

okužb (Jo1), izraženi v DDD na sto sprejemov, v letu 2022 tako kot leta 2021 in 2020 izstopata specialna bolnišnica Topolšica z več kot 600 DDD na sto sprejemov in specialna bolnišnica Sežana s 587 DDD na sto sprejemov, med splošnimi bolnišnicami pa SB Murska Sobota s 463 DDD na sto sprejemov ter na drugi strani SB Brežice s 154 DDD na sto sprejemov.

Tako poraba antibiotikov na recept kot tudi bolnišnična poraba antibiotikov (Jo1) se je bistveno manj znižala, kot je bilo načrtovano za obdobje 2016–2022. Načrtovano je bilo znižanje porabe antibiotikov na recept za 20 % in bolnišnične porabe za 10 %.

Poraba antibiotikov na recept se je znižala za 4,4 %, bolnišnična pa za 1,4 %. Tudi ni bilo načrtovane znižane ambulantne porabe amoksicilina s klavulanske kisline, azitromicina in fluorokinolov ter bolnišnične porabe cefalosporinov 3. in 4. generacije, karbapenemov in fluorokinolonov (11).

Viri

1. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (2000). (Uradni list RS št. 65/00, 31/18). Dostopno 20. 1. 2019 na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1419>.
2. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06, 114/06, 91/07, 76/08, 62/10, 87/11, 40/12, 21/13, 91/13, 99/13, 111/13, 95/14, 47/15, 61/17, 64/17 in 36/19). Dostopno 19. 8. 2021 na: <http://>

pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213.

3. Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025: »Skupaj za družbo zdravja«. Uradni list RS št. 25/2016. Dostopno 12. 5. 2021 na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/125979#1/Resolucija-o-nacionalnem-planu-zdravstvenega-varstva-2016-2025-Skupaj-za-druzbo-zdravja-%28ReNPZV16-25%29>.
4. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2022. Oslo: WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2021. Dostopno 12. 6. 2023 na: <https://www.drugsandalcohol.ie/29364/1/WHO%20Collaborating%20Centre%20for%20Drug%20Statistics%20Methodology.pdf>.
5. ATC/DDD metodologija. Dostopno 12. 6. 2023 na: https://www.whoce.no/atc_ddd_methodology/who_collaborating_centre.
6. Kostnapfel T, Albrecht T (Ur.). Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2022. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2022. Dostopno 30. 5. 2023 na: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/poraba-ambulantno-predpisanih-zdravil-v-sloveniji-v-letu-2021>.
7. Spremljanje bolnišničnih obravnav (SBO), Definicije in metodološka navodila za sprejem podatkov o bolnišničnih obravnavah preko aplikacije ePrenosi, v 2.0. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, november 2020.
8. Kostnapfel T, Šubelj M, Simonovič Z, Juder Kogler M, Korošec A, Glavan U, Serdt M, Čizman M. Trendi porabe zdravil za sistemsko zdravljenje bakterijskih okužb v Sloveniji v letu 2020. *Isis : glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*. [Tiskana izd.]. jan. 2022, leto 31, št. 1, str. 36–44, ilustr. ISSN 1318-0193. <http://online.pubhtml5.com/agma/vmbj/#p=50>.
9. Poraba protimikrobnih zdravil v Sloveniji v letu 2022 (Ur.: Kostnapfel T, Simonovič Z, Vidovič Š., Juder Kogler M., Šubelj M);

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana, 2023. Dostopno 20.12.2023 na: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/poraba-protimikrobnih-zdravil-v-sloveniji-v-letu-2022>.

10. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) - Annual Epidemiological Report 2022. Stockholm: ECDC; 2023.
11. D'Atri F, Arthur J, Blix HS, Hicks LA, Plachouras D, Monnet DL; European Survey on Transatlantic Task Force on Antimicrobial Resistance (TATFAR) partner countries. Euro Surveill. 2019 Jul;24(28):1800339. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2019.24.28.1800339. PMID: 31311620

Doc. dr. Tatja Kostnapfel, mag. farm., NIJZ, tatja.kostnapfel@nijz.si

Asist. Zoran Simonovič, dr. med., NIJZ, zoran.simonovic@nijz.si

Špela Vidovič, dr. med., NIJZ, spela.vidovic@nijz.si

Martina Juder Kogler, dr. med., NIJZ, Martina.Juder-Kogler@nijz.si

Aleš Korošec, univ. dipl. mikrobiol., NIJZ, ales.korosec@nijz.si

Uroš Glavan, mag. san. inž., NIJZ, [uro. glavan@nijz.si](mailto:glavan@nijz.si)

Dr. Mojca Serdt, univ. dipl. mikrobiol., NIJZ, mojca.serdt@nijz.si

Doc. dr. Maja Šubelj, dr. med., NIJZ, maja.subelj@nijz.si

Prof. dr. Milan Čizman, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, UKC Ljubljana, milan.cizman@siol.net

Kako lahko zdravnik oceni pacientovo osamljenost

Mojca Zvezdana Dernovšek, Barbara Vogrinec Švigelj

Uvod

Študija iz leta 2004 (1) razloži, kako psihosocialni stres lahko povzroči spremembe v delovanju telesnih sistemov (npr. imunskega) in

tudi neposredno vodi v bolezen. Kot vire tega stresa navaja gnečo, družbeno neorganiziranost, rasno zapostavljanje, strah (npr. pred kaznivimi dejanji) in ekonomsko prikrajšanost. K navedenim

psihosocialnim dejavnikom tveganja za zdravstvene težave (od katerih so, kot lahko ugotovimo na osnovi pregleda relevantne literature, nekateri dobro prepoznani in raziskani, drugi pa slabše) lahko dodamo še osamljenost.

Nedavna študija (2) prinaša najnovejši pregled dokazov, da je osamljenost dejavnik tveganja za zdravstvene

težave. Hkrati opozori, da zdravstvena praksa pogosto spregleda osamljenost kot jasno dokazan dejavnik tveganja za zdravstvene težave, kar poraja tudi vprašanje, kaj storiti, da bi zdravstveno osebo ta dejavnik bolj upoštevalo in bolj celostno pristopalo k zdravstvenim težavam. Namen zapisa je poskusiti delno odgovoriti na zastavljeno vprašanje, kar bomo naredili v naslednjih korakih. Najprej si bomo približje pogledali osamljenost kot dejavnik tveganja za zdravstvene težave. Sledil bo pregled najpogostejših orodij za merjenje osamljenosti pri odraslih, na osnovi katerega bomo poskusili odgovoriti na vprašanje, kako lahko zdravnik oceni pacientovo osamljenost (izraza zdravnik in pacient uporabljamo v celotnem zapisu kot nevtralno obliko za oba spola). Nazadnje bomo povedali še nekaj o tem, kako lahko zdravnik pacientu pomaga zmanjšati tveganje za zdravstvene težave kot posledico njegove osamljenosti.

Osamljenost kot dejavnik tveganja za zdravstvene težave

Kaj je osamljenost? Opredelitev tega pojma, ki sta jo leta 1981 podala Perlman in Peplau (3), je, kot pokaže pregled relevantne literature, še danes prvi sklic večine raziskovalcev in strokovnjakov za osamljenost. Po tej opredelitvi je osamljenost neprijetna izkušnja, ki se zgodi, ko je človekova mreža družbenih odnosov na nek pomemben način pomanjkljiva, bodisi po količini bodisi po kakovosti. Ta opredelitev vsebuje naslednje tri glavne točke:

1. Osamljenost je posledica pomanjkanja družbenih odnosov.
2. Osamljenost je subjektiven pojav. Osamljenost se tako razlikuje od družbene osamitve, ki je objektivni pojav, se pravi objektivna posledica pomanjkanja družbenih odnosov. To pomeni, da je človek lahko osamljen, ne da bi bil sam (lahko je osamljen v družbi drugih ljudi), oz. lahko je sam, ne da bi bil osamljen.

3. Osamljenost je neprijetna.

Tako opredeljena je osamljenost tudi dejavnik tveganja za zdravstvene težave. Te pa so, kot navajajo relevantne študije (2, 4–7), naslednje težave v telesnem in duševnem zdravju: bolezni srca in ožilja (miokardni infarkt, možganska kap, visok krvni tlak, ateroskleroza); slabše okrevanje po katerikoli zdravstveni težavi; počasnejše celjenje ran; motnje spanja; depresija; tesnoba oz. anksiozne motnje; kognitivne težave (upad spoznavnih sposobnosti); funkcionalni upad v vsakodnevni dejavnosti.

Če pogledamo, kako je pri drugih psihosocialnih dejavnikih tveganja za zdravstvene težave, študije (8–11) kažejo, da gre pri njih za enak nabor zdravstvenih težav kot pri osamljenosti. Vidimo pa lahko tudi, da so pri teh težavah udeleženi različni patofiziološki mehanizmi – npr. vnetje vpliva na imunski odziv in povzroča reverzibilne in ireverzibilne spremembe v možganih. Torej je pri vseh psihosocialnih dejavnikih tveganja za zdravstvene težave, se pravi tudi pri osamljenosti, tisto, kar vodi do težav, stres. Kot kaže ena novejših študij (12), pa velja tudi, da lahko stres vodi do osamljenosti.

Osamljenost kot rastoča težava javnega zdravja

Izbruh novega koronavirusa oz. omejitve za zajezitev njegovega širjenja so spodbudile porast osamljenosti, kar potrjuje tudi nedavna študija (13), ki prinaša najnovejši pregled povečanja osamljenosti pred omenjenim izbruhom in med njim. Vendar, kot opozori Holt-Lunstad (2), je osamljenost že prej postajala vedno večja težava javnega zdravja. To potrjuje tudi študija iz leta 2018 (14), ki navaja, da je v razvitem svetu osamljenih okoli tretjina ljudi in da ta delež raste. Po izsledkih druge študije iz istega leta (15–16), ki velja za do zdaj največjo študijo o osamljenosti na svetu – zajela je namreč 55.000 ljudi z vsega sveta – pa so osamljeni predvsem mladi ljudje. Ti izsledki namreč kažejo, da so

najbolj osamljeni ljudje med 16. in 24. letom, in sicer se počuti osamljene 40 odstotkov teh ljudi, in starejši od 75 let – osamljene se počuti 27 odstotkov teh ljudi. V preostalih starostnih skupinah (25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74) so deleži osamljenih manjši, vendar noben od teh deležev ni izpostavljen kot zanemarljiv. Ista študija kaže tudi, da so, ne glede na starost, bolj osamljeni brezposelni in tisti, ki se počutijo zapostavljane, npr. zaradi invalidnosti, spolne usmerjenosti ali nižjega družbenoekonomskega položaja. Navaja pa tudi naslednje možne razloge za to, da je delež osamljenih največji v starostni skupini 16–24 let:

1. V tej starosti ima človek manj izkušenj z uravnavanjem svojih čustev, zato vse čuti močneje.
2. V tej starosti se človek morda šele prvič v življenju počuti osamljenega in torej še ni imel priložnosti, da se nauči, da je osamljenost pogosto samo začasna.
3. V tej starosti človek še ugotavlja, kakšen odnos ima do drugih in kakšno je njegovo mesto v družbi, in ko to ugotavlja, se spontano do neke mere osami od drugih.

K tem razlogom lahko dodamo še enega, ki je tudi možen razlog, da je osamljenosti v tej starostni skupini vedno več. Ta razlog je namreč v glavnih značilnostih današnjega načina življenja 16- do 24-letnikov, se pravi v tem, da več časa preživijo pred ekranom, se manj udeležujejo skupnostnih dejavnosti, kot so npr. dejavnosti športnih skupin, in imajo bolj radi samsko življenje. Možen razlog za vse večjo osamljenost nasploh pa lahko vidimo v značilnosti sodobnega časa, ki je v nenehni podjarjanju neodvisnosti in nenehni tekmi s časom.

Upoštevanje osamljenosti kot uveljavljanje celostnega pristopa k zdravstvenim težavam

Kot rastoča težava javnega zdravja, osamljenost ne bi smela biti

spregledana v zdravstveni praksi. Kaj torej pomeni, da zdravstveno osebo upošteva osamljenost kot dejavnik tveganja za zdravstvene težave? Pomeni, da poskuša prepoznati in obvladati tudi psihosocialne dejavnike tveganja za zdravstvene težave, se pravi, da uveljavlja celostni pristop k tem težavam. Ukvarjati se z vprašanjem, kaj storiti za večje upoštevanje osamljenosti s strani zdravstvenega osebja, torej pravzaprav pomeni ukvarjati se z vprašanjem, kaj storiti, da bi to osebo bolj uveljavljalo celostni pristop k zdravstvenim težavam.

Kako lahko zdravnik oceni pacientovo osamljenost?

Za merjenje osamljenosti je bilo razvitih že več orodij, to je vprašalnikov oz. lestvic. Nedavna študija (7), ki prinaša pregled osmih najpogosteje uporabljenih lestvic za merjenje osamljenosti, kaže, da so štiri takšne lestvice za otroke in mladostnike in štiri za odrasle. Na osnovi pregleda slednjih – ki bo pregled nekaterih glavnih lastnosti in pogostosti uporabe teh lestvic, pri čemer se bomo oprli na omenjeno študijo – bomo poskusili odgovoriti na vprašanje, kako lahko zdravnik oceni pacientovo osamljenost.

Štiri lestvice za merjene osamljenosti pri odraslih, ki smo jih vzeli v pregled, so:

1. UCLA – University of California Los Angeles loneliness scale (lestvica osamljenosti Univerze v Kaliforniji, Los Angeles)
2. RTLS – Rasch-type loneliness scale (lestvica tipa Rasch)
3. SELSA – Social and emotional loneliness scale for adults (lestvica družbene in čustvene osamljenosti za odrasle)
4. DLS – Differential loneliness scale (razlikovalna lestvica osamljenosti)

UCLA je enorazsežnostna lestvica, kar pomeni, da nima podlestvic. Sestavljena je iz dvajsetih izjav. Pri vsaki izjavi je treba navesti, kako

pogosto se počutimo tako, kot opisuje izjava, pri čemer lahko izbiramo med naslednjimi štirimi možnostmi: 1 (nikoli), 2 (redko), 3 (včasih), 4 (vedno/pogosto). (Številke od 1 do 4 pomenijo število točk, ki se jih na koncu sešteje (pri čemer je treba nekatere – označene – izjave točkovati obrnjeno, se pravi, da velja 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1) in večji seštevek kaže na večjo stopnjo osamljenosti.)

Obstajajo tudi krajše različice te lestvice, npr. dve različici z osmimi izjavami, različica s štirimi izjavami, različica s tremi izjavami.

RTLS je bila razvita kot večrazsežnostna lestvica, ki je vključevala pet podlestvic, vendar se jo večinoma uporablja kot enorazsežnostno lestvico. Sestavlja jo enajst izjav. Pri vsaki izjavi je treba navesti, v kolikšni meri se z njo strinjamo, pri čemer lahko izbiramo med naslednjimi petimi (ali tremi) možnostmi: *da!*, *da*, *bolj ali manj*, *ne*, *ne!* (ali *da*, *bolj ali manj*, *ne*). (Navedba *ne!*, *ne* ali *bolj ali manj* pri pozitivnih izjavah in *da!*, *da* ali *bolj ali manj* pri negativnih pomeni eno točko. Te točke se na koncu sešteje in večji seštevek pomeni večjo osamljenost.)

Obstaja tudi krajša različica te lestvice s šestimi izjavami.

SELSA je večrazsežnostna lestvica s tremi podlestvicami (ki merijo osamljenost v romantičnem razmerju, osamljenost v družini in osamljenost v družbi). Sestavlja jo sedemintrideset izjav. Pri vsaki izjavi je treba navesti naše strinjanje z njo, pri čemer imamo na voljo sedem možnosti, od 1 (popolnoma se strinjam) do 7 (sploh se ne strinjam).

Obstajajo tudi krajše različice te lestvice, npr. dve različici s petnajstimi izjavami.

DLS je večrazsežnostna lestvica, ki vključuje štiri podlestvice (ki merijo osamljenost v romantičnih/spolnih odnosih, osamljenost v prijateljstvih, osamljenost v odnosih z družino in osamljenost v odnosih z večjimi skupinami ali skupnostjo). Sestavljena je iz šestdesetih izjav. Pri vsaki

izjavi je treba navesti, ali je P (pravilna) ali N (napačna).

Obstaja tudi krajša različica te lestvice z dvajsetimi izjavami.

Najpogosteje od vseh lestvic za merjenje osamljenosti pri odraslih se uporablja UCLA. To dokazuje tudi nedavna študija (6), ki prinaša pregled najpogostejših lestvic za merjenje osamljenosti v zadnjih dvajsetih letih, ki pa kaže tudi, da je, natančneje, najpogosteje v uporabi krajša različica te lestvice s tremi izjavami. Ta zanesljiva in dobro potrjena različica je bila razvita posebej za telefonsko uporabo, zaradi česar je enostavna za uporabo in hitra. Takšno bi jo lahko uporabil tudi zdravnik za oceno pacientove osamljenosti, zato si jo poglobljeje pogledajmo, in sicer kot je predstavljena v študiji, iz katere izvira (17):

Naslednja vprašanja so o tem, kako se počutite glede različnih vidikov vašega življenja. Pri vsakem mi povejte, kako pogosto se tako počutite.

Prvič, kako pogosto se vam zdi, da vam manjka druženje: skoraj nikoli, včasih ali pogosto?

Kako pogosto se počutite spregledane: skoraj nikoli, včasih ali pogosto?

Kako pogosto se počutite ločene od drugih? (Skoraj nikoli, včasih ali pogosto?)

(Odgovoru skoraj nikoli pripada ena točka, odgovor včasih ima dve točki, odgovor pogosto pa ima tri točke. Te točke se sešteje in večji seštevek kaže na večjo stopnjo osamljenosti.)

Kako lahko zdravnik pacientu pomaga zmanjšati tveganje za njegove zdravstvene težave kot posledico njegove osamljenosti?

Obvladovanje psihosocialnih dejavnikov tveganja za zdravstvene

težave ni vedno enostavno, saj so ti dejavniki posledica širših in posamezniku manj dostopnih družbenih danosti. Tudi ne poznamo zdravila (pilule) za osamljenost. Toda, kot doda Holt-Lunstad (2), obstaja nekaj na dokazih osnovanih pristopov, ki jih lahko zdravniki zgodaj priporočijo za ublažitev morebitnih neželenih posledic osamljenosti. Npr. ukvarjanje z ustvarjalnimi umetnostmi oz. ustvarjalnim izražanjem, sodelovanje v družbenih skupinah, prostovoljstvo, zagotavljanje (rajši kot prejemanje) družabne podpore, preživljanje časa na prostem (ki ga lahko človek načrtuje tako, da takrat ne bo mogel biti sam).

V Sloveniji na ravni osnovnega zdravstvenega varstva (v okviru programa Skupaj za zdravje) delujejo centri za krepitev zdravja in zdravstvenovzgojni centri, ki ponujajo vrsto dejavnosti za krepitev zdravja. Te potekajo v skupinah in individualno (18). Zdravnik lahko pacienta vedno napoti na katero od teh dejavnosti, pri čemer pa je pomembno, da odstrani morebitne dvome pacienta, da bi sodeloval v njih, in vztraja, da je sodelovanje v takih dejavnostih enako pomembno kot jemanje zdravil.

Poglejmo si še klinično vinjeto, ki govori o primeru dobre prakse zdravnika v primeru pacienta z zdravstvenimi težavami in posledično osamljenostjo, ki je samo še dodatno krepila osnovno zdravstveno težavo:

Gospod A, 52 let, poroča svoji psihiatrinji: »Ko sem pričakoval, da mi boste še tretjič zamenjali anti-depresiv, saj je bil učinek zadnjega predpisanega nezadovoljiv, ste mi rekli, naj se spet vključim v pevski zbor. Spomnim se, da ste mi razlagali, da bom s tem premagal osamljenost in da petje sprošča. Mislil sem si, da se bom že lotil te dejavnosti, ko se bom bolje počutil. Takrat sem bil močno razočaran nad vami in mislil sem si, da me res ne razumete. Isti dan me je zvečer poklical znanec in mi rekel, da v njihovem zboru potrebujejo še en tenor, ker se je eden odselil in ne bo mogel prihajati na vaje. Spo-

mnil se je name. Mislil sem si, da so se tisti dan vsi spravili name. Nisem imel moči, da se uprem, in sem mu rekel, da pridem. Najprej je bilo težko. Toda obljubil sem, da bom hodil, in obljubo je treba držati. Nato pa je bilo vedno lažje. Kot da bi antidepresivi delovali močnejše, če je zraven še terapija z glasbo – petje v zboru, ki pa sem ga, kot še veliko drugih stvari, zaradi depresije opustil. Ko sem vam to povedal, sva ugotovila, da je včasih rešitev pri roki, pa je ne vidimo, saj smo močno zaprejeni v svoje težave.«

Zaključek

Zdravnik bi za oceno pacientove osamljenosti lahko uporabil krajšo različico lestvice UCLA s tremi izjavami in pacientu, pri katerem bi prepoznal osamljenost, svetoval dejavnosti, ki jo zmanjšajo. Prispevek se osredotoča na odrasle, izpostavi pa tudi mlade med 16. in 24. letom kot najbolj osamljene. Tudi pri njih bi lahko uporabili omenjeno različico lestvice UCLA, sicer pa katero od lestvic za merjenje osamljenosti za otroke in mladostnike.

Viri

1. Gee GC, Payne-Sturges DC. Environmental health disparities: A framework integrating psychosocial and environmental concepts. *Environ Health Perspect.* 2004; 112 (17): 1645-53.
2. Holt-Lunstad J. Loneliness and social isolation as risk factors: The power of social connection in prevention. *Am J Lifestyle Med.* 2021; 15 (5): 567-573.
3. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. In: Duck S, Gilmour R, eds. *Personal relationships in disorder.* London: Academic Press; 1981. p. 31-56.
4. Demurtas J, De Leo D, Trabucchi M. Factors associated with loneliness: An umbrella review of observational studies. *J Affect Disord.* 2020; 271: 131-138.
5. Solmi M, Veronese N, Galvano D, et al. The effect of loneliness on distinct health outcomes: A comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020; 294: 113514.
6. Das A, Padala KP, Crawford CG, et al. A systematic review of loneliness and social isolation scales used in epidemics and pandemics. *Psychiatry Res.* 2021; 306: 114217.
7. Maes M, Qualter P, Lodder GMA, Mund M. How (not) to measure loneliness: A review of the eight most commonly used

- scales. *Int J Environ Res Public Health.* 2022; 19 (17): 10816.
8. Hinterdobler J, Schunkert H, Kessler T, Sager HB. Impact of acute and chronic psychosocial stress on vascular inflammation. *Antioxid Redox Signal.* 2021; 35 (18): 1531-1550.
9. Haffner-Luntzer M, Foertsch S, Fischer V, et al. Chronic psychosocial stress compromises the immune response and endochondral ossification during bone fracture healing via β -AR signaling. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2019; 116 (17): 8615-8622.
10. Laine MA, Sokolowska E, Dudek M, et al. Brain activation induced by chronic psychosocial stress in mice. *Scientific Reports.* 2017; 7: 15061.
11. Bloomsfield MAP, McCutcheon RA, Kempton M, et al. The effects of psychosocial stress on dopaminergic function and the acute stress response. *Elife.* 2019; 8: e46797.
12. Campagne DM. Stress and perceived social isolation. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019; 82: 192-199.
13. Ernst M, Niederer D, Werner AM, et al. Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *Am Psychol.* 2022; 77 (5): 660-677.
14. Cacioppo JT, Cacioppo S. The growing problem of loneliness. *Lancet.* 2018; 391: 10119.
15. The BBC loneliness experiment. Manchester Institute of Education [internet]. [citirano 2023 Jan 10]. Dosegljivo na: <https://www.seed.manchester.ac.uk/education/research/impact/bbc-loneliness-experiment/>
16. Hammond C. Who feels lonely? The results of the world's largest loneliness study. BBC [internet]. [citirano 2023 Jan 10]. Dosegljivo na: <https://www.bbc.co.uk/programmes/articles/2yzhfv4DvqVp5nZyxBD8G23/who-feels-lonely-the-results-of-the-world-s-largest-loneliness-study>
17. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res. Aging.* 2004; 26: 655-672.
18. Kje se lahko udeležim aktivnosti za krepitev zdravja? Skupaj za zdravje [internet]. [citirano 2023 Feb 5]. Dosegljivo na: <https://www.skupajzdravje.si/aktivnosti-za-krepitev-zdravja/kje-se-lahko-udelezim-aktivnosti>

Prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. med., spec. psih., Zdravstveni dom Sevnica, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

Dr. Barbara Vogrinec Švigelj, univ. dipl. fil., Inštitut Karakter