

Razumevanje perspektive mladih glede predstavitve izobraževalnih vsebin, vključenih v digitalni program za krepitev duševnega zdravja

Maša Vidmar, Igor Peras, Manja Veldin, Michaela Wright, Franziska Reitegger

1 Uvod

Obstajajo številne raziskave in programi s področja duševnega zdravja mladih. V tem prispevku inovativno združujemo področje duševnega zdravja in psihoedukacije mladih s participativnim pristopom, v katerem so v razvoju preventivnega programa sodelovali tudi mladi.

1.1 *Duševno zdravje mladih*

Duševno zdravje Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2022) opredeljuje kot stanje blagostanja, ki posameznikom omogoča, da se spopadajo s stresnimi dejavniki vsakdanjega življenja, uresničujejo svoje sposobnosti, dobro delajo in se učijo ter prispevajo k svoji skupnosti. Ne gre le za odsotnost duševnih bolezni ali šibkega zdravja, temveč za bistveni del splošnega zdravja in blagostanja. Obdobje mladostništva je še posebej ključno tako glede preventive kot obravnav na področju duševnega zdravja, saj se v tem obdobju dogajajo določene psihološke in fiziološke/nevrološke spremembe (Huang idr., 2019; Slater in Bremner, 2017). Mladostniki pridobivajo spretnosti in kompetence, potrebne za to, da postanejo produktivni odrasli (Barker, 2007), prav tako je to razvojno obdobje, ki je izjemnega pomena za socialno in poklicno prilagajanje (Thompson idr., 2020). Poleg tega raziskave kažejo, da se številne duševne težave v odraslosti (npr. anksiozne in depresivne motnje) začnejo v mladostništvu (Gibb idr., 2010; Kim-Cohen idr., 2003). Raziskave kažejo, da težave z duševnim zdravjem pred

14. letom starosti povečujejo tveganje za razvoj duševnih motenj v odrasli dobi (Mulraney idr., 2021). Poleg tega novejša spoznanja kažejo na paradigmo duševnega zdravja, ki se osredotoča na dokončno ugotovljene motnje duševnega zdravja v odrasli dobi, medtem ko relativno zanemarlja prizadevanja za preprečevanje in zgodnje obravnavanje v mladosti (Uhlhaas idr., 2023). Pomembno je tudi, da ima vsak sedmi mladostnik, star med deset in 19 let, težave, povezane z duševnim zdravjem, vendar se te pogosto ne zdravijo (WHO, 2021). Nedavna pandemija covida-19 s spremljajočimi omejevalnimi ukrepi (zaprtje, socialna izolacija) je še povečala zaskrbljenost glede duševnega zdravja mladih (Ford idr., 2021).

Tveganja, povezana z duševnim zdravjem v mladostništvu, je mogoče ublažiti z razvojem na dokazih temelječih preventivnih programov. Programi duševnega zdravja posegajo na različna področja, npr. pismenost v duševnem zdravju, anksioznost, depresivnost, rezilientnost, čuječnost, iskanje virov pomoči. V zadnjem času je opaziti velik porast tovrstnih programov in orodij, ki so delno ali v celoti digitalni (Bergin idr., 2020), kar lahko razumemo kot odziv na življenjske navade in preference mladih. Cilj triletnega projekta Erasmus+ me_HeLi-D (Krepitev duševnega zdravja in rezilientnosti mladih s pomočjo digitalnih virov) je razviti digitalno, prilagodljivo, z dokazi podprto, učinkovito, za ciljno skupino specifično, na raznolikost občutljivo in prostodostopno spletno orodja za učence_ke (12–15 let), ki podpira njihove osebne vire, jih opolnomoči na področju duševnega zdravja in poveča njihovo pismenost na tem področju. Posebnost programa je poudarek na občutljivosti za raznolikost ter združevanju znanstvenega ter participativnega pristopa. Opravili smo dva sistematična pregleda znanstvene literature, v katerih smo analizirali obstoječe digitalne programe na področju duševnega zdravja (Wright idr., 2023; Reitegger idr., 2024, sprejet v publikacijo). Participativni pristop opisujemo v nadaljevanju.

1.2 Psihoedukativne (izobraževalne) vsebine v programih duševnega zdravja za mlade – pismenost o duševnem zdravju

Ključni del programa me_HeLi-D temelji na psihoedukativnih vsebinah, ki se osredinjajo na teme, povezane z duševnim zdravjem mladih, in so pripravljene z namenom spodbujanja pismenosti o duševnem zdravju med mladimi. Proces psihoedukacije vključuje izobraževanje ciljne skupine o določenih izzivih v življenju, pomoč pri razvoju družbene podpore in podpore z viri za obvladovanje izziva ter razvijanje veščin obvladovanja in končno spopadanja z izzivom (Walsh, 2023). To pomeni, da je psihoedukacija

namenjena pridobivanju znanja na področju duševnega zdravja in iskanja ustreznih virov pomoči, ko je prepoznana potreba po tem (pri sebi ali drugih). Intervencije, ki temeljijo na psihoedukativnih vsebinah, so ustvarjene z namenom zagotavljanja točnih in nestigmatiziranih informacij o duševnem zdravju ter duševnih motnjah (Riebschleger idr., 2019). Psihoedukativne vsebine v programu me_HeLi-D temeljijo na literaturi, povezani z duševnim zdravjem, in so pripravljene v skladu z na dokazih temelječimi izsledki (Wright idr., 2023; Reitegger idr., 2024 v recenziji), ki se osredinjajo na to, kako vsebine najprimerneje in najučinkoviteje predstaviti ciljni skupini. Obenem pa so pri pripravi psihoedukativnih vsebin sodelovali tudi mladostniki v okviru participativnih delavnic, kar pomeni, da so pri oblikovanju vsebin upoštevane želje ter potrebe ciljne skupine. V prispevku predstavljamo del rezultatov teh delavnic ter tudi načine, kako smo jih v programu naslovili. Psihoedukacija, kot jo razumemo v projektu me_HeLi-D, torej temelji na ozaveščanju učencev_k o duševnem zdravju, krepitvi znanja na področju duševnega zdravja in razvijanju kompetenc za učinkovito soočanje z izzivi na področju duševnega zdravja.

1.3 Projekt me_HeLi-D in participativni pristop

Program me_HeLi-D razvijamo v okviru participativnega pristopa (v nadaljevanju PRP) (Orlowski idr., 2015; Unger, 2013). Participativno raziskovanje, kot ga opisuje Hella Unger (2013), je krovni izraz za raziskovalne pristope, ki vključujejo udeležence kot soraziskovalce v raziskovalnem procesu, da bi skupaj raziskovali in vplivali na družbeno realnost. V tem se razlikujejo od tradicionalnega raziskovalnega pristopa, pri katerem ciljna populacija – v tem primeru mladostniki – pogosto ostaja pasivni prejemnik, zato je potrebna sprememba perspektive dojemanja njene vloge v raziskovalnem procesu (Hodson idr., 2019; Orlowski idr., 2015). Sooblikovanje in soustvarjanje spadata med participativne raziskovalne pristope ter se nanašata na procese skupnega oblikovanja s kolektivno ustvarjalnostjo – v našem primeru torej razvoj digitalnega programa neposredno s ciljno populacijo (Thabrew idr., 2018). V teh procesih mora biti partnerstvo med raziskovalcem in udeleženci demokratično (Orlowski idr., 2015), pri čemer so vključeni udeleženci zaradi svojih izkušenj obravnavani kot strokovnjaki in aktivno sodelujejo pri iskanju možnih rešitev (Thabrew idr., 2018).

Opolnomočenje je še ena ključna sestavina PRA (Unger, 2013) in še eno vodilno načelo vključevanja. Nanaša se na omogočanje in podpiranje ljudi, da se zavedajo svojih prednosti in virov ter da lahko sami rešujejo probleme.

Participativni pristopi lahko spodbujajo opolnomočenje mladih (Hodson idr., 2019), saj jih aktivno spodbujajo, da delijo svoje ideje, glas in želje ter tako postanejo del rešitve, prilagojene njihovim potrebam. Za namene vključevanja učencev_k v raziskovalni proces obstajajo različne navdihujoče metode (Messiou idr., 2014; Ainscow in Messiou, 2018). Ni dovolj, da učence_ke vprašamo za njihovo mnenje, ampak morajo biti vključeni_e v proces kot soraziskovalci. Kadar so vključeni_e v to vlogo, sta potrebni skupna priprava in seznanitev z raziskovalnim procesom. Ugotoviti je treba skupni namen in razumevanje naloge, ki jo je treba opraviti, npr. oblikovanje pouka na način, ki vključuje vse učence_ke, zagotavljanje, da se lahko vsi učijo na dober način, ali da je digitalni program zasnovan tako, da kar najbolje ustreza potrebam vseh učencev_k (Messiou idr., 2014).

Raziskovalci so pri zagotavljanju participativnih pristopov soočeni z nekaterimi izzivi, ki pa jih je mogoče razrešiti. Ključna izziva sta povezana z zagotavljanjem vključenosti in aktivnega sodelovanja vseh prisotnih v participativnih dejavnostih. To je mogoče ublažiti s skrbno premišljenim didaktičnim pristopom, ki vključuje kratke dejavnosti z jasnimi cilji in uporablja scenarije z jasnimi primeri, s katerimi se lahko udeleženci poistovetijo (Thabrew idr., 2018). Poleg tega lahko odprto in varno vzdušje, za katerega sta značilni potrpežljivost in prilagodljivost, spodbuja sodelovanje in ustvarjalnost (Bevan Jones idr., 2020). Izziv, ki zahteva posebno pozornost, je morebitno neravnovesje moči raziskovalcev na eni in udeležencev na drugi strani, zlasti kadar so vključeni otroci in mladostniki (Orlowski idr., 2015). Tudi v tem primeru lahko ustvarjanje varnega in zaupanja vrednega okolja s pregledno komunikacijo in ponujanjem možnosti izbire pripomore k izravnavi neenakosti (Bevan Jones idr., 2020). Odgovornost za ustvarjanje takšnega okolja nosijo odrasli (raziskovalci/vodje delavnic).

1.3.1 Izvedba participativnega pristopa

Zagotavljanje in priprava digitalnega programa, ki bo za učence in učenke zanimiv za uporabo, torej temelji na vključevanju ciljne skupine že v fazo oblikovanja digitalnega programa. To smo izvedli preko participatornih delavnic, v katerih je bil pomemben poudarek tudi na zagotavljanju odprtega (sprejemajočega) in varnega vzdušja (podrobneje so delavnice in načini vključevanja učencev_k v razvoj programa opisane v razdelku Metoda).

Participativni pristop, kot smo ga uporabili v projektu me_HeLi-D, omogoča, da lažje zagotavljamo skladnost z vsakodnevnimi izkušnjami mladih in s tem krepimo duševno zdravje na način, ki je mladim blizu. Poleg

tega nam pristop omogoča neposredno nagovarjanje potreb in želja deležnikov, ki bodo program uporabljali.

Takšen način priprave programa je pomemben za povečanje možnosti kasnejše uporabe in sodelovanja v programu (Fleming idr., 2019). Uporaba participativnega pristopa pri oblikovanju programa me_HeLi-D omogoča, da so učenci_ke vpleteni_e v proces oblikovanja programa, kar prispeva h privlačnosti uporabe končnega programa s strani ciljne skupine. Uporaba participativnega pristopa pa ni pomembna samo z vidika oblikovanja programa, ampak lahko potencialno zviša učinkovitost izvedene intervencije (sodelovanje učencev_k v programu in učinek le-tega na njihovo dožemanje duševnega zdravja).

Čeprav je participatornost učencev_k v programu zagotovljena v več fazah in na več načinov, so rezultati, predstavljeni v prispevku, vezani predvsem na pridobivanje mnenj s strani učencev_k.

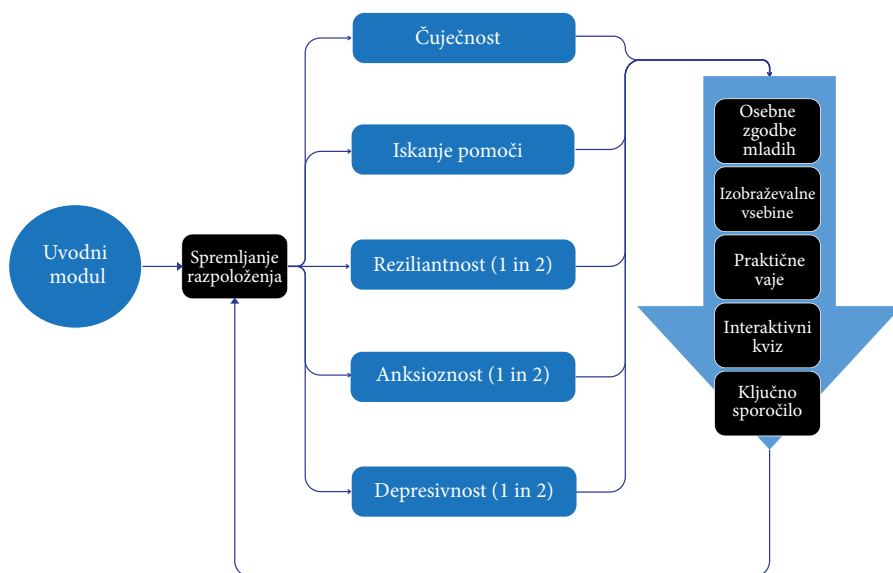
1.3.2 Program me_HeLi-D

Program razvijamo v mednarodni skupini strokovnjakov iz štirih evropskih držav (Avstrija, Bolgarija, Poljska, Slovenija), njegov cilj pa je razviti in ovrednotiti orodje za neposredno krepitev duševnega zdravja ter pismenosti na področju duševnega zdravja in posredneje za spodbujanje zavedanja raznolikosti med učenci. Natančneje, cilj orodja je okrepiti rezilientnost, čuječnost in iskanje pomoči pri učencih_kah ter jih opremiti z znanjem in veščinami o anksioznosti ter depresiji, da se bodo lahko ustrezno odzvali_e, če ali ko se bodo srečali_e s takšnimi stanji (pri sebi ali drugih).

Strukturo programa smo oblikovali skozi strokovno razpravo, ki je vključevala na eni strani znanstvenike in profesorje s fakultet oz. raziskovalnih inštitutov (npr. psihologe, inkluzivne pedagoge, računalničarje) ter na drugi strani strokovne delavce, ki so zaposleni na partnerskih šolah. Program je sestavljen iz desetih srečanj po eno šolsko uro in je načeloma zasnovan tako, da se učenci_ke sami_e vodijo skozenj (aktivnost učitelja_ice je majhna, predvsem vezana na reševanje morebitnih zapletov, nejasnosti).

Program je sestavljen iz uvodnega modula (eno srečanje), modula 1 (pet srečanj – čuječnost 1 & 2, rezilientnost 1 & 2, iskanje pomoči) in modula 2 (štiri srečanja – anksioznost 1 & 2, depresivnost 1 & 2) (slika 4). Program je zasnovan tako, da zagotavlja čim večjo interaktivnost z učencem_ko. Srečanja nimajo vnaprej odločenega vrstnega reda, tako da gredo učenci_ke skozi programa v različnem zaporedju srečanj. Vsako srečanje se začne

s spremljanjem razpoloženja, na podlagi česar je učenec_ka usmerjen_a v določeno vsebino. Temu sledi kratka začetna aktivnost, ki pritegne učenca_ko (npr. osebna zgodba), sledijo psihoedukativne vsebine (izobraževalni del, najpogosteje kot videoposnetek), interaktivni kviz za utrjevanje in preverjanja znanja ter praktične vaje. Ob koncu srečanja sledi še en interaktivni kviz ter ključno sporočilo, ki naj ga učenec_ka odnese s seboj.



Slika 4: Program me_HeLi-D – uvodni modul (eno srečanje), modul 1 (pet srečanj), modul 2 (štiri srečanja)

Namen prispevka je predstaviti, na kakšen način smo v projektu z namenom razvoja programa me_HeLi-D ugotavljali perspektivo mladih glede predstavitve izobraževalnih (psihoedukativnih) vsebin s področja duševnega zdravja, vključenih v digitalni program za krepitev duševnega zdravja. Pri pripravi psihoedukativnih vsebin smo želeli poleg strokovnosti upoštevati tudi relevantnost (vključevanje tem, ki so jih mladi sami navedli kot relevantne) ter preferenc (katere oblike predstavitve izobraževalnih vsebin so zanje najprivlačnejše). V prispevku prikazujemo tudi, kako smo ugotovitve upoštevali pri pripravi dejanskih vsebin.

2 Metoda

Podatke smo zbrali na participativnih delavnicah v okviru projekta me_HeLi-D, v katerem sedem partnerskih institucij iz štirih držav razvija

digitalni program za mlade, namenjen krepitevi njihovega duševnega zdravja. Razvoj programa poteka po iterativnem participativnem pristopu in vključuje ciljno skupino v različnih fazah projekta, in sicer v fazi zasnove in oblikovanja, pilotni fazi in fazi izvajanja (Wright idr., 2023). V prispevku predstavljamo del rezultatov participativnih delavnic z učenci_kami, ki smo jih junija 2023 (v fazi zasnove in oblikovanja programa) izvedli v Sloveniji.

2.1 Udeleženci

V delavnicah je sodelovalo približno 40 učencev_k 7. in 8. razreda osnovne šole, ki sodeluje v projektu. Stari_e so bili_e od 13 do 14 let. Izvedli smo dve delavnici po dve šolski uri, in sicer v dveh skupinah (matična in podružnična šola). Na prvi delavnici je bilo 20 in 19 učencev_k (od tega skoraj polovica fantov), na drugi delavnici pa 18 in 18 učencev_k (od tega polovica fantov).

2.2 Pripomočki

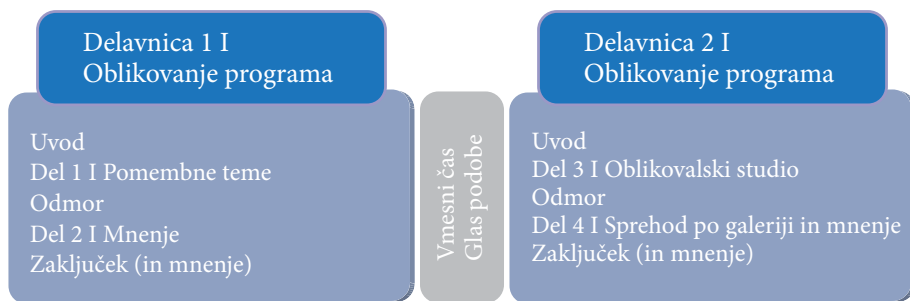
Za potrebe projekta smo oblikovali anketo za povratne informacije, ki je vsebovala niz vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Anketi v prvi in drugi delavnici sta bili različni ter sta vsebovali devet oz. šest vprašanj. Vprašanja so se nanašala na preference, ideje in potrebe učencev_k glede zasnove ter oblikovanja programa in značilnosti njihovih priljubljenih iger ali aplikacij ter njihovih najljubših dejavnosti znotraj le-teh. Anketa je vsebovala vprašanja glede pripravljenosti na interakcijo z drugimi učenci_kami v okviru programa. Vsebovala je tudi vprašanja o zaželeni obliki informacij o duševnem zdravju ter osebah, ki bi te informacije podajale. Ta del predstavljamo v prispevku.

2.3 Postopek

Delavnice smo na šoli izvedli raziskovalci_ke (en oz. dva raziskovalca_ki) skupaj z učiteljicama. Pred delavnicami smo pridobili pisna obveščena soglasja staršev za sodelovanje učencev_k; uporabljeni obrazci so bili skladni s Splošno uredbo o varstvu podatkov (GDPR) ter z zakonodajo Evropske unije o varstvu podatkov (Bankova in Wright, 2023). Poleg tega so bili_e učenci_ke ustno obveščeni_e o prostovoljni naravi sodelovanja in možnosti, da le-to kadar koli prekinemo.

V dveh zaporednih dneh smo izvedli obe delavnici, v vmesnem času so imeli_e učenci_ke še samostojno nalogo (slika 5). Na delavnicah smo skupaj z učenci_kami iskali zanje pomembne teme (vire stresa in skrbi), njihove

vire moči (kaj jih pomiri, razveseli), učenci_ke so ustvarjali_e vizualno podobo programa (pokrajino, avatar, elemente programa) ter izpolnili anketo s povratnimi informacijami. Ob koncu so izpolnili_e tudi evalvacijsko anketo, v kateri so ocenili_e delavnico. Med odmori in po zaključku so učenci_ke prejeli_e nekaj sladkih priboljškov.



Slika 5: Struktura participatornih delavnic

3 Rezultati

V rezultatih prikazujemo odgovore učencev_k glede njihovih preferenc o oblikah informacij ter predstaviteljih le-teh v videoposnetkih. Prav tako smo se osredotočili na pripravljenost sodelovanja v posnetkih, tako njihovega lastnega kot tudi na mnenje o pripravljenosti njihovih vrstnikov za sodelovanje pri pripravi takšnih posnetkov.

Preglednica 19 prikazuje odstotkovno porazdelitev ocen na lestvici od 1 (najmanj privlačna oblika) do 8 (najprivlačnejša oblika) glede na zaželenost različnih oblik informacij o duševnem zdravju. Oblike informacij si sledijo (od zgoraj navzdol) glede na povprečen odgovor učencev_k.

Najprivlačnejša oblika prikaza informacij o duševnem zdravju je kombinacija besedila in slik ($M = 4,41$; $SD = 2,25$), medtem ko so dolga besedila, ki obsegajo vsaj eno stran, ocenjena kot najmanj privlačna ($M = 1,24$; $SD = 1,94$). Skoraj tretjina učencev_k je kot najprivlačnejšo izbralo kombinacijo besedila in slik (28,21%, ocena 1), medtem ko jih je več kot polovico (60,53%, ocena 8) kot najmanj privlačna izbralo dolga besedila. Pogostost odgovorov (%) nakazuje, da so bili_e učenci_ke najenotnejšega mnenja pri izražanju najmanj privlačne oblike.

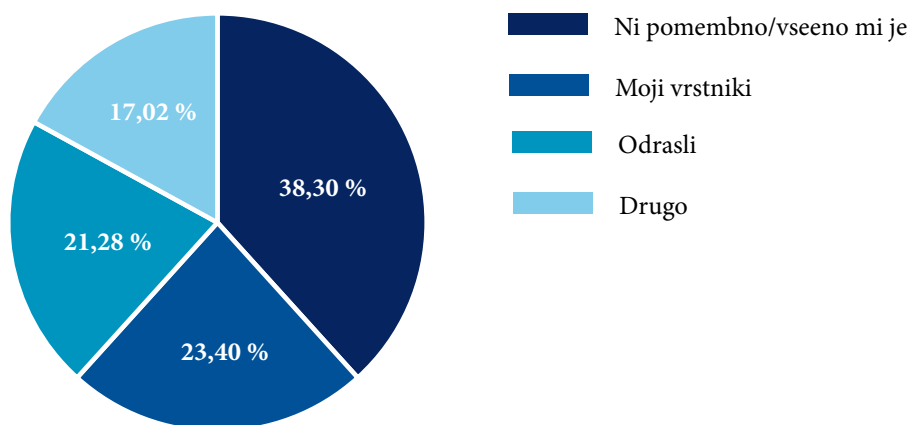
Glede na povprečne ocene kombinaciji besedila in slik po zaželenosti sledijo kratke, enominutne oblike informacij, kot sta kratek video ($M = 4,28$; $SD = 2,34$) in kratek zvočni posnetek ali podkast ($M = 4,21$; $SD = 2,03$).

Preglednica 19: Privlačnost različnih oblik informacij o duševnem zdravju (%)

Oblika informacij o duševnem zdravju	1								8	Grafični prikaz	M	SD
	Najmanj privlačna oblika	2	3	4	5	6	7	Najbolj privlačna oblika				
Besedilo – dolgo (1 stran)	60,53	13,16	2,63	7,89	5,26	2,63	7,89	0		1,24	1,94	
Zvočni posnetek/podkast – dolg (5–10 min)	10,53	15,79	15,79	18,42	15,79	10,53	7,89	5,26		3,03	1,97	
Besedilo – kratko (10 vrstic)	12,82	30,77	10,26	0	12,82	10,26	12,82	10,26		3,03	2,41	
Večmodalno	10,53	10,53	15,79	26,32	2,63	5,26	5,26	23,68		3,55	2,39	
Video – dolg (5–10 min)	7,89	5,26	18,42	15,79	10,53	13,16	13,16	15,79		3,87	2,17	
Zvočni posnetek/podkast – kratek (1 min)	2,56	15,38	5,13	7,69	17,95	20,51	17,95	12,82		4,21	2,03	
Video – kratek (1min)	10,26	5,13	12,82	5,13	15,38	10,26	17,95	23,08		4,28	2,34	
Besedilo + slike	7,69	2,56	15,38	10,26	7,69	20,51	7,69	28,21		4,41	2,25	

Nasprotno pa so najmanj zaželenе dolge oblike informacij, kot so dolg zvočni posnetek ali podkast ($M = 3,03$; $SD = 1,97$) ter predvsem besedila, ki ne vsebujejo drugih modalitet oblik informacij. Poleg najmanj zaželenega dolgega besedila se na repu zaželenosti znajde tudi kratko besedilo z desetimi vrsticami ($M = 3,03$; $SD = 2,41$). Nenazadnje velja omeniti, da kljub temu da se večmodalnost prikaza informacij (iste informacije so predstavljene v vsaj dveh različnih oblikah, npr. besedilo in video) glede na povprečen odgovor učencev_k uvršča med manj zaželenе oblike ($M = 3,55$; $SD = 2,39$), pa je kar 23,86 % učencev_k to obliko izbralo kot najbolj zaželeno.

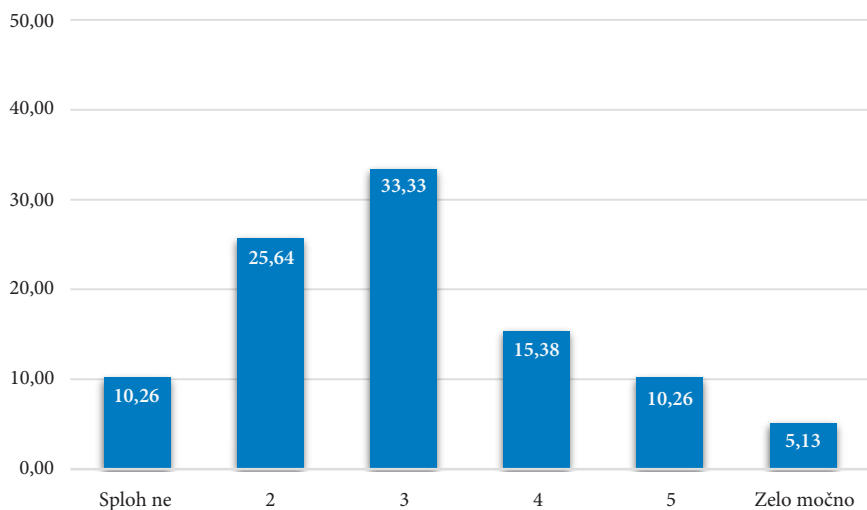
Na sliki 6 je prikazana zastopanost odgovorov učencev_k pri vprašanju »Koga bi najraje videl/a v teh informativnih videoposnetkih? Kdo naj predstavi te informacije?« glede na različne podane možnosti.



Slika 6: Preferenca glede tega, kdo naj predstavi informacije v informativnih (izobraževalnih) videoposnetkih (%)

Največ, več kot tretjina (38,30 %), učencev_k meni, da ni pomembno, kdo predstavi informacije v videoposnetkih. Več kot petina (23,40 %) bi jih v videoposnetkih najraje videla svoje vrstnike. Podoben delež (21,28 %) bi jih najraje spremljal odrasle predstavnike, ki pojasnjujejo vsebino. Ena šestina (17,02 %) jih je izrazila željo po drugih osebah ali skupinah oseb, ki bi predstavile te informacije, pri čemer so kot primere navedli_e znane nogometaše.

Na sliki 7 je razvidna zastopanost odgovorov učencev_k (ocenjena od 1 – »Sploh ne« do 6 – »Zelo močno«) glede njihovega mnenja o pripravljenosti sodelovanja njihovih vrstnikov v informativnih (izobraževalnih) videoposnetkih.



Slika 7: Pripravljenosti sodelovanja vrstnikov v informativnih (izobraževalnih) videoposnetkih (%)

Povprečen odgovor učencev_k ($M = 3,05$; $SD = 1,30$) nakazuje, da se nagibajo k mnenju, da njihovi vrstniki niso najbolj pripravljeni sodelovati v informativnih (izobraževalnih) videoposnetkih.

Skoraj polovica vprašanih učencev_k (41,03 %) je poročalo, da so pripravljeni_e sodelovati v informativnih (izobraževalnih) videoposnetkih, medtem ko ostali_e (58,97 %) tega ne želijo.

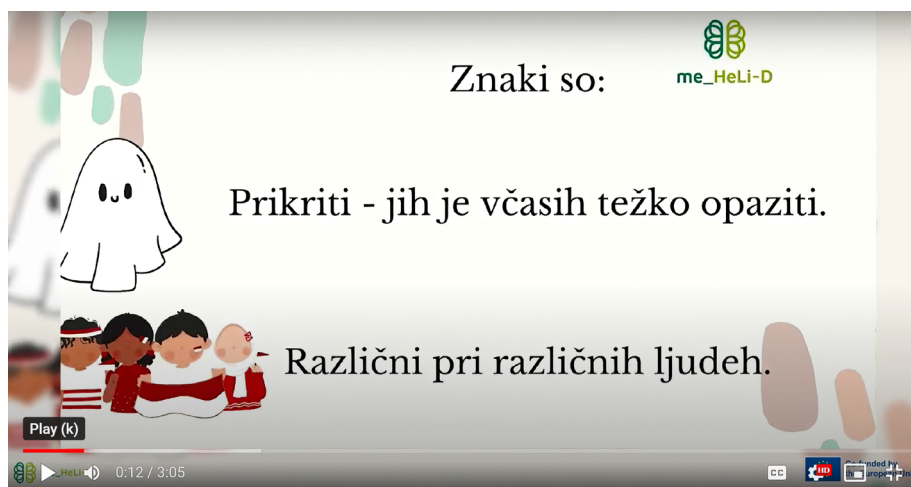
4 Razprava

Predstavljena raziskava obravnava preference učencev_k glede oblike informacij o duševnem zdravju in osebah, ki bi v izobraževalnih videoposnetkih podajale te informacije. Poleg tega preučuje pripravljenost učencev_k za sodelovanje v takšnih videoposnetkih, tako njih samih kot tudi njihovo zaznavanje pripravljenosti vrstnikov. Gre za del participativnega pristopa v projektu me_HeLi-D.

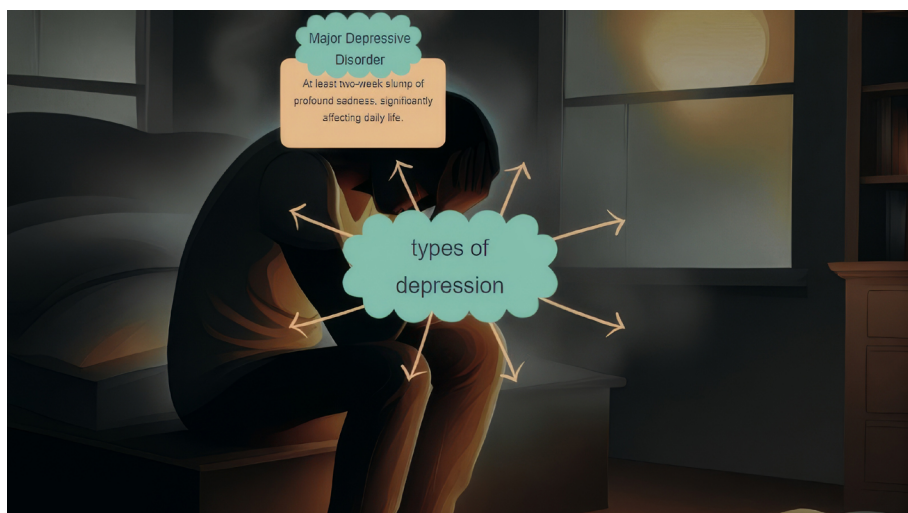
Ugotovitve kažejo jasno hierarhijo preferenc med učenci_kami glede oblike informacij o duševnem zdravju. Zdi se, da je kombinacija besedila in slik najprivlačnejša oblika, še bolj pa so bili_e učenci_ke enotni_e glede najmanj privlačne oblike, to so dolga besedila. Kot privlačne so ocenjene tudi kratke, enominutne oblike informacij (video ali zvočni posnetek). Zanimivo je, da so učenci kot najprivlačnejšo izbrali kombinacijo besedila in

slike, medtem ko možnost večmodalnega prikaza informacij v povprečju ni bila tako priljubljena (čeprav gre za zelo podobno možnost). Morda je bila težava z razumevanjem izraza »večmodalno« in si nekateri_e učenci_ke niso znali_e predstavljati, kakšen način predstavitve informacij naj bi to bil (v prihodnje bi lahko za lažje razumevanje navedli primer). Visoka priljubljenost kratkih oblik podajanja informacij nakazuje trend med mladimi, ki ga je treba upoštevati. Rezultati se ujemajo s sodobnimi izobraževalnimi praksami, ki poudarjajo učinkovitost večpredstavnostnih predstavitev ter vlogo posnetkov (video, zvočni) pri vključevanju učencev_k in izboljšanju razumevanja. To kaže na pomembnost ponudbe različnih oblik, da bi zagotovili različnim učnim stilom in željam učencev_k.

Na podlagi teh ugotovitev smo zasnovali predstavitev izobraževalnih vsebin v programu. Te so predvsem multimodalne. En del vsebin temelji na kratkih zapisih, opremljenih s slikovnim gradivom, ti so lahko samostojni ali integrirani v videoposnetke (glej sliko 8) ali kot predstavitev v PowerPointu (slika 9). Videoposnetki so v večini primerov kratki (do ene minute), redko tudi daljši (do 3,5 minute). Opremljeni so s podobami, ki se pojavijo ob govorcu in dodatno povzamejo oz. ponazarjajo vsebino ter sporočilo povedanega (slika 10). Posnetki so podnaslovljeni bodisi s prepisom povedanega bodisi s prevodom (kadar govorec govori v tujem jeziku).



Slika 8: Znaki anksioznosti – primer kratkega zapisa s slikovnim gradivom, ki je integrirano v videoposnetek



Slika 9: Vrste depresije – primer kratkega zapisa s slikovnim gradivom kot del predstavitve v Powerpointu



Slika 10: Znaki anksioznosti – primer videoposnetka, dodatno opremljenega s podobo, ki ponazarja povedano

Glede tega, kdo naj bi v izobraževalnih videoposnetkih podajal informacije, največji delež učencev_k izraža neopredeljenost. Hkrati pa jih je razmeroma velik delež kot najprimernejšega za to vlogo izbral odraslega, zelo podoben delež pa v takšnih vlogah raje vidi svoje vrstnike. Slednje kaže na potencial, ki ga imajo vrstniki pri širjenju informacij o duševnem

zdravju med učenci_kami. Na ta način se namreč morda učenci_ke lažje povežejo s predstavljenimi vsebinami in hkrati vrstnike zaznajo kot vir podpore, oboje pa sta ključna elementa pri krepitvi duševnega zdravja mladostnikov_c.

Nadalje rezultati glede pripravljenosti učencev_k za sodelovanje pri informativnih videoposnetkih kažejo, da jih skoraj polovica izraža pripravljenost za sodelovanje (več kot polovica pa ne), medtem ko pripravljenost vrstnikov ocenjujejo nižje. To predstavlja priložnost za vse, ki se ukvarjajo s promocijo duševnega zdravja mladih, da izkoristijo to pripravljenost za sodelovanje pri ustvarjanju izobraževalnih vsebin ter tako spodbujajo opolnomočenje učencev_k in prevzemanje odgovornosti za pobude na področju duševnega zdravja v njihovih okoljih.

Pri sami pripravi vsebin smo v programu ugotovitvam sledili na ta način, da so strokovne vsebine v videoposnetkih predstavljali strokovnjaki_nje (npr. raziskovalka, psihologinja in psihoterapevtka; slika 10), hkrati pa smo v program vključili tudi osebne zgodbe mladih, ki so podelili svoje izkušnje glede določene teme (sliki 11 in 12).



Slika 11: Čuječnost – primer osebne zgodbe učenke



Slika 12: Iskanje pomoči – primer osebne zgodbe

Z vključevanjem multimedijskih elementov, vključevanjem učencev_k samih kot glavnih akterjev določenih aktivnosti lahko pedagogi_nje in strokovnjaki_nje za duševno zdravje okrepijo učinkovitost ter ustreznost prizadevanj za izobraževanje o duševnem zdravju v šolah. V nadaljnjih raziskavah bi bilo pri participativnem delu smiselno čim konkretnje predstaviti različne možnosti – npr. z že dostopnimi primeri (da bi učenci lažje razumeli in si predstavljali možnosti, med katerimi se odločajo). Lahko bi raziskali tudi preference učencev_k glede predstavitve informacij, specifično vezanih na iskanje pomoči pri mladostnikih.

Spoznanja pričujočega članka so pomembna tudi z vidika izobraževanja učiteljev in učiteljic, tako začetnega kot nadaljnjega, saj nudijo vpogled v pomembnost vključevanja učencev in učenek v pripravo vsebin, prvotno namenjenih njim. Osnovne vidike participativnih pristopov (glej npr. Orłowski idr., 2015) je smiselno vključiti v pedagoška izobraževanja, ker učiteljem in učiteljicam dajejo pomembno znanje, kako lahko vključevati razred v skupno pripravo določene vsebine.

Literatura

Ainscow, M., in Messiou, K. (2018). Engaging with the views of students to promote inclusion in education. *Journal of Educational Change*, 19, 1–17.

- Ainscow, M., Messiou, K., Echeita, G., Goldrick, S., Hope, M. A., Paes, I., in Vitorino, T. (2014). *Learning From Students' Voices: A Strategy For Teacher Development In Respect To Diversity. ECER 2014, Porto.*
- Bankova, D., in Wright, M. (2023). Information Technology Adoption in Promoting Digital Mental Health Literacy – Data Usage and Specifics. In V. Dimitrov in V. Georgiev (Eds.), *Information Systems, Embedded Systems and Intelligent Applications International Conference ISESIA '2023 Proceedings*. Kliment Ohridski University Press, 1–17.
- Barker, G. (2007). Adolescents, social support and help-seeking behaviour. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254500>
- Bergin, A. D., Vallejos, E. P., Davies, E. B., Daley, D., Ford, T., Harold, G., ..., in Hollis, C. (2020). Preventive digital mental health interventions for children and young people: a review of the design and reporting of research. *NPJ digital medicine*, 3(1), 133.
- Bevan Jones, R., Stallard, P., Agha, S. S., Rice, S., Werner-Seidler, A., Stasiak, K., Kahn, J., Simpson, S. A., Alvarez-Jimenez, M., Rice, F., Evans, R., in Merry, S. (2020). Practitioner review: Co-design of digital mental health technologies with children and young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(8), 928–940. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13258>
- Fleming, T., Merry, S., Stasiak, K., Hopkins, S., Patolo, T., Ruru, S., Latu, M., Shepherd, M., Christie, G., in Goodyear-Smith, F. (2019). The Importance of User Segmentation for Designing Digital Therapy for Adolescent Mental Health: Findings From Scoping Processes. *JMIR Mental Health*, 6(5), e12656. <https://doi.org/10.2196/12656>
- Ford, T., John, A., in Gunnell, D. (2021). Mental health of children and young people during pandemic. *BMJ*, n614. <https://doi.org/10.1136/bmj.n614>
- Gibb, S. J., Fergusson, D. M., in Horwood, L. J. (2010). Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *British Journal of Psychiatry*, 197(2), 122–127. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076570>
- Hodson, E., Dadashi, N., Delgado, R., Chisholm, C., Sgrignoli, R., in Swaine, R. (2019). Co-design in mental health; Mellow: A self-help holistic crisis planning mobile application by youth, for youth. *The Design Journal*, 22, 1529–1542. <https://doi.org/10.1080/14606925.2019.1594975>
- Huang, C.-C., Chen, Y., Greene, L., Cheung, S., in Wei, Y. (2019). Resilience and emotional and behavioral problems of adolescents in China: Effects of a short-term and intensive mindfulness and life skills training. *Chil-*

- dren and Youth Services Review*, 100, 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.015>
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J., in Poulton, R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder: Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709>
- Mulraney, M., Coghill, D., Bishop, C., Mehmed, Y., Sciberras, E., Sawyer, M., Efron, D., in Hiscock, H. (2021). A systematic review of the persistence of childhood mental health problems into adulthood. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 129, 182–205. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.07.030>
- Orlowski, S. K., Lawn, S., Venning, A., Winsall, M., Jones, G. M., Wyld, K., Damarell, R. A., Antezana, G., Schrader, G., Smith, D., Collin, P., in Bidargaddi, N. (2015). Participatory Research as One Piece of the Puzzle: A Systematic Review of Consumer Involvement in Design of Technology-Based Youth Mental Health and Well-Being Interventions. *JMIR Human Factors*, 2(2), e12. <https://doi.org/10.2196/humanfactors.4361>
- Reitegger, F., Peras, I., Wright, M., in Gasteiger-Klicpera, B. (2024, sprejet v publikacijo). Key Components and Content of Effective Evidence-based Digital Prevention Programs for Anxiety and Depression in Children and Adolescents: A Systematic Umbrella Review. *Adolescent Research Review*.
- Riebschleger, J., Costello, S., Cavanaugh, D. L., in Grové, C. (2019). Mental Health Literacy of Youth That Have a Family Member With a Mental Illness: Outcomes From a New Program and Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00002>
- Slater, A., in Bremner, J. G. (Eds.). (2017). *An introduction to developmental psychology* (Third edition). John Wiley & Sons Inc.
- Thabrew, H., Fleming, T., Hetrick, S., in Merry, S. (2018). Co-design of eHealth Interventions With Children and Young People. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 481. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00481>
- Thompson, E. J., Richards, M., Ploubidis, G. B., Fonagy, P., in Patalay, P. (2020). Changes in the adult consequences of adolescent mental health: Findings from the 1958 and 1970 British birth cohorts. *Epidemiology*. <https://doi.org/10.1101/2020.07.17.20156042>
- Uhlhaas, P. J., Davey, C. G., Mehta, U. M., Shah, J., Torous, J., Allen, N. B., Avenevoli, S., Bella-Awusah, T., Chanen, A., Chen, E. Y. H., Correll, C.

- U., Do, K. Q., Fisher, H. L., Frangou, S., Hickie, I. B., Keshavan, M. S., Konrad, K., Lee, F. S., Liu, C. H., ..., in Wood, S. J. (2023). Towards a youth mental health paradigm: A perspective and roadmap. *Molecular Psychiatry*, 28(8), 3171–3181. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-02202-z>
- Unger, H. (2013). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Springer-Verlag.
- Walsh, J. (2023). *Psychoeducation in Mental Health*. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190616250.001.0001>
- WHO. (2021). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- WHO. (2022). *Mental Health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wright, M., Reitegger, F., Cela, H., Papst, A., in Gasteiger-Klicpera, B. (2023). Interventions with Digital Tools for Mental Health Promotion among 11–18 Year Olds: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 52(4), 754–779. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01735-4>