Več	
	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
Hoja (npr. sprehodi po naravi, hoja po ravnem, hoja po stopnicah ...)						
Skupaj (n = 2.863)	10,7		59,0		30,3	
Spol	$\chi^2 = 12,9; p = 0,0122$					
(A) Moški	10,2		62,2	B	27,7	B
(B) Ženski	11,3		55,8	A	32,9	A
Tek						
Skupaj (n = 1.395)	27,3		61,3		11,4	
Spol	$\chi^2 = 1,4; p = 0,8018$					
(A) Moški	26,6		62,0		11,4	
(B) Ženski	28,5		60,1		11,4	
Kolesarjenje						
Skupaj (n = 1.671)	22,6		59,9		17,5	
Spol	$\chi^2 = 0,7; p = 0,8564$					
(A) Moški	22,2		60,0		17,8	
(B) Ženski	23,3		59,7		17,0	
Plavanje						
Skupaj (n = 1.310)	49,0		48,1		2,9	
Spol	$\chi^2 = 3,3; p = 0,5683$					
(A) Moški	48,1		48,6		3,3	
(B) Ženski	50,3		47,4		2,4	
Planinarjenje (hoja v hrib)						
Skupaj (n = 1.695)	28,6		49,5		21,9	
Spol	$\chi^2 = 11,9; p = 0,0973$					
(A) Moški	28,3		51,9		19,8	
(B) Ženski	29,0		46,6		24,4	
Fitnes						
Skupaj (n = 907)	41,9		42,9		15,2	
Spol	$\chi^2 = 7,2; p = 0,4700$					
(A) Moški	40,1		43,8		16,2	
(B) Ženski	44,6		41,7		13,8	
Vodena vadba v živo						
Skupaj (n = 785)	49,8		43,7		6,5	
Spol	$\chi^2 = 126,3; p < 0,0001^*$					
(A) Moški	40,8	B	54,7	B	4,6	B
(B) Ženski	57,3	A	34,5	A	8,2	A
Vodena vadba po spletu						
Skupaj (n = 747)	29,7		46,4		24,0	
Spol	$\chi^2 = 279,1; p < 0,0001^*$					
(A) Moški	29,9	B	59,7	B	10,4	B
(B) Ženski	29,5	A	36,0	A	34,6	A

Koliko izvajate telesno aktivnost v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19?						
Druga presečna raziskava	Manj		Enako		Več	
	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
Igre z žogo						
Skupaj (n = 1.237)	43,1		48,1		8,8	
Spol	$\chi^2 = 5,3; p = 0,4763$					
(A) Moški	44,8		46,6		8,6	
(B) Ženski	40,6		50,5		9,0	

V drugi presečni raziskavi so bila postavljena tudi vprašanja o različnih načinih oz. oblikah izvajanja posamezne telesne aktivnosti v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19, kot so hoja, tek, kolesarjenje, plavanje, planinarjenje, fitness, vodena vadba v živo, vodena vadba po spletu in igre z žogo.

Pri vseh aktivnostih, razen pri plavanju in vodeni vadbi v živo, je najvišji delež oseb navajal, da je bilo izvajanje posamezne telesne vadbe nespremenjeno v primerjavi z obdobjem pred pandemijo. Pri osebah, ki so poročale o povečanju telesne aktivnosti v času pandemije, so bili deleži največji pri hoji (30,3 %), vodeni vadbi po spletu (24,0 %) in planinarjenju oz. hoji v hrib (21,9 %). Osebe so poročale, da so najbolj zmanjšale naslednje aktivnosti: vodene vadbe v živo (49,8 %), plavanje (49,0 %), igre z žogo (43,1 %) in fitness (41,9 %). Pomembne razlike med spoloma so pri hoji, vodeni vadbi v živo in vodeni vadbi po spletu. Ženske so poročale o zmanjšanju vodene vadbe v živo v primerjavi z moškimi in povečanju vodene vadbe po spletu kot moški (preglednica 41). Za vodene vadbe po spletu so se v večji meri kot pred pandemijo odločale osebe iz mlajših starostnih skupin, osebe z najvišjo doseženo izobrazbo in osebe s statusom dijaka ali študenta. Ob tem je treba dodati, da se ženske tudi sicer v večjem deležu udeležujejo vodenih vadb v živo in po spletu. Ženske pa so v primerjavi z moškimi v večji meri poročale tudi o povečanju hoje med pandemijo.

Sedenje



Slika 22: Povprečen čas sedenja dnevno med tednom in ob koncih tedna v urah; skupaj, glede na spol in starostne skupine, druga presečna raziskava

V drugi presečni raziskavi smo osebe povabili, naj ocenijo skupni čas sedenja (v minutah) na dan. Ta je na delovni dan na osebo znašal 360,95 minut in ob koncih tedna oz. dopustu 312,60 minut. Povprečno je torej prebivalec Slovenije v času pandemije presedel 6 ur na delovni dan in nekaj več kot 5 ur ob koncu tedna (slika 22).

Količina sedenja med tednom je bila primerljiva med spoloma, ob koncih tedna pa so moški povprečno sedeli slabe pol ure več. Količina sedenja je bila največja pri mlajših starostnih skupinah, in sicer starih od 18 do 29 let, pri katerih je med tednom znašala povprečno nekaj več kot 7,5 ur, ter pri osebah z najvišjo stopnjo izobrazbe (nekaj več kot 7,5 ur) (slika 22). Pričakovano so največ presedli dijaki in študenti (nekaj več kot 8,5 ur). Nekoliko več sedenja je bilo ugotovljenega tudi pri osebah z veliko verjetnostjo prisotnosti težav v duševnem zdravju (nekaj več kot 7 ur). Osebe brez kroničnih bolezni so presedele v povprečju približno pol ure več kot osebe z vsaj eno odkrito kronično boleznijo.

Preglednica 42: Količina sedenja na delovni dan in v času koncev tedna oziroma dopusta; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Količina sedenja na delovni dan in na vikend oziroma dopust									
		Na delovni dan (n = 2.787)				Na vikend oz. dopust (n = 2.745)			
		Do 7 ur na dan		Več kot 7 ur na dan		Do 7 ur na dan		Več kot 7 ur na dan	
Druga presečna raziskava		%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.	%	Prim. med skup.
	Skupaj	61,8		38,2		75,4		24,6	
	Spol	$\chi^2 = 0,1; p = 0,7552$				$\chi^2 = 32,3; p < 0,0001$			
(A)	Moški	61,4		38,6		71,0	B	29,0	B
(B)	Ženski	62,1		37,9		79,8	A	20,2	A
	Starostne skupine	$\chi^2 = 228,0; p < 0,0001$				$\chi^2 = 85,6; p < 0,0001$			
(A)	Od 18 do 29 let	40,8	BCDEF	59,2	BCDEF	61,0	BCDEF	39,0	BCDEF
(B)	Od 30 do 39 let	51,9	ADEF	48,1	ADEF	78,1	AF	21,9	AF
(C)	Od 40 do 49 let	57,9	AEF	42,1	AEF	81,0	AF	19,0	AF
(D)	Od 50 do 59 let	64,8	ABEF	35,2	ABEF	79,4	AF	20,6	AF
(E)	Od 60 do 69 let	80,7	ABCD	19,3	ABCD	80,9	AF	19,1	AF
(F)	70 let in več	76,6	ABCD	23,4	ABCD	69,9	ABCDE	30,1	ABCDE
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 285,5; p < 0,0001$				$\chi^2 = 12,6; p = 0,0494$			
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	77,2	CD	22,8	CD	72,6	D	27,4	D
(B)	Srednja poklicna izobrazba	77,8	CD	22,2	CD	74,2	D	25,8	D
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	63,0	ABD	37,0	ABD	74,1	D	25,9	D
(D)	Višješolska izobrazba ali več	39,4	ABC	60,6	ABC	79,8	ABC	20,2	ABC
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 319,0; p < 0,0001$				$\chi^2 = 98,3; p < 0,0001$			
(A)	Zaposlen, samozaposlen	56,9	BCDE	43,1	BCDE	79,7	BCD	20,3	BCD
(B)	Dijak, študent	22,8	ACDE	77,2	ACDE	53,2	ACE	46,8	ACE
(C)	Upokojenec	79,8	ABD	20,2	ABD	74,6	ABDE	25,4	ABDE
(D)	Brezposeln	65,8 ^M	ABC	34,2 ^M	ABC	64,7 ^M	ACE	35,3 ^M	ACE
(E)	Drugo	81,4 ^M	AB	18,6 ^M	AB	82,8	BCD	17,2	BCD
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 22,2; p = 0,0015$				$\chi^2 = 17,6; p = 0,0069$			
(A)	Velika verjetnost težav	49,5	BC	50,5	BC	69,0	C	31,0	C
(B)	Možna prisotnost težav	60,2	A	39,8	A	73,1	C	26,9	C
(C)	Brez težav	62,8	A	37,2	A	78,1	AB	21,9	AB
	Osebn finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 6,1; p = 0,1373$				$\chi^2 = 2,6; p = 0,4490$			
(A)	Boljša kot prej	58,7		41,3		76,9		23,1	
(B)	Ostaja enaka kot prej	61,0	C	39,0	C	74,6		25,4	
(C)	Slabša kot prej	65,4	B	34,6	B	77,3		22,7	
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 16,6; p = 0,0010$				$\chi^2 = 1,1; p = 0,4143$			
(A)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	57,9	B	42,1	B	74,5		25,5	
(B)	Brez bolezni	65,1	A	34,9	A	76,1		23,9	
	Debelost	$\chi^2 = 11,4; p = 0,0064$				$\chi^2 = 0,2; p = 0,6931$			
(A)	Da	67,6	B	32,4	B	74,5		25,5	
(B)	Ne	60,0	A	40,0	A	75,5		24,5	

M: manj natančna ocena

Na delovni dan je 61,8 % oseb sedelo 7 ur ali manj, 38,2 % pa več kot 7 ur na dan. Ob koncih tedna oz. dopustu je bil delež oseb, ki so sedeli do 7 ur na dan, višji kot v času delovnika, in sicer je znašal 75,4 %. V času vikenda ali dopusta je presedelo več kot 7 ur na dan 24,6 % oseb. Na delovni dan kot tudi med koncem tedna ali dopustom je presedelo več kot 7 ur največ oseb, starih od 18 do 29 let, ter največ dijakov in študentov. Med delovnikom je več kot 7 ur na dan presedelo statistično značilno več oseb z najvišjo izobrazbo, oseb z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju in oseb, ki imajo vsaj eno odkrito kronično bolezen. Ob koncu tedna ali med dopustom pa je več kot 7 ur presedelo več moških in oseb z nižjo izobrazbo (preglednica 42).

RAZPRAVA

V poglavju so predstavljeni ključni izsledki prve in druge presečne raziskave SI-PANDA o telesni aktivnosti prebivalcev Slovenije v času pandemije covid-19 in primerjave po sociodemografskih značilnostih.

SZO je že pred pandemijo poročala, da je nezadostno aktiven vsak četrti posameznik (WHO, 2018). Podobno kot v raziskavi SI-PANDA je med pandemijo covid-19 tudi več tujih raziskav poročalo o upadu telesne aktivnosti. Hiter pregled literature 61 raziskav je npr. pokazal, da je bil covid-19 povezan s pomembnim zmanjšanjem mobilnosti, hoje in telesne dejavnosti ter povečanjem sedenja (Park idr., 2022). Tudi sistematski pregled in metaanaliza literature sta v 32 od 57 vključenih raziskav pokazala zmanjšano telesno aktivnost (Wunsch idr., 2022). Nekateri avtorji tako že trdijo, da bi morala SZO posodobiti svoje Smernice SZO za telesno aktivnost 2018–2030 – WHO Global Action Plan on Physical Activity (Amini idr., 2021), saj so bile te objavljene pred spremembami zaradi pandemije covid-19.

V japonski študiji so ugotovili, da se je skupna telesna aktivnost odraslih, starejših od 65 let, med prvim, drugim in tretjim valom pandemije zmanjšala za 33,3 %, 28,3 %, in 40,0 % v enakem zaporedju. Predvsem je bila sprememba opazna pri starejših osebah, ki so živele same; in sicer 42,9 %, 50,0 %, in 61,9 % (Yamada idr., 2021), kar je podobno rezultatom raziskave SI-PANDA. V prvi presečni raziskavi je namreč 35,5 % oseb, starih od 60 do 69 let, in 37,7 % oseb, starih nad 70 let, poročalo o poslabšani telesni aktivnosti. V drugi presečni raziskavi so bili deleži, ugotovljeni z raziskavo SI-PANDA, nekoliko nižji; in sicer je bila telesna aktivnost pri osebah, starih od 60 do 69 let, poslabšana v 28,3 % ter pri osebah, starejših od 70 let, v 31,1 %.

V brazilski presečni raziskavi, ki je vključevala 45.161 odraslih, so podobno poročali o zmanjšanju telesne dejavnosti in povečanju časa, porabljenega za uporabo računalnikov ali tabličnih računalnikov ali gledanje televizije (Malta idr., 2020). V angleški študiji se je izkazalo, da je bilo med marcem in majem 2020 fizično neaktivnih 32 % starejših odraslih, medtem ko je bilo leto prej takih 27 % (Public Health England, 2021). V raziskavi SI-PANDA je bila pri najstarejši skupini (70 in več let) ugotovljena za 37,8 % poslabšana telesna aktivnost v prvi presečni raziskavi in 31,2 % v drugi v primerjavi s časom pred pandemijo. Najizrazitejše poslabšanje telesne aktivnosti so navedle najmlajše starostne skupine; in sicer v prvem obdobju osebe, stare od 30 do 39 let, v drugem obdobju pa od 18 do 29 let in tudi študenti ali dijaki. Rezultati se ujemajo z raziskavami iz tujine, na primer Faulknerja in sodelavcev (2021).

V španski raziskavi sta se samoporočana raven intenzivne telesne aktivnosti in hoja zmanjšali za 16,8 % in 58,2 %. Povečanje časa sedenja se je zvišalo za 23,8 % (Castañeda-Babarro idr., 2020). Tudi sistematski pregled literature in metaanaliza sta pokazala povečanje časa sedenja pri posameznikih. Pri odraslih se je ta povečal za 126.9 +/-42.2 min/dan (Runacres idr., 2021), kar je še precej več, kot nam kažejo rezultati, pridobljeni z raziskavo SI-PANDA. Če primerjamo podatke iz obdobja pred pandemijo v Sloveniji, lahko ugotovimo, da je bilo v raziskavi CINDI iz leta 2016 navedeno, da je povprečje sedenja na delovni dan približno 5 ur (Vinko idr., 2018), kar kaže na povečanje sedenja v času pandemije za 1 uro oziroma za 20 %. Podobno je bila količina sedenja ob koncih tedna leta 2016 dobre 4 ure, med pandemijo pa dobrih 5 ur na dan.

Nedavne metaanalize kažejo, da lahko telesna aktivnost ščiti pred simptomi depresije ali anksioznosti, ne glede na starost ali geografsko lokacijo (Schuch idr., 2018). V eni od ameriških raziskav so ugotavljali, da so posamezniki, ki so med pandemijo ohranili priporočeno raven telesne aktivnosti, poročali o manj depresivnih simptomih (Meyer idr., 2020). V italijanski študiji je bilo ugotovljeno, da je karantena v Italiji pomembno zmanjšala raven skupne telesne aktivnosti na teden v vseh starostnih skupinah, kar je negativno vplivalo na psihološko blagostanje (Maugeri idr., 2020). Hitri sistematični pregled literature je pokazal, da so imeli posamezniki, ki so redno, intenzivneje in pogosteje izvajali telesno aktivnost ter pri tem ohranjali stabilno rutino aktivnosti, manj simptomov depresije in anksioznosti (Wolf idr., 2021). V mednarodni raziskavi iz različnih držav so ugotavljali, da so sodelujoči, ki so zmanjšali izvajanje telesne aktivnosti v primerjavi s časom pred pandemijo, poročali o slabšem duševnem zdravju in blagostanju kot tisti, ki so izvajanje telesne aktivnosti ohranili ali izboljšali (Faulkner idr., 2021). Tudi v raziskavi SI-PANDA so osebe s težavami ali verjetnostjo prisotnosti težav v duševnem zdravju poročale o poslabšanju telesne aktivnosti v večjem deležu kot osebe brez težav v duševnem zdravju.

Rezultati raziskave SI-PANDA so skladni tudi z raziskavami iz tujine glede vadbe po spletu. V presečni raziskavi, ki je vključevala več različnih držav, je bilo pri ženskah med pandemijo ugotovljeno povečanje vadbe prek spleta z 0,4 na 21,2 % (Faulkner idr., 2021), medtem ko je bilo z raziskavo SI-PANDA ugotovljeno celo 34,6-odstotno povečanje.

Obsežna deskriptivna študija s skoraj 500.000 udeleženci je pokazala 5,5-odstotno in 27,3-odstotno zmanjšanje povprečnega števila korakov v 10 oziroma 30 dneh od začetka pandemije covid-19 (Tison idr., 2020). Tudi v kitajski študiji so med 3.544 sodelujočimi ugotavljali zmanjšanje povprečnega števila korakov dnevno z 8.097 na 5.440 v primerjavi z obdobjem pred pandemijo (Wang idr., 2020). Čeprav s presečno raziskavo SI-PANDA ni bilo pridobljeno natančno število korakov oziroma pojasnilo, v kolikšni meri je bila hoja zmanjšana, je bilo razvidno, da je le 10,7 % oseb hodilo manj kot pred pandemijo.

Primerjava stanja v Sloveniji kaže, da je v letu 2020 med prvim valom pandemije večina ljudi poročala o nespremenjeni ravni telesne aktivnosti, kar je bilo ugotovljeno na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ) (Poličnik idr., 2021). V času izvedbe dveh presečnih raziskav SI-PANDA v letu 2021 je bilo torej opazno kar precejšnje poslabšanje telesne aktivnosti prebivalcev Slovenije. Od decembra 2020 so se na NIJZ izvajale tudi panelne spletne raziskave v razmakih na 14 dni za spremljanje trenda vpliva pandemije na življenjski slog prebivalcev Slovenije. Rezultati so pokazali, da je bil delež oseb, ki so bile manj telesno aktivne v vseh valovih, višji od četrtnine (Hočevar Grom idr., 2022). Telesna aktivnost je bila osvetljena tema 7. izvedbe spletne panelne raziskave, ki je približno sovpadala tudi s koncem presečne raziskave SI-PANDA, in rezultati katere kažejo, da je bilo v zadnjih dveh tednih telesno manj aktivnih 38,8 % oseb. Najopaznejše je bilo zmanjšanje aktivnosti pri mlajših starostnih skupinah; in sicer pri 44,9 % oseb, starih od 18 do 29 let (Hočevar Grom idr., 2021). V prvi izvedbi presečne raziskave SI-PANDA je bil skupni delež 44,7 % in pri osebah od 18 do 29 let 48,0 % (preglednica 39).

Opazne so razlike glede na veljavne vladne ukrepe za preprečevanje širjenja virusa SARS-CoV-2. V prvi presečni raziskavi SI-PANDA je bila telesna aktivnost poslabšana v večjem deležu kot v času druge presečne raziskave, najverjetneje zaradi strožjih ukrepov. Polovico časa izvedbe raziskave so bili namreč športni objekti zaprti, kar je oviralo nemoteno izvajanje telesne aktivnosti v notranjih prostorih. V veljavi so bile tudi omejitve gibanja po statističnih regijah, kar je dodatno oteževalo dostop do nekaterih športnih aktivnosti, kot je hoja v hribe za prebivalce mestnih okolij. Ne nazadnje pa je izvedba prve presečne raziskave potekala v zimskih mesecih (od januarja do marca), kar zaradi vremenskih razmer prav tako vpliva predvsem na aktivnosti, ki potekajo v naravi. V obdobju izvedbe druge presečne raziskave je prišlo do sproščanja vladnih ukrepov. Raziskava je bila izvedena spomladi in v začetku poletja, kar je verjetno z izboljšanjem vremena dodatno spodbudilo prebivalce k povečanju izvajanja zunanjih aktivnosti.

Glede na te negativne spremembe med pandemijo covid-19 in upoštevajoč varovalne dejavnike telesne aktivnosti na telesno in duševno zdravje je pomembno, da se vложи več napora v promocijo telesne aktivnosti in ohranjanje ravni njenega izvajanja tudi ob pandemiji oziroma zaprtju države.

V preteklih raziskavah je bilo že predlagano, da omejevanje možnosti izvajanja telesne aktivnosti morda ni najbolj optimalen pristop pri obladovanju pandemije (Amekran in El Hangouche, 2021). Avtorji tudi zagovarjajo, da bi morale kontinuirano spremljanje posledic, ki jih ima zaprtje države na zdrave navade, postati rutina in del pripravljenosti v odzivu na krizo (Huang in Zhao, 2020).

Kot prvo omejitev velja omeniti, da samoporočanje lahko vodi v pristranskost ali nepopolno razumevanje posameznih vprašanj. Ni bila možna ustrezna primerjava s predhodnimi raziskavami, saj so se vprašanja razlikovala od vprašanj, ki so bila postavljena na primer v raziskavi CINDI (z zdravjem povezan vedenjski slog). Razlikovali so se tudi vladni ukrepi v trenutku izvajanja prve in druge presečne raziskave.

Tako za oceno telesne aktivnosti kot tudi za posamezne oblike niso bile navedene natančne količine izvajanja v minutah ali urah, temveč samo subjektivna ocena z več ali manj. S tega vidika je težje natančno poročati, v kolikšni meri je bila telesna aktivnost poslabšana v času pandemije v primerjavi s časom prej.

ZAKLJUČEK

Zadostna raven telesne aktivnosti je ena glavnih značilnosti zdravega življenjskega sloga. Že pred pandemijo covid-19 je bila nezadostna pri četrtini svetovne populacije (WHO, 2018), kar se je še poslabšalo med pandemijo, kot so pokazale številne raziskave, tudi SI-PANDA.

V obdobju, ko so bili v veljavi strožji vladni ukrepi za preprečevanje širjenja okužb s covidom-19, je bilo v Sloveniji opazno poslabšanje telesne aktivnosti med populacijo. V drugi presečni raziskavi, ko je že prišlo do sproščanja ukrepov, je bilo vidno ponovno izboljšanje, kar kaže, kako pomembno bi bilo predvideti dodatne programe in politike, katerih cilj bi bil vzpodbujati in ohranjati ustrezno raven telesne dejavnosti med prebivalstvom v primeru ponovnega zaprtja države. Pozornost bi bilo smiselno usmeriti k skupinam, ki so se z raziskavo SI-PANDA izkazale za najbolj dovzetne za poslabšanje telesne aktivnosti, in sicer mlajše starostne skupine, osebe z višjo stopnjo izobrazbe, študenti, osebe s poslabšano finančno situacijo in osebe s slabšim duševnim zdravjem. Podobno zagovarjajo tudi tuji avtorji (Faulkner idr., 2021). Zanimiva bi bila uvedba nove mobilne aplikacije (ali uporaba ene izmed obstoječih) za štetje korakov in spodbujanje doseganja čim večjega vsakodnevnega števila s splošnimi akcijami med prebivalci. Intervencije s spodbujanjem vadbe po spletu so se že izkazale za učinkovite (Hutchesson idr., 2021), zato bi bilo smiselno narediti več v tej smeri. Po drugi strani pa bi bila pomembna dodatna promocija telesne aktivnosti starejših predvsem po tradicionalnih medijih, kot sta radio in televizija, saj vsi namreč nimajo dostopa do interneta ali pa nimajo digitalnih veščin.

VIRI IN LITERATURA

Amekran, Y. in El Hangouche, A. J. (2021). Coronavirus disease (COVID-19) and the need to maintain regular physical activity. *The Journal of sports medicine and physical fitness*, 61(1), 159–160. <https://doi.org/10.23736/S0022-4707.20.11524-X>

Amini, H., Habibi, S., Islamoglu, A. H., Isanejad, E., Uz, C. in Daniyari, H. (2021). COVID-19 pandemic-induced physical inactivity: the necessity of updating the Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030. *Environmental health and preventive medicine*, 26(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12199-021-00955-z>

Balanzá-Martínez, V., Atienza-Carbonell, B., Kapczinski, F. in De Boni, R. B. (2020). Lifestyle behaviours during the COVID-19 - time to connect. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 399–400. <https://doi.org/10.1111/acps.13177>

Castañeda-Babarro, A., Arbillaga-Etxarri, A., Gutiérrez-Santamaría, B. in Coca, A. (2020). Physical Activity Change during COVID-19 Confinement. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6878. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186878>.

Chen, P., Mao, L., Nassis, G. P., Harmer, P., Ainsworth, B. E. in Li, F. (2020). Coronavirus disease (COVID-19): The need to maintain regular physical activity while taking precautions. *Journal of sport and health science*, 9(2), 103–104. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.02.001>

Faulkner, J., O'Brien, W. J., McGrane, B., Wadsworth, D., Batten, J., Askew, C. D., Badenhorst, C., Byrd, E., Coulter, M., Draper, N., Elliot, C., Fryer, S., Hamlin, M. J., Jakeman, J., Mackintosh, K. A., McNarry, M. A., Mitchelmore, A., Murphy, J., Ryan-Stewart, H., Saynor, Z., ... Lambrick, D. (2021). Physical activity, mental health and well-being of adults during initial COVID-19 containment strategies: A multi-country cross-sectional analysis. *Journal of science and medicine in sport*, 24(4), 320–326. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2020.11.016>

Hamer, M., Kivimäki, M., Gale, C. R. in Batty, G. D. (2020). Lifestyle risk factors, inflammatory mechanisms, and COVID-19 hospitalization: A community-based cohort study of 387,109 adults in UK. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 184–187. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.059>

Hočvar Grom, A., Belščak Čolaković A., Rehberger M., Lavtar D., Gabrijelčič Blenkuš M., Jeriček Klanšček H., Fajdiga Turk V., Gregorič M., Šivec N., Poličnik R., Blaznik U., Carli T. in Zupančič Tisovec B. (2021). Pandemija Covid-19 v Sloveniji: Izsledki panelne spletne raziskave o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA), 7. val. Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/panda_porocilo_po_7_valu.pdf

Hočvar Grom, A., Brovč, M., Lavtar, D., Rehberger, M. in Belščak Čolaković, A. (2022). Vpliv pandemije covid-19 na življenje (izsledki raziskave SI-PANDA). *Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, 31(5). <https://online.pubhtml5.com/agma/xtio/#p=30>

Huang, Y. in Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>

Hutchesson, M. J., Gough, C., Müller, A. M., Short, C. E., Whatnall, M. C., Ahmed, M., Pearson, N., Yin, Z., Ashton, L. M., Maher, C., Staiano, A. E., Mauch, C. E., DeSmet, A. in Vandelanotte, C. (2021). eHealth interventions targeting nutrition, physical activity, sedentary behavior, or obesity in adults: A scoping review of systematic reviews. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 22(10), e13295. <https://doi.org/10.1111/obr.13295>

Imboden, M. T., Harber, M. P., Whaley, M. H., Finch, W. H., Bishop, D. L., Fleenor, B. S. in Kaminsky, L. A. (2019). The Association between the Change in Directly Measured Cardiorespiratory Fitness across Time and Mortality Risk. *Progress in cardiovascular diseases*, 62(2), 157–162. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2018.12.003>

Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Barros, M., Gomes, C. S., Machado, Í. E., Souza Júnior, P., Romero, D. E., Lima, M. G., Damacena, G. N., Pina, M. F., Freitas, M., Werneck, A. O., Silva, D., Azevedo, L. O. in Gracie, R. (2020). The COVID-19 Pandemic and changes in adult Brazilian lifestyles: a cross-sectional study, 2020. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 29(4), e2020407. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>

Maugeri, G., Castrogiovanni, P., Battaglia, G., Pippi, R., D'Agata, V., Palma, A., Di Rosa, M. in Musumeci, G. (2020). The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. *Heliyon*, 6(6), e04315. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04315>

Meyer, J., McDowell, C., Lansing, J., Brower, C., Smith, L., Tully, M. in Herring, M. (2020). Changes in Physical Activity and Sedentary Behavior in Response to COVID-19 and Their Associations with Mental Health in 3052 US Adults. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6469. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186469>

Odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS-CoV-2 (COVID-19) na območju Republike Slovenije. (2020). *Uradni list RS* 19-532/2020

- Park, A. H., Zhong, S., Yang, H., Jeong, J. in Lee, C. (2022). Impact of COVID-19 on physical activity: A rapid review. *Journal of global health*, 12, 05003. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.05003>
- Poličnik, R., Backović Juričan, A., Korošec, A. in Zupančič Tisovec, B. (2021). Prehranjevanje, telesna dejavnost in spanje. V T. Zupanič, V. Zakrajšek, M. Zaletel, E. Leban, M. Vinko in R. Pribaković Brinovec (ur.), *Prvi val epidemije covid-19 skozi prizmo zdravstvene statistike* (pp. 9–14). Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/pdf_5_poglavje.pdf
- Public Health England (2021). *Wider impacts of COVID-19 on physical activity, deconditioning and falls in older adults*. *Public Health England, London*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1010501/HEMT_Wider_Impacts_Falls.pdf
- Runacres, A., Mackintosh, K. A., Knight, R. L., Sheeran, L., Thatcher, R., Shelley, J. in McNarry, M. A. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Sedentary Time and Behaviour in Children and Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(21), 11286. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111286>.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., Hallgren, M., Ponce De Leon, A., Dunn, A. L., Deslandes, A. C., Fleck, M. P., Carvalho, A. F. in Stubbs, B. (2018). Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *The American journal of psychiatry*, 175(7), 631–648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.02.023>
- Tison, G. H., Avram, R., Kuhar, P., Abreau, S., Marcus, G. M., Pletcher, M. J. in Olgin, J. E. (2020). Worldwide Effect of COVID-19 on Physical Activity: A Descriptive Study. *Annals of internal medicine*, 173(9), 767–770. <https://doi.org/10.7326/M20-2665>
- Vinko, M., Kofol-Bric, T., Korošec, A., Tomšič, S. in Vrdelja, M. (2018). *Kako skrbimo za zdravje?* <https://nijz.si/publikacije/kako-skrbimo-za-zdravje/>
- Wang, Y., Zhang, Y., Bennell, K., White, D. K., Wei, J., Wu, Z., He, H., Liu, S., Luo, X., Hu, S., Zeng, C. in Lei, G. (2020). Physical Distancing Measures and Walking Activity in Middle-aged and Older Residents in Changsha, China, During the COVID-19 Epidemic Period: Longitudinal Observational Study. *Journal of medical Internet research*, 22(10), e21632. <https://doi.org/10.2196/21632>
- Wennberg, P., Boraxbekk, C. J., Wheeler, M., Howard, B., Dempsey, P. C., Lambert, G., Eikelis, N., Larsen, R., Sethi, P., Occlleston, J., Hernestål-Boman, J., Ellis, K. A., Owen, N. in Dunstan, D. W. (2016). Acute effects of breaking up prolonged sitting on fatigue and cognition: a pilot study. *BMJ open*, 6(2), e009630. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009630>
- Wolf, S., Seiffer, B., Zeibig, J. M., Welkerling, J., Brokmeier, L., Atrott, B., Ehring, T. in Schuch, F. B. (2021). Is Physical Activity Associated with Less Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic? A Rapid Systematic Review. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 51(8), 1771–1783. <https://doi.org/10.1007/s40279-021-01468-z>
- World health organization. (2010) *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization.
- World health organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization
- World health organization. (2020). *Overview of public health and social measures in the context of COVID-19. Interim Guidance*. Pridobljeno 16. 05. 2022 s <https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>
- Wunsch, K., Kienberger, K. in Niessner, C. (2022). Changes in Physical Activity Patterns Due to the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 2250. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042250>
- Yamada, M., Kimura, Y., Ishiyama, D., Otobe, Y., Suzuki, M., Koyama, S., Kikuchi, T., Kusumi, H. in Arai, H. (2021). The Influence of the COVID-19 Pandemic on Physical Activity and New Incidence of Frailty among Initially Non-Frail Older Adults in Japan: A Follow-Up Online Survey. *The journal of nutrition, health & aging*, 25(6), 751–756. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1634-2>

11. SPANJE MED PANDEMIJO



Spanje med pandemijo

AVTORICE: Brigita Zupančič-Tisovec, Marjeta Peperko, Maruša Rehberger, Darja Lavtar

KLJUČNE BESEDE: spanje, pandemija covid-19, odrasli

UVOD: Pandemija covid-19 je predstavljala izredne razmere, ki so vplivale tudi na spanje pri odraslih Slovencih. Namen prispevka je preučiti razširjenost pojavnosti kakovosti spanja med odraslimi Slovenci v času prve in druge presečne študije in nekatere dejavnike, ki so s tem povezani.

METODE: Predstavljeni so podatki iz Nacionalne raziskave o vplivu pandemije na življenje 2021, v sklopu katere je bila s prilagojenim vprašalnikom Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) izvedena samoocena spanja.

REZULTATI: Približno četrtnina anketiranih odraslih Slovencev je poročalo, da se jim je ob pandemiji covid-19 poslabšalo spanje. Med prvo in drugo presečno študijo se je zmanjšal delež tistih, ki so poročali o poslabšanju spanja. Ženske so imele zaradi pojava novih okoliščin ob pandemiji več težav s spanjem kot moški. O največ spremembah v kakovosti spanja v tem času so poročali najmlajši (od 18 do 29 let) in najstarejši (70 in več let). Najmlajši anketirani so v najvišjem deležu poročali o poslabšanju in izboljšanju spanja. Na poslabšanje spanja sta vplivala tudi dosežena stopnja izobrazbe in status delovne aktivnosti. Prisotnost težav v duševnem zdravju se je izkazal kot pomemben spremljevalni dejavnik poslabšanja spanja. Pandemija covid-19 se kaže kot dejavnik tveganja za poslabšanje spanja odraslih Slovencev.

ZAKLJUČEK: Raziskava je pokazala, da je nekaj ranljivih skupin odraslih pogosteje poročalo o poslabšanju spanja zaradi novonastalih razmer. Izboljšanje epidemioloških razmer je vplivalo tudi na izboljšanje njihovega spanja. V načrtovanju javnozdravstvenih politik v času izrednih razmer je treba več pozornosti nameniti promociji urejenega spanja in preprečevanju dejavnikov, ki vplivajo na poslabšanje spanja ter pozornost usmerjati na ranljive skupine prebivalcev.

KLJUČNI POUČENKI:

- Približno četrtnina odraslih oseb (27,7 % v prvi in 24,4 % v drugi presečni raziskavi) je poročalo, da se je njihovo spanje med pandemijo covid-19 poslabšalo. Med prvo in drugo presečno raziskavo se je delež oseb, ki so poročale o poslabšanju spanja, zmanjšal za manj kot 3 odstotne točke.
- Ženske so pogosteje poročale o poslabšanju kakovosti spanja kot moški.
- O spremembah spanja med pandemijo covid-19 so najpogosteje poročale osebe v najmlajši (18 do 29 let) in najstarejši (70 in več let) starostni skupini (velja za obe presečni raziskavi).
- O izboljšanju spanja je statistično značilno v največji meri poročala najmlajša starostna skupina, ki se je tudi v najmanjši meri opredelila z nespremenjenim spanjem.
- Nižja dosežena stopnja izobrazbe in status delovne aktivnosti brez rednih dohodkov (brezposelni, dijaki, študenti) sta med epidemijo vplivala na poslabšanje spanja.
- Prisotnost težav v duševnem zdravju se je izkazala kot pomemben dejavnik poslabšanja spanja.

UVOD

Pandemija covid-19 je predstavlja izredne razmere na področju zdravja (World Health Organization, 2020), ki so vplivale tudi na spanje odraslih Slovencev. Ukrepi za zmanjševanje prenosa covid-19 vplivajo tako na preprečevanje širjenja okužb kot na spremembo življenjskega sloga ter naše zdravje (Mattioli idr., 2020). Pandemija zahteva številne in hitre spremembe, vključno s spremembami življenjskih prioritet in posledično življenjskega sloga. Nezdruve prehranjevalne navade, telesna nedejavnost, stres in neurejeno spanje vodijo v porast debelosti in druge kronične bolezni (GBD 2015 Obesity Collaborators idr., 2017) ter vplivajo na slabši imunski odziv (Ryan idr., 2020). Spanje je zapleten biološki proces, ki je bistvenega pomena za življenje. Neurejeno spanje lahko pri posamezniku pusti resne zdravstvene posledice (Cook, 2008). Kakovost spanja je za vzdrževanje dobrega zdravja tako pomembna kot prehrana in telesna dejavnost (Ohlmann in O'Sullivan, 2009). Raziskave kažejo, da je tudi tesnoba povezana s stresom in zmanjšano kakovostjo spanja. Neurejeno spanje je povezano z anksioznostjo, depresijo in samomorilnim vedenjem (Sher, 2020).

Stanja, ki motijo običajne vzorce spanja, so pogost pojav, ki lahko različno prizadenejo posameznike in vodijo v slabo in pomanjkljivo spanje. Zanje je značilno samoocenjevanje slabe kakovosti in dolžine spanja ali neustreznega spanja kljub primernim možnostim in okolju, ki omogoča spanje, kar slabo vpliva na dnevne funkcije posameznika (Grima idr., 2019). Če teh stanj ne zdravimo, so povezana s številnimi škodljivimi zdravstvenimi izidi tako na telesnem kot duševnem in kognitivnem zdravju (Basnet idr., 2016, Eugene in Masiak, 2015).

Namen raziskave SI-PANDA je med drugim preučiti tudi razširjenost in nekatere dejavnike, ki so vplivali na kakovost spanja odraslih Slovencev v času prve in druge presečne raziskave med pandemijo covid-19.

METODE

Pregledna presečna raziskava, ki temelji na samooceni spanja, vključuje polnoletne prebivalce Slovenije. Za raziskavo je bil uporabljen prevedeni in prilagojeni vprašalnik SZO.

Osnovna predstavitev podatkov o vplivu pandemije na spanje je potekala s pomočjo sociodemografskih in drugih pojasnjevalnih spremenljivk, ki so bile vključene v vprašalnik ali preračunane iz osnovnih spremenljivk: spol, 10-letne starostne skupine, štiri skupine dosežene stopnje izobrazbe, zaposlitveni status in duševno zdravje.

Kazalnik spanja je izračunan iz vprašanja *Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje na področju spanja?* Anketiranci so izbirali med kategorijami: zelo izboljšano, izboljšano, nespremenjeno, poslabšano in zelo poslabšano.

Na podlagi teorije smo podane odgovorne kategorije smiselno združili, in sicer smo skupaj preučevali tiste, ki so poročali o zelo izboljšanem in izboljšanem spanju, posebej tiste, ki so poročali o nespremenjenem, in združeno tiste, ki so poročali o zelo poslabšanem in poslabšanem spanju. V prispevku smo se bolj posvetili slednjim.

REZULTATI

Preglednica 43: Samoocena vpliva pandemije na področje spanja; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Kako je pandemija covida-19 vplivala na vaše življenje na spodaj navedenih področjih? Spanje								
		Izboljšano		Nespremenjeno		Poslabšano		
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 3.608)	11,4		61,4		27,2		
	Spol	$\chi^2 = 30,3; p < 0,0001$						
(A)	Moški	11,9		64,8	B	23,3	B	
(B)	Ženski	11,0		57,9	A	31,2	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 157,8; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	23,2	BCDEF	45,6	BCDEF	31,2		
(B)	Od 30 do 39 let	13,5	AEF	62,3	A	24,2		
(C)	Od 40 do 49 let	11,0	AEF	62,1	AE	26,9		
(D)	Od 50 do 59 let	10,6	AEF	62,9	AE	26,6		
(E)	Od 60 do 69 let	6,0	ABCD	69,3	ACD	24,7		
(F)	70 let in več	4,2	ABCD	65,4	A	30,4		
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 50,9; p < 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	10,2		55,0	BCD	34,8	CD	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	6,6	CD	64,0	A	29,4	CD	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	13,6	B	62,1	A	24,3	AB	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	12,5	B	63,1	A	24,5	AB	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 188,2; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	12,0	BCE	62,8	BCDE	25,1	BDE	
(B)	Dijak, študent	28,7	ACDE	38,1	ACDE	33,3	AC	
(C)	Upokojenec	4,7	ABD	68,4	ABDE	26,9	BDE	
(D)	Brezposeln	15,5	BC	50,2	ABC	34,2	AC	
(E)	Drugo	7,5	AB	51,9 ^M	ABC	40,6 ^M	AC	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 672,9; p < 0,0001$						
(A)	Velika verjetnost težav	3,7	BC	30,7	BC	65,5	BC	
(B)	Možnost prisotnosti težav	9,6	AC	54,2	AC	36,2	AC	
(C)	Brez težav	14,8	AB	73,9	AB	11,3	AB	

M: manj natančna ocena

Analizirali smo subjektivna stališča o spanju v času pandemije covid-19 (preglednica 43). V prvi presečni študiji je kar 27,2 % vseh vprašanih poročalo o poslabšanju in 11,4 % o izboljšanju spalnih navad. O poslabšanju so značilno pogosteje poročale ženske (31,2 %) kot moški (23,3 %).

Da je njihovo spanje v zadnjem času slabše, so v največjem deležu poročale najmlajše (starost 18 do 29 let: 31,2 %) in najstarejše (70 in več let: 30,4 %) skupine prebivalstva. Med skupinami, ki so poročale o poslabšanju, ni statistično značilnih razlik. Najmlajša skupina je v najvišjem deležu poročala tudi o izboljšanju (23,2 %) kakovosti spanja v prvi presečni študiji.

Glede na doseženo stopnjo izobrazbe so o poslabšanem spanju med pandemijo covid-19 statistično značilno najpogosteje poročale skupine prebivalcev z najnižjo (osnovnošolska izobrazba ali manj: 34,8 %).

Glede na status aktivnosti so v najvišjem deležu poslabšano spanje zaznavali brezposelni (34,2 %), dijaki ter študenti (33,3 %) in osebe z drugim statusom aktivnosti (40,6 %, ocena je manj natančna).

Prisotnost težav v duševnem zdravju se je izkazala kot pomemben dejavnik slabšega spanja v času pandemije covid-19 v prvi presečni študiji. Delež oseb, ki so poročale o poslabšanem spanju in so imele veliko verjetnost duševnih težav, je znašal 65,5 %. Delež oseb s poročanim poslabšanjem spanja je bil v tej skupini statistično značilno večji kot v skupini, ki nima težav v duševnem zdravju (11,3 %), oziroma z deležem v skupini, kjer je prisotnost težav v duševnem zdravju možna (36,2 %).

Preglednica 44: Samoocena vpliva pandemije na spanje; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje na spodaj navedenih področjih? Spanje								
		Izboljšano		Nespremenjeno		Poslabšano		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.801)	11,0		64,6		24,4		
	Spol	$\chi^2 = 12,3; p = 0,0193$						
(A)	Moški	12,1		66,0		21,9	B	
(B)	Ženski	9,8		63,2		27,0	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 177,8; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	27,3	BCDEF	46,3	BCDEF	26,4		
(B)	Od 30 do 39 let	10,9	AF	67,5	A	21,6		
(C)	Od 40 do 49 let	8,2	A	66,6	A	25,2		
(D)	Od 50 do 59 let	8,3	A	66,8	A	24,9		
(E)	Od 60 do 69 let	6,2	A	70,6	A	23,2		
(F)	70 let in več	5,3	AB	69,1	A	25,6		
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 6,0; p = 0,7048$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	11,5		61,7		26,8		
(B)	Srednja poklicna izobrazba	9,6		68,1		22,3		
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	11,5		63,6		25,0		
(D)	Višješolska izobrazba ali več	10,8		65,6		23,6		
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 199,7; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	10,0	BCD	67,2	BDE	22,8	BE	
(B)	Dijak, študent	34,3	ACDE	36,5	ACDE	29,1	A	
(C)	Upokojenec	5,6	ABD	69,3	BDE	25,1	E	
(D)	Brezposeln	15,4	ABC	59,0 ^M	ABC	25,6		
(E)	Drugo	6,7	B	60,5 ^M	ABC	32,8 ^M	AC	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 372,6; p < 0,0001$						
(A)	Velika verjetnost težav	7,8	C	40,4	BC	51,8	BC	
(B)	Možnost prisotnosti težav	9,6		55,2	AC	35,2	AC	
(C)	Brez težav	12,3	A	76,6	AB	11,1	AB	

M: manj natančna ocena

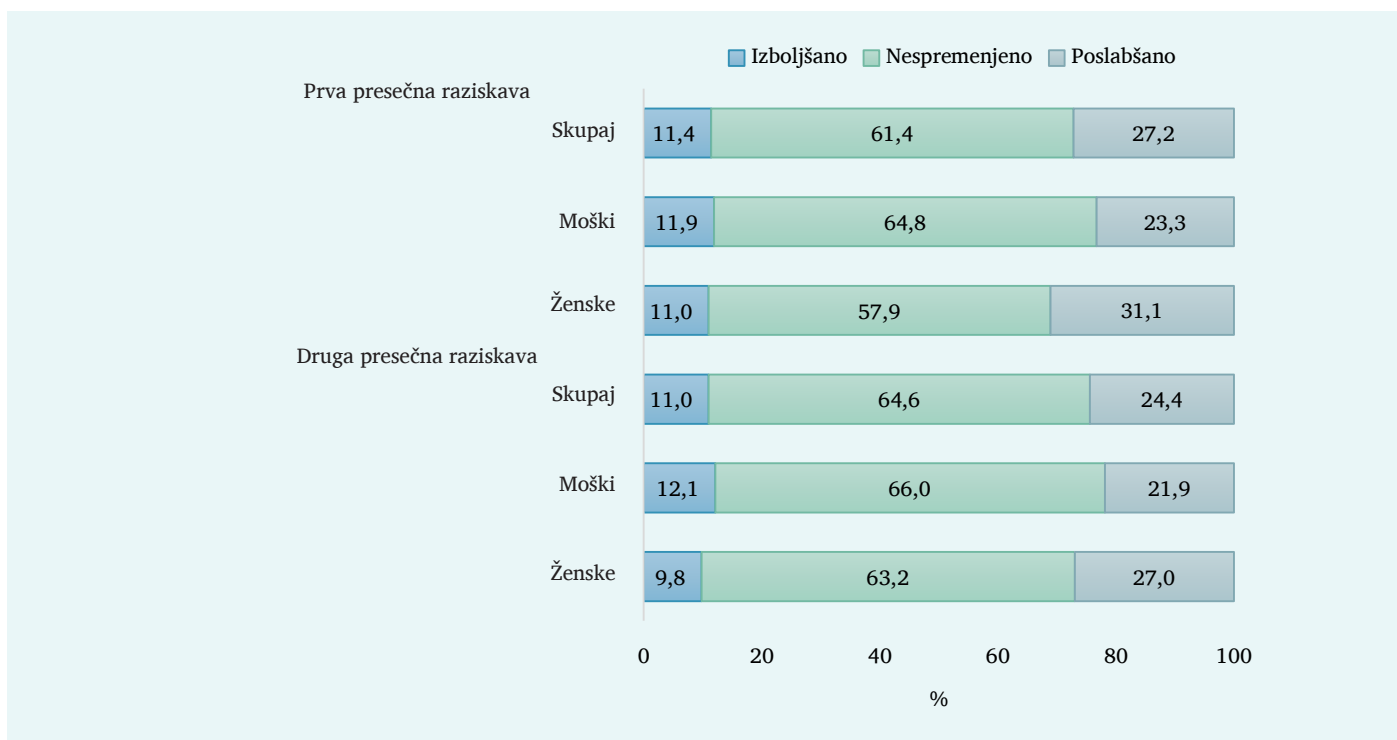
Tudi v drugi presečni raziskavi smo preverjali subjektivna stališča o spanju v času pandemije covid-19 (preglednica 44). Analize kažejo, da je 24,4 % vseh vprašanih poročalo o poslabšanju spanja. O slabšem spanju so tudi tokrat statistično značilno pogosteje poročale ženske (27,0 %) kot moški (21,9 %).

V najmlajši starostni skupini (od 18 do 29 let) so tudi tokrat v najvišjem deležu poročali o izboljšanju (27,3 %) na eni in poslabšanju (26,4 %) spanja na drugi strani. O poslabšanem spanju so brez statističnih razlik med skupinami v največjem deležu poleg najmlajših poročali tudi odrasli v starostni skupini od 40 do 49 let (25,2 %) in najstarejši (70 in več let: 25,6 %). Ti so v najvišjem deležu poročali tudi, da se spanje ni spremenilo.

O poslabšanem spanju so glede na status aktivnosti v drugi presečni raziskavi najpogosteje poročali dijaki in študenti (29,1 %), vendar razlike z drugimi skupinami niso statistično značilne.

Povezava s prisotnostjo duševnih težav se je izkazala kot eden od dejavnikov poslabšanja spanja v času pandemije covid-19 tudi v drugi presečni študiji. Delež oseb, ki so poročale o poslabšanju, je bil največji med osebami, ki imajo veliko verjetnost duševnih težav, in je znašal 51,8 %. Delež oseb s poslabšanjem spanja je bil v tej skupini statično značilno večji v primerjavi z deležem v skupini, ki nima težav v duševnem zdravju (11,1 %) oziroma je zanje obstajala manjša možnost težav v duševnem zdravju (35,2 %).

Primerjava prve in druge presečne raziskave kaže, da je višji delež odgovarjal o poslabšanju (preglednica 45). Prikazuje primerjavo med obema raziskavama in kaže več poslabšanja (v prvi 27,2 % in v drugi raziskavi 24,4 % odraslih Slovencev) kot pa izboljšanja spanja (v obeh primerih je o tem poročalo dobrih 11 % vprašanih). Primerjava med obema raziskavama pokaže tudi, da se je delež teh, ki so poročali o poslabšanju spanja, statistično značilno izboljšal (znižal).



Slika 23: Samoocena vpliva pandemije na spanje: skupaj in po spolu, prva in druga presečna raziskava

Ženske so ob pojavu novih okoliščin statistično značilno več kot moški poročale o poslabšanju spanja. Ob primerjavi obeh raziskav ugotovimo statistično značilen upad deleža žensk, ki poročajo o subjektivni zaznavi poslabšanja spanja (z 31,2 % v prvi raziskavi na 27,0 % v drugi raziskavi).

O največ spremembah, povezanih s spanjem med pandemijo covid-19, so v obeh presečnih raziskavah poročali v najmlajši (18 do 29 let) in najstarejši (70 in več let) starostni skupini. Primerjava med raziskavama pokaže upad poslabšanja v skupini najstarejših prebivalcev med prvo in drugo raziskavo.

Dosežena stopnja izobrazbe in status aktivnosti sta med pandemijo vplivala na poslabšanje spanja. O najvišjem odstotku poslabšanja so poročali v skupini z najnižjo stopnjo izobrazbe. Primerjava med raziskavama kaže statistično značilen upad poslabšanja spanja. Glede na status aktivnosti so o poslabšanem spanju pogosteje poročali brezposelni ter dijaki in študenti, vendar v teh skupinah nismo zaznali statistično značilnih sprememb v času trajanja prve in druge presečne raziskave.

Velika verjetnost težav v duševnem zdravju se izkazuje kot pomemben spremljevalni dejavnik poslabšanja spanja v obeh presečnih raziskavah. Primerjava obeh presečnih raziskav kaže statistično značilen upad poslabšanja med prvo in drugo raziskavo (prva 65,5 %, druga 51,8 %).

Preglednica 45: Poslabšanje spanja; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Kako je pandemija covid-19 vplivala na spanje? (kategoriji poslabšano in zelo poslabšano)			
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Skupaj	27,2	24,4	↓
Spol			
Moški	23,3	21,9	o
Ženski	31,2	27,0	↓
Starostne skupine			
Od 18 do 29 let	31,2	26,4	o
Od 30 do 39 let	24,2	21,6	o
Od 40 do 49 let	26,9	25,2	o
Od 50 do 59 let	26,6	24,9	o
Od 60 do 69 let	24,7	23,2	o
70 let in več	30,4	25,6	↓
Dosežena stopnja izobrazbe			
Osnovnošolska izobrazba ali manj	34,8	26,8	↓
Srednja poklicna izobrazba	29,4	22,3	↓
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	24,3	25,0	o
Višješolska izobrazba ali več	24,5	23,6	o
Status aktivnosti			
Zaposlen, samozaposlen	25,1	22,8	o
Dijak, študent	33,3	29,1	o
Upokojenec	26,9	25,1	o
Brezposeln	34,2	25,6	o
Drugo	40,6 ^M	32,8 ^M	o
Težave v duševnem zdravju			
Velika verjetnost težav	65,5	51,8	↓
Možnost prisotnosti težav	36,2	35,2	o
Brez težav	11,3	11,1	o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

RAZPRAVA

Rezultati te raziskave kažejo, kako je pandemija covid-19 vplivala na kakovost spanja odraslih Slovencev. Dve tretjini prebivalcev je poročalo, da pandemija covid-19 ni vplivala na izboljšanje ali poslabšanje spanja. Dobrih 11 % odraslih Slovencev je poročalo o izboljšanju spanja v času obeh raziskav. Pri približno četrtini pa rezultati raziskave razkrivajo poslabšanje. Pandemija covid-19 je bil dejavnik tveganja za poslabšanje spanja le v nekaterih skupinah prebivalcev. Analiza prve in druge presečne študije je pokazala, da imajo ženske, osebe z nižjo doseženo stopnjo izobrazbe, brezposelne osebe, dijaki in študenti ter osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju, večji dejavnik tveganja za pojav poslabšanega spanja. Primerjava med obema presečnima študijama je pokazala statistično značilen upad poročanja o poslabšanju spanja v kategorijah skupaj, pri ženskah, prebivalcih, starejših od 70 let, prebivalcih z nižjo stopnjo izobrazbe (osnovnošolska izobrazba ali manj in srednja poklicna izobrazba) ter prebivalcih s težavami v duševnem zdravju.

Prvo popolno zaprtje javnega življenja je po vsem svetu sprožilo močno povečanje težav s spanjem (Parrino idr., 2022). V raziskavi, izvedeni v Italiji in Belgiji (Cellini idr., 2021), se je bistveno podaljšal čas, preživet v postelji, in čas spanja, izrazito pa se je poslabšala kakovost spanja. Najranljivejši posamezniki so ženske, osebe, ki doživljajo bolj negativno razpoloženje, in tisti, ki dojemajo pandemično situacijo kot zelo stresno. Kakovost in čas spanja sta se znatno spremenila zlasti pri brezposelnih udeležencih. Nasprotno pa je pozitivno razpoloženje pokazalo zaščitni učinek pred tveganjem za slabo kakovost spanja. V vzorcu francoske splošne javnosti (Kokou-Kpolou idr., 2020) so skrbi in osamljenost, povezane s covidom-19, glavni dejavniki, ki so prispevali h klinični nespečnosti. Med zaprtjem na Kitajskem je raziskava pokazala, da je bila nespečnost zelo razširjena ter povezana s psihološkimi reakcijami na izbruh covid-19 in slabo higieno spanja (Li idr., 2020). Te ugotovitve kažejo, da lahko dolgotrajna socialna izolacija (zapiranje zaradi pandemije) ogrozi kakovost spanja, kar uvaja dodatna opozorila (Parrino idr., 2022).

ZAKLJUČEK

Pandemija covid-19 je dejavnik tveganja za poslabšanje spanja odraslih Slovencev. Raziskava je pokazala nekaj ranljivih skupin oz. skupin prebivalcev med odraslimi, ki so pogosteje poročali o poslabšanju spanja zaradi novonastalih razmer.

V načrtovanju javno zdravstvenih politik in pristopov v času epidemij je treba več pozornosti nameniti promociji spanja in preprečevanju različnih motenj, ki vplivajo na njegovo poslabšanje. Posebno pozorno je treba spremljati skupine prebivalcev, ki najpogosteje poročajo o subjektivnem zaznavanju slabšega spanja, kot so: ženske, osebe z nižjo doseženo stopnjo izobrazbe, brezposelne osebe, dijaki in študenti ter osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju.

VIRI IN LITERATURA

- Basnet, S., I Merikanto, I., Lahti, T., Männistö, S., Laatikainen, T., Vartiainen, E. in Partonen, T. (2016). Associations of common chronic non-communicable diseases and medical conditions with sleep-related problems in a population-based health examination study. *Sleep Science*, 9(3), 249–254. <https://doi.org/10.1016/j.slsi.2016.11.003>
- Cellini, N., Conte, F., De Rosa, O., Giganti, F., Malloggi, S., Reyt, M., Guillemin, C., Schmidt, C., Muto, V. in Ficca, G. (2021). Changes in sleep timing and subjective sleep quality during the COVID-19 lockdown in Italy and Belgium: age, gender and working status as modulating factors. *Sleep medicine*, 77, 112–119. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.11.027>
- Cook N.F. (2008) A finale balance: The physiology of sleep. *Practice Nursing*, 19(2):73-6.
- Eugene A.R. in Masiak J. (2015). The Neuroprotective Aspects of Sleep. *MEDtube Science*, 3(1):35-40.
- GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., Marczak, L., Mokdad, A. H., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., Salama, J. S., Vos, T., Abate, K. H., Abbafati, C., Ahmed, M. B., Al-Aly, Z., Alkerwi, A., Al-Raddadi, R., Amare, A. T., ... Murray, C. J. L. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England journal of medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Grima, N.A., Bei, B. in Mansfield, D. (2019). Insomnia theory and assessment. *Australian journal of general practice*, 48(4), 193–197. <https://doi.org/10.31128/AJGP-12-18-4780>
- Kokou-Kpolou, C. K., Megalaki, O., Laimou, D. in Kousouri, M. (2020). Insomnia during COVID-19 pandemic and lockdown: Prevalence, severity, and associated risk factors in French population. *Psychiatry research*, 290, 113128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113128>
- Li, Y., Qin, Q., Sun, Q., Sanford, L. D., Vgontzas, A. N. in Tang, X. (2020). Insomnia and psychological reactions during the COVID-19 outbreak in China. *Journal of clinical sleep medicine*, 16(8), 1417–1418. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8524>
- Mattioli, A.V., Pinti, M., Farinetti, A. in Nasi, M. (2020). Obesity risk during collective quarantine for the COVID-19 epidemic. *Obesity medicine*, 20(1), p. 100263.
- Ohlmann K.K. in OSullivan M.I. (2009) The costs of short sleep. *AAOHN Journal : AAOHN Journal : Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 57(9):381-5.
- Parrino, L., Halasz, P., Szucs, A., Thomas, R. J., Azzi, N., Rausa, F., Pizzarotti, S., Zilioli, A., Misirocchi, F. in Mutti, C. (2022). Sleep medicine: Practice, challenges and new frontiers. *Frontiers in neurology*, 13, 966659. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.966659>
- Ryan, P.M. in Caplice, N.M. (2020). Is adipose tissue a reservoir for viral spread, immune activation, and cytokine amplification in coronavirus disease 2019? *Obesity*, 28(7), 1191.
- Sher L. (2020). COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Sleep medicine*, 70:124. doi: 10.1016/j.sleep.2020.04.019
- World Health Organization. (2020). COVID 19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global research and innovation forum. [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)

12. UPORABA TOBAČNIH IN POVEZANIH IZDELKOV MED PANDEMIJO



Uporaba tobačnih in povezanih izdelkov med pandemijo

AVTORICI: Helena Koprivnikar, Darja Lavtar

KLJUČNE BESEDE: tobak, kajenje, elektronske cigarete, ogrevani tobačni izdelki, pandemija covid-19, virus SARS-CoV-2

UVOD: Kajenje tobaka je v Sloveniji med vodilnimi preprečljivimi dejavniki tveganja za smrt in izgubljena zdrava leta življenja. Pandemija covid-19 bi lahko imela pomembne vplive na uporabo tobačnih in povezanih izdelkov zaradi svoje razsežnosti, pandemskih ukrepov in zdravstvenih posledic. Namen poglavja je prikazati stanje na področju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov ter kajenja v domačem bivalnem okolju v drugem letu pandemije.

METODE: V letu 2021 smo v dveh presečnih raziskavah na reprezentativnem vzorcu polnoletnih prebivalcev Slovenije spremljali številne kazalnike uporabe tobačnih in povezanih izdelkov.

REZULTATI: Delež kadilcev je bil v prvi raziskavi 19,6-odstoten in statistično značilno nižji v drugi (16,8 %). Večina kadilcev kadi redno. Nekaj več kot desetina kadilcev poroča, da so v zadnjih dveh tednih pred raziskavo kadili več kot pred pandemijo. Zaradi covid-19 je 3,4 % ali skoraj 10.000 kadilcev opustilo kajenje. O kajenju v bivalnih prostorih poroča 8,8 % prebivalcev. Ogrevane tobačne izdelke je uporabljalo 5,4 %, elektronske cigarete 1,3 % in brezdimne tobačne izdelke 1,3 % prebivalcev.

ZAKLJUČEK: Raziskave kažejo na zmanjšanje prevalence kajenja in kajenja v domačem okolju. Uporaba brezdimnih tobačnih izdelkov in elektronskih cigaret ostaja nizka, medtem ko se je uporaba ogrevanih tobačnih izdelkov znatno povečala. Večina sprememb je najbolj verjetno povezana z nedavnimi ukrepi za nadzor tobaka in nedavnim prihodom določenih izdelkov na tržišče, k spremembam pa bi lahko prispevala tudi vendar bi lahko tudi pandemija covid-19. Potrebne so nadaljnje raziskave in ukrepi za nadzor tobaka, da se potrdijo in okrepijo opažene spremembe.

KLJUČNI POUDARKI:

- Po podatkih druge presečne raziskave kadi tobačne izdelke vsak šesti polnoletni prebivalec, ogrevane tobačne izdelke vsak dvajseti, elektronske cigarete in brezdimne tobačne izdelke pa uporablja okoli 1 % polnoletnih prebivalcev. Vsaj enega od navedenih izdelkov uporablja skoraj petina polnoletnih prebivalcev.
- Med prvo in drugo presečno raziskavo se je odstotek kadilcev znižal.
- Zaradi virusa SARS-CoV-2 je kajenje opustilo približno 3 % kadilcev.
- O kajenju v domačih bivalnih prostorih gospodinjstev z mladoletnimi osebami poroča manj kot 5 % prebivalcev.

UVOD

Kajenje tobaka je v Sloveniji med vodilnimi preprečljivimi dejavniki tveganja za smrt in izgubljena zdrava leta življenja (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020). Zaradi tobaku pripisljivih bolezni v Sloveniji vsako leto umre 3.123 prebivalcev ali 60 vsak teden, od teh skoraj 40 % pred 70. letom starosti (Koprivnikar in Zupanič, 2021).

Pandemija covid-19 bi lahko s svojo razsežnostjo, uvedenimi ukrepi ter zdravstvenimi posledicami pomembno vplivala na uporabo psihoaktivnih snovi, tudi tobačnih in povezanih izdelkov (Galea, 2020). Še posebej tudi zato, ker raziskave kažejo, da imajo kadilci večje tveganje za težji potek bolezni in smrt zaradi virusa SARS-CoV-2 (Clift idr., 2022; Mahamat-Saleh idr., 2021; Patanavanich idr., 2022). V svetu in pri nas se zato vrstijo številni pozivi k opustitvi kajenja. Zaznavanje, da gre za resno grožnjo, lahko poveča motivacijo za opuščanje kajenja in vpliva na zmanjšanje potrošnje tobaka, podobno lahko učinkujejo poslabšanje finančnega stanja in drugi dejavniki, npr. socialna izolacija (Giovenco idr., 2021; Koprivnikar, 2020; Maloney idr., 2021). K zmanjšanju deleža kadilcev bi lahko pandemski ukrepi prispevali z zmanjšanjem vrstniškega vpliva v času zaprtja šol in družbe, kot kažejo posamezne raziskave iz tujine (Denlinger-Apte idr., 2022; National Institute on Drug Abuse, 2021). Vendar pa lahko pandemija covid-19 in z njo povezani ukrepi vodijo tudi v večjo potrošnjo tobaka, zmanjšanje motivacije za opustitev kajenja in manjšega števila poskusov opustitve zaradi zvišane ravni stresa, dolgčasa, pomanjkanja socialnih stikov, osamljenosti, lahko tudi zaradi manjše dostopnosti različnih vrst pomoči pri opuščanju kajenja, povezanih z različnimi pandemskimi ukrepi (Giovenco idr., 2021; Kalkhoran idr., 2022; Keng idr., 2022; Koprivnikar, 2020; Maloney idr., 2021; Munarini idr., 2022). V Sloveniji smo imeli v času pandemije covid-19 omejen dostop do svetovanja za opuščanje kajenja v centrih za krepitev zdravja oziroma zdravstvenovzgojnih centrih, ves čas pa je deloval svetovalni telefon za pomoč pri opuščanju kajenja. Tudi številne raziskave iz različnih držav kažejo raznolike vplive pandemije covid-19 na kajenje (Driezen idr., 2022; Koprivnikar, 2020).

V času pandemije covid-19 lahko na razširjenost kajenja ter uporabe drugih tobačnih in povezanih izdelkov poleg pandemije in z njo povezanih ukrepov vplivajo tudi ukrepi nadzora nad tobakom, v Sloveniji nedavno uvedeni učinkoviti ukrepi nadzora nad tobakom iz Zakona o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov (ZOUTPI, 2017). Zadnji med njimi so stopili v veljavo v letu 2020, torej že v času pandemije covid-19. Stanje na tem področju močno spreminja tudi prihod različnih novih tobačnih in nikotinskih izdelkov.

Namen poglavja je prikazati stanje na področju razširjenosti uporabe tobačnih in povezanih izdelkov ter kajenja v domačem bivalnem okolju v drugem letu pandemije covid-19, in sicer skupno ter glede na različne pojasnjevalne spremenljivke.

METODE

V prvi in drugi presečni raziskavi smo spremljali kazalnike uporabe tobačnih in povezanih izdelkov:

- **odstotek kadilcev:** delež prebivalcev, ki redno ali občasno kadijo tobak (tovarniško in/ali ročno zvite cigarete, cigare, cigarilose, pipe tobaka);
- **odstotek rednih kadilcev:** delež prebivalcev, ki tobak kadijo redno, to je vsak dan;
- **odstotek občasnih kadilcev:** delež prebivalcev, ki tobak kadijo občasno, to je redkeje kot vsak dan;
- **odstotek kadilcev, ki so v zadnjih dveh tednih kadili več kot pred pandemijo:** delež kadilcev tobaka, ki poročajo, da so v zadnjih dveh tednih kadili več kot pred začetkom pandemije covid-19;
- **odstotek bivših kadilcev:** delež prebivalcev, ki tobaka sedaj ne kadijo, a so kadili v preteklosti;
- **odstotek prebivalcev, ki niso nikoli kadili:** delež prebivalcev, ki niso nikoli v življenju kadili tobaka.

V drugi presečni raziskavi smo spremljali še dodatne kazalnike uporabe tobačnih in povezanih izdelkov:

- **povprečno število pokajenih cigaret na dan med rednimi kadilci:** povprečno število dnevno pokajenih cigaret (tovarniško in/ali ročno zviti) med kadilci, ki tobak kadijo redno, to je vsak dan;
- **odstotek kadilcev, ki so opustili kajenje v času pandemije covid-19:** delež prebivalcev, ki poročajo o tem, da so v času pandemije covid-19 uspešno opustili redno ali občasno kajenje tobaka zaradi prebolele bolezni covid-19 ali zaradi zaskrbljenosti zaradi covid-19 in sedaj tobaka ne kadijo več;
- **odstotek kadilcev, ki so neuspešno poskusili opustiti kajenje v času pandemije covid-19:** delež prebivalcev, ki poročajo o tem, da so v času pandemije covid-19 poskusili opustiti redno ali občasno kajenje tobaka zaradi prebolele bolezni covid-19 ali zaradi zaskrbljenosti zaradi covid-19, a so bile pri tem neuspešni in še vedno kadijo tobak;
- **odstotek kadilcev, ki zaradi covid-19 v času pandemije niso poskusili opustiti kajenja, a ga nameravajo opustiti zaradi covid-19:** delež prebivalcev, ki poročajo o tem, da rednega ali občasnega kajenja tobaka v času pandemije covid-19 niso poskusili opustiti, a ga nameravajo opustiti zaradi zaskrbljenosti zaradi covid-19;
- **odstotek uporabnikov brezdimnih tobačnih izdelkov:** delež prebivalcev, ki poročajo, da so v zadnjih 30 dneh pred izvedbo raziskave uporabljali brezdimne tobačne izdelke. Med brezdimne tobačne izdelke uvrščamo tobak za njuhanje, tobak za žvečenje in tobak za oralno uporabo (snus ali fuge). Tobak za njuhanje ali žvečenje je tobak, ki ga uporabnik njuha (vdihava skozi nos) oziroma žveči. Tobak za oralno uporabo, to je uporabo v ustih, je znan pod imenom snus oziroma fuge. Na voljo je v majhnih vrečkah, ki se namestijo ob dlesen pod zgornjo ustnico;
- **odstotek uporabnikov ogrevanih tobačnih izdelkov:** delež prebivalcev, ki poročajo, da so v zadnjih 30 dneh pred izvedbo raziskave uporabljali ogrevane tobačne izdelke. Pri teh izdelkih uporabnik vstavi posebej oblikovano, krajšo cigareto, ki vsebuje tobak, v napravo z baterijami. Ta jo segreje, pri čemer nastane aerosol, ki vsebuje nikotin in druge kemične snovi, in ga uporabnik vdihava;
- **odstotek uporabnikov elektronskih cigaret:** delež prebivalcev, ki poročajo, da so v zadnjih 30 dneh pred izvedbo raziskave uporabljali elektronske cigarete. Elektronska cigareta je izdelek, ki s pomočjo baterije segreva tekočino, ki vsebuje nikotin (nekatero tekočino nikotina ne vsebujejo), vlažilce, arome, vodo in druge snovi. Pri segrevanju tekočine nastane aerosol, ki ga uporabnik vdihuje. Uporaba elektronskih cigaret se imenuje tudi *vejpanje*, uporabniki pa *vejperji*.

S kombinacijo vprašanj smo iz podatkov druge presečne raziskave pripravili še združeni kazalnik:

- **odstotek uporabnikov vsaj enega od tobačnih in povezanih izdelkov:** delež prebivalcev, ki redno ali občasno kadijo/uporabljajo vsaj enega od tobačnih izdelkov (cigarete, cigare, cigarilosi, pipe tobaka, brezdimni tobačni izdelki) ali povezanih izdelkov (ogrevani tobačni izdelki, elektronske cigarete).

REZULTATI

Kajenje tobaka (cigaret, cigar, cigariloso ali pip)

Delež kadilcev (trenutnih in bivših) in prebivalcev, ki niso nikoli kadili, smo beležili v obeh presečnih raziskavah. V obeh presečnih raziskavah se statistično značilno razlikujejo po spolu, starosti, interakciji med spolom in starostno skupino, stopnjo izobrazbe, statusom aktivnosti, v drugi presečni raziskavi pa tudi glede na verjetnost težav v duševnem zdravju (preglednica 46 in 47).

Preglednica 46: Kadilci, bivši kadilci in prebivalci, ki niso nikoli kadili; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Ali sedaj kadite, ste kdajkoli kadili tobak (cigarete, cigare, cigarilose ali pipe tobaka)?								
		Kadilci		Bivši kadilci		Prebivalci, ki niso nikoli kadili		
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 3.546)	19,6		21,1		59,3		
	Spol	$\chi^2 = 73,7; p < 0,0001$						
(A)	Moški	22,0	B	25,3	B	52,7	B	
(B)	Ženski	17,1	A	16,8	A	66,1	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 196,7; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	21,8	F	11,8	BCDEF	66,4	BCDEF	
(B)	Od 30 do 39 let	25,0	EF	18,4	AE	56,5	AF	
(C)	Od 40 do 49 let	22,5	EF	20,7	AE	56,8	AF	
(D)	Od 50 do 59 let	24,3	EF	22,1	AE	53,6	AF	
(E)	Od 60 do 69 let	16,4	BCDF	32,9	ABCDF	50,7	AF	
(F)	70 let in več	4,9	ABCDE	20,6	AE	74,6	ABCDE	
	Spol in starostne skupine	$\chi^2 = 316,6; p < 0,0001$						
(A)	Moški od 18 do 29 let	23,5	FL	10,0	CDEFJK	66,5	CDEL	
(B)	Moški od 30 do 39 let	27,6	EFL	19,3	EFL	53,0	L	
(C)	Moški, od 40 do 49 let	24,7	FL	25,2	AEGL	50,1	AGIL	
(D)	Moški od 50 do 59 let	29,0	EFKL	24,8	AFGIL	46,2	AFGHIJKL	
(E)	Moški od 60 do 69 let	15,8	BDFL	40,9	ABCDGHIJKL	43,3	AFGHIJKL	
(F)	Moški 70 let in več	4,4	ABCDEGHIJK	35,8	ABDGHIJKL	59,9	DEL	
(G)	Ženske od 18 do 29 let	19,9	FL	13,8	CDEFK	66,2	CDEL	
(H)	Ženske od 30 do 39 let	22,1	FL	17,4	EF	60,5	DEL	
(I)	Ženske od 40 do 49 let	20,1	FL	15,6	DEFK	64,3	CDEL	
(J)	Ženske od 50 do 59 let	19,4	FL	19,1	AEFL	61,4	DEL	
(K)	Ženske od 60 do 69 let	17,0	DFL	25,0	AFGIL	57,9	DEL	
(L)	Ženske 70 let in več	5,2	ABCDEGHIJK	10,2	BCDEFJK	84,6	ABCDEFHIJK	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 81,7; p < 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	16,7	C	17,0	BC	66,4	BC	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	21,8	D	23,6	A	54,6	AD	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	24,7	AD	22,1	A	53,2	AD	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	12,9	BC	21,0		66,1	BC	

Ali sedaj kadite, ste kdajkoli kadili tobak (cigarete, cigare, cigarilose ali pipe tobaka)?

		Kadilci		Bivši kadilci		Prebivalci, ki niso nikoli kadili	
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 197,7; p < 0,0001$					
(A)	Zaposlen, samozaposlen	23,4	BCDE	20,4	BC	56,2	BCDE
(B)	Dijak, študent	11,6	AD	12,7	AC	75,7	ACD
(C)	Upokojenec	10,1	AD	26,1	ABDE	63,8	ABDE
(D)	Brezposeln	41,5	ABCE	17,9	C	40,6	ABCE
(E)	Drugo	12,1	AD	17,0	C	70,8 ^M	ACD
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 2,4; p = 0,4397$					
(A)	Vzhodna Slovenija	18,6		21,3		60,1	
(B)	Zahodna Slovenija	20,6		20,9		58,5	
	Živi sam	$\chi^2 = 0,0; p = 0,9825$					
(A)	Da	19,8		21,5		58,7	
(B)	Ne	19,6		21,1		59,3	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 3,2; p = 0,7371$					
(A)	Velika verjetnost težav	21,5		19,2		59,3	
(B)	Možna prisotnost težav	20,5		22,5		57,0	
(C)	Brez težav	20,1		20,9		59,1	

M: manj natančna ocena

Preglednica 47: Kadilci, bivši kadilci in prebivalci, ki niso nikoli kadili; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Ali sedaj kadite, ste kdajkoli kadili tobak (cigarete, cigare, cigarilose ali pipe tobaka)?								
		Kadilci		Bivši kadilci		Prebivalci, ki niso nikoli kadili		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.808)	16,8		19,8		63,4		
	Spol	$\chi^2 = 74,0; p < 0,0001$						
(A)	Moški	18,7	B	25,1	B	56,2	B	
(B)	Ženski	15,0	A	14,5	A	70,5	A	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 177,1; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	14,6	BDF	10,2	BDEF	75,3	BCDE	
(B)	Od 30 do 39 let	23,1	AEF	19,6	AE	57,4	AF	
(C)	Od 40 do 49 let	21,3	EF	14,9	DE	63,8	ADF	
(D)	Od 50 do 59 let	22,0	AEF	25,4	ACF	52,6	ACF	
(E)	Od 60 do 69 let	13,0	BCDF	30,1	ABCF	56,8	AF	
(F)	70 let in več	4,6	ABCDE	18,7	ADE	76,8	BCDE	
	Spol in starostne skupine	$\chi^2 = 287,0; p < 0,0001$						
(A)	Moški od 18 do 29 let	17,0	FL	12,6	DEF	70,4	BDEL	
(B)	Moški od 30 do 39 let	27,7	EFGKL	18,8	DEFG	53,5	AGL	
(C)	Moški od 40 do 49 let	21,6	FL	18,1	DEFG	60,4	DGL	
(D)	Moški od 50 do 59 let	21,3	FL	33,6	ABCGHIJKL	45,1	ACFGHIJKL	
(E)	Moški od 60 do 69 let	13,8	BFL	38,2	ABCGHIJKL	48,0	AFGHIJKL	
(F)	Moški 70 let in več	6,0	ABCDEHIJ	33,2	ABCGHIJKL	60,7	DEGL	
(G)	Ženske od 18 do 29 let	11,7	BJL	7,4	BCDEFHJK	80,9	BCDEFHIJK	
(H)	Ženske od 30 do 39 let	18,1	FL	20,3	DEFGL	61,6	DEGL	
(I)	Ženske od 40 do 49 let	21,0	FL	11,5	DEFK	67,5	DEGL	
(J)	Ženske od 50 do 59 let	22,7	FGKL	17,1	DEFGL	60,2	DEGL	
(K)	Ženske od 60 do 69 let	12,3	BJL	21,9	DEFGIL	65,8	DEGL	
(L)	Ženske 70 let in več	3,6	ABCDEGHIJK	8,9	DEFHJK	87,5	ABCDEGHIJK	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 60,0; p < 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	16,9		10,8	BCD	72,3	BC	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	17,9		26,6	AD	55,5	AD	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	18,4	D	21,7	A	59,9	AD	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	13,9	C	18,9	AB	67,3	BC	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 133,3; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	20,8	BCDE	20,2	BCE	59,1	BCE	
(B)	Dijak, študent	10,1	AD	6,6	AC	83,3	ACD	
(C)	Upokojenec	9,5	AD	24,4	ABDE	66,2	ABDE	
(D)	Brezposeln	31,8 ^M	ABCE	15,2	C	53,0 ^M	BCE	
(E)	Drugo	11,3	AD	14,2	AC	74,4 ^M	ACD	
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 3,6; p = 0,3067$						
(A)	Vzhodna Slovenija	15,6		19,8		64,6		
(B)	Zahodna Slovenija	18,2		19,7		62,1		

Ali sedaj kadite, ste kdajkoli kadili tobak (cigarete, cigare, cigarilose ali pipe tobaka)?								
		Kadilci		Bivši kadilci		Prebivalci, ki niso nikoli kadili		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Živi sam	$\chi^2 = 1,3; p = 0,6462$						
(A)	Da	18,3		21,2		60,5		
(B)	Ne	16,9		19,6		63,5		
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 16,4; p = 0,0490$						
(A)	Velika verjetnost težav	24,0	BC	17,0		58,9		
(B)	Možna prisotnost težav	16,5	A	18,5		65,0		
(C)	Brez težav	16,7	A	21,4		61,9		

M: manj natančna ocena

V času med obema presečnima raziskavama se je delež kadilcev znižal skupno in med moškimi, v najmlajši starostni skupini (18 do 29 let) skupno in med ženskami, med prebivalci s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo, v Vzhodni Sloveniji, med prebivalci, ki ne živijo sami, ter med prebivalci z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju in tistimi brez njih (preglednica 48). Delež kadilcev se je statistično značilno znižal v drugi presečni raziskavi tudi v nekaterih starejših starostnih skupinah pri posameznem spolu, npr. med moškimi, starimi 50 do 59 let, in med ženskami, starimi 60 do 69 let. Sočasno beležimo statistično značilno zvišanje odstotka prebivalcev, ki niso nikoli kadili (skupno, med ženskami, v najmlajši starostni skupini skupno ter v posameznih starejših starostnih skupinah, med prebivalci s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo, med dijaki in študenti, brezposelnimi, v obeh kohezijskih regijah, med prebivalci, ki ne živijo sami, in med prebivalci z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju). Delež bivših kadilcev se skupno ni statistično značilno spremenil, se je pa statistično značilno znižal med ženskami in to v najmlajši starostni skupini, med katerimi se je sicer pomembno znižal odstotek kadilcev in zvišal odstotek tistih, ki niso nikoli kadili. Delež bivših kadilcev se je statistično značilno znižal tudi v starostni skupini od 40 do 49 let ter med najnižje izobraženimi, med katerimi sicer ni bilo pomembnih sprememb v odstotkih kadilcev in tistih, ki niso nikoli kadili. Delež bivših kadilcev se je statistično pomembno znižal še med dijaki in študenti, a ob sočasnem zvišanju odstotka tistih, ki niso nikoli kadili.

Preglednica 48: Kadilci, bivši kadilci in prebivalci, ki niso nikoli kadili; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Ali sedaj kadite, ste kdajkoli kadili tobak (cigarete, cigare, cigarilose ali pipe tobaka)?									
	Kadilci			Bivši kadilci			Prebivalci, ki niso nikoli kadili		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Skupaj	19,6	16,8	↓	21,1	19,8	o	59,3	63,4	↑
Spol									
Moški	22,0	18,7	↓	25,3	25,1	o	52,7	56,2	o
Ženski	17,1	15,0	o	16,8	14,5	↓	66,1	70,5	↑
Starostne skupine									
Od 18 do 29 let	21,8	14,6	↓	11,8	10,2	o	66,4	75,3	↑
Od 30 do 39 let	25,0	23,1	o	18,4	19,6	o	56,5	57,4	o
Od 40 do 49 let	22,5	21,3	o	20,7	14,9	↓	56,8	63,8	↑
Od 50 do 59 let	24,3	22,0	o	22,1	25,4	o	53,6	52,6	o
Od 60 do 69 let	16,4	13,0	o	32,9	30,1	o	50,7	56,8	↑
70 let in več	4,9	4,6	o	20,6	18,7	o	74,6	76,8	o
Spol in starostne skupine									
Moški od 18 do 29 let	23,5	17,0	o	10,0	12,6	o	66,5	70,4	o
Moški od 30 do 39 let	27,6	27,7	o	19,3	18,8	o	53,0	53,5	o
Moški od 40 do 49 let	24,7	21,6	o	25,2	18,1	o	50,1	60,4	↑
Moški od 50 do 59 let	29,0	21,3	↓	24,8	33,6	↑	46,2	45,1	o
Moški od 60 do 69 let	15,8	13,8	o	40,9	38,2	o	43,3	48,0	o
Moški 70 let in več	4,4	6,0	o	35,8	33,2	o	59,9	60,7	o
Ženske od 18 do 29 let	19,9	11,7	↓	13,8	7,4	↓	66,2	80,9	↑
Ženske od 30 do 39 let	22,1	18,1	o	17,4	20,3	o	60,5	61,6	o
Ženske od 40 do 49 let	20,1	21,0	o	15,6	11,5	o	64,3	67,5	o
Ženske od 50 do 59 let	19,4	22,7	o	19,1	17,1	o	61,4	60,2	o
Ženske od 60 do 69 let	17,0	12,3	↓	25,0	21,9	o	57,9	65,8	↑
Ženske 70 let in več	5,2	3,6	o	10,2	8,9	o	84,6	87,5	o
Dosežena stopnja izobrazbe									
Osnovnošolska izobrazba ali manj	16,7	16,9	o	17,0	10,8	↓	66,4	72,3	o
Srednja poklicna izobrazba	21,8	17,9	o	23,6	26,6	o	54,6	55,5	o
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	24,7	18,4	↓	22,1	21,7	o	53,2	59,9	↑
Višješolska izobrazba ali več	12,9	13,9	o	21,0	18,9	o	66,1	67,3	o
Status aktivnosti									
Zaposlen, samozaposlen	23,4	20,8	o	20,4	20,2	o	56,2	59,1	o
Dijak, študent	11,6	10,1	o	12,7	6,6	↓	75,7	83,3	↑
Upokojenec	10,1	9,5	o	26,1	24,4	o	63,8	66,2	o
Brezposeln	41,5	31,8 ^M	o	17,9	15,2	o	40,6	53,0 ^M	↑
Drugo	12,1	11,3	o	17,0	14,2	o	70,8 ^M	74,4 ^M	o
Kohezijska regija									
Vzhodna Slovenija	18,6	15,6	↓	21,3	19,8	o	60,1	64,6	↑
Zahodna Slovenija	20,6	18,2	o	20,9	19,7	o	58,5	62,1	↑

Ali sedaj kadite, ste kdajkoli kadili tobak (cigarete, cigare, cigarilose ali pipe tobaka)?

	Kadilci			Bivši kadilci			Prebivalci, ki niso nikoli kadili		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Živi sam									
Da	19,8	18,3	o	21,5	21,2	o	58,7	60,5	o
Ne	19,6	16,9	↓	21,1	19,6	o	59,3	63,5	↑
Težave v duševnem zdravju									
Velika verjetnost težav	21,5	24,0	o	19,2	17,0	o	59,3	58,9	o
Možna prisotnost težav	20,5	16,5	↓	22,5	18,5	↓	57,0	65,0	↑
Brez težav	20,1	16,7	↓	20,9	21,4	o	59,1	61,9	o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

Večina kadilcev kadi redno, vsak dan (preglednica 49). Delež rednih kadilcev se v obeh presečnih raziskavah razlikuje po spolu, starosti, stopnji izobrazbe in statusu aktivnosti, odstotek občasnih kadilcev pa po starosti in statusu aktivnosti. V času med obema presečnima raziskavama sta se znižala tako delež rednih kot tudi občasnih kadilcev. Oba odstotka sta se znižala v mlajših starostnih skupinah, odstotek rednih kadilcev v najmlajši (18 do 29 let), odstotek občasnih v starostni skupini 30 do 39 let. Oba deleža sta se znižala tudi med prebivalci s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo.

Preglednica 49: Redni in občasni kadilci; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Kakšen kadilec ste?											
		Redni kadilci					Občasni kadilci				
		Prva presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Primerjava med raziskavama
	Skupaj	16,2		14,1		↓	3,5		2,6		↓
	Spol										
(A)	Moški	18,7	B	16,5	B	o	3,6		2,0		↓
(B)	Ženski	13,7	A	11,8	A	o	3,4		3,2		o
	Starostne skupine										
(A)	Od 18 do 29 let	16,8	F	10,5	BDF	↓	5,0	EF	4,0	F	o
(B)	Od 30 do 39 let	19,5	F	20,4	AEF	o	5,5	EF	2,1		↓
(C)	Od 40 do 49 let	19,2	F	17,2	F	o	3,4		3,7	F	o
(D)	Od 50 do 59 let	21,2	EF	18,6	AEF	o	3,5		3,6	F	o
(E)	Od 60 do 69 let	14,5	DF	12,2	BDF	o	1,8	AB	1,1		o
(F)	70 let in več	3,6	ABDE	3,8	ABDE	o	1,4	AB	0,8	ACD	o
	Spol in starostne skupine										
(A)	Moški od 18 do 29 let	17,0	FL	13,7	L	o	6,5	EF	3,3		o
(B)	Moški od 30 do 39 let	22,2	FL	25,2	FGKL	o	5,4	EF	1,6		o
(C)	Moški od 40 do 49 let	21,9	FL	17,9	FGL	o	2,9		3,2		o
(D)	Moški od 50 do 59 let	25,3	EFKL	19,8	FGL	o	4,4		1,8		o
(E)	Moški od 60 do 69 let	15,4	DFL	13,5	FL	o	0,5	ABH	0,6		o
(F)	Moški 70 let in več	4,2	ABCDE GHIJK	4,8	BCD EHIJ	o	0,3	ABHK	1,3		o
(G)	Ženske od 18 do 29 let	16,7	FL	6,9	BCDIJ	↓	3,3		4,9		o
(H)	Ženske od 30 do 39 let	16,4	FL	15,4	FL	o	5,7	EF	2,7		o
(I)	Ženske od 40 do 49 let	16,2	FL	16,5	FGL	o	4,0		4,2		o
(J)	Ženske od 50 do 59 let	16,8	FL	17,3	FGL	o	2,6		5,4	L	o
(K)	Ženske od 60 do 69 let	13,7	DFL	10,9	BL	o	3,0	F	1,6		o
(L)	Ženske 70 let in več	3,2	ABCDE GHIJK	3,1	ABCD EHIJK	o	2,1		0,5	J	↓
	Dosežena stopnja izobrazbe										
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	14,0	C	14,0		o	2,7		3,1		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	19,7	D	15,8		o	2,4	C	2,0		o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	20,3	AD	15,6	D	↓	4,7	B	2,5		↓
(D)	Višješolska izobrazba ali več	9,8	BC	11,1	C	o	3,2		2,8		o
	Status aktivnosti										
(A)	Zaposlen, samozaposlen	19,4	BCDE	17,6	BCDE	o	4,1	CDE	2,9	C	o
(B)	Dijak, študent	9,5	AD	5,3	AD	o	2,1	D	4,8	C	o
(C)	Upokojenec	8,8	AD	8,8	AD	o	1,4	AD	0,8	ABDE	o
(D)	Brezposeln	31,6	ABCE	26,6	ABCE	o	10,5	ABCE	5,2	C	o
(E)	Drugo	10,9	AD	7,8	AD	o	1,2	AD	3,6	C	o
	Kohezijska regija										
(A)	Vzhodna Slovenija	15,5		13,7		o	3,3		2,0	B	↓
(B)	Zahodna Slovenija	17,0		14,6		o	3,7		3,3	A	o

Kakšen kadilec ste?		Redni kadilci					Občasni kadilci				
		Prva presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Primerjava med raziskavama
	Živi sam										
(A)	Da	17,5		13,7		o	2,6		4,2	B	o
(B)	Ne	16,1		14,4		o	3,7		2,5	A	↓
	Težave v duševnem zdravju										
(A)	Velika verjetnost težav	17,6		20,4	BC	o	4,1		3,6		o
(B)	Možna prisotnost težav	17,4		14,2	A	o	3,3		2,2		o
(C)	Brez težav	16,4		13,7	A	o	3,8		2,8		o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

Povprečno število pokajenih cigaret med rednimi kadilci (preglednica 50) je 16,1 na dan in je višje med moškimi kot ženskami (moški; 16,9; ženske 14,9), razlikuje pa se tudi po starosti, stopnji izobrazbe, statusu aktivnosti in verjetnosti težav v duševnem zdravju. Po kajenju višjega povprečnega števila cigaret na dan izstopajo prebivalci z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (18,5) in moški (16,9), po kajenju nižjega povprečnega števila cigaret na dan pa dijaki in študentje (9,2), prebivalci v najmlajši starostni skupini (12,0) ter najvišje izobraženi (13,7).

Preglednica 50: Povprečno število pokajenih cigaret na dan med rednimi kadilci; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Povprečno število pokajenih cigaret na dan med rednimi kadilci	
Druga presečna raziskava	Povprečje
Skupaj (n = 373)	16,1
Spol	p = 0,0313
Moški	16,9
Ženski	14,9
Starostne skupine	p = 0,0004
Od 18 do 29 let	12,0 ^M
Od 30 do 39 let	14,2
Od 40 do 49 let	17,4
Od 50 do 59 let	19,2
Od 60 do 69 let	17,3
70 let in več	16,3 ^M
Dosežena stopnja izobrazbe	p = 0,0037
Osnovnošolska izobrazba ali manj	17,3
Srednja poklicna izobrazba	18,4
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	15,7
Višješolska izobrazba ali več	13,7
Status aktivnosti	p = 0,0094
Zaposlen, samozaposlen	16,1
Dijak, študent	9,2 ^M
Upokojenec	17,3
Brezposeln	16,4
Drugo	14,3 ^M
Kohezijska regija	p = 0,6078
Vzhodna Slovenija	16,3
Zahodna Slovenija	15,8
Živi sam	p = 0,0860
Da	17,3
Ne	15,9
Težave v duševnem zdravju	p = 0,0029
Velika verjetnost težav	18,5
Možna prisotnost težav	15,2
Brez težav	15,6

M: manj natančna ocena

Nekaj več kot 10 % kadilcev poroča, da so v zadnjih dveh tednih pred raziskavo kadili več kot pred pandemijo (preglednica 51). Odstotki se v obeh presečnih raziskavah razlikujejo po starosti, osebni finančni situaciji v zadnjih 3 mesecih ter verjetnosti težav v duševnem zdravju. Med obema presečnima raziskavama se delež kadilcev, ki so v zadnjih dveh tednih pred raziskavama kadili več kot pred pandemijo, ni spremenil. Odstotek pa se je zvišal v nekaterih skupinah prebivalcev, in sicer med prebivalci z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju in tistimi z najvišjo stopnjo izobrazbe. Znižal pa se je med ženskami, prebivalci s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo ter tistimi brez težav v duševnem zdravju.

Preglednica 51: Kadilci, ki so v zadnjih dveh tednih pred raziskavo kadili več kot pred pandemijo; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

V zadnjih dveh tednih sem kadil več kot pred pandemijo. (Odgovor DA)						
		Prva presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Primerjava med raziskavama
	Skupaj	12,7		10,6		o
	Spol	$\chi^2 = 6,7; p = 0,1506$		$\chi^2 = 13,2; p = 0,0287$		
(A)	Moški	14,1		12,6	B	o
(B)	Ženski	11,3		8,5	A	↓
	Starostne skupine	$\chi^2 = 65,7; p = 0,0006$		$\chi^2 = 35,0; p = 0,0257$		
(A)	Od 18 do 29 let	20,1	CDEF	16,9	EF	o
(B)	Od 30 do 39 let	15,2	EF	11,7		o
(C)	Od 40 do 49 let	11,3	A	9,4		o
(D)	Od 50 do 59 let	11,8	AF	10,0		o
(E)	Od 60 do 69 let	7,9	AB	8,2	A	o
(F)	70 let in več	5,6	ABD	5,1	A	o
	Spol in starostne skupine	$\chi^2 = 85,1; p = 0,0026$		$\chi^2 = 55,9; p = 0,0319$		
(A)	Moški od 18 do 29 let	24,1	EFIKL	21,4 ^M	JL	o
(B)	Moški od 30 do 39 let	18,1	F	14,1		o
(C)	Moški od 40 do 49 let	12,1		10,1		o
(D)	Moški od 50 do 59 let	11,5	F	12,9		o
(E)	Moški od 60 do 69 let	7,9	A	7,6		o
(F)	Moški 70 let in več	1,8	ABDGIJ	5,6		o
(G)	Ženske od 18 do 29 let	15,9	F	12,1		o
(H)	Ženske od 30 do 39 let	12,1		9,0		o
(I)	Ženske od 40 do 49 let	10,5	AF	8,6		o
(J)	Ženske od 50 do 59 let	12,1	F	7,2	A	o
(K)	Ženske od 60 do 69 let	7,8	A	8,9		o
(L)	Ženske 70 let in več	7,9	A	4,6	A	o
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 39,2; p = 0,0066$		$\chi^2 = 6,8; p = 0,5130$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	18,0	D	13,3		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	11,9		10,4		o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	13,6	D	9,2		↓
(D)	Višješolska izobrazba ali več	7,7	AC	11,0		↑
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 53,9; p = 0,0024$		$\chi^2 = 28,4; p = 0,0537$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	12,5	BCD	9,4	BDE	↓
(B)	Dijak, študent	18,2	AC	18,3	AC	o
(C)	Upokojenec	7,1	ABDE	8,8	B	o
(D)	Brezposeln	21,2	AC	15,3	A	o
(E)	Drugo	17,1 ^M	C	16,6 ^M	A	o
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 2,0; p = 0,4372$		$\chi^2 = 3,3; p = 0,2952$		
(A)	Vzhodna Slovenija	12,0		9,6		o
(B)	Zahodna Slovenija	13,5		11,6		o
	Živi sam	$\chi^2 = 5,7; p = 0,1894$		$\chi^2 = 7,1; p = 0,1346$		
(A)	Da	16,0	B	14,5	B	o
(B)	Ne	12,1	A	10,1	A	o

V zadnjih dveh tednih sem kadil več kot pred pandemijo. (Odgovor DA)

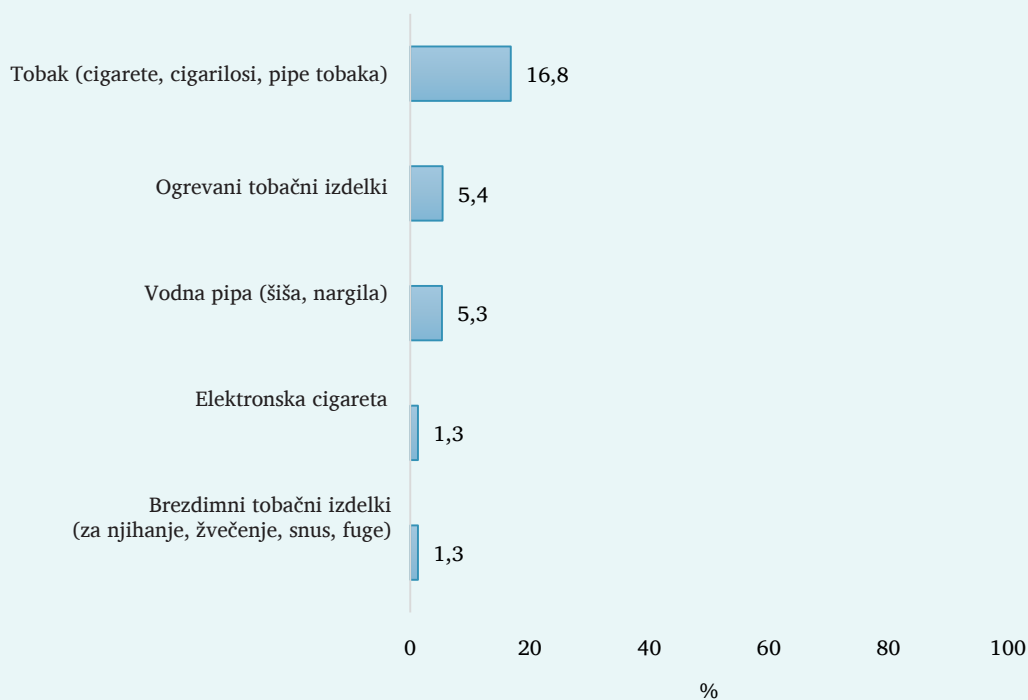
	Prva presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med skupinami	Primerjava med raziskavama
	$\chi^2 = 86,3; p < 0,0001$		$\chi^2 = 61,9; p < 0,0001$		
(A) Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih					
(A) Boljša kot prej	12,2	C	7,5	C	o
(B) Ostaja enaka kot prej	8,7	C	7,9	C	o
(C) Slabša kot prej	19,8	AB	17,6	AB	o
	$\chi^2 = 90,1; p < 0,0001$		$\chi^2 = 232,5; p < 0,0001$		
(A) Težave v duševnem zdravju					
(A) Velika verjetnost težav	22,2	BC	31,8	BC	↑
(B) Možna prisotnost težav	15,5	AC	13,0	AC	o
(C) Brez težav	8,0	AB	4,5	AB	↓

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

Opuščanje kajenja

V drugi presečni raziskavi smo poizvedovali tudi o tem, ali so v času pandemije kadilci opustili kajenje ali poskušali opustiti kajenje zaradi prebolelega covid-19 ali zaskrbljenosti zaradi njega. 3,4 % kadilcev je navajalo, da so v času pandemije uspešno opustili kajenje, od tega skoraj dve tretjini zaradi prebolelega covid-19 (2,1 %), ena tretjina (1,4 %) pa zaradi zaskrbljenosti zaradi covid-19. Kajenje je poskušalo opustiti 2,4 % kadilcev, skoraj dve tretjini (1,5 %) zaradi zaskrbljenosti zaradi covid-19, približno tretjina (0,9 %) pa zaradi prebolele bolezni. 10,6 % kadilcev v času pandemije sicer še ni poskusilo opustiti kajenja, a ga nameravajo zaradi zaskrbljenosti zaradi covid-19. Drugi kadilci, to je večina, zaradi pandemije covid-19 niso opustili ali poskušali opustiti kajenja.



Slika 24: Uporaba tobačnih in povezanih izdelkov v zadnjih 30 dneh; skupaj, druga presečna raziskava

Uporaba brezdimnih tobačnih izdelkov in povezanih izdelkov (ogrevani tobačni izdelki, elektronske cigarete)

Med polnoletnimi prebivalci Slovenije je v zadnjih 30 dneh pred raziskavo brezdimne tobačne izdelke uporabljalo približno 1 % polnoletnih prebivalcev, prav tako elektronske cigarete, medtem ko je bilo uporabnikov ogrevanih tobačnih izdelkov nekaj več kot 5 % (preglednice 52, 53, 54 in slika 24). Med uporabniki brezdimnih tobačnih izdelkov in elektronskih cigaret je približno polovica rednih, vsakodnevnih in polovica občasni uporabnikov (brezdimni tobačni izdelki: redni uporabniki 0,7 %, občasni uporabniki 0,6 %; elektronske cigarete: redni uporabniki 4,1 %, občasni uporabniki 1,3 %), pri uporabi ogrevanih tobačnih izdelkov pa prevladujejo redni uporabniki (redni uporabniki 0,7 %, občasni uporabniki 0,7 %). Med nekadilci je 3,2 % takih, ki uporabljajo brezdimne tobačne izdelke in/ali ogrevane tobačne izdelke in/ali elektronske cigarete.

Deleži uporabnikov brezdimnih tobačnih izdelkov se razlikujejo po spolu, starosti in statusu aktivnosti (preglednica 52), deleži uporabnikov ogrevanih tobačnih izdelkov po starosti, statusu aktivnosti, verjetnosti težav v duševnem zdravju in kadilskem statusu (preglednica 53), deleži uporabnikov elektronskih cigaret pa po kadilskem statusu ter glede na to, ali posameznik živi sam ali ne (preglednica 54).

Preglednica 52: Uporabniki brezdimnih tobačnih izdelkov v zadnjih 30 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Katere od navedenih izdelkov ste uporabljali v zadnjih 30 dneh in kako pogosto? Brezdimni tobačni izdelki					
		Ni uporabljal v zadnjih 30 dneh		Uporabljal v zadnjih 30 dneh	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Skupaj (n = 2.829)	98,7		1,3	
	Spol	$\chi^2 = 11,2; p = 0,0075$			
(A)	Moški	98,0	B	2,0	B
(B)	Ženski	99,4	A	0,6	A
	Starostne skupine	$\chi^2 = 50,3; p < 0,0001$			
(A)	Od 18 do 29 let	95,5	CDEF	4,5	CDEF
(B)	Od 30 do 39 let	98,2		1,8	
(C)	Od 40 do 49 let	99,8	A	0,2	A
(D)	Od 50 do 59 let	99,3	A	0,7	A
(E)	Od 60 do 69 let	99,6	A	0,4	A
(F)	70 let in več	99,6	A	0,4	A
	Spol in starostne skupine	$\chi^2 = 76,5; p < 0,0001$			
(A)	Moški od 18 do 29 let	93,2	CEFIJKL	6,8	CEFIJKL
(B)	Moški od 30 do 39 let	97,8		2,2	
(C)	Moški od 40 do 49 let	99,6	A	0,4	A
(D)	Moški od 50 do 59 let	98,5		1,5	
(E)	Moški od 60 do 69 let	99,4	A	0,6	A
(F)	Moški 70 let in več	99,7	A	0,3	A
(G)	Ženske od 18 do 29 let	98,2		1,8	
(H)	Ženske od 30 do 39 let	98,8		1,2	
(I)	Ženske od 40 do 49 let	100,0	A	0,0	A
(J)	Ženske od 50 do 59 let	100,0	A	0,0	A
(K)	Ženske od 60 do 69 let	99,7	A	0,3	A
(L)	Ženske 70 let in več	99,5	A	0,5	A

Katere od navedenih izdelkov ste uporabljali v zadnjih 30 dneh in kako pogosto? Brezdimni tobačni izdelki

		Ni uporabljal v zadnjih 30 dneh		Uporabljal v zadnjih 30 dneh	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 1,8; p = 0,8009$			
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	98,6		1,4	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	99,2		0,8	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	98,4		1,6	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	98,8		1,2	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 35,7; p = 0,0056$			
(A)	Zaposlen, samozaposlen	98,8	BE	1,2	BE
(B)	Dijak, študent	95,1	ACE	4,9	ACE
(C)	Upokojenec	99,6	B	0,4	B
(D)	Brezposeln	97,3		2,7	
(E)	Drugo	100,0	AB	0,0	AB
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 1,0; p = 0,4761$			
(A)	Vzhodna Slovenija	98,5		1,5	
(B)	Zahodna Slovenija	98,9		1,1	
	Živi sam	$\chi^2 = 0,5; p = 0,4671$			
(A)	Da	99,0		1,0	
(B)	Ne	98,6		1,4	
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 2,4; p = 0,4902$			
(A)	Velika verjetnost težav	99,3		0,7	
(B)	Možna prisotnost težav	98,3		1,7	
(C)	Brez težav	98,7		1,3	
	Trenutni kadilec	$\chi^2 = 0,3; p = 0,6820$			
(A)	Ne	98,7		1,3	
(B)	Da	98,4		1,6	

Preglednica 53: Uporabniki ogrevanih tobačnih izdelkov v zadnjih 30 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Katere od navedenih izdelkov ste uporabljali v zadnjih 30 dneh in kako pogosto? Ogrevani tobačni izdelki.					
Druga presečna raziskava		Ni uporabljal v zadnjih 30 dneh		Uporabljal v zadnjih 30 dneh	
		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Skupaj (n = 2.843)	94,6		5,4	
	Spol	$\chi^2 = 0,2; p = 0,7096$			
(A)	Moški	94,8		5,2	
(B)	Ženski	94,4		5,6	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 19,6; p = 0,0212$			
(A)	Od 18 do 29 let	92,8	F	7,2	F
(B)	Od 30 do 39 let	94,1	F	5,9	F
(C)	Od 40 do 49 let	94,2	F	5,8	F
(D)	Od 50 do 59 let	93,7	F	6,3	F
(E)	Od 60 do 69 let	94,6	F	5,4	F
(F)	70 let in več	98,8	ABCDE	1,2	ABCDE
	Spol in starostne skupine	$\chi^2 = 25,0; p = 0,1054$			
(A)	Moški od 18 do 29 let	94,5		5,5	
(B)	Moški od 30 do 39 let	93,7		6,3	
(C)	Moški od 40 do 49 let	95,0		5,0	
(D)	Moški od 50 do 59 let	92,7	FL	7,3	FL
(E)	Moški od 60 do 69 let	95,0	F	5,0	F
(F)	Moški 70 let in več	98,9	DEGJK	1,1	DEGJK
(G)	Ženske od 18 do 29 let	90,9	FL	9,1	FL
(H)	Ženske od 30 do 39 let	94,4		5,6	
(I)	Ženske od 40 do 49 let	93,2		6,8	
(J)	Ženske od 50 do 59 let	94,7	F	5,3	F
(K)	Ženske od 60 do 69 let	94,1	FL	5,9	FL
(L)	Ženske 70 let in več	98,7	DGK	1,3	DGK
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 1,7; p = 0,7826$			
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	95,2		4,8	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	94,0		6,0	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	94,2		5,8	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	95,2		4,8	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 19,8; p = 0,0078$			
(A)	Zaposlen, samozaposlen	93,9	CE	6,1	CE
(B)	Dijak, študent	92,2	CE	7,8	CE
(C)	Upokojenec	96,9	ABD	3,1	ABD
(D)	Brezposeln	91,0	C	9,0	C
(E)	Drugo	98,3	AB	1,7	AB
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 3,8; p = 0,1264$			
(A)	Vzhodna Slovenija	95,4		4,6	
(B)	Zahodna Slovenija	93,8		6,2	
	Živi sam	$\chi^2 = 1,7; p = 0,2862$			
(A)	Da	93,2		6,8	
(B)	Ne	94,8		5,2	

Katere od navedenih izdelkov ste uporabljali v zadnjih 30 dneh in kako pogosto? Ogrevani tobačni izdelki.

Druga presečna raziskava		Ni uporabljal v zadnjih 30 dneh		Uporabljal v zadnjih 30 dneh	
		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 11,3; p = 0,0407$			
(A)	Velika verjetnost težav	91,5	C	8,5	C
(B)	Možna prisotnost težav	94,2		5,8	
(C)	Brez težav	95,7	A	4,3	A
	Trenutni kadilec	$\chi^2 = 472,4; p < 0,0001$			
(A)	Ne	98,7	B	1,3	B
(B)	Da	75,0	A	25,0	A

Preglednica 54: Uporabniki elektronskih cigaret v zadnjih 30 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Katere od navedenih izdelkov ste uporabljali v zadnjih 30 dneh in kako pogosto? Elektronske cigarete.

Druga presečna raziskava		Ne uporablja		Uporablja	
		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Skupaj (n = 2.835)	98,7		1,3	
	Spol	$\chi^2 = 5,7; p = 0,0603$			
(A)	Moški	98,2	B	1,8	B
(B)	Ženski	99,2	A	0,8	A
	Starostne skupine	$\chi^2 = 8,8; p = 0,3767$			
(A)	Od 18 do 29 let	98,2		1,8	
(B)	Od 30 do 39 let	98,0		2,0	
(C)	Od 40 do 49 let	98,8		1,2	
(D)	Od 50 do 59 let	98,2		1,8	
(E)	Od 60 do 69 let	99,4		0,6	
(F)	70 let in več	99,6		0,4	
	Spol in starostne skupine	$\chi^2 = 25,7; p = 0,0937$			
(A)	Moški od 18 do 29 let	97,4		2,6	
(B)	Moški od 30 do 39 let	98,4		1,6	
(C)	Moški od 40 do 49 let	97,8		2,2	
(D)	Moški od 50 do 59 let	96,8		3,2	
(E)	Moški od 60 do 69 let	99,8		0,2	
(F)	Moški 70 let in več	99,5		0,5	
(G)	Ženske od 18 do 29 let	99,1		0,9	
(H)	Ženske od 30 do 39 let	97,6		2,4	
(I)	Ženske od 40 do 49 let	99,8		0,2	
(J)	Ženske od 50 do 59 let	99,7		0,3	
(K)	Ženske od 60 do 69 let	99,0		1,0	
(L)	Ženske 70 let in več	99,7		0,3	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 3,9; p = 0,5385$			
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	97,9		2,1	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	98,6		1,4	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	98,7		1,3	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	99,1		0,9	

Katere od navedenih izdelkov ste uporabljali v zadnjih 30 dneh in kako pogosto? Elektronske cigarete.					
		Ne uporablja		Uporablja	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 14,0; p = 0,0721$			
(A)	Zaposlen, samozaposlen	98,0	BCD	2,0	BCD
(B)	Dijak, študent	99,7	A	0,3	A
(C)	Upokojenec	99,5	A	0,5	A
(D)	Brezposeln	100,0	A	0,0	A
(E)	Drugo	97,8		2,2	
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 0,0; p = 0,9041$			
(A)	Vzhodna Slovenija	98,6		1,4	
(B)	Zahodna Slovenija	98,7		1,3	
	Živi sam	$\chi^2 = 3,8; p = 0,0156$			
(A)	Da	99,7	B	0,3	B
(B)	Ne	98,5	A	1,5	A
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 11,1; p = 0,0739$			
(A)	Velika verjetnost težav	97,3	C	2,7	C
(B)	Možna prisotnost težav	98,4		1,6	
(C)	Brez težav	99,3	A	0,7	A
	Trenutni kadilec	$\chi^2 = 27,9; p = 0,0004$			
(A)	Ne	99,2	B	0,8	B
(B)	Da	96,4	A	3,6	A

Uporaba vsaj enega od tobačnih in povezanih izdelkov (cigarete, cigare, cigarilosi, pipe tobaka, brezdimni tobačni izdelki, ogrevani tobačni izdelki, elektronske cigarete)

Nekaj manj kot petina (18,7 %) polnoletnih prebivalcev poroča o uporabi vsaj enega od različnih tobačnih in povezanih izdelkov (preglednica 55). Deleži uporabnikov se razlikujejo po spolu, starosti, statusu aktivnosti in verjetnosti težav v duševnem zdravju.

Preglednica 55: Uporabniki vsaj enega od tobačnih in povezanih izdelkov (cigarete, cigare, cigarilosi, pipe tobaka, brezdimni tobačni izdelki, ogrevani tobačni izdelki, elektronske cigarete), v zadnjih 30 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Uporaba vsaj enega od različnih tobačnih in povezanih izdelkov (cigarete, cigare, cigarilosi, pipe tobaka, brezdimni tobačni izdelki, ogrevani tobačni izdelki, elektronske cigarete) v zadnjih 30 dneh.					
		Da		Ne	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Skupaj (n = 3.030)	18,7		81,3	
	Spol	$\chi^2 = 12,8; p = 0,0037$			
(A)	Moški	21,2	B	78,8	B
(B)	Ženski	16,2	A	83,8	A
	Starostne skupine	$\chi^2 = 106,3; p < 0,0001$			
(A)	Od 18 do 29 let	21,7	EF	78,3	EF
(B)	Od 30 do 39 let	26,1	EF	73,9	EF
(C)	Od 40 do 49 let	22,2	EF	77,8	EF
(D)	Od 50 do 59 let	23,3	EF	76,7	EF
(E)	Od 60 do 69 let	14,1	ABCDF	85,9	ABCDF
(F)	70 let in več	4,6	ABCDE	95,4	ABCDE
	Spol in starostne skupine	$\chi^2 = 120,6; p < 0,0001$			
(A)	Moški od 18 do 29 let	25,7	FKL	74,3	FKL
(B)	Moški od 30 do 39 let	30,7	EFKL	69,3	EFKL
(C)	Moški od 40 do 49 let	23,1	FL	76,9	FL
(D)	Moški od 50 do 59 let	24,3	EFKL	75,7	EFKL
(E)	Moški od 60 do 69 let	14,1	BDFL	85,9	BDFL
(F)	Moški 70 let in več	5,3	ABCDEGHIJK	94,7	ABCDEGHIJK
(G)	Ženske od 18 do 29 let	17,3	FL	82,7	FL
(H)	Ženske od 30 do 39 let	20,7	FL	79,3	FL
(I)	Ženske od 40 do 49 let	21,2	FL	78,8	FL
(J)	Ženske od 50 do 59 let	22,3	FL	77,7	FL
(K)	Ženske od 60 do 69 let	14,0	ABDFL	86,0	ABDFL
(L)	Ženske 70 let in več	4,1	ABCDEGHIJK	95,9	ABCDEGHIJK
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 5,8; p = 0,2899$			
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	17,6		82,4	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	18,9		81,1	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	20,7		79,3	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	16,5		83,5	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 97,2; p < 0,0001$			
(A)	Zaposlen, samozaposlen	22,6	CDE	77,4	CDE
(B)	Dijak, študent	20,2	CD	79,8	CD
(C)	Upokojenec	9,7	ABD	90,3	ABD
(D)	Brezposeln	35,9 ^M	ABCE	64,1 ^M	ABCE
(E)	Drugo	12,7	AD	87,3	AD
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 4,0; p = 0,1099$			
(A)	Vzhodna Slovenija	17,4	B	82,6	B
(B)	Zahodna Slovenija	20,2	A	79,8	A
	Živi sam	$\chi^2 = 0,5; p = 0,5497$			
(A)	Da	20,3		79,7	
(B)	Ne	18,8		81,2	

Uporaba vsaj enega od različnih tobačnih in povezanih izdelkov (cigarete, cigare, cigarilosi, pipe tobaka, brezdimni tobačni izdelki, ogrevani tobačni izdelki, elektronske cigarete) v zadnjih 30 dneh.

Druga presečna raziskava		Da		Ne	
		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 11,4; p = 0,0388$			
(A)	Velika verjetnost težav	26,1	BC	73,9	BC
(B)	Možna prisotnost težav	19,5	A	80,5	A
(C)	Brez težav	18,3	A	81,7	A

M: manj natančna ocena

Kajenje v bivalnih prostorih v času pandemije covid-19

Prebivalcev, ki poročajo, da so sami ali drugi člani njihove družine kadili v njihovem stanovanju oziroma bivalnih prostorih v času pandemije covid-19, je 8,8 % (preglednica 56). Deleži se razlikujejo po starosti, stopnji izobrazbe, statusu aktivnosti, glede na to, ali posameznik živi sam ali ne, glede na verjetnost težav v duševnem zdravju, kadilski status in prisotnost otrok, mlajših od 18 let, v gospodinjstvu.

Preglednica 56: Prebivalci, ki poročajo, da so oni ali drugi člani njihove družine kadili v njihovem stanovanju oziroma bivalnih prostorih v času pandemije covid-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Ali ste v času pandemije covid-19 vi ali katerikoli drug član vaše družine kadili v stanovanju ali v bivalnih prostorih?					
Druga presečna raziskava		Da		Ne	
		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Skupaj (n = 2.974)	8,8		91,2	
	Spol	$\chi^2 = 1,1; p = 0,3944$			
(A)	Moški	9,3		90,7	
(B)	Ženski	8,2		91,8	
	Starostne skupine	$\chi^2 = 30,2; p = 0,0013$			
(A)	Od 18 do 29 let	9,9	F	90,1	F
(B)	Od 30 do 39 let	11,1	F	88,9	F
(C)	Od 40 do 49 let	8,6	F	91,4	F
(D)	Od 50 do 59 let	11,8	F	88,2	F
(E)	Od 60 do 69 let	7,6	F	92,4	F
(F)	70 let in več	3,2	ABCDE	96,8	ABCDE
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 12,5; p = 0,0456$			
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	8,7		91,3	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	10,4	D	89,6	D
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	10,0	D	90,0	D
(D)	Višješolska izobrazba ali več	5,8	BC	94,2	BC
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 28,6; p = 0,0018$			
(A)	Zaposlen, samozaposlen	8,9	CD	91,1	CD
(B)	Dijak, študent	9,9		90,1	
(C)	Upokojenec	6,1	ADE	93,9	ADE
(D)	Brezposeln	18,7	AC	81,3	AC
(E)	Drugo	12,7	C	87,3	C

Ali ste v času pandemije covid-19 vi ali katerikoli drug član vaše družine kadili v stanovanju ali v bivalnih prostorih?					
		Da		Ne	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Kohezijska regija	$\chi^2 = 0,8; p = 0,4748$			
(A)	Vzhodna Slovenija	8,3		91,7	
(B)	Zahodna Slovenija	9,2		90,8	
	Živi sam	$\chi^2 = 30,8; p < 0,0001$			
(A)	Da	16,0	B	84,0	B
(B)	Ne	7,7	A	92,3	A
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 21,7; p = 0,0022$			
(A)	Velika verjetnost težav	15,0	BC	85,0	BC
(B)	Možna prisotnost težav	9,5	A	90,5	A
(C)	Brez težav	7,4	A	92,6	A
	Trenutni kadilec	$\chi^2 = 461,2; p < 0,0001$			
(A)	Ne	3,8	B	96,2	B
(B)	Da	33,3	A	66,7	A
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 24,6; p < 0,0001$			
(A)	Da	4,6	B	95,4	B
(B)	Ne	10,4	A	89,6	A
	Živi z osebami, ki spadajo v tvegano skupino za obolenje z virusom SARS-CoV-2	$\chi^2 = 3,3; p = 0,1624$			
(A)	Da	7,3	B	92,7	B
(B)	Ne	9,4	A	90,6	A

RAZPRAVA

Obe presečni raziskavi, izvedeni v drugem letu pandemije covid-19, podajata številne pomembne podatke in vpoglede v uporabo tobačnih in povezanih izdelkov med polnoletnimi prebivalci Slovenije v letu 2021.

Delež kadilcev smo beležili v obeh presečnih raziskavah. V času prve je kadil vsak peti (19,6 %) polnoletni prebivalec Slovenije, v času druge vsak šesti (16,8 %). Medtem ko je delež v prvi presečni raziskavi blizu zabeleženega odstotka v zadnji predhodni raziskavi na področju tobaka (19,9 %) iz leta 2020, torej že iz časa pandemije (Koprivnikar idr., 2021a), pa je v drugi presečni raziskavi delež kadilcev kar za približno 3 odstotne točke nižji. Glede na le nekajmesečno razliko med obema raziskavama je znatna sprememba presenetljiva. V vmesnem obdobju med obema presečnima raziskavama niso bili uvedeni novi ukrepi nadzora nad tobakom, programi za zmanjševanje rabe tobaka ali znatneje spremenjene cene tobačnih izdelkov, ki bi lahko obrazložili to razliko, prav tako je ne moremo obrazložiti s spremembami pandemskih ukrepov. Menimo, da bi bil bolj poveden odstotek kadilcev v obeh presečnih raziskavah skupaj, ker je v času med izvedbo obeh presečnih raziskav le nekaj mesecev razlike, a ta podatek ni na voljo. Morda pa se glede na zabeležene spremembe vendarle nakazuje nadaljnje zniževanje deleža kadilcev. V nadaljevanju opisujemo pomembnejše spremembe v odstotkih kadilcev med obema presečnima raziskavama. Delež kadilcev se je znižal med moškimi, pri katerih smo že predhodno beležili ugodnejše spremembe kot med ženskami (Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2019; NIJZ, 2020). Znižanje odstotka kadilcev beležimo tudi v najmlajši starostni skupini (18 do 29 let), kar je še posebno spodbudno in skladno z obsežnimi predhodnimi znižanji razširjenosti kajenja med mladostniki (Jeriček Klanšček idr., 2019). V najmlajši starostni skupini se je delež kadilcev znižal ne le skupno, ampak med ženskami, kar je prav tako spodbudno, saj so to ženske v reproduktivnem obdobju, v katerem je uporaba tobaka povezana s številnimi tveganji (Koprivnikar idr., 2018). Odstotek kadilcev se je znižal tudi med prebivalci s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo, kar je v drugi presečni raziskavi povezano z manjšimi neenakostmi v kajenju glede na izobrazbo. Tudi v skupinah, kjer sicer nismo zabeležili statistično značilnih znižanj, se nakazujejo spremembe v smislu znižanja odstotka, v nobeni od spremljanih skupin prebivalcev pa nismo zabeležili zvišanj. Večinoma je znižanje odstotka kadilcev pospremljeno z zvišanjem odstotka tistih, ki niso nikoli kadili. Odstotek kadilcev se je skupno med obema presečnima raziskavama znižal predvsem na račun odstotka rednih kadilcev, manj na račun znižanja odstotka občasnih kadilcev. Ali je morda zmanjševanje deleža kadilcev povezano s povečanjem uporabe drugih tobačnih in povezanih izdelkov med obema presečnima raziskavama, ni možno oceniti, ker smo uporabo teh izdelkov spremljali le v drugi presečni raziskavi, je pa malo verjetno, ker večina uporabnikov ogrevanih tobačnih izdelkov in elektronskih cigaret tudi kadi.

Obe presečni raziskavi kažeta številne razlike v odstotkih kadilcev med različnimi skupinami prebivalcev, in sicer po spolu, starosti in statusu aktivnosti. Te so pričakovane in v skladu z drugimi predhodnimi raziskavami v Sloveniji (Koprivnikar idr., 2021a; Koprivnikar in Korošec, 2015; NIJZ, 2020). V obeh presečnih raziskavah, predvsem drugi, so prisotne manj izrazite razlike po izobrazbi, kot jih sicer beležimo v zadnjih predhodnih raziskavah (NIJZ, 2018; NIJZ, 2020). K temu je zanesljivo prispevalo to, da podatki vključujejo tudi osebe, ki še niso zaključile izobraževanja (npr. srednješolci, ki so poročali o zaključeni osnovnošolski izobrazbi, ter študentje, ki so poročali o zaključeni srednješolski stopnji izobrazbe). To je lahko vplivalo na deleže kadilcev med najnižje in srednješolsko izobraženimi, predvidoma v smeri znižanja. Prva presečna raziskava kaže, da največja razlika med izobraženimi skupinami sicer znaša skoraj 12 odstotnih točk, v drugi nekaj manj kot 5 odstotnih točk, v obeh pa je največja razlika med najvišje in srednješolsko izobraženimi prebivalci. Manjše razlike v drugi presečni raziskavi so posledica znižanja odstotka kadilcev v skupini srednješolsko izobraženih. Trenutno na osnovi obstoječih podatkov ni možno govoriti o morebitnem zmanjšanju neenakosti v kajenju, potrebne so nadaljnje raziskave.

Medtem ko v predhodnih raziskavah nismo imeli podatkov o razlikah v deležu kadilcev glede na težave v duševnem zdravju, tokrat prvič predstavljamo tudi te. Raziskave iz tujine kažejo, da je delež kadilcev višji med osebami z duševnimi motnjami (Baker idr., 2006; Satcher, 2000). Prva presečna raziskava sicer ni zabeležila razlik v odstotku kadilcev glede na verjetnost težav v duševnem zdravju, druga pa je pokazala bolj pričakovane rezultate, to je višji odstotek kadilcev med tistimi, ki imajo veliko verjetnost težav v duševnem zdravju. Razlogov za razlike v obeh presečnih raziskavah na tem področju ni možno opredeliti, po naši oceni se tudi pandemski ukrepi v času obeh raziskav ne razlikujejo tako očitno, da bi v kratkem času privedli do tovrstnih razlik.

Redni kadilci pokadijo povprečno 16 cigaret dnevno, torej malo manj kot eno škatlico cigaret. Moški pokadijo v povprečju dve cigareti več na dan kot ženske. Podobno beležimo tudi v predhodnih raziskavah (Koprivnikar idr., 2021a). Nekaj več kot desetina kadilcev poroča, da so v zadnjih dveh tednih pred raziskavo kadili več kot pred pandemijo covid-19, in sicer v prvi presečni raziskavi 12,7 %, v drugi pa 10,6 %. V obeh presečnih raziskavah z višjim odstotkom tistih, ki so v zadnjih dveh tednih kadili več kot pred pandemijo covid-19, izstopajo kadilci, ki živijo sami, kadilci, ki ocenjujejo, da imajo v zadnjih 3 mesecih slabšo finančno situacijo, ter kadilci z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, ki so verjetno stres, povezan s pandemijo covid-19 in ukrepi, težje prenašali ter povečali obseg kajenja. Nasprotno z nižjim odstotkom izstopajo kadilci brez težav v duševnem zdravju, ki so verjetno pandemske pritiske lažje prenašali. Da stres, povezan s pandemijo, pomembno vpliva na kadilske navade, kažejo tudi raziskave iz tujine (Maloney, 2021; Munarini idr., 2022). Skupno se delež kadilcev, ki so v zadnjih dveh tednih kadili več kot pred pandemijo covid-19, med obema presečnima raziskavama sicer ni spremenil, znižal pa se je med kadilci ženskega spola, med kadilci s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo, med zaposlenimi kadilci ter kadilci brez težav v duševnem zdravju, zvišal pa med kadilci z najvišjo stopnjo izobrazbe in kadilci z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju. Kakšno vlogo so pri tem imeli pandemski ukrepi, je zaradi raznolikosti in pogostih sprememb v ukrepih v času obeh raziskav nemogoče sklepati. Predhodne spletne raziskave SI-PANDA, ki so potekale od decembra 2020 do decembra 2021, beležijo med 10,0 in 19,3 % kadilcev, ki so poročali, da so v zadnjih dveh tednih kadili več kot pred pandemijo covid-19 (NIJZ, 2021). V poznejših spletnih raziskavah so deleži pogosteje nižji kot v začetnih ter blizu teh, ki jih beležimo v obeh presečnih raziskavah. Raziskave iz tujine kažejo zelo raznolike deleže kadilcev, ki so v različnih obdobjih pandemije covid-19 poročali o zvečanju ali zmanjšanju obsega kajenja, ki so lahko tudi znatno višji od teh, ki sta jih zabeležili obe presečni raziskavi (Kalkhoran idr., 2022; Koprivnikar, 2020; Krnel idr., 2021; Yang in Ma, 2021). Zaradi raznolikosti raziskav, razlik v pandemskih ukrepih in različnih časovnih obdobjih izvedbe raziskav so primerjave otežene.

Večina kadilcev v času pandemije zaradi virusa SARS-CoV-2 kajenja ni opustilo ali poskušalo opustiti. O tem, da je v času pandemije covid-19 uspešno opustilo kajenje, je poročal sicer navidezno nizek odstotek (3,4 %) kadilcev, a vendar to predstavlja 9.850 prebivalcev Slovenije. Od teh jih je skoraj dve tretjini kajenje opustilo zaradi prebolele bolezni virusa SARS-CoV-2, ena tretjina pa zaradi zaskrbljenosti zaradi virusa SARS-CoV-2. Kajenje pa je poskusilo opustiti, a so bili neuspešni, 2,4 % kadilcev, skoraj dve tretjini zaradi zaskrbljenosti zaradi virusa SARS-CoV-2, približno tretjina pa zaradi prebolele bolezni virusa SARS-CoV-2. Ali je to visok ali nizek odstotek v času pandemije covid-19, je težko oceniti, saj je možnih primerjav s podatki iz tujine premalo, rezultati raziskav pa raznoliki (Kale idr., 2022; Kalkhoran idr., 2022; Koprivnikar, 2020; Yang in Ma, 2021). Očitno pa je bila prebolela bolezen virusa SARS-CoV-2 boljši motivator za opustitev kajenja kot zaskrbljenost zaradi nje, kar ni presenetljivo glede na to, da imajo kadilci večje tveganje za težji potek virusa SARS-CoV-2 (Clift idr., 2022; Mahamat-Saleh idr., 2021; Patanavanich idr., 2022). Tudi posamezne tuje raziskave kažejo, da je visoko zaznavanje tveganja virusa SARS-CoV-2 povezano s poskusi opustitve kajenja (Kalkhoran idr., 2022; Yang in Ma, 2021) ter da so stopnje opustitve kajenja visoke med tistimi, ki so preboleli virus SARS-CoV-2, med njimi pa je tudi visoka stopnja vzdrževanja abstinence (Telatar idr., 2022). Kar približno desetina kadilcev tudi navaja, da sicer kajenja v času pandemije covid-19 niso poskusili opustiti, a ga nameravajo zaradi zaskrbljenosti zaradi virusa SARS-CoV-2, kar je seveda spodbudno.

V drugi presečni raziskavi smo zbrali tudi podatke o uporabi brezdimnih tobačnih ter povezanih izdelkov (ogrevani tobačni izdelki in elektronske cigarete). Med polnoletnimi prebivalci Slovenije je najvišji odstotek uporabnikov ogrevanih tobačnih izdelkov, to je 5,4 %, medtem ko brezdimne tobačne izdelke uporablja 1,3 %,

prav tolikšen je tudi odstotek uporabnikov elektronskih cigaret. Odstotke uporabnikov brezdimnih tobačnih izdelkov in elektronskih cigaret, ki se gibljejo okoli 1–2 %, smo beležili že v predhodnih raziskavah (Koprivnikar idr., 2020; NIJZ, 2019; NIJZ, 2020). V predhodnih raziskavah je bil tudi odstotek uporabnikov ogrevanih tobačnih izdelkov okoli 1-odstoten (Koprivnikar idr., 2021a). Nizke odstotke uporabnikov omenjenih treh skupin izdelkov so beležili tudi v Evropski uniji (European Commission, 2021). V letu 2021 pa so podatki naše raziskave razkrili približno 5-krat višji odstotek uporabnikov ogrevanih tobačnih izdelkov, medtem ko odstotki uporabnikov brezdimnih tobačnih izdelkov in elektronskih cigaret ostajajo nizki. Ali in v kolikšnem obsegu bi lahko pandemija covid-19 lahko vplivala na uporabo teh izdelkov iz dostopnih podatkov, ni možno oceniti. Le redke raziskave iz tujine so raziskovale vpliv pandemije covid-19 na uporabo ogrevanih tobačnih izdelkov in elektronskih cigaret, a so to večinoma majhne spletne raziskave na priložnostnih vzorcih, katerih rezultati so mešani (Gallus idr., 2022). Italijanska raziskava na reprezentativnem vzorcu odrasle populacije je ena redkih in ta je pokazala, da sta se v času prvega zaprtja družbe zaradi pandemije covid-19 v Italiji zvišala deleža uporabnikov ogrevanih tobačnih izdelkov in elektronskih cigaret (Gallus idr., 2022). Torej bi pandemija covid-19 lahko vplivala na porast odstotka uporabnikov ogrevanih tobačnih izdelkov tudi v Sloveniji. Italijanska raziskava kaže, da so po teh izdelkih na novo posegali predvsem mladi nekadilci zaradi druženja v času zaprtja družbe (Gallus idr., 2022), a pri nas sprememb prvenstveno med mladimi obstoječi podatki ne podpirajo (Koprivnikar idr., 2021a). Za spremembe v uporabi brezdimnih tobačnih izdelkov nismo našli primerljivih raziskav. Zakaj so se odstotki uporabnikov ogrevanih tobačnih izdelkov v Sloveniji zvišali, odstotki uporabnikov brezdimnih tobačnih izdelkov ter elektronskih cigaret pa ostajajo podobni, lahko le ugibamo, saj o tem nimamo na voljo dodatnih podatkov. Ocenjujemo, da so verjetno za spremembe deležev uporabnikov ključni drugi dejavniki. Pomemben vpliv na spremembe odstotkov ima lahko predvsem to, da so to novejši izdelki, pri katerih zato lahko pričakujemo določen porast odstotka uporabnikov. Ogrevani tobačni izdelki so najnovejši, prvi se je v Sloveniji pojavil konec leta 2017. Elektronske cigarete so na evropskem trgu prisotne od leta 2006, bolj razširjene so od leta 2010 (Sapru idr., 2020). Prodaja tobačnih izdelkov za oralno uporabo, ki so sicer na svetovnem trgu že daljše časovno obdobje, je v Sloveniji sicer prepovedana (ZOUTPI, 2017), a so proizvajalci pred nekaj leti s pretvezo, da ne gre za snus oziroma fuge, pač pa za izdelke za žvečenje, katerih prodaja je v Sloveniji dovoljena, zaobšli zakonodajno prepoved. Vsi trije izdelki so sicer pogosto zaznani kot manj škodljivi ali celo neškodljivi ali kot vrsta pomoči pri opuščanju kajenja, kot družbeno sprejemljivejši v primerjavi s kajenjem, zaradi novih tehnologij so zanimivejši, obsežna je promocija v družbenih medijih (European Commission, 2021; Laverty idr., 2021; Sapru idr., 2020). Zakonodaja v Sloveniji ureja te izdelke podobno kot tobačne izdelke za kajenje, kar ima tudi pomemben vpliv na njihovo uporabo (ZOUTPI, 2017).

V primerjavi z deleži kadilcev tobačnih izdelkov se med prebivalstvom odstotki uporabnikov drugih tobačnih in povezanih izdelkov porazdeljujejo nekoliko drugače, pri tem pa so prisotne še določene razlike med posameznimi izdelki. Pri vseh treh omenjenih izdelkih se kaže, da so razlike glede na številne pojasnjevalne spremenljivke manj izrazite kot pri odstotku kadilcev. Razlik v uporabi teh izdelkov glede na stopnjo izobrazbe npr. sploh nismo zabeležili, v predhodnih raziskavah smo sicer zaznali neenakosti v uporabi nekaterih izdelkov glede na izobrazbo (Koprivnikar idr., 2021a). Uporaba brezdimnih tobačnih izdelkov je prisotna predvsem med moškimi v najmlajši starostni skupini oziroma dijaki in študenti, podobno kot beležimo v predhodnih raziskavah (Koprivnikar idr., 2021a). Uporaba elektronskih cigaret pa je prisotna predvsem med moškimi, zaposlenimi in kadilci, podobno kažejo tudi predhodni podatki (Koprivnikar idr., 2020; Koprivnikar idr., 2021a; NIJZ, 2019). Med uporabniki teh izdelkov pa izstopajo visoki odstotki uporabnikov kadilcev, gre za t. i. dvojno uporabo, to je kombinacijo uporabe posameznega izdelka s kajenjem. Ta se sicer razlikuje med posameznimi izdelki in je najvišja med uporabniki ogrevanih tobačnih izdelkov. Kaj pomeni dvojna uporaba za zdravje posameznika pri obeh novih izdelkih (ogrevanih tobačnih izdelkih, elektronskih cigaretah), ni raziskano. Uporaba dodatnega izdelka kadilca dodatno izpostavi podobnim, lahko tudi drugim za zdravje škodljivim snovem. Tudi če kadilec zaradi dvojne rabe zmanjša število pokajenih cigaret, le minimalno zmanjša tveganja, povezana s kajenjem, doda pa tveganja zaradi uporabe drugega izdelka (Banks idr., 2022; World health organization [WHO], 2021).

Uporaba teh izdelkov pa je prisotna tudi med nekadilci. Med nekadilci uporablja brezdimne tobačne izdelke 1,3 % vseh, ogrevane tobačne izdelke prav tako 1,3 %, elektronske cigarete pa 0,8 %. Vsaj enega od teh izdelkov uporablja 3,2 % ali približno 46.000 polnoletnih prebivalcev, ki trenutno ne kadijo, to so prebivalci, ki

niso nikoli kadili, ali pa bivši kadilci. Treba bi bilo raziskati, koliko je tistih, ki niso nikoli kadili, pa uporabljajo omenjene izdelke. Še posebno ti so zaradi uporabe teh izdelkov izpostavljeni pomembnim količinam škodljivih snovi in zvišanjem tveganja za bolezni in zdravstvene težave (Banks idr., 2022; WHO, 2021). Pri tem je treba izpostaviti, da za elektronske cigarete in ogrevane tobačne izdelke učinkov dolgoročne uporabe na zdravje še ne poznamo, saj zaradi prekratke prisotnosti na trgu še niso raziskani (Banks idr., 2022; WHO, 2021). Niti za ogrevane tobačne izdelke niti za novejšje generacije elektronskih cigaret ne moremo z vso gotovostjo zatrditi, da so manj škodljivi kot cigarete (Banks idr., 2022; WHO, 2021). Uporaba brezdimnih tobačnih izdelkov je prav tako povezana s pomembnimi tveganji za zdravje (National Cancer Institute, 2014).

Na osnovi podatkov druge presečne raziskave smo izračunali tudi odstotek uporabnikov vsaj enega od tobačnih in povezanih izdelkov (cigarete, cigare, cigarilosi, pipe tobaka, brezdimni tobačni izdelki, ogrevani tobačni izdelki, elektronske cigarete). Takih je skoraj petina (18,7 %) ali 322.475 polnoletnih prebivalcev. Odstotki so višji med moškimi (21,2 %), glede na status aktivnosti najvišji med brezposelnimi (35,9 %, manj natančen podatek), med prebivalci iz Zahodne Slovenije (20,2 %) in med prebivalci z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (26,1 %). Najnižji so po 60. letu starosti (14,1 % v starostni skupini 60 do 69 let, 4,6 % v starostni skupini 70 in več let), medtem ko so v nižjih starostnih skupinah podobni. Glede na izobrazbo razlik nismo zabeležili. Podatki za primerjavo s časom pred pandemijo covid-19 niso na voljo, saj v predhodnih raziskavah ni izračunov tega sestavljenega kazalnika.

Prebivalcev, ki poročajo, da so v času pandemije covid-19 sami ali drugi člani družine kadili v njihovem stanovanju oziroma bivalnih prostorih, je nekaj manj kot desetina (8,8 %). Odstotki so nižji v najstarejši starostni skupini, to je 70 in več let (3,2 %), med tistimi, ki živijo v skupnem gospodinjstvu z otrokom, mlajšim od 18 let (4,6 %), ali osebo, ki spada v tvegano skupino za obolenje z novim koronavirusom (7,3 %), ter med tistimi, ki ne živijo sami (7,7 %). Z zelo visokim odstotkom izstopajo kadilci (33,3 %), višji pa je tudi med tistimi z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (15,0 %).

Pred pandemijo covid-19 je bil v letu 2018 delež prebivalcev, ki poročajo, da so sami ali drugi člani družine kadili v njihovih bivalnih prostorih, 16,7-odstoten (Koprivnikar idr., 2021b), pri primerjavi pa je treba upoštevati, da v omenjeno raziskavo niso vključene starostne skupine od vključno 65 let navzgor, v katerih so ti odstotki praviloma nižji in bi se skupni odstotek najverjetneje zmanjšal. A pri tako veliki razliki v odstotku, ki znaša skoraj osem odstotnih točk, lahko zaključimo, da se je odstotek prebivalcev, ki poročajo, da so sami ali drugi člani družine kadili v njihovih bivalnih prostorih, v času pandemije covid-19 zelo verjetno znižal. Ali tokratno znižanje presega dolgoletni trend zniževanja, ki ga beležimo v Sloveniji (Koprivnikar idr., 2021b), s podatki, ki jih imamo na voljo, ni možno oceniti.

Zelo spodbudno je, da se odstotek v času pandemije covid-19 ni zvišal zaradi večjega obsega dela na domu, več priložnosti za kajenje v domačem bivalnem okolju ali zaradi morebitno povečane ravni stresa pri posamezniku v času pandemije covid-19. Morda je prisotnost otrok v domačem bivalnem okolju v času šolanja na daljavo to preprečila. Ni pa odločilna le prisotnost mladoletne osebe, saj se znižujeta tako odstotek v gospodinjstvih z mladoletnimi osebami kot tudi tistimi brez, je pa znižanje izrazitejše v gospodinjstvih z mladoletnimi osebami. Verjetno so k znižanju v zadnjem času prispevali še drugi dejavniki, kot so večja ozaveščenost o škodljivosti izpostavljenosti tobačnemu dimu in zmanjšana sprejemljivost kajenja v zaprtih prostorih, čeprav o tem nimamo neposrednih podatkov. V Sloveniji med drugim skoraj vsako leto od 2017 naprej poteka nacionalna kampanja o škodljivosti izpostavljenosti otrok tobačnemu dimu v avtomobilih, ki verjetno vpliva tudi na širšo publiko s svojimi sporočili glede škodljivosti izpostavljenosti tobačnemu dimu na zdravje.

Podatkov iz tujine na to temo ni veliko, obstoječi kažejo na različne odzive kadilcev na obseg kajenja v domačem okolju v času pandemije covid-19 (Driezen idr., 2022; Koprivnikar, 2020).

Obe presečni raziskavi nudita prve podatke o kajenju in uporabi drugih tobačnih in povezanih izdelkov v letu 2021 med pandemijo covid-19. Prednost raziskave je nacionalno reprezentativni vzorec polnoletnih prebivalcev Slovenije. Na področju kajenja raziskavi dajeta vpogled v zadnje spremembe v razširjenost kajenja, kar je pomembno s stališča spremljanja učinkov novih ukrepov zakona, potrjenega v letu 2017 (ZOUTPI, 2017).

Na področju drugih tobačnih in povezanih izdelkov pa poleg tega dopolnjujeta trenutno še omejen obseg podatkov. Prvič v Sloveniji prikazujemo povezave med kajenjem in uporabo drugih tobačnih ter povezanih izdelkih glede na verjetnost težav v duševnem zdravju, saj teh podatkov v predhodnih raziskavah ni. Prvič za splošno populacijo prikazujemo tudi sestavljeni kazalnik, to je uporabo vsaj enega od tobačnih in povezanih izdelkov.

Menimo, da bi bilo smiselno analizirati podatke o razširjenosti kajenja za obe presečni raziskavi skupaj, saj je med njima prekratek časovni rok in v nekaj mesecih ni možno pričakovati bistvenih sprememb v razširjenosti kajenja, še posebno v času, ko ni bilo uvedenih pomembnejših ukrepov nadzora nad tobakom ali programov, prav tako ni očitnih razlik v pandemskih ukrepih. Pomanjkljivost druge presečne raziskave je tudi v tem, da zaradi napačnega razumevanja navedbe vodna pipa kljub vprašanju v razdelku kajenja in dodatni navedbi različnih imen za vodno pipo, kot so šiša, nargila, podatkov o uporabi teh izdelkov nismo vključili v podatke. V raziskavo tudi nismo vključili vprašanj o uporabi nikotinskih vrečk, ki so najnovejši izdelki na tem področju. Med splošne slabosti raziskave sodi morebitna pristranskost samoporočanja, to je možnost navajanja družbeno zaželenih odgovorov, ki lahko vodi v podcenjenost določenih odstotkov. Raziskavi sta presečni, zato ne omogočata vpogleda v časovno zaporedje dogodkov ali vzročne povezave. Ena od omejitev je lahko tudi pristranskost spominjanja, ki pa je manj verjetna, kajti v raziskavi ne sprašujemo o zelo časovno oddaljenih dogodkih. Ne glede na omejitve raziskavi nudita številne kakovostne podatke s področja uporabe tobačnih in povezanih izdelkov.

ZAKLJUČEK

Podatki za leto 2021, drugo leto pandemije covid-19, kažejo, da tobačne izdelke kadi nekaj manj kot vsak peti polnoletni prebivalec, ogrevane tobačne izdelke vsak dvajseti, elektronske cigarete in brezdimne tobačne izdelke pa uporablja približno 1 % polnoletnih prebivalcev. Vsaj enega od navedenih izdelkov uporablja skoraj petina polnoletnih prebivalcev. V Sloveniji se v drugem letu pandemije covid-19 nakazuje nadaljnji padec odstotka kadilcev po letu 2020, in sicer rednih, kar je spodbudno. Najobsežnejše ugodne spremembe beležimo med moškimi, mladimi ter prebivalci s srednješolsko izobrazbo, to slednje nakazuje morebitna zmanjšanja neenakosti v kajenju. Uporaba brezdimnih tobačnih izdelkov in elektronskih cigaret se bistveno ne spreminja, znatno pa se je zvišal odstotek prebivalcev, ki uporabljajo ogrevane tobačne izdelke. Ni podlag za trditev, da bi lahko nakazano znižanje odstotka kadilcev razlagali s prehodom na ogrevane tobačne izdelke. Večina uporabnikov teh izdelkov, predvsem ogrevanih tobačnih izdelkov pa tudi elektronskih cigaret, namreč tudi kadi. Uporabo ogrevanih tobačnih izdelkov, elektronskih cigaret in brezdimnih tobačnih izdelkov beležimo tudi med nekadilci, v sicer morda navidezno nizkem odstotku, a nezanemarljivem številu prebivalcev, skoraj 46.000.

Ali je pandemija covid-19 zaustavila, pospešila ali kako drugače spremenila stanje na področju razširjenosti tobačnih in povezanih izdelkov, iz podatkov obeh raziskav ni možno natančneje opredeliti. K spremembam so zanesljivo doprinesli pred kratkim uvedeni ukrepi nadzora nad tobakom. Je pa pandemija covid-19 pri približno desetini kadilcev privedla do večjega obsega kajenja, mnoge pa tudi spodbudila k opustitvi, saj je v času pandemije covid-19 zaradi virusa SARS-CoV-2 kajenje opustilo približno 3 % kadilcev, to je nekaj manj kot 10.000 prebivalcev. Spodbudno je tudi, da še nekaj več kot desetina kadilcev navaja, da bodo zaradi virusa SARS-CoV-2 opustili kajenje ali pa so to že poskušali, a neuspešno. V času pandemije covid-19 je razvidno tudi znižanje kajenja v domačih bivalnih prostorih. S tem se nadaljuje dolgoletni trend zmanjševanja kajenja v tem okolju, kar je povezano z zmanjševanjem obsega izpostavljenosti prebivalcev tobačnemu dimu. V času pandemije covid-19 smo zabeležili kar nekaj ugodnih, pa tudi nekatere neugodne spremembe oziroma stanja na področju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov.

Spremembe, ki jih nakazujeta obe presečni raziskavi v drugem letu pandemije covid-19, moramo potrditi z nadaljnjimi raziskavami, pospešeno pa je treba uvajati tudi učinkovite ukrepe za zmanjševanje uporabe tobačnih, povezanih in novih izdelkov z nikotinom s ciljem zmanjševati obsežne obolevnosti in umrljivosti, povezane z njihovo uporabo.

VIRI IN LITERATURA

Baker, A., Ivers, R. G., Bowman, J., Butler, T., Kay-Lambkin, F. J., Wye, P., Walsh, R. A., Pulver, L. J., Richmond, R., Belcher, J., Wilhelm, K. in Wodak, A. (2006). Where there's smoke, there's fire: high prevalence of smoking among some sub-populations and recommendations for intervention. *Drug and alcohol review*, 25(1), 85 – 96.

Banks, E., Yazidjoglou, A., Brown, S., Nguyen, M., Martin, M., Beckwith, K., Daluwatta, A., Campbell, S., in Joshy, G. (2022). *Electronic cigarettes and health outcomes: systematic review of global evidence. Report for the Australian Department of Health*. Acton: National Centre for Epidemiology and Population Health, The Australian National University.

Clift, A. K., von Ende, A., Tan, P. S., Sallis, H. M., Lindson, N., Coupland, C. A. C., Munafò, M. R., Aveyard, P., Hippisley-Cox, J. in Hopewell, J. C. (2022). Smoking and COVID-19 outcomes: an observational and Mendelian randomisation study using the UK Biobank cohort. *Thorax*, 77(1), 65 – 73.

Denlinger-Apte, R., Suerken, C. K., Ross, J. C., Reboussin, B. A., Spangler, J., Wagoner, K. G. in Sutfin, E. L. (2022). Decreases in smoking and vaping during COVID-19 stay-at-home orders among a cohort of young adults in the United States. *Preventive Medicine*, 156, 106992.

Driezen, P., Kasza, K. A., Gravely, S., Thompson, M. E., Fong, G. T., Cummings K. M. in Hyland, A. (2022). Was COVID-19 associated with increased cigarette purchasing, consumption, and smoking at home among US smokers in early 2020? Findings from the US arm of the International Tobacco Control (ITC) Four Country Smoking and Vaping Survey. *Addictive behaviors*, 129, 107276.

European Commission (2021). Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. *Special Eurobarometer 506*. Brussels: European Union.

Galea, S., Merchant, R. M. in Lurie, N. (2020). The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*, 180(6), 817 – 818.

Gallus, S., Stival, C., Carreras, G., Gorini, G., Amerio, A., McKee, M., Odone, A., van den Brandt, P. A., Spizzichino, L., Pacifici, R. in Lugo, A. (2022). Use of electronic cigarettes and heated tobacco products during the Covid-19 pandemic. *Scientific reports*, 12(1), 702.

GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10258), 1223-1249.

Giovenco, D. P., Spillane, T. E., Maggi, R. M., Lee, E. Y. in Philbin, M. M. (2021). Multi-level drivers of tobacco use and purchasing behaviors during COVID-19 "lockdown": A qualitative study in the United States. *The International journal on drug policy*, 94, 103175.

Jeriček Klanšček, H., Roškar, M., Drev, A., Pucelj, V., Koprivnikar, H., Zupanič, T. in Korošec, A. (2019). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji. Izsledki mednarodne raziskave HBSC 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Kale, D., Perski, O., Herbec, A., Beard, E. in Shahab, L. (2022). Changes in Cigarette Smoking and Vaping in Response to the COVID-19 Pandemic in the UK: Findings from baseline and 12-month follow up of HEBECO study. *International journal of environmental research and public health*, 19(2), 630.

Kalkhoran, S. M., Levy, D. E. in Rigotti, N. A. (2022). Smoking and E-Cigarette Use Among U.S. Adults During the COVID-19 Pandemic. *American journal of preventive medicine*, 62(3), 341 – 349.

Keng, S. L., Stanton, M. V., Haskins, L. B., Almenara, C. A., Ickovics, J., Jones, A., Grigsby-Toussaint, D., Agostini, M., Bélanger, J. J., Gützkow, B., Kreienkamp, J., Lemay, E. P. Jr., vanDellen, M. R., Abakoumkin, G., Abdul Khayom, J. H., Ahmed, V., Akkas, H., Atta, M., Bagci, S. C., Basel, S., ... Leander, N. P. (2022). COVID-19 stressors and health behaviors: A multilevel longitudinal study across 86 countries. *Preventive medicine reports*, 27, 101764.

Koprivnikar, H. (2020). Vpliv epidemije covid-19 na kajenje. V M. Krajc (ur.) *Zbornik srečanja Obvladovanje raka v času COVID-19 v luči preventive : XXVIII. seminar In memoriam dr. Dušana Reje, Ljubljana, 3. december 2020*. Ljubljana : Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Onkološki inštitut.

Koprivnikar, H. in Korošec, A. (2015). Age at Smoking Initiation in Slovenia. *Zdravstveno Varstvo*, 54(4), 274 – 81.

Koprivnikar, H., Korošec, A., Rehberger, M., Lavtar, D., Zupanič, T. in Rudolf, A. (2021a). *Pregled najnovejših podatkov o uporabi tobačnih in povezanih izdelkov v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Koprivnikar, H., Korošec, A., Rehberger, M., Lavtar, D., Zupanič, T., Delfar, N. in Rudolf, A. (2021b). *Izpostavljenost tobačnemu dimu v Sloveniji – stanje in ukrepi za zmanjševanje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

- Koprivnikar, H., Rehberger, M., Lavtar, D. in Korošec, A. (2020). *Uporaba tobačnih in povezanih izdelkov v statističnih regijah Slovenije v letih 2012 in 2018*. Nacionalna raziskava o tobaku, alkoholu in drugih drogah, 2012 in 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Koprivnikar, H., Zupanič, T., Lavtar, D. in Korošec, A. (2018). *Tobačni in povezani izdelki: Posledice, razširjenost uporabe in ukrepi*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Koprivnikar, H., Zupanič, T. (2021). *Tobaku pripisljiva umrljivost v Sloveniji 1997–2019*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Krnel, S. R., Kilian, C., Keršmanc, M. H., Roškar, M. in Koprivnikar, H. (2021). Changes in The Use of Alcohol and Tobacco in Slovenia During the First Wave of The SARS-COV-2 Pandemic. *Zdravstveno Varstvo*, 61(1), 6-13.
- Laverty, A. A., Vardavas, C. I. in Filippidis, F. T. (2021). Prevalence and reasons for use of Heated Tobacco Products (HTP) in Europe: an analysis of Eurobarometer data in 28 countries. *The Lancet regional health. Europe*, 8, 100159.
- Mahamat-Saleh, Y., Fiolet, T., Rebeaud, M. E., Mulot, M., Guihur, A., El Fatouhi, D., Laouali, N., Peiffer-Smadja, N., Aune, D. in Severi, G. (2021). Diabetes, hypertension, body mass index, smoking and COVID-19-related mortality: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open*, 11(10), e052777.
- Maloney, S. F., Combs, M., Scholtes, R. L., Underwood, M., Kilgalen, B., Soule, E. K. in Breland, A. B. (2021). Impacts of COVID-19 on cigarette use, smoking behaviors, and tobacco purchasing behaviors. *Drug and alcohol dependence*, 229, 109144.
- Munarini, E., Stival, C., Boffi, R., Lugoboni, F., Veronese, C., Tinghino, B., Agnelli, G. M., Lugo, A., Gallus, S. in Giordano, R. (2022). Factors associated with a change in smoking habit during the first COVID-19 lockdown: an Italian cross-sectional study among ever-smokers. *BMC Public Health*, 22(1), 1046.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2018). *Nacionalna raziskava o alkoholu, tobaku in drugih drogah – ATADD 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeni podatki).
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2019). *Nacionalna raziskava o zdravju in zdravstvenem varstvu – EHIS 2019*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeni podatki).
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2020). *Z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev Slovenije – CINDI 2020*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeni podatki).
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2021). *Izsledki panelne spletne raziskave SI-PANDA*. <https://www.nijz.si/sl/izsledki-panelne-spletne-raziskave-si-panda>
- National Cancer Institute (NCI) and Centers for Disease Control and Prevention (2014). *Smokeless Tobacco and Public Health: A Global Perspective*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention and National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Publication No. 14-7983.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2021). *Percentage of adolescents reporting drug use decreased significantly in 2021 as the COVID-19 pandemic endured*. NIDA Press Office.
- Patanavanich, R., Siripoon, T., Amponnavarat, S. in Glantz, S. A. (2022). Active smokers are at higher risk of COVID-19 death: A systematic review and meta-analysis. *Nicotine Tobacco Research*.
- Sapru, S., Vardhan, M., Li, Q., Guo, Y., Li, X. in Saxena, D. (2020). E-cigarettes use in the United States: reasons for use, perceptions, and effects on health. *BMC Public Health*, 20(1), 1518.
- Satcher, D. S. (2000). Executive summary: a report of the Surgeon General on mental health. *Public Health Reports*, 115, 89–101.
- Telatar, T. G., Karadoğan, D., Baykal, M. H. in Yurtsever, B. A. (2022). Role of tobacco exposure in the course of COVID-19 disease and the impact of the disease on smoking behavior. *The clinical respiratory journal*, 16(1), 57–62.
- World health organization study group on tobacco product regulation (2021). *Report on the scientific basis of tobacco product regulation: eighth report of a WHO study group*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022720>
- Yang, H. in Ma, J. (2021). How the COVID-19 pandemic impacts tobacco addiction: Changes in smoking behavior and associations with well-being. *Addictive Behaviors*, 119, 106917.
- Zakon o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov (ZOUTPI). (2017) Uradni list RS, št. 9/17 in 29/17. <https://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO6717>

13. PITJE PIJAČ, KI VSEBUJEJO ALKOHOL, MED PANDEMIJO



Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, med pandemijo

AVTORICE: Maja Roškar, Marjetka Hovnik Keršmanc, Sandra Radoš Krnel, Maruša Rehberger

KLJUČNE BESEDE: alkohol, pandemija covida-19, pивske navade, duševno zdravje, ranljive skupine

UVOD: Pandemija covida-19 je vplivala na duševno zdravje in pivsko vedenje prebivalcev. Raziskave so v začetku pandemije covida-19 pokazale upad pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, predvsem zaradi manjše dostopnosti alkohola, dolgoročno pa avtorji predvidevajo porast pitja zaradi negativnih učinkov pandemije covida-19 na duševno zdravje. V raziskavi so nas zanimale pivske navade in morebitne spremembe teh med odraslimi prebivalci Slovenije v obdobju pandemije covida-19.

METODE: S pomočjo strukturiranega vprašalnika smo v dveh obdobjih pandemije covida-19 spremljali spremembe v razširjenosti (delež abstinentov in pivcev) in pogostosti pitja (tedensko, mesečno ali redkeje) ter količini popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, v času pandemije covida-19 v primerjavi z obdobjem pred njo (pili enako/manj ali nič/več pijač, ki vsebujejo alkohol).

REZULTATI: Delež abstinentov se je med obema presečnima raziskavama znižal s 27 na 24 %, povečala pa sta se delež pivcev pijač, ki vsebujejo alkohol, in tudi pogostost pitja teh pijač. Te spremembe so lahko posledica sproščanja določenih ukrepov za zajezitev širjenja pandemije covida-19 v obdobju med obema presečnima raziskavama, s čimer se je povečala dostopnost pijač, ki vsebujejo alkohol, kar je pomemben dejavnik za večjo porabo alkohola. Večina prebivalcev (77 % v prvi in 78 % v drugi presečni raziskavi) ni spremenila količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol. Med prebivalci, pri katerih pa je prišlo do sprememb, je bilo značilno več takih, ki so jih pili manj pijač, ki vsebujejo alkohol, ali takih pijač ne pijejo več, kot tistih, ki so jih pili več. Se je pa delež oseb, ki so pile manj pijač, ki vsebujejo alkohol, ali takih pijač ne pijejo več, med obema presečnima raziskavama znižal (z 19 na 17 %).

ZAKLJUČEK: V kriznem času pandemije covida-19 moramo posebno pozornost nameniti ranljivim skupinam prebivalcev. Med prebivalce z višjim tveganjem za pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, bi na osnovi naše raziskave uvrstili ženske, osebe z težavami v duševnem zdravju in mlajše odrasle prebivalce.

KLJUČNI POUČENI:

- Med obema presečnima raziskavama se je delež abstinentov znižal (27 % v prvi in 24 % v drugi presečni raziskavi), povišala pa sta se delež pivcev pijač, ki vsebujejo alkohol, in tudi pogostost pitja, vendar večina vprašanih oseb (77 % v prvi in 78 % v drugi presečni raziskavi) ni spremenila svojega vedenja glede količine popitih pijač.
- Med osebami, pri katerih pa je prišlo do sprememb v pitju pijač, ki vsebujejo alkohol, je bilo značilno več takih, ki so pili manj teh pijač ali takih pijač ne pijejo več, kot tistih, ki so jih pili več.
- Delež oseb, ki so pile manj pijač, ki vsebujejo alkohol, ali takih pijač ne pijejo več, se je med obema presečnima raziskavama znižal.
- Glede na izsledke raziskave SI-PANDA so med ranljivimi skupinami, ki jim velja nameniti posebno pozornost v času krize, ženske, osebe z težavami v duševnem zdravju in mlajši odrasli prebivalci.

UVOD

V svetovnem merilu sodi Slovenija med države, ki beležijo najvišjo porabo alkohola (World health organization [WHO], 2021a; WHO, 2021b). Registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca, starega 15 ali več let, je pri nas v letu 2020 znašala 9,8 litra (Metličar, 2020; Nacionalni inštitut za javno zdravje [NIJZ], 2021). To je pomenilo, da naj bi vsak prebivalec, star 15 ali več let, v povprečju v enem letu spil 81 l piva in 42 l vina in 3 l žgane pijače, kar je nad povprečjem držav evropske regije (WHO, 2021a). Raziskava EHIS (angl. European Health Interview Survey), ki jo izvajajo vse države članice Evropske unije, je v letu 2019 uvrstila Slovenijo po deležu prebivalcev, starih 15 in več let, ki se opijejo vsaj enkrat mesečno, nad povprečje evropskih držav (Eurostat, 2021). Tudi umrljivost zaradi izbranih z alkoholom povezanih vzrokov smrti je v Sloveniji v obdobju 2008–2017 presegala povprečje EU. V Sloveniji v povprečju vsak dan zaradi vzrokov, katerih edini povzročitelj je alkohol, umrejo tri osebe (Radoš Krnel in Hovnik Keršmanc, 2022; Zaletel idr., 2019).

Podatki populacijskih raziskav, izvedenih v Sloveniji v letih od 2001 do 2020, kažejo, da večina odraslih prebivalcev vsaj enkrat na leto pije pijače, ki vsebujejo alkohol, okrog 20 % pa jih poroča, da v zadnjem letu teh pijač niso pili oz. so abstinirali (Hovnik Keršmanc in Roškar, v pripravi; Hovnik Keršmanc idr., v pripravi; NIJZ, 2020a; NIJZ, 2020b). Med prebivalci, ki so v zadnjem letu abstinirali, je več žensk (do 2-krat več kot moških), starejših, tistih z najnižjo stopnjo izobrazbe, brezposelnih in upokojenih ter več tistih, ki ne živijo v gospodinjstvih z vzdrževanimi otroki (Hovnik Keršmanc idr., v pripravi; Koprivnikar idr., 2015; NIJZ, 2020a; NIJZ, 2020b). Primerjave med leti kažejo, da je delež abstinentov v letu 2020 višji od tistega iz leta 2001, kar velja tako za moške kot tudi ženske (NIJZ, 2020a).

Od začetka pandemije covid-19 je bilo narejenih več raziskav, v katerih so avtorji proučevali morebitne spremembe v pivskih navadah prebivalcev v tem obdobju. V eni večjih raziskav iz prvega vala pandemije covid-19, v kateri je sodelovalo 21 evropskih držav, so raziskovalci spremembo pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, merili s skupno spremenljivko, ki je vsebovala podatek o pogostosti in količini pitja ter pogostosti opijanja v zadnjem mesecu (Kilian idr., 2021). Ugotovili so, da se je v vseh državah (z izjemo dveh) pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, znižalo, predvsem na račun upada pogostosti opijanja. Ob tem so zaznali nižji upad med osebami z nižjimi dohodki ter med tistimi, ki so doživljali stres zaradi pandemije covid-19 (Kilian idr., 2021). Podatki omenjene raziskave za Slovenijo kažejo, da je približno polovica oseb poročalo, da se v preteklem mesecu pogostost pivskih priložnosti pri njih ni spremenila, 26 % jih je poročalo o zmanjšanju, 24 % pa o porastu pitja (Radoš Krnel idr., 2022a). 23 % oseb je poročalo o upadu, 17 % pa o porastu popite količine alkohola ob posamezni pivski priložnosti. Osebe, ki so poročale, da se je njihova poraba alkohola zmanjšala, so bili verjetneje moškega spola in mlajši. Zanimivo pa so ugotovili tudi, da so imeli tisti, ki so poročali o precejšnjih stiskah zaradi finančnih izgub, 4-krat višje tveganje za porast pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, v primerjavi s tistimi, ki so poročali o blažjih stiskah ali njihovi odsotnosti (Radoš Krnel idr., 2022a).

V literaturi avtorji (Panagiotidis idr., 2020; Rehm idr., 2020) navajajo dva možna mehanizma vpliva pandemije covid-19 na pivsko vedenje odraslih prebivalcev; govorijo o kratkoročnih in dolgoročnih vplivih. Tako so ob začetku pandemije covid-19 predvidevali upad porabe (to se je pozneje tudi v mnogih raziskavah potrdilo) zaradi zmanjšane fizične in finančne dostopnosti alkohola, do katere je prišlo zaradi zaprtih barov in restavracij, ukrepa prepovedi prodaje alkohola v večernih urah, ki so ga sprejeli v nekaterih državah, in tudi zaradi prepovedi spletne prodaje alkohola ter upada dohodka v družinah (Kilian idr., 2021; Panagiotidis idr., 2020; Rehm idr., 2020). Upad porabe alkohola so razlagali tudi z dejstvom, da je pandemija covid-19 zdravstvena kriza, ki v ljudeh lahko sproži samozaščitna vedenja in poveča verjetnost zdravega življenjskega sloga, kar posledično pomeni tudi manj pitja pijač, ki vsebujejo alkohol (Panagiotidis idr., 2020).

Ko avtorji (Callinan idr., 2021a; Chodkiewicz idr., 2020; Clay in Parker, 2020; Kilian idr., 2021) govorijo o dolgoročnih vplivih pandemije covid-19, pa predvidevajo porast porabe alkohola, predvsem zaradi mnogih negativnih učinkov pandemije na duševno zdravje. Povišane ravni dolgotrajnega stresa ohromijo posameznikovo sposobnost soočanja z vsakodnevnimi izzivi in težavami. To lahko privede do izbire neučinkovitih strategij soočanja s težavami ter pogostejšega pitja in opijanja. Porast pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, pa avtorji predvidevajo tudi zaradi zmanjšane dostopnosti virov pomoči, tudi tistih v primeru težav zaradi pitja alkohola (Panagiotidis idr., 2020; Rehm idr., 2020).

V Sloveniji smo na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje izvedli dve raziskavi, v katerih smo proučevali pivsko vedenje odraslih prebivalcev v času pandemije covid-19. Prva, že omenjena, je raziskava, v kateri je sodelovalo 21 evropskih držav (Kilian idr., 2021; Radoš Krnel idr., 2022a), druga pa je raziskava SI-PANDA. Namen tega prispevka je prikazati razširjenost in morebitne spremembe v pitju pijač, ki vsebujejo alkohol, med odraslimi prebivalci Slovenije v času pandemije covid-19 iz podatkov dveh presečnih raziskav SI-PANDA in jih primerjati z drugimi raziskavami.

METODE

V prvi in drugi presečni raziskavi smo spremljali kazalnike pitja pijač, ki vsebujejo alkohol:

- odstotek abstinentov, to je oseb, ki so na vprašanje o pogostosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol (npr. pivo, vino, žgane pijače, liker, mošt, radler, koktajle), v zadnjih 12 mesecih, odgovorile z Nikoli;
- odstotek pivcev pijač, ki vsebujejo alkohol, to so osebe, ki so na vprašanje o pogostosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol (npr. pivo, vino, žgane pijače, liker, mošt, radler, koktajle), v zadnjih 12 mesecih, odgovorile s pogostostjo;
- pogostost pitja pijač, ki vsebujejo alkohol v zadnjih 12 mesecih med pivci pijač, ki vsebujejo alkohol, in odstotek oseb, ki so v zadnjih 12 mesecih spremenile navade, povezane s pitjem pijač, ki vsebujejo alkohol.

REZULTATI

Abstinenti in pivci pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih

Preglednica 57: Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Abstinenti in pivci pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih					
		Abstinenti		Pivci	
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Skupaj (n = 3.684)	26,9		73,1	
	Spol	$\chi^2 = 104,1; p < 0,0001$			
(A)	Moški	19,6	B	80,4	B
(B)	Ženske	34,2	A	65,8	A
	Starostne skupine	$\chi^2 = 120,5; p < 0,0001$			
(A)	Od 18 do 29 let	19,1	DEF	80,9	DEF
(B)	Od 30 do 39 let	21,4	EF	78,6	EF
(C)	Od 40 do 49 let	20,7	EF	79,3	EF
(D)	Od 50 do 59 let	26,0	AEF	74,0	AEF
(E)	Od 60 do 69 let	32,9	ABCDF	67,1	ABCDF
(F)	70 let in več	41,7	ABCDE	58,3	ABCDE
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 182,2; p < 0,0001$			
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	43,3	BCD	56,7	BCD
(B)	Srednja poklicna izobrazba	30,9	ACD	69,1	ACD
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	24,6	ABD	75,4	ABD
(D)	Višješolska izobrazba ali več	15,0	ABC	85,0	ABC
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 156,8; p < 0,0001$			
(A)	Zaposlen, samozaposlen	20,4	CDE	79,6	CDE
(B)	Dijak, študent	17,6	CDE	82,4	CDE
(C)	Upokojenec	38,2	ABE	61,8	ABE
(D)	Brezposeln	33,2	ABE	66,8	ABE
(E)	Drugo	47,7 ^M	ABCD	52,3 ^M	ABCD
	Zakonski stan	$\chi^2 = 13,1; p = 0,0023$			
(A)	Samski, ovdoveli, ločeni	30,6	B	69,4	B
(B)	Poročeni, zunajzakonska zveza	25,0	A	75,0	A
	Živi sam	$\chi^2 = 14,6; p = 0,0007$			
(A)	Da	33,4	B	66,6	B
(B)	Ne	25,2	A	74,8	A
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 14,1; p = 0,0024$			
(A)	Da	22,1	B	77,9	B
(B)	Ne	28,0	A	72,0	A
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 19,4; p = 0,0014$			
(A)	Boljša kot prej	18,6	BC	81,4	BC
(B)	Ostaja enaka kot prej	25,9	AC	74,1	AC
(C)	Slabša kot prej	29,9	AB	70,1	AB
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 28,2; p < 0,0001$			
(A)	Ne	27,1	B	72,9	B
(B)	Da	17,1	A	82,9	A

Abstinenti in pivci pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih

		Abstinenti		Pivci	
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 7,3; p = 0,0859$			
(A)	Velika verjetnost težav	29,9	BC	70,1	BC
(B)	Možnost prisotnosti težav	25,0	A	75,0	A
(C)	Brez težav	24,0	A	76,0	A
	Prisotnost kronične bolezni	$\chi^2 = 16,4; p = 0,0007$			
(A)	Brez bolezni	23,6	B	76,4	B
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	29,5	A	70,5	A
	Debelost	$\chi^2 = 25,7; p < 0,0001$			
(A)	Da	33,7	B	66,3	B
(B)	Ne	24,7	A	75,3	A
	Trenutni kadilec	$\chi^2 = 17,7; p = 0,0011$			
(A)	Ne	27,1	B	72,9	B
(B)	Da	19,7	A	80,3	A

M: manj natančna ocena

V prvi presečni raziskavi v obdobju zadnjih 12 mesecev pijač, ki vsebujejo alkohol, ni pilo 26,9 % oseb, 73,1 % oseb pa je te pijače pilo (preglednica 57). Kot pomembni dejavniki, povezani s pitjem pijač, ki vsebujejo alkohol, so se v zadnjih 12 mesecih pokazali spol, starost, izobrazba, status aktivnosti, zakonski stan, živeti ali ne živeti sam, živeti ali ne živeti z otroki, mlajšimi od 18 let, osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih, okuženost z novim koronavirusom, prisotnost kronične bolezni, debelost, trenutni kadilski status.

Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, je bilo manj razširjeno med ženskami, osebami, starimi od 60 let do 69 let ter 70 in več let, pa tudi med osebami, starimi od 50 do 59 let v primerjavi s tistimi, starimi od 18 do 29 let. Glede na izobrazbo je bil delež pivcev najnižji med osebami z osnovnošolsko izobrazbo ali manj in se je s stopnjo izobrazbe večal. Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, je bilo manj razširjeno tako med upokojenimi in brezposelnimi osebami, samskimi, ovdovelimi ali ločenimi, osebami, ki živijo same, kot tudi med osebami, ki ne živijo z otroki, mlajšimi od 18 let. Delež pivcev je bil nižji tudi med osebami, ki se jim je finančna situacija v zadnjih 3 mesecih poslabšala. Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, je bilo manj razširjeno še med osebami, ki še niso bile okužene z novim koronavirusom, med tistimi z vsaj eno kadarkoli odkrito kronično boleznijo, med osebami z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju ter osebami, ki trenutno ne kadijo.

Preglednica 58: Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Abstinenti in pivci pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih					
		Abstinenti		Pivci	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
	Skupaj (n = 2.966)	24,0		76,0	
	Spol	$\chi^2 = 83,1; p < 0,0001$			
(A)	Moški	16,9	B	83,1	B
(B)	Ženske	31,1	A	68,9	A
	Starostne skupine	$\chi^2 = 77,9; p < 0,0001$			
(A)	Od 18 do 29 let	21,5	EF	78,5	EF
(B)	Od 30 do 39 let	18,4	EF	81,6	EF
(C)	Od 40 do 49 let	17,5	EF	82,5	EF
(D)	Od 50 do 59 let	21,3	EF	78,7	EF
(E)	Od 60 do 69 let	29,9	ABCDF	70,1	ABCDF
(F)	70 let in več	36,7	ABCDE	63,3	ABCDE
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 178,4; p < 0,0001$			
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	43,7	BCD	56,3	BCD
(B)	Srednja poklicna izobrazba	25,9	ACD	74,1	ACD
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	19,4	ABD	80,6	ABD
(D)	Višješolska izobrazba ali več	14,5	ABC	85,5	ABC
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 145,0; p < 0,0001$			
(A)	Zaposlen, samozaposlen	16,8	CDE	83,2	CDE
(B)	Dijak, študent	17,7	CDE	82,3	CDE
(C)	Upokojenec	34,2	ABE	65,8	ABE
(D)	Brezposeln	33,1 ^M	AB	66,9 ^M	AB
(E)	Drugo	48,8 ^M	ABC	51,2 ^M	ABC
	Zakonski stan	$\chi^2 = 40,6; p < 0,0001$			
(A)	Samski, ovdoveli, ločeni	31,2	B	68,8	B
(B)	Poročeni, zunajzakonska zveza	20,6	A	79,4	A
	Živi sam	$\chi^2 = 29,4; p < 0,0001$			
(A)	Da	34,0	B	66,0	B
(B)	Ne	21,9	A	78,1	A
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 7,4; p = 0,0366$			
(A)	Da	20,0	B	80,0	B
(B)	Ne	24,8	A	75,2	A
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 8,8; p = 0,0547$			
(A)	Boljša kot prej	18,6	BC	81,4	BC
(B)	Ostaja enaka kot prej	23,4	A	76,6	A
(C)	Slabša kot prej	26,9	A	73,1	A
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 10,8; p = 0,0081$			
(A)	Ne	23,7	B	76,3	B
(B)	Da	17,7	A	82,3	A
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 10,9; p = 0,0380$			
(A)	Velika verjetnost težav	25,4	C	74,6	C
(B)	Možnost prisotnosti težav	24,1	C	75,9	C
(C)	Brez težav	19,5	AB	80,5	AB

Abstinenti in pivci pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih					
		Abstinenti		Pivci	
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami
Prisotnost kronične bolezni		$\chi^2 = 5,8; p = 0,0507$			
(A)	Brez bolezni	22,0	B	78,0	B
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	25,8	A	74,2	A
Debelost		$\chi^2 = 0,0; p = 0,9649$			
(A)	Da	23,3		76,7	
(B)	Ne	23,4		76,6	
Trenutni kadilec		$\chi^2 = 2,6; p = 0,2210$			
(A)	Ne	23,5	B	76,5	B
(B)	Da	20,2	A	79,8	A

M: manj natančna ocena

V drugi presečni raziskavi v obdobju zadnjih 12 mesecev pijač, ki vsebujejo alkohol, ni pilo 24,0 % oseb, 76,0 % oseb pa je te pijače pilo (preglednica 58). Kot pomembni dejavniki, povezani s pitjem pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih so se pokazali spol, starost, izobrazba, status aktivnosti, zakonski stan, živeti ali ne živeti sam, živeti ali ne živeti z otroki, mlajšimi od 18 let, okuženost z novim koronavirusom in duševno zdravje.

Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, je bilo manj razširjeno med ženskami, osebami, starimi od 60 let do 69 ter 70 in več let. Glede na izobrazbo je bil delež pivcev najnižji med osebami z osnovnošolsko izobrazbo ali manj in se je s stopnjo izobrazbe večal. Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, je bilo manj razširjeno med upokojenimi in brezposelnimi osebami, samskimi, ovdovelimi ali ločenimi, tistimi, ki živijo same, kot tudi med osebami, ki ne živijo z otroki, mlajšimi od 18 let. Delež pivcev je bil nižji tudi med osebami, katerih finančna situacija se je v zadnjih 3 mesecih poslabšala ali se ni spremenila, v primerjavi z osebami, ki se jim je izboljšala. Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, je bilo manj razširjeno še med osebami, ki še niso bile okužene z novim koronavirusom, med tistimi z veliko verjetnostjo ali možnostjo težav v duševnem zdravju, med tistimi z vsaj eno kadarkoli odkrito kronično boleznijo ter tudi med osebami, ki trenutno ne kadajo.

Preglednica 59: Sprememba v razširjenosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Razširjenost pitja pijač, ki vsebujejo alkohol						
	Abstinenti			Pivci pijač, ki vsebujejo alkohol		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Skupaj	26,9	24,0	↓	73,1	76,0	↑
Spol						
Moški	19,6	16,9	o	80,4	83,1	o
Ženske	34,2	31,1	↓	65,8	68,9	↑
Starostne skupine						
Od 18 do 29 let	19,1	21,5	o	80,9	78,5	o
Od 30 do 39 let	21,4	18,4	o	78,6	81,6	o
Od 40 do 49 let	20,7	17,5	o	79,3	82,5	o
Od 50 do 59 let	26,0	21,3	↓	74,0	78,7	↑
Od 60 do 69 let	32,9	29,9	o	67,1	70,1	o
70 let in več	41,7	36,7	↓	58,3	63,3	↑
Dosežena stopnja izobrazbe						
Osnovnošolska izobrazba ali manj	43,3	43,7	o	56,7	56,3	o
Srednja poklicna izobrazba	30,9	25,9	↓	69,1	74,1	↑
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	24,6	19,4	↓	75,4	80,6	↑
Višješolska izobrazba ali več	15,0	14,5	o	85,0	85,5	o
Status aktivnosti						
Zaposlen, samozaposlen	20,4	16,8	↓	79,6	83,2	↑
Dijak, študent	17,6	17,7	o	82,4	82,3	o
Upokojenec	38,2	34,2	↓	61,8	65,8	↑
Brezposeln	33,2	33,1 ^M	o	66,8	66,9 ^M	o
Drugo	47,7 ^M	48,8 ^M	o	52,3 ^M	51,2 ^M	o
Zakonski stan						
Samski, ovdoveli, ločeni	30,6	31,2	o	69,4	68,8	o
Poročeni, zunajzakonska zveza	25,0	20,6	↓	75,0	79,4	↑
Živi sam						
Da	33,4	34,0	o	66,6	66,0	o
Ne	25,2	21,9	↓	74,8	78,1	↑
Živi z otroki, mlajšimi od 18 let						
Da	22,1	20,0	o	77,9	80,0	o
Ne	28,0	24,8	↓	72,0	75,2	↑
Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih						
Boljša kot prej	18,6	18,6	o	81,4	81,4	o
Ostaja enaka kot prej	25,9	23,4	↓	74,1	76,6	↑
Slabša kot prej	29,9	26,9	o	70,1	73,1	o
Okuženost z novim koronavirusom						
Ne	27,1	23,7	↓	72,9	76,3	↑
Da	17,1	17,7	o	82,9	82,3	o

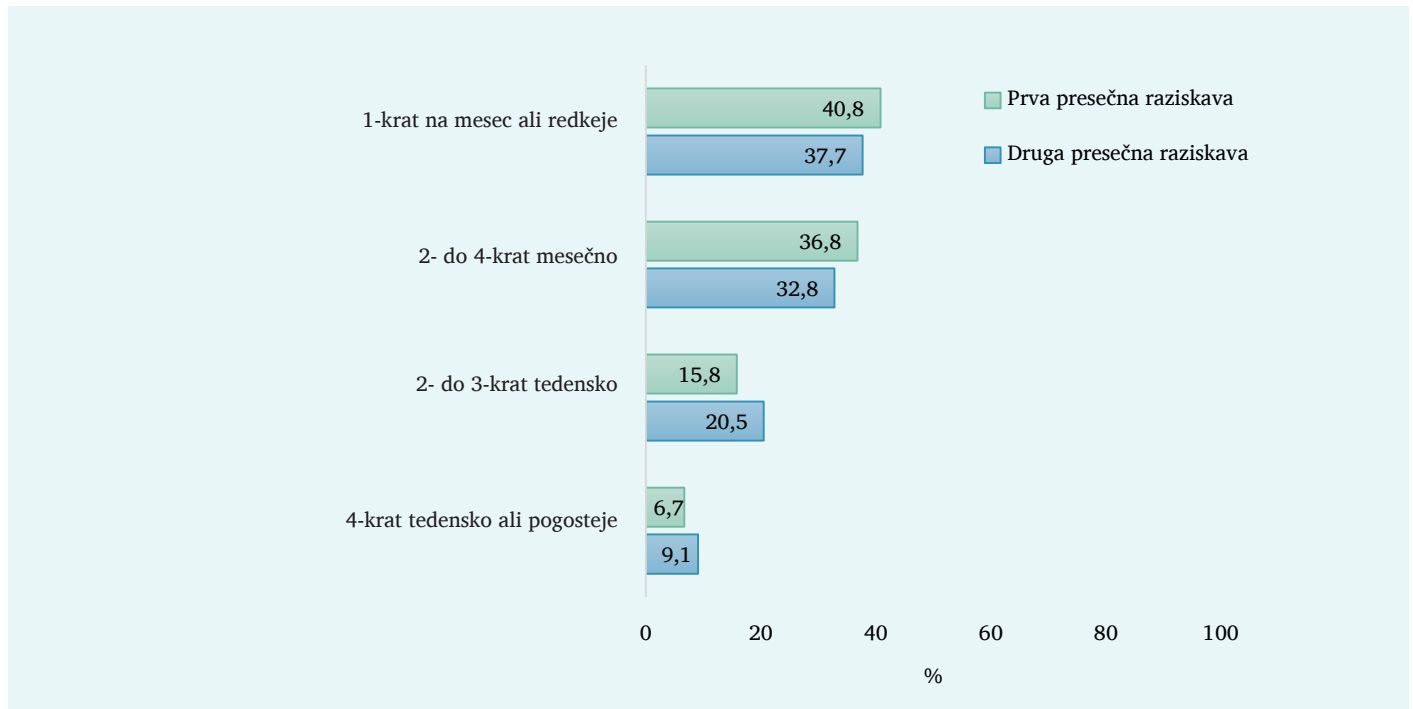
Razširjenost pitja pijač, ki vsebujejo alkohol						
	Abstinenti			Pivci pijač, ki vsebujejo alkohol		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Težave v duševnem zdravju						
Velika verjetnost težav	29,9	25,4	o	70,1	74,6	o
Možna prisotnost težav	25,0	24,1	o	75,0	75,9	o
Brez težav	24,0	19,5	↓	76,0	80,5	↑
Prisotnost kroničnih bolezni						
Brez kroničnih bolezni	23,6	22,0	o	76,4	78,0	o
Vsaj ena odkrita kadarkoli	29,5	25,8	↓	70,5	74,2	↑
Debelost						
Da	33,7	23,3	↓	66,3	76,7	↑
Ne	24,7	23,4	o	75,3	76,6	o
Trenutni kadilec						
Ne	27,1	23,5	↓	72,9	76,5	↑
Da	19,7	20,2	o	80,3	79,8	o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

Med obema presečnima raziskavama se je delež abstinentov statistično značilno znižal, nasprotno pa se je delež tistih, ki so pili pijače, ki vsebujejo alkohol, v tem obdobju statistično značilno povišal ($\chi^2 = 7,1$; $p = 0,0259$). Do te spremembe je prišlo pri ženskah, osebah v starostnih skupinah od 50 do 59 ter 70 in več let, osebah s srednjo poklicno, strokovno ali splošno izobrazbo, zaposlenih/samozaposlenih in upokojenih, poročenih/tistih v zunajzakonski zvezi, osebah, ki ne živijo same, osebah, ki ne živijo z otroki, mlajšimi od 18 let, osebah z enako finančno kot v zadnjih 3 mesecih, osebah, ki še niso bile okužene z novim koronavirusom, osebah brez težav duševnem zdravju, osebah z vsaj eno kadarkoli odkrito kronično boleznijo, debelih osebah in osebah, ki trenutno ne kadajo (preglednica 59).

Spremembe v pitju pijač, ki vsebujejo alkohol



Slika 25: Spremembe v pogostosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, med osebami, ki pijejo te pijače;skupaj, prva in druga presečna raziskava

Preglednica 60: Spremembe v pogostosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, med osebami, ki pijejo te pijače; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Spremembe v pogostosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, med prvo in drugo presečno raziskavo												
	1-krat na mesec ali redkeje			2- do 4-krat mesečno			2- do 3-krat tedensko			4-krat tedensko ali pogosteje		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Skupaj	40,8	37,7	↓	36,8	32,8	↓	15,8	20,5	↑	6,7	9,1	↑
Spol												
Moški	31,9	26,6	↓	38,8	33,4	↓	20,4	26,6	↑	8,9	13,4	↑
Ženske	51,7	50,9	o	34,3	32,1	o	10,1	13,1	↑	3,9	3,9	o
Starostne skupine												
Od 18 do 29 let	52,1	47,1	o	34,8	31,5	o	8,8	15,1	↑	4,3	6,4	o
Od 30 do 39 let	41,5	38,3	o	37,0	36,3	o	16,0	21,4	o	5,5	4,0	o
Od 40 do 49 let	41,3	38,6	o	39,1	32,2	↓	14,8	21,7	↑	4,9	7,5	o
Od 50 do 59 let	32,0	31,6	o	41,6	34,5	↓	19,9	22,2	o	6,5	11,7	↑
Od 60 do 69 let	36,0	34,5	o	34,1	32,9	o	20,0	23,1	o	9,9	9,5	o
70 let in več	42,8	36,4	↓	31,7	28,0	o	15,0	18,2	o	10,5	17,4	↑
Dosežena stopnja izobrazbe												
Osnovnošolska izobrazba ali manj	45,5	45,6	o	36,5	27,7	↓	9,6	17,9	↑	8,4	8,8	o
Srednja poklicna izobrazba	39,0	42,4	o	34,5	26,5	↓	18,1	20,4	o	8,4	10,7	o
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	43,1	35,2	↓	35,4	35,0	o	16,3	20,7	↑	5,3	9,1	↑
Višješolska izobrazba ali več	36,5	34,2	o	39,9	36,1	o	16,9	21,4	↑	6,7	8,3	o
Status aktivnosti												
Zaposlen, samozaposlen	38,3	35,2	o	39,3	34,5	↓	16,9	22,8	↑	5,5	7,5	↑
Dijak, študent	56,9	53,5	o	31,9	31,7	o	7,4	11,0	o	3,7	3,8	o
Upokojenec	39,1	36,2	o	32,9	31,2	o	17,5	19,4	o	10,5	13,3	o
Brezposeln	46,3 ^M	39,2 ^M	o	36,1	29,0 ^M	o	10,1	14,0	o	7,4	17,8	↑
Drugo	49,0 ^M	55,2 ^M	o	30,5 ^M	18,8 ^M	o	14,0 ^M	20,3 ^M	o	6,5	5,7	o
Zakonski stan												
Samski, ovdoveli, ločeni	47,9	42,3	↓	33,4	29,8	o	13,0	18,2	↑	5,6	9,7	↑
Poročeni, zunajzakonska zveza	37,9	35,7	o	38,0	34,1	↓	16,9	21,4	↑	7,1	8,8	o
Živi sam												
Da	40,5	35,9	o	35,4	33,4	o	16,2	18,6	o	7,9	12,1	o
Ne	40,9	37,6	↓	36,7	32,8	↓	15,8	20,9	↑	6,6	8,7	↑
Živi z otroki, mlajšimi od 18 let												
Da	40,5	36,4	o	37,0	35,8	o	16,5	22,2	↑	6,0	5,5	o
Ne	41,0	37,8	o	36,3	31,7	↓	15,6	20,0	↑	7,0	10,4	↑
Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih												
Boljša kot prej	43,0	36,5	o	34,8	31,3	o	14,3	22,5	↑	8,0	9,8	o
Ostaja enaka kot prej	41,0	37,0	↓	36,2	33,6	o	16,2	20,8	↑	6,6	8,6	↑
Slabša kot prej	39,5	39,0	o	38,3	32,4	↓	16,1	19,1	o	6,0	9,5	↑
Okuženost z novim koronavirusom												
Ne	40,8	37,0	↓	37,0	34,1	o	15,4	20,1	↑	6,8	8,8	↑
Da	42,1	37,2	o	35,4	29,7	o	16,8	23,4	↑	5,7	9,8	↑

Spremembe v pogostosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, med prvo in drugo presečno raziskavo

	1-krat na mesec ali redkeje			2- do 4-krat mesečno			2- do 3-krat tedensko			4-krat tedensko ali pogosteje		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Težave v duševnem zdravju												
Velika verjetnost težav	44,0	40,5	o	34,1	28,3	o	14,8	20,4	o	7,0	10,8	o
Možnost prisotnosti težav	40,6	39,5	o	38,1	31,8	↓	14,9	18,7	↑	6,4	10,0	↑
Brez težav	39,4	35,9	o	37,3	34,8	o	17,1	21,3	↑	6,3	7,9	o
Prisotnost kroničnih bolezni												
Brez kroničnih bolezni	40,7	38,3	o	39,3	35,0	o	14,9	20,0	↑	5,1	6,7	o
Vsaj ena odkrita kadarkoli	40,8	37,1	o	34,6	30,8	↓	16,5	20,9	↑	8,1	11,2	↑
Debelost												
Da	38,8	33,5	o	37,1	31,2	o	16,0	21,6	↑	8,1	13,6	↑
Ne	40,9	38,6	o	36,8	33,4	↓	15,9	20,1	↑	6,4	7,9	o
Trenutni kadilec												
Ne	41,6	38,7	o	36,2	33,0	↓	15,6	20,0	↑	6,5	8,3	↑
Da	37,1	32,1	o	40,5	32,9	↓	15,1	23,1	↑	7,3	11,9	↑

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

Pogostost pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih se je med osebami, ki pijejo te pijače, med prvo in drugo presečno raziskavo statistično značilno spremenila ($\chi^2 = 45,4$, $p < 0,0001$): znižala sta se deleža oseb, ki so pile pijače, ki vsebujejo alkohol, 2- do 4-krat mesečno ali redkeje, zvišala pa sta se deleža oseb, ki so pile te pijače 2-do 3-krat tedensko ali pogosteje (slika 25 in preglednica 60). Do takšne spremembe je prišlo pri moških, medtem se je pri ženskah povišal samo delež tistih, ki so pile pijače, ki vsebujejo alkohol, 2- do 3-krat tedensko. Med starostnimi skupinami se je med starimi od 18 do 29 let povišal delež tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko; med starimi od 40 do 49 let se je znižal delež tistih, ki so pili 2–4-krat mesečno, povišal pa se je delež tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko; med starimi od 50 do 59 let se je znižal delež tistih, ki so pili 2–4-krat mesečno, povišal pa se je delež tistih, ki so pili 4-krat tedensko ali pogosteje; med starimi 70 in več let se je znižal delež tistih, ki so pili 1-krat na mesec ali redkeje, povišal pa se je delež tistih, ki so pili 4-krat tedensko ali pogosteje; v drugih starostnih skupinah spremembe niso bile statistično značilne. Med osebami z osnovnošolsko izobrazbo se je znižal delež tistih, ki so pili 2–4-krat mesečno, povišal pa se je delež tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko; med osebami s srednjo poklicno izobrazbo se je znižal delež tistih, ki so pili 2–4-krat mesečno; med osebami s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo ter osebami z višješolsko izobrazbo ali več se je povišal delež tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko, med osebami s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo pa tudi delež tistih, ki so pili 4-krat tedensko ali pogosteje, in znižal delež tistih, ki so pili 1-krat na mesec ali redkeje. Glede na status aktivnosti se je med zaposlenimi/samozaposlenimi znižal delež oseb, ki so pile pijače, ki vsebujejo alkohol, 2- do 4-krat mesečno, zvišala pa sta se deleža tistih, ki so pili te pijače 2- do 3-krat tedensko ali pogosteje; med brezposelnimi se je povišal delež oseb, ki so pile 4-krat tedensko ali pogosteje; v drugih skupinah pa spremembe niso bile statistično značilne. Med samskimi/ovdovelimi/ločenimi osebami se je znižal delež tistih, ki so pili 1-krat na mesec ali redkeje, zvišala pa sta se deleža oseb, ki so pile te pijače 2- do 3-krat tedensko ali pogosteje; medtem ko se je med poročenimi/živečimi v izvenzakonski zvezi znižal delež tistih, ki so pili 2–4-krat mesečno, povišal pa se je delež tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko. Tudi med osebami, ki ne živijo same, sta se znižala deleža tistih, ki so pili pijače, ki vsebujejo alkohol, 2- do 4-krat mesečno ali redkeje, zvišala pa sta se deleža oseb, ki so pile te pijače 2- do 3-krat tedensko ali pogosteje, medtem ko med

osebami, ki živijo same, spremembe niso bile statistično značilne. Med osebami, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let, se je povečal delež tistih, ki so pili 2–3-krat tedensko, medtem ko se je med osebami, ki ne živijo z mladoletnimi otroki, povečal tudi delež tistih, ki so pili 4-krat tedensko ali pogosteje, in znižal delež oseb, ki so pili 2–4-krat mesečno. Glede na trenutno finančno situacijo je med osebami, pri katerih je ta boljša kot prej, porasel delež tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko; med osebami z enako finančno situacijo kot prej se je znižal delež tistih, ki so pili 1-krat na mesec ali redkeje, zvišala pa sta se deleža tistih, ki so pili te pijače 2- do 3-krat tedensko ali pogosteje; med osebami s poslabšano finančno situacijo pa se je znižal delež tistih, ki so pili 2- do 4-krat mesečno, zvišal pa se je delež tistih, ki so pili te pijače 2–4-krat tedensko ali pogosteje. Tako med osebami, ki so že bile, kot tistimi, ki še niso bile okužene z novim koronavirusom, sta se povečala delež tistih, ki so pili pijače, ki vsebujejo alkohol, 2- do 3-krat tedensko ali pogosteje, hkrati pa se je med osebami, ki še niso bile okužene z novim koronavirusom, znižal tudi delež tistih, ki so pili 2–4-krat mesečno. Med osebami z možnostjo težav v duševnem zdravju se je znižal delež tistih, ki so pili 2- do 4-krat mesečno, povečala pa sta se deleža tistih, ki so pili 2-do 3-krat tedensko ali pogosteje; delež tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko, se je povečal tudi med osebami brez težav v duševnem zdravju; med osebami z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju pa se pogostost pitja ni pomembno spremenila. Med osebami brez prisotnih kroničnih bolezni se je povečal delež tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko, med osebami z vsaj eno kadarkoli odkrito boleznijo pa se je povečal tudi delež tistih, ki so pili 4-krat tedensko ali pogosteje, hkrati pa se je zmanjšal delež tistih, ki so pili 2- do 4-krat mesečno. Med osebami z debelostjo sta se povečala deleža tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko ali pogosteje, med osebami brez prekomerne telesne teže pa se je znižal delež tistih, ki so pili 2- do 4-krat mesečno, in povečal delež tistih, ki so pili 2-do 3-krat tedensko. Tako med trenutnimi nekadilci kot med kadilci so se znižali deleži tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko, povečali pa so se deleži tistih, ki so pili 2- do 3-krat tedensko ali pogosteje.

Preglednica 61: Spremembe navad v zadnjih 12 mesecih glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Osebe, ki so v zadnjih 12 mesecih spremenile navade glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, in tiste, ki jih niso								
		Niso spremenili navad		Pijač, ki vsebujejo alkohol, pijejo manj ali sploh ne pijejo več		Pijejo več pijač, ki vsebujejo alkohol		
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 3.574)	76,7		19,1		4,3		
	Spol	$\chi^2 = 49,4; p < 0,0001$						
(A)	Moški	72,0	B	23,3	B	4,7		
(B)	Ženske	81,5	A	14,7	A	3,8		
	Starostne skupine	$\chi^2 = 105,6; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	66,3	BCDEF	28,1	BCDE	5,6	EF	
(B)	Od 30 do 39 let	75,3	AD	18,3	A	6,4	EF	
(C)	Od 40 do 49 let	78,7	A	14,2	AEF	7,1	DEF	
(D)	Od 50 do 59 let	82,6	AB	14,2	AEF	3,3	CF	
(E)	Od 60 do 69 let	78,1	A	20,2	ACD	1,7	ABC	
(F)	70 let in več	77,5	A	21,6	CD	0,9	ABCD	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 62,4; p < 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	80,3	BC	18,3		1,5	BD	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	73,7	AD	20,2	D	6,0	AC	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	74,6	AD	22,3	D	3,1	BD	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	79,0	BC	14,2	BC	6,8	AC	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 75,8; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	77,8	B	16,5	BC	5,7	CE	
(B)	Dijak, študent	64,1	ACE	30,0	AC	5,9	CE	
(C)	Upokojenec	77,9	B	20,9	AB	1,2	ABDE	
(D)	Brezposeln	74,9		20,1		5,0	CE	
(E)	Drugo	80,7	B	19,3		0,0	ABCD	
	Zakonski stan	$\chi^2 = 14,7; p = 0,0069$						
(A)	Samski, ovdoveli, ločeni	72,7	B	22,4	B	4,8		
(B)	Poročeni, zunajzakonska zveza	78,4	A	17,6	A	4,1		
	Živi sam	$\chi^2 = 3,2; p = 0,3055$						
(A)	Da	73,4	B	21,7	B	4,9		
(B)	Ne	77,1	A	18,6	A	4,3		
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 22,2; p = 0,0007$						
(A)	Da	78,9	B	15,2	B	5,9	B	
(B)	Ne	75,7	A	20,6	A	3,7	A	
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 38,7; p < 0,0001$						
(A)	Boljša kot prej	71,4	B	24,1	BC	4,5		
(B)	Ostaja enaka kot prej	78,7	AC	18,2	A	3,1	C	
(C)	Slabša kot prej	74,2	B	18,5	A	7,2	B	
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 10,0; p = 0,0434$						
(A)	Ne	77,9	B	18,0	B	4,1	B	
(B)	Da	72,5	A	21,4	A	6,1	A	

Osebe, ki so v zadnjih 12 mesecih spremenile navade glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, in tiste, ki jih niso								
		Niso spremenili navad		Pijač, ki vsebujejo alkohol, pijejo manj ali sploh ne pijejo več		Pijejo več pijač, ki vsebujejo alkohol		
Prva presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
Težave v duševnem zdravju		$\chi^2 = 27,4; p = 0,0010$						
(A)	Velika verjetnost težav	72,4	C	19,0		8,6	BC	
(B)	Možna prisotnosti težav	75,3		20,3		4,3	A	
(C)	Brez težav	78,4	A	18,1		3,5	A	
Prisotnost kronične bolezni		$\chi^2 = 0,4; p = 0,8601$						
(A)	Brez bolezni	77,1		18,6		4,2		
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	76,3		19,4		4,3		
Debelost		$\chi^2 = 4,3; p = 0,2021$						
(A)	Da	79,0	B	17,9		3,1	B	
(B)	Ne	76,0	A	19,5		4,5	A	
Trenutni kadilec		$\chi^2 = 4,6; p = 0,2334$						
(A)	Ne	77,6	B	18,0	B	4,4		
(B)	Da	74,4	A	21,3	A	4,3		

V prvi presečni raziskavi v obdobju zadnjih 12 mesecev večina (76,7 %) oseb ni spremenila navad, povezanih s količino popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, med drugimi pa je bil višji tako delež tistih, ki so pili manj ali takih pijač ne pijejo več (19,1 %), kot tistih, ki so pili več (4,3 %) takih pijač (preglednica 61). Kot pomembni dejavniki, povezani s spremembo navad glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih so se pokazali spol, starost, izobrazba, status aktivnosti, zakonski stan, živeti ali ne živeti z otroki, mlajšimi od 18 let, osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih, okuženost z novim koronavirusom in duševno zdravje.

Med osebami, ki so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, smo značilno višje deleže ugotovili med osebami, mlajšimi od 50 let, v primerjavi z osebami, starimi 60 ali več let, višji delež je ugotovljen tudi med osebami, starimi 40–49 let, v primerjavi z osebami, starimi 50–59 let ter med osebami, starimi 50–59 let, v primerjavi z osebami, starimi 70 in več let. Glede na izobrazbo je bil delež oseb, ki so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, višji pri osebah z višješolsko izobrazbo ali več ter osebah s srednjo poklicno izobrazbo v primerjavi z osebami z osnovnošolsko izobrazbo ali manj ter srednjo strokovno ali splošno izobrazbo. Višji delež oseb, ki so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, je bil med zaposlenimi, samozaposlenimi, dijaki, študenti in brezposelnimi v primerjavi z upokojenci. Poleg tega smo višje deleže oseb, ki so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, ugotovili pri osebah, ki živijo z otroki, mlajšimi od 18 let, ki so bile okužene z novim koronavirusom, med osebami z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju in osebami, ki niso debele. Osebe s slabšo finančno situacijo v zadnjih 3 mesecih so prav tako pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, kot tiste, pri katerih se finančna situacija ni spremenila.

Preglednica 62: Spremembe navad v zadnjih 12 mesecih glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava

Osebe, ki so v zadnjih 12 mesecih spremenile navade glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, in tiste, ki jih niso								
		Niso spremenili navad		Pijač, ki vsebujejo alkohol, pijejo manj ali sploh ne pijejo več		Pijejo več pijač, ki vsebujejo alkohol		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
	Skupaj (n = 2.904)	78,4		16,7		4,9		
	Spol	$\chi^2 = 43,5; p < 0,0001$						
(A)	Moški	73,8	B	20,9	B	5,3		
(B)	Ženske	83,2	A	12,3	A	4,5		
	Starostne skupine	$\chi^2 = 68,1; p < 0,0001$						
(A)	Od 18 do 29 let	71,9	CDE	19,2		8,9	DEF	
(B)	Od 30 do 39 let	76,5		14,9		8,6	DEF	
(C)	Od 40 do 49 let	82,3	A	12,8	F	4,9	EF	
(D)	Od 50 do 59 let	79,8	A	16,9		3,3	AB	
(E)	Od 60 do 69 let	81,4	A	16,7		1,9	ABC	
(F)	70 let in več	77,9		20,5	C	1,6	ABC	
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 40,8; p = 0,0001$						
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	78,4		19,7	D	1,9	CD	
(B)	Srednja poklicna izobrazba	78,7		19,1	D	2,2	CD	
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	78,0		16,2		5,8	AB	
(D)	Višješolska izobrazba ali več	78,8		13,7	AB	7,5	AB	
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 58,2; p < 0,0001$						
(A)	Zaposlen, samozaposlen	79,3	BDE	14,6	BC	6,1	CDE	
(B)	Dijak, študent	70,6	ACE	21,8	A	7,6	CE	
(C)	Upokojenec	79,5	BD	19,1	A	1,4	ABD	
(D)	Brezposeln	70,8 ^M	AC	19,3		9,9	ACE	
(E)	Drugo	85,6	AB	13,3		1,1	ABD	
	Zakonski stan	$\chi^2 = 25,6; p = 0,0003$						
(A)	Samski, ovdoveli, ločeni	73,0	B	20,5	B	6,5	B	
(B)	Poročeni, zunajzakonska zveza	81,0	A	14,9	A	4,1	A	
	Živi sam	$\chi^2 = 13,9; p = 0,0089$						
(A)	Da	71,7	B	22,9	B	5,5		
(B)	Ne	79,5	A	15,6	A	4,9		
	Živi z otroki, mlajšimi od 18 let	$\chi^2 = 5,6; p = 0,1693$						
(A)	Da	80,2		14,1	B	5,7		
(B)	Ne	77,8		17,5	A	4,7		
	Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	$\chi^2 = 7,6; p = 0,2681$						
(A)	Boljša kot prej	75,9		18,3		5,7		
(B)	Ostaja enaka kot prej	79,8	C	15,6		4,6		
(C)	Slabša kot prej	75,3	B	19,1		5,6		
	Okuženost z novim koronavirusom	$\chi^2 = 1,6; p = 0,6043$						
(A)	Ne	78,3		16,3		5,4		
(B)	Da	79,9		15,9		4,3		

Osebe, ki so v zadnjih 12 mesecih spremenile navade glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, in tiste, ki jih niso								
		Niso spremenili navad		Pijač, ki vsebujejo alkohol, pijejo manj ali sploh ne pijejo več		Pijejo več pijač, ki vsebujejo alkohol		
Druga presečna raziskava		%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	%	Primerjava med skupinami	
Težave v duševnem zdravju		$\chi^2 = 75,6; p < 0,0001$						
(A)	Velika verjetnost težav	71,1	C	17,0		11,9	BC	
(B)	Možna prisotnost težav	76,0	C	17,1		6,9	AC	
(C)	Brez težav	83,2	AB	14,5		2,3	AB	
Prisotnost kronične bolezni		$\chi^2 = 4,7; p = 0,2118$						
(A)	Brez bolezni	80,1	B	15,2	B	4,7		
(B)	Vsaj ena odkrita kadarkoli	77,0	A	18,0	A	5,0		
Debelost		$\chi^2 = 1,0; p = 0,7294$						
(A)	Da	76,9		18,0		5,1		
(B)	Ne	78,8		16,3		4,9		
Trenutni kadilec		$\chi^2 = 34,8; p < 0,0001$						
(A)	Ne	79,4	B	16,6		4,0	B	
(B)	Da	74,1	A	15,6		10,3	A	

M: manj natančna ocena

V drugi presečni raziskavi v obdobju zadnjih 12 mesecev večina (78,4 %) oseb ni spremenila navad glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, med drugimi pa je bil višji delež tistih, ki so pili manj ali takih pijač ne pijejo več (16,7 %), kot tistih, ki so pili več (4,3 %) takih pijač (preglednica 62). Kot pomembni dejavniki, povezani s spremembo navad glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih, so se pokazali starost, izobrazba, status aktivnosti, zakonski stan, duševno zdravje in trenutni kadilski status.

Med osebami, ki so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, smo ugotovili statistično značilno višje deleže med osebami, mlajšimi od 40 let, v primerjavi z osebami, starimi 50 ali več let, višji delež je ugotovljen tudi med osebami, starimi 40–49 let, v primerjavi z osebami, starimi 60 in več let. Glede na izobrazbo je bil delež oseb, ki so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, višji pri osebah s srednjo strokovno izobrazbo in tistih z višješolsko izobrazbo ali več (s stopnjo izobrazbe se delež tistih, ki so pili več pijač, ki vsebujejo alkohol, povečuje). Višji delež oseb, ki so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, je bil med zaposlenimi, samozaposlenimi, dijaki, študenti in brezposelnimi kot med upokojenci. Poleg tega smo višje deleže oseb, ki so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, ugotovili med samskimi, ovdovelimi ali ločenimi, osebami z veliko verjetnostjo ali možnostjo prisotnosti težav v duševnem zdravju ter osebami, ki trenutno kadijo.

Preglednica 63: Spremembe navad v zadnjih 12 mesecih glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Osebe, ki so v zadnjih 12 mesecih spremenili navade glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, in tiste, ki jih niso									
	Niso spremenili navad			Pijač, ki vsebujejo alkohol, pijejo manj ali sploh ne pijejo več			Pijejo več pijač, ki vsebujejo alkohol		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Skupaj	76,7	78,4	o	19,1	16,7	↓	4,3	4,9	o
Spol									
Moški	72,0	73,8	o	23,3	20,9	o	4,7	5,3	o
Ženske	81,5	83,2	o	14,7	12,3	↓	3,8	4,5	o
Starostne skupine									
Od 18 do 29 let	66,3	71,9	o	28,1	19,2	↓	5,6	8,9	o
Od 30 do 39 let	75,3	76,5	o	18,3	14,9	o	6,4	8,6	o
Od 40 do 49 let	78,7	82,3	o	14,2	12,8	o	7,1	4,9	o
Od 50 do 59 let	82,6	79,8	o	14,2	16,9	o	3,3	3,3	o
Od 60 do 69 let	78,1	81,4	o	20,2	16,7	o	1,7	1,9	o
70 let in več	77,5	77,9	o	21,6	20,5	o	0,9	1,6	o
Dosežena stopnja izobrazbe									
Osnovnošolska izobrazba ali manj	80,3	78,4	o	18,3	19,7	o	1,5	1,9	o
Srednja poklicna izobrazba	73,7	78,7	↑	20,2	19,1	o	6,0	2,2	↓
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	74,6	78,0	o	22,3	16,2	↓	3,1	5,8	↑
Višješolska izobrazba ali več	79,0	78,8	o	14,2	13,7	o	6,8	7,5	o
Status aktivnosti									
Zaposlen, samozaposlen	77,8	79,3	o	16,5	14,6	o	5,7	6,1	o
Dijak, študent	64,1	70,6	o	30,0	21,8	↓	5,9	7,6	o
Upokojenec	77,9	79,5	o	20,9	19,1	o	1,2	1,4	o
Brezposeln	74,9	70,8 ^M	o	20,1	19,3	o	5,0	9,9	o
Drugo	80,7	85,6	o	19,3	13,3	o	0,0	1,1	o
Zakonski stan									
Samski, ovdoveli, ločeni	72,7	73,0	o	22,4	20,5	o	4,8	6,5	o
Poročeni, zunajzakonska zveza	78,4	81,0	↑	17,6	14,9	↓	4,1	4,1	o
Živi sam									
Da	73,4	71,7	o	21,7	22,9	o	4,9	5,5	o
Ne	77,1	79,5	↑	18,6	15,6	↓	4,3	4,9	o
Živi z otroki, mlajšimi od 18 let									
Da	78,9	80,2	o	15,2	14,1	o	5,9	5,7	o
Ne	75,7	77,8	o	20,6	17,5	↓	3,7	4,7	o
Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih									
Boljša kot prej	71,4	75,9	o	24,1	18,3	o	4,5	5,7	o
Ostaja enaka kot prej	78,7	79,8	o	18,2	15,6	↓	3,1	4,6	↑
Slabša kot prej	74,2	75,3	o	18,5	19,1	o	7,2	5,6	o

Osebe, ki so v zadnjih 12 mesecih spremenili navade glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, in tiste, ki jih niso									
	Niso spremenili navad			Pijač, ki vsebujejo alkohol, pijejo manj ali sploh ne pijejo več			Pijejo več pijač, ki vsebujejo alkohol		
	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama	Prva presečna raziskava (%)	Druga presečna raziskava (%)	Primerjava med raziskavama
Okuženost z novim koronavirusom									
Ne	77,9	78,3	o	18,0	16,3	o	4,1	5,4	↑
Da	72,5	79,9	↑	21,4	15,9	↓	6,1	4,3	o
Težave v duševnem zdravju									
Velika verjetnost težav	72,4	71,1	o	19,0	17,0	o	8,6	11,9	o
Možna prisotnost težav	75,3	76,0	o	20,3	17,1	o	4,3	6,9	↑
Brez	78,4	83,2	↑	18,1	14,5	↓	3,5	2,3	o
Prisotnost kroničnih bolezni									
Brez kroničnih bolezni	77,1	80,1	o	18,6	15,2	↓	4,2	4,7	o
Vsaj ena odkrita kadarkoli	76,3	77,0	o	19,4	18,0	o	4,3	5,0	o
Debelost									
Da	79,0	76,9	o	17,9	18,0	o	3,1	5,1	o
Ne	76,0	78,8	↑	19,5	16,3	↓	4,5	4,9	o
Trenutni kadilec									
Ne	77,6	79,4	o	18,0	16,6	o	4,4	4,0	o
Da	74,4	74,1	o	21,3	15,6	↓	4,3	10,3	↑

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

Delež oseb, ki so pile manj pijač, ki vsebujejo alkohol oz. jih sploh ne pijejo več, se je med časovnima točkama prve in druge presečne raziskave statistično značilno znižal (preglednica 63). Te spremembe so bile opažene pri ženskah, osebah v starostni skupini od 18 do 29 let, osebah s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo, dijakih/študentih, poročenih/tistih v zunajzakonski zvezi, osebah, ki ne živijo same, osebah, ki ne živijo z otroki, mlajšimi od 18 let, osebah z enako finančno situacijo kot v zadnjih 3 mesecih, osebah, ki so že bile okužene z novim koronavirusom, osebah brez težav duševnem zdravju, osebah brez kroničnih bolezni, osebah, ki niso debele, in pri osebah, ki trenutno kadijo.

Delež oseb, ki so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, se med časovnima točkama prve in druge presečne raziskave ni statistično značilno spremenil (preglednica 63). Med osebami, ki so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, se je med časovnima točkama prve in druge presečne raziskave statistično značilno zvišal delež pri tistih s srednjo strokovno ali splošno izobrazbo, z enako finančno situacijo kot pred 3 meseci, med tistimi, ki še niso bili okuženi z novim koronavirusom, tistimi z možnostjo prisotnosti težav v duševnem zdravju in med tistimi, ki trenutno kadijo. Med prvo in drugo presečno raziskavo pa so osebe s srednjo poklicno izobrazbo statistično značilno manjkrat navedle, da so pile več pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih.

RAZPRAVA

V raziskavi nas je zanimala razširjenost pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, in morebitne spremembe v pivskem vedenju (v pogostosti pitja in v količini popitih pijač) odraslih prebivalcev Slovenije v času pandemije covid-19 oz. v obdobju med prvo in drugo presečno raziskavo.

Glede razširjenosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, smo v raziskavi ugotovili, da je v obdobju zadnjih 12 mesecev te pijače pilo 73,1 % (76,0 % v drugi presečni raziskavi) prebivalcev, kot abstinente pa se jih je opredelilo 26,9 % (24 % v drugi presečni raziskavi). Če primerjamo te rezultate z rezultati drugih slovenskih populacijskih raziskav, ki so bile izvedene v letih od 2001 do 2020, ugotovimo razliko. Podatki drugih populacijskih raziskav namreč kažejo, da okrog 20 % prebivalcev poroča, da v zadnjem letu niso pili pijač, ki vsebujejo alkohol (Hovnik Keršmanc idr., v pripravi; Hovnik Keršmanc in Rožkar, v pripravi; NIJZ, 2020a; NIJZ, 2020b). Razlika je vsekakor pomembna in le nadaljnje spremljanje pivskega vedenja prebivalcev skozi čas (v času pandemije covid-19 in po njej) nam bo omogočilo vpogled v spremembe pivskega vedenja na ravni populacije.

Med obema presečnima raziskavama se je delež abstinentov značilno znižal, nasprotno pa se je delež pivcev pijač, ki vsebujejo alkohol, v tem obdobju povečal. Glede sprememb v pogostosti in količini pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, med obema izvedbama raziskave smo ugotovili, da se je pogostost pitja teh pijač povečala, pri čemer večina prebivalcev (76,7 % v prvi in 78,4 % v drugi presečni raziskavi) količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, ni spremenila. Med tistimi prebivalci, pri katerih pa je med obema raziskavama prišlo do sprememb glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, je bilo značilno več takih, ki so pili manj teh pijač ali jih sploh ne pijejo več (19,1 % v prvi in 16,7 % v drugi presečni raziskavi) v primerjavi s prebivalci, ki so jih pili več (4,3 % v prvi in 4,9 % v drugi presečni raziskavi). Se je pa delež tistih, ki so pili manj pijač, ki vsebujejo alkohol, ali takih pijač ne pijejo več, med raziskavama znižal. Te spremembe (povečanje deleža pivcev ter znižanje deleža tistih, ki so pili manj) so lahko posledica sproščanja določenih ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 v času med obema presečnima raziskavama (npr. odprtja gostinskih vrtov in teras po celotni Sloveniji, ki mu je sledilo tudi odpiranje hotelov in notranjih restavracij, odprava omejitve gibanja med 22. in 5. uro, tudi na regije ter drugo). Sproščanje omenjenih ukrepov je posledično povečalo možnost druženja, povečala se je tudi dostopnost pijač, ki vsebujejo alkohol, kar pa je pomemben dejavnik za večjo porabo alkohola (Babor idr., 2010).

Primerjava podatkov o deležu prebivalcev (76,7 % v prvi in 78,4 % v drugi presečni raziskavi), pri katerih se količina popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, ni spremenila, z rezultati drugih dveh raziskav, ki sta bili v Sloveniji izvedeni v času pandemije covid-19 v letu 2020, kaže razlike, a tudi eno podobnost. V raziskavi iz prvega vala pandemije covid-19, v kateri je sodelovalo 21 evropskih držav, je bil delež oseb iz Slovenije, ki niso spremenili navad, povezanih s pitjem pijač, ki vsebujejo alkohol, okoli 60 %, 23 % anketirancev je poročalo o zmanjšanju popite količine pijač, ki vsebujejo alkohol, ob posamezni pivski priložnosti, 17 % pa o porastu (Radoš Krnel idr., 2022a). Tudi v drugi raziskavi, v kateri je sodelovala Slovenija, sta bila deleža anketirancev, ki so bodisi zmanjšali (36 %) ali povečali (10 %) pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, višja v primerjavi z rezultati raziskave SI-PANDA (Pišot idr., 2020). Opažene razlike so lahko povezane z načinom vzorčenja, časom izvedbe anket in tudi z razlikami v vprašanjih ter časovnih intervalih, ki so jih vprašanja naslavljala. Skupno vsem trem raziskavam, ki so bile izvedene v Sloveniji, pa je, da je bil delež tistih, ki so med pandemijo covid-19 zmanjšali pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, višji od deleža tistih, ki so povečali pitje teh pijač.

Izsledki tujih raziskav, ki so spremljale spremembe v pivskih navadah v času pandemije covid-19, glede tega niso enotni. Nekatere raziskave, predvsem tiste z začetka pandemije covid-19, kažejo večje zmanjšanje kot povečanje pitja pijač, ki vsebujejo alkohol (Chodkiewicz idr., 2020; Đogaš idr., 2020; Manthey idr., 2021) in kot razloge za to navajajo zmanjšano dostopnost alkohola, do katere je prišlo zaradi zaprtih barov in restavracij ter ukrepov fizičnega distanciranja (Callinan idr., 2021b; Marsden idr., 2020; Panagiotidis idr., 2020; Rehm idr., 2020). Nekatere raziskave, predvsem tiste iz poznejših obdobj pandemije covid-19, pa so pokazale več povečanja kot zmanjšanja pitja pijač, ki vsebujejo alkohol (Canadian Center on Substance Use and Addiction,

2021; Vanderbruggen idr., 2020). K temu bi lahko prispevala povišana raven dolgotrajnega stresa, ki lahko privede do izbire neučinkovitih strategij soočanja s težavami, pogostejšega pitja in opijanja ter tudi zaradi zmanjšane dostopnosti virov pomoči, tudi tistih ob morebitnih težavah zaradi pitja alkohola (Panagiotidis idr., 2020; Rehm idr., 2020).

Avtorji populacijskih raziskav iz Slovenije (Hovnik Keršmanc in Roškar, v pripravi; NIJZ, 2020a; NIJZ, 2020b) in tujine (Babor idr., 2010; Moskalewicz idr., 2016) praviloma ugotavljajo, da so deleži abstinentov višji med ženskami kot moškimi, kar se je pokazalo tudi v naši raziskavi. Zanimivo pa smo pri primerjavi rezultatov obeh izvedb naše raziskave ugotovili, da se je delež abstinentov značilno znižal le med ženskami, ne pa tudi med moškimi. Med ženskami se sicer pogostost pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, ni spremenila, smo pa zaznali spremembe glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol; delež žensk, ki pijejo manj teh pijač, se je znižal, medtem ko pri moških tovrstna sprememba ni bila statistično značilna. Ti rezultati so skladni z literaturo, ki navaja (Rodriguez idr., 2020), da naj bi bile ženske ranljivejše na stres v povezavi s pandemijo covid-19; skladni pa so tudi z rezultatom slovenske raziskave (Radoš Krnel idr., 2022a) pivskega vedenja v času prvega vala pandemije covid-19, v kateri so avtorji ugotovili, da so med osebami, ki so v zadnjem mesecu pred raziskavo povečale pitje alkohola (količino in/ali pogostost pitja pijač, ki vsebujejo alkohol) prevladovala ženske. Tudi na splošno raziskovalci ugotavljajo, da je pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, kot mehanizem soočanja z vsakodnevnimi problemi in stiskami bolj značilen za ženske kot moške (Kuntsche idr., 2015). S tem razlagajo tudi splošen porast tveganega ali škodljivega pitja alkohola med ženskami, ki ga na splošno opažamo tudi v Sloveniji, in sicer predvsem med mlajšimi (Hovnik Keršmanc in Roškar, v pripravi).

Različne populacijske raziskave kažejo večjo razširjenost rabe alkohola med moškimi, samskimi, ovdovelimi ali ločenimi in tistimi, ki živijo sami (Collins, 2016; Herttua idr., 2011; Joutsenniemi idr., 2007; Platt idr., 2010). V naši raziskavi pa se je pokazalo, da so ravno te skupine prebivalcev v času pandemije covid-19 v najvišji meri poročale, da so pile manj pijač, ki vsebujejo alkohol. Tudi v raziskavi, ki je bila v Sloveniji izvedena v prvem valu pandemije covid-19, so ugotovili, da so bili anketiranci, ki so poročali, da se je njihova poraba alkohola med pandemijo zmanjšala, verjetneje moškega spola (Radoš Krnel idr., 2022 a), podobno so ugotovili tudi v nekaterih drugih državah (Villanueva-Blasco idr., 2021).

V tujih raziskavah so ugotovili (Rodriguez idr., 2020), da je življenje v gospodinjstvu z otroki v času pandemije covid-19 predstavljalo dejavnik tveganja za pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, predvsem zaradi povečanega stresa pri usklajevanju dela od doma, gospodinjskih opravil in šolanja na daljavo. Naši rezultati s tem niso povsem skladni. Ugotovili smo, da so bili deleži abstinentov sicer višji med osebami, ki ne živijo z mladoletnimi otroki, v primerjavi s tistimi, ki živijo s toliko starimi otroki, vendar pa se je ravno pri prvih v obdobju med obema presečnima raziskavama povečal delež pivcev in tudi pogostost pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, ter znižal delež tistih, ki so pili manj ali takih pijač ne pijejo več. Med osebami z mladoletnimi otroki pa med obema izvedbama naše raziskave sprememb v količini popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, nismo ugotovili.

O povezavi med pitjem pijač, ki vsebujejo alkohol, in duševnem zdravju smo v naši raziskavi ugotovili najvišji delež abstinentov med osebami z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju. To bi lahko bila posledica njihovega zavedanja o pomenu zdravega življenjskega sloga za zdravje in dobro počutje ter v primeru terapije z zdravili tudi zavedanja o nezdružljivosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, in jemanja zdravil. Med pandemijo covid-19 se pri njih ni spremenila pogostost pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, niti nismo zaznali sprememb glede količine popitih pijač, smo pa ugotovili, da je bil v obeh izvedbah naše raziskave delež tistih, ki so pili več pijač kot pred pandemijo covid-19, pri njih višji kot pri osebah brez težav v duševnem zdravju in osebah z možno prisotnostjo tovrstnih težav. Povečano pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, ki je eden od neustreznih mehanizmov soočanja s težavami, je verjetno povezano z okrepljeno stisko teh oseb zaradi številnih negativnih učinkov pandemije covid-19. Razumevanje povezav med duševnim zdravjem in pitjem pijač, ki vsebujejo alkohol, v času pandemije je vsekakor področje, ki ga velja nadalje proučevati in spremljati, saj nam je lahko v pomoč pri razvoju ustreznih politik in javnozdravstvenih intervencij za zmanjšanje škode, povezane s pitjem alkohola (Thompson idr., 2021).

Višji delež abstinentov je bil v obeh izvedbah naše raziskave prisoten med osebami z nižjo izobrazbo, kar se sklada tudi z ugotovitvami naših drugih populacijskih raziskav izpred pandemije covid-19 (Hovnik Keršmanc in Roškar, v pripravi). Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, pa je bilo v obeh izvedbah naše raziskave manj razširjeno še med osebami s slabšo osebno finančno situacijo, pri tistih s prisotno vsaj eno kronično boleznijo in med trenutnimi nekadilci. To, da je pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, manj razširjeno med nekadilci, je pokazala že raziskava o tobaku, alkoholu in drugih drogah med odraslo populacijo leta 2011 (Koprivnikar idr., 2015). Vendar pa se je v obdobju med dvema presečnima raziskavama med osebami s prisotno kronično boleznijo in med trenutnimi nekadilci delež abstinentov znižal in povečal delež tistih, ki so pili pijače, ki vsebujejo alkohol.

Višji delež abstinentov smo ugotovili tudi med osebami, ki še niso bile okužene z novim koronavirusom, v primerjavi s tistimi, ki so že bile. Morda zanje velja teza o samozaščitnem vedenju (Panagiotis idr., 2020), ki predvideva, da se osebe v času zdravstvene krize in z njo povezane grožnje po morebitni okužbi in izgubi zdravja, verjetneje vedejo samozaščitno; bolj skrbijo za svoje zdravje, kar posledično lahko pomeni manj tveganih vedenj, tudi manj pitja pijač, ki vsebujejo alkohol. Vendar pa je v poteku pandemije covid-19 tudi v tej skupini prišlo do povečanja deleža pivcev, povečanja tako pogostosti pitja kot količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol. Zakaj je prišlo do spremembe v njihovem pivskem vedenju, je lahko predmet nadaljnjih raziskovanj.

V naši raziskavi so nas še zlasti zanimala značilnosti prebivalcev, ki so med pandemijo covid-19 poročali o povečanju količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol, saj gre za skupino prebivalcev, ki je v izrednih okoliščinah povečala tvegano vedenje. Ugotovili smo, da so v tej skupini v obeh izvedbah naše raziskave izstopale osebe, ki so mlajše od 50 let, osebe z višješolsko izobrazbo ali več in osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (Radoš Krnel idr., 2022b). Nasprotno pa je bil v skupni prebivalcev, ki so pili več pijač, ki vsebujejo alkohol, značilno nižji delež upokojenih v primerjavi z vsemi drugimi skupinami prebivalcev glede na njihov status aktivnosti. Pri starejših in upokojenih prebivalcih je bilo morda v večji meri prisotno samozaščitno vedenje. Posledica tega je bila odločitev, da niso povečali pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, saj je zanje veljalo povečano tveganje za težje posledice v povezavi s pandemijo covid-19 (Centres for disease control and prevention, 2022). Pri mlajši, najbolj aktivni populaciji, ki je utrpela največjo spremembo v načinu življenja zaradi ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2, je povečano pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, lahko posledica neustreznega načina spopadanja s stresom zaradi tveganja za izgubo službe ali podaljšanje študija, finančnih izgub, povečanega stresa pri usklajevanju dela od doma, gospodinjskih opravil in podpore otrokom, ki so se šolali na daljavo (Radoš Krnel idr., 2022b; Rodriguez idr., 2020; Thompson idr., 2021). Zanimivo je, da so prebivalci z najvišjo izobrazbo, ki imajo tudi sicer, glede na slovenske populacijske raziskave, nižji delež abstinentov in višji delež oseb, ki so se v zadnjih 12 mesecih vsaj enkrat opile ob posamezni priložnosti (Hovnik Keršmanc idr., v pripravi), med pandemijo covid-19 še povečali pitje pijač, ki vsebujejo alkohol.

Omejitve raziskave, poleg tega, da na odgovore sodelujočih oseb v raziskavi vpliva njihov lastni odnos do alkohola, so povezane predvsem s tem, da sta se obe raziskavi izvajali med pandemijo ter da je med prvo in drugo raziskavo minilo le nekaj mesecev. Zato je bilo lahko opazovano obdobje prekratko za pomembnejše spremembe v kazalnikih, povezanih s pitjem pijač, ki vsebujejo alkohol. Vprašanja glede abstinence od alkohola in pogostosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, so se nanašala na obdobje zadnjih 12 mesecev, kar pomeni, da je vsaj v nekem poročanem obdobju prišlo do prekrivanja rezultatov obeh izvedb. Raziskava tudi ne omogoča vzročno-posledičnih povezav in poglobljenih analiz o vzrokih za dobljene rezultate in razlage.

ZAKLJUČEK

Naša raziskava je pokazala višji delež abstinentov kot druge populacijske raziskave, izvedene pred epidemijo, vendar se je med obema presečnima raziskavama ta delež znižal. Značilno višji delež prebivalcev, ki so pili manj pijač, ki vsebujejo alkohol ali takih pijač ne pijejo več, od deleža prebivalcev, ki so jih pili več, je potrdil predvidevanja drugih avtorjev o upadu porabe alkohola, predvsem v začetnih fazah pandemije covid-19. Kot možni mehanizem vpliva pandemije covid-19 na pivsko vedenje odraslih prebivalcev so izpostavljali zmanjšano fizično in finančno dostopnost alkohola, ter dejstvo, da je pandemija covid-19 zdravstvena kriza, ki v ljudeh lahko sproži samozaščitna vedenja in poveča verjetnost zdravega življenjskega sloga. To je tudi pomembno sporočilo za odločevalce. Zmanjšana dostopnost alkohola je namreč eden od (naj)učinkovitejših ukrepov alkoholne politike za zmanjševanje škode zaradi alkohola, kar velja upoštevati tudi v bodoče. Ob tem pa je pomembno poudariti, da se je med obema izvedbama raziskave poleg deleža abstinentov znižal tudi delež prebivalcev, ki so v času pandemije covid-19 pili manj pijač, ki vsebujejo alkohol, ali takih pijač ne pijejo več, kar pa lahko kaže dolgoročne negativne učinke pandemije v smislu povečevanja rabe alkohola.

V izrednih okoliščinah, kot je bila pandemija covid-19, moramo biti posebno pozorni na skupine prebivalcev s slabšo sposobnostjo soočanja z vsakodnevnimi izzivi in problemi, zaradi česar takrat izbirajo neučinkovite strategije in tudi pogosteje pijejo pijače, ki vsebujejo alkohol, ali se z njimi opijajo. Glede na izsledke naše raziskave so med posebej ranljivimi skupinami, ki jim velja nameniti posebno pozornost, ženske, pri katerih tudi sicer opažamo porast opijanja, osebe s težavami v duševnem zdravju in tudi mlajši odrasli prebivalci. Nadaljnje raziskovanje bo omogočilo poglobljeno razumevanje sprememb v pivskih navadah prebivalcev Slovenije in olajšalo načrtovanje učinkovitih ukrepov alkoholne politike.

VIRI IN LITERATURA

- Babor, T. F., Ceatano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., idr. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Callinan, S., Mojica-Perez, Y., Wright, C. J. C., Livingston, M., Kuntsche, S., Laslett, A. M, Room, R. in Kuntsche, E. (2021a). Purchasing, consumption, demographic and socioeconomic variables associated with shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *Drug and alcohol review*, 40, 183-191.
- Callinan, S., Smit, K., Mojica-Perez, Y., D'Aquino, S., Moore, D. in Kuntsche, E. (2021b). Shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: early indications from Australia. *Addiction*, 116, 1381-1388.
- Canadian Center on Substance Use and Addiction. (2021, 25. februar). *Covid-19 and increased alcohol consumptions: NANOS poll summary report*. CCSA. Canadian Center on Substance Use and Addiction. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-04/CCSA-NANOS-Alcohol-Consumption-During-COVID-19-Report-2020-en.pdf>
- Centres for disease control and prevention. (2022, 24. maj). *Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death By Age Group*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-age.html>
- Chodkiewicz, J., Talarowska, M., Miniszewska, J., Nawrocka, N. in Bilinski, P. (2020). Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: the initial stage. *International journal of environmental research and public health*, 17, 4677.
- Clay, J. M. in Parker, M. O. (2020). Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *The Lancet. Public Health*, 5, e259.
- Collins, S. E. (2016). Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol research: current reviews*, 38, 83-94.
- Đogaš, Z., Lušić Kalcina, L., Pavlinac Dodig, I., Demirović, S., Madirazza, K., Valić, M. in Pecotić, R. (2020). The effect of COVID-19 lockdown on lifestyle and mood in Croatian general population: a cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, 61, 309-18.
- Eurostat, the statistical office of the European Union. (2021, 8. december). *The European Health Interview Survey (EHIS) 2019 - Heavy episodic drinking*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_AL1E_custom_1178136/default/table?lang=e

Herttua, K., Martikainen, P., Vahtera, J. in Kivimäki, M. (2011). Living Alone and Alcohol-Related Mortality: A Population-Based Cohort Study from Finland. *PLoS medicine*, 8(9), e1001094.

Hovnik Keršmanc, M., Roškar, M., Lavtar, D., Rehberger, M. in Korošec, A. (v pripravi). *Pitje alkoholnih pijač med prebivalci Slovenije – izsledki nacionalne raziskave o tobaku, alkoholu in drugih drogah – ATADD 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje

Hovnik Keršmanc, M. in Roškar, M. (v pripravi). *Pitje alkoholnih pijač*. V: S. Pustivšek, M. Vinko, T. Kofol-Bric, A. Korošec, R. Pribakovič Brinovec, M. Vrdelja in A. Jelenc (ur.). *Kako skrbimo za zdravje v 2020?*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje

Joutsenniemi, K., Martelin, T., Kestilä, L., Martikainen, P., Pirkola, S. in Koskinen, S. (2007). Living arrangements, heavy drinking and alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism*, 42(5), 480–91.

Kilian, C., Rehm, J., Allebeck, P., Braddick, F., Gual, A., Barták, M., Bloomfield, K., ... European Study Group on Alcohol Use and COVID-19 (2021). Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction*, 116, 3369–80.

Koprivnikar, H., Roškar, M., Drev, A., Hovnik Keršmanc, M., Kvaternik, I. in Macur, M. (2015). *Uporaba tobaka, alkohola in prepovedanih drog med prebivalci Slovenije ter neenakosti in kombinacije te uporabe*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Kuntsche, E., Wicki, M., Windlin, B., Roberts, C., Gabhainn, S. N., van der Sluijs, W., Aasvee, K., Gaspar de Matos, M., Dankulinová, Z., Hublet, A., Tynjälä, J., Välimaa, R., Bendtsen, P., Vieno, A., Mazur, J., Farkas, J. in Demetrovics, Z. (2015). Drinking motives mediate cultural differences but not gender differences in adolescent alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 323–29.

Manthey, J., Kilian, C., Carr, S., Barták, M., Bloomfield, K., Braddick, F., Gual, A., Neufeld, M., O'Donnell, A., Petruzelka, B., Rogalewicz, V., Rossow, I., Schulte, B. in Rehm, J. (2021). Use of alcohol, tobacco, cannabis, and other substances during the first wave of the SARS-CoV-2 pandemic in Europe: a survey on 36,000 European substance users. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 16, 36.

Marsden, J., Darke, S., Hall, W., Hickman, M., Holmes, J., Humphreys, K., Neale, J., Tucker, J. in West, R. (2020). Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders. *Addiction*, 115, 1007–1010.

Metličar, T. (2020). *Registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, v obdobju 2000–2019*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeni podatki).

Moskalewicz, J., Room, R. in Thomas, B (ur.). (2016). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA)*.

<http://www.parpa.pl/images/file/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU.pdf>

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020a). *Raziskava CINDI 2020 - Z zdravjem povezan vedenjski slog*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeni podatki).

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020b). *Raziskava ATADD 2018 - nacionalna raziskava o tobaku, alkoholu in drugih drogah*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeni podatki).

Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021, 7. junij). *NIJZ podatkovni portal*. <https://podatki.nijz.si/>

Panagiotidis, P., Rantis, K., Holeva, V., Parlapani, E. in Diakogiannis, I. (2020). Changes in Alcohol Use Habits in the General Population, during the COVID-19 Lockdown in Greece *Alcohol and Alcoholism*, 55(6), 702–4.

Pišot, S., Milovanović, I., Šimunič B., Gentile, A., Bosnar, K., Prot, F., Bianco, A., Lo Coco, G., Bartoluci, S., Katović, D., Bakalár, P., Kovalik Slančová, T., Tlučáková, L., Casals, C., Feka, K., Christogianni, A. in Drid, P. (2020). Maintaining everyday life praxis in the time of COVID-19 pandemic measures (ELP-COVID-19 survey). *European Journal of Public Health*, 30, 1181–1186.

Platt, A., Sloan, F.A. in Costanzo, P. (2010). Alcohol-consumption trajectories and associated characteristics among adults older than age 50. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(2), 169–179.

Radoš Krnel, S. in Hovnik Keršmanc, M. (2022). *Poraba alkohola in zdravstvene posledice rabe alkohola v Sloveniji v obdobju 2013–2018, trendi*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Radoš Krnel, S., Kilian, C., Hovnik Keršmanc, M., Roškar, M. in Koprivnikar, H. (2022a). Changes in the use of alcohol and tobacco in Slovenia during the first wave of the SARS-COV-2 pandemic = Spremembe v rabi alkohola in tobaka v Sloveniji med 1. valom pandemije SARS-COV-2. *Zdravstveno varstvo: Slovenian journal of public health*, 61(1), 6–13.

- Radoš Krnel, S., Roškar, M., Hovnik Keršmanc, M., Rehberger, M., Levičnik, G., Hočevar Grom, A. (2022b) Changes in Alcohol Consumption among Different Population Groups during the SARS-CoV-2 Pandemic: Outcomes of the Slovenian Cross-Sectional National Survey (SI-PANDA). *International journal of environmental research and public health*, 19, 13576. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013576>
- Rehm, J., Kilian, C., Ferreira-Borges, C., Jernigan, D., Monteiro, M., Parry, C. D. H., Sanchez, Z. M. in Manthey, J. (2020). Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug and Alcohol Review*, 39, 301–4.
- Rodriguez, L. M., Litt, D. M. in Stewart, S. H. (2020). Drinking to cope with the pandemic: The unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women. *Addictive behaviours*, 110, 106532.
- Thompson, K., Dutton, D. J., MacNabb, K., Liu, T., Blades, S. in Asbridge, M. (2021). Changes in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: exploring gender differences and the role of emotional distress. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada : research, policy and practice*, 41(9), 254-63.
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., idr. (2020). Self-reported alcohol, tobacco, and cannabis use during COVID-19 lockdown measures: results from a web-based survey. *European addiction research*, 26, 309-315.
- Villanueva-Blasco, V. J., Villanueva Silvestre, V., Isorna, M., idr. (2021). Changes in Alcohol Consumption Pattern Based on Gender during COVID-19 Confinement in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 8028.
- World Health Organization. (2021a, 9. december). *European health for all database (HFA-DB)*. Geneva: World Health Organization. <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>
- World Health Organization. (2021b, 9. december). *Global information system on alcohol and health (GISAH)*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/gho/data/view.gisah.A1029SDG3REGv?lang=en&showonly=GISAH>
- Zaletel, M., Vardič, D., Hladnik, M., ur. (2019). *Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2019/>

14. NASILJE V DRUŽINI MED PANDEMIJO



Nasilje v družini med pandemijo

AVTORICE: Anja Bohinec, Barbara Mihevc Ponikvar, Zalka Drglin, Maruša Rehberger

KLJUČNE BESEDE: družinski odnosi, nasilje v družini, pandemija covid-19

UVOD: Nasilje v družini povzroča trpljenje in telesne poškodbe ter druge telesne, duševne, spolne in reproduktivne zdravstvene težave, zato je pomemben javnozdravstveni problem. Strokovnjaki opozarjajo, da se nasilje v obdobjih kriz poveča in razširi, kar se je pokazalo tudi med pandemijo covid-19, saj je prišlo do porasta nasilnih dejanj v krogu družine. Ljudje so ostajali doma, manj je bilo socialnih stikov z drugimi ljudmi, hkrati pa sta stres in negotovost vplivala na povečanje konfliktov in nasilja v družini.

METODE: Raziskava je vključevala tudi poglavje o nasilju v družini, in sicer vprašanja o doživljanju fizičnega, psihičnega, spolnega in ekonomskega nasilja ter omejevanju stikov in svobode. Vključeno je bilo tudi vprašanje o vplivu pandemije covid-19 na pojav nasilja v družini.

REZULTATI: Raziskovalni podatki kažejo, da je pandemija covid-19 vplivala na pojav in porast nasilja v družinah. Prebivalci so najpogosteje poročali o doživljanju psihičnega nasilja, temu sledijo omejevanje stikov in svobode ter tri vrste nasilja: ekonomsko, fizično in spolno. Ženske so nekoliko več poročale o doživljanju psihičnega, fizičnega in spolnega nasilja, pri omejevanju stikov in svobode ter ekonomskem nasilju pa med spoloma ni bilo pomembnih razlik. Nasilje so najpogosteje povzročali sedanji/nekdanji partnerji.

ZAKLJUČEK: Pandemija covid-19 je še dodatno osvetlila problematiko nasilja v družini ter neenakosti med spoloma. Nasilje povzroča številne kratkotrajne in dolgotrajne zdravstvene težave ter vpliva na kakovost življenja ljudi, zato je naslavljanje tematike nasilja v družini ter neenakosti med spoloma izjemnega pomena tudi na področju javnega zdravja.

KLJUČNI POUČENKI:

- Obe presečni raziskavi sta pokazali, da je pandemija covid-19 vplivala na pojav in porast nasilja v družini.
- Iz druge presečne raziskave je razvidno, da so ženske doživljale več fizičnega nasilja kot moški, v obeh presečnih raziskavah se kaže več psihičnega in spolnega nasilja. Pri ekonomskem nasilju v prvi presečni raziskavi med spoloma ni bilo razlik, v drugi presečni raziskavi pa so ženske pogosteje doživljale ekonomsko nasilje kot moški. Pri omejevanju stikov in svobode med spoloma v prvi presečni raziskavi ni bilo pomembnih razlik, v drugi presečni raziskavi pa so moški pogosteje doživljali omejevanje stikov in svobode.
- V večini primerov se družinski odnosi med pandemijo covid-19 niso spremenili, vsak sedmi prebivalec je poročal, da so se poslabšali.
- O poslabšanju družinskih odnosov in izpostavljenosti nasilju v družini so v obeh presečnih raziskavah pogosteje poročale osebe, pri katerih je bila zaznana tudi večja verjetnost težav v duševnem zdravju.

UVOD

Nasilje je navzoče v vseh družbah, po vsem svetu, in čeprav pomeni kršitev osnovnih človekovih pravic, je žal stalnica v življenju predvsem žensk in otrok. Nasilje vpliva na vse vidike človekovega življenja ter pušča negativne kratkoročne in dolgoročne posledice v življenju tistega, ki ga doživlja. Nasilje v krogu družine še toliko bolj zaznamuje posameznikovo dožemanje sveta in odnosov, saj naj bi bila ravno družina za vsakogar varno in spodbudno okolje, ne pa prostor zlorab, nasilja in zatiranja. Bass in Davis (1998) pojasnjujeta, da nasilje obarva vse, našo samozavest, intimna razmerja, spolnost, naše starševstvo, delo in duševno zdravje.

Nasilje v družini je vsaka uporaba psihičnega, fizičnega, spolnega ali ekonomskega pritiska enega družinskega člana nad drugim oziroma zanemarjanje družinskega člana ne glede na starost, spol ali katerokoli drugo osebno okoliščino žrtve ali povzročitelja. Nasilje v družini je tudi telesno kaznovanje otrok (Zakon o preprečevanju nasilja v družini, 2008).

Nasilje v družini se je dolgo pojmovalo kot zasebni problem, v prevladujočem diskurzu je bilo minimalizirano na individualni problem posameznikov oziroma posameznic ali članov in članic ožje družine. Premisleki o nasilju v družini so bili prežeti s stereotipnimi predstavami o moških in ženskah. Družba je zanikala problem in na takšen način nasilje v družini tiho in dolgo tolerirala (Miklič, 2014). Nasilje v družini generirajo in utrjujejo kulturni vzorci, zlasti tisti, ki izvirajo iz še vedno prisotnih sledi patriarhata v slovenski družbi. Nasilje v družini in nad ženskami utrjujejo socialni pritiski, sram in občutki krivde, zaradi katerih ga žrtve ne prijavljajo, pomanjkanje učinkovitega dostopa do pravnih informacij, pomoči in zaščite, premalo učinkovit sistem pomoči žrtvam, nazadostno učinkovito izvajanje obstoječe zakonodaje, predvsem pa pomanjkljivo znanje o vzrokih in posledicah nasilja (Matko in Horvat, 2016).

Najpogostejša oblika nasilja v družini je nasilje nad ženskami. Rezultati prve slovenske nacionalne raziskave o nasilju v partnerskih odnosih in zasebni sferi (2010) so pokazali, da je vsaka druga ženska (56,6 %) od dopolnjenega 15. leta starosti doživela eno od oblik nasilja. Najpogosteje so doživljale psihično nasilje (49,3 %), skoraj četrtina fizično (23 %), sledijo premoženjsko nasilje (14,1 %), omejevanje gibanja (13,9 %) in spolno nasilje (6,5 %). Povzročitelji nasilja so bili v 90,8 % moški (Leskošek idr., 2010). Društvo za nenasilno komunikacijo (2022) pojasnjuje, da je primerov nasilja žensk nad moškimi bistveno manj, kar je posledica neravnovesij moči med spoloma, kjer pa obstaja neravnovesje moči, je tveganje za nasilje veliko večje. Matko in Horvat (2016) navajata, da so v zasebni sferi najpogosteje povzročitelji nasilja moški, zato govorimo o spolno specifičnem nasilju v intimni sferi oziroma partnerskih odnosih. Moški so pogosteje žrtve nasilja v javni sferi, katerega povzročitelji so navadno moški.

Kot je v resoluciji leta 1996 opredelila Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), je nasilje v družini tudi javnozdravstveni problem in ga je treba obravnavati prioritarno zaradi kratkoročnih in dolgoročnih posledic za posameznike, družine, okolja, države in tudi zdravstvene sisteme. V primerjavi z epidemijo kroničnih bolezni je namreč nasilje v družini bolj razširjeno, moč ga je omejiti, kar je izziv tudi za družinsko medicino (Kopčavar Guček, 2015).

V družinskem krogu opazimo razlike med vzorci nasilnih dejanj mošk in žensk. Nasilje, trpinčenje in zlorabe imajo uničujoče posledice za vse. Nevarnosti so izpostavljeni tudi družinski člani, ki nasilje opazujejo in so tako posredne žrtve. Kakršna koli oblika nasilja se odrazi na zdravstvenem stanju žrtev v obliki fizičnih in tudi psihosomatskih posledic (Zver Makovec, b. d.). Šimenc in Šprah (2015) navajata, da ima nasilje nad otroki, ženskami, moškimi in starejšimi številne kratkoročne in dolgoročne posledice. Raziskave in praksa dokazujejo, da imajo osebe z izkušnjo nasilja več zdravstvenih težav (akutnih in kroničnih) ter da pogosteje potrebujejo zdravstveno oskrbo. Stik z zdravstveno službo je pogosto prva in v nekaterih primerih tudi edina priložnost, ki jo ima žrtev, da spregovori o nasilju, ki ga doživlja.

Prva slovenska raziskava o nasilju v zasebni sferi (2010) je pokazala, da so ženske, ki doživljajo nasilje, manj zdrave od žensk v splošni populaciji. 44,6 % žensk z izkušnjo nasilja je svoje zdravje označilo kot slabo in zelo slabo v primerjavi s 6,9 % žensk iz splošne populacije. Žrtve pogosteje doživljajo stres, tesnobo, prebavne motnje, izgubo teka, želodčne težave, glavobol, imajo stalne bolečine v različnih delih telesa, čutijo utrujenost, tresenje rok, motnje spanja, nespečnost, strah, depresivnost in pogosteje mislijo na samomor (Leskošek idr., 2010).

Zdravje je povezano z življenjskim slogom, prehranjevanjem, gibanjem, spanjem pa tudi s številnimi drugimi dejavniki. Na zdravje vplivajo odnosi, ki jih imamo z bližnjimi, okolje, v katerem živimo, ter izkušnje, ki smo jih pridobili v zgodnjem obdobju življenja ter otroštvu in mladosti. Izjemnega pomena je, da zdravje razumemo celostno. V okviru sodobnih pristopov v javnem zdravju je zato nujno proučevanje vzrokov in posledic nasilja ter oblikovanje predlogov za njegovo prepoznavanje, preprečevanje in ukrepanje.

Pandemija covid-19 je neposredno zaznamovala življenje ljudi, spremenila naš vsakdanjik ter nas postavila pred nove izzive, s katerimi se ljudje in družba soočamo tudi v času po pandemiji. Nekateri ljudje so bili prestrašeni zaradi negativnih zdravstvenih in življenjsko ogrožajočih posledic virusa SARS-CoV-2, vendar virus ni bil edini dejavnik, ki je ogrožal njihovo zdravje in življenje. Agencija Združenih narodov za ženske (2020) poroča, da se je nasilje v družini, predvsem nad ženskami, v času pandemije covid-19 povečalo po vsem svetu. SZO (2020) opozarja, da nasilje nad ženskami ostaja velika grožnja svetovnemu javnemu zdravju in ženskam v kriznih situacijah. Nasilje nad ženskami se poveča v vseh vrstah izrednih razmer, vključno z epidemijami.

Mednarodna raziskava, ki je vključevala pregled poročil o prijavah intimnopartnerskega nasilja v enajstih državah zahodne in južne Evrope, je pokazala, da se je v prvih tednih veljave omejitvenih ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 to povečalo v šestih državah. Štiri države (Avstrija, Španija, Združeno kraljestvo, Belgija) so poročale o približno 40-odstotnem povečanju klicev na telefonske številke za pomoč ob nasilju v družini (Brink idr., 2021). Brink in sodelavci (2021) opozarjajo, da lahko stroge omejitve in ukrepi za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 (npr. prepoved zapuščanja doma) otežijo prijavo nasilja in iskanje pomoči, kar lahko pojasni, zakaj nekatere države niso poročale o povečanju intimnopartnerskega nasilja. Države, ki so bile vključene v raziskavo, so bile izbrane, ker so v svetovnem merilu razmeroma primerljive glede človekovega razvoja in neenakosti spolov ter zaradi geografske bližine (Brink idr., 2021). Do povečanja nasilja v družini ni prišlo le v evropskem prostoru, ampak tudi drugod po svetu. Piquero in sodelavci (2021) poročajo, da sta sistematičen pregled in metaanaliza številnih študij, v katerih so primerjali spremembe v številu primerov nasilja v družini pred uveljavitvijo omejitvenih ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 in po njej pokazali, da se je v Združenih državah Amerike število primerov nasilja v družini povečalo za 8,1 %. Pari in družine so med pandemijo covid-19 preživeli skupaj več časa, pogosto so bili izolirani v svojem domu, manj je bilo stikov z ljudmi zunaj družinskega kroga, kar je v nekaterih družinah negativno vplivalo na medsebojne odnose ter privedlo do konfliktov. Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj (2020) pojasnjuje, da je zaprtost v domačem okolju in pomanjkanje socialnih stikov z drugimi zunaj družine privedlo do več in hujših preprirov, ponižujočih dejanj in nasilja. Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije (2021) poroča, da se je tudi v Sloveniji v času epidemije covid-19 število prijav nasilja v družini nekoliko povečalo, hkrati pa opozarja, da je bilo primerov nasilja v družini verjetno še več, vendar so zaradi različnih razlogov ostali neprijavljeni.

Agencija Združenih narodov za ženske (2020) poroča, da so od pojava virusa SARS-CoV-2 zaznali več primerov nasilja v družini. V Franciji se je število prijavljenih primerov povečalo za 30 %, o povečanem številu primerov nasilja v družini so med drugim poročali tudi v Kanadi, Nemčiji in Španiji. Nasilja v družini je bilo verjetno še več, a ga žrtve (najpogosteje ženske in otroci) niso prijavile, saj je bil v času povečanega sobivanja nadzor storilcev intenzivnejši in je bilo zato iskanje pomoči oteženo.

V času pandemije covida-19 smo se ob izzivu, kako ljudi obvarovati pred okužbo z virusom, soočali tudi z vprašanjem, kako ob pozivih k strogi omejitvi stikov predvsem ženske in otroke obvarovati pred nasiljem v družini. Nasilje nad ženskami je bilo pogosto in prisotno že prej, v času pandemije covida-19 pa se je problematika še povečala, saj se je položaj žensk dodatno poslabšal. Nevladne organizacije so opozarjale na stiske žensk in otrok, ki doživljajo nasilje, povečale so se potrebe po pomoči ter zatočiščih, mediji so pogosto poročali o nasilnih dogodkih. Nekateri nasilni dogodki so se končali skrajno tragično – s femicidom². Problem nasilja nad ženskami je globoko zakoreninjen v naši družbi. V negotovem času pandemije covida-19 se je še bolj pokazalo, kako pereče je to; nasilje nad ženskami temelji na neenakosti med moškimi in ženskami. Ključno je, da o njem razpravljamo in problem aktivno razrešujemo.

METODE

V obeh presečnih raziskavah so anketiranci na sklop vprašanj o doživljanju različnih oblik nasilja, ki ga povzročajo družinski člani, v zadnjih 12 mesecih pred raziskavo odgovarjali tako, da so izbrali vrednosti na 6-stopenjski lestvici (v nadaljevanju so največkrat prikazani podatki za osebe, ki so poročale, da so nasilje doživele vsaj enkrat v zadnjih 12 mesecih):

- fizično nasilje smo opredelili kot udarec z roko ali predmetom, brcanje, porivanje, davljenje, butanje z glavo ob zid, napad z orožjem, ožiganje, odrekanje hrane ipd.;
- psihično nasilje smo opredelili kot ustrahovanje in grožnje, izbruhe jeze, žaljenje, nadzorovanje osebe, telefona ali (e-)pošte, grožnje z odvzemom otrok ipd.;
- spolno nasilje smo opredelili kot neželjeno slačenje, poljubljanje in dotikanje, siljenje v spolni odnos, posilstvo, prisiljen splav, izsiljeno nosečnost ipd.;
- ekonomsko nasilje smo opredelili kot jemanje denarja, preprečevanje razpolaganja s svojim ali skupnim denarjem, prepoved zaposlitve ipd.;
- omejevanje stikov in svobode pa smo opredelili kot prepoved zapuščanja stanovanja, zaklepanje v stanovanje, preprečevanje stikov, klicev prijateljev ali sorodnikov ipd.

Osebe, ki so poročale o izkušnji nasilja v preteklih 12 mesecih, smo povprašali tudi po povzročiteljih nasilja, ki so jih lahko izbrali s seznama družinskih članov (sedanji partner, sedanja partnerica, bivši partner, bivša partnerica, oče, mati, brat, sestra, sin, hči, drug družinski član). Možnih je bilo več odgovorov.

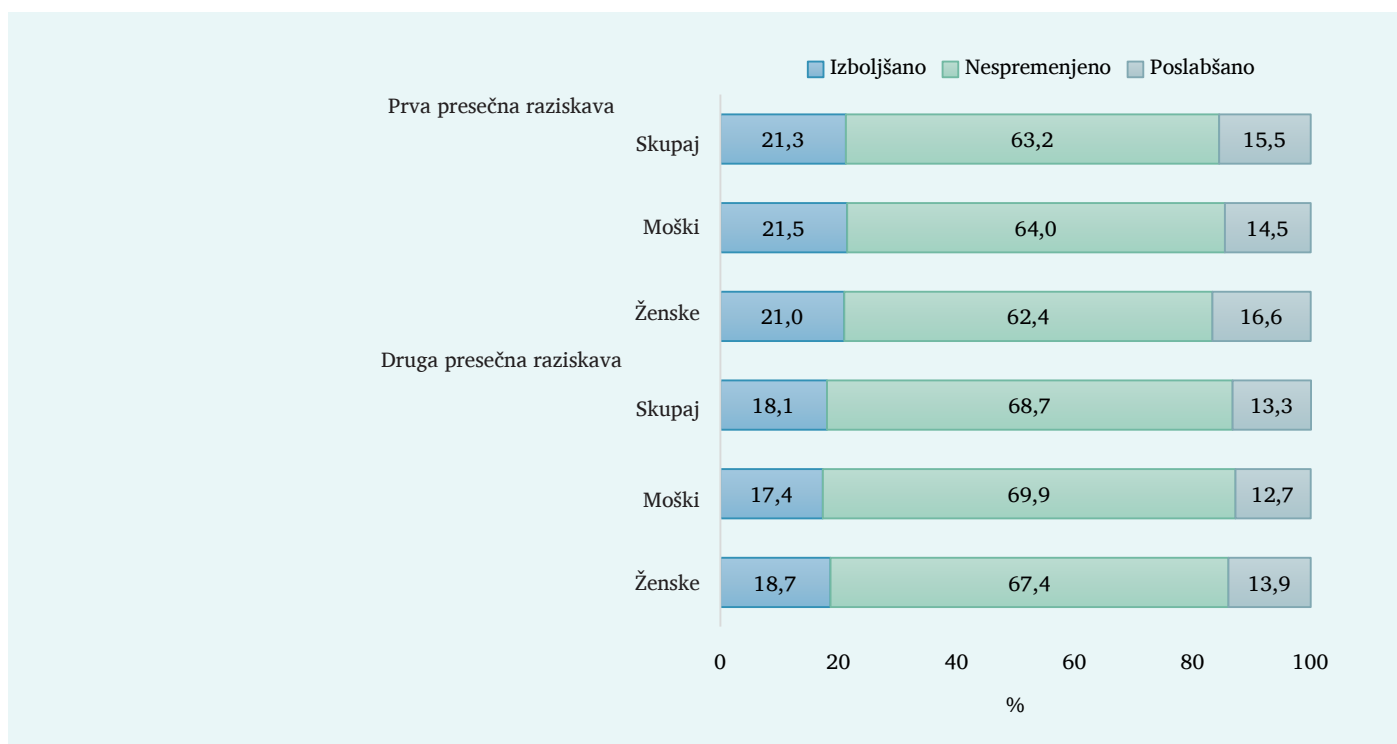
Pri vprašanju o vplivu pandemije covida-19 na pojav nasilja v družini so anketiranci opredelili, ali je v času pandemije nasilje ostalo nespremenjeno, se je zmanjšalo (manj pogosto ali blažje) ali povečalo (pogostejše ali hujše) ter ali se je pojavilo na novo.

² Femicid je umor ženske, ki ga povzroči intimni partner, in smrt ženske kot posledica za ženske škodljive prakse. Pod pojmom intimni partner se razume nekdanji ali trenutni zakonec ali partner, ne glede na to, ali storilec deli oziroma je delil prebivališče z žrtvijo (Evropski inštitut za enakost spolov, 2022).

REZULTATI

Vpliv na področja življenja – družinski odnosi

Večina odraslih prebivalcev Slovenije (63,2 % v prvi in 68,7 % v drugi presečni raziskavi) meni, da se zaradi vpliva pandemije covid-19 družinski odnosi niso spremenili. Skoraj vsaka peta odrasla oseba (21,3 % v prvi in 18,1 % v drugi presečni raziskavi) je poročala, da so se družinski odnosi izboljšali, vsaka sedma oseba pa je poročala o poslabšanju družinskih odnosov zaradi vpliva pandemije covid-19 (15,5 % v prvi in 13,3 % v drugi presečni raziskavi) (preglednica 64 in slika 26).



Slika 26: Samoocena vpliva pandemije na družinske odnose; skupaj in po spolu, prva in druga presečna raziskava

Preglednica 64: Poslabšanje družinskih odnosov; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Poslabšanje družinskih odnosov zaradi vpliva pandemije covid-19						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	15,5		13,3		↓
	Spol	$\chi^2 = 3,2; p = 0,3410$		$\chi^2 = 2,3; p = 0,4652$		
(A)	Moški	14,5		12,7		o
(B)	Ženski	16,6		13,9		↓
	Starostne skupine	$\chi^2 = 162,5; p < 0,0001$		$\chi^2 = 101,0; p < 0,0001$		
(A)	Od 18 do 29 let	17,2		13,0		o
(B)	Od 30 do 39 let	16,9		15,4		o
(C)	Od 40 do 49 let	17,5		13,8		o
(D)	Od 50 do 59 let	12,8		14,5		o
(E)	Od 60 do 69 let	15,3		10,3		↓
(F)	70 let in več	13,5		11,9		o
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 46,2; p < 0,0001$		$\chi^2 = 46,4; p < 0,0001$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	16,8		14,3		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	15,2		12,5		o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	15,5		13,1		o
(D)	Višješolska izobrazba ali več	15,0		13,4		o
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 114,9; p < 0,0001$		$\chi^2 = 90,0; p < 0,0001$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	16,3		13,2	D,E	↓
(B)	Dijak, študent	12,3		12,3		o
(C)	Upokojenec	14,4		11,5	D,E	↓
(D)	Brezposeln	18,4		19,4	A,C	o
(E)	Drugo	16,7		22,7 ^M	A,C	o
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 270,7; p < 0,0001$		$\chi^2 = 202,2; p < 0,0001$		
(A)	Velika verjetnost težav	35,3	B,C	33,6	B,C	o
(B)	Možna prisotnost težav	19,5	A,C	16,4	A,C	o
(C)	Brez težav	7,9	A,B	6,8	A,B	o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

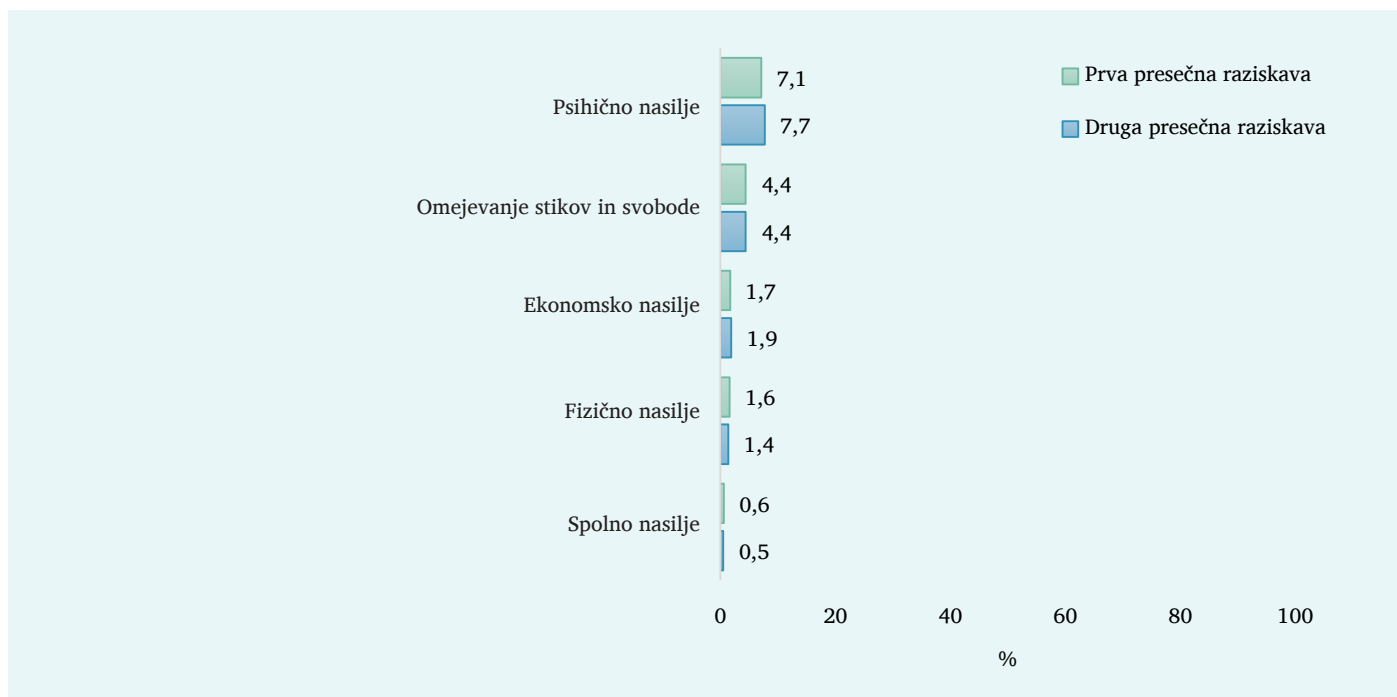
Med osebami, ki so navedle, da so se družinski odnosi poslabšali, ni bilo statistično značilnih razlik po spolu, starosti ali doseženi stopnji izobrazbe. Razlike po statusu aktivnosti so bile zaznane samo v drugi presečni raziskavi, kjer so o poslabšanju družinskih odnosov pogosteje poročale brezposelne osebe kot zaposleni, samozaposleni in upokojenci.

Osebe, ki imajo veliko verjetnost težav v duševnem zdravju, so statistično značilno pogosteje poročale o poslabšanju družinskih odnosov v obeh raziskavah.

Med presečnima raziskavama se je pokazala razlika v poslabšanju družinskih odnosov zaradi vpliva pandemije covid-19, saj je bil delež v drugi presečni raziskavi statistično značilno nižji. V primerjavi s prvo presečno raziskavo smo v drugi zaznali statistično značilno znižanje poslabšanja družinskih odnosov pri ženskah, osebah s statusom upokojenca in zaposlenih ter pri osebah v starostni skupini od 60 do 69 let.

Pojavnost različnih oblik nasilja

Anketiranci so v obeh presečnih raziskavah najpogosteje poročali o doživljanju psihičnega nasilja, ki so ga povzročili družinski člani, temu sledijo omejevanje stikov in svobode, ekonomsko nasilje ter fizično nasilje, najredkeje so poročali o doživljanju spolnega nasilja (slika 27).



Slika 27: Pojavnost različnih oblik nasilja družinskih članov v zadnjih 12 mesecih; skupaj, prva in druga presečna raziskava

Fizično nasilje

Preglednica 65: Izpostavljenost fizičnemu nasilju v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Ali ste v zadnjih 12 mesecih s strani družinskih članov doživeli: fizično nasilje? (vsaj enkrat)						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	1,6		1,4		o
	Spol	$\chi^2 = 0,9; p = 0,4716$		$\chi^2 = 14,8; p = 0,0005$		
(A)	Moški	1,8		0,6	B	↓
(B)	Ženski	1,4		2,2	A	o
	Starostne skupine	$\chi^2 = 25,2; p = 0,0042$		$\chi^2 = 20,5; p = 0,0036$		
(A)	Od 18 do 29 let	3,1	DF	3,4	CD	o
(B)	Od 30 do 39 let	1,5		1,3		o
(C)	Od 40 do 49 let	2,7	D	0,5	AF	↓
(D)	Od 50 do 59 let	0,4	AC	0,5	A	o
(E)	Od 60 do 69 let	1,3		1,3		o
(F)	70 let in več	0,5	A	1,9	C	↑
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 4,1; p = 0,4933$		$\chi^2 = 1,4; p = 0,7484$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	2,1		1,8		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	2,1		1,7		o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	1,1		1,3		o
(D)	Višješolska izobrazba ali več	1,5		1,1		o
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 14,8; p = 0,0296$		$\chi^2 = 19,0; p = 0,0048$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	1,8	BE	0,8	BDE	↓
(B)	Dijak, študent	3,7	ACE	3,8	A	o
(C)	Upokojenec	0,9	BE	1,5		o
(D)	Brezposeln	0,8		2,7	A	o
(E)	Drugo	0,0	ABC	2,9	A	o
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 58,3; p < 0,0001$		$\chi^2 = 80,9; p < 0,0001$		
(A)	Velika verjetnost težav	5,5	BC	6,4	BC	o
(B)	Možna prisotnost težav	1,4	A	1,0	A	o
(C)	Brez težav	0,7	A	0,4	A	o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

Pomembne razlike v izpostavljenosti fizičnemu nasilju med spoloma so bile zaznane v drugi presečni raziskavi. Pri ženskah je bil delež tistih, ki so bile izpostavljene fizičnemu nasilju, statistično značilno višji kot pri moških. Obe raziskavi sta pokazali statistično pomembne razlike v izpostavljenosti fizičnemu nasilju med starostnimi skupinami. Najvišji delež oseb, ki so poročale o izpostavljenosti fizičnemu nasilju, je bil v starostni skupini od 18 do 29 let. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe ni bilo statistično pomembnih razlik v deležu oseb, ki so bile izpostavljene fizičnemu nasilju, glede na status aktivnosti pa so bile zaznane statistično pomembne razlike. Najvišji delež oseb, ki so bile izpostavljene fizičnemu nasilju, je bil v obeh raziskavah zabeležen pri dijakih ali študentih. Statistično pomembne razlike v izpostavljenosti fizičnemu nasilju so bile v obeh raziskavah zabeležene tudi glede na verjetnost težav v duševnem zdravju. Osebe, ki so imele veliko verjetnost težav v duševnem zdravju, so statistično značilno pogosteje poročale o izpostavljenosti fizičnemu nasilju kot osebe, pri katerih je bila verjetnost težav v duševnem zdravju manjša.

V primerjavi s prvo presečno raziskavo smo v drugi zaznali statistično značilno znižanje izpostavljenosti fizičnemu nasilju moških, osebah med 40. in 49. letom ter zaposlenih oziroma samozaposlenih. Značilno zvišanje izpostavljenosti fizičnemu nasilju pa je bilo v drugi presečni raziskavi zaznано pri osebah, starih 70 ali več let (preglednica 65).

Psihično nasilje

Preglednica 66: Izpostavljenost psihičnemu nasilju v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Ali ste v zadnjih 12 mesecih s strani družinskih članov doživeli: psihično nasilje? (vsaj enkrat)						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	7,1		7,7		o
	Spol	$\chi^2 = 7,8; p = 0,0225$		$\chi^2 = 2,3; p = 0,2240$		
(A)	Moški	6,0	B	7,0		o
(B)	Ženski	8,3	A	8,4		o
	Starostne skupine	$\chi^2 = 37,1; p < 0,0001$		$\chi^2 = 25,2; p = 0,0036$		
(A)	Od 18 do 29 let	10,7	DEF	12,2	BDEF	o
(B)	Od 30 do 39 let	8,3	F	6,0	A	o
(C)	Od 40 do 49 let	9,6	DEF	9,8	F	o
(D)	Od 50 do 59 let	5,3	AC	6,3	A	o
(E)	Od 60 do 69 let	4,8	AC	6,7	A	o
(F)	70 let in več	3,9	ABC	5,0	AC	o
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 4,8; p = 0,3786$		$\chi^2 = 1,5; p = 0,7960$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	7,0		7,4		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	8,1		8,5		o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	6,0		8,0		o
(D)	Višješolska izobrazba ali več	8,0		6,9		o
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 48,0; p < 0,0001$		$\chi^2 = 25,3; p = 0,0029$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	7,1	BCD	7,2	B	o
(B)	Dijak, študent	13,0	AC	14,5	AC	o
(C)	Upokojenec	3,9	ABDE	5,7	BDE	↑
(D)	Brezposeln	13,6	AC	10,7	C	o
(E)	Drugo	8,9	C	10,9	C	o
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 143,2; p < 0,0001$		$\chi^2 = 80,7; p < 0,0001$		
(A)	Velika verjetnost težav	18,8	BC	17,2	BC	o
(B)	Možna prisotnost težav	8,6	AC	10,2	AC	o
(C)	Brez težav	3,4	AB	4,2	AB	o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

Pomembne razlike v izpostavljenosti psihičnemu nasilju med spoloma so bile zaznane v prvi presečni raziskavi. Pri ženskah je bil delež tistih, ki so bile izpostavljene psihičnemu nasilju, statistično značilno višji kot pri moških. Obe raziskavi sta pokazali pomembne razlike v izpostavljenosti psihičnemu nasilju med starostnimi skupinami. Najvišji delež oseb, ki so poročale o izpostavljenosti psihičnemu nasilju, je bil v starostni skupini od 18 do 29 let, najnižji pa med osebami, starimi 70 in več let. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe ni bilo pomembnih razlik v deležu oseb, ki so bile izpostavljene psihičnemu nasilju, glede na status aktivnosti pa so bile zaznane pomembne razlike. V prvi presečni raziskavi so dijaki, študenti in brezposelni statistično značilno pogosteje poročali o psihičnem nasilju kot zaposleni, samozaposleni ter upokojenci. V drugi presečni raziskavi pa so dijaki in študenti statistično značilno pogosteje poročali o psihičnem nasilju kot zaposleni, samozaposleni in upokojenci. Pomembne razlike v izpostavljenosti psihičnemu nasilju so bile v obeh raziskavah zabeležene tudi glede na verjetnost težav v duševnem zdravju. Večja kot je bila ocenjena verjetnost težav v duševnem zdravju, statistično značilno pogosteje so osebe poročale o izpostavljenosti psihičnemu nasilju.

V primerjavi s prvo presečno raziskavo smo v drugi zaznali statistično značilno zvišanje izpostavljenosti psihičnemu nasilju pri upokojencih (preglednica 66).

Spolno nasilje

Preglednica 67: Izpostavljenost spolnemu nasilju v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Ali ste v zadnjih 12 mesecih s strani družinskih članov doživeli: spolno nasilje? (vsaj enkrat)						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	0,6		0,5		o
	Spol	$\chi^2 = 4,2; p = 0,0826$		$\chi^2 = 4,8; p = 0,0290$		
(A)	Moški	0,3	B	0,2	B	o
(B)	Ženski	0,8	A	0,8	A	o
	Starostne skupine	$\chi^2 = 5,5; p = 0,4497$		$\chi^2 = 7,8; p = 0,3395$		
(A)	Od 18 do 29 let	0,5		0,7		o
(B)	Od 30 do 39 let	0,7		0,6		o
©	Od 40 do 49 let	1,0		0,0	F	↓
(D)	Od 50 do 59 let	0,3		0,2		o
(E)	Od 60 do 69 let	0,6		1,1		o
(F)	70 let in več	0,2		0,9	C	↑
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 5,7; p = 0,2582$		$\chi^2 = 7,6; p = 0,1042$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	0,8		1,2		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	1,1		0,7		o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	0,3		0,5		o
(D)	Višješolska izobrazba ali več	0,4		0,1		o
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 5,0; p = 0,3127$		$\chi^2 = 6,9; p = 0,2881$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	0,7		0,4		o
(B)	Dijak, študent	0,8		0,0	C	o
(C)	Upokojenec	0,1		1,0	BE	↑
(D)	Brezposeln	0,6		0,6		o
(E)	Drugo	0,9		0,0	C	o
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 26,3; p = 0,0001$		$\chi^2 = 2,7; p = 0,3824$		
(A)	Velika verjetnost težav	1,9	BC	0,9		o
(B)	Možna prisotnost težav	0,6	AC	0,5		o
(C)	Brez težav	0,1	AB	0,3		o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

Pomembne razlike med spoloma v izpostavljenosti spolnemu nasilju so bile zaznane v obeh raziskavah. Delež žensk, ki so bile izpostavljene spolnemu nasilju, je bil statistično značilno višji kot delež moških. Večjih razlik med starostnimi skupinami ni bilo, prav tako nismo zaznali večjih razlik po doseženi stopnji izobrazbe in po statusu aktivnosti. Pomembne razlike v izpostavljenosti spolnemu nasilju so bile v prvi presečni raziskavi zabeležene glede na verjetnost težav v duševnem zdravju. Večja kot je bila ocenjena verjetnost težav v duševnem zdravju, statistično značilno pogosteje so osebe v prvi presečni raziskavi poročale o izpostavljenosti spolnemu nasilju.

V primerjavi s prvo presečno raziskavo smo v drugi zaznali statistično značilno znižanje izpostavljenosti spolnemu nasilju pri osebah med 40. in 49. letom ter značilno zvišanje izpostavljenosti pri osebah, starih 70 ali več let, in upokojencih (preglednica 67).

Ekonomsko nasilje

Preglednica 68: Izpostavljenost ekonomskemu nasilju v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Ali ste v zadnjih 12 mesecih s strani družinskih članov doživeli: ekonomsko nasilje? (vsaj enkrat)						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	1,7		1,9		o
	Spol	$\chi^2 = 0,0$; $p = 0,9320$		$\chi^2 = 3,2$; $p = 0,1610$		
(A)	Moški	1,7		1,5		o
(B)	Ženski	1,7		2,3		o
	Starostne skupine	$\chi^2 = 27,2$; $p = 0,0012$		$\chi^2 = 11,3$; $p = 0,1508$		
(A)	Od 18 do 29 let	3,8	DF	3,7		o
(B)	Od 30 do 39 let	1,4		1,9		o
(C)	Od 40 do 49 let	2,4	DF	1,1		o
(D)	Od 50 do 59 let	0,7	AC	2,0		↑
(E)	Od 60 do 69 let	1,4		1,6		o
(F)	70 let in več	0,6	AC	1,1		o
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 1,9$; $p = 0,7212$		$\chi^2 = 2,9$; $p = 0,5831$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	1,2		1,7		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	1,9		2,5		o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	2,0		2,1		o
(D)	Višješolska izobrazba ali več	1,6		1,3		o
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 23,3$; $p = 0,0018$		$\chi^2 = 20,8$; $p = 0,0068$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	1,6	BCD	1,6	BF	o
(B)	Dijak, študent	4,1	AC	3,8	A	o
(C)	Upokojenec	0,7	ABD	1,3	F	o
(D)	Brezposeln	3,8	AC	2,4		o
(E)	Drugo	1,7		6,6	AC	o
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 93,5$; $p < 0,0001$		$\chi^2 = 111,4$; $p < 0,0001$		
(A)	Velika verjetnost težav	7,1	BC	8,5	BC	o
(B)	Možna prisotnost težav	1,2	A	1,3	A	o
(C)	Brez težav	0,8	A	0,6	A	

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

Pri izpostavljenosti ekonomskemu nasilju nismo zaznali pomembnih razlik med spoloma. Prva presečna raziskava je pokazala pomembne razlike v izpostavljenosti ekonomskemu nasilju med starostnimi skupinami. Najvišji delež oseb, ki so poročale o izpostavljenosti ekonomskemu nasilju, je bil v starostni skupini od 18 do 29 let, najnižji pa pri osebah, starih 70 in več let. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe ni bilo pomembnih razlik v deležu oseb, ki so bile izpostavljene ekonomskemu nasilju, glede na status aktivnosti pa so bile zaznane statistično značilne razlike. Najvišji delež oseb, ki so bile izpostavljene ekonomskemu nasilju, je bil zabeležen pri dijakih in študentih oziroma brezposelnih osebah v prvi presečni raziskavi, v drugi presečni raziskavi pa tudi med osebami, ki so svoj status aktivnosti opredelile kot *drugo*. Pomembne razlike v izpostavljenosti ekonomskemu nasilju so bile v obeh raziskavah zabeležene tudi glede na verjetnost težav v duševnem zdravju. Osebe, ki so imele ocenjeno veliko verjetnost težav v duševnem zdravju, so statistično značilno pogosteje poročale o izpostavljenosti ekonomskemu nasilju kot osebe, pri katerih je bila verjetnost težav v duševnem zdravju manjša oziroma nimajo težav v duševnem zdravju.

V primerjavi s prvo presečno raziskavo smo v drugi zaznali statistično značilno zvišanje izpostavljenosti ekonomskemu nasilju le pri osebah, starih od 50 do 59 let (preglednica 68).

Omejevanje stikov in svobode

Preglednica 69: Izpostavljenost omejevanju stikov in svobode v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava

Ali ste v zadnjih 12 mesecih s strani družinskih članov doživeli: omejevanje stikov in svobode? (vsaj enkrat)						
		Prva presečna raziskava (%)		Druga presečna raziskava (%)		Primerjava med raziskavama
	Skupaj	4,4		4,4		o
	Spol	$\chi^2 = 0,0; p = 0,9467$		$\chi^2 = 3,1; p = 0,1690$		
(A)	Moški	4,4		5,0		o
(B)	Ženski	4,4		3,7		o
	Starostne skupine	$\chi^2 = 40,7; p < 0,0001$		$\chi^2 = 21,4; p = 0,0192$		
(A)	Od 18 do 29 let	9,1	BCDEF	7,4	DE	o
(B)	Od 30 do 39 let	4,6	A	4,9		o
(C)	Od 40 do 49 let	4,5	A	5,4		o
(D)	Od 50 do 59 let	3,2	A	2,6	A	o
(E)	Od 60 do 69 let	2,3	A	2,4	A	o
(F)	70 let in več	3,1	A	3,6		o
	Dosežena stopnja izobrazbe	$\chi^2 = 3,6; p = 0,4938$		$\chi^2 = 5,8; p = 0,3230$		
(A)	Osnovnošolska izobrazba ali manj	4,2		3,2		o
(B)	Srednja poklicna izobrazba	5,2		5,7		o
(C)	Srednja strokovna ali splošna izobrazba	4,8		4,8		o
(D)	Višješolska izobrazba ali več	3,5		3,7		o
	Status aktivnosti	$\chi^2 = 58,2; p < 0,0001$		$\chi^2 = 9,3; p = 0,2203$		
(A)	Zaposlen, samozaposlen	4,3	BC	4,3	B	o
(B)	Dijak, študent	12,5	ACDE	7,3	AC	↓
(C)	Upokojenec	2,3	AB	3,4	B	o
(D)	Brezposeln	4,6	B	4,3		o
(E)	Drugo	3,7	B	7,0		o
	Težave v duševnem zdravju	$\chi^2 = 64,3; p < 0,0001$		$\chi^2 = 22,8; p = 0,0023$		
(A)	Velika verjetnost težav	11,2	BC	9,0	BC	o
(B)	Možna prisotnost težav	4,6	AC	4,7	A	o
(C)	Brez težav	2,8	AB	3,3	A	o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

Pri izpostavljenosti omejevanju stikov in svobode nismo zaznali pomembnih razlik med spoloma. Obe raziskavi sta pokazali pomembne razlike v izpostavljenosti omejevanja stikov in svobode med starostnimi skupinami. Statistično značilno najvišji delež oseb, ki so poročale o izpostavljenosti omejevanju stikov in svobode, je bil v starostni skupini od 18 do 29 let v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami v prvi ter glede na osebe, stare od 50 do 69 let, v drugi presečni raziskavi. Glede na doseženo stopnjo izobrazbe ni bilo pomembnih razlik v deležu oseb, ki so bile izpostavljene omejevanju stikov in svobode, glede na status aktivnosti pa so bile zaznane pomembne razlike. Statistično značilno najvišji delež oseb, ki so bile izpostavljene omejevanju stikov in svobode, je bil zabeležen pri dijakih ali študentih v primerjavi z drugimi skupinami v prvi presečni raziskavi, ter v primerjavi z zaposlenimi, samozaposlenimi ter upokojenci v drugi presečni raziskavi. Pomembne razlike v izpostavljenosti omejevanja stikov in svobode so bile v obeh raziskavah zabeležene tudi glede na verjetnost težav v duševnem zdravju. Osebe, ki so imele ocenjeno veliko verjetnost težav v duševnem zdravju, so statistično značilno pogosteje poročale o izpostavljenosti omejevanju stikov in svobode kot osebe, pri katerih je bila verjetnost težav v duševnem zdravju manjša oziroma nimajo težav v duševnem zdravju.

V primerjavi s prvo presečno raziskavo smo v drugi zaznali statistično značilno znižanje izpostavljenosti omejevanju stikov in svobode pri osebah s statusom dijaka ali študenta (preglednica 69).

Povzročitelji nasilja

Preglednica 70: Povzročitelji nasilja v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na spol žrve, prva in druga presečna raziskava

S strani katerih družinskih članov ste doživeli nasilna dejanja v zadnjih 12 mesecih?									
	Prva presečna raziskava (%) n = 211			Druga presečna raziskava (%) n = 208			Primerjava med raziskavama		
	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske
Povzročitelj									
	$\chi^2 = 572,5; p < 0,0001$			$\chi^2 = 177,5; p = 0,0019$					
Sedanji partner	26,4	8,7	42,9 ^M	15,3	6,1	23,5	↓	o	↓
	$\chi^2 = 549,1; p < 0,0001$			$\chi^2 = 381,3; p < 0,0001$					
Sedanja partnerica	13,2	26,5 ^M	0,9	11,4	23,2 ^M	0,7	o	o	o
	$\chi^2 = 178,4; p = 0,0028$			$\chi^2 = 149,8; p = 0,0023$					
Bivši partner	6,6	1,1	11,8	5,2	0,0	9,9	o	o	o
	$\chi^2 = 206,9; p = 0,0048$			$\chi^2 = 133,5; p = 0,0121$					
Bivša partnerica	4,8	9,9	0,0	3,8	8,1	0,0	o	o	o
	$\chi^2 = 10,6; p = 0,4960$			$\chi^2 = 38,4; p = 0,2242$					
Oče	5,2	6,4	4,0	17,0	21,4 ^M	13,0	↑	↑	↑
	$\chi^2 = 3,2; p = 0,7458$			$\chi^2 = 144,9; p = 0,0103$					
Mati	11,8	12,7	10,9	18,5	27,4 ^M	10,4	o	↑	o
	$\chi^2 = 5,8; p = 0,6158$			$\chi^2 = 38,6; p = 0,1696$					
Brat	7,3	6,3	8,3	5,0	2,4	7,3	o	o	o
	$\chi^2 = 142,7; p = 0,0391$			$\chi^2 = 4,3; p = 0,6171$					
Sestra	3,3	6,9	0,0	3,7	4,5	3,1	o	o	↑
	$\chi^2 = 5,1; p = 0,6384$			$\chi^2 = 44,3; p < 0,1091$					
Sin	5,6	4,7	6,4	7,4	4,0	10,4	o	o	o
	$\chi^2 = 2,4; p = 0,7227$			$\chi^2 = 5,2; p = 0,5295$					
Hči	2,9	3,3	2,5	2,3	1,6	2,9	o	o	o
	$\chi^2 = 0,0; p = 0,9669$			$\chi^2 = 0,6; p = 0,8638$					
Drug družinski član	12,6	12,7	12,5	8,3	8,7	7,9	o	o	o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

Povzročitelja nasilja niso opredelili vsi anketiranci, ki so poročali o izkušnji nasilja v zadnjih 12 mesecih. Med tistimi, ki so opredelili, od katerih družinskih članov so doživeli nasilje, so ženske v obeh presečnih raziskavah poročale, da je bil to sedanji partner, medtem ko so moški v prvi presečni raziskavi najpogosteje navajali sedanjo partnerico, v drugi presečni raziskavi pa mater (preglednica 70).

Vpliv pandemije covid-19 na pojav družinskega nasilja

Preglednica 71: Samoocena vpliva pojava nasilja v družini; skupaj in glede na spol žrtve, prva in druga presečna raziskava

Kako je pandemija novega koronavirusa vplivala na pojav nasilja v vaši družini?									
	Prva presečna raziskava (%) n = 144			Druga presečna raziskava (%) n = 107			Primerjava med raziskavama		
	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske	Skupaj	Moški	Ženske
Nasilje ...	$\chi^2 = 292,8$; $p = 0,0391$			$\chi^2 = 58,0$; $p = 0,6756$					
... je ostalo nespremenjeno.	30,4	24,3 ^M	35,4 ^M	51,6 ^M	51,1 ^M	52,0 ^M	↑	↑	↑
... se je zmanjšalo.	12,8	22,4 ^M	5,0	5,0	7,7	2,7	↓	↓	o
... se je povečalo.	31,1	25,8 ^M	35,3 ^M	25,0 ^M	26,3 ^M	23,8 ^M	o	o	o
... se je pojavilo na novo.	25,7	27,5 ^M	24,3 ^M	18,4	14,9 ^M	21,5 ^M	o	o	o

Statistično značilne razlike: $p < 0,05$. Spremembe med raziskavama: ↑ statistično značilno zvišanje; ↓ statistično značilno znižanje; o ni statistično značilnih sprememb.

M: manj natančna ocena

Tudi na vprašanje o vplivu pandemije na pojav nasilja v družini niso odgovorili vsi anketiranci, ki so poročali o izpostavljenosti nasilju. Med tistimi, ki so odgovorili na to vprašanje, so v prvi presečni raziskavi prevladovali odgovori v smeri povečanja nasilja (nasilje se je povečalo ali pojavilo na novo), v drugi presečni raziskavi pa je porasel delež tistih, ki so poročali, da je nasilje med pandemijo ostalo nespremenjeno, in to je bil tudi prevladujoči odgovor (preglednica 71).

RAZPRAVA

Pandemija covid-19 je vplivala na vse vidike človekovega življenja, tudi na odnose med ljudmi, predvsem v krogu družine. Družinski člani so med pandemijo preživeli skupaj več časa, manj je bilo stikov z drugimi ljudmi, hkrati sta negotovost in stres vplivala na doživljanje sveta ter odnosov, ki jih imamo z bližnjimi.

Filipčič in sodelavci (2021) pojasnjujejo, da so ukrepi za preprečevanje pandemije covid-19 pomembno vplivali na naše počutje in vedenje. Mednarodne organizacije in kriminologi so opozarjali na možnost povečanja nasilja v družinah, zlasti nad ženskami. Prav tako so opozarjali, da se verjetno še povečuje razkorak med prijavljenim in dejanskim intimnopartnerskim nasiljem, saj se je v času pandemije covid-19 poostiril nadzor povzročitelja nad žrtvijo. Campbell (2020) pravi, da lahko strah in negotovost, povezana s pandemijo, poslabšata ali sprožita različne oblike nasilja. Ukrepi, kot so socialno distanciranje, omejena potovanja, zaprtje ključnih virov storitev v skupnosti, povečajo tveganje za nasilje v družini.

V raziskavi SI-PANDA so nekateri prebivalci poročali, da so se družinski odnosi med pandemijo covid-19 spremenili, izboljšali ali poslabšali. O poslabšanju družinskih odnosov je v prvi presečni raziskavi poročalo 15,5 %, v drugi presečni raziskavi pa 13,3 % prebivalcev. O izboljšanju družinskih odnosov je v prvi presečni raziskavi poročalo 21,3 % prebivalcev, v drugi presečni raziskavi pa 18,1 % prebivalcev. Podobne ugotovitve je pokazala britanska študija o vplivu pandemije na družinske odnose. Misca (b. d.) pojasnjuje, da je študija o vplivu pandemije in omejitvenih ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 na družinske odnose pokazala, da je skoraj polovica (45 %) vključenih parov menilo, da so omejitveni ukrepi za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 obremenili njihov odnos, četrtnina jih je poročala, da je skrb zaradi pandemije povzročila napetosti v partnerskem odnosu, podoben je delež tistih, ki so poročali, da so denarne skrbi povzročile dodaten pritisk na partnerski odnos. Skoraj tretjina parov je poročala, da je imela karantena negativne posledice na njihove odnose ter da je dodatno poslabšala že tako obremenjujoče odnose. 36 % parov pa je poročalo, da je bilo obdobje veljave ukrepov za zajezitev širjenja SARS-CoV-2 pozitivna izkušnja za partnerski odnos, približno štirje od desetih parov so poročali, da so čutili, da so si bliže kot prej, kljub temu da čutijo napetosti v odnosu s partnerjem. Raziskovalno poročilo britanske organizacije Family Action (2021) kaže, da je 12 % staršev čutilo, da se je med obdobjem pandemije njihov odnos z otroki poslabšal.

Pandemija je na različne načine vplivala na odnose med družinskimi člani. V nekaterih družinah so se odnosi zaradi družbenih napetosti, povečane negotovosti ter povečane skrbstvene odgovornosti poslabšali, nekateri pa so se v dodatnem skupnem času bolj povezali in okrepili medosebne vezi.

Podatki raziskave SI-PANDA kažejo, da je pandemija covida-19 vplivala na pojav nasilja v družini. V prvi presečni raziskavi so prebivalci poročali o povečanju in novem pojavu nasilja. V drugi presečni raziskavi so prebivalci v večini poročali, da je nasilje ostalo nespremenjeno v primerjavi s stanjem pred pandemijo covida-19. Raziskava SI-PANDA je pokazala, da so ženske pogosteje kot moški doživljale fizično, psihično in spolno nasilje, pri omejevanju stikov in svobode ter ekonomskem nasilju pa med spoloma ni bilo bistvenih razlik. Tudi raziskava Osebna varnost v zasebnem okolju, 2020, ki jo je izvedel Statistični urad Republike Slovenije (2022), kaže, da so bile ženske v življenju 3-krat pogosteje kot moški žrtve nasilja v družini, medtem ko so moški nekoliko pogosteje žrtve fizičnega nasilja od osebe, s katero niso v partnerskem razmerju. Heise in sodelavci (1999) opozarjajo, da tudi ženske povzročajo intimnopartnersko nasilje, vendar podatki po vsem svetu kažejo, da so v večini žrtve nasilja v družini ženske, povzročitelji pa moški. Barchielli in sodelavci (2021) pojasnjujejo rezultate italijanske študije, ki je pokazala, da je prišlo v obdobju veljave omejitvenih ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 do porasta nasilja v družini v primerjavi z enakim časovnim obdobjem prejšnjega leta. V letu 2020 je prišlo do eksponentne rasti klicev v centre za pomoč v primeru nasilja (73 % povečanje v primerjavi z enakim obdobjem v letu 2019), na kar je vplivala tudi medijska kampanja, ki je spodbujala, da žrtve nasilja poiščejo pomoč. Žrtve fizičnega in spolnega nasilja so bile v obdobju veljave omejitvenih ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 v večini ženske, povzročitelji pa moški. Povečalo se je predvsem število groženj, trpinčenje in fizično nasilje. Ivandic in Kirchmaier (2020) sta z analizo podatkov londonske policije (London's Metropolitan Police Service) ugotovila, da so se v času veljave omejitvenih ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 klici na številke za pomoč žrtvam nasilja v družini povečali za 11,4 % v primerjavi z enakim obdobjem prejšnjega leta. Po podatkih prve presečne raziskave je fizično nasilje doživelo 1,6 % prebivalcev, po podatkih druge presečne raziskave pa 1,4 % prebivalcev. Večje razlike med doživljanjem fizičnega nasilja med moškimi in ženskami so zaznane v drugi presečni raziskavi, ko je bil delež žensk, izpostavljenih fizičnemu nasilju, značilno višji. Najvišji delež oseb, ki so poročale o doživljanju fizičnega nasilja, je bil v starostni skupini od 18 do 29 let. Opazne razlike med poročanjem glede doživljanja fizičnega nasilja med mlajšimi in starejšimi prebivalci bi lahko pripisali temu, da mlajše osebe morda prej prepoznajo nasilna dejanja in so nasploh bolj ozaveščene. Suhovršnik (2021) pojasnjuje, da so generacije današnjih starejših živele v precej patriarhalni družbi, kar lahko vpliva na njihovo dojetje različnih oblik nasilja in so morda manj dovzetne za opredelitev posameznih dejanj kot nasilnih. Brink in sodelavci (2021) poročajo o izkušnjah žensk, ki so doživele fizično nasilje v krogu družine. Rezultati spletne raziskave, izvedene v Zvezni republiki Nemčiji, so pokazali, da je 3,1 % žensk (med 18. in 65. letom starosti) doživelo vsaj eno obliko fizičnega nasilja med obdobjem veljave omejitvenih ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2. Tudi Barchielli in sodelavci (2021) poročajo, da so bile med prvim obdobjem veljave omejitvenih ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 v Italiji žrtve fizičnega nasilja v večini ženske, povzročitelji pa moški.

V raziskavi SI-PANDA je status aktivnosti prebivalcev pokazal pomembne razlike pri doživljanju fizičnega nasilja, saj so o izkušnjah fizičnega nasilja najpogosteje poročali dijaki in študenti. Zaradi različnih ukrepov so preživeli več časa doma (zaprtje študentskih in dijaških domov, omejeno študentsko delo, šolanje na daljavo itd.), kar je lahko privedlo do konfliktov in nasilja v družinskem krogu. Kustec in sodelavci (2021) navajajo, da se je 16. marca 2020 zaradi zaprtja vseh vzgojno-izobraževalnih institucij pričelo obdobje pouka na daljavo, pouk na daljavo se je nadaljeval od 19. oktobra 2020 in je trajal do 15. februarja 2021, vmes je bilo obdobje izmeničnega izobraževanja na daljavo, v pomladanskem obdobju (1. aprila 2021–11. aprila 2021) je pouk za dijake potekal na daljavo.

Prekinjeno je bilo tudi izobraževanje na univerzah, Vlada Republike Slovenije je 23. oktobra 2020 sprejela Odlok o začasni prepovedi zbiranja ljudi v zavodih s področja vzgoje in izobraževanja na univerzah ter samostojnih visokošolskih zavodih (Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, 2020). Pandemija covida-19 je negativno vplivala na življenje, odnose in duševno zdravje mladih ljudi. Pri UNICEF-u (2021) ugotavljajo, da je pomanjkanje kakovostnih medosebnih odnosov še bolj razkrilo in poglobilo stiske otrok in mladih v

Sloveniji. Opozarjajo, da so imeli zaprtje šol in drugi ukrepi za preprečevanje širjenja okužb negativen vpliv na mlade v Sloveniji, povečalo se je tveganje za zlorabe in naraščajoče nasilje, povečala se je stopnja tveganja revščine ter težave v fizičnem počutju, opažen je bil visok porast duševnih stisk.

Najbolj razširjena oblika nasilja v družini je psihično nasilje (Plaz, 2014). Poročanje prebivalcev v raziskavi SI-PANDA kaže, da je psihično nasilje najpogostejša oblika nasilja v obeh presečnih raziskavah ter da so ženske pogosteje doživljale psihično nasilje kot moški. Prva slovenska nacionalna raziskava o nasilju v zasebni sferi (2010) je pokazala, da ženske v družinskem krogu najpogosteje doživljajo psihično nasilje (skoraj polovica žensk) (Leskošek idr., 2010). Barchielli in sodelavci (2021) poročajo, da so v Italiji v obdobju veljave omejitvenih ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 zaznali 5,3-odstotno povečanje prijav psihičnega nasilja kot leto prej. V večini so bile žrtve nasilja ženske, povečalo se je predvsem število groženj, kar sodi v psihično nasilje.

Tudi raziskava Osebna varnost v zasebnem okolju, 2020, je pokazala, da je najpogostejša vrsta nasilja v partnerskih razmerjih psihično nasilje, doživelo ga je 26,2 % žensk in 19,7 % moških s sedanjim ali nekdanjim partnerjem/partnerico (Statistični urad Republike Slovenije, 2022). Ženske so pogosteje žrtve psihičnega nasilja v družinskem krogu kot moški. Podatki raziskave SI-PANDA kažejo, da so prebivalci v starostni skupini od 18 do 29 let doživljali največ psihičnega nasilja, osebe, stare 70 in več let pa najmanj. Izobrazba nima bistvenega vpliva na izkušnje nasilja, podatki pa kažejo, da obstajajo precejšnje razlike glede na status aktivnosti. Dijaki, študenti in brezposelni so bili pogosteje izpostavljeni psihičnemu nasilju, najmanj pogosto pa upokojenci, čeprav so se njihove izkušnje psihičnega nasilja povečale v drugi presečni raziskavi.

Raziskava Nacionalnega inštituta za javno zdravje o doživljanju pandemije covid-19 med študenti (2021) kaže, da so ti poročali o pogostejših konfliktnih odnosih z osebami v skupnem gospodinjstvu. Nekateri so poročali o zelo konfliktnih odnosih (Pajnikher idr., 2021), kar pojasni podatek o visokem deležu psihičnega nasilja družinskih članov nad mladimi oziroma študenti in dijaki. Študenti in dijaki so v času povečanega sobivanja morda imeli več konfliktov s svojimi starši in sorojenci, kot jih imajo sicer, ko bivajo v svojem prostoru (dijaški/študentski dom). To je pokazala tudi raziskava SI-PANDA, saj so mladi prebivalci (starostna skupina od 18 do 29 let) pogosto poročali o doživljanju različnih oblik nasilja.

Podatki raziskave SI-PANDA kažejo, da so ženske bistveno bolj izpostavljene spolnemu nasilju, ki ga povzročijo družinski člani, kot moški. Statistični urad Republike Slovenije (2022) je v raziskavi Osebna varnost v zasebnem okolju, 2020, ugotovil, da se sicer spolno nasilje v partnerskih odnosih dogaja manj pogosto kot druge oblike nasilja, vendar pa so bile ženske 5,6-krat pogosteje kot moški žrtve te oblike nasilja. Brink in sodelavci (2021) poročajo, da je v Nemčiji 3,6 % žensk v spletni raziskavi odgovorilo, da jih je v spolni odnos prisilil partner (v obdobju, ko so veljali omejitveni ukrepi za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2). Kourti in sodelavci (2021) pojasnjujejo, da so sistematični pregled študij, analiza podatkov Severne Amerike, Evrope, azijsko-pacifiškega območja in Afrike ter druge svetovne raziskave, vključene v analizo, pokazale, da je med obdobjem pandemije prišlo do povečanja vseh oblik nasilja, tudi spolnega. V obdobju veljave ukrepov za zajezitev pandemije je 11,1 % udeležencev (83,1 % udeležencev je bilo ženskega spola) poročalo o povečanju spolnega nasilja v primerjavi z obdobjem pred pandemijo.

Poročanja o doživljanju spolnega nasilja se ne razlikujejo po starostnih skupinah, stopnji izobrazbe ter statusu aktivnosti, kar se ujema z ugotovitvami Dobnikar (1995), ki pojasnjuje, da se v več kot polovici primerov spolno nasilje zgodi doma ter v vseh socialnih slojih, storilci spolnega nasilja so v več kot 80 % primerih žrtvi znane osebe (v približno 95 % moški). Leskošek (2014) sicer pravi, da mlajše ženske z nižjo izobrazbo (srednja in poklicna šola) pogosteje doživljajo spolno nasilje, kar je pokazala tudi raziskava SI-PANDA, vendar razlike v obeh raziskavah glede na izobrazbo niso statistično značilne.

O izkušnji ekonomskega nasilja v zadnjih 12 mesecih je v prvi presečni raziskavi poročalo 1,7 % žensk ter enak delež moških. V drugi presečni raziskavi je o izkušnji ekonomskega nasilja poročalo 1,5 % moških in 2,3 % žensk, pomembnih in statistično značilnih sprememb med spoloma glede ekonomskega nasilja ni. Leskošek in sodelavci (2010) so z raziskavo o nasilju v partnerskih odnosih in zasebni sferi (2010) ugotovile, da je približno 14 % žensk v življenju doživelo ekonomsko nasilje partnerja. Urek (2013) pravi, da ekonomsko

nasilje pomeni povečevanje nadzora nad sredstvi, tako da je ena oseba popolnoma finančno odvisna od druge, predvsem ob morebitni brezposelnosti. V tem primeru se poveča občutek ujetosti in brezizhodnosti, oseba se hitro znajde v pasti finančne odvisnosti. Svenšek (2021) pojasnjuje, da sta se stopnji tveganja revščine in socialne izključenosti med pandemijo covid-19 povečali. Povečalo se je število ljudi, ki se za pomoč obračajo k humanitarnim organizacijam. Poleg finančnih stisk so se posledično povečale tudi duševne.

OECD (2020) pojasnjuje, da so omejitveni ukrepi za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 privedli do nepričakovanega zaprtja delovnih mest, spremenjenih oblik dela, zaustavitve gospodarskih dejavnosti pa je ogrozila veliko delovnih mest. Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj (2020) poroča, da je po podatkih Eurofounda v Sloveniji zaradi pandemije covid-19 delo začasno izgubilo 36,8 % oseb, brez dela pa jih je ostalo 5,5 %.

Veliko prebivalcev je zaradi ukrepov za zajezitev širjenja okužbe z virusom SARS-CoV-2 začasno prenehalo delati, storitvene dejavnosti so se izvajale v omejenem obsegu ali sploh ne. Vse to je vplivalo na ekonomsko situacijo prebivalcev, kar bi lahko vodilo v pojav ekonomskega nasilja v družini. Največ so o izkušnjah ekonomskega nasilja poročali dijaki, študenti in brezposelne osebe, v drugi presečni raziskavi pa tudi osebe, ki so svoj status aktivnosti opredelile kot drugo. Ni nenavadno, da so mladi občutili ekonomsko nasilje, saj se je študentsko/dijaško delo v obdobju epidemije zelo omejilo. Tudi sicer se v Sloveniji velik delež študentov spoprijema s finančnimi težavami. V mednarodni raziskavi Evroštudent VI (Gril idr., 2018) je o finančnih težavah poročalo 60 % študentov iz finančno šibkih družin, 36 % študentov pa je poročalo, da morajo delati, ker si študija brez dela ne bi mogli privoščiti.

Torej ni presenetljivo, da so mladi zelo močno občutili ekonomsko nasilje in ekonomske posledice pandemije covid-19, saj so bili v finančni stiski že pred pandemijo, ki jo je še povečala. Opisani dejavniki in ukrepi so zelo verjetno vplivali na pojav in povečanje ekonomskega nasilja v družini, predvsem nad mladimi družinskimi člani ter tistimi, ki so v večji finančni stiski. Mladi so postali bolj finančno odvisni od staršev, kar je lahko privedlo do povečanja ekonomske odvisnosti, konfliktov in nasilja. Tudi Negash in sodelavci (2021) poročajo o vplivu pandemije covid-19 na finančne stiske študentov. Raziskava spletne presečne raziskave, ki je zajela študente petih nemških univerz, je pokazala, da je pandemija covid-19 vplivala na finančne stiske mladih oziroma študentov. Številni so izgubili zaposlitev, kar je ogrozilo njihovo finančno preživetje. V času pandemije so študenti pogosteje poročali, da v primerjavi z obdobjem pred pandemijo nimajo dovolj finančnih sredstev za preživetje. V obdobju veljave ukrepov za zajezitev širjenja virusa SARS-CoV-2 so družinski člani preživeli skupaj več časa, kar je omogočilo večji nadzor v medosebnih odnosih ter nadzor nad početjem drugih članov družine.

Brink in sodelavci (2021) navajajo, da je 2,2 % žensk v spletni raziskavi poročalo, da niso smele zapustiti doma brez partnerjevega dovoljenja, 4,6 % žensk pa je poročalo, da je partner nadzoroval njihove stike z drugimi ljudmi ter stike po spletnih aplikacijah.

Druga najpogosteje poročana oblika nasilja v raziskavi SI-PANDA je bilo omejevanje stikov in svobode. 4,4 % prebivalcev je v prvi in drugi presečni raziskavi poročalo, da jim družinski člani omejujejo stike in svobodo, bistvenih razlik med spoloma ni bilo. Osebe v starostni skupini od 18 do 29 let ter dijaki in študenti so najpogosteje poročali o omejevanju stikov in svobode. Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj (2020) pojasnjuje, da omejitveni ukrepi vplivajo tudi na prepoved obiskovanja družinskih članov ali prijateljev izven gospodinjstva.

Omejitveni ukrepi so na različne načine prizadeli vse prebivalce, predvsem mlade, saj so izgubili socialne stike, ki so jih imeli v izobraževalnih ustanovah, hkrati pa so ukrepi vplivali na izvajanje prostočasnih dejavnosti, ki so bile v večini odpovedane. Morda je prišlo do konfliktov in omejevanja stikov, saj so starši svojim otrokom oziroma mladim zaradi strahu pred okužbo z virusom SARS-CoV-2 omejevali oziroma preprečevali stike z ljudmi izven kroga družine, in je tudi to vplivalo na velik delež omejevanja stikov in svobode med mlajšimi prebivalci.

Leskošek in sodelavci (2010) so z raziskavo o pojavnosti nasilja v zasebni sferi in partnerskih odnosih ugotovili, da je omejevanje gibanja, stikov in osebne svobode doživelo 6,1 % žensk ter da je bila ta oblika nasilja po pogostosti predzadnja, v raziskavi SI-PANDA pa je ta oblika nasilja zelo pogosta med moškimi in ženskami. Morda so nekateri prebivalci to vprašanje razumeli v drugačnem kontekstu, čeprav je bilo vprašanje postavljeno za doživljanje te oblike nasilja, ki jo povzročijo družinski člani. Varuh človekovih pravic (2020) poroča, da so se nanj obračali pobudniki, ki so menili, da Odlok o začasni splošni prepovedi gibanja in zbiranja ljudi na javnih mestih in površinah v Republiki Sloveniji ter prepovedi gibanja izven občin prekomerno posega v njihove temeljne človekove pravice in svoboščine.

Verjetno so omejitveni ukrepi za zamejitev širjenja okužbe z virusom SARS-CoV-2 vplivali na pogosto poročanje prebivalcev o omejevanju stikov in svobode, čeprav smo spraševali o tovrstnem vedenju družinskih članov.

V obeh presečnih raziskavah SI-PANDA so ženske v primerih, ko so poročale, da doživljajo nasilje, kot povzročitelja nasilja navedle sedanjega partnerja, to kažejo tudi številne raziskave na nacionalni in evropski ravni. Vseevropska raziskava Agencije Evropske unije za temeljne pravice (2014) je pokazala, da je bilo v Sloveniji 13 % anketirank žrtev fizičnega ali spolnega nasilja sedanjega ali prejšnjega partnerja od svojega 15. leta dalje, na ravni Evropske unije je vsaka tretja ženska od svojega 15. leta starosti, doživela fizično in/ali spolno nasilje. Ena od 20 žensk, starejših od 15 let, je bila posiljena. Tudi podatki Svetovne zdravstvene organizacije (2021) kažejo, da nasilje nad ženskami ostaja razširjeno po vsem svetu. 1 od 3 žensk je bila v svojem življenju izpostavljena fizičnemu ali spolnemu nasilju intimnega partnerja ali spolnemu nasilju druge osebe. To število ostaja v zadnjem desetletju večinoma nespremenjeno.

Moški so v prvi presečni raziskavi najpogosteje poročali, da je povzročiteljica nasilja sedanja partnerka, v drugi presečni raziskavi pa mati (morda je prišlo do medgeneracijskih konfliktov glede upoštevanja ukrepov za zamejitev širjenja virusa SARS-CoV-2). Društvo za nenasilno komunikacijo (2022) pravi, da večino nasilja, ki se dogaja v partnerskih odnosih, povzročijo moški ter da obstaja določen delež moških, ki so žrtve nasilja svoje partnerke. Moški pa so pogosteje žrtve nasilja drugih moških, predvsem v primerih kaznivih dejanj nasilništva.

Zdravstvene posledice nasilja so številne; telesne, duševne, spolne, reproduktivne, vedenjske in druge dolgoročne posledice. Podatki raziskave SI-PANDA kažejo, da je bila izkušnja nasilja pogostejša pri tistih osebah, pri katerih smo ugotavljali tudi možno prisotnost ali veliko verjetnost težav v duševnem zdravju (na osnovi lestvice MHI-5). Pandemija covid-19 in pojav virusa SARS-CoV-2 sta vplivala na duševno zdravje ljudi, obenem pa tudi nasilje zelo negativno vpliva na duševno zdravje. Zver Makovec (b. d.) pravi, da je izpostavljenost nasilju pomemben dejavnik nastanka težav v duševnem zdravju.

Britanska raziskava o posledicah nasilja na zdravje je pokazala, da ima nasilje v družini pomembne posledice za telesno in duševno zdravje žensk in moških, ki so njegove žrtve. Avtorji opozarjajo, da morajo biti zdravniki pozorni, če imajo osebe težave v duševnem zdravju (pogosti sta tesnoba in depresija), saj je to lahko pokazatelj, da doživljajo nasilje v družini (Ferrari idr., 2016). Leskošek in sodelavci (2010) so v nacionalni raziskavi o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih (2010) ugotovile, da so ženske, ki doživljajo nasilje, manj zdrave od žensk v splošni populaciji. Večkrat doživljajo stres, tesnobo, glavobol, imajo stalno bolečino v predelu trebuha, nespečnost, strah, depresivnost, motnje spanja ter pogosteje in resneje mislijo na samomor. AGE UK (2020) je britanska organizacija, ki je izvedla raziskavo med starostniki (65 ali več let) šest mesecev po začetku pandemije covid-19. Raziskava je pokazala, da je pandemija covid-19 zelo negativno vplivala na socialne stike in duševno zdravje starostnikov.

Pandemija covid-19 in spremembe, povezane z njo, so negativno vplivale na življenje otrok in mladostnikov. Hkrati pa so v ospredje stopile stiske mladih, ki so bile pred pandemijo nekoliko bolj skrite. Dobnik Renko in sodelavci (2020) opozarjajo, da so otroci in mladostniki iz družin, kjer je bilo že pred pandemijo covid-19 prisotno nasilje, obremenjeni dvojno, saj je pandemija še dodatno poslabšala njihovo situacijo.

Družbene spremembe, ukrepi, negotovost in občutki strahu, ki so se pojavili s pandemijo covid-19, so vplivali na duševno zdravje vseh prebivalcev, predvsem ranljivih skupin, med katere spadajo tudi mladi in starejši. Hkrati pa je duševno zdravje prebivalcev obremenjevalo tudi nasilje, ki so ga doživljali v družini.

ZAKLJUČEK

Vse, kar doživljamo, vpliva na naše zdravje (fizično in duševno). Tudi zaradi zdravstvenih posledic nasilja se moramo v okviru zdravstva in javnega zdravja zavzemati za preprečevanje nasilja in enakost spolov. Nasilje v družini je del naše realnosti in problem celotne družbe. Na NIJZ se zavedamo, da je nasilje v družini odraz neenakosti med spoloma, zato raziskujemo zdravje tudi s perspektive spola (biološkega in družbenega). Naslavljanje tematike nasilja v družini in nasilja nad ženskami je izjemnega pomena tudi na področju zdravstva in javnega zdravja, saj ima nasilje negativen vpliv na celotno zdravje posameznika in celotne družbe. Na področju javnega zdravja je nujno, da preprečevanju nasilja namenimo več časa, raziskovanja, sodelovanja ter povezovanja z drugimi pomembnimi organizacijami, ki delujejo na tem področju. Zavezani smo k intenzivnejšem delovanju v dobro žensk, še posebno tistih, ki so žrtve partnerskega nasilja in nasilja v družini. S tem prispevamo h kakovosti njihovega življenja in tudi življenja otrok, moških, družin in družbe.

VIRI IN LITERATURA

- Agencija Evropske unije za temeljne pravice. (2014). *Violence against women: An EU-wide survey*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
- Age UK. (2020). *The impact of COVID-19 to date on older people's mental and physical health*. https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health-wellbeing/the-impact-of-covid-19-on-older-people_age-uk.pdf
- Agencija Združenih narodov za ženske. (2020). *COVID-19 and ending violence against women and girls*. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Issue-brief-COVID-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf>
- Barchielli, B., Baldi, M., Paoli, E., Roma, P., Ferracuti, S., Napoli, C., Giannini, A. M. in Lausi, G. (2021). When "stay at home" can be dangerous: Data on domestic violence in Italy during COVID-19 lockdown. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 8948–8959. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178948>
- Bass, E., Davis, L., Zaviršek, D., Weber, I. in Mesec, P. (1998). *Pogum za okrevanje: priročnik za ženske, ki so preživele spolno zlorabo v otroštvu*. Liberalna akademija.
- Brink, J., Cullen, P., Beek, K. in Peters, S. A. E. (2021). Intimate partner violence during the COVID-19 pandemic in Western and Southern European countries. *European Journal of Public Health*, 31(5), 1058–1063. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab093>
- Campbell, A. M. (2020). An Increasing Risk of Family Violence during the Covid-19 Pandemic: Strengthening Community Collaborations to Save Lives. *Forensic Science International: Reports*, 2, 100089.
- Dobnikar, M. (1995). *Priročnik za usposabljanje prostovoljk: interna publikacija*. Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja.
- Dobnik Renko, B., Janjušević, P., Kreft Hausmeister I., Lampret, M., Mikuž, A., Mlinarič, A. in Pristovnik, T. (2020). *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v času epidemije covid-19. Gradivo za vzgojno-izobraževalne ustanove v času postopnega odpiranja vrtcev in šol*. http://klinikna-psihologija.si/wp-content/uploads/2020/05/ZKP_Dusevno_zdravje_otrok.pdf
- Društvo za nenasilno komunikacijo. (2022). *Nasilje nad ženskami*. <https://www.drustvo-dnk.si/o-nasilju/nasilje-nad-zenskami.html#f>
- Evropski inštitut za enakost spolov. (2022). *Femicid ali umori žensk*. <https://eige.europa.eu/sl/taxonomy/term/1128>
- Family Action. (2021). *Family Resilience – The Impact of COVID-19*. https://www.family-action.org.uk/content/uploads/2021/03/LV-Family-Action_Family-Resilience.pdf
- Ferrari, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J., Howard, L., Howarth, E., Peters, T. J., Sardinha, L. in Feder, G. S. (2016). Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global Health Action*, 9(1), 29890–29890. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29890>
- Filipčič, K., Drobňjak, M., Plesničar, M. in Bertok, E. (2021). Intimnopartnersko nasilje v času pandemije covid-19. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo*, 72(1), 65-78.
- Gril, A., Bijuklič, I. in Autor, S. (2018). *Evroštudent VI: socialni in ekonomski pogoji življenja študentov v Evropi: 2016-2018: pregled glavnih ugotovitev raziskave v Sloveniji*. Pedagoški inštitut. http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/Visoko_solstvo/Statistika_in_analize/Eurostudent/EVROSTUDENT_6_-_Kratko_porocilo_-_ZA_NET_optimizirano.pdf

- Heise, L., Ellsberg, M. in Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population reports*, 11(1), 1-43.
- Ivandic, R. in Kirchmaier, T. (2020). Domestic abuse in times of quarantine. V R. Vaitilingam (ur.), *The covid-19 issue* (str. 6-8). CentrePiece 25(2). https://cep.lse.ac.uk/pubs/download/CentrePiece_25_2.pdf
- Kopčavar Guček, N. (2015). Nasilje v družini je tudi javnozdravstveni problem! *Revija ISIS*, 10, 15-18. https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/ISIS/2015/isis2015-10.pdf?sfvrsn=ed572436_0
- Kourti, A., Stavridou, A., Panagouli, E., Psaltopoulou, T., Spiliopoulou, C., Tsolia, M., Sergentanis, T. N. in Tsitsika, A. (2021). Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 0–27. <https://doi.org/10.1177/15248380211038690>
- Kustec, S., Logaj, V., Krek, M., Flogie, A., Truden Dobrin, P. in Ivanuš Grmek, M. (2021). *Šolsko leto 2021/22 v Republiki Sloveniji v razmerah, povezanih s covidom-19. Modeli in priporočila*. Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport ter Zavod Republike Slovenije za šolstvo. https://www.zrss.si/pdf/modeli_in_priporocila.pdf
- Leskošek, V. (2014). Razvoj dela na področju nasilja nad ženskami v Sloveniji. V Š. Veselič, D. Horvat in M. Plaz (ur.), *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja* (str. 35-50). Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja.
- Leskošek, V., Urek, M. in Zaviršek, D. (2010). *Poročilo o nacionalni raziskavi o nasilju v zasebni sferi in partnerskih odnosih*. Inštitut za kriminologijo.
- Matko, K. in Horvat, D. (2016). *Kako poročati o nasilju v družini in o nasilju nad ženskami: priročnik za medije*. Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja. <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-E2XY5L4K>
- Miklič, N. (2014). Pristojnosti policije na področju preprečevanja nasilja v družini. V Š. Veselič, D. Horvat in M. Plaz (ur.), *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja* (str. 192-200). Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja.
- Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport. (2020). *Odlok o začasnih prepovedi zbiranja ljudi v zavodih s področja vzgoje in izobraževanja ter univerzah in samostojnih visokošolskih zavodih*. https://prevajalstvo.ff.uni-lj.si/sites/default/files/documents/Dopis_VSZ_23_10_2020_P.pdf
- Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije. (2021). *Na konferenci o kolateralni škodi epidemije covid-19 strokovnjaki o stiskah otrok in mladostnikov*. <https://www.policija.si/medijsko-sredisce/sporocila-za-javnost/sporocila-za-javnost-gpue/107859-na-konferenci-o-kolateralni-skodi-epidemije-covid-19-strokovnjaki-predstavili-svoje-izkusnje-in-videnje-problematike-dozivljanja-stisk-otrok-in-mladostnikov>
- Misca, G. (b.d.). *Study find lasting impacts of families during Covid-19 pandemic*. University of Worcester. <https://www.worcester.ac.uk/about/news/academic-blog/study-finds-lasting-impacts-on-families-during-covid-19-pandemic.aspx>
- Negash, S., Kartschmit, N., Mikolajczyk, R.T., Watzke, S., Matos Fialho, P.M., Pischke, C.R., Busse, H., Helmer, S.M., Stock, C., Zeeb, H., Wendt, C., Niephaus, Y. in Schmidt Pokrzywniak, A. (2021). Worsened Financial Situation During the COVID-19 Pandemic Was Associated with Depressive Symptomatology Among University Students in Germany: Results of the COVID-19 International Student Well-Being Study. *Frontiers in Psychiatry* (12), 743158. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.743158/full>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). COVID-19: *Protecting people and societies*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-protecting-people-and-societies-e5c9de1a/>
- Pajnikih, M., Cesar, K., Selak, Š., Crnkovič, N., Šorgo, A. in Gabrovec, B. (2021). Raziskava o doživljanju epidemije covid-19 med študenti. *Poročilo o opravljeni raziskavi (med študenti medicine in zdravstvenih ved)*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/raziskava_o_dozivljanju_epidemije_covid-19_med_studenti_medicine_in_zdravstvenih_ved.pdf
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Jemison, E., Kaukinen, C. in Knaul, F. M. (2021). Domestic violence during the COVID-19 pandemic - Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*, 74, 101806–101806. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806>
- Plaz, M. (2014). Nasilje nad ženskami v partnerskih in sorodstvenih odnosih. V Š. Veselič, D. Horvat, M. Plaz (ur.), *Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja* (str. 75- 93). Društvo SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja.
- Statistični urad Republike Slovenije (2022). *Osebnost v zasebnem okolju, 2020*. <https://www.stat.si/StatWeb/News/Index/10159>
- Suhovršnik, M. (2021). *O nasilju nad starejšimi ženskami*. Inštitut za proučevanje enakosti spolov. <http://ipes-si.org/blog/2021/01/20/o-nasilju-nad-starejsimi-zenskami/>

Svenšek, A. (2021). *Ob prošnji po finančni pomoči se ljudje na humanitarce obračajo tudi po psihološko podporo*. <https://www.rtv slo.si/slovenija/ob-prosnji-po-financni-pomoci-se-ljudje-na-humanitarce-obracajo-tudi-po-psiholosko-podporo/594613>

Svetovna zdravstvena organizacija. (1996). *Prevention of violence: a public health priority*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179463/WHA49_R25_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Svetovna zdravstvena organizacija. (2020). *COVID-19 and violence against women. What the health sector/system can do*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf?ua=1>

Svetovna zdravstvena organizacija. (2021). *Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence*. <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>

Šimenc, J. in Šprah, L. (2015). Odpiranje vrat: predgovor. V J. Šimenc (ur.), *Prepoznavna in obravnava žrtev nasilja v družini: priročnik za zdravstveno osebje* (str. 5–6). Zdravniška zbornica Slovenije. <http://www.prepoznajnasilje.si/docs/default-source/default-document-library/priro%C4%8Dnik-za-zdravstveno-osebje.pdf?sfvrsn=0>

UNICEF. (2021). *Podatki s terena potrjujejo porast stisk med otroki in mladimi v Sloveniji*. <https://unicef.si/podatki-s-terena-potrjujejo-porast-stisk-med-otroki-in-mladimi-v-sloveniji/>

Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. (2020). *Vpliv Covid-19 na nekatere vidike kakovosti življenja in družbene blaginje. Kratke analize*. https://www.umar.si/fileadmin/user_upload/publikacije/kratke_analize/Vplivi_Covid-19_na_zivljenje_Sodja/Vplivi_Covid-19_na_nekatere_vidike_kakovosti_zivljenja_in_druzbene_blaginje1.pdf

Urek, M. (2013). Nasilje nad ženskami v partnerskih odnosih in v zasebni sferi v Sloveniji. V Leskošek, V., Antić Gaber, M., Selišnik, I., Filipčič, K., Urek, M., Matko, K., Zaviršek, D., Sedmak, M. in Kralj, A. *Nasilje nad ženskami v Sloveniji* (str. 71-100). Založba Aristej.

Varuh človekovih pravic. (2020). *Varuh človekovih pravic in obravnava s covid-19 povezanih zadev*. https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/Covid-19/VCP_brvnava_COVID-19_zadev_do_konca_aprila_2020.pdf

Zakon o preprečevanju nasilja v družini (ZPND) (2008). Uradni list RS, št. 16/08, 68/16, 54/17 – ZSV-H in 196/21 – ZDOsk. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5084>

Zver Makovec, M. (b.d.). *Nasilje v družini: zdravstveni in družbeni problem. Posledice nasilja za zdravje*. <https://www.prepoznajnasilje.si/izobrazevalno-gradivo-vsebine/nasilje-v-dru%C5%BEini-zdravstveni-in-dru%C5%BEbeni-problem>

15. DOŽIVLJANJE PANDEMIJE, PANDEMSKA IZČRPANOST IN VPLIV PANDEMIJE NA KOGNITIVNE SPOSOBNOSTI



Doživljanje pandemije, pandemska izčrpanost in vpliv pandemije na kognitivne sposobnosti

AVTORICE: *Ada Hočevar Grom, Andreja Belščak Čolaković, Marina Šinko, Darja Lavtar*

KLJUČNE BESEDE: pandemija covid-19, doživljanje pandemije, pandemska izčrpanost, lestvica pandemske izčrpanosti, kognitivne sposobnosti

UVOD: Dolgo časa trajajoča pandemija covid-19 je pomembno vplivala na doživljanje, funkcioniranje in tudi fizično ter duševno zdravje ljudi. Namen prispevka je prikazati izsledke prve presečne raziskave SI-PANDA v povezavi z doživljanjem pandemije covid-19 in izsledke druge presečne raziskave v povezavi s pandemsko izčrpanostjo in vplivom pandemije na kognitivne sposobnosti prebivalcev Slovenije.

METODE: V prvi presečni raziskavi SI-PANDA smo merili doživljanje pandemije covid-19 (model zdravstvenega prepričanja, HBM), v drugi pa prisotnost pandemske izčrpanosti (lestvica pandemske izčrpanosti, PFS) in vpliv pandemije na kognitivno delovanje (kazalnik zaznane kognitivne spremembe). Raziskovali smo tudi povezavo med navedenimi temami in različnimi sociodemografskimi dejavniki.

REZULTATI: Slaba petina oseb je ocenilo, da so se težko izogibali okužbi z virusom SARS-CoV-2. Tretjina pa jih je navedla, da doživljajo virus SARS-CoV-2 kot nekaj, kar jim povzroča stres. Raziskava je potrdila prisotnost pandemske izčrpanosti. Pri tem še posebej izstopajo mlajše osebe, osebe z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju, tisti, ki ocenjujejo svojo finančno situacijo v zadnjih treh mesecih kot slabšo kot pred tem, in pa osebe, ki se ne nameravajo cepiti proti covidu-19. Med pandemijo covid-19 je bil zaznan tudi manjši upad samoocenjenih kognitivnih sposobnosti ljudi v primerjavi z obdobjem pred pandemijo, še posebno pri osebah z veliko možnostjo težav v duševnem zdravju ter pri najstarejših osebah in upokojencih.

ZAKLJUČEK: Večina ljudi je pandemijo covid-19 doživljala na podoben način, ne glede na spol, starost, izobrazbo ali status zaposlitve. Težje so pandemijo doživljali ljudje s težavami v duševnem zdravju in tisti s slabšo finančno situacijo v zadnjih treh mesecih. Tudi med Slovenci je bila zaznana pandemska izčrpanost. Izsledki raziskave so pokazali, da bi se morali strokovnjaki in odločevalci v primeru kakršnekoli epidemije večjih razsežnosti seznaniti s tem, kako jo doživljajo posamezne skupine prebivalcev, ter posebno pozornost nameniti tudi vprašanju nastanka pandemske izčrpanosti in vplivu pandemije na kognitivno delovanje.

KLJUČNI POUDARKI:

- V prvi presečni raziskavi je slaba petina oseb navedlo, da so se v takratni situaciji težko izogibali okužbi z virusom SARS-CoV-2.
- Slaba polovica oseb je pandemijo covid-19 doživljalo kot nekaj blizu sebi, približno 40 % jo je doživljalo kot medijsko napihnjeno, okrog tretjina oseb pa kot nekaj, kar jim povzroča stres in vzbuja strah.
- V drugi presečni raziskavi smo ugotovili prisotnost pandemske izčrpanosti prebivalcev Slovenije. Najizrazitejša je bila pri osebah, pri katerih obstaja velika verjetnost težav v duševnem zdravju, pri osebah, ki ocenjujejo svojo finančno situacijo v zadnjih treh mesecih slabše kot pred tem, in pri osebah, ki se niso cepile proti covidu-19.
- V drugi presečni raziskavi je četrtnina prebivalcev ocenilo, da je prišlo do poslabšanja njihovih kognitivnih sposobnosti v času pandemije covid-19 v primerjavi z obdobjem pred pandemijo. O upadu kognitivnih sposobnosti med pandemijo covid-19 so poročale predvsem osebe, stare 70 in več let, osebe, ki imajo veliko verjetnost težav v duševnem zdravju, in osebe, ki so prebolele covid-19.

UVOD

Minilo je že več kot dve leti od začetka pandemije covid-19. V tistem času smo se soočali po eni strani z velikim številom okuženih in bolnih, po drugi strani pa z različnimi ukrepi za preprečevanje in obvladovanje širjenja okužb z virusom SARS-CoV-2, ki so močno vplivali na naše vsakdanje življenje. Ukrepi so bili sicer učinkoviti pri obvladovanju pandemije, a so njihove dolgotrajnost in stroge omejitve od ljudi zahtevali določene psihične in fizične napore. Posledično so se sčasoma izčrpali kompenzatorni mehanizmi za obvladovanje krizne situacije nekaterih ljudi in s tem se je zmanjšala tako njihova motivacija za upoštevanje priporočenih (samo) zaščitnih vedenj kot tudi motivacija za informiranje o pandemiji. Takšno vedenje posameznikov lahko ogroža obvladovanje pandemije – govorimo o pandemski izčrpanosti (World health organization, 2020), lahko pa ima tudi dolgotrajnejše vplive na zdravje. Tuje raziskave so pokazale, da so osebe, ki niso bile psihično utrujene od pandemije, bolj zaupale v to, da bo pandemija covid-19 sčasoma obvladana, prav tako pa so bile bolj zadovoljne z ukrepi odločevalcev in so dosledneje poročale o morebitnih okužbah (Morgul idr., 2021) ter so tudi bolj upoštevale ukrepe, ki so bili le priporočeni oziroma prostovoljni (Gao idr., 2021). Za namene merjenja pandemske izčrpanosti v ožjem pomenu besede so tuji raziskovalci razvili sklop vprašanj, ki kažejo pandemsko izčrpanost (angl. Pandemic Fatigue Scale, PFS) in potrdili vzročno povezanost med pandemsko izčrpanostjo in štirimi pomembnimi zaščitnimi ukrepi: fizično razdaljo, vzdrževanjem osebne higiene, uporabo mask in iskanjem informacij (Lilleholt idr., 2020). Ker med zdravstvenimi krizami, kakršna je bila pandemija covid-19, pride do intenzivnejšega čustvenega doživljanja, se to lahko odraža tudi v spremenjenem kognitivnem delovanju oziroma njegovem poslabšanju, posebno pri posameznikih, ki se na krizne situacije odzivajo zelo čustveno in pogosto bolj negativno. Na splošno je o vplivu zdravstvene krize na kognitivne spremembe pri ljudeh malo znanega. V panelni spletni raziskavi o vplivu pandemije na življenje SI-PANDA (Hočevar Grom idr., 2021) je bilo ugotovljeno, da je skoraj ena četrtnina anketiranih oseb samoocenilo, da je pri njih med pandemijo prišlo do poslabšanja kognitivnih sposobnosti v primerjavi s kognitivnim funkcioniranjem pred njo (Kavčič idr., 2021). Druge raziskave kažejo, da je samoporočana večja zaskrbljenost zaradi pandemije napovedovala primanjkljaje v hitrosti procesiranja informacij in druge kognitivne težave, ki lahko vplivajo tudi na razumevanje in upoštevanje priporočenih samozaščitnih ukrepov (Da Silva Castanheira idr., 2021). Namen prve presečne raziskave je bil pridobiti vpogled v doživljanje pandemije covid-19, z njo povezanih ukrepov in spremenjenih življenjskih razmer prebivalcev Slovenije. V drugi presečni raziskavi pa smo želeli oceniti, ali je tudi med slovenskimi prebivalci prišlo do pandemske izčrpanosti in ali so anketirane osebe zaznale spremembe v svojem kognitivnem delovanju v času pandemije covid-19 v primerjavi s svojim kognitivnim delovanjem pred njo.

METODE

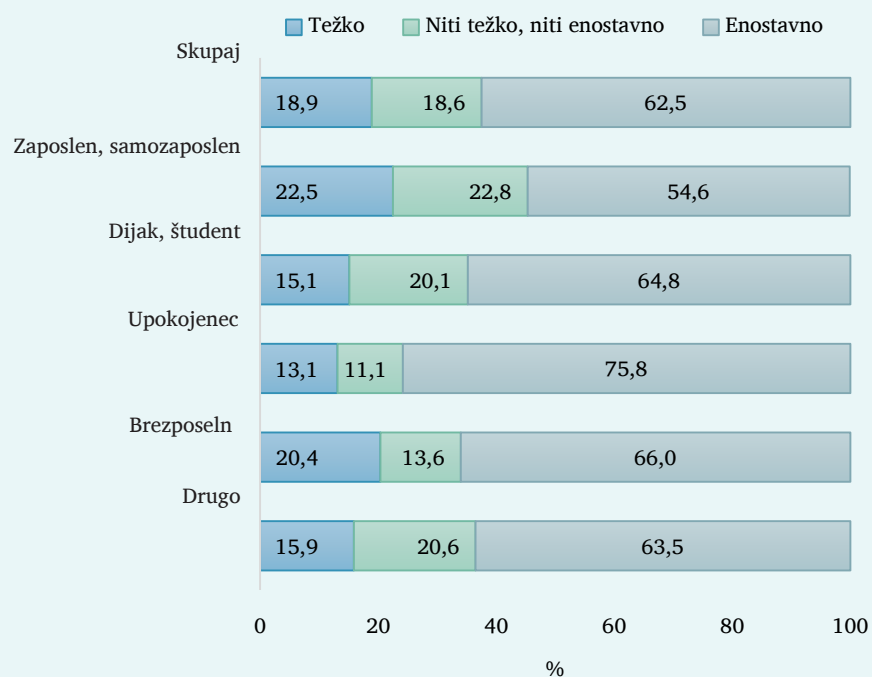
V prvi presečni raziskavi smo anketiranim osebam postavili vprašanje, kako doživljajo situacijo v zvezi z virusom SARS-CoV-2, in sicer v obliki trditve, kako težko oz. lahko je zanj/zanjo izogibanje okužbi z virusom SARS-CoV-2 v trenutni situaciji. Trditev so anketiranci ocenjevali na 7-stopenjski lestvici, kjer 1 pomeni zelo težko in 7 zelo lahko. Poleg tega vprašanja smo v prvi presečni raziskavi anketirane osebe spraševali, kako doživljajo virus SARS-CoV-2 tudi po modelu zdravstvenega prepričanja (angl. Health Belief Model, HBM), ki je postavljen v obliki sedmih trditev na dveh polih: kot nekaj zelo blizu mene/nekaj meni zelo oddaljenega, kot nekaj, kar se počasi širi/nekaj, kar se hitro širi, kot nekaj, o čemer ves čas razmišljam/nekaj, o čemer nikoli ne razmišljam, kot nekaj, kar mi zbuja strah/ kar mi ne zbuja strahu, kot nekaj, kar je napihnjeno s strani medijev/ni napihnjeno s strani medijev, kot nekaj, zaradi česar se počutim nemočnega/proti čemer se lahko borim s svojim ukrepanjem, kot nekaj, kar mi povzroča stres/mi ne povzroča stresa. Odgovor na posamezno trditev so lahko izbrali na 7-stopenjski lestvici, na kateri je bila 1 na strani negativnega doživljanja in 7 na strani bolj racionalnega doživljanja.

Za merjenje pandemske izčrpanosti smo v drugi presečni raziskavi uporabili sklop šestih trditev iz vprašalnika pandemske izčrpanosti (PFS). Trditve so se nanašale na spremljanje razprav o covidu-19 v medijih, občutke ob sledenju priporočilom, samoomejevanju zaradi zaščite najranljivejših prebivalcev, pa tudi o pogovorih o covidu-19 v krogu bližnjih ter o volji do boja proti covidu-19. Anketirane osebe so trditve ocenjevale s pomočjo 7-stopenjske lestvice, kjer 1 pomeni *sploh se ne strinjam*, 7 pa pomeni *popolnoma se strinjam*. Kazalnik pandemske izčrpanosti je seštevek vseh šestih trditev, deljen s številom postavk (6), končni rezultat pa predstavlja splošno pandemsko izčrpanost. Višja kot je vrednost kazalnika pandemske izčrpanosti, večja je izčrpanost zaradi pandemije, o kateri so poročale anketirane osebe.

Da bi izmerili vpliv pandemije na umske sposobnosti, smo uporabili štiri vprašanja, ki se nanašajo na vsakdanje situacije in dejavnosti, pri katerih so neizogibno vključene kognitivne sposobnosti, in ki so za anketirance lahko razumljive, npr. težave s pozornostjo, pomnjenjem, osredotočenostjo ter pri preklapljanju med različnimi umskimi aktivnostmi. Anketiranci so na vprašanja o samooceni umskih sposobnosti pri izvajanju vsakodnevnih aktivnosti v zadnjih dveh tednih med pandemijo covid-19 v primerjavi z obdobjem pred pandemijo odgovarjali na 7-stopenjski lestvici, kjer 1 pomeni veliko lažje kot prej, 4 enako kot prej in 7 veliko težje kot prej. Kazalnik zaznane kognitivne spremembe (ZKS) predstavlja povprečje odgovorov na zastavljena štiri vprašanja. Višja kot je ocena ZKS, večja je kognitivna sprememba oz. večji je upad kognitivnih sposobnosti zaradi pandemije covid-19. Tako kazalnik pandemske izčrpanosti kot tudi kazalnik zaznanih kognitivnih sprememb smo pojasnjevali glede na sociodemografske spremenljivke (spol, starost, doseženo izobrazbo, status aktivnosti ...). Pri tem je bila uporabljena analiza variance ANOVA za ugotavljanje razlik med povprečji. Upoštevana je bila raven statistične značilnosti $p \leq 0,05$.

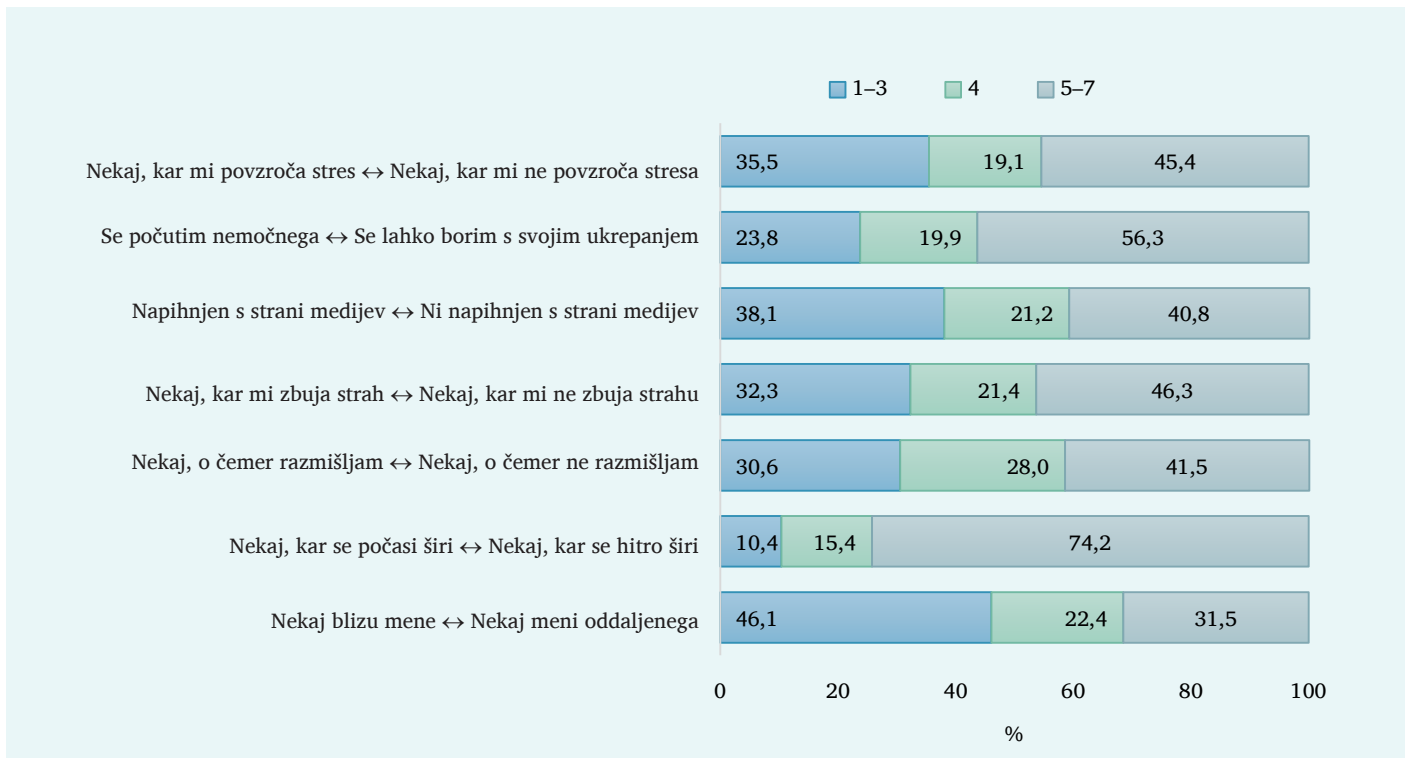
REZULTATI

Slaba petina oseb v prvi presečni raziskavi je poročalo, da je bilo izogibanje okužbi z virusom SARS-CoV-2 v takratni situaciji zanje težko (18,9 %), 18,6 % jih je poročalo, da ni bilo niti težko niti enostavno, slabima dvema tretjinama pa se je bilo enostavno izogibati okužbi s SARS-CoV-2. Statistično značilno več oseb s statusom zaposlenega ali samozaposlenega je navajala, da se jim je bilo v takratni situaciji težko izogibati okužbi z virusom SARS-CoV-2 (22,5 %) v primerjavi z osebami s statusom dijaka ali študenta, upokojenca oz. drugačnim statusom (13,1–15,9 %). Okužbi se je bilo enostavno izogibati statistično značilno več osebam s statusom upokojenca (75,8 %) kot drugim (62,5–66,0 %) (slika 28).



Slika 28: Izogibanje okužbi z virusom SARS-CoV-2 v trenutni situaciji; skupaj in glede na status aktivnosti; prva presečna raziskava

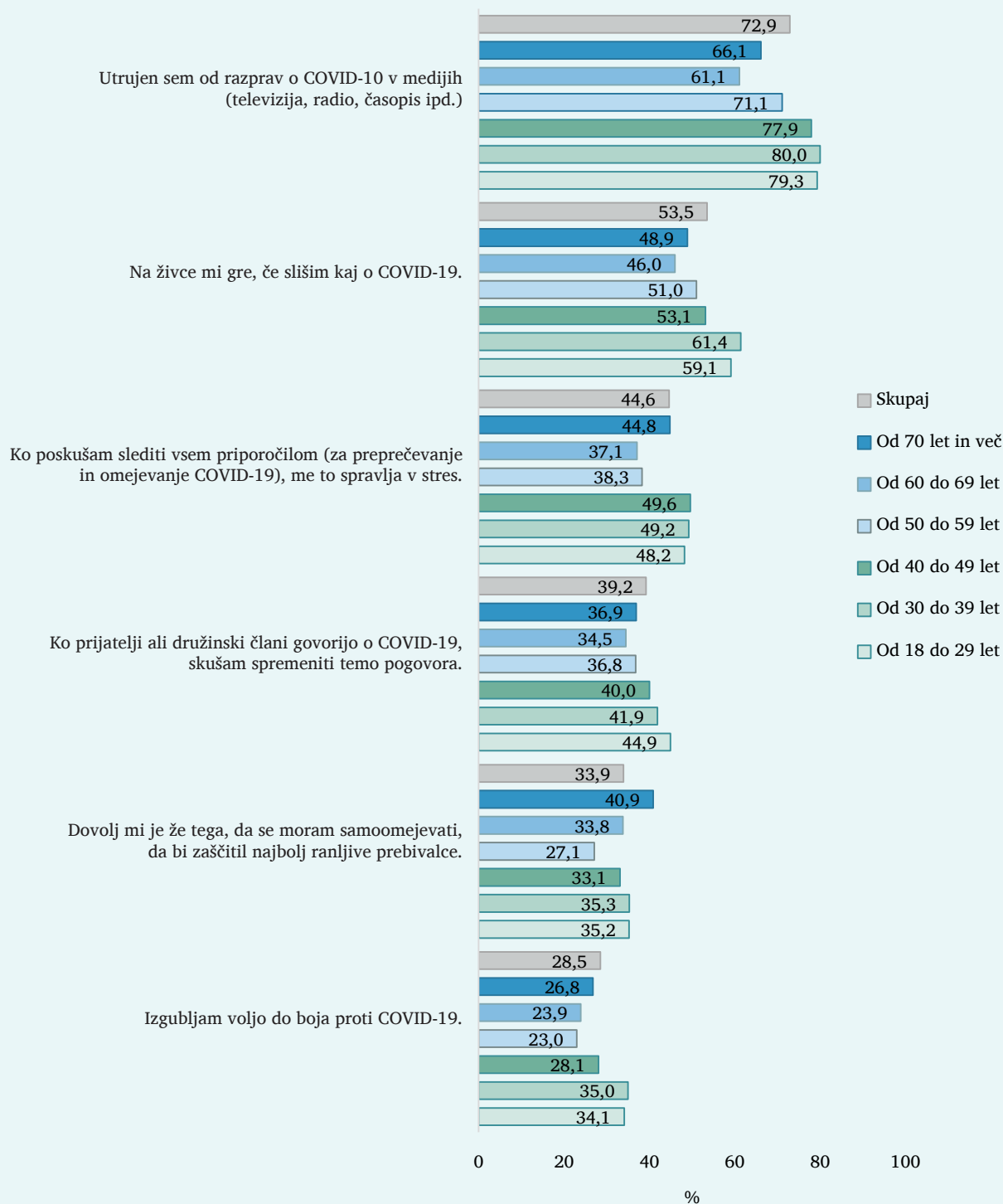
Covid-19 je dobra tretjina oseb doživljala kot nekaj, kar jim je povzročalo stres (35,5 %), in sicer je bilo med temi statistično značilno več oseb, starih od 18 do 49 let (38,6–46,8 %), v primerjavi z osebami, starih 60 in več let (24,4–29,2 %). Nemočno pa se je počutilo nekaj manj kot četrtna oseb (23,8 %). Da je covid-19 medijsko napihnjen, je menilo 38,1 % oseb, in sicer statistično značilno več oseb, starih od 18 do 59 let (30,7–57,2 %) kot starih 60 in več let (23,6–24,0 %). Slabi tretjini je covid-19 vzbujal strah (32,3 %). Strah v povezavi z covidom-19 je doživljalo statistično značilno več žensk (36,2 %) kot moških (28,4 %). 30,6 % oseb je doživljalo covid-19 tudi kot nekaj, o čemer razmišljajo, in sicer statistično značilno več žensk (32,2 %) kot moških (28,9 %). Kar 74,2 % oseb je bilo mnenja, da je covid-19 nekaj, kar se hitro širi (74,2 %). Skoraj polovica je doživljala covid-19 kot nekaj blizu sebi (46,1 %) (slika 29).



Slika 29: Doživljanje pandemije covid-19, skupaj, prva presečna raziskava

Opomba: Vrednosti bližje 1 se nanašajo na levo skrajnost trditve, vrednosti bližje 7 pa na desno skrajnost trditve

Pogled na posamezne trditve iz vprašalnika o pandemski izčrpanosti, ki je bil vključen v drugo presečno raziskavo, kaže, da so bili ljudje v veliki meri utrujeni od razprav o covidu-19 v medijih (skoraj 73 % prebivalcev), še posebno tisti v obeh najmlajših starostnih skupinah (od 18 do 29 let in od 30 do 39 let), kjer se je s to trditvijo strinjalo skoraj 80 % oseb. Osebe v teh dveh starostnih skupinah so bile statistično značilno bolj utrujene od razprav o covidu-19 kot osebe, stare 50 in več let (61,1–71,1 %). Nekaj več kot polovici anketiranih oseb je šlo na živce, če so slišali kaj o covidu-19 (53,3 %). Dobri dve petini oseb pa je spravljal v stres, ko so poskušali slediti vsem priporočilom (44,6 %). Tretjina oseb je navajala, da jim je dovolj tega, da se morajo samoomejevati, da bi zaščitili najranljivejše prebivalce (33,9 %). Statistično značilno več osebam, starim 70 in več let (40,9 %), je bilo dovolj tega, da se morajo samoomejevati, da bi zaščitili najranljivejše prebivalce, kot osebam, starim od 50 do 59 let (27,1 %). Nekaj manj kot 40 % jih je skušalo spremeniti temo pogovorov, ko so prijatelji ali družinski člani pričeli govoriti o covidu-19, dobra četrtnina oseb pa je izgubljalo voljo do boja proti covidu-19, pri čemer najmlajši, stari od 18 do 39 let (34,1–35,0 %), bolj kot osebe, stare od 50 do 69 let (23,0–23,9 %) (slika 30).



Slika 30: Doživljanje pandemije covida-19 skupaj in po starostnih skupinah; druga presečna raziskava

Sestavljeni kazalnik pandemske izčrpanosti je dosegel povprečno vrednost 4,09, iz česar lahko sklepamo, da je bila pri osebah zmerno prisotna. Največjo pandemsko izčrpanost so glede na starostne skupine doživljali prebivalci v starostni skupini od 30 do 39 let (povprečje 4,40), takoj za njimi pa najmlajši anketirani prebivalci, stari 18–29 let (4,38). Glede na spol so bile statistično značilno bolj pandemsko izčrpane ženske (4,20) kot moški (3,99). Glede na status aktivnosti so o največji pandemski izčrpanosti poročali dijaki in študentje (4,19), sledili so brezposelni (4,18) in zaposleni oz. samozaposleni (4,16). Najmanj pa so pandemsko izčrpanost občutile osebe s statusom upokojenca (3,87). Osebe, ki živijo same (4,29), so bolj občutile pandemsko izčrpanost kot osebe,

ki ne živijo same (4,01). Glede na morebitno prisotnost težav v duševnem zdravju so pandemsko izčrpanost najbolj občutili prebivalci z veliko verjetnostjo težav v duševnem zdravju (4,73), glede na finančno situacijo pa tisti, ki so jo ocenili slabše kot prej (4,51). Bolj so bili pandemsko izčrpani v Vzhodni Sloveniji v primerjavi z Zahodno Slovenijo, glede na precepljenost pa so večjo pandemsko izčrpanost občutili tisti, ki se ne bodo cepili proti covidu-19 (4,58) (preglednica 72).

Preglednica 72: Kazalnik pandemске izčrpanosti; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke; druga presečna raziskava

Kazalnik pandemске izčrpanosti	
Druga presečna raziskava	Povprečje
Skupaj (n = 2.709)	4,09
Spol	p = 0,0072
Moški	3,99
Ženski	4,20
Starostne skupine	p = 0,0000
Od 18 do 29 let	4,38
Od 30 do 39 let	4,40
Od 40 do 49 let	4,16
Od 50 do 59 let	3,90
Od 60 do 69 let	3,72
70 let in več	3,90
Dosežena stopnja izobrazbe	p = 0,1166
Osnovnošolska izobrazba ali manj	4,29
Srednja poklicna izobrazba	4,12
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	4,03
Višješolska izobrazba ali več	4,02
Status aktivnosti	p = 0,0147
Zaposlen, samozaposlen	4,15
Dijak, študent	4,19
Upokojenec	3,87
Brezposeln	4,18
Živi sam	p = 0,0000
Da	4,29
Ne	4,01
Težave v duševnem zdravju	p = 0,0000
Velika verjetnost težav	4,73
Možna prisotnosti težav	4,33
Brez težav	3,79
Osebna finančna situacija v zadnjih 3 mesecih	p = 0,0000
Boljša kot prej	3,78
Ostaja enaka kot prej	3,95
Slabša kot prej	4,51
Kohezijska regija	p = 0,0000
Vzhodna Slovenija	4,24
Zahodna Slovenija	3,92
Precepljenost proti covidu-19	p = 0,0000
Cepljeni	3,78
Se ne bodo cepili	4,58
Cepivo še ni bilo na voljo	3,98

Preglednica 73: Samoocena kognitivnih sprememb med pandemijo covid-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke; druga presečna raziskava

Zaznane kognitivne spremembe	
Druga presečna raziskava	Povprečje
Skupaj (n = 2.896)	4,17
Spol	p = 0,0076
Moški	4,14
Ženski	4,20
Starostne skupine	p = 0,0168
Od 18 do 29 let	4,15
Od 30 do 39 let	4,13
Od 40 do 49 let	4,13
Od 50 do 59 let	4,18
Od 60 do 69 let	4,19
70 let in več	4,24
Dosežena stopnja izobrazbe	p = 0,3498
Osnovnošolska izobrazba ali manj	4,18
Srednja poklicna izobrazba	4,18
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	4,18
Višješolska izobrazba ali več	4,14
Status aktivnosti	p = 0,0235
Zaposlen, samozaposlen	4,13
Dijak, študent	4,22
Upokojenec	4,22
Brezposeln	4,16
Drugo	4,20
Živi sam	p = 0,0000
Da	4,20
Ne	4,16
Težave v duševnem zdravju	p = 0,0000
Velika verjetnost težav	4,45
Možna prisotnost težav	4,22
Brez težav	4,08
Kohezijska regija	p = 0,6737
Vzhodna Slovenija	4,17
Zahodna Slovenija	4,17
Okuženost z novim koronavirusom	p = 0,0000
Da	4,20
Ne	4,16

Rezultati samoocenjenih kognitivnih sprememb so pokazali, da so anketiranci v povprečju ocenili, da so imeli v obdobju pandemije covid-19 nekoliko več težav na področju kognitivnega delovanja kot pred njo. V povprečju je samoocena kognitivnih sprememb znašala 4,17, kar pomeni, da so anketiranci poročali o določenem upadu kognitivnih sposobnosti. Rezultati so pokazali statistično značilne razlike po spolu. Samoocena kognitivnih sposobnosti je pri moških znašala 4,14, pri ženskah pa 4,20. V povprečju so torej ženske poročale o večjem kognitivnem upadu med pandemijo covid-19 kot moški. Glede na starost so o največjem upadu kognitivnih sposobnosti poročali najstarejši, stari 70 in več let (povprečje 4,24). Glede na zaposlitveni status anketiranih oseb so največji upad kognitivnih sposobnosti navajali upokojenci (4,22) ter dijaki in študenti (4,22), o najmanjšem upadu kognitivnih sposobnosti pa so poročale zaposlene oziroma samozaposlene osebe (4,13). Razlike so bile prisotne tudi glede na to, ali so anketiranci živeli sami ali ne – večji upad kognitivnih sposobnosti je bil prisoten pri tistih, ki živijo sami (4,20), v primerjavi s tistimi, ki ne živijo sami (4,16). Večje kognitivne spremembe med pandemijo pa so doživljali tudi tisti, ki so imeli veliko verjetnost težav v duševnem zdravju (4,45) v primerjavi s tistimi brez težav v duševnem zdravju (4,08) oz. z možno prisotnostjo težav v duševnem zdravju (4,22) ter tisti, ki so že bili okuženi s covidom-19 (4,20), v primerjavi s tistimi, ki se z virusom SARS-CoV-2 še niso okužili (4,16) (preglednica 73).

RAZPRAVA

Pandemija covid-19 je pomembno vplivala na življenje ljudi ter na njihovo fizično in psihično zdravje. V vsakdanjem življenju so se morali prilagajati številnim ukrepom, ki so jih poleg strahu pred okužbo z virusom SARS-CoV-2 postavljali v razmere, s katerimi se je večina med njimi soočila prvič v življenju. Čeprav je pandemija prizadela vse prebivalce Slovenije, pa je vsak od njih doživljal pandemijo na svoj način. Za 18,9 % oseb je bilo izogibanje okužbi z virusom SARS-CoV-2 v takratni situaciji težko. To je veljalo predvsem za zaposlene in samozaposlene, pa tudi brezposelne osebe.

Številne raziskave so pokazale, da je ocenjevanje preventivnega vedenja v času pandemije covid-19 z uporabo modela HBM ključnega pomena za boljši nadzor nad boleznijo. Tako imenovani model zdravstvenega prepričanja (angl. Health Belief Model, HBM), ki smo ga uporabili tudi v naši raziskavi, je bil eden prvih, ki je teorijo vedenjskih znanosti prilagodil področju javnega zdravja oz. zdravstvenih težav, in ostaja eden najbolj splošno priznanih konceptualnih okvirov zdravstvenega vedenja. Kaže, da bo nagnjenost osebe k upoštevanju določenega vedenja odvisna od dveh dejavnikov: njegovega zaznavanja dovzetnosti za bolezen in zaznani resnosti bolezni oz. posameznikova zaznava grožnje. V Sloveniji je v času prve presečne raziskave pandemija covid-19 kar eni tretjini prebivalcev povzročala stres, prav tako eni tretjini je vzbujala strah in ena četrtnina prebivalcev se je počutilo nemočne. Kar 74,2 % oseb je bilo mnenja, da je covid-19 nekaj, kar se hitro širi. To kaže, da so se anketiranci zavedali, da jim grozi okužba z virusom SARS-CoV-2, in jih je skrbelo resnost bolezni. Vse to so bili verjetno pomembni dejavniki, ki so vplivali na samozaščitno vedenje ljudi v Sloveniji, saj je zaznavanje dovzetnosti in resnosti tveganja, ki mu je človek izpostavljen, lahko odločilni dejavnik pri njegovem vedenju (Jose idr., 2021, Teitler-Regev idr., 2011).

Podobno kot v drugih državah (Gao idr., 2021; Morgul idr., 2021) so bili tudi v Sloveniji med ljudmi prisotni znaki pandemske izčrpanosti, kar je bilo še posebej izraženo pri mlajših prebivalcih, starih do 39 let. Tak rezultat je pričakovan, saj so se morale najmlajše osebe, stare 18 do 29 let, zaradi pandemije v vsakdanjem življenju najbolj prilagoditi – od šolanja na domu do zelo omejenega druženja s sovrstniki. V prvi presečni raziskavi je skoraj polovica oseb v tej starostni skupini poročalo o tem, da doživljajo virus SARS-CoV-2 kot nekaj, kar jim povzroča stres. Osebe, stare od 30 do 39 let, pa so pogosto že starši manjšim otrokom, za katere so morali zaradi zaprtja šol in vrtcev v času razglasitve epidemije skrbeti doma oziroma jih šolati na domu, kar je predstavljalo določeno obremenitev poleg že siceršnjih obveznosti pri delu od doma. K vsemu pa so doprinesli tudi skrb zaradi negotove prihodnosti, saj so se pojavljale nove različice virusa, ki so se širile hitreje kot predhodne, in zaostreni ukrepi, ki so bili sprejeti za omejevanje prenosa okužb in so posegali na vsa področja življenja. Podoben rezultat je viden tudi glede na status aktivnosti. O največji pandemski izčrpanosti so poročali ravno dijaki in študentje, ti pa so tudi v največji meri doživljali virus SARS-CoV-2 kot nekaj, kar jim po podatkih prve presečne raziskave povzroča stres. Glede na status aktivnosti so bili upokojenci med

vsemi najmanj pandemsko izčrpani, po rezultatih prve presečne raziskave pa jih je tudi skoraj 76 % navajalo, da so se enostavno izogibali okužbi z virusom SARS-CoV-2, približno 55 % pa jih je v prvi presečni raziskavi navajalo, da virus SARS-CoV-2 doživljajo kot nekaj, kar jim ne povzroča stresa. Upokojenci so zaradi odsotnosti s trga dela v manjši meri prihajali v stik z drugimi osebami in so tudi lažje nadzorovali, kdaj in s kom se srečujejo. Tako so se lažje izogibali morebitnim rizičnim stikom in okužbi nasploh, zato mogoče tudi niso bili v tolikšni meri obremenjeni z upoštevanjem priporočil, samoomejevanjem ipd. Razumljivo je tudi, da so bili bolj izčrpani tisti s poslabšano finančno situacijo, ki je gotovo negativno vplivala na že tako stresno obdobje pandemije, in tisti, ki so že imeli prisotno veliko verjetnost težav v duševnem zdravju. Več kot polovica oseb, ki imajo tovrstne težave, je v prvi presečni raziskavi poročalo, da doživljajo virus SARS-CoV-2 kor nekaj, kar jim povzroča stres. Večjo pandemsko izčrpanost tistih, ki se ne nameravajo cepiti, si lahko razložimo s tem, da so te osebe pogosto iskale informacije o okužbah z virusom SARS-CoV-2 in cepljenju tudi v različnih nestrokovnih oziroma nepreverjenih virih in so tako prejele določene zaskrbljujoče dezinformacije (Glasper, 2021), zaradi katerih so bile še pod večjim stresom v času pandemije, nekateri pa niti niso verjeli v obstoj virusa, zato jih je mogoče to še bolj utrujalo. Tudi v drugih državah (Nemčija, Danska) so ugotavljali, da je s trajanjem pandemije covid-19 pri ljudeh naraščala pandemsko izčrpanost, še zlasti pri mladih ljudeh, ženskah in zaposlenih. Ista raziskava je pokazala, da so osebe, ki so bile bolj zaskrbljene glede možnih posledic pandemije covid-19, izražale višjo pandemsko utrujenost, osebe, ki so bile bolj optimistično naravnane, bolj empatične in imele višjo stopnjo zaupanja, pa so izražale manjšo pandemsko utrujenost (Lilleholt idr., 2020).

Rezultati druge presečne raziskave SI-PANDA nakazujejo soodvisnost različnih demografskih dejavnikov in samoocene zaznavanja sprememb v kognitivnem delovanju. Glede na starost so o največjem upadu kognitivnih sposobnosti poročali starejši prebivalci (predvsem starejši od 69 let), ki imajo velikokrat tudi sicer s starostjo povezane določene težave z upadom kognitivnih zmožnosti. Pričakovan je bil v rezultatih izražen tudi večji upad kognitivnih sposobnosti tistih, ki živijo sami, saj je samota že sama po sebi povezana z določenim upadom kognitivnih sposobnosti (Boss idr., 2015; Lara idr., 2019), če pa k temu dodamo še vpliv pandemije, je slabšanje umskih sposobnosti lahko še toliko večje. Kot se je izkazalo v rezultatih raziskave, tudi prekuženost oziroma prebolelost covid-19 predstavlja dejavnik za poslabšanje kognitivnega delovanja – na tem področju potekajo različne raziskave, ki preučujejo nevrološki vpliv samega virusa tudi v sklopu postcovidnega sindroma in kažejo na nevrobiološke posledice prebolele bolezni (Ceban idr., 2022; Graham idr., 2021).

ZAKLJUČEK

Zaradi dolgo trajajoče in izčrpavajoče pandemije covid-19 je bilo pričakovati, da bo ta pustila velik pečat pri ljudeh. V mislih nimamo samo oseb, ki so se okužile in bolezen prebolele, temveč tudi osebe, ki niso imele neposrednega stika z virusom, so pa uvedeni ukrepi in prepovedi močno zaznamovali njihovo življenje. Pričakovati je bilo, da se bo pri ljudeh po daljšem času pandemije, ko je bilo zahtevano oziroma pričakovano sledenje ukrepom, prej ali pozneje pojavil odpor do vsega naštetega in utrujenost od zasičenosti z informacijami, pa tudi od boja proti virusu na vseh področjih. S pričujočo raziskavo smo dobili pomemben vpogled v doživljanje pandemije pri Slovencih. Še posebno so bile v času pandemije občutljive osebe s težavami v duševnem zdravju, osebe s slabšim finančnim položajem in mlajši. Pomembno bi bilo javnost v večji meri ozaveščati o možnostih spopadanja s težkimi situacijami, kakršna je bila pandemija, in ranljivejšim nuditi pomoč takrat, ko jo potrebujejo. Predvsem pa bi bilo treba skrbneje pretehtati, kaj posamezni ukrepi za obvladovanje pandemije pomenijo za posamezne skupine ljudi, in jih uvesti samo takrat in za toliko časa, kot je nujno potrebno.

VIRI IN LITERATURA

- Boss, L., Kang, D. H. in Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 27(4), 541–553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>
- Ceban, F., Ling, S., Lui, L., Lee, Y., Gill, H., Teopiz, K. M., Rodrigues, N. B., Subramaniapillai, M., Di Vincenzo, J. D., Cao, B., Lin, K., Mansur, R. B., Ho, R. C., Rosenblat, J. D., Miskowiak, K. W., Vinberg, M., Maletic, V. in McIntyre, R. S. (2022). Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 101, 93–135. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020>
- da Silva Castanheira, K., Sharp, M. in Otto, A. R. (2021). The impact of pandemic-related worry on cognitive functioning and risk-taking. *PloS one*, 16(11), e0260061. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260061>
- Gao, H., Du, Z., Tsang, T. K., Xiao, J., Shan, S., Liao, Q., Wu, P., Leung, G. M. in Cowling, B. J. (2021). Pandemic fatigue and attenuated impact of avoidance behaviours against COVID-19 transmission in Hong Kong by cross-sectional telephone surveys. *BMJ open*, 11(12), e055909. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055909>
- Glasper A. (2021). Dispelling anti-vaxxer misinformation about COVID-19 vaccination. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 30(6), 374–376. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.6.374>
- Graham, E. L., Clark, J. R., Orban, Z. S., Lim, P. H., Szymanski, A. L., Taylor, C., DiBiase, R. M., Jia, D. T., Balabanov, R., Ho, S. U., Batra, A., Liotta, E. M. in Korolnik, I. J. (2021). Persistent neurologic symptoms and cognitive dysfunction in non-hospitalized Covid-19 “long haulers”. *Annals of clinical and translational neurology*, 8(5), 1073–1085. <https://doi.org/10.1002/acn3.51350>
- Hočevar Grom, A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, M., Lavtar, D., Korošec, A., Gabrijelčič Blenkuš, M., Kofol Bric, T., Vinko, M., Jeriček Klanšček, H., Carli, T., Klepac, P., Vrdelja, M., Žagar, J., Prijon, T. in Zaletel, M. (2021). *Raziskava o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) 2020/2021*.
- Jose, R., Narendran, M., Bindu, A., Beevi, N., L, M. in Benny, P. V. (2021). Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: A Health Belief Model approach. *Clinical epidemiology and global health*, 9, 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.06.009>
- Kavčič, V., Podlesek A., Hočevar Grom, A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, M. in Lavtar, M. (2021). Zaznane kognitivne spremembe med pandemijo covid-19 v Sloveniji [Detected cognitive changes during the COVID-19 pandemic in Slovenia]. V Gabrovec, B., Eržen, I., Skaza, A., Fafangel, M., Vrdelja, M. in Selak, Š. (ur.). (2021). *Javno zdravje in COVID-19: znanstvena in strokovna konferenca* (pp. 10–18). Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si/publikacije/zbornik-povzetkov-in-recenziranih-prispevkov-javno-zdravje-in-covid-19/>
- Lara, E., Caballero, F. F., Rico-Urbe, L. A., Olaya, B., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L. in Miret, M. (2019). Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline?. *International journal of geriatric psychiatry*, 34(11), 1613–1622. <https://doi.org/10.1002/gps.5174>
- Lilleholt, L., Zettler, I., Betsch, C. in Böhm, R. (2020). *Pandemic Fatigue: Measurement, Correlates, and Consequences*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/2xvbr>
- Morgul, E., Bener, A., Atak, M., Akyel, S., Aktaş, S., Bhugra, D., Ventriglio, A. in Jordan, T. R. (2021). COVID-19 pandemic and psychological fatigue in Turkey. *The International journal of social psychiatry*, 67(2), 128–135. <https://doi.org/10.1177/0020764020941889>
- Teitler-Regev, S., Shahrabani, S. in Benzion, U. (2011). Factors Affecting Intention among Students to Be Vaccinated against A/H1N1 Influenza: A Health Belief Model Approach. *Advances in preventive medicine*, 2011, 353207. <https://doi.org/10.4061/2011/353207>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2020). *Pandemic fatigue – reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy framework for supporting pandemic prevention and management*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335820>

16. UPORABA IN ZAUPANJE VIROM INFORMACIJ O COVIDU-19



Uporaba in zaupanje virom informacij o covidu-19

AVTORJI: Janina Žagar, Mitja Vrdelja, Maruša Rehberger

KLJUČNE BESEDE: virus SARS-CoV-2, pandemija covid-19, infodemija, pogostost uporabe virov informacij, zaupanje virom informacij

UVOD: V času pandemije covid-19 je (krizno) komuniciranje potekalo po različnih kanalih in virih. Posameznikov izbor virov informacij o virusu SARS-CoV-2 in dojemanje posameznega vira pa lahko pomembno vplivata na (ne)upoštevanje zaščitnih ravnanj. Za blažitev učinka in posledic pandemije covid-19 ter z njo povezane infodemije je zato ključno učinkovito in ciljano komuniciranje. Zato je bil namen našega prispevka raziskati, katere vire informacij o virusu SARS-CoV-2 posamezne populacijske skupine v Sloveniji (najpogosteje) uporabljajo in katerim (najbolj) zaupajo.

METODE: Pogostost uporabe virov informacij o covidu-19 in zaupanje virom informacij o covidu-19 smo proučevali v prvi presečni študiji SI-PANDA.

REZULTATI: V raziskavi ugotavljamo razlike med najpogosteje uporabljanimi viri in zaupanjem vanje po spolu, starosti in izobrazbi. Ugotavljamo tudi razlike med pogostostjo uporabe posameznih virov in zaupanjem vanje (pri čemer smo pogostost uporabe in zaupanje obravnavali ločeno, kot dva samostojna koncepta, in ne v korelaciji).

ZAKLJUČEK: Ugotovitve naše raziskave nudijo pomemben vpogled v razlike pri pogostosti uporabe virov informacij o virusu SARS-CoV-2 in zaupanju v vire informacij o virusu SARS-CoV-2 med različnimi populacijskimi skupinami. Obenem pa predstavljajo izjemno koristno podlago za oblikovanje učinkovitih javnozdravstvenih komunikacijskih kampanj s skupnim ciljem obvladovanja učinkov in posledic pandemije covid-19 ter sočasno potekajoče infodemije.

KLJUČNI POUDARKI:

- Ženske kot vire informacij o virusu SARS-CoV-2 pogosteje uporabljajo televizijo, časopise in informacije, ki jih dobijo od zdravstvenih delavcev, kot moški.
- Ženske kot virom informacij o virusu SARS-CoV-2 bolj zaupajo družbenim omrežjem in uradnim strokovnim institucijam (Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje, Svetovni zdravstveni organizaciji in Vladni svetovalni skupini za covid-19) kot moški.
- Pogostost uporabe večine virov informacij o virusu SARS-CoV-2 s starostjo narašča (v starostnih skupinah 18–69 let; izjema so le stari 70 in več let).
- Pogostost uporabe družbenih omrežij s starostjo pada, spletne medije kot vir informacij v povprečju najmanj uporabljajo najmlajši (18–29 let) in najstarejši (70 in več let).
- Zaupanje oseb, starih 18–69 let, v vire informacij s starostjo narašča, pri čemer družbena omrežja niso izjema.
- Pogostost uporabe virov informacij z višanjem izobrazbe pada. Izjema so spletni mediji in spletna stran Sledilnik, ki jih pogosteje uporabljajo višje izobraženi.
- Z nižanjem izobrazbe narašča zaupanje v večino obravnavanih virov informacij, kar je najizraziteje pri zaupanju v informacije na družbenih omrežjih.

UVOD

V dobrih dveh letih od izbruha virusa SARS-CoV-2 v kitajskem Vuhanu decembra 2019 je pandemija covid-19 povzročila eno največjih globalnih gospodarskih, zdravstvenih in družbenih kriz v zadnjem stoletju (Ibn-Mohammed idr., 2021; Pollard idr., 2020; Saladino idr., 2020). Toda pojav virusa SARS-CoV-2 je vodil v več kot pandemijo nalezljive bolezni in med svojim globalnim pohodom povzroča številne druge skrbi. Ena od njih je val napačnih, netočnih in lažnih informacij, ki bi jih bilo treba obravnavati kot tveganje samo po sebi (Krause idr., 2020).

Med pandemijo covid-19 so bili posamezniki pogosto soočeni tako z zanesljivimi kot napačnimi ali lažnimi sporočili, ki so bila pogosto nasprotujoča si, poleg tega pa posamezniki teh informacij niso imeli ali nimajo časa ali sposobnosti pravilno razumeti (Heiss idr., 2021). Ljudje informacije prejemajo po različnih informacijskih kanalih, pri čemer nekateri pogosteje širijo lažne informacije kot drugi (Piltch-Loeb idr., 2021). Posebno zaskrbljujoči pri tem so viri informacij (zlasti družbeni mediji in druge spletne platforme), ki niso predmet strokovnega pregleda in preverjanja dejstev, običajnega za t. i. tradicionalne medije (Kouzy idr., 2020).

Zato je generalni direktor Svetovne zdravstvene organizacije že februarja 2020 opozarjal na razsežnost in posledice infodemije (Ghebreyesus, 2020) oziroma hitrega širjenja velike količine (ne)zanesljivih in lažnih informacij po različnih komunikacijskih kanalih (Duplaga, 2020; Gerts idr., 2021; Grimes, 2021), ki (ne) namerno zavajajo javnost glede različnih vidikov pandemije (Ratzan idr., 2020; Sharma idr., 2020). Infodemija je pogosto predstavljena kot sovražnik, ki ga je treba premagati. S hitrim in velikoobsežnim širjenjem netočnih ali napačnih informacij ogroža javno zdravje, sproža potencialno škodljiva vedenja ter povzroča stres in tesnobo (Heyerdahl idr., 2022). Številne raziskave kažejo, da zaupanje napačnim ali lažnim informacijam vpliva na (ne)upoštevanje javnozdravstvenih ukrepov (Barua idr., 2020; Romer in Jamieson, 2020; Roozenbeek idr., 2020; Tasnim idr., 2020; Teovanović idr., 2021; Vinck idr., 2019), širjenje napačnih informacij pa vpliva tudi na zaupanje javnosti in vedenje, povezano z zdravjem (Limaye idr., 2020). Soočanje z infodemijo mora zato (p)ostati pomembna javnozdravstvena prioriteta tudi v prihodnje, saj s koncem pandemije covid-19 ne bo enostavno izginila (Vrdelja idr., 2021).

Za ublažitev učinka in posledic tako pandemije kot infodemije je ključnega pomena učinkovita komunikacija (Reynolds in Quinn Crouse, 2008). Prizadevanja kriznega komuniciranja se izvajajo po številnih informacijskih kanalih, izbor virov informacij o virusu SARS-CoV-2 in dojemanje posameznega vira informacij pa lahko pomembno vplivata na upoštevanje zaščitnih ravnanj in verjetnost doseganja zadovoljive stopnje precepljenosti (Puri idr., 2020) kot enega ključnih načinov obvladovanja pandemije covid-19. V preteklih izbruhih nalezljivih bolezni so bili pomembni viri informacij tradicionalni mediji, kot so televizija in časopisi (Brug idr., 2004; Gargano idr., 2015; Walter idr., 2012; Wong in Sam, 2010), a raziskave ugotavljajo, da se je javnost v zadnjih letih od prvenstvenega zanašanja na osrednje vire informacij začela nagibati k drugim virom, vključno z družbenimi omrežji (Henrich in Holmes, 2011). Različne ugotovitve kažejo tudi raziskave različnih zaupanja vrednih virov informacij v tovrstnih izbruhih – od zaupanja zdravstvenim delavcem in televiziji (Brug idr., 2004) do zaupanja spletu oziroma oblastem (Rolison in Hanoach, 2015). Izbira različnih virov informacij o virusu SARS-CoV-2 in zaupanje vanje pa se lahko pomembno razlikuje tudi glede na sociodemografske spremenljivke (Ali idr., 2020; Figueiras idr., 2021; Fridman idr., 2020; Le idr., 2014), zaradi česar je pomemben vpogled v morebitne razlike med različnimi segmenti družbe.

Strokovnjaki s področja komuniciranja in javnega zdravja ter odločevalci se soočajo s težko nalogo prepričavanja ljudi, da je upoštevanje zaščitnih ravnanj upravičeno in obenem nujno, da bi se izognili še večji krizi (Ali idr., 2020). Zato je pri izboru informacijskih kanalov in oblikovanju ključnih sporočil ter zagotavljanju, da posamezni informacijski viri delijo točne in zanesljive informacije, še toliko pomembneje ugotoviti, katere vire informacij posamezne populacijske skupine (najpogosteje) uporabljajo in katerim (najbolj) zaupajo. Zato je namen našega prispevka raziskati vire informacij o virusu SARS-CoV-2, ki jih posamezniki v Sloveniji, segmentirani po spolu, starosti in izobrazbi, najpogosteje uporabljajo, ter vire informacij, ki jim najbolj zaupajo. Pri tem bomo pogostost uporabe in zaupanje obravnavali ločeno, kot dva samostojna koncepta, in ne v korelaciji. V raziskovalnem vprašanju nas torej zanima, ali obstajajo razlike med posameznimi populacijskimi skupinami v Sloveniji pri

pogostosti uporabe različnih virov informacij o virusu SARS-CoV-2 in zaupanju vanje. Na ta način bomo dobili vpogled v posamezne segmente prebivalstva glede njihovega vedenja pri uporabi informacij in zaupanju vanje, kar je lahko v pomoč pri pripravi ciljanih komunikacijskih intervencij in s tem povečevanju učinkovitosti komuniciranja. V raziskavi smo uporabili podatke prve presečne raziskave SI-PANDA, ki je potekala od 25. januarja 2021 do 31. marca 2021.

METODE

Pri kazalniku, s katerim smo proučevali pogostost uporabe virov informacij o virusu SARS-CoV-2, so anketiranci odgovarjali na vprašanje, kako pogosto uporabljajo navedene vire za pridobivanje informacij o virusu SARS-CoV-2:

- zdravstveni delavci,
- televizija,
- spletni mediji (na primer 24ur.com, siol.net, rtvslo.si),
- časopisi,
- radio,
- družbena omrežja (na primer Facebook, Twitter),
- Ministrstvo za zdravje (MZ),
- Vladna svetovalna skupina za covid-19,
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ),
- Svetovna zdravstvena organizacija (SZO oziroma angleško WHO)
- Klicni center za informacije o novem koronavirusu in
- spletna stran Sledilnik covid-19.

Povprečje pogostosti uporabe posameznega vira informacij o virusu SARS-CoV-2 smo merili na 7-stopenjski lestvici, pri čemer je 1 pomenilo *sploh ne uporabljam*, 7 pa *zelo pogosto uporabljam* oziroma večja vrednost kazalnika pomeni večjo pogostost uporabe posameznega vira informacij o virusu SARS-CoV-2. Kazalnik smo pojasnjevali s sociodemografskimi spremenljivkami spol, starost in izobrazba.

Pri kazalnikih, s katerimi smo proučevali zaupanje virom informacij o virusu SARS-CoV-2, so anketiranci odgovarjali na vprašanja, v kolikšni meri zaupajo informacijam, ki jih o virusu SARS-CoV-2 prejmejo iz navedenih virov:

- zdravstveni delavci,
- televizija,
- spletni mediji (na primer 24ur.com, siol.net, rtvslo.si),
- časopisi,
- radio,
- družbena omrežja (na primer Facebook, Twitter),
- Ministrstvo za zdravje,
- Vladna svetovalna skupina za covid-19,
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ),
- Svetovna zdravstvena organizacija (SZO oziroma angleško WHO),
- Klicni center za informacije o novem koronavirusu in
- spletna stran Sledilnik covid-19.

Povprečje zaupanja v posamezni vir informacij o virusu SARS-CoV-2 smo merili na 7-stopenjski lestvici, pri čemer je 1 pomenilo *sploh ne zaupam*, 7 pa *popolnoma zaupam* oziroma večja vrednost kazalnika pomeni večje zaupanje v posamezni vir informacij o virusu SARS-CoV-2. Kazalnik smo pojasnjevali s sociodemografskimi spremenljivkami spol, starost in izobrazba.

REZULTATI

Preglednica 74: Pogostost uporabe informacij o novem koronavirusu; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Kako pogosto uporabljate naslednje vire za pridobivanje informacij o novem koronavirusu?												
	Klicni center za info. o novem koronavirusu	Družbena omrežja	Časopisi	Spletna stran Sledilnik covid-19	Svetovna zdravstvena organizacija	Ministrstvo za zdravje	Vladna svetovalna skupina	Zdravstveni delavci	Nacionalni inštitut za javno zdravje	Spletni mediji	Televizija	Radio
Prva presečna raziskava	Povprečje 1 = Sploh ne uporabljam, 7 = Zelo pogosto uporabljam											
Skupaj	2,1	2,5	2,7	2,8	2,9	3,4	3,5	3,6	3,8	3,9	4,4	3,5
Spol	p = 0,1689	p = 0,5159	p = 0,0475	p = 0,0007	p = 0,2958	p = 0,6197	p = 0,7108	p = 0,0400	p = 0,1551	p = 0,2180	p = 0,0281	p = 0,8103
Moški	2,2	2,5	2,7	2,9	2,9	3,4	3,5	3,5	3,8	3,9	4,3	3,5
Ženski	2,1	2,5	2,8	2,7	2,8	3,4	3,5	3,6	3,9	3,8	4,4	3,5
Starostne skupine	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001
Od 18 do 29 let	1,7	2,8	1,9	2,3	2,5	2,6	2,5	3,2	3,0	3,7	3,2	2,5
Od 30 do 39 let	1,8	2,6	2,3	2,8	2,5	2,9	3,0	3,4	3,4	4,1	3,7	3,1
Od 40 do 49 let	2,0	2,6	2,5	2,9	2,6	3,1	3,3	3,3	3,6	4,1	4,1	3,4
Od 50 do 59 let	2,3	2,4	2,8	3,1	3,0	3,5	3,7	3,4	3,9	4,0	4,5	3,7
Od 60 do 69 let	2,6	2,5	3,4	3,2	3,5	4,3	4,4	3,8	4,6	4,0	5,2	4,1
70 let in več	2,5	2,0	3,6	2,4	3,4	4,1	4,4	4,2	4,5	3,2	5,4	4,3
Dosežena stopnja izobrazbe	p < 0,0001	p = 0,0095	p = 0,0004	p = 0,0134	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p = 0,0599	p = 0,0043	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001
Osnovnošolska izobrazba ali manj	2,5	2,6	2,9	2,7	3,3	3,9	3,9	3,8	4,0	3,5	4,9	3,8
Srednja poklicna izobrazba	2,4	2,6	2,9	2,7	3,0	3,7	3,7	3,6	3,9	3,8	4,6	3,8
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	2,1	2,5	2,6	2,8	2,9	3,3	3,4	3,5	3,8	3,9	4,2	3,4
Višješolska izobrazba ali več	1,7	2,3	2,6	3,0	2,6	3,0	3,3	3,5	3,7	4,2	4,0	3,2
Status aktivnosti	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p = 0,0030	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001
Zaposlen, samozaposlen	2,0	2,5	2,5	2,9	2,7	3,1	3,3	3,4	3,6	4,0	4,0	3,3
Dijak, študent	1,6	2,9	1,8	2,3	2,5	2,7	2,5	3,2	3,2	4,1	3,5	2,5
Upokojenec	2,6	2,2	3,5	2,8	3,4	4,2	4,3	4,0	4,5	3,6	5,3	4,2
Brezposeln	2,2	2,9	2,6	2,7	2,9	3,4	3,2	3,2	3,6	3,8	4,0	3,4
Drugo	2,3	2,4	2,9	2,7	3,0	3,9	4,1	3,6	4,3	3,9	4,9	4,0

Med vsemi anketiranimi osebami prve presečne raziskave SI-PANDA, ki je potekala od 25. januarja 2021 do 31. marca 2021, je kot vir za pridobivanje informacij o virusu SARS-CoV-2 najpogosteje uporabljena televizija – povprečje pogostosti uporabe na 7-stopenjski lestvici je 4,4. Sledijo spletni mediji s povprečjem 3,9, Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) s povprečjem 3,8, zdravstveni delavci s povprečjem 3,6, Vladna svetovalna skupina in radio s povprečjem 3,5 ter Ministrstvo za zdravje (MZ) s povprečjem 3,4 (preglednica 74).

Pri povprečni pogostosti uporabe večine virov informacij ni statistično značilnih razlik po spolu. Razlike med spoloma se kažejo pri pogostosti uporabe televizije, časopisov in zdravstvenih delavcev kot virov informacij o virusu SARS-CoV-2, za katere se pogosteje odločajo ženske. Spletno stran Sledilnik kot vir informacij pogosteje uporabljajo moški (preglednica 74).

Z višanjem starosti anketirancev narašča pogostost uporabe virov informacij o virusu SARS-CoV-2. Izjema pri tem so družbena omrežja, pri katerih pogostost uporabe s starostjo pada, in spletni mediji, ki jih v povprečju najmanj uporabljajo najmlajši (18–29 let) in najstarejši (70 in več let). Med drugimi starostnimi skupinami ni statistično značilnih razlik (preglednica 74). Pri starejših od 60 let je v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami opaziti večjo povprečno pogostost uporabe različnih virov informacij, zlasti t. i. tradicionalnih medijev (televizija, časopis, radio), uradnih virov informacij (MZ, Vladna svetovalna skupina za covid-19, NIJZ, SZO) in virov informacij, ki jih dobijo od zdravstvenih delavcev (preglednica 74).

Povprečna pogostost uporabe virov informacij z višanjem izobrazbe pada, z izjemo spletnih medijev in spletne strani Sledilnik covid-19, ki jih najpogosteje uporabljajo anketiranci z višješolsko, visokošolsko izobrazbo ali več (preglednica 74).

Preglednica 75: Zaupanje virom informacij o novem koronavirusu; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

V kolikšni meri zaupate informacijam, ki jih o novem koronavirusu prejmete iz sledečih virov?												
	Klicni center za info. o novem koronavirusu	Družbena omrežja	Časopisi	Spletna stran Sledilnik covid-19	Svetovna zdravstvena organizacija	Ministrstvo za zdravje	Vladna svetovalna skupina	Zdravstveni delavci	Nacionalni inštitut za javno zdravje	Spletni mediji	Televizija	Radio
Prva presečna raziskava	Povprečje 1 – Sploh ne zaupam, 7 – Popolnoma zaupam											
Skupaj	4,6	2,6	3,7	4,3	4,7	4,7	4,5	3,6	5,0	3,7	3,9	3,9
Spol	p = 0,1229	p = 0,0328	p = 0,3269	p = 0,3880	p = 0,0006	p = 0,0812	p = 0,0310	p = 0,0400	p = 0,0001	p = 0,5129	p = 0,1446	p = 0,7591
Moški	4,6	2,5	3,7	4,4	4,6	4,7	4,5	3,5	4,8	3,7	3,9	3,9
Ženski	4,7	2,7	3,7	4,3	4,8	4,8	4,6	3,6	5,1	3,7	4,0	3,9
Starostne skupine	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001
Od 18 do 29 let	4,2	2,2	3,2	3,8	4,7	4,2	4,0	3,2	4,5	3,2	3,2	3,3
Od 30 do 39 let	4,3	2,3	3,4	4,2	4,4	4,2	4,0	3,4	4,4	3,4	3,4	3,5
Od 40 do 49 let	4,4	2,5	3,6	4,3	4,3	4,4	4,2	3,3	4,7	3,6	3,8	3,7
Od 50 do 59 let	4,7	2,7	3,8	4,5	4,7	4,9	4,7	3,4	5,1	3,9	4,0	4,0
Od 60 do 69 let	5,1	3,1	4,1	4,8	5,1	5,3	5,2	3,8	5,6	4,2	4,6	4,5
70 let in več	5,0	2,9	4,1	4,5	5,1	5,4	5,2	4,2	5,7	4,0	4,7	4,5
Dosežena stopnja izobrazbe	p = 0,1098	p < 0,0001	p = 0,9454	p = 0,0346	p = 0,0082	p < 0,0001	p < 0,0001	p = 0,0599	p < 0,0001	p = 0,0548	p < 0,0001	p = 0,0051
Osnovnošolska izobrazba ali manj	4,8	3,0	3,7	4,2	4,9	5,0	4,9	3,8	5,3	3,9	4,3	4,0
Srednja poklicna izobrazba	4,6	2,9	3,7	4,3	4,7	4,9	4,7	3,6	5,1	3,7	4,0	4,0
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	4,6	2,6	3,7	4,3	4,6	4,7	4,5	3,5	4,9	3,7	3,8	3,8
Višješolska izobrazba ali več	4,6	2,2	3,7	4,5	4,6	4,5	4,3	3,5	4,8	3,6	3,8	3,8
Status aktivnosti	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001
Zaposlen, samozaposlen	4,4	2,4	3,5	4,3	4,4	4,4	4,2	3,4	4,6	3,6	3,7	3,7
Dijak, študent	4,5	2,2	3,5	4,1	5,0	4,5	4,4	3,2	4,8	3,4	3,5	3,5
Upokojenec	5,0	3,0	4,1	4,6	5,1	5,3	5,2	4,0	5,6	4,1	4,6	4,5
Brezposeln	4,4	2,7	3,4	4,2	4,4	4,6	4,5	3,2	4,7	3,5	3,5	3,5
Drugo	5,1	3,1	3,9	4,8	5,1	5,5	5,3	3,6	5,8	4,0	4,5	4,3

Izsledki prve presečne raziskave SI-PANDA, ki je potekala od 25. januarja 2021 do 31. marca 2021, kažejo precej visoko zaupanje v različne vire informacij o virusu SARS-CoV-2. Anketirane osebe najbolj zaupajo zdravstvenim delavcem (5,7). Sledijo NIJZ (5,0), MZ in SZO (4,7), Klicni center za informacije o novem koronavirusu (4,6), Vladna svetovalna skupina (4,5) in spletna stran Sledilnik (4,3) (preglednica 75).

Pri zaupanju v večino virov informacij ni opaziti statistično značilnih razlik po spolu z izjemo NIJZ, SZO, Vladne svetovalne skupine za covid-19 in družbenih omrežij, ki jim v povprečju bolj zaupajo ženske (preglednica 75).

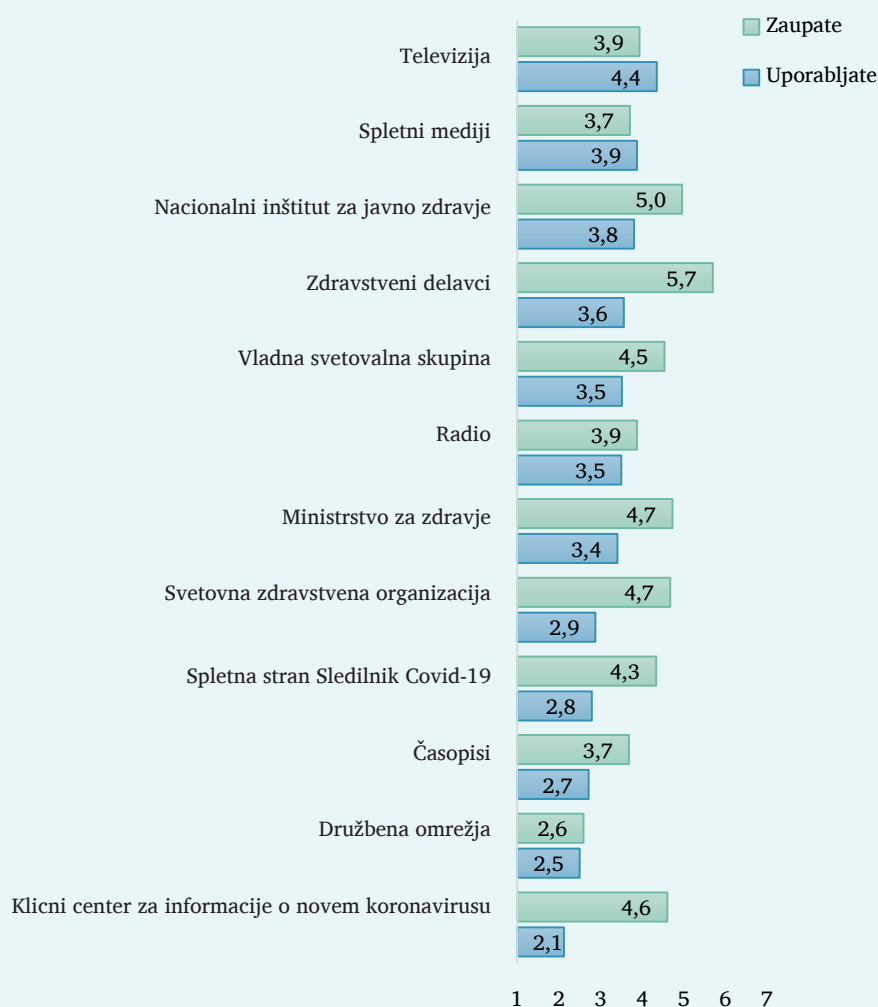
Izsledki raziskave kažejo, da s starostjo narašča tudi zaupanje v vire informacij (18–69 let), pri čemer družbena omrežja niso izjema (preglednica 75).

Podobno kot pri pogostosti uporabe virov informacij je tudi pri zaupanju v vire informacij pri starejših od 60 let v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami opaziti višjo stopnjo zaupanja v različne vire informacij, zlasti televizijo in radio ter uradne vire (MZ, Vladna svetovalna skupina za covid-19, NIJZ, SZO) (preglednica 75).

Ob tem je zaznati manjši upad zaupanja pri starejših od 70 let, ki v primerjavi s starimi 60–69 let v povprečju manj zaupajo spletnim medijem, družbenim omrežjem, Klicnemu centru za informacije o novem koronavirusu in spletni strani Sledilnik, ter rahel porast zaupanja pri starejših od 70 let v primerjavi s starimi 60–69 let v zaupanju televiziji in organizacijam oziroma skupinam, ki delujejo na področju zdravstva (NIJZ, MZ in zdravstveni delavci) (preglednica 75).

Izsledki raziskave kažejo, da višje izobraženi manj zaupajo različnim virom informacij, kar je najbolj izrazito pri zaupanju v informacije na družbenih omrežjih. To je razvidno zlasti pri primerjavi anketirancev z višješolsko, visokošolsko izobrazbo ali več in anketirancev z osnovnošolsko izobrazbo ali manj. Slednji v primerjavi z drugimi izobrazbenimi skupinami poleg anketirancev s srednjo poklicno izobrazbo tudi najpogosteje uporabljajo družbena omrežja. Izjema pri nižanju zaupanja v vire informacij z višanjem izobrazbe je le spletna stran Sledilnik kot edini vir informacij, ki mu višješolsko in visokošolsko ali več izobraženi zaupajo bolj kot ostale izobrazbene skupine (preglednica 75).

1 = Sploh ne zaupam, 7 = Popolnoma zaupam
 1 = Sploh ne uporabljam, 7 = Zelo pogosto uporabljam



Slika 31: Pogostost uporabe in zaupanje virom informacij; skupaj, prva presečna raziskava

Med anketiranimi osebami ugotavljamo precejšnje razlike med povprečno pogostostjo uporabe posameznih virov informacij na eni in zaupanjem vanje na drugi strani, pri čemer pogostost uporabe in zaupanje obravnavamo ločeno, kot dva samostojna koncepta, in ne v korelaciji (Slika 26).

Med tremi t. i. tradicionalnimi viri (televizijo, radiem in časopisi) anketiranci najpogosteje uporabljajo televizijo (povprečje pogostosti uporabe na 7-stopenjski lestvici je 4,4), sledi radio s povprečjem 3,5 in nato časopisi s povprečjem 2,7. Najbolj zaupajo televiziji in radiu (3,9), sledijo časopisi (3,7) (slika 31). Pri tem je opaziti zanimive razlike med posameznimi tradicionalnimi mediji: stopnja pogostosti uporabe televizije je višja od stopnje zaupanja vanjo, stopnja pogostosti uporabe radia in časopisov pa je nižja od stopnje zaupanja vanje (slika 31), pri čemer pogostost uporabe in zaupanje, kot je bilo že zapisano, obravnavamo ločeno in ne v korelaciji.

RAZPRAVA

Ugotovitve prve presečne raziskave SI-PANDA, ki je potekala od 25. januarja 2021 do 31. marca 2021, kažejo, da se izbira različnih virov informacij o virusu SARS-CoV-2 in zaupanje vanje med posamezniki v Sloveniji pomembno razlikuje po spolu, starosti in izobrazbi, pri čemer smo pogostost uporabe in zaupanje obravnavali ločeno, kot dva samostojna koncepta, in ne v korelaciji

Izsledki naše raziskave kažejo, da ženske v primerjavi z moškimi bolj zaupajo družbenim omrežjem in uradnim strokovnim institucijam (NIJZ, SZO in Vladni svetovalni skupini za covid-19). Med ženskami ugotavljamo večjo pogostost uporabe televizije, časopisov in informacij o virusu SARS-CoV-2, ki jih prejmejo od zdravstvenih delavcev. Ugotovitve naše študije sovpadajo s tujimi študijami, da spol vpliva na izbiro virov informacij oziroma zaupanje vanje (Ali idr., 2020; Rowley idr., 2017; Skarpa in Garoufallou, 2021), pri čemer nekatere študije ugotavljajo, da ženske bolj zaupajo vladnim spletnim virom kot moški (Ali idr., 2020), medtem ko druge študije razlik med spoloma ne ugotavljajo (Rowley idr., 2017). Grška raziskava ugotavlja, da ženske pogosteje kot moškimi in iz navade uporabljajo tako internet kot družbena omrežja ter pogosteje obiskujejo uradna spletna mesta, na primer spletne strani Ministrstva za zdravje in Civilne zaščite (Skarpa in Garoufallou, 2021). Ne glede na razlike med spoloma pri njihovi uporabi avtorji izpostavljajo potrebo po intenzivnejši promociji uradnih spletnih strani organizacij zaradi njihovega zagotavljanja visoko kakovostnih informacij (Hernández-García in Giménez-Júlvez, 2020).

Z raziskavo ugotavljamo, da pogostost uporabe virov informacij pri osebah, starih 18–69 let, s starostjo narašča. Pri tem so izjema družbena omrežja, ki jih kot vire informacij o virusu SARS-CoV-2 najpogosteje uporabljajo mladi, stari od 18 do 29 let. Spletne medije po ugotovitvah naše raziskave v povprečju najmanj uporabljajo mladi, stari od 18 do 29 let, in starejši, stari 70 in več let. Izsledki naše študije sovpadajo s tujimi študijami, da na izbiro virov informacij oziroma zaupanje vanje vpliva starost (Ali idr., 2020; Figueiras idr., 2021; Fridman idr., 2020; Le idr., 2014; Skarpa in Garoufallou, 2021). Tuje raziskave ugotavljajo, da so Facebook kot sredstvo informiranja o covidu-19 mlajši izbrali pogosteje kot starejši (Skarpa in Garoufallou, 2021) in da mladi pogosteje kot starejši uporabljajo spletne vire informacij (Figueiras idr., 2021). Raziskave kažejo tudi, da starejši kot so bili udeleženci, pogosteje so bili obveščeni s televizije in redkeje s spleta (Skarpa in Garoufallou, 2021).

Z našo raziskavo ugotavljamo, da v starostnih skupinah od 18 do 69 let s starostjo narašča tudi zaupanje v različne vire informacij, pri čemer družbena omrežja niso izjema. Po drugi strani tuje raziskave kažejo, da osebe, stare 40 in več let, v primerjavi z osebami, stari od 18 do 39 let, manj zaupajo vladnim spletnim mestom (Ali idr., 2020). Raziskave ugotavljajo tudi, da starejši od 60 let manj zaupajo internetnim virom kot osebe srednjih let (Le idr., 2014). Starejša populacija je v tujih raziskavah izrazila večje zaupanje v vladne vire, medtem ko je mlajša populacija izrazila večje zaupanje v družbena omrežja, na primer Twitter (Fridman idr., 2020).

Zapisano se v delu, ki se nanaša na družbena omrežja, pomembno razlikuje od naše raziskave, ki ugotavlja največje zaupanje v družbena omrežja med stari od 60 do 69 let oziroma 70 in več let, kar je lahko ob današnji spremenjeni sodobni informacijski krajini tudi razlog za zaskrbljenost. Obenem so pomembne tudi ugotovitve naše raziskave, da družbene medije, ki so zaradi umanjkanja strokovnega pregleda in preverjanja dejstev posebej zaskrbljujoči z vidika širjenja napačnih ali lažnih informacij (Kouzy idr., 2020), najpogosteje uporabljajo stari od 18 do 29 let. Zapisano bi bilo smiselno obravnavati tudi v luči raziskave v našem prostoru, da so k teorijam zarot najbolj nagnjene osebe, stare od 60 do 69 in od 18 do 29 let (Žagar idr., 2022). Kljub temu da je ob višjem zaupanju v družbene medije njihova uporaba med starejšimi od 60 let po izsledkih naše raziskave še vedno nizka, bi bilo smiselno spodbujati in krepiti medijsko (Ashley idr., 2013), digitalno (Lankshear in Knobel, 2015) in zdravstveno (Castro-Sánchez idr., 2016) pismenost starejših. Glede na navedeno je ključnega pomena tudi na mlade usmerjena ciljana krepitev medijske, digitalne in zdravstvene pismenosti. Poleg spodbujanja veščin, ki omogočajo kritično iskanje in vrednotenje zdravstvenih informacij, pridobljenih na spletu, pa bi se morale javnozdravstvene intervencije osredotočati tudi na ponudnike informacij in tehnične rešitve za prepoznavanje zavajajočih zdravstvenih informacij (Vrdelja idr., 2021).

Zanašanje na družbene medije pri pridobivanju informacij, povezanih s pandemijo covid-19, prinaša večjo verjetnost, da nas lahko preplavijo nepreverjena in protislovna sporočila, ki spodbujajo začarani krog tesnobe (Chun Wong idr., 2021). Ob ugotovljeni povečani tesnobi starejših v času pandemije covid-19 (Webb in Chen, 2022) se verjetnost za razvoj tesnobe veča tudi ob njihovi običajno pasivni uporabi družbenih medijev, kar je ugotovila študija v Hongkongu (Chun Wong idr., 2021). Čeprav je prvotni namen pridobivanja informacij iz različnih virov verjetno boljše razumevanje covid-19, lahko tesnoba kot posledica težko obvladljive količine informacij pogosto vodi tudi v večjo dovzetnost za teorije zarot (Šrol idr., 2021; Prooijen in Douglas, 2017).

Z našo raziskavo ugotavljamo, da nižje izobraženi pogosteje uporabljajo različne vire informacij o virusu SARS-CoV-2 oziroma da višje izobraženi redkeje uporabljajo različne vire informacij. Pri tem so izjema spletni mediji in spletna stran Sledilnik, ki jih najpogosteje uporabljajo višje izobraženi. Tuje raziskave ugotavljajo, da mladi in visoko izobraženi posamezniki pogosteje kot starejši uporabljajo spletne vire informacij in jim zaupajo (Figueiras idr., 2021). To je lahko posledica tega, da imajo mladi visokošolsko izobraženi posamezniki večjo spletno informacijsko pismenost in so sposobni učinkoviteje presojeti kazalnike verodostojnosti (Liao in Fu, 2014; Rowley idr., 2017).

Po ugotovitvah naše raziskave družbene medije najpogosteje uporabljajo osebe z osnovnošolsko izobrazbo ali manj oziroma srednjo poklicno izobrazbo. Z raziskavo smo ugotovili tudi, da nižje izobraženi bolj zaupajo večini virov informacij, kar je najbolj izrazito pri zaupanju v informacije na družbenih omrežjih. Ugotovljeno je lahko z vidika ugotovitev o pogostem širjenju napačnih ali lažnih informacij na družbenih medijih (Kouzy idr., 2020) zaskrbljujoče. Digitalni mediji in zlasti družbena omrežja so lahko zaradi enostavne uporabe in lahke dostopnosti, a hkratnega manka strokovnega pregleda, pomanjkljivega zagotavljanja verodostojnosti informacij in preverjanja dejstev še posebno skrb zbujajoči z vidika širjenja lažnih in napačnih informacij ter teorij zarot (Kelly Garrett, 2019; Kouzy idr., 2020; Viviani in Pasi, 2017; Vraga idr., 2020). Zanje lahko ob pomanjkanju informacijskih vratarjev predstavljajo celo plodna tla (Mahl idr., 2022; Shu idr., 2017; Vosoughi idr., 2018; Vraga in Bode, 2017). Zapisano je pomembno tudi v luči tujih raziskav o povezanosti med nagnjenostjo k teorijam zarot in stopnjo izobrazbe (Bogart in Bird Thorburn, 2003; Douglas idr., 2016; Duplaga, 2020; Freeman in Bentall, 2017; Mancosu idr., 2017; Romer in Jamieson, 2020; Uscinski in Parent, 2014) in predvsem raziskave v našem prostoru, da so k teorijam zarot bolj nagnjeni prav nižje izobraženi (Žagar idr., 2022). Tuje raziskave ugotavljajo tudi, da bodo tisti, ki zaupajo novicam o covidu-19 iz družbenih medijev in medosebne komunikacije, verjetneje verjeli v mite o covidu-19 in napačne informacije (Melki idr., 2021). Zaupanje v družbena omrežja (npr. Facebook in Twitter) pa je negativno povezano tudi z znanjem in spoštovanjem socialnega distanciranja (Fridman idr., 2020). Navedeno skupaj z našimi ugotovitvami kaže nujnost prilagojenih komunikacijskih kampanj po izobrazbi ter potrebo po ciljno usmerjenih kampanjah za odpravo morebitnih ugotovljenih vrzeli v znanju in vedenju. Za navedeno izobrazbeno skupino je pomembna tudi krepitev digitalnih spretnosti in sposobnosti prepoznavanja dezinformacij (Evropska komisija, 2020) ter spodbujanje večšin kritičnega iskanja in vrednotenja zdravstvenih informacij, pridobljenih na spletu (Vrdelja idr., 2021).

V naši študiji ugotovljena visoka stopnja zaupanja zdravstvenim delavcem, NIJZ, MZ, SZO, Klicnemu centru za informacije o novem koronavirusu in Vladni svetovalni skupini je pomembna tudi ob ugotovitvah o ključni vlogi zaupanja pri spodbujanju upoštevanja priporočenih zdravstvenih ukrepov (Khosravi, 2020; Vaughan in Tinker, 2009). Pomen zaupanja v uradne vire informacij in/ali zdravstvene delavce kot napovedovalca zaščitnega vedenja se je pokazal že med izbruhi sarsa (Smith, 2006), ebole (Blair idr., 2017; Fischhoff idr., 2018) in gripe (Bults idr., 2011) ter nenazadnje covid-19 (Faasse in Newby, 2020). Kot kažejo tuje študije, je povišana stopnja zaupanja v zdravstveni sektor povezana tudi z znižano stopnjo zaupanja lažnim informacijam, večjo verjetnostjo testiranja in deljenjenja stikov v primeru potrjene okužbe (De Freitas idr., 2021) ter večjo angažiranostjo pri zaščitnem vedenju (Faasse in Newby, 2020), zaupanje v vladne vire pa je pozitivno povezano z natančnim poznavanjem covid-19 in upoštevanjem socialne distance (Fridman idr., 2020).

Visoka stopnja zaupanja uradnim virom informacij in zdravstvenim strokovnjakom, ki jo kažejo izsledki naše raziskave, je pomembna tudi z vidika ugotovitev o večji učinkovitosti pri nadzoru širjenja bolezni ob sodelovanju oblasti in izvajalcev zdravstvenih storitev pri zagotavljanju informacij o tveganjih pandemije in koristih upoštevanja zaščitnih ukrepov (World Health Organization, 2021). Zapisano kaže tudi pomembnost partnerskega komuniciranja vsebin, povezanih s covidom-19, in odpira izhodišče za raziskovanje, kako bi interdisciplinarni model zaupanja lahko zagotovil tudi smernice za prevajanje zaupanja v zaščitno vedenje (Figueiras idr., 2021).

Raziskovalci opozarjajo, da sta pri tem vseeno potrebni previdnost in pozornost na morebiten pojav t. i. paradoksa zaupanja, ko lahko visoko zaupanje v oblasti in sočasno nizko dojetje tveganja vodi v nizko stopnjo upoštevanja vladnih ukrepov za obvladovanje tveganja (Wong in Jensen, 2020). To tako predstavlja izhodišče za nadaljnje raziskovanje psiholoških dejavnikov, na primer dojetja tveganja (našega dojetja verjetnosti grožnje, dovzetnosti za grožnjo in resnosti grožnje) ter njegovega morebitnega vpliva na zaupanje v vire informacij o covidu-19 med različnimi populacijskimi skupinami. Raziskovalci kriznega komuniciranja namreč že dolgo izpostavljajo, da različne javnosti dojemajo tveganje na različne načine, kar vodi v različne odzive na komuniciranje, vključno z različnim ukrepanjem za zmanjševanje tveganja (Krause idr., 2020).

Ugotovitve naše študije, da najpogosteje uporabljani viri informacij niso nujno zaznani tudi kot najbolj zaupanja vredni, kažejo tudi druge raziskave (Ali idr., 2020; Figueiras idr., 2021; Henrich in Holmes, 2011), pri čemer smo pogostost uporabe in zaupanje obravnavali ločeno, kot dva samostojna koncepta, in ne v korelaciji. Kot smo ugotovili, je precejšnja razlika med nižjo stopnjo pogostosti uporabe zdravstvenih delavcev kot virov informacij o virusu SARS-CoV-2 na eni strani in zelo visoko stopnjo zaupanja vanje na drugi strani. Ugotavljamo tudi visoko stopnjo pogostosti uporabe televizije kot vira informacij o virusu SARS-CoV-2 in nižjo stopnjo zaupanja vanjo. Pri tem smo, kot zapisano, pogostost uporabe in zaupanje obravnavali ločeno, kot dva samostojna koncepta, in ne v korelaciji. Ugotovljeno je skladno tudi z ugotovitvami kvalitativne raziskave (Henrich in Holmes, 2011), da so televizija in časopisi najbolj uporabljani viri informacij, čeprav so bili dojeti kot razmeroma zaupanja nevredni. Četudi so informacije osrednjih medijev (tj. časopisov in televizijskih novic) prepoznane kot ključne pri seznanjanju in ozaveščanju ljudi o zdravstveni krizi, se pogosto dojemajo kot nezanesljive ter vodijo v iskanje in upoštevanje informacij bolj zaupanja vrednih virov (Henrich in Holmes, 2011).

Pri tem je treba upoštevati tudi, da je uporaba medijev pogosto stvar navade in presega posamezni dogodek ali temo (LaRose, 2010; Vishwanath, 2015; Wonneberger idr., 2011). V luči zapisanega so zanimive tudi naše ugotovitve, ki kažejo razlike med pogostostjo uporabe posameznih t. i. tradicionalnih medijev in zaupanjem vanje – ob visoki pogostosti uporabe televizije kot vira informacij o virusu SARS-CoV-2 ugotavljamo nižje zaupanje vanjo. Ob višjem zaupanju v radio in časopise pa ugotavljamo nižjo pogostost njihove uporabe. Pri tem smo pogostost uporabe virov informacij in zaupanje vanje obravnavali ločeno, kot dva samostojna koncepta, in ne v korelaciji. Ugotovitve naše raziskave so pomembne tudi z vidika raziskav, ki kažejo, da tradicionalni informacijski kanali, zlasti nacionalna televizija ter nacionalni in lokalni časopisi, večajo verjetnost sprejemanja cepljenja neodvisno od stopnje zaupanja informacijskemu kanalu (Piltch-Loeb idr., 2021). Kljub temu da smo v naši raziskavi ugotovili nižjo splošno stopnjo zaupanja v tradicionalne medije, zapisano kaže njihovo zelo pomembno vlogo kanalov za promocijo upoštevanja zaščitnih ravnanj in cepljenja (Margolis idr., 2019). K učinku tradicionalnih medijev verjetno prispeva tudi kombinacija njihovega poznavanja oziroma domačnosti in dojetja verodostojnosti virov, ki jih ti uporabljajo, na primer javnozdravstvenih strokovnjakov in znanstvenikov (Piltch-Loeb idr., 2021). Zato je komuniciranje vsebin o covidu-19, ki temeljijo na preverjenih in verodostojnih podatkih, v tradicionalnih medijih še toliko pomembnejše.

Pogostost uporabe posameznih virov informacij in zaupanje vanje se lahko na različnih stopnjah zdravstvene krize razlikujeta, zato je izsledke naše raziskave smiselno pogledati tudi s časovne perspektive in ugotovitve prve presečne raziskave, ki je potekala od 25. januarja 2021 do 31. marca 2021, primerjati z ugotovitvami 17. vala spletne panelne raziskave SI-PANDA, ki je potekala od 12. do 15. oktobra 2021 (Hočevar Grom idr., 2021). Neposredna primerjava sicer ni povsem mogoča, saj gre za različni vrsti raziskav in drugačen način zbiranja podatkov, zato je pri interpretaciji potrebna previdnost. Izsledki 17. vala panelne raziskave kažejo, da je bila kot vir za pridobivanje informacij o virusu SARS-CoV-2 najpogosteje uporabljena televizija, sledijo zdravniki, prijatelji, znanci in sorodniki, radio, medicinske sestre in NIJZ, najbolj zaupanja vredni viri pa so bili zdravniki, medicinske sestre, SZO, spletna stran Sledilnik ter prijatelji, znanci in sorodniki, ki bi jih bilo kot pomemben vir informacij smiselno vključiti že v našo raziskavo. Pogostost uporabe posameznih virov informacij o virusu SARS-CoV-2 in zaupanje vanje sta se od pomladi do jeseni 2021 spremenila, kar kaže tako izmuzljivo naravo zaupanja, ki ga je treba ne le (z)graditi, temveč tudi ohranjati, kot hitrost, s katero se je na ugotovljene spremembe treba odzivati tudi v komunikacijskih kampanjah. Ugotovitve, da posamezniki v navedenem časovnem okviru bolj ali manj pogosto uporabljajo nekatere vire informacij oziroma jim bolj ali manj zaupajo, opozarjajo tudi na nujnost kontinuiranega longitudinalnega raziskovanja pogostosti uporabe virov informacij in zaupanja vanje z namenom zaznavanja in razumevanja (spreminjajočih se) trendov ter ukrepanja skladno z njimi (Ali idr., 2020).

Ugotovitve naše raziskave so pomembno izhodišče za oblikovanje ali dopolnjevanje komunikacijskih strategij ter opredeljevanje ključnih komunikacijskih kanalov za doseganje specifičnih komunikacijskih ciljev. Pridobljene informacije namreč ponujajo dober vpogled v stanje na tem področju, s čimer lahko izboljšamo učinkovitost komuniciranja pri ciljnih javnostih. Ugotovljeno pa še dodatno potrjuje nujnost prilagojenih komunikacijskih kampanj (vsaj po spolu, starosti in izobrazbi) ter potrebo po ciljno usmerjenih kampanjah.

ZAKLJUČEK

Ob zavedanju vpliva, ki ga imata lahko izbor virov informacij o covidu-19 in dojemanje posameznega vira na upoštevanje zaščitnih ravnanj, je v prizadevanjih za obvladovanje pandemije covid-19 in z njo povezane infodemije ključnega pomena poznavanje virov informacij, ki jih posamezne populacijske skupine (najpogosteje) uporabljajo, in virov informacij, ki jim (najbolj) zaupajo. V naši raziskavi ugotovljene razlike med najpogosteje uporabljanimi viri informacij in zaupanjem vanje po spolu, starosti in izobrazbi ter razlike med pogostostjo uporabe posameznih virov in zaupanjem vanje (pri čemer smo pogostost uporabe in zaupanje obravnavali ločeno, kot dva samostojna koncepta, in ne v korelaciji) zato predstavljajo izjemno pomembne informacije za oblikovanje ciljanih javnozdravstvenih komunikacijskih kampanj. Da bi učinkovito posredovali (javno)zdravstvene informacije, priporočila in ukrepe, morajo odločevalci ter strokovnjaki s področja javnega zdravja in komuniciranja upoštevati tovrstne razlike ter pozorno spremljati morebitno spreminjanje trendov pogostosti uporabe posameznih virov informacij in zaupanja vanje, ugotovitve pa ustrezno vključiti v strateško načrtovanje ali skladno z njimi primerno prilagoditi že izvajajoče se komunikacijske kampanje.

VIRI IN LITERATURA

- Ali, S. H., Foreman, J., Tozan, Y., Capasso, A., Jones, A. M. in DiClemente, R. J. (2020). Trends and predictors of COVID-19 information sources and their relationship with knowledge and beliefs related to the pandemic: nationwide cross-sectional study. *Journal of medical internet research, public health and surveillance research*, 6(4). <https://doi.org/10.2196/21071>
- Ashley, S., Maksl, A. in Craft, S. (2013). Developing a news media literacy scale. *Journalism and mass communication educator*, 68(1), 7–21. <https://doi.org/10.1177/1077695812469802>
- Barua, Z., Barua, S., Aktar, S., Kabir, N. in Li, M. (2020). Effects of misinformation on COVID-19 individual responses and recommendations for resilience of disastrous consequences of misinformation. *Progress in disaster science*, 8(100119). <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100119>
- Blair, R. A., Morse, B. S. in Tsai, L. L. (2017). Public health and public trust: survey evidence from the Ebola virus disease epidemic in Liberia. *Social science & medicine*, 172, 89–97. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2016.11.016>
- Bogart, L. M. in Bird Thorburn, S. (2003). Exploring the relationship of conspiracy beliefs about HIV/AIDS to sexual behaviors and attitudes among African-American adults. *Journal of the national medical association*, 95(11), 1057–1065.
- Brug, J., Aro, A. R., Oenema, A., De Zwart, O., Richardus, J. H. in Bishop, G. D. (2004). SARS risk perception, knowledge, precautions, and information sources, the Netherlands. *Emerging infectious diseases*, 10(8), 1486–1489. <https://doi.org/10.3201/EID1008.040283>
- Bults, M., Beaujean, D. J. M. A., De Zwart, O., Kok, G., Van Empelen, P., Van Steenberghe, J. E., Richardus, J. H. in Voeten, H. A. C. M. (2011). Perceived risk, anxiety, and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: results of three consecutive online surveys. *BMC public health*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-2>
- Castro-Sánchez, E., Chang, P. W. S., Vila-Candel, R., Escobedo, A. A. in Holmes, A. H. (2016). Health literacy and infectious diseases: Why does it matter? *International journal of infectious diseases*, 43, 103–110. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.019>
- Chun Wong, F. H., Liu, T., Yi Leung, D. K., Zhang, A. Y., Hong Au, W. S., Kwok, W. W., Shum, A. K. Y., Yan Wong, G. H. in Lum, T. Y. S. (2021). Consuming information related to COVID-19 on social media among older adults and its association with anxiety, social trust in information, and COVID-safe behaviors: Cross-sectional telephone survey. *Journal of medical internet research*, 23(2). <https://doi.org/10.2196/26570>
- De Freitas, L., Basdeo, D. in Wang, H.-I. (2021). Public trust, information sources and vaccine willingness related to the COVID-19 pandemic in Trinidad and Tobago: an online cross-sectional survey. *The Lancet regional health – Americas*, 3, 100051. <https://doi.org/10.1016/J.LANA.2021.100051>
- Douglas, K. M., Sutton, R. M., Callan, M. J., Dawtry, R. J. in Harvey, A. J. (2016). Someone is pulling the strings: hypersensitive agency detection and belief in conspiracy theories. *Thinking and reasoning*, 22(1), 57–77. <https://doi.org/10.1080/13546783.2015.1051586>
- Duplaga, M. (2020). The determinants of conspiracy beliefs related to the COVID-19 pandemic in a nationally representative sample of internet users. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217818>
- Evropska komisija. (2020). *Boj proti dezinformacijam v zvezi s COVID-19 – kaj je res in kaj ne*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=CELEX%3A52020JC0008>
- Faasse, K. in Newby, J. (2020). Public perceptions of COVID-19 in Australia: perceived risk, knowledge, health-protective behaviors, and vaccine intentions. *Frontiers in psychology*, 11, 2553. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.551004/BIBTEX>
- Figueiras, M. J., Ghorayeb, J., Coutinho, M. V. C., Marôco, J. in Thomas, J. (2021). Levels of trust in information sources as a predictor of protective health behaviors during COVID-19 pandemic: a UAE cross-sectional study. *Frontiers in psychology*, 12, 2780. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.633550/BIBTEX>
- Fischhoff, B., Wong-Parodi, G., Garfin, D. R., Holman, E. A. in Silver, R. C. (2018). Public understanding of Ebola risks: mastering an unfamiliar threat. *Risk analysis*, 38(1), 71–83. <https://doi.org/10.1111/RISA.12794>

- Freeman, D. in Bentall, R. P. (2017). The concomitants of conspiracy concerns. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(5), 595–604. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1354-4>
- Fridman, I., Lucas, N., Henke, D. in Zigler, C. K. (2020). Association between public knowledge about COVID-19, trust in information sources, and adherence to social distancing: cross-sectional survey. *Journal of medical internet research*, 6(3), e22060. <https://doi.org/10.2196/22060>
- Gargano, L. M., Underwood, N. L., Sales, J. M., Seib, K., Morfaw, C., Murray, D., DiClemente, R. J. in Hughes, J. M. (2015). Influence of sources of information about influenza vaccine on parental attitudes and adolescent vaccine receipt. *Human vaccines and immunotherapeutics*, 11(7), 1641–1647. https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1038445/SUPPL_FILE/KHVI_A_1038445_SM5271.PDF
- Gerts, D., Shelley, C. D., Parikh, N., Pitts, T., Ross, C. W., Fairchild, G., Chavez, N. Y. V. in Daughton, A. R. (2021). “Thought I’d share first”: an analysis of COVID-19 conspiracy theories and misinformation spread on Twitter. *Journal of medical internet research, Public health and surveillance*, 7(4). <https://doi.org/10.2196/26527>
- Ghebreyesus T. A. (2020). *Munich security conference*. World Health Organization. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/munich-security-conference>
- Grimes, D. R. (2021). Medical disinformation and the unviable nature of COVID-19 conspiracy theories. *PLOS ONE*, 16(3 March). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245900>
- Heiss, R., Gell, S., Röthlingshöfer, E. in Zoller, C. (2021). How threat perceptions relate to learning and conspiracy beliefs about COVID-19: evidence from a panel study. *Personality and individual differences*, 175, 110672. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110672>
- Henrich, N. in Holmes, B. (2011). Communicating during a pandemic: information the public wants about the disease and new vaccines and drugs. *Health promotion practice*, 12(4), 610–619. <https://doi.org/10.1177/1524839910363536>
- Hernández-García, I. in Giménez-Júlvez, T. (2020). Assessment of health information about COVID-19 prevention on the internet: infodemiological study. *Journal of medical internet research, Public health and surveillance*, 6(2), e18717. <https://doi.org/10.2196/18717>
- Heyerdahl, L. W., Lana, B. in Giles-Vernick, T. (2022). Rethinking the infodemic: social media and offline action in the COVID-19 pandemic. *Economics, law, and institutions in Asia Pacific*, 12(9), 73–82. https://doi.org/10.1007/978-981-16-5727-6_4
- Hočevar Grom, A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, M., Lavtar, D., Korošec, A., Gabrijelčič Blenkuš, M., Kofol Bric, T., Vinko, M., Jeriček Klanšček, H., Carli, T., Klepac, P., Vrdelja, M., Žagar, J., Prijon, T. in Zaletel, M. (2021). *Raziskava o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) 2020/2021, panelna raziskava, 17. izvedba*. <https://www.nijz.si/sl/raziskava-o-vplivu-pandemije-na-zivljenje-si-panda-20202021>
- Ibn-Mohammed, T., Mustapha, K. B., Godsell, J., Adamu, Z., Babatunde, K. A., Akintade, D. D., Acquaye, A., Fujii, H., Ndiaye, M. M., Yamoah, F. A. in Koh, S. C. L. (2021). A critical review of the impacts of COVID-19 on the global economy and ecosystems and opportunities for circular economy strategies. *Resources, conservation and recycling*, 164(39), 105169. <https://doi.org/10.1016/j.resconrec.2020.105169>
- Kelly Garrett, R. (2019). Social media’s contribution to political misperceptions in U.S. Presidential elections. *PLOS ONE*, 14(3), e0213500. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0213500>
- Khosravi, M. (2020). Perceived risk of COVID-19 pandemic: the role of public worry and trust. *Electronic journal of general medicine*, 17(4), em203. <https://doi.org/10.29333/EJGM/7856>
- Kouzy, R., Jaoude, J. A., Kraitem, A., Alam, M. B. El, Karam, B., Adib, E., Zarka, J., Traboulsi, C., Akl, E. W. in Baddour, K. (2020). Coronavirus goes viral: quantifying the COVID-19 misinformation epidemic on Twitter. *Cureus*, 12(3), e7255–e7255. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.7255>
- Krause, N. M., Freiling, I., Beets, B. in Brossard, D. (2020). Fact-checking as risk communication: the multi-layered risk of misinformation in times of COVID-19. *Journal of risk research*, 23(7–8), 1052–1059. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1756385>
- Lankshar, C. in Knobel, M. (2015). Digital literacy and digital literacies: - policy, pedagogy and research considerations for education. *Nordic journal of digital Literacy*, 10(Jubileumsnummer), 8–20. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-943X-2015-Jubileumsnummer-02>
- LaRose, R. (2010). The problem of media habits. *Communication theory*, 20(2), 194–222. <https://doi.org/10.1111/J.1468-2885.2010.01360.X>

- Le, T., Chaudhuri, S., White, C., Thompson, H. in Demiris, G. (2014). Trust in health information sources differs between young/middle and oldest old. *American journal of health promotion*, 28(4), 239–241. <https://doi.org/10.4278/ajhp.120921-ARB-459>
- Liao, Q. V. in Fu, W. T. (2014). Age differences in credibility judgments of online health information. *Association for computing machinery, transactions on computer-human interaction*, 21(1), 1–23. <https://doi.org/10.1145/2568193>
- Limaye, R. J., Sauer, M., Ali, J., Bernstein, J., Wahl, B., Barnhill, A. in Labrique, A. (2020). Building trust while influencing online COVID-19 content in the social media world. *The Lancet digital health*, 2(6), e277–e278. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30084-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30084-4)
- Mahl, D., Schäfer, M. S. in Zeng, J. (2022). Conspiracy theories in online environments: An interdisciplinary literature review and agenda for future research. *New Media & Society*. <https://doi.org/10.1177/14614448221075759>
- Mancosu, M., Vassallo, S. in Vezzoni, C. (2017). Believing in conspiracy theories: evidence from an exploratory analysis of Italian survey data. *South European society and politics*, 22(3), 327–344. <https://doi.org/10.1080/13608746.2017.1359894>
- Margolis, M. A., Brewer, N. T., Shah, P. D., Calo, W. A. in Gilkey, M. B. (2019). Stories about HPV vaccine in social media, traditional media, and conversations. *Preventive medicine*, 118, 251–256. <https://doi.org/10.1016/J.YPMED.2018.11.005>
- Melki, J., Tamim, H., Hadid, D., Makki, M., El Amine, J. in Hitti, E. (2021). Mitigating infodemics: The relationship between news exposure and trust and belief in COVID-19 fake news and social media spreading. *PLOS ONE*, 16(6 June). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252830>
- Piltch-Loeb, R., Savoia, E., Goldberg, B., Hughes, B., Verhey, T., Kayyem, J., Miller-Idriss, C. in Testa, M. (2021). Examining the effect of information channel on COVID-19 vaccine acceptance. *PLOS ONE*, 16(5), e0251095. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0251095>
- Pollard, C. A., Morran, M. P. in Nestor-Kalinoski, A. L. (2020). The COVID-19 pandemic: a global health crisis. *Physiological genomics*, 52(11), 549–557. <https://doi.org/10.1152/physiolgenomics.00089.2020.-The>
- Puri, N., Coomes, E. A., Haghbayan, H. in Gunaratne, K. (2020). Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Human vaccines and immunotherapeutics*, 16(11), 2586–2593. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1780846>
- Ratzan, S. C., Sommariva, S. in Rauh, L. (2020). Enhancing global health communication during a crisis: lessons from the COVID-19 pandemic. *Public health research and practice*, 30(2). <https://doi.org/10.17061/PHRP3022010>
- Reynolds, B. in Quinn Crouse, S. (2008). Effective communication during an influenza pandemic: the value of using a crisis and emergency risk communication framework. *Health promotion practice*, 9(4 Suppl), 13S–17S. <https://doi.org/10.1177/1524839908325267>
- Rolison, J. J. in Hanoch, Y. (2015). Knowledge and risk perceptions of the Ebola virus in the United States. *Preventive medicine reports*, 2, 262–264. <https://doi.org/10.1016/J.PMEDR.2015.04.005>
- Romer, D. in Jamieson, K. H. (2020). Conspiracy theories as barriers to controlling the spread of COVID-19 in the U.S. *Social science and medicine*, 263, 113356. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2020.113356>
- Roozenbeek, J., Schneider, C. R., Dryhurst, S., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., Van Der Bles, A. M. in Van Der Linden, S. (2020). Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *Royal society open science*, 7. <https://doi.org/10.1098/RSOS.201199>
- Rowley, J., Johnson, F. in Scaffi, L. (2017). Gender as an influencer of online health information-seeking and evaluation behavior. *Journal of the association for information science and technology*, 68(1), 36–47. <https://doi.org/10.1002/ASI.23597>
- Saladino, V., Algeri, D. in Auriemma, V. (2020). The psychological and social impact of Covid-19: new perspectives of well-being. *Frontiers in psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.577684>
- Sharma, D. C., Pathak, A., Chaurasia, R. N., Joshi, D., Singh, R. K. in Mishra, V. N. (2020). Fighting infodemic: need for robust health journalism in India. *Diabetes and metabolic syndrome: clinical research & reviews*, 14(5), 1445–1447. <https://doi.org/10.1016/J.DSX.2020.07.039>
- Shu, K., Sliva, A., Wang, S., Tang, J. in Liu, H. (2017). Fake news detection on social media: a data mining perspective. *ACM SIGKDD explorations newsletter*, 19(1), 22–36. <https://doi.org/10.1145/3137597.3137600>
- Skarpa, P. E. in Garoufallou, E. (2021). Information seeking behavior and COVID-19 pandemic: A snapshot of young, middle aged and senior individuals in Greece. *International journal of medical informatics*, 150. <https://doi.org/10.1016/J.IJMEDINF.2021.104465>

- Smith, R. D. (2006). Responding to global infectious disease outbreaks: lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Social science & medicine*, 63(12), 3113–3123. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2006.08.004>
- Šrol, J., Ballová Mikušková, E. in Čavojová, V. (2021). When we are worried, what are we thinking? Anxiety, lack of control, and conspiracy beliefs amidst the COVID-19 pandemic. *Applied Cognitive Psychology*, 35(3), 720–729. <https://doi.org/10.1002/acp.3798>
- Tasnim, S., Hossain, M. in Mazumder, H. (2020). Impact of rumors and misinformation on COVID-19 in social media. *Journal of preventive medicine and public health*, 53(3), 171–174. Korean Society for Preventive Medicine. <https://doi.org/10.3961/JPMMPH.20.094>
- Teovanović, P., Lukić, P., Zupan, Z., Lazić, A., Ninković, M. in Žeželj, I. (2021). Irrational beliefs differentially predict adherence to guidelines and pseudoscientific practices during the COVID-19 pandemic. *Applied cognitive psychology*, 35(2), 486–496. <https://doi.org/10.1002/acp.3770>
- Uscinski, J. E. in Parent, J. M. (2014). American Conspiracy Theories. V *American conspiracy theories, spletna izdaja*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199351800.001.0001>
- van Prooijen, J. W. in Douglas, K. M. (2017). Conspiracy theories as part of history: The role of societal crisis situations. *Memory Studies*, 10(3), 323–333. <https://doi.org/10.1177/1750698017701615>
- Vaughan, E. in Tinker, T. (2009). Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations. *American journal of public health*, 99(Suppl 2), S324–S332. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.162537>
- Vinck, P., Pham, P. N., Bindu, K. K., Bedford, J. in Nilles, E. J. (2019). Institutional trust and misinformation in the response to the 2018–19 Ebola outbreak in North Kivu, DR Congo: a population-based survey. *The Lancet infectious diseases*, 19(5), 529–536. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30063-5/ATTACHMENT/8E581434-3FA5-4DBA-A65E-55EA8D5A0B59/MMC1.PDF](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30063-5/ATTACHMENT/8E581434-3FA5-4DBA-A65E-55EA8D5A0B59/MMC1.PDF)
- Vishwanath, A. (2015). Habitual Facebook use and its impact on getting deceived on social media. *Journal of computer-mediated communication*, 20(1), 83–98. <https://doi.org/10.1111/JCC4.12100>
- Viviani, M. in Pasi, G. (2017). Credibility in social media: opinions, news, and health information—a survey. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Data Mining and Knowledge Discovery*, 7(5). <https://doi.org/10.1002/WIDM.1209>
- Vosoughi, S., Roy, D. in Aral, S. (2018). *The spread of true and false news online*. *Science*, 359(6380), 1146–1151. <https://doi.org/10.1126/science.aap9559>
- Vraga, E. K. in Bode, L. (2017). Using Expert Sources to Correct Health Misinformation in Social Media. *Science Communication*, 39(5), 621–645. <https://doi.org/10.1177/1075547017731776>
- Vraga, E. K., Bode, L. in Tully, M. (2020). Creating News Literacy Messages to Enhance Expert Corrections of Misinformation on Twitter. *Communication Research*, 49(2), 245–267. <https://doi.org/10.1177/0093650219898094>
- Vrdelja, M., Vrbovšek, S., Klopčič, V., Dadaczynski, K. in Okan, O. (2021). Facing the growing COVID-19 infodemic: digital health literacy and information-seeking behaviour of university students in Slovenia. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8507. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18168507>
- Walter, D., Böhmer, M. M., Reiter, S., Krause, G. in Wichmann, O. (2012). Risk perception and information-seeking behaviour during the 2009/10 influenza a(H1N1)pdm09 pandemic in Germany. *Eurosurveillance*, 17(13), 20131. <https://doi.org/10.2807/ESE.17.13.20131-EN/CITE/PLAINTEXT>
- Webb, L. M. in Chen, C. Y. (2022). The COVID-19 pandemic's impact on older adults' mental health: contributing factors, coping strategies, and opportunities for improvement. *International journal of geriatric psychiatry*, 37(1). <https://doi.org/10.1002/GPS.5647>
- Wong, C. M. L. in Jensen, O. (2020). The paradox of trust: perceived risk and public compliance during the COVID-19 pandemic in Singapore. *Journal of risk research*, 23(7–8), 1021–1030. https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1756386/SUPPL_FILE/RJRR_A_1756386_SM8683.DOCX

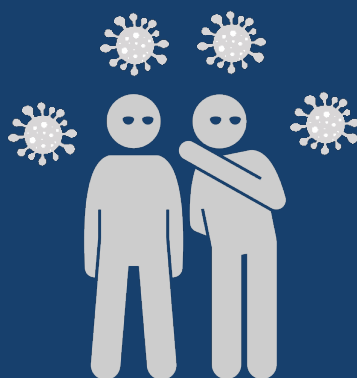
Wong, L. P. in Sam, I. C. (2010). Public sources of information and information needs for pandemic influenza A(H1N1). *Journal of community health*, 35(6), 676–682. <https://doi.org/10.1007/S10900-010-9271-4/TABLES/4>

Wonneberger, A., Schoenbach, K. in van Meurs, L. (2011). Interest in news and politics - or situational determinants? Why people watch the news. *Journal of broadcasting and electronic media*, 55(3), 325–343. <https://doi.org/10.1080/08838151.2011.597466>

World Health Organization. (2021). *Coronavirus Disease (COVID-19) Advice for the Public*. World Health Organization. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Žagar, J., Vrdelja, M. in Rehberger, M. (2022). Razširjenost nagnjenosti k teorijam zarot med različnimi skupinami v Sloveniji. V A. Hočevar Grom, H. Jeriček Klanšček, A. Belščak Čolaković, M. Rehberger in D. Lavtar (Ur.), *Kako smo v Sloveniji doživljali pandemijo covid-19? Izsledki presečnih raziskav SI-PANDA 2021*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.

17. RAZŠIRJENOST NAGNjenosti K TEORIjAM ZAROT



Razširjenost nagnjenosti k teorijam zarot

AVTORJI: Janina Žagar, Mitja Vrdelja, Maruša Rehberger

KLJUČNE BESEDE: pandemija covid-19, virus SARS-CoV-2, teorije zarot, infodemija

UVOD: V času pandemije covid-19 so se poleg samega virusa SARS-CoV-2 z izjemno hitrostjo začele širiti tudi številne teorije zarot o njem oz. covidu-19. Ob vplivu teorij zarot na javno zdravje in (ne)upoštevanje javnozdravstvenih ukrepov, spodbujanju verodostojnosti znanstvenih dognanj in ogrožanju prizadevanj zdravstvenih institucij je zato pomembno ugotoviti, ali obstajajo razlike med različnimi populacijskimi skupinami v Sloveniji glede nagnjenosti k teorijam zarot.

METODE: Nagnjenost teorijam zarot med različnimi sociodemografskimi skupinami v Sloveniji smo merili s kazalnikom Conspiracy mentality questionnaire (CMQ) v prvi presečni študiji SI-PANDA.

REZULTATI: V naši študiji ugotavljamo visoko stopnjo nagnjenosti k teorijam zarot med prebivalci Slovenije. Večjo nagnjenost k teorijam zarot zaznamo med ženskami, nižje izobraženimi, tistimi, ki so svojo finančno situacijo ocenili kot slabšo, ter v starostnih skupinah od 60 do 69 in od 18 do 29 let.

ZAKLJUČEK: Podatki predstavljajo pomembne informacije za odločevalce in strokovnjake pri oblikovanju učinkovitih javnozdravstvenih in komunikacijskih kampanj s ciljem obvladovanja pandemije covid-19 in boja proti vzporedno potekajoči infodemiji. Izsledke smo obravnavali tudi širše, v kontekstu vzajemnega delovanja različnih dejavnikov, povezanih s sociodemografskimi spremenljivkami, ki lahko še natančneje pojasnijo ugotovljeno nagnjenost k teorijam zarot pri posameznih populacijskih skupinah.

KLJUČNI POUČENKI:

- V naši študiji ugotavljamo visoko stopnjo nagnjenosti k teorijam zarot med prebivalci Slovenije.
- K teorijam zarot so po ugotovitvah naše raziskave bolj nagnjene ženske kot moški.
- K teorijam zarot so po ugotovitvah naše raziskave najbolj nagnjene osebe, stare od 60 do 69 in od 18 do 29 let.
- Večjo nagnjenost k teorijam zarot ugotavljamo med nižje izobraženimi.
- Raziskava ugotavlja večjo nagnjenost k teorijam zarot med tistimi, ki so svojo finančno situacijo ocenili kot slabšo.

UVOD

Od izbruha virusa SARS-CoV-2 na Kitajskem, decembra 2019, so se poleg samega virusa SARS-CoV-2 (Yu in Li, 2021; Zhou idr., 2020) ter strahu pred neznanim in nepredvidljivim (Mertens idr., 2020; Usher idr., 2020) z nepredstavljivo hitrostjo po svetu začele širiti tudi številne lažne informacije in teorije zarot glede virusa SARS-CoV-2 oziroma covid-19 (Allington idr., 2020; Bavel idr., 2020; Depoux idr., 2020; Rosenberg idr., 2020).

Lažne informacije so bile povezane tako s samim izvorom virusa, načini širjenja, interesi v ozadju, kot npr. da širjenje novega koronavirusa omogoča omrežje 5G, ki slabi imunski sistem; da želi ameriški milijarder Bill Gates želi pod pretvezo cepljenja v ljudi vstaviti mikročip, s katerim bo zaslužnil svet; virus SARS-CoV-2 ne obstaja, celotna pandemija covid-19 je lažna in se uporablja kot orodje za podreditev ljudi in kratenje njihove svobode; pandemija covid-19 je zarota farmacevtske industrije; novi koronavirus so ustvarili Kitajci, ker so z njim želeli oslabiti ZDA; virus SARS-CoV-2 so ustvarile ZDA, da z njim uničijo kitajsko gospodarstvo. To so le nekatere izmed teorij zarot, ki so se pojavile s pandemijo covid-19, in vplivale na razmah vzporedne infodemije oziroma hitrega širjenja informacij, ki (ne)namerno zavajajo javnosti glede različnih vidikov pandemije (Duplaga, 2020; Gerts idr., 2021; Grimes, 2021; Ratzan idr., 2020; Rubinelli idr., 2022; Sharma idr., 2020). Na grožnjo in razsežnosti infodemije je ob današnjem, korenito spremenjenem informacijskem ekosistemu, ki omogoča izjemno hitro širjenje, deljenje in prehajanje vsebin med različnimi platformami (Shu idr., 2017; Vosoughi idr., 2018), že februarja 2020 opozarjal tudi generalni direktor Svetovne zdravstvene organizacije (Ghebreyesus, 2020). Ljudje so pogosto soočeni z nasprotujočimi si informacijami (Heiss idr., 2021), ki jih niso sposobni ali jih ne utegnejo pravilno razumeti (Tagliabue idr., 2020), velike količine informacij pa lahko obremenjujejo tudi krizno upravljanje (Garfin idr., 2020), saj sprožajo neprijetna čustva, ki imajo lahko neželene posledice (Sweeny idr., 2010).

Verjetnost, da bodo ljudje verjeli teorijam zarot, ki poskušajo dogodke in okoliščine pojasniti kot zlonamerna dejanja skrivnih in vplivnih skupin (Douglas idr., 2017; Douglas idr., 2019), je večja zlasti v družbenih krizah, kot je pandemija covid-19 (De Coninck idr., 2020; Imhoff in Lamberty, 2020; an Prooijen in Douglas, 2017), ob pomembnih dogodkih in navidezni nezadostnosti vsakdanjih razlag (Leman in Cinnirella, 2013), ko imajo posamezniki občutek, da so nemočni (Abalakina-Paap idr., 1999), ko so tesnobni ali zaskrbljeni (Grzesiak-Feldman, 2013) ter iščejo načine za soočanje s težkimi in negotovimi okoliščinami (van Prooijen in Douglas, 2017).

Številne raziskave ugotavljajo, da lahko širjenje lažnih informacij in teorij zarot ljudi privede k spodkopavanju verodostojnosti znanstvenih dognanj (Hartley in Vu, 2020; Rutjens idr., 2021). To pa ima lahko resne posledice z vidika (ne)upoštevanja javnozdravstvenih ukrepov (Barua idr., 2020; Romer in Jamieson, 2020; Tasnim idr., 2020; Teovanović idr., 2021), zdravstvenega vedenja in z njim povezane javne varnosti, na primer nižanja namere za cepljenje (Jolley in Douglas, 2014; Romer in Jamieson, 2020), neustreznega vedenja in ogrožanja prizadevanj vlade in zdravstvenih institucij pri obvladovanju virusa SARS-CoV-2 (Chong idr., 2020) ter vpliva na zmanjšanje zaupanja v vladne in zdravstvene institucije (Lutkenhaus idr., 2019). Soočanje z infodemijo, ki ovira prizadevanja kriznega upravljanja pandemije covid-19 (Zarocostas, 2020), mora zato ostati pomembna javnozdravstvena prioriteta tudi po koncu pandemije covid-19 (Vrdelja idr., 2021).

Zato je namen našega prispevka raziskati razširjenost nagnjenosti k teorijam zarot med različnimi populacijskimi skupinami v Sloveniji, pri čemer bomo proučili povezavo med nagnjenostjo k teorijam zarot v povezavi s covidom-19 ter spolom, starostjo, izobrazbo in zaznavanjem finančne situacije. V raziskovalnem vprašanju nas torej zanima, ali obstajajo razlike v nagnjenosti k teorijam zarot med posameznimi populacijskimi skupinami v Sloveniji, ugotovljeno pa bomo obravnavali tudi širše, v kontekstu vzajemnega delovanja različnih dejavnikov, povezanih s sociodemografskimi spremenljivkami. Pridobljene informacije o profilu posameznikov, ki so bolj nagnjeni k teorijam zarot, bodo tako dale boljši vpogled v stanje na tem področju in hkrati predstavljale pomembno podlago za ciljani boj proti infodemiji ter njenemu kompleksnemu in negativnemu vplivu na posameznika oziroma celotno družbo in oviranju obvladovanja pandemije covid-19.

METODE

Kazalnik nagnjenost k teorijam zarot je izračunano povprečje petih elementov kazalnika, in sicer percepcije, povezane s preglednostjo, motivacijo, nadzorom, skrivnostmi in skrivnimi organizacijami. Anketiranci so na 7-stopenjski lestvici označili, v kolikšni meri se strinjajo s petimi trditvami, ki so del mednarodnega instrumenta Conspiracy mentality questionnaire (CMQ), pri čemer je 1 pomenilo sploh se ne strinjam in 7 popolnoma se strinjam.

Anketirance smo prosili, naj razmislijo o odločitvah, ki se sprejemajo v državi za omejitev širjenja virusa SARS-CoV-2, in na 7-stopenjski lestvici podajo strinjanje glede navedenih trditev. »Menim, da ...

- ... se na svetu zgodi veliko pomembnih stvari, o katerih javnost ni nikoli obveščena.
- ... nam politiki običajno ne razkrijejo pravih motivov za svoje odločitve.
- ... vladne inštitucije strogo nadzirajo vse državljane.
- ... so dogodki, ki na videz niso povezani, pogosto rezultat skrivnih dejavnosti.
- ... obstajajo skrivne organizacije, ki močno vplivajo na politične odločitve.«

Povprečje kazalnika sega od vrednosti 1 do vrednosti 7, pri čemer večja vrednost kazalnika pomeni večjo nagnjenost k teorijam zarot in obratno. Pojasnjevali smo ga s sociodemografskimi spremenljivkami: spol, starost v šestih kategorijah (18 do 29 let, 30 do 39 let, 40 do 49 let, 50 do 59 let, 60 do 69 let ter 70 in več let), izobrazba v štirih skupinah (osnovnošolska izobrazba ali manj, srednja poklicna izobrazba, srednja strokovna ali splošna izobrazba in višješolska oziroma visokošolska izobrazba ali več) in zaznavanje finančne situacije v zadnjih treh mesecih. Osebe so pri tem vprašanju poročale le oceno, ali je njihova osebna finančna situacija v zadnjih treh mesecih boljša, slabša ali enaka kot prej, ne poznamo pa njihove osnovne finančne situacije oziroma realnega stanja.

REZULTATI

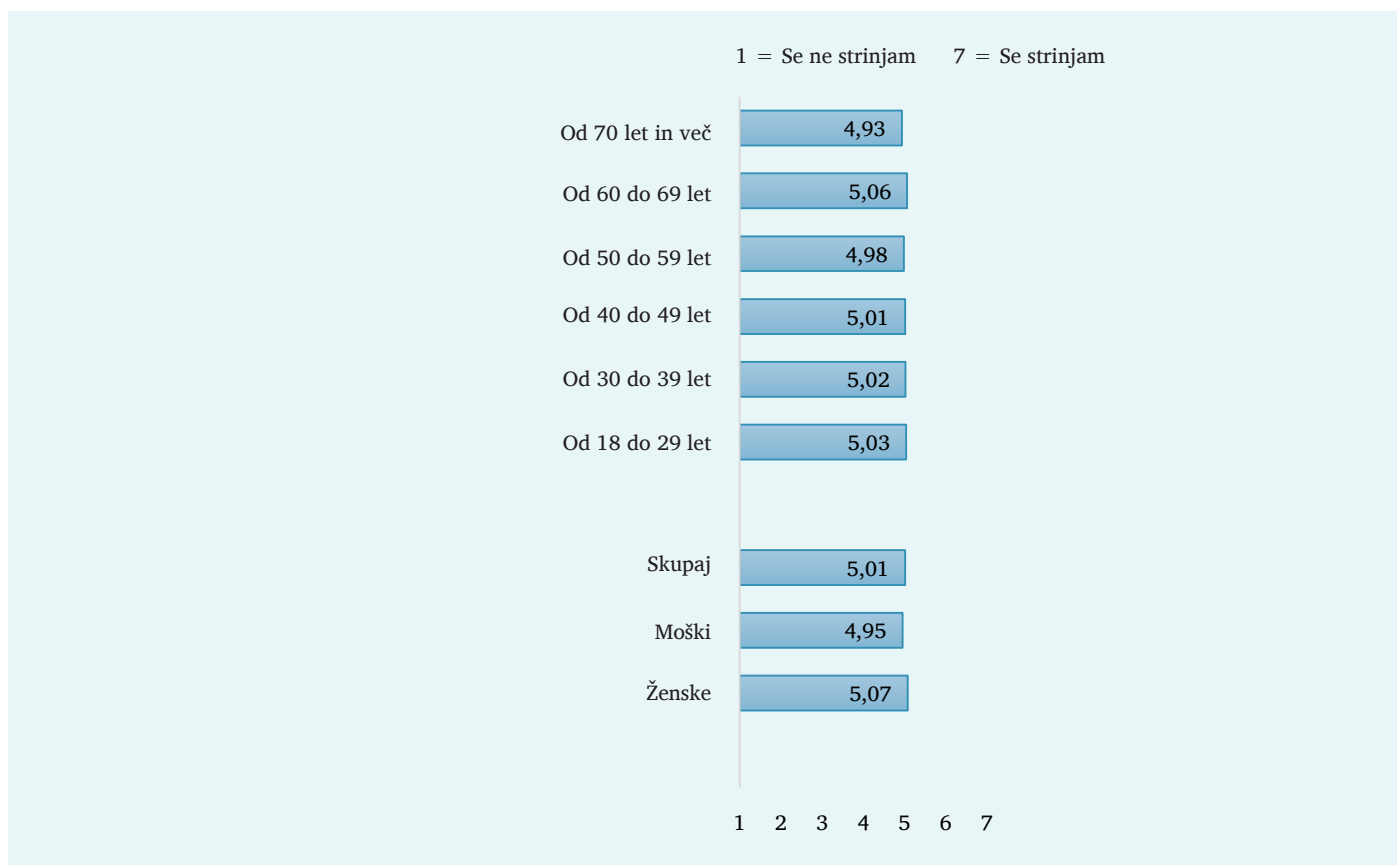
Raziskava ugotavlja visoko povprečno stopnjo nagnjenosti k teorijam zarot med prebivalci Slovenije (povprečje nagnjenosti na 7-stopenjski lestvici je 5,01).

Preglednica 76: Nagnjenost k teorijam zarot, povezanih z virusom SARS-CoV-2; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava

Nagnjenost k teorijam zarote	
Prva presečna raziskava	Povprečje
Skupaj (n = 3.475)	5,01
Spol	p = 0,0212
Moški	4,95
Ženski	5,07
Starostne skupine	p = 0,8439
Od 18 do 29 let	5,03
Od 30 do 39 let	5,02
Od 40 do 49 let	5,01
Od 50 do 59 let	4,98
Od 60 do 69 let	5,06
70 let in več	4,93
Dosežena stopnja izobrazbe	p = 0,0001
Osnovnošolska izobrazba ali manj	5,15
Srednja poklicna izobrazba	5,07
Srednja strokovna ali splošna izobrazba	5,06
Višješolska izobrazba ali več	4,80
Finančna situacija v zadnjih treh mesecih	p < 0,0001
Boljša kot prej	4,80
Ostaja enaka kot prej	4,92
Slabša kot prej	5,24

Izsledki raziskave kažejo statistično značilno večjo nagnjenost žensk k teorijam zarot (povprečje nagnjenosti na 7-stopenjski lestvici je 5,07) kot moških (povprečje 4,95) (preglednica 76).

Nagnjenost k teorijam zarot z višanjem starosti pada, izjema pri tem je le starostna skupina od 60 do 69 let, pri kateri se kaže najvišja nagnjenost k teorijam zarot v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami (povprečne nagnjenosti na 7-stopenjski lestvici je visoko in znaša 5,06), vendar pa razlike med starostnimi skupinami niso statistično značilno različne. Sledijo osebe v starosti 18–29 let (s povprečno vrednostjo 5,03), 30–39 let (s povprečno vrednostjo 5,02), 40–49 let (s povprečno vrednostjo 5,01) in 50–59 let (s povprečno vrednostjo 4,98). Najnižja nagnjenost k teorijam zarot se kaže pri starih 70 ali več let (s povprečno vrednostjo 4,93) (slika 32).



Slika 32: Nagnjenost k teorijam zarot; skupaj, po spolu in starosti, prva presečna raziskava

Izsledki 1. presečne raziskave kažejo, da nagnjenost k teorijam zarot z višanjem izobrazbe statistično značilno pada. K teorijam zarot so najbolj nagnjeni prebivalci z osnovnošolsko izobrazbo ali manj (s povprečjem nagnjenosti na 7-stopenjski lestvici 5,15). Sledijo tisti s srednjo poklicno izobrazbo (s povprečno vrednostjo 5,07) in srednjo strokovno ali splošno izobrazbo (s povprečno vrednostjo 5,06). Najmanjša nagnjenost k teorijam zarot se kaže pri tistih z višješolsko, visokošolsko izobrazbo ali več (s povprečjem nagnjenosti 4,80).

Statistično značilno najvišja nagnjenost k teorijam zarot se kaže med tistimi posamezniki, ki so svojo finančno situacijo v zadnjih treh mesecih ocenili kot slabšo (povprečne nagnjenosti na 7-stopenjski lestvici je 5,24). V nagnjenosti k teorijam zarot sledijo tisti, ki so svojo finančno situacijo ocenili kot enako kot prej (s povprečjem nagnjenosti 4,92). Najnižja nagnjenost k teorijam zarot pa se kaže med tistimi, ki so svojo finančno situacijo ocenili kot boljše (s povprečjem nagnjenosti 4,80 na 7-stopenjski lestvici).

RAZPRAVA

Zaupanje teorijam zarot o covidu-19 se lahko močno razlikuje v različnih geografskih regijah (De Coninck idr., 2021), pri čemer je večja dovzetnost ali odpornost na teorije zarot lahko posledica razlik v politični, gospodarski in medijski klimi posamezne države oziroma različni stopnji družbene polarizacije, populistične komunikacije, moči medijskih javnih servisov, uporabe družbenih medijev in razdrobljenosti medijskega občinstva (Humprecht idr., 2020). Ob ugotovljeni visoki stopnji nagnjenosti k teorijam zarot med prebivalci Slovenije pa je za uspešno ciljano obvladovanje s teorijami zarot povezane infodemije (Ghebreyesus, 2020) splošno populacijo nujno obravnavati segmentirano. Za razumevanje posameznikove večje ali manjše nagnjenosti k teorijam zarot moramo namreč najprej vedeti več o tem, kako lahko kontekst, v katerem ljudje (s)prejemajo teorije zarot, sooblikujejo sociodemografske značilnosti posameznikov in z njimi povezani dejavniki.

Vprašanja s spolom povezane nagnjenosti k teorijam zarot ostajajo ob različnih izsledkih študij pri raziskovanju nagnjenosti k teorijam zarot po spolu (Douglas idr., 2019) odprta za nadaljnja raziskovanja, zlasti ob upoštevanju ugotovitev o različnem doživljanju pandemije covid-19 pri moških in ženskah (Wenham idr., 2020). Za nadaljnja raziskovanja se odpirajo tudi vprašanja morebitnih dejavnikov, ki lahko vplivajo na zaznano neenotnost izsledkov raziskav. V naši študiji ugotovljena večja nagnjenost žensk k teorijam zarot v povezavi s covidom-19, ki jo potrjujejo tudi druge raziskave v našem prostoru (Žagar idr., 2021), je lahko namreč tako situacijske narave, povezana z negotovostjo in potrebo po nadzoru (Douglas idr., 2019) v kontekstu pandemije, kot tudi dispozicijske narave, povezana s stopnjo naučene nemoči (Cassese idr., 2020) ali zarotniškim razmišljanjem oziroma gledanjem na dogodke kot na rezultat zarote (Uscinski in Parent, 2014). Zapisano je pomembno tudi ob ugotovitvah, da je pri čustvenem odzivu v zvezi s covidom-19 izraženost jeze, žalosti, strahu in stiske med slovenskimi prebivalci prevladujoča prav pri ženskah, pri katerih se kaže tudi večja izraženost dvoma, strahu, jeze in stiske ob čustvenem odzivu v zvezi s cepljenjem proti covidu-19 (Hočevar Grom idr., 2021). Z vidika morebitnega posrednega vpliva na različno nagnjenost k teorijam zarot med moškimi in ženskami (Cassese idr., 2020) bi bilo zato nadalje smiselno tudi raziskovati posameznikovo spopadanje z negotovostmi ter stopnje (naučene) nemoči in zarotniškega razmišljanja v povezavi s spolom.

Pomen starosti pri nagnjenosti k teorijam zarot je predmet številnih študij z različnimi ugotovitvami (Allington idr., 2020; Romer in Jamieson, 2020; Swami, 2012). Izsledki naše raziskave ugotavljajo večjo nagnjenost k teorijam zarot med ljudmi, starimi 60–69 let in 18–29 let, kar je pomembno tudi ob ugotovitvah, da družbene medije, ki so ob pomanjkanju strokovnega pregleda in preverjanja dejstev posebej zaskrblijoči z vidika širjenja napačnih ali lažnih informacij (Kouzy idr., 2020), kot vire informacij o virusu SARS-CoV-2 najpogosteje uporablja prav starostna skupina 18–29 let, najbolj pa jim zaupajo stari 60–69 let (Žagar idr., 2022). Neregulirani družbeni mediji lahko kot vir informacij predstavljajo tveganje za zdravje, kar se kaže tudi v tem, da lahko razširjajo prepričanja o zarotah, povezana z zdravjem (Allington idr., 2020). Zanašanje na družbene medije pri pridobivanju informacij, povezanih s pandemijo covid-19, prinaša večjo verjetnost soočanja z nepreverjenimi in nasprotujočimi si sporočili, ki spodbujajo tesnobo (Chun Wong idr., 2021), s tesnobnostjo in zaskrbljenostjo pa se veča tudi verjetnost, da bodo ljudje verjeli teorijam zarot (Grzesiak-Feldman, 2013; Newheiser idr., 2011). Ugotovljena večja nagnjenost k teorijam zarot med starimi 60–69 let, ki spadajo med tvegane skupine za težji potek covid-19, je zaskrblijoča tudi ob upoštevanju številnih raziskav, ki ugotavljajo vpliv teorij zarot na (ne)upoštevanje javnozdravstvenih ukrepov (Barua idr., 2020; Romer in Jamieson, 2020; Tasnim idr., 2020; Teovanović idr., 2021) in namero za cepljenje (Jolley in Douglas, 2014). Zato je v navedenih starostnih skupinah pomembno spodbujati pridobivanje informacij iz verodostojnih virov in sprejemati odločitve na podlagi mnenj znanstvenikov in zdravstvenih delavcev (Evropska komisija, 2020) ter ciljana krepitev digitalne (Lankshear in Knobel, 2015), medijske (Ashley idr., 2013) in zdravstvene (Castro-Sánchez idr., 2016) pismenosti. Ugotovljeno pa je obenem tudi zanimivo izhodišče za raziskovanje vloge virov informacij in zaupanja vanje ter občutkov tesnobe oziroma zaskrbljenosti kot morebitnih mediatorjev pri povezanosti starosti in nagnjenosti k teorijam zarot.

V naši študiji ugotovljeno manjšo verjetnost nagnjenosti k teorijam zarot med višje izobraženimi oziroma večjo nagnjenost k teorijam zarot med nižje izobraženimi kažejo tudi druge raziskave (Allington idr., 2020; Bogart in Bird Thorburn, 2003; Douglas idr., 2016; Duplaga, 2020; Freeman in Bentall, 2017; Mancosu idr., 2017; Romer in Jamieson, 2020; Uscinski in Parent, 2014). Naši izsledki, da nagnjenost k teorijam z izobrazbo pada oziroma da so k teorijam zarot bolj nagnjeni nižje izobraženi, so pomembni tudi ob ugotovitvah, da z vidika širjenja napačnih ali lažnih informacij zaskrbljujoče družbene medije (Kouzy idr., 2020) kot vire informacij o virusu SARS-CoV-2 najpogosteje uporabljajo prav nižje izobraženi z osnovnošolsko ali nižjo oziroma tisti s srednjo poklicno izobrazbo (Žagar idr., 2022). Zato je tudi pri navedenih izobrazbenih skupinah še toliko pomembneje spodbujati veščine, ki omogočajo kritično iskanje in vrednotenje zdravstvenih informacij, pridobljenih na spletu (Vrdelja idr., 2021), ter krepiti njihove digitalne spretnosti in sposobnost prepoznavanja dezinformacij (Evropska komisija, 2020).

Medtem ko je nagnjenost k teorijam zarot močno povezana s prepričanjem v preproste rešitve za kompleksne družbene probleme (van Prooijen in Acker, 2015), je izobrazba z razvijanjem posameznikove kognitivne kompleksnosti oziroma sposobnosti odkrivanja subtilnih odtenkov in težnje po zavestnem razmišljanju o njih (Deary idr., 2007) negativno povezana z nagnjenostjo k poenostavljanju resničnosti oziroma sprejemanju sorazmerno poenostavljenih razlag za kompleksne dogodke, ki jih je sicer težko razumeti, kot ene od osrednjih funkcij teorij zarot (van Prooijen, 2017), ki obljublja pojasnitev in razumevanje zapletenega sveta tudi tistim brez strokovnega znanja (Millson, 2020) oziroma lahko vodijo v miselno zaznavanje iluzornih vzorcev in povezovanja delov, ki niso nujno povezani (Whitson in Galinsky, 2008). Z vidika kognitivnih procesov je zaupanje teorijam zarot povezano tudi z nižjo stopnjo analitičnega razmišljanja, zato je nagnjenost k teorijam zarot smiselno zmanjševati s spodbujanjem analitičnega razmišljanja (Swami idr., 2014) oziroma kritičnimi, logičnimi in na dejstvih temelječimi argumenti (Banas in Miller, 2013; Swami idr., 2013).

Ljudje z nižjo ravno izobrazbe verjetneje pripisujejo vpliv in namero nečemu, kar ne obstaja ali verjetno ne bo obstajalo (Brotherton in French, 2015; Douglas idr., 2016). Eden od razlogov za to je lahko tudi kognitivna pristranskost, imenovana Dunning-Krugerjev učinek (Dunning, 2011), ko ljudje napačno ocenjujejo in precenjujejo svoje sposobnosti ali znanje na določenem področju ter z omejenim znanjem prihajajo do zmotnih zaključkov in napak, zaradi lastne pomanjkljive sposobnosti pa se tega niti ne zavedajo (Kruger in Dunning, 1999).

Čprav si lahko ljudje z zavračanjem uradnih razlag na nek način povrnejo občutek nadzora ali moči (Douglas idr., 2019), je izobrazba, ki razvija posameznikove sposobnosti samostojnega reševanja problemov in socialnih veščin, potrebnih za vplivanje na družbeno okolje (van Prooijen, 2017), dolgoročno verjetno učinkovitejše sredstvo za doseganje nadzora nad lastnim življenjem in družbenim svetom ter zmanjševanje občutka nemoči.

Ugotovitve naše raziskave, da nagnjenost k teorijam zarot narašča z nižanjem samoocene finančne situacije, so pričakovane. Tudi tuje raziskave namreč kažejo, da je verjetnost podpiranja teorij zarot med člani družbenih skupin z nizkim statusom večja kot pri članih skupin z visokim statusom (Abalakina-Paap idr., 1999; Goertzel, 1994; Uscinski in Parent, 2014). Ljudje se lahko zatečejo k teorijam zarot, ko so njihove eksistencialne potrebe ogrožene, kot način za kompenzacijo teh ogroženih potreb (Douglas idr., 2017) ali ko so prepričani, da se gospodarstvo slabša (Parsons idr., 1999).

Zaupanje v teorije zarot je pogosto odgovor na zaskrbljujoče družbene dogodke, ki jih ljudje ne morejo nadzorovati oziroma se ob njih počutijo nemočne (Abalakina-Paap idr., 1999; Prooijen in Van Dijk, 2014), med katere spadata tako pandemija covid-19 kot zaznavanje poslabšane finančne situacije, oziroma sta z zaupanjem v teorije zarot vzročno povezana pomanjkanje nadzora in subjektivna negotovost (van Prooijen in Acker, 2015). Zapisano je pomembno tudi ob ugotovitvah, da pri čustvenem odzivu v zvezi s covidom-19 med prebivalci Slovenije prevladujeta negotovost in jeza (Hočevar Grom idr., 2021).

Izsledki naše raziskave, da nagnjenost k teorijam zarot narašča z nižjo samooceno finančne situacije in višanjem izobrazbe, so zanimivi tudi z vidika nadaljnega raziskovanja morebitnega medsebojnega odnosa navedenih področij. Izobrazba namreč tako v objektivnem kot tudi subjektivnem smislu vpliva na družbeni položaj ljudi v primerjavi z drugimi – izobraževalni dosežki se obravnavajo kot valuta, ki jo je mogoče pretvoriti v delovno mesto z boljšimi dohodki (Kromydas, 2017), ti objektivni kazalniki pa vplivajo tudi na subjektivno doživetje sebe kot visoko ali nizko v družbeni hierarhiji. Subjektivno doživetje sebe kot osebe nizko v družbeni hierarhiji je lahko povezano z občutkom družbene marginaliziranosti, ti občutki pa so pomembni za dovtornost ljudi za teorije zarot (van Prooijen, 2017), saj lahko situacijski dejavniki, kot je pozicioniranje na slabšem koncu asimetrije moči, vodijo v povečano zaupanje teorijam zarot (Uscinski in Parent, 2014). Marginalizirane skupine v družbi se pogosto nagibajo k razumevanju problemov, s katerimi se njihova skupina sooča, s predpostavkami o teorijah zarot (Crocker idr., 1999), krizne situacije in situacijske grožnje pa lahko verjetnost močne skupinske nagnjenosti k teorijam zarot še povečajo (van Prooijen in Douglas, 2017). Ljudje so bolj nagnjeni k teorijam zarot, ko menijo, da je njihova skupina premalo cenjena (Cichočka idr., 2016) ali ogrožena (Jolley idr., 2018). Zato bi bilo morebitno povezanost med izobrazbo in nagnjenostjo k teorijam zarot z objektivnim družbenim razredom in njegovim subjektivnim doživetjem v prihodnje smiselno dodatno raziskati. Po drugi strani pa teorije zarot ljudem tudi omogočajo, da se sprijaznijo z določenimi težavami in s tem znova pridobijo psihološke dobrine, ki so jih izgubili (Franks idr., 2013), iz česar bi bilo mogoče izpeljati razmišljanje, da lahko teorije zarot na nek način ščitijo ljudi pred grožnjami družbi, v kateri živijo (Jolley idr., 2018).

Odnos med nagnjenostjo k teorijam zarot kot pomembnimi soustvarjalci infodemije ter spolom, starostjo, izobrazbo in zaznano finančno situacijo je torej treba nadalje raziskovati in razumeti kot vzajemno delovanje številnih različnih dejavnikov (van Prooijen, 2017), povezanih s sociodemografskimi spremenljivkami. Nagnjenost k teorijam zarot pa bi bilo smiselno nadaljevati tudi z raziskovanjem virov informacij, ki jih posamezniki, nagnjeni k teorijam zarot, najpogosteje uporabljajo, in virov informacij, ki jim najbolj zaupajo, saj nekateri informacijski kanali pogosteje širijo lažne informacije kot drugi (Piltch-Loeb idr., 2021). Izbor virov informacij o covidu-19 in doživetje posameznega vira informacij pa lahko pomembno vplivata tudi na upoštevanje zaščitnih ravnanj in verjetnost doseganja zadovoljive stopnje precepljenosti (Puri idr., 2020) kot pomembnih ukrepov za obladovanje pandemije covid-19.

ZAKLJUČEK

Ob ugotovitvah raziskav, da lahko širjenje teorij zarot privede do ogrožanja prizadevanj zdravstvenih institucij in odločevalcev pri obvladovanju covid-19 ter spodkopavanja verodostojnosti znanstvenih dognanj z dolgoročnimi posledicami, je ob vsesplošnih prizadevanjih za učinkovito zajezitev pandemije covid-19 in z njo povezane infodemije med različnimi populacijskimi skupinami še toliko pomembnejše. Pomembno je tako v slovenskem prostoru kot tudi globalno, saj so ljudje in svet omreženi prek različnih digitalnih platform. Ugotovljeno visoko stopnjo nagnjenosti prebivalcev Slovenije k teorijam zarot, večjo nagnjenost žensk, nižje izobraženih, tistih, ki so v zadnjih treh mesecih svojo finančno situacijo zaznavali kot slabšo, ter starih 60–69 let in 18–29 let, je treba ustrezno upoštevati pri ciljanem javnozdravstvenem komuniciranju vsebin o covidu-19. Spoznanja pričujoče študije predstavljajo pomembne informacije za učinkovite komunikacijske intervencije, namenjene preprečevanju ali zmanjševanju učinka teorij zarot na posameznika in celotno družbo. Pri tem je odnos med nagnjenostjo k teorijam zarot ter spolom, starostjo, izobrazbo in zaznano finančno situacijo treba razumeti kot vzajemno delovanje različnih dejavnikov, povezanih s sociodemografskimi spremenljivkami, saj lahko le tovrstna celostna obravnava vodi k celovitim odgovorom na vprašanje, zakaj se večja nagnjenost k teorijam zarot kaže prav pri navedenih populacijskih skupinah.

VIRI IN LITERATURA

- Abalakina-Paap, M., Stephan, W. G., Craig, T. in Gregory, W. L. (1999). Beliefs in conspiracies. *Political Psychology*, 20(3), 637–647. <https://doi.org/10.1111/0162-895X.00160>
- Allington, D., Duffy, B., Wessely, S., Dhavan, N. in Rubin, J. (2020). Health-protective behaviour, social media usage, and conspiracy belief during the COVID-19 public health emergency. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S003329172000224X>
- Ashley, S., Maksl, A. in Craft, S. (2013). Developing a news media literacy scale. *Journalism and mass communication educator*, 68(1), 7–21. <https://doi.org/10.1177/1077695812469802>
- Banas, J. A. in Miller, G. (2013). Inducing Resistance to Conspiracy Theory Propaganda: Testing Inoculation and Metainoculation Strategies. *Human Communication Research*, 39(2), 184–207. <https://doi.org/10.1111/HCRE.12000>
- Barua, Z., Barua, S., Aktar, S., Kabir, N. in Li, M. (2020). Effects of misinformation on COVID-19 individual responses and recommendations for resilience of disastrous consequences of misinformation. *Progress in disaster science*, 8(100119). <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100119>
- Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M. J., Crum, A. J., Douglas, K. M., Druckman, J. N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E. J., Fowler, J. H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S. A., Jetten, J., ... Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460–471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Bogart, L. M. in Bird Thorburn, S. (2003). Exploring the relationship of conspiracy beliefs about HIV/AIDS to sexual behaviors and attitudes among African-American adults. *Journal of the national medical association*, 95(11), 1057–1065.
- Brotherton, R. in French, C. C. (2015). Intention Seekers: Conspiracist Ideation and Biased Attributions of Intentionality. *PLOS ONE*, 10(5), e0124125. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0124125>
- Cassese, E. C., Farhart, C. E. in Miller, J. M. (2020). Gender Differences in COVID-19 Conspiracy Theory Beliefs. *Politics & Gender*, 16(4), 1. <https://doi.org/10.1017/S1743923X20000409>
- Castro-Sánchez, E., Chang, P. W. S., Vila-Candel, R., Escobedo, A. A. in Holmes, A. H. (2016). Health literacy and infectious diseases: Why does it matter? *International journal of infectious diseases*, 43, 103–110. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.12.019>
- Chong, Y. Y., Cheng, H. Y., Chan, H. Y. L., Chien, W. T. in Wong, S. Y. S. (2020). COVID-19 pandemic, infodemic and the role of eHealth literacy. *International Journal of Nursing Studies*, 108(103644). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103644>
- Chun Wong, F. H., Liu, T., Yi Leung, D. K., Zhang, A. Y., Hong Au, W. S., Kwok, W. W., Shum, A. K. Y., Yan Wong, G. H. in Lum, T. Y. S. (2021). Consuming information related to COVID-19 on social media among older adults and its association with anxiety, social trust in information, and COVID-safe behaviors: Cross-sectional telephone survey. *Journal of medical internet research*, 23(2). <https://doi.org/10.2196/26570>
- Cichocka, A., Marchlewska, M. in de Zavala, A. G. (2016). Does Self-Love or Self-Hate Predict Conspiracy Beliefs? Narcissism, Self-Esteem, and the Endorsement of Conspiracy Theories. *Social Psychological and Personality Science*, 7(2), 157–166. <https://doi.org/10.1177/1948550615616170>
- Crocker, J., Luhtanen, R., Broadnax, S. in Blaine, B. E. (1999). Belief in U.S. Government conspiracies against blacks among black and white college students: Powerlessness or system blame? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(8), 941–953. <https://doi.org/10.1177/01461672992511003>
- De Coninck, D., d'Haenens, L. in Matthijs, K. (2020). Forgotten key players in public health: news media as agents of information and persuasion during the COVID-19 pandemic. *Public Health*, 183, 65–66. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.011>
- De Coninck, D., Frissen, T., Matthijs, K., D'Haenens, L., Lits, G., Champagne-Poirier, O., Carignan, M. E., David, M. D., Pignard-Cheyne, N., Salerno, S. in Généreux, M. (2021). Beliefs in conspiracy theories and misinformation about COVID-19: comparative perspectives on the role of anxiety, depression and exposure to and trust in information sources. *Frontiers in psychology*, 12, 646394. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.646394/FULL>
- Deary, I. J., Strand, S., Smith, P. in Fernandes, C. (2007). *Intelligence and educational achievement*. *Intelligence*, 35(1), 13–21. <https://doi.org/10.1016/J.INTELL.2006.02.001>

- Depoux, A., Martin, S., Karafillakis, E., Preet, R., Wilder-Smith, A. in Larson, H. (2020). The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(3). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa031>
- Douglas, K. M., Sutton, R. M., Callan, M. J., Dawtry, R. J. in Harvey, A. J. (2016). Someone is pulling the strings: hypersensitive agency detection and belief in conspiracy theories. *Thinking and reasoning*, 22(1), 57–77. <https://doi.org/10.1080/13546783.2015.1051586>
- Douglas, K. M., Sutton, R. M. in Cichocka, A. (2017). The psychology of conspiracy theories. *Current Directions in Psychological Science*, 26(6), 538–542. <https://doi.org/10.1177/0963721417718261>
- Douglas, K. M., Uscinski, J. E., Sutton, R. M., Cichocka, A., Nefes, T., Ang, C. S. in Deravi, F. (2019). Understanding conspiracy theories. *Political psychology*, 40(S1), 3–35. <https://doi.org/10.1111/pops.12568>
- Duplaga, M. (2020). The determinants of conspiracy beliefs related to the COVID-19 pandemic in a nationally representative sample of internet users. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217818>
- Evropska komisija. (2020). *Boj proti dezinformacijam v zvezi s COVID-19 – kaj je res in kaj ne*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/?uri=CELEX%3A52020JC0008>
- Franks, B., Bangerter, A. in Bauer, M. W. (2013). Conspiracy theories as quasi-religious mentality: An integrated account from cognitive science, social representations theory, and frame theory. *Frontiers in Psychology*, 4(JUL), 424. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2013.00424/BIBTEX>
- Freeman, D. in Bentall, R. P. (2017). The concomitants of conspiracy concerns. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(5), 595–604. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1354-4>
- Garfin, D. R., Silver, R. C. in Holman, E. A. (2020). The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology*, 39(5), 355–357. <https://doi.org/10.1037/HEA0000875>
- Gerts, D., Shelley, C. D., Parikh, N., Pitts, T., Ross, C. W., Fairchild, G., Chavez, N. Y. V. in Daughton, A. R. (2021). “Thought I’d share first”: an analysis of COVID-19 conspiracy theories and misinformation spread on Twitter. *Journal of medical internet research*, *Public health and surveillance*, 7(4) <https://doi.org/10.2196/26527>
- Ghebreyesus T. A. (2020). *Munich security conference*. World Health Organization. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/munich-security-conference>
- Goertzel, T. (1994). Belief in Conspiracy Theories. *Political Psychology*, 15(4), 731. <https://doi.org/10.2307/3791630>
- Grimes, D. R. (2021). Medical disinformation and the unviable nature of COVID-19 conspiracy theories. *PLOS ONE*, 16(3 March). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245900>
- Grzesiak-Feldman, M. (2013). The Effect of High-Anxiety Situations on Conspiracy Thinking. *Current Psychology*, 32(1). <https://doi.org/10.1007/s12144-013-9165-6>
- Hartley, K. in Vu, M. K. (2020). Fighting fake news in the COVID-19 era: policy insights from an equilibrium model. *Policy Sciences*, 53(4), 735–758. <https://doi.org/10.1007/s11077-020-09405-z>
- Heiss, R., Gell, S., Röthlingshöfer, E. in Zoller, C. (2021). How threat perceptions relate to learning and conspiracy beliefs about COVID-19: evidence from a panel study. *Personality and individual differences*, 175, 110672. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110672>
- Hočevar Grom, A., Belščak Čolaković, A., Rehberger, M., Lavtar, D., Korošec, A., Gabrijelčič Blenkuš, M., Kofol Bric, T., Vinko, M., Jeriček Klanšček, H., Carli, T., Klepac, P., Vrdelja, M., Žagar, J., Prijon, T. in Zaletel, M. (2021). *Raziskava o vplivu pandemije na življenje (SI-PANDA) 2020/2021, panelna raziskava, 17. izvedba*. <https://www.nijz.si/sl/raziskava-o-vplivu-pandemije-na-zivljenje-si-panda-20202021>
- Humprecht, E., Esser, F. in Van Aelst, P. (2020). Resilience to Online Disinformation: A Framework for Cross-National Comparative Research. *The International Journal of Press/Politics*, 25(3), 493–516. <https://doi.org/10.1177/1940161219900126>
- Imhoff, R. in Lamberty, P. (2020). A Bioweapon or a Hoax? The Link Between Distinct Conspiracy Beliefs About the Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak and Pandemic Behavior. *Social Psychological and Personality Science*, 11(8), 1110–1118. <https://doi.org/10.1177/1948550620934692>
- Jolley, D. in Douglas, K. M. (2014). The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *PLoS ONE*, 9(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089177>

- Jolley, D., Douglas, K. M. in Sutton, R. M. (2018). Blaming a Few Bad Apples to Save a Threatened Barrel: The System-Justifying Function of Conspiracy Theories. *Political Psychology*, 39(2), 465–478. <https://doi.org/10.1111/POPS.12404>
- Kouzy, R., Jaoude, J. A., Kraitem, A., Alam, M. B. El, Karam, B., Adib, E., Zarka, J., Traboulsi, C., Akl, E. W. in Baddour, K. (2020). Coronavirus goes viral: quantifying the COVID-19 misinformation epidemic on Twitter. *Cureus*, 12(3), e7255–e7255. <https://doi.org/10.7759/CUREUS.7255>
- Kromydas, T. (2017). Rethinking higher education and its relationship with social inequalities: past knowledge, present state and future potential. *Palgrave Communications*, 3(1), 1–12. <https://doi.org/10.1057/s41599-017-0001-8>
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.6.1121>
- Lankshear, C. in Knobel, M. (2015). Digital literacy and digital literacies: - policy, pedagogy and research considerations for education. *Nordic journal of digital literacy*, 10(Jubileumsnummer), 8–20. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-943X-2015-Jubileumsnummer-02>
- Leman, P. J. in Cinnirella, M. (2013). Beliefs in conspiracy theories and the need for cognitive closure. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00378>
- Lutkenhaus, R. O., Jansz, J. in Bouman, M. P. A. (2019). Mapping the Dutch vaccination debate on Twitter: Identifying communities, narratives, and interactions. *Vaccine: X*, 1(100019), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jvax.2019.100019>
- Mancosu, M., Vassallo, S. in Vezzoni, C. (2017). Believing in conspiracy theories: evidence from an exploratory analysis of Italian survey data. *South European society and politics*, 22(3), 327–344. <https://doi.org/10.1080/13608746.2017.1359894>
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E. in Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74(102258). <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>
- Millson, J. (2020). *Conspiracy Theories – 1000-Word Philosophy: An Introductory Anthology*. Pridobljeno 23. 5. 2021 s <https://1000wordphilosophy.com/2020/12/17/conspiracy-theories/>
- Newheiser, A. K., Farias, M. in Tausch, N. (2011). The functional nature of conspiracy beliefs: Examining the underpinnings of belief in the Da Vinci Code conspiracy. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 1007–1011. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2011.08.011>
- Parsons, S., Simmons, W., Shinhoster, F. in Kilburn, J. (1999). A test of the grapevine: An empirical examination of conspiracy theories among african americans. *Sociological Spectrum*, 19(2), 201–222. <https://doi.org/10.1080/027321799280235>
- Piltch-Loeb, R., Savoia, E., Goldberg, B., Hughes, B., Verhey, T., Kayyem, J., Miller-Idriss, C. in Testa, M. (2021). Examining the effect of information channel on COVID-19 vaccine acceptance. *PLOS ONE*, 16(5), e0251095. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0251095>
- Puri, N., Coomes, E. A., Haghbayan, H. in Gunaratne, K. (2020). Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Human vaccines and immunotherapeutics*, 16(11), 2586–2593. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1780846>
- Ratzan, S. C., Sommariva, S. in Rauh, L. (2020). Enhancing global health communication during a crisis: lessons from the COVID-19 pandemic. *Public health research and practice*, 30(2). <https://doi.org/10.17061/PHRP3022010>
- Romer, D. in Jamieson, K. H. (2020). Conspiracy theories as barriers to controlling the spread of COVID-19 in the U.S. *Social science and medicine*, 263, 113356. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2020.113356>
- Rosenberg, H., Syed, S. in Rezaie, S. (2020). The Twitter pandemic: The critical role of Twitter in the dissemination of medical information and misinformation during the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 22(4), 418–421. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.361>
- Rubinelli, S., Purnat, T. D., Wihelm, E., Traicoff, D., Namageyo-Funa, A., Thomson, A., Wardle, C., Lamichhane, J., Briand, S. in Nguyen, T. (2022). WHO competency framework for health authorities and institutions to manage infodemics: its development and features. *Human resources for health*, 20(1), 35. <https://doi.org/10.1186/S12960-022-00733-0/TABLES/3>
- Rutjens, B. T., van der Linden, S. in van der Lee, R. (2021). Science skepticism in times of COVID-19. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(2), 276–283. <https://doi.org/10.1177/1368430220981415>

- Sharma, D. C., Pathak, A., Chaurasia, R. N., Joshi, D., Singh, R. K., & Mishra, V. N. (2020). Fighting infodemic: need for robust health journalism in India. *Diabetes and metabolic syndrome: clinical research & reviews*, *14*(5), 1445–1447. <https://doi.org/10.1016/J.DSX.2020.07.039>
- Shu, K., Sliva, A., Wang, S., Tang, J. in Liu, H. (2017). Fake news detection on social media: a data mining perspective. *ACM SIGKDD explorations newsletter*, *19*(1), 22–36. <https://doi.org/10.1145/3137597.3137600>
- Swami, V. (2012). Social psychological origins of conspiracy theories: The case of the Jewish conspiracy theory in Malaysia. *Frontiers in Psychology*, *3*(AUG), 280. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2012.00280/BIBTEX>
- Swami, V., Pietschnig, J., Tran, U. S., Nader, I. W., Stieger, S. in Voracek, M. (2013). Lunar Lies: The Impact of Informational Framing and Individual Differences in Shaping Conspiracist Beliefs About the Moon Landings. *Applied Cognitive Psychology*, *27*(1), 71–80. <https://doi.org/10.1002/ACP.2873>
- Swami, V., Voracek, M., Stieger, S., Tran, U. S. in Furnham, A. (2014). *Analytic thinking reduces belief in conspiracy theories*. *Cognition*, *133*(3), 572–585. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2014.08.006>
- Sweeny, K., Melnyk, D., Miller, W. in Shepperd, J. A. (2010). Information Avoidance: Who, What, When, and Why. *Review of General Psychology*, *14*(4), 340–353. <https://doi.org/10.1037/A0021288>
- Tagliabue, F., Galassi, L. in Mariani, P. (2020). The “Pandemic” of Disinformation in COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine*, *2*(9), 1287–1289. <https://doi.org/10.1007/s42399-020-00439-1>
- Tasnim, S., Hossain, M. in Mazumder, H. (2020). Impact of rumors and misinformation on COVID-19 in social media. *Journal of preventive medicine and public health*, *53*(3)171–174. Korean Society for Preventive Medicine. <https://doi.org/10.3961/JPMMPH.20.094>
- Teovanović, P., Lukić, P., Zupan, Z., Lazić, A., Ninković, M. in Žeželj, I. (2021). Irrational beliefs differentially predict adherence to guidelines and pseudoscientific practices during the COVID-19 pandemic. *Applied cognitive psychology*, *35*(2), 486–496. <https://doi.org/10.1002/acp.3770>
- Uscinski, J. E. in Parent, J. M. (2014). American Conspiracy Theories. V *American conspiracy theories, spletna izdaja*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199351800.001.0001>
- Usher, K., Durkin, J. in Bhullar, N. (2020). The COVID-19 pandemic and mental health impacts. *International Journal of Mental Health Nursing*, *29*(3), 315–318. <https://doi.org/10.1111/inm.12726>
- van Prooijen, J. W. (2017). Why Education Predicts Decreased Belief in Conspiracy Theories. *Applied Cognitive Psychology*, *31*(1), 50–58. <https://doi.org/10.1002/acp.3301>
- van Prooijen, J. W. in Acker, M. (2015). The Influence of Control on Belief in Conspiracy Theories: Conceptual and Applied Extensions. *Applied Cognitive Psychology*, *29*(5), 753–761. <https://doi.org/10.1002/ACP.3161>
- van Prooijen, J. W. in Douglas, K. M. (2017). Conspiracy theories as part of history: The role of societal crisis situations. *Memory Studies*, *10*(3), 323–333. <https://doi.org/10.1177/1750698017701615>
- Van Prooijen, J. W. in Van Dijk, E. (2014). When consequence size predicts belief in conspiracy theories: The moderating role of perspective taking. *Journal of Experimental Social Psychology*, *55*, 63–73. <https://doi.org/10.1016/J.JESP.2014.06.006>
- Vosoughi, S., Roy, D. in Aral, S. (2018). *The spread of true and false news online*. *Science*, *359*(6380), 1146–1151. <https://doi.org/10.1126/science.aap9559>
- Vrdelja, M., Vrbovšek, S., Klopčič, V., Dadaczynski, K. in Okan, O. (2021). Facing the growing COVID-19 infodemic: digital health literacy and information-seeking behaviour of university students in Slovenia. *International journal of environmental research and public health*, *18*(16), 8507. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18168507>
- Wenham, C., Smith, J. in Morgan, R. (2020). COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, *395*(10227), 846–848. Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
- Whitson, J. A. in Galinsky, A. D. (2008). Lacking control increases illusory pattern perception. *Science*, *322*(5898), 115–117. <https://doi.org/10.1126/SCIENCE.1159845>
- Yu, X. in Li, N. (2021). Understanding the beginning of a pandemic: China’s response to the emergence of COVID-19. *Journal of Infection and Public Health*, *14*(3), 347–352. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.12.024>

Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, 395(10225), 676.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X)

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., Xiang, J., Wang, Y., Song, B., Gu, X., Guan, L., Wei, Y., Li, H., Wu, X., Xu, J., Tu, S., Zhang, Y., Chen, H. in Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*, 395(10229), 1054–1062.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3/ATTACHMENT/E61DC4CE-2C32-4FA9-85D7-95911E7D3B94/MMC1.PDF](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3/ATTACHMENT/E61DC4CE-2C32-4FA9-85D7-95911E7D3B94/MMC1.PDF)

Žagar, J., Vrdelja, M. in Rehberger, M. (2022). Uporaba in zaupanje virom informacij o covidu-19 med različnimi populacijskimi skupinami v Sloveniji. V A. Hočevar Grom, H. Jeriček Klanšček, A. Belščak Čolaković, M. Rehberger in D. Lavtar (Ur.), *Kako smo v Sloveniji doživljali pandemijo covid-19? Izsledki presečnih raziskav SI-PANDA 2021*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Žagar, J., Vrdelja, M., Rehberger, M. in Korošec, A. (2021). Nagnjenost k teorijam zarot v povezavi s covidom-19 med različnimi populacijskimi skupinami v Sloveniji. V B. Gabrovec, I. Eržen, A. Trop Skaza, M. Fafangel, M. Vrdelja in Š. Selak (Ur.), *Public Health and COVID-19*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Kazalo slik

Slika 1: Število potrjenih primerov okužb s SARS-CoV-2, število umrlih zaradi covid-19, število potrjenih primerov covid-19, sprejetih v bolnišnico in število potrjenih primerov covid-19, sprejetih v enote intenzivnega zdravljenja od marca 2020 do julija 2021	14
Slika 2: Cepljenje proti covidu-19 v Sloveniji	18
Slika 3: Ukrepi za zamejitev širjenja covid-19	24
Slika 4: Shema vabil k sodelovanju glede na zaporedno vabilo in starost oseb izbranih v vzorec	28
Slika 5: Prisotnost bolezni ali stanj, za katere je diagnozo postavil zdravnik, glede na čas ugotovitve bolezni ali stanja, druga presečna raziskava	39
Slika 6: Samoocena vpliva pandemije covid-19 na zdravstveno stanje; skupaj, druga presečna raziskava	40
Slika 7: Delež okuženih z virusom SARS-CoV-2; glede na status cepljenja, druga presečna raziskava	53
Slika 8: Dvojni kontinuum duševnega zdravja (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2021)	60
Slika 9: Kontinuum duševnega zdravja; skupaj, po spolu in starosti, prva presečna raziskava	70
Slika 10: Verjetnost težav v duševnem zdravju; skupaj, po spolu in starosti, prva presečna raziskava	70
Slika 11: Potrebe po zdravstvenih obravnavah osebnega zdravnika, zdravnika specialista in zobozdravnika v času pandemije covid-19; skupaj, prva in druga presečna raziskava	84
Slika 12: Dostop do zdravnika specialista in zobozdravnika od začetka pandemije covid-19; skupaj, prva presečna raziskava	90
Slika 13: Zdravstvene obravnave pri osebnem zdravniku, zdravniku specialistu in zobozdravniku v času pandemije med osebami, ki so potrebovale zdravstveno obravnavo; skupaj, prva presečna raziskava	91
Slika 14: Upoštevanje nefarmakoloških ukrepov v zadnjih 7 dneh med odraslimi prebivalci Slovenije; skupaj, prva presečna raziskava	106
Slika 15: Upoštevanje nefarmakoloških ukrepov v zadnjih 7 tednih, glede na strinjanje o tem, da cepivo lahko pripomore k zaježitvi širjenja virusa SARS-CoV-2, prva presečna raziskava	112
Slika 16: Cepilni status proti covidu-19; skupaj, prva in druga presečna raziskava	128
Slika 17: Razlogi za odločitev o cepljenju; skupaj in po starostnih skupinah, prva presečna raziskava	130
Slika 18: Pogostost uživanja izbranih odsvetovanih skupin živil v času pandemije covid-19; skupaj, druga presečna raziskava	144
Slika 19: Pogostost uživanja izbranih priporočenih skupin živil v času pandemije covid-19; skupaj, druga presečna raziskava	145
Slika 20: Sprememba v uživanju izbranih živil v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19; skupaj, druga presečna raziskava	146
Slika 21: Sprememba v telesni aktivnosti: skupaj in po spolu, prva in druga presečna raziskava	176

Slika 22: Povprečen čas sedenja dnevno med tednom in ob koncih tedna v urah; skupaj, glede na spol in starostne skupine, druga presečna raziskava	181
Slika 23: Samoocena vpliva pandemije na spanje: skupaj in po spolu, prva in druga presečna raziskava	194
Slika 24: Uporaba tobačnih in povezanih izdelkov v zadnjih 30 dneh; skupaj, druga presečna raziskava	212
Slika 25: Spremembe v pogostosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, med osebami, ki pijejo te pijače; skupaj, prva in druga presečna raziskava	238
Slika 26: Samoocena vpliva pandemije na družinske odnose; skupaj in po spolu, prva in druga presečna raziskava	259
Slika 27: Pojavnost različnih oblik nasilja družinskih članov v zadnjih 12 mesecih; skupaj, prva in druga presečna raziskava	261
Slika 28: Izogibanje okužbi z virusom SARS-CoV-2 v trenutni situaciji; skupaj in glede na status aktivnosti; prva presečna raziskava	280
Slika 29: Doživljanje pandemije covid-19, skupaj, prva presečna raziskava	281
Slika 30: Doživljanje pandemije covid-19 skupaj in po starostnih skupinah; druga presečna raziskava	282
Slika 31: Pogostost uporabe in zaupanje virom informacij; skupaj, prva presečna raziskava	296
Slika 32: Nagnjenost k teorijam zarot; skupaj, po spolu in starosti, prva presečna raziskava	311

Kazalo preglednic

Preglednica 1: <i>Statusi izidov in stopnja odgovora; prva in druga presečna raziskava</i>	29
Preglednica 2: <i>Značilnosti vključenih prebivalcev Slovenije, prva in druga presečna raziskava</i>	30
Preglednica 3: <i>Delež oseb, z diagnosticirano vsaj eno kronično boleznijo; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	38
Preglednica 4: <i>Poslabšanje zdravstvenega stanja; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava</i>	41
Preglednica 5: <i>Izogibanje obisku zdravnika v zadnjih 2 tednih zaradi težave, ki ni bila povezana z virusom SARS-CoV-2; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava</i>	43
Preglednica 6: <i>Prevalenca okužbe z virusom SARS-CoV-2; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava</i>	52
Preglednica 7: <i>Potek bolezni covid-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava</i>	54
Preglednica 8: <i>Najpogostejši osebni in družbeni dejavniki, ki so vplivali na duševno zdravje med pandemijo covid-19</i>	62
Preglednica 9: <i>Kontinuum duševnega zdravja; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	64
Preglednica 10: <i>Kontinuum duševnega zdravja; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	65
Preglednica 11: <i>Težave v duševnem zdravju; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	67
Preglednica 12: <i>Težave v duševnem zdravju; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	68
Preglednica 13: <i>Psihološka odpornost; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava</i>	71
Preglednica 14: <i>Potrebe po zdravstvenih obravnavah pri osebnem zdravniku; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava</i>	85
Preglednica 15: <i>Potrebe po specialističnih obravnavah; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava</i>	87
Preglednica 16: <i>Potrebe po zobozdravstven obravnavi; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava</i>	89
Preglednica 17: <i>Stik in način izvajanja zdravstvenih obravnav – osebni zdravnik; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	92
Preglednica 18: <i>Stik in način izvajanja zdravstvenih obravnav – zdravnik specialist; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	94
Preglednica 19: <i>Stik in način izvajanja zdravstvenih obravnav – zobozdravnik; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	96
Preglednica 20: <i>Upoštevanje nefarmakoloških ukrepov v zadnjih 7 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	107
Preglednica 21: <i>Upoštevanje drugih nefarmakoloških ukrepov v zadnjih 7 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	109

Preglednica 22: <i>Imenovanje stikov ob morebitnem pozitivnem testu na virus SARS-CoV-2; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	113
Preglednica 23: <i>Razlogi, zakaj v primeru pozitivnega testa na virus SARS-CoV-2 verjetno ne bi imenovali vseh stikov*; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	114
Preglednica 24: <i>Precepljenost proti covidu-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	126
Preglednica 25: <i>Precepljenost proti covidu-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	127
Preglednica 26: <i>Samoocena vpliva pandemije covid-19 na življenje z vidika zdrave prehrane; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	140
Preglednica 27: <i>Samoocena vpliva pandemije covid-19 na življenje na področju zdrave prehrane; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava</i>	142
Preglednica 28: <i>Uživanje sadja v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19 med osebami, ki uživajo sadje; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	147
Preglednica 29: <i>Uživanje sladke hrane v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19 med osebami, ki uživajo sladko hrano; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	148
Preglednica 30: <i>Uživanje prehranskih dopolnil v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19 med osebami, ki uživajo prehranska dopolnila; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	150
Preglednica 31: <i>Zmožnost nabave mesnega oziroma enakovrednega vegetarijanskega obroka vsaj vsak drugi dan v času pandemije covid-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	152
Preglednica 32: <i>Višji stroški gospodinjstva za prehrano med pandemijo; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	153
Preglednica 33: <i>Uživanje večjih, nekontroliranih količin hrane med pandemijo; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	155
Preglednica 34: <i>Uživanje večjega števila dnevni obrokov med pandemijo; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	156
Preglednica 35: <i>Priprava obrokov doma v času pandemije; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	158
Preglednica 36: <i>Povečanje telesne mase v času pandemije; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	159
Preglednica 37: <i>Telesna aktivnost; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	171
Preglednica 38: <i>Telesna aktivnost; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	174
Preglednica 39: <i>Telesna aktivnost v zadnjih 2 tednih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava</i>	176
Preglednica 40: <i>Telesna aktivnost v zadnjih 2 tednih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava</i>	178
Preglednica 41: <i>Posamezne oblike telesne aktivnosti med osebami, ki izvajajo posamezno aktivnost; skupaj in glede na spol, druga presečna raziskava</i>	179
Preglednica 42: <i>Količina sedenja na delovni dan in v času koncev tedna oziroma dopusta; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava</i>	182

Preglednica 43: Samoocena vpliva pandemije na področje spanja; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava	191
Preglednica 44: Samoocena vpliva pandemije na spanje; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava	193
Preglednica 45: Poslabšanje spanja; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	195
Preglednica 46: Kadilci, bivši kadilci in prebivalci, ki niso nikoli kadili; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava	202
Preglednica 47: Kadilci, bivši kadilci in prebivalci, ki niso nikoli kadili; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava	204
Preglednica 48: Kadilci, bivši kadilci in prebivalci, ki niso nikoli kadili; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	206
Preglednica 49: Redni in občasni kadilci; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	208
Preglednica 50: Povprečno število pokajenih cigaret na dan med rednimi kadilci; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava	210
Preglednica 51: Kadilci, ki so v zadnjih dveh tednih pred raziskavo kadili več kot pred pandemijo; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	211
Preglednica 52: Uporabniki brezdimnih tobačnih izdelkov v zadnjih 30 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava	213
Preglednica 53: Uporabniki ogrevanih tobačnih izdelkov v zadnjih 30 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava	215
Preglednica 54: Uporabniki elektronskih cigaret v zadnjih 30 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava	216
Preglednica 55: Uporabniki vsaj enega od tobačnih in povezanih izdelkov (cigarete, cigare, cigarilosi, pipe tobaka, brezdimni tobačni izdelki, ogrevani tobačni izdelki, elektronske cigarete), v zadnjih 30 dneh; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava	218
Preglednica 56: Prebivalci, ki poročajo, da so oni ali drugi člani njegove družine kadili v njihovem stanovanju oziroma bivalnih prostorih v času pandemije covid-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava	219
Preglednica 57: Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava	232
Preglednica 58: Pitje pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava	234
Preglednica 59: Sprememba v razširjenosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	236
Preglednica 60: Spremembe v pogostosti pitja pijač, ki vsebujejo alkohol, med osebami, ki pijejo te pijače; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	239
Preglednica 61: Spremembe navad v zadnjih 12 mesecih glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava	242
Preglednica 62: Spremembe navad v zadnjih 12 mesecih glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, druga presečna raziskava	244

Preglednica 63: Spremembe navad v zadnjih 12 mesecih glede količine popitih pijač, ki vsebujejo alkohol; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	246
Preglednica 64: Poslabšanje družinskih odnosov; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	260
Preglednica 65: Izpostavljenost fizičnemu nasilju v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	262
Preglednica 66: Izpostavljenost psihičnemu nasilju v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	263
Preglednica 67: Izpostavljenost spolnemu nasilju v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	264
Preglednica 68: Izpostavljenost ekonomskemu nasilju v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	265
Preglednica 69: Izpostavljenost omejevanju stikov in svobode v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva in druga presečna raziskava	266
Preglednica 70: Povzročitelji nasilja v zadnjih 12 mesecih; skupaj in glede na spol žrve, prva in druga presečna raziskava	267
Preglednica 71: Samoocena vpliva pojava nasilja v družini; skupaj in glede na spol žrtve, prva in druga presečna raziskava	268
Preglednica 72: Kazalnik pandemske izčrpanosti; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke; druga presečna raziskava	283
Preglednica 73: Samoocena kognitivnih sprememb med pandemijo covid-19; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke; druga presečna raziskava	284
Preglednica 74: Pogostost uporabe informacij o novem koronavirusu; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava	292
Preglednica 75: Zaupanje virom informacij o novem koronavirusu; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava	294
Preglednica 76: Nagnjenost k teorijam zarot, povezanih z virusom SARS-CoV-2; skupaj in glede na pojasnjevalne spremenljivke, prva presečna raziskava	310

Stvarno kazalo

- A**
- Abstinenti 229–237, 248–251
 - Alkohol 17, 21, 32, 33, 229–251
 - Alkoholna politika 251
 - Asimptomatska okužba 51
- B**
- Bolečine v prsih 35, 37, 39, 40, 44, 45
 - Bolezni 16, 18, 21, 28, 35, 39, 40, 42, 44, 45, 49, 50, 54, 74, 82, 98, 103–105, 114, 119, 123, 132, 134, 137, 138, 160, 162, 164, 170, 200, 201, 212, 222, 224, 241, 285, 286, 290, 299
 - ki jih preprečujemo s cepljenjem 124
 - kronične 32, 37, 51, 62, 81, 95, 99, 100, 111, 117, 118, 131, 153, 175, 190, 233
 - pridružene 49, 55, 56, 86, 88
 - Brezdimni tobačni izdelki 201, 213, 217–219, 222–225
- C**
- Cepivo proti covidu-19 103, 104
 - Cepljenje proti covidu-19 18, 21, 32, 50, 55, 104, 123–125, 131, 133
 - Covid-19 13–24, 27, 32, 35–37, 40–42, 44, 45, 49–51, 53–56, 59–62, 69, 72, 74, 76, 81, 82, 84, 88, 90, 91, 93, 95, 98–100, 103, 104, 111, 116–119, 123–129, 131–134, 137–164, 169–175, 178–180, 183–185, 189–196, 199–201, 212, 219, 221–225, 229–231, 248–251, 255, 257–260, 268–272, 277–286, 289–300, 307, 308, 312–314
- D**
- Debelost 21, 32, 56, 137, 139, 140–143, 148–151, 153–158, 160, 162, 163, 170, 172, 175, 178, 182, 190, 233, 235, 237, 240, 241, 243, 245, 247
 - Dejavniki tveganja 56, 61, 118, 189, 196, 199, 200, 249
 - Delo ali šolanje od doma 16, 104, 106, 109, 110, 112, 118, 160, 164
 - Depresija 17, 19, 35, 37, 40, 44, 45, 61, 63, 73, 75, 104, 184, 190, 272
 - Digitalni mediji 298
 - Dostopnost zdravstvenih obravnav 81, 82, 98
 - Doživljanje pandemije 21, 62, 277, 281, 282, 286
 - Družbeni dejavniki 62
 - Družbeni mediji 290, 312
 - Družinski odnosi 255, 259, 260, 268
 - Duševno blagostanje 32, 60, 63
 - Duševno zdravje 60–66, 69, 72–76
 - dobro 76
 - kontinuum 59, 63
 - pozitivno 32, 59–61, 63, 64
- E**
- Elektronska cigareta 201, 212
 - Enakost spolov 16, 44, 285, 273
 - Epidemija 13, 15, 19–21, 24, 25, 35–37, 40, 42, 50, 72, 73, 75, 81, 103–105, 116, 119, 132, 134, 138, 140, 143, 146, 148, 149, 170, 196, 251, 256, 257, 271, 277, 285

F

Finančna situacija 32, 59, 66, 69, 72, 73, 74, 76, 137, 139, 141, 143, 148, 149, 151, 153, 156, 157, 159–164, 169, 173, 175, 233, 235, 243, 309

H

Higiena

 kašlja in kihanja 105

 rok 103–105, 116

Hoja 170, 180, 183, 184

I

Indeks telesne mase (ITM) 32, 173, 175

Infodemija 289, 290, 300, 307, 308, 312, 314

Iskanje stikov 103, 104

Izobrazba 31, 95, 137, 151, 164, 192, 196, 233, 235, 243, 245, 270, 291, 292, 309, 313, 314

Izogibanje dotikanju obraza 105, 111

Izogibanje družabnemu dogodku 16, 105, 111, 116

Izogibanje obiskovanju starejših, ko imamo znake okužbe 105, 116

J

Javnozdravstveni ukrepi 103, 104

K

Kadilci tobaka

 bivši 202, 224

 ki so kadili več kot pred pandemijo 222

 občasni 208, 209

 redni 201, 209, 222

 trenutni 141, 149

Kakovost spanja 190, 196

Kampanja cepljenja 132, 134

Kognitivne sposobnosti 21, 277, 279

Krizno komuniciranje 118, 289

M

Mediji 185, 223, 258, 279, 289, 290–293, 296, 298, 299, 312

Motnje spanja 35, 37, 40, 44, 73

N

Načini izvajanja zdravstvenih obravnav 81

Nasilje v družini 255–258, 261–273

Neenakosti v zdravju 35, 37, 45, 81, 100

Nepreverjene informacije 286, 298, 312

Nošenje maske 16, 19, 103, 116–118

O

- Obroki 135, 154, 157, 159
 - mesni 137, 139, 151, 163
 - vegetarjanski 151
- Odlašanje z obiskom zdravnika 35, 44, 45
- Odnos do cepljenja 19, 124, 132
- Odrasli 17, 18, 44, 56, 72, 76, 103, 105, 116, 117, 119, 123, 138, 139, 170, 183, 189, 190, 194, 196, 229–231, 248, 251, 259
- Odsvetovana živila 139, 143, 146
- Ogrevani tobačni izdelki 199, 201, 213, 217, 222–224
- Opustitev kajenja 200, 222
 - namera za opustitev kajenja tobaka zaradi covida–19 201, 212, 222
 - poskus opustitve kajenja tobaka zaradi covida–19 201, 222

P

- Pandemija covida–19 13, 16, 17, 35, 36, 40, 59–61, 76, 81, 100, 137, 138, 140, 146, 161, 162, 170, 189, 190, 196, 199, 200, 223, 225, 229, 251, 255, 268, 269, 271, 272, 277, 278, 285, 290, 307, 308, 313
- Pandemska izčrpanost 21, 27, 277, 286
 - lestvica 277
- PCT pogoj 20, 21, 50
- Potek bolezni 49–51, 54–56, 74, 103–105, 111, 117–119, 200
- Potrebe po zdravstvenih obravnavah 81, 82, 84, 98
- Precepljenost 50, 56, 103–105, 119, 123, 124, 132, 283, 290, 314
- Prehrana 21, 137, 160, 164, 190
 - zdrava 76, 140, 141, 163
- Prehranske izbire 140, 143, 164
- Prekomerna telesna masa 170, 241
- Prekuženost 49, 51, 55, 104, 286
- Priporočena živila 139
- Psihološka odpornost 21, 59, 61, 62, 71, 72, 74–76

R

- Ranljive skupine 117, 189, 229
- Različica
 - alfa 49, 50, 55, 103, 105
 - delta 49, 50, 55, 56

S

- Sadje 139, 144, 146, 161
- Sedenje 33, 169, 181
- Sladka hrana 146
- Smrtnost 45, 50, 51
- Sociodemografske spremenljivke 31, 37, 51, 59, 69, 73, 160, 169, 183, 190, 277, 279, 290, 291, 292, 307–309, 312, 314
- Spanje 21, 33, 189–196, 257
- Specialistična obravnava 81, 84
- Spol 82, 86, 93, 95, 97, 111, 115, 117, 118, 125, 128, 129, 131, 139, 148, 173, 175, 178, 180, 181, 190, 202, 205, 207, 213, 217, 221, 222, 230, 233, 235, 243, 249, 255–258, 260, 261–273, 277, 282, 285, 289, 293–295, 297, 300, 308, 312, 314
- Sprememba prehranjevalnih navad 17, 137, 138, 139, 164

Starost 28–33, 39, 51, 55, 56, 62, 66, 69, 72–75, 81, 82, 86, 88, 93, 95, 97–99, 104, 105, 111, 118, 124, 125, 129, 131, 132, 139, 140, 148, 151–156, 162, 173, 175, 184, 192, 200, 202, 205, 207, 209, 210, 213, 212, 224, 233, 235, 243, 245, 256, 260, 269, 270, 272, 277, 279, 285, 286, 290–293, 297, 300, 309, 311, 319

Stik

na daljavo 93

z osebnim zdravnikom 81, 83, 90, 93, 99,

Stroški za prehrano 137, 163

T

Tek 170, 180

Telesna aktivnost 21, 169–175, 183–185

Teorije zarot 19, 21, 297, 298, 307–319

Testiranje 45, 98, 104, 118

Težave v duševnem zdravju 19, 44, 59, 63, 69, 73, 173, 175, 196, 222, 272

U

Učinkovitost cepiv 50, 124, 125, 131–133

V

Varnost cepiv 124, 131, 133

Varovalni dejavniki 61

Viri informacij 62, 119, 133, 289, 290, 292, 293, 295, 299, 300, 312

uporaba 312, 313, 314

zaupanje 21, 289, 291

Virus SARS-CoV-2 18, 19, 24, 31–33, 35–37, 44, 45, 49–56, 75, 81, 82, 86, 88, 90, 93, 95, 97–100, 103–105, 111, 116, 118, 119, 123, 124, 131, 132, 134, 138, 169, 170, 173, 184, 199, 200, 222, 225, 248, 250, 257, 268–272, 277–279, 285, 286, 289–293, 297–300, 307–309

Vodena vadba 170, 180,

Vprašalnik MHI-5 59, 63, 69, 272

Vzdrževanje medsebojne razdalje 20, 103, 104, 105, 106, 116, 170

Z

Zaupanje v cepljenje 123, 124

Zdravstveni sistem 81, 82, 124

Zdravstveno stanje 32, 35–37, 40, 45

Zelenjava 138, 139, 144, 161–163

Zobozdravstvena obravnava 81–84, 89, 90, 97, 99, 100

Zračenje 103–105, 111, 116, 118

Ž

Življenjski slog 19, 32, 137, 138, 164, 170, 184

PRILOGA 1





SI-PANDA

Raziskava o vplivu
pandemije na življenje

NIJZ

Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Nacionalna raziskava o vplivu pandemije na življenje 2021 (SI-PANDA)

Prosimo vas, da pri vprašanjih, kjer ni posebnih navodil za izpolnjevanje, **obkrožite en ustrezen odgovor**. Vprašalnik lahko izpolnjuje **samo oseba, izbrana v vzorec**. Če slabše vidite ali ga težje razumete, naj vam kdo pomaga. Vsekakor pa naj bodo odgovori vaši. Prosimo vas, da izpolnjen anketni vprašalnik **čim prej** vrnete po pošti v priloženi pisemski ovojnici. Nekateri možni odgovori so zapisani v moški slovnični obliki, vendar veljajo za oba spola.

OSNOVNI PODATKI

1. Spol:

- 1 Moški
- 2 Ženski

2. Letnica rojstva:

3. Ali ste trenutno:

- 1 Samski
- 2 Poročeni
- 3 Živate v zunajzakonski zvezi
- 4 Ovdoveli
- 5 Ločeni

4. Kdo poleg vas še živi v vašem gospodinjstvu?

(Možnih je več odgovorov.)

- 1 Živim sam.
- 2 Živim z otroki, mlajšimi od 18 let.
- 3 Živim z osebami, ki spadajo v tvegano skupino za obolenje z novim koronavirusom (osebe, stare 65 let ali več in/ali s kroničnimi obolenji).
- 4 Nič od naštetega.

5. Kakšen je vaš zaposlitveni status?

- 1 Zaposlen
- 2 Samozaposlen
- 3 Dijak, študent
- 4 Gospodinja, gospodinjec
- 5 Upokojenec
- 6 Brezposeln
- 7 Drugo. Navedite, kaj? _____.

6. Ali ste zdravstveni delavec?

- 1 Ne
- 2 Da

7. katero stopnjo javnoveljavne izobrazbe ste dosegli?

- 1 Nedokončana osnovnošolska izobrazba
- 2 Osnovnošolska izobrazba
- 3 Nižja ali srednja poklicna izobrazba
- 4 Srednja strokovna, splošna izobrazba
- 5 Višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba
- 6 Visokošolska strokovna izobrazba (vključuje tudi 1. bolonjsko stopnjo)
- 7 Visokošolska univerzitetna izobrazba (vključuje tudi 2. bolonjsko stopnjo)
- 8 Specializacija, magisterij, doktorat

8. Prosimo, ocenite svojo osebno finančno situacijo v zadnjih treh mesecih.

- 1 Boljša kot prej
- 2 Ostaja enaka kot prej
- 3 Slabša kot prej
- 4 Ne vem

9. Kolikor vam je znano, ali ste bili oziroma ste sedaj okuženi z novim koronavirusom?

- 1 Ne → POJDITE NA VPRAŠANJE ŠT. 12
2 Da → POJDITE NA VPRAŠANJE ŠT. 10

10. Ali je (bil) potek bolezni:

- 1 Lahek
2 Težek

11. Ali je bila okužba:

- 1 Potrjena s testom
2 Ni bila potrjena s testom

ZDRAVSTVENO STANJE

12. Ali imate katero od navedenih bolezni ali stanj, za katere je diagnozo postavil zdravnik?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabelo izpolnjujete po vrsticah!)

	Da, ugotovljena je bila v zadnjih 12 mesecih	Da, ugotovljena je bila pred več kot 12 meseci	Ne
a	1	2	3
b	1	2	3
c	1	2	3
d	1	2	3
e	1	2	3
f	1	2	3
g	1	2	3
h	1	2	3
i	1	2	3
j	1	2	3
k	1	2	3
l	1	2	3
m	1	2	3
n	1	2	3
o	1	2	3
p	1	2	3
r	1	2	3
s	1	2	3
t	1	2	3
u	1	2	3
v	1	2	3

NOVI KORONAVIRUS

13. Kako težko ali lahko ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Zelo težko						Zelo lahko	
a	...	1	2	3	4	5	6	7
b	... RAZUMETE informacije o tem, kaj narediti, če mislite, da ste okuženi z novim koronavirusom?	1	2	3	4	5	6	7
c	... OCENITE, ali so informacije o novem koronavirusu v medijih zanesljive?	1	2	3	4	5	6	7
d	... RAZUMETE omejitve in priporočila oblasti glede novega koronavirusa?	1	2	3	4	5	6	7
e	... UPOŠTEVATE priporočila o tem, kako se zaščititi pred okužbo z novim koronavirusom?	1	2	3	4	5	6	7
f	... RAZUMETE priporočila o tem, kdaj delati/se šolati od doma in kdaj ne?	1	2	3	4	5	6	7
g	... UPOŠTEVATE priporočila o tem, kdaj delati/se šolati od doma in kdaj ne?	1	2	3	4	5	6	7
h	... RAZUMETE priporočila o tem, kdaj se družiti in kdaj ne?	1	2	3	4	5	6	7
i	... UPOŠTEVATE priporočila o tem, kdaj se družiti in kdaj ne?	1	2	3	4	5	6	7

14. Zanima nas vaše doživljanje situacije, povezane z novim koronavirusom.

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici.)

	Zelo težko						Zelo lahko	
	Zame je izogibanje okužbi z novim koronavirusom v trenutni situaciji ...	1	2	3	4	5	6	7

15. V kolikšni meri ste v zadnjih 7 dneh izvajali spodaj navedene ukrepe/dejanja, z namenom preprečevanja prenosa okužbe z novim koronavirusom?

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Sploh nisem izvajal							Zelo dosledno sem izvajal		Se ne nanaša name
a	Pogosto umivanje rok z milom in vodo, vsakič najmanj 20 sekund.	1	2	3	4	5	6	7	8	
b	Izogibanje dotikanju oči, nosu in ust z neumitimi rokami.	1	2	3	4	5	6	7	8	
c	Razkuževanje rok, kadar umivanje ni možno.	1	2	3	4	5	6	7	8	
d	Izogibanje zasebnemu družabnemu dogodku, ki sem se ga želel udeležiti.	1	2	3	4	5	6	7	8	
e	Izogibanje javnemu dogodku, ki sem se ga želel udeležiti.	1	2	3	4	5	6	7	8	
f	Ostajanje doma (delo od doma, šola ali študij od doma).	1	2	3	4	5	6	7	8	
g	Uporaba antibiotika za preprečevanje ali zdravljenje okužbe z novim koronavirusom.	1	2	3	4	5	6	7	8	
h	Uporaba zaščitne maske v javnosti.	1	2	3	4	5	6	7	8	
i	Vzdrževanje priporočene medosebne razdalje v javnosti.	1	2	3	4	5	6	7	8	
j	Razkuževanje površin.	1	2	3	4	5	6	7	8	
k	Zračenje prostorov večkrat na dan.	1	2	3	4	5	6	7	8	
l	Izogibanje obiskovanju starejših, kadar imamo znake okužbe.	1	2	3	4	5	6	7	8	
m	Pravilna higiena kihanja in kašljanja (v zgornji del rokava ali robec, ki ga po uporabi odvržete v smeti).	1	2	3	4	5	6	7	8	

16. Novi koronavirus doživljam kot ...

(Prosimo, obkrožite eno številko na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

a	nekaj zelo blizu mene	1	2	3	4	5	6	7	nekaj meni zelo oddaljenega
b	nekaj, kar se počasi širi	1	2	3	4	5	6	7	nekaj, kar se hitro širi
c	nekaj, o čemer ves čas razmišljam	1	2	3	4	5	6	7	nekaj, o čemer skoraj nikoli ne razmišljam
d	nekaj, kar mi zbuja strah	1	2	3	4	5	6	7	nekaj, kar mi ne zbuja strahu
e	napihnjen s strani medijev	1	2	3	4	5	6	7	ni napihnjen s strani medijev
f	nekaj, zaradi česar se počutim nemočen	1	2	3	4	5	6	7	nekaj, proti čemer se lahko borim s svojim ukrepanjem
g	nekaj, kar mi povzroča stres	1	2	3	4	5	6	7	nekaj, kar mi ne povzroča stresa

17. V kolikšni meri zaupate informacijam, ki jih o novem koronavirusu prejmete iz sledečih virov?

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

		Sploh ne zaupam					Popolnoma zaupam	
		1	2	3	4	5	6	7
a	Zdravstveni delavci	1	2	3	4	5	6	7
b	Televizija	1	2	3	4	5	6	7
c	Spletni mediji (npr. 24ur.com, Siol.net, RTVSLO.si)	1	2	3	4	5	6	7
d	Časopisi	1	2	3	4	5	6	7
e	Radio	1	2	3	4	5	6	7
f	Družbena omrežja (npr. Twitter, Facebook)	1	2	3	4	5	6	7
g	Ministrstvo za zdravje	1	2	3	4	5	6	7
h	Vladna svetovalna skupina za COVID-19	1	2	3	4	5	6	7
i	Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)	1	2	3	4	5	6	7
j	Svetovna zdravstvena organizacija (SZO oz. angl. WHO)	1	2	3	4	5	6	7
k	Klicni center za informacije o novem koronavirusu	1	2	3	4	5	6	7
l	Spletna stran Sledilnik COVID-19	1	2	3	4	5	6	7

18. Kako pogosto uporabljate naslednje vire za pridobivanje informacij o novem koronavirusu?

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

		Sploh ne uporabljam					Zelo pogosto uporabljam	
		1	2	3	4	5	6	7
a	Zdravstveni delavci	1	2	3	4	5	6	7
b	Televizija	1	2	3	4	5	6	7
c	Spletni mediji (npr. 24ur.com, Siol.net, RTVSLO.si)	1	2	3	4	5	6	7
d	Časopisi	1	2	3	4	5	6	7
e	Radio	1	2	3	4	5	6	7
f	Družbena omrežja (npr. Twitter, Facebook)	1	2	3	4	5	6	7
g	Ministrstvo za zdravje	1	2	3	4	5	6	7
h	Vladna svetovalna skupina za COVID-19	1	2	3	4	5	6	7
i	Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)	1	2	3	4	5	6	7
j	Svetovna zdravstvena organizacija (SZO oz. angl. WHO)	1	2	3	4	5	6	7
k	Klicni center za informacije o novem koronavirusu	1	2	3	4	5	6	7
l	Spletna stran Sledilnik COVID-19	1	2	3	4	5	6	7

19. V kolikšni meri zaupate, da navedene osebe oz. inštitucije ustrezno obvladujejo izziv novega koronavirusa?
(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Sploh ne zaupam							Popolnoma zaupam	Se ne nanaša name
a	1	2	3	4	5	6	7	8	
b	1	2	3	4	5	6	7	8	
c	1	2	3	4	5	6	7	8	
d	1	2	3	4	5	6	7	8	
e	1	2	3	4	5	6	7	8	
f	1	2	3	4	5	6	7	8	
g	1	2	3	4	5	6	7	8	
h	1	2	3	4	5	6	7	8	
i	1	2	3	4	5	6	7	8	

20. Prosimo, razmislite o odločitvah, ki se sprejemajo v državi za omejitev širjenja novega koronavirusa.

Menim, da ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Sploh se ne strinjam							Popolnoma se strinjam
a	1	2	3	4	5	6	7	
b	1	2	3	4	5	6	7	
c	1	2	3	4	5	6	7	
d	1	2	3	4	5	6	7	
e	1	2	3	4	5	6	7	

21. Če bi bil vaš test na novi koronavirus pozitiven in bi vas zdravstveni delavci vprašali po imenih vaših stikov – ali bi imenovali vse stike?

1 Zagotovo bi imenoval vse stike → **POJDITE NA VPRAŠANJE ŠT. 23**

2 Verjetno ne bi imenoval vseh stikov → **POJDITE NA VPRAŠANJE ŠT. 22**

22. Verjetno ne bi imenoval vseh stikov, ker ...

(Možnih je več odgovorov.)

- 1 ... jih lahko sam kontaktiram.
- 2 ... menim, da bi zaradi odrejene karantene to za te ljudi predstavljalo preveliko izgubo dohodka.
- 3 ... menim, da bi me ljudje obtoževali, če bi povedal njihovo ime.
- 4 ... ne zaupam oblastem.
- 5 ... bi moji prijatelji in družina od mene pričakovali, da ne povem njihovih imen.
- 6 ... bi ljudem, katerih imena bi povedal, to povzročilo nevšečnosti.
- 7 ... nočem, da drugi vedo, da je bil moj test pozitiven.

DUŠEVNO ZDRAVJE

23. Prosimo, razmislite o vaši izkušnji s pandemijo novega koronavirusa.

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Sploh se ne strinjam					Popolnoma se strinjam	
a S težavo se prebijam skozi stresne dogodke.	1	2	3	4	5	6	7
b Ne potrebujem veliko časa, da si opomorem od stresnega dogodka.	1	2	3	4	5	6	7
c Ko se zgodi nekaj slabega, si težko opomorem.	1	2	3	4	5	6	7

24. Vprašanja v nadaljevanju se nanašajo na to, kako ste se počutili v zadnjih 30 dneh.

Kako pogosto ste se v zadnjih 30 dneh počutili ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Nikoli	Enkrat ali dvakrat	Približno enkrat tedensko	2- do 3-krat tedensko	Skoraj vsak dan	Vsak dan
a ... srečne?	0	1	2	3	4	5
b ... polne življenja?	0	1	2	3	4	5
c ... zadovoljne z življenjem?	0	1	2	3	4	5

25. Kako pogosto se vam je v zadnjih 30 dneh zdelo ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Nikoli	Enkrat ali dvakrat	Približno enkrat tedensko	2- do 3-krat tedensko	Skoraj vsak dan	Vsak dan
a ... da lahko svetu nudite nekaj pomembnega?	0	1	2	3	4	5
b ... da pripadate neki skupnosti (npr. družbeni skupini, soseski, mestu)?	0	1	2	3	4	5
c ... da je naša družba dober kraj ali da postaja boljši kraj za vse ljudi?	0	1	2	3	4	5
d ... da so ljudje po naravi dobri?	0	1	2	3	4	5
e ... da je delovanje naše družbe smiselno?	0	1	2	3	4	5
f ... da vam je všeč večina vidikov vaše osebnosti?	0	1	2	3	4	5
g ... da dobro usklajujete odgovornosti svojega vsakodnevnega življenja?	0	1	2	3	4	5
h ... da imate tople in zaupne odnose z drugimi ljudmi?	0	1	2	3	4	5
i ... da na podlagi izkušenj rastete in postajate boljša oseba?	0	1	2	3	4	5
j ... da samozavestno razmišljate o svojih lastnih idejah in mnenjih ter jih izražate?	0	1	2	3	4	5
k ... da ima vaše življenje smisel?	0	1	2	3	4	5

26. Koliko časa v zadnjih 30 dneh ste se počutili ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabelo izpolnjujte po vrsticah!)

	Ves čas	Večino časa	Nekaj časa	Zelo malo časa	Nikoli
a ... zelo nervozne?	1	2	3	4	5
b ... malodušne, potrte?	1	2	3	4	5
c ... sproščene, umirjene?	1	2	3	4	5
d ... na tleh, nič me ni moglo veseliti?	1	2	3	4	5
e ... srečne?	1	2	3	4	5

ŽIVLJENJSKI SLOG

27. Kako je pandemija novega koronavirusa vplivala na vaše življenje na spodaj navedenih področjih?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabelo izpolnjujte po vrsticah!)

	Zelo izboljšano	Izboljšano	Nespremenjeno	Poslabšano	Zelo poslabšano	Se ne nanaša name
a Družinski odnosi	1	2	3	4	5	6
b Varnost zaposlitve	1	2	3	4	5	6
c Finančna varnost	1	2	3	4	5	6
d Socialni stiki s širšo družino, prijatelji	1	2	3	4	5	6
e Telesna aktivnost	1	2	3	4	5	6
f Zdrava prehrana	1	2	3	4	5	6
g Spanje	1	2	3	4	5	6
h Zdravstveno stanje (npr. kronične bolezni, bolezni zob ...)	1	2	3	4	5	6

28. V zadnjih 2 tednih sem ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabelo izpolnjujte po vrsticah!)

	Da	Ne	Se ne nanaša name
a ... bil manj fizično aktiven kot pred pandemijo.	1	2	3
b ... pil več alkohola kot pred pandemijo.	1	2	3
c ... jedel več nezdrave hrane kot pred pandemijo.	1	2	3
d ... kadil več kot pred pandemijo.	1	2	3
e ... odlagal cepljenje za sebe ali svojega otroka.	1	2	3
f ... se izogibal obisku zdravnika zaradi težave, ki ni povezana z novim koronavirusom.	1	2	3

NASILJE V DRUŽINI

29. Ali ste v zadnjih 12 mesecih s strani družinskih članov doživeli:

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Vsak dan ali skoraj vsak dan	Vsaj enkrat tedensko, a ne vsak dan	Vsaj enkrat mesečno	Redkeje kot enkrat mesečno	Samo v nekaterih obdobjih	Nikoli
a Fizično nasilje (udarec z roko ali predmetom, brcanje, porivanje, davljenje, butanje z glavo ob zid, napad z orožjem, ožiganje, odrekanje hrane in podobno).	1	2	3	4	5	6
b Psihično nasilje (ustrahovanje in grožnje, izbruhi jeze, žaljenje, nadzorovanje vas, vašega telefona ali (e-) pošte, grožnje z odvzemom otrok in podobno).	1	2	3	4	5	6
c Spolno nasilje (neželjeno slačenje, poljubljanje in dotikanje, siljenje v spolni odnos, posilstvo, prisiljen splav, izsiljena nosečnost in podobno).	1	2	3	4	5	6
d Ekonomsko nasilje (jemanje denarja, preprečevanje razpolaganja s svojim ali skupnim denarjem, prepoved zaposlitve in podobno).	1	2	3	4	5	6
e Omejevanje stikov in svobode (prepoved zapuščanja stanovanja, zaklepanje v stanovanje, preprečevanje stikov, klicev prijateljev ali sorodnikov in podobno).	1	2	3	4	5	6

30. S strani katerih družinskih članov ste doživeli nasilna dejanja v zadnjih 12 mesecih?

(Možnih je več odgovorov.)

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1 Sedanji partner | 7 Brat |
| 2 Sedanja partnerica | 8 Sestra |
| 3 Bivši partner | 9 Sin |
| 4 Bivša partnerica | 10 Hči |
| 5 Oče | 11 Drugi družinski član |
| 6 Mati | 12 Nisem doživel nasilnega dejanja s strani družinskih članov |
| | 13 Ne vem, ne želim odgovoriti |

31. Kako je pandemija novega koronavirusa vplivala na pojav nasilja v vaši družini?

(Prosimo, obkrožite en odgovor.)

- 1** Nasilje je bilo prisotno že pred pandemijo in je ostalo nespremenjeno.
- 2** Nasilje je bilo prisotno že pred pandemijo in se je med pandemijo zmanjšalo (je manj pogosto ali blažje).
- 3** Nasilje je bilo prisotno že pred pandemijo in se je med pandemijo povečalo (je bolj pogosto ali hujše).
- 4** Nasilje se je med pandemijo pojavilo na novo.
- 5** V zadnjih 12 mesecih nisem doživel nasilnega dejanja s strani družinskih članov.
- 6** Ne vem, ne želim odgovoriti.

ZDRAVSTVENE STORITVE

32. Kakšna je bila vaša izkušnja z osebnim zdravnikom od začetka pandemije novega koronavirusa dalje (od marca 2020 dalje)?

[Ne vključujte stikov zaradi izdaje receptov, bolniških listov in napotnic za kontrolne preglede.]

(Možnih je več odgovorov.)

- 1 Stik z osebnim zdravnikom sem imel samo na daljavo, ker sem tako želel.
- 2 Stik z osebnim zdravnikom sem imel samo na daljavo, ker osebni stik z zdravnikom ni bil možen.
- 3 Storitve osebnega zdravnika sem uporabljal enako kot pred pandemijo.
- 4 Nisem potreboval osebnega zdravnika.

33. Kakšna je bila vaša izkušnja z zdravnikom specialistom v specialistični ambulanti ali bolnišnici od začetka pandemije novega koronavirusa (od marca 2020 dalje)?

(Možnih je več odgovorov.)

- 1 Stik z zdravnikom specialistom sem imel samo na daljavo.
- 2 Sam sem odlašal oz. se nisem naročil na predviden specialistični pregled.
- 3 Sam sem se odločil odpovedati vsaj en pregled pri zdravniku specialistu.
- 4 Sam sem se odločil odpovedati vsaj eno preiskavo ali operacijo pri zdravniku specialistu.
- 5 Zdravnik specialist mi je vsaj enkrat odpovedal naročen termin pregleda.
- 6 Zdravnik specialist mi je vsaj enkrat prestavil naročen termin pregleda.
- 7 Zdravnik specialist mi je vsaj enkrat odpovedal naročen termin preiskave ali operacije.
- 8 Zdravnik specialist mi je vsaj enkrat prestavil naročen termin preiskave ali operacije.
- 9 Storitve zdravnika specialista sem uporabljal enako kot pred pandemijo.
- 10 Nisem potreboval zdravnika specialista.

34. Kakšna je bila vaša izkušnja z zobozdravnikom od začetka pandemije novega koronavirusa (od marca 2020 dalje)?

(Možnih je več odgovorov.)

- 1 Stik z zobozdravnikom sem imel samo na daljavo.
- 2 Sam sem se odločil prestaviti vsaj en pregled pri zobozdravniku.
- 3 Sam sem se odločil odpovedati vsaj en pregled pri zobozdravniku.
- 4 Zobozdravnik mi je odpovedal vsaj en naročen termin pregleda.
- 5 Zobozdravnik mi je prestavil vsaj en naročen termin pregleda.
- 6 Storitve zobozdravnika sem uporabljal enako kot pred pandemijo.
- 7 Nisem potreboval zobozdravnika.

CEPLJENJE PROTI COVID-19

35. Ali ste bili že cepljeni proti COVID-19?

- 1 Da, prejel sem en odmerek.
- 2 Da, prejel sem dva odmerka.
- 3 Ne, ker se ne nameravam cepiti.
- 4 Ne, ker cepivo zame še ni bilo na voljo.
- 5 Ne, zaradi zdravstvenih razlogov.

36. Prosimo, opredelite se glede vaše odločitve o cepljenju.

Ko je bilo/bo cepivo proti COVID-19 zame na voljo, je bila/bo moja odločitev, da se cepim ali da se ne cepim, odvisna od:
(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Sploh se ne strinjam					Popolnoma se strinjam	
	1	2	3	4	5	6	7
a Pripočila mojega osebnega zdravnika.	1	2	3	4	5	6	7
b Pripočila Ministrstva za zdravje.	1	2	3	4	5	6	7
c Pripočila Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ).	1	2	3	4	5	6	7
d Tega, ali je bilo cepivo že dalj časa v uporabi.	1	2	3	4	5	6	7
e Tega, ali je na voljo dovolj podatkov, da je cepivo varno.	1	2	3	4	5	6	7
f Tega, ali je na voljo dovolj podatkov, da je cepivo učinkovito.	1	2	3	4	5	6	7
g Tega, ali se cepivo uporablja v drugih državah.	1	2	3	4	5	6	7
h Velikosti tveganja za okužbo z novim koronavirusom v času, ko bo cepljenje zame na voljo.	1	2	3	4	5	6	7
i Tega, kako enostavno dostopno je cepljenje (npr. na voljo izven delovnega časa ali v lekarnah).	1	2	3	4	5	6	7
j Tega, če bo velika precepljenost pomenila sproščanje omejitev gibanja in druženja v skupinah.	1	2	3	4	5	6	7

37. Prosimo, opredelite se glede cepiva proti COVID-19:

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Sploh se ne strinjam					Popolnoma se strinjam	
	1	2	3	4	5	6	7
a Cepljenje proti COVID-19 je zelo pomembno za lastno zaščito.	1	2	3	4	5	6	7
b Cepljenje proti COVID-19 je zelo pomembno za zaščito drugih.	1	2	3	4	5	6	7
c Menim, da lahko cepljenje pripomore k zajezitvi širjenja novega koronavirusa.	1	2	3	4	5	6	7
d Cepivo proti COVID-19 je varno.	1	2	3	4	5	6	7
e Cepljenje proti COVID-19 učinkovito zaščiti pred boleznijo.	1	2	3	4	5	6	7
f Menim, da cepljenje proti COVID-19 ni potrebno; bolje je bolezen preboleti po naravni poti.	1	2	3	4	5	6	7
g Imam premalo informacij o cepivu proti COVID-19.	1	2	3	4	5	6	7

KAJENJE IN ALKOHOL

38. Ali sedaj kadite, ste kdajkoli kadili tobak (cigarete, cigare, cigarilose ali pipe tobaka)?

- 1 Ne kadim in nisem nikoli kadil. → **POJDITE NA VPRAŠANJE ŠT. 40!**
- 2 Sedaj ne kadim, a prej sem kadil. → **NADALJUJTE Z VPRAŠANJEM ŠT. 39!**
- 3 Sedaj kadim. → **NADALJUJTE Z VPRAŠANJEM ŠT. 39!**

39. Kakšen kadilec ste (ali ste bili)?

- 1 Reden, kadim (kadil sem) vsak dan
- 2 Občasen

40. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (npr. pivo, vino, žgane pijače, liker, mošt, radler, koktajle)?

- 1 Nikoli
- 2 1-krat na mesec ali redkeje
- 3 2- do 4-krat mesečno
- 4 2- do 3-krat tedensko
- 5 4-krat tedensko ali pogosteje

41. Ali ste v zadnjih 12 mesecih spremenili navade, povezane s pitjem alkohola?

- 1 Ne.
- 2 Da, pijač, ki vsebujejo alkohol, sploh ne pijem več.
- 3 Da, pijem manj pijač, ki vsebujejo alkohol.
- 4 Da, pijem več pijač, ki vsebujejo alkohol.

TELESNA VIŠINA, TELESNA TEŽA

42. Napišite svojo telesno višino: _____ cm

43. Koliko tehtate? _____ kg



Najlepša hvala za sodelovanje!

Prosimo vas, da vprašalnik vložite v priloženo povratno kuverto z naslovom NIJZ in jo oddate v poštni nabiralnik. Poštšina je plačana.

Vaša zaporedna številka: <<ID_OS>>

PRILOGA 2





Nacionalna raziskava o vplivu pandemije na življenje 2021 (SI-PANDA)

Prosimo vas, da pri vprašanjih, kjer ni posebnih navodil za izpolnjevanje, **obkrožite en ustrezen odgovor**. Vprašalnik lahko izpolnjuje **samo oseba, izbrana v vzorec**. Če slabše vidite ali ga težje razumete, naj vam kdo pomaga. Vsekakor pa naj bodo odgovori vaši.

Prosimo vas, da izpolnjen anketni vprašalnik **čim prej** vrnete po pošti v priloženi pisemski ovojnici.

Nekateri možni odgovori so zapisani v moški slovnični obliki, vendar veljajo za oba spola.

OSNOVNI PODATKI

1. Spol:

- 1 Moški
- 2 Ženski

2. Letnica rojstva:

3. Ali ste trenutno:

- 1 Samski
- 2 Poročeni
- 3 Živate v zunajzakonski zvezi
- 4 Ovdoveli
- 5 Ločeni

4. Kdo poleg vas še živi v vašem gospodinjstvu?

(Možnih je več odgovorov.)

- 1 Živim sam.
- 2 Živim z otroki, mlajšimi od 18 let.
- 3 Živim z osebami, ki spadajo v tvegano skupino za obolenje s SARS-CoV-2 (osebe, stare 65 let ali več in/ali s kroničnimi obolenji).
- 4 Nič od naštetega.

5. Kakšen je vaš zaposlitveni status?

- 1 Zaposlen
- 2 Samozaposlen
- 3 Dijak, študent
- 4 Gospodinja, gospodinjec
- 5 Upokojenec
- 6 Brezposeln
- 7 Drugo. Navedite, kaj? _____.

6. Ali ste zdravstveni delavec?

- 1 Ne
- 2 Da

7. katero stopnjo javnoveljavne izobrazbe ste dosegli?

- 1 Nedokončana osnovnošolska izobrazba
- 2 Osnovnošolska izobrazba
- 3 Nižja ali srednja poklicna izobrazba
- 4 Srednja strokovna, splošna izobrazba
- 5 Višja strokovna izobrazba, višješolska izobrazba
- 6 Visokošolska strokovna izobrazba (vključuje tudi 1. bolonjsko stopnjo)
- 7 Visokošolska univerzitetna izobrazba (vključuje tudi 2. bolonjsko stopnjo)
- 8 Specializacija, magisterij, doktorat

8. Prosimo, ocenite svojo osebno finančno situacijo v zadnjih treh mesecih.

- 1 Boljša kot prej
- 2 Ostaja enaka kot prej
- 3 Slabša kot prej
- 4 Ne vem

9. Ali ste bili že cepljeni proti covidu-19?

- 1 Da, prejel sem en odmerek.
- 2 Da, prejel sem dva odmerka.
- 3 Ne, ker se ne nameravam cepiti.
- 4 Ne, ker cepivo zame še ni bilo na voljo.
- 5 Ne, zaradi zdravstvenih razlogov.

10. Kolikor vam je znano, ali ste bili oziroma ste sedaj okuženi z virusom SARS-CoV-2?

- 1 Ne → POJDITE NA VPRAŠANJE ŠT. 13
2 Da → POJDITE NA VPRAŠANJE ŠT. 11

11. Ali je (bil) potek bolezn:

- 1 Lahek
2 Težek

12. Ali je bila okužba:

- 1 Potrjena s testom
2 Ni bila potrjena s testom

ZDRAVSTVENO STANJE

13. Ali imate katero od navedenih bolezn ali stanj, za katere je diagnozo postavil zdravnik?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Da, ugotovljena je bila v zadnjih 12 mesecih	Da, ugotovljena je bila pred več kot 12 meseci	Ne	
a	Zvišan krvni tlak več kot 140/90 mmHg (hipertenzijo)	1	2	3
b	Zvišane maščobe v krvi (holesterol in/ali trigliceridi)	1	2	3
c	Sladkorno bolezen (nosečnostna (gestacijska) sladkorna bolezen ni vključena)	1	2	3
d	Prebolelo srčno kap ali miokardni infarkt	1	2	3
e	Bolečino v prsih pri mirovanju ali med telesno dejavnostjo (angino pektoris)	1	2	3
f	Srčno popuščanje	1	2	3
g	Možgansko kap	1	2	3
h	Bolezni in okvare hrbtenice	1	2	3
i	Bolezni sklepov (arthritis ali artrozo)	1	2	3
j	Kronični bronhitis, emfizem (KOPB)	1	2	3
k	Bronhialno astmo	1	2	3
l	Razjedo (ulkus) na želodcu ali dvanajstniku	1	2	3
m	Jetrno cirozo	1	2	3
n	Depresijo	1	2	3
o	Anksiozno motnjo	1	2	3
p	Drugo duševno bolezen	1	2	3
r	Motnje spanja	1	2	3
s	Bolezen ščitnice	1	2	3
t	Kronično ledvično odpoved	1	2	3
u	Končno ledvično odpoved	1	2	3
v	Drugo kronično bolezen	1	2	3

DUŠEVNO ZDRAVJE

14. Prosimo, razmislite o vaši izkušnji s pandemijo covid-19.

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Sploh se ne strinjam					Popolnoma se strinjam	
	1	2	3	4	5	6	7
a Stežavo se prebijam skozi stresne dogodke.	1	2	3	4	5	6	7
b Ne potrebujem veliko časa, da si opomorem od stresnega dogodka.	1	2	3	4	5	6	7
c Ko se zgodi nekaj slabega, si težko opomorem.	1	2	3	4	5	6	7

15. Vprašanja v nadaljevanju se nanašajo na to, kako ste se počutili v zadnjih 30 dneh.

Kako pogosto ste se v zadnjih 30 dneh počutili ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Nikoli	Enkrat ali dvakrat	Približno enkrat tedensko	2- do 3- krat tedensko	Skoraj vsak dan	Vsak dan
a ... srečne?	0	1	2	3	4	5
b ... polne življenja?	0	1	2	3	4	5
c ... zadovoljne z življenjem?	0	1	2	3	4	5

16. Kako pogosto se vam je v zadnjih 30 dneh zdelo ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Nikoli	Enkrat ali dvakrat	Približno enkrat tedensko	2- do 3- krat tedensko	Skoraj vsak dan	Vsak dan
a ... da lahko svetu nudite nekaj pomembnega?	0	1	2	3	4	5
b ... da pripadate neki skupnosti (npr. družbeni skupini, soseski, mestu)?	0	1	2	3	4	5
c ... da je naša družba dober kraj ali da postaja boljši kraj za vse ljudi?	0	1	2	3	4	5
d ... da so ljudje po naravi dobri?	0	1	2	3	4	5
e ... da je delovanje naše družbe smiselno?	0	1	2	3	4	5
f ... da vam je vseč večina vidikov vaše osebnosti?	0	1	2	3	4	5
g ... da dobro usklajujete odgovornosti svojega vsakodnevnega življenja?	0	1	2	3	4	5
h ... da imate tople in zaupne odnose z drugimi ljudmi?	0	1	2	3	4	5
i ... da na podlagi izkušenj raste in postajate boljša oseba?	0	1	2	3	4	5
j ... da samozavestno razmišljate o svojih lastnih idejah in mnenjih ter jih izražate?	0	1	2	3	4	5
k ... da ima vaše življenje smisel?	0	1	2	3	4	5

17. Koliko časa v zadnjih 30 dneh ste se počutili ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	Ves čas	Večino časa	Nekaj časa	Zelo malo časa	Nikoli
a ... zelo nervozne?	1	2	3	4	5
b ... malodušne, potrte?	1	2	3	4	5
c ... sproščene, umirjene?	1	2	3	4	5
d ... na tleh, nič me ni moglo veseliti?	1	2	3	4	5
e ... srečne?	1	2	3	4	5

ŽIVLJENJSKI SLOG

18. Kako je pandemija covid-19 vplivala na vaše življenje na spodaj navedenih področjih?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	Zelo izboljšano	Izboljšano	Nespremenjeno	Poslabšano	Zelo poslabšano	Se ne nanaša name
a Družinski odnosi	1	2	3	4	5	6
b Varnost zaposlitve	1	2	3	4	5	6
c Finančna varnost	1	2	3	4	5	6
d Socialni stiki s širšo družino, prijatelji	1	2	3	4	5	6
e Telesna aktivnost	1	2	3	4	5	6
f Zdrava prehrana	1	2	3	4	5	6
g Spanje	1	2	3	4	5	6
h Zdravstveno stanje (npr. kronične bolezni, bolezni zob...)	1	2	3	4	5	6

19. V zadnjih 2 tednih sem ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	Da	Ne	Se ne nanaša name
a ... bil manj fizično aktiven kot pred pandemijo.	1	2	3
b ... pil več alkohola kot pred pandemijo.	1	2	3
c ... jedel več nezdrave hrane kot pred pandemijo.	1	2	3
d ... kadil več kot pred pandemijo.	1	2	3
e ... odlagal cepljenje za sebe ali svojega otroka.	1	2	3
f ... se izogibal obisku zdravnika zaradi težave, ki ni povezana z okužbo s SARS-CoV-2.	1	2	3

PREHRANA

20. Kako pogosto običajno uživate naslednja živila?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	Nikoli	1–3-krat mesečno	1–3-krat tedensko	4–6-krat tedensko	1-krat dnevno	Več kot 1-krat dnevno
a Sveže sadje	1	2	3	4	5	6
b Surovo zelenjavo	1	2	3	4	5	6
c Ribe in morske sadeže	1	2	3	4	5	6
d Žita (kosmiče, mislije, kaše)	1	2	3	4	5	6
e Polnozrnat kruh in pecivo	1	2	3	4	5	6
f Ocvrte jedi (pomfri, ocvrto meso, ocvrtke ipd.)	1	2	3	4	5	6
g Gotove jedi iz pločevink, juhe iz koncentratov, omake za testenine ipd.	1	2	3	4	5	6
h Mesne izdelke (klobase, šunke, salame, paštete, hrenovke ipd.)	1	2	3	4	5	6
i Sladko pecivo, piškote, torte...	1	2	3	4	5	6
j Sladkarije (bombone, čokolado...)	1	2	3	4	5	6
k Aromatizirane gazirane in negazirane brezalkoholne pijače (kole, ledeni čaj, sadne napitke, vode z okusom ipd.)	1	2	3	4	5	6

21. V času pandemije covid-19 ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	Da	Ne
a ... se prehranjujem enako kot pred pandemijo.	1	2
b ... sem nekoliko prilagodil prehrano zaradi krepitev zdravja in imunskega sistema (npr. več sveže zelenjave).	1	2
c ... sem prehrano prilagodil iz drugih vzrokov (npr. etičnih).	1	2
d ... sem začel z dieto, s katero želim izboljšati zdravje (npr. mediteranska dieta).	1	2
e ... sem začel z dieto, s katero želim shujšati ali vzdrževati telesno težo (npr. ločevalna dieta).	1	2
f ... imam ali sem dobil predpisano dieto s strani zdravnika in/ali dietetika.	1	2

22. V nadaljevanju nas zanimajo nekatere spremembe, povezane z vašo prehrano in prehranskim statusom. V času pandemije covid-19 ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	Sploh ne drži							Popolnoma drži						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
a ... sem začel неконтроlirano uživati večje količine hrane.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
b ... se je moja telesna teža povečala.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
c ... sem začel uživati večje število dnevni obrokov.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

23. Ali si v vašem gospodinjstvu finančno lahko privoščite mesni oziroma enakovredni vegetarijanski obrok vsaj vsak drugi dan?

- 1** Da
- 2** Ne
- 3** Ne vem

24. V času pandemije covid-19 smo v našem gospodinjstvu ...

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	Sploh ne drži					Popolnoma drži	
a ... začeli obroke pogosteje sami pripravljati doma.	1	2	3	4	5	6	7
b ... imeli višje stroške za prehrano.	1	2	3	4	5	6	7
c ... pričeli bolj dosledno upoštevati higieno pri nakupu in pripravi živil oziroma prevzemu že pripravljenih obrokov hrane.	1	2	3	4	5	6	7

25. Koliko spodaj navedenih živil zaužijete v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	Bistveno manj	Manj	Približno enako	Več	Bistveno več	Ne uživam
a Sveža ali fermentirana (npr. kislo zelje, kisla repa) zelenjava	1	2	3	4	5	6
b Sadje	1	2	3	4	5	6
c Polnozrnati izdelki (npr. polnozrnati kruh) in žita (kosmiči, kaše, misliji)	1	2	3	4	5	6
d Meso in mesni izdelki	1	2	3	4	5	6
e Mastna hrana	1	2	3	4	5	6
f Slana hrana	1	2	3	4	5	6
g Sladka hrana	1	2	3	4	5	6
h Rastlinska olja	1	2	3	4	5	6
i Zeliščni čaji	1	2	3	4	5	6
j Česen, čebula	1	2	3	4	5	6
k Prehranska dopolnila v podporo imunskemu sistemu	1	2	3	4	5	6

TELESNA VIŠINA, TELESNA TEŽA

26. Napišite svojo telesno višino: _____ cm

27. Koliko tehtate? _____ kg

SEDENJE, TELESNA DEJAVNOST IN SPANJE

28. Pomislite na svoj običajni teden. Koliko časa ste v povprečju sedeli?

Pri tem upoštevajte sedenje tako na delovnem mestu, doma ali na poti, ne glede na to, ali ste pri tem brali, gledali TV, se družili s prijatelji, ali ste bili za računalnikom. Pri tem ne upoštevajte časa, namenjenega spanju.

Količina sedenja na delovni dan: _____ ure _____ minute

Količina sedenja na dan med vikendom oz. dopustom: _____ ure _____ minute

29. Koliko izvajate spodaj navedene vrste telesne dejavnosti v primerjavi z obdobjem pred pandemijo covid-19?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	Bistveno manj	Manj	Približno enako	Več	Bistveno več	Ne izvajam
a Hoja (npr. sprehodi v naravi, hoja po ravnem, hoja po stopnicah)	1	2	3	4	5	6
b Tek	1	2	3	4	5	6
c Kolesarjenje	1	2	3	4	5	6
d Plavanje	1	2	3	4	5	6
e Planinarjenje (hoja v hribe)	1	2	3	4	5	6
f Fitnes	1	2	3	4	5	6
g Vodena vadba v živo (npr. funkcionalna vadba, TNZ, joga...)	1	2	3	4	5	6
h Vodena vadba prek spleta (npr. funkcionalna vadba, TNZ, joga...)	1	2	3	4	5	6
i Igre z žogo (npr. odbojka, košarka, nogomet, tenis, badminton)	1	2	3	4	5	6

30. Koliko ur na dan običajno spite med delovnih tednom?

- 1** Več kot 8 ur
- 2** 8 ur
- 3** Od 7 do manj kot 8 ur
- 4** Od 6 do manj kot 7 ur
- 5** Manj kot 6 ur

KAJENJE

31. Ali ste v času pandemije covid-19 vi ali katerikoli drug član vaše družine kadili v stanovanju ali v bivalnih prostorih?

- 1** Ne, nihče ne kadi oz. ni kadil v stanovanju ali bivalnih prostorih.
- 2** Da.

32. Katere od spodaj navedenih izdelkov ste uporabljali v zadnjih 30 dneh in kako pogosto?

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujete po vrsticah!)

	Vsak dan	Redkeje kot vsak dan	Ne uporabljam
a Vodna pipa (šiša, nargila)	1	2	3
b Brezdimni tobačni izdelki (za njuhanje, žvečenje, snus, fuge)	1	2	3
c Tobačni izdelki, v katerih se tobak segreva (npr. IQOS, Glo)	1	2	3
d Elektronska cigareta	1	2	3
e Drugo, prosimo navedite:	1	2	3

33. Ali sedaj kadite, ste kdajkoli kadili tobak (cigarete, cigare, cigarilose ali pipe tobaka)?

- 1 Ne kadim in nisem nikoli kadil. → **POJDITE NA VPRAŠANJE ŠT. 37!**
- 2 Sedaj ne kadim, a prej sem kadil. → **NADALJUJTE Z VPRAŠANJEM ŠT. 34!**
- 3 Sedaj kadim. → **NADALJUJTE Z VPRAŠANJEM ŠT. 34!**

34. Kakšen kadilec ste (ali ste bili)?

- 1 Reden, kadim (kadil sem) vsak dan
- 2 Občasen

35. Koliko tovarniških in/ali ročno zvitih cigaret običajno pokadite (ali ste pokadili) na dan?

_____ cigaret na dan

36. Katera od trditev velja za vas?

- 1 Kajenje sem uspešno opustil v času pandemije covid-19, razlog za opustitev je bila prebolela bolezen covid-19.
- 2 Kajenje sem uspešno opustil v času pandemije covid-19, razlog za opustitev je bila zaskrbljenost zaradi covid-19.
- 3 Prebolela bolezen covid-19 je bila razlog, da sem v času pandemije covid-19 poskusil opustiti kajenje, a do sedaj neuspešno.
- 4 Zaskrbljenost zaradi covid-19 je bila razlog, da sem v času pandemije covid-19 poskusil opustiti kajenje, a do sedaj neuspešno.
- 5 Kajenja v času pandemije covid-19 nisem poskusil opustiti, a ga nameravam opustiti, saj sem zaskrbljen zaradi covid-19.
- 6 Nič od naštetega ne velja zame.

ALKOHOL

37. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili pijače, ki vsebujejo alkohol (npr. pivo, vino, žgane pijače, liker, mošt, radler, koktajle)?

- 1 Nikoli
- 2 1-krat na mesec ali redkeje
- 3 2- do 4-krat mesečno
- 4 2- do 3-krat tedensko
- 5 4-krat tedensko ali pogosteje

38. Ali ste v zadnjih 12 mesecih spremenili navade, povezane s pitjem alkohola?

- 1 Ne.
- 2 Da, pijač, ki vsebujejo alkohol, sploh ne pijem več.
- 3 Da, pijem manj pijač, ki vsebujejo alkohol.
- 4 Da, pijem več pijač, ki vsebujejo alkohol.

39. Kako pogosto ste v zadnjih 12 mesecih pili:

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Nikoli	Nekajkrat na leto	1-krat na mesec	2–3-krat na mesec	1–2-krat na teden	3–6-krat na teden	Vsak dan
a Vino	1	2	3	4	5	6	7
b Pivo	1	2	3	4	5	6	7
c Žgane pijače	1	2	3	4	5	6	7
d Radler	1	2	3	4	5	6	7
e Mešane gazirane alkoholne pijače (npr. Bandidos...)	1	2	3	4	5	6	7

40. Koliko posamezne pijače ste v zadnjih 12 mesecih običajno popili na tisti dan, ko ste pili pijače, ki vsebujejo alkohol?

(Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Popita količina
a Vino	___ kozarcev po 1 dl
b Pivo	___ dl piva
c Žgane pijače	___ kozarčkov (šilc) po 0,3 dl
d Radler	___ steklenic ali pločevink po 0,5 l
e Mešane gazirane alkoholne pijače (npr. Bandidos...)	___ steklenic ali pločevink po 3,3 dl

ZDRAVSTVENE STORITVE

41. Kakšna je bila vaša izkušnja z osebnim zdravnikom od začetka pandemije covid-19?

[Ne vključujte stikov zaradi izdaje receptov, bolniških listov in napotnic za kontrolne preglede.]

(Možnih je več odgovorov.)

- 1** Stik z osebnim zdravnikom sem imel samo na daljavo, ker sem tako želel.
- 2** Stik z osebnim zdravnikom sem imel samo na daljavo, ker osebni stik z zdravnikom ni bil možen.
- 3** Storitve osebnega zdravnika sem uporabljal enako kot pred pandemijo.
- 4** Nisem potreboval osebnega zdravnika.

42. Kakšna je bila vaša izkušnja z zdravnikom specialistom v specialistični ambulanti ali bolnišnici od začetka pandemije covid-19?

(Možnih je več odgovorov.)

- 1 Stik z zdravnikom specialistom sem imel samo na daljavo.
- 2 Sam sem odlašal oz. se nisem naročil na predviden specialistični pregled.
- 3 Sam sem se odločil odpovedati vsaj en pregled pri zdravniku specialistu.
- 4 Sam sem se odločil odpovedati vsaj eno preiskavo ali operacijo pri zdravniku specialistu.
- 5 Zdravnik specialist mi je vsaj enkrat odpovedal naročen termin pregleda.
- 6 Zdravnik specialist mi je vsaj enkrat prestavil naročen termin pregleda.
- 7 Zdravnik specialist mi je vsaj enkrat odpovedal naročen termin preiskave ali operacije.
- 8 Zdravnik specialist mi je vsaj enkrat prestavil naročen termin preiskave ali operacije.
- 9 Storitve zdravnika specialista sem uporabljal enako kot pred pandemijo.
- 10 Nisem potreboval zdravnika specialista.

43. Kakšna je bila vaša izkušnja z zobozdravnikom od začetka pandemije covid-19?

(Možnih je več odgovorov.)

- 1 Stik z zobozdravnikom sem imel samo na daljavo.
- 2 Sam sem se odločil prestaviti vsaj en pregled pri zobozdravniku.
- 3 Sam sem se odločil odpovedati vsaj en pregled pri zobozdravniku.
- 4 Zobozdravnik mi je odpovedal vsaj en naročen termin pregleda.
- 5 Zobozdravnik mi je prestavil vsaj en naročen termin pregleda.
- 6 Storitve zobozdravnika sem uporabljal enako kot pred pandemijo.
- 7 Nisem potreboval zobozdravnika.

DOŽIVLJANJE PANDEMIJE COVIDA-19

44. Na kaj najprej pomislite, ko slišite covid-19? Zapišite z eno besedo.

45. V času pandemije covid-19 nekateri ljudje opažajo spremembe pri izvajanju vsakodnevnih dejavnosti. Pri spodnjih vprašanjih primerjajte sedanje stanje, tj. to, kar velja za vas v zadnjih dveh tednih, s stanjem, ki je za vas veljalo pred pojavom pandemije.

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Veliko lažje kot prej	Lažje kot prej	Nekoliko lažje kot prej	Enako kot prej	Nekoliko težje kot prej	Težje kot prej	Veliko težje kot prej
a Kako hitro se utrudite pri izvajanju dejavnosti, ki od vas zahtevajo veliko pozornosti (npr. pri branju, učenju, sledenju navodilom za uporabnika)?	1	2	3	4	5	6	7
b Kako težko usmerjate pozornost na več stvari hkrati (npr. poslušate poročila in kuhate po receptu; delate na računalniku in se vmes pogovarjate)?	1	2	3	4	5	6	7
c Če vam kdo naroči več stvari, kako težko si zapomnite vse naročeno?	1	2	3	4	5	6	7
d Kako težko pri sočasnem izvajanju večih nalog skačete z ene naloge na drugo in nazaj?	1	2	3	4	5	6	7

46. V nadaljevanju nas zanima vaše doživljanje trenutne situacije v zvezi s covidom-19.

(Prosimo, obkrožite en odgovor na 7-stopenjski lestvici v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Sploh se ne strinjam					Popolnoma se strinjam	
	1	2	3	4	5	6	7
a Utrujen sem od razprav o covidu-19 v medijih (televizija, radio, časopis ipd.)	1	2	3	4	5	6	7
b Na živce mi gre, če slišim kaj o covidu-19.	1	2	3	4	5	6	7
c Ko poskušam slediti vsem priporočilom (za preprečevanje in omejevanje covid-19), me to spravlja v stres.	1	2	3	4	5	6	7
d Ko prijatelji ali družinski člani govorijo o covidu-19, skušam spremeniti temo pogovora.	1	2	3	4	5	6	7
e Dovolj mi je že tega, da se moram samoomejevati, da bi zaščitil najbolj ranljive prebivalce.	1	2	3	4	5	6	7
f Izgubljam voljo do boja proti covidu-19.	1	2	3	4	5	6	7

NASILJE V DRUŽINI

47. Ali ste v zadnjih 12 mesecih s strani družinskih članov doživeli:

(Prosimo, obkrožite en odgovor v vsaki vrstici. Tabela izpolnjujte po vrsticah!)

	Vsak ali skoraj vsak teden	Vsaj enkrat tedensko, a ne vsak dan	Vsaj enkrat mesečno	Redkeje kot enkrat mesečno	Samo v nekaterih obdobjih	Nikoli
a Fizično nasilje (udarec z roko ali predmetom, brcanje, porivanje, davljenje, butanje z glavo ob zid, napad z orožjem, ožiganje, odrekanje hrane in podobno).	1	2	3	4	5	6
b Psihično nasilje (ustrahovanje in grožnje, izbruhi jeze, žaljenje, nadzorovanje vas, vašega telefona ali (e-) pošte, grožnje z odvzemom otrok in podobno).	1	2	3	4	5	6
c Spolno nasilje (neželeno slačenje, poljubljanje in dotikanje, siljenje v spolni odnos, posilstvo, prisiljen splav, izsiljena nosečnost in podobno).	1	2	3	4	5	6
d Ekonomsko nasilje (jemanje denarja, preprečevanje razpolaganja s svojim ali skupnim denarjem, prepoved zaposlitve in podobno).	1	2	3	4	5	6
e Omejevanje stikov in svobode (prepoved zapuščanja stanovanja, zaklepanje v stanovanje, preprečevanje stikov, klicev prijateljev ali sorodnikov in podobno).	1	2	3	4	5	6

48. S strani katerih družinskih članov ste doživeli nasilna dejanja v zadnjih 12 mesecih?

(Možnih je več odgovorov.)

- 1 Sedanji partner
- 2 Sedanja partnerica
- 3 Bivši partner
- 4 Bivša partnerica
- 5 Oče
- 6 Mati
- 7 Brat
- 8 Sestra
- 9 Sin
- 10 Hči
- 11 Drugi družinski član
- 12 Nisem doživel nasilnega dejanja s strani družinskih članov
- 13 Ne vem, ne želim odgovoriti

49. Kako je pandemija covid-19 vplivala na pojav nasilja v vaši družini?

(Prosimo, obkrožite en odgovor.)

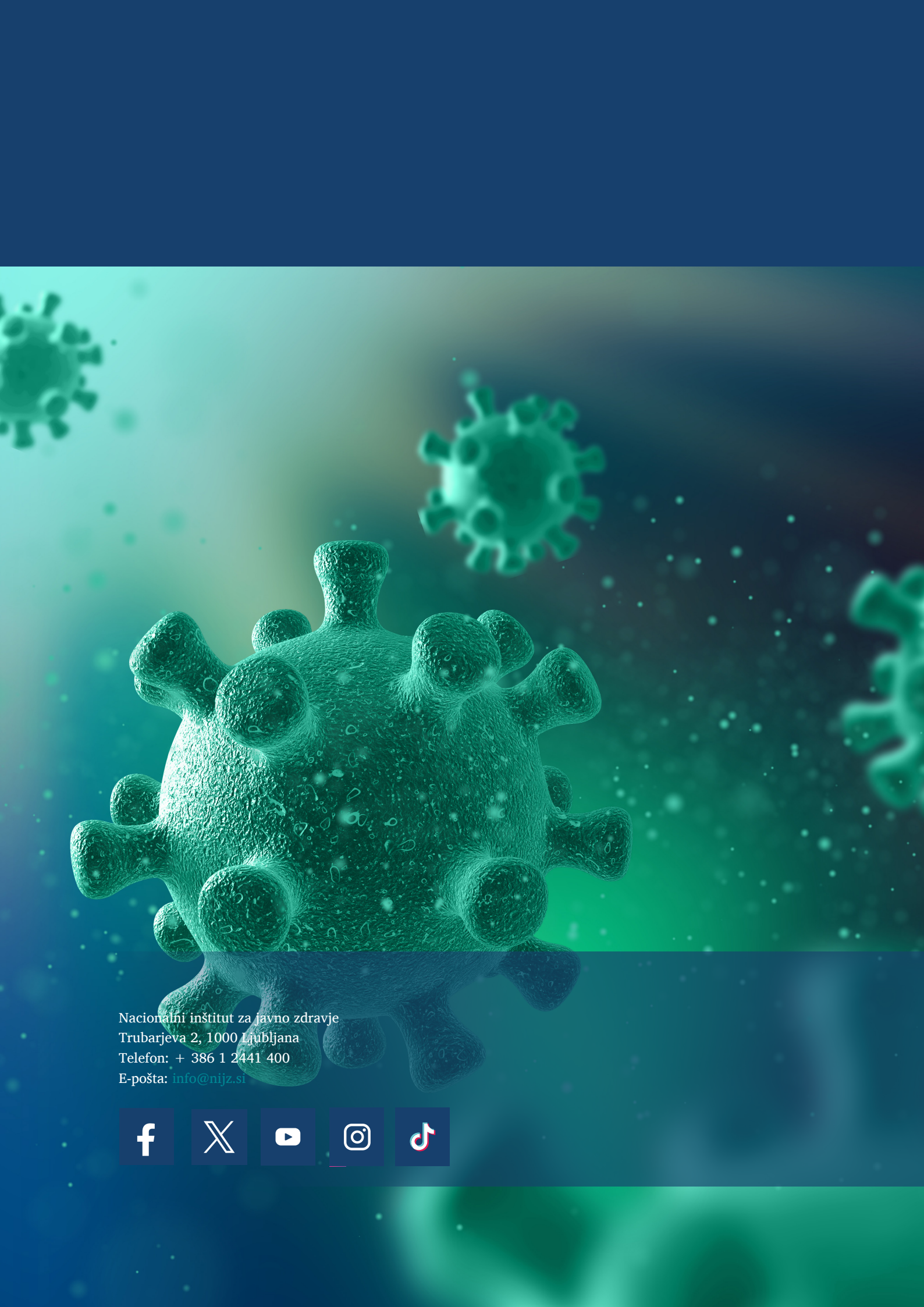
- 1 Nasilje je bilo prisotno že pred pandemijo in je ostalo nespremenjeno.
- 2 Nasilje je bilo prisotno že pred pandemijo in se je med pandemijo zmanjšalo (je manj pogosto ali blažje).
- 3 Nasilje je bilo prisotno že pred pandemijo in se je med pandemijo povečalo (je bolj pogosto ali hujše).
- 4 Nasilje se je med pandemijo pojavilo na novo.
- 5 V zadnjih 12 mesecih nisem doživel nasilnega dejanja s strani družinskih članov.
- 6 Ne vem, ne želim odgovoriti.



Najlepša hvala za sodelovanje!

Prosimo vas, da vprašalnik vložite v priloženo povratno kuverto z naslovom NIJZ in jo oddate v poštni nabiralnik. Poštnina je plačana.

Vaša zaporedna številka:



Nacionalni inštitut za javno zdravje
Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana
Telefon: + 386 1 2441 400
E-pošta: info@nijz.si

