



Psihoedukativna
delavnica
Podpora pri
spoprijemanju
z depresijo:
primer dobre
prakse
na področju
duševnega zdravja

Avtorice
Mojca Z. Dernovšek
Nataša Sedlar Kobe
Lucija Furman

NIJZ Nacionalni inštitut
za **javno zdravje**

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2020

Psihoedukativna delavnica

Podpora pri spoprijemanju z depresijo: primer dobre prakse na področju duševnega zdravja

Znanstvena monografija

Avtorice

red. prof. dr. Mojca Z. Dernovšek, spec. psih., Nacionalni inštitut za javno zdravje
dr. Nataša Sedlar Kobe, univ. dipl. psih., Nacionalni inštitut za javno zdravje
Lucija Furman, mag. psih., Nacionalni inštitut za javno zdravje

Recenzenti

dr. Lilijana Šprah, univ. dipl. psih.
Jožica Maučec Zakotnik, dr. med.

Jezikovni pregled

Ana Peklenik

Oblikovanje

CR, oblikovanje in kreativa, d.o.o.

Izdajatelj

Nacionalni inštitut za javno zdravje, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Elektronska izdaja

Elektronski vir

<http://www.nijz.si>

Kraj in leto izdaje

Ljubljana, 2020

Zaščita dokumenta © 2020 NIJZ Vse pravice pridržane. Reprodukcijska po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju ni dovoljena brez pisnega dovoljenja avtorja. Kršitve se sankcionirajo v skladu z avtorsko pravno in kazensko zakonodajo.

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

COBISS.SI-ID=302571520
ISBN 978-961-7002-89-8 (pdf)



Psihoedukativna
delavnica
Podpora pri
spoprijemanju
z depresijo:
primer dobre
prakse
na področju
duševnega zdravja

Avtorice
Mojca Z. Dernovšek
Nataša Sedlar Kobe
Lucija Furman

SEZNAM AVTORJEV

red. prof. dr. Mojca Z. Dernovšek, spec. psih.

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Zdravstveni dom Sevnica

Nacionalni inštitut za javno zdravje

dr. Nataša Sedlar Kobe, univ. dipl. psih.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Lucija Furman, mag. psih.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

ZAHVALA AVTORIC

Zahvaljujemo se vsem, ki so nam pomagali pri snovanju in izvedbi te raziskave.

Posebna zahvala gre vodstvu zdravstvenih domov (ZD) in v raziskavo vključenim izvajalkam delavnic:

Maruša Naglič, univ. dipl. psih. (ZD Celje)
Mojca Ferlič Golob, univ. dipl. psih. (ZD Šmarje pri Jelšah)
Natalija Bilobrk, univ. dipl. psih., spec. klin. psih. (ZD Piran)
Erika Povšnar, univ. dipl. ped., viš. med. ses. (ZD Kranj)
Ana Barnetič Dreisinger, mag. psih. (ZD Medvode)
Jožica Mesarič, prof. zdr. vzgoje (ZD Ljubljana)
Jasmina Lah Vreča, sms (ZD Lenart)
Danijela Kutnjak, dipl. m. s. (ZD Ljutomer)
Maša Brezavšček, univ. dipl. psih. (ZD Nova Gorica)
Lucija Pavše, univ. dipl. psih. (ZD Ajdovščina)
Alenka Černe, dipl. m. s. (ZD Ajdovščina)
Barbara Požun, mag. psih. (ZD Novo mesto)
Tanja Kocjan, univ. dipl. psih. (ZD Trebnje)
Janja Ahlin, dipl. m. s. (ZD Trebnje)
Erna Kočnik, univ. dipl. psih. (ZD Slovenj Gradec)
Niki Jakol, univ. dipl. psih. (ZD Velenje)

Zahvaljujemo se tudi zaposlenim v ZD Celje: prim. asist. Jani Govc Eržen, dr. med., spec. spl. med., diplomiranim medicinskim sestram v ambulantah družinske medicine ZD Celje ter izvajalki delavnic v Centru za krepitev zdravja Celje Maruši Naglič, univ. dipl. psih., za sodelovanje pri pridobivanju udeležencev primerjalne skupine.

Doc. dr. Saški Rožkar, univ. dipl. psih., in Maruši Naglič, univ. dipl. psih., se zahvaljujemo tudi za sodelovanje pri izvedbi nekaterih evalvacijskih aktivnosti ter vsebinske komentarje in predloge, vezane na vsebino in izvedbo evalvacije. Za vsebinske predloge na področju evalvacije znanj in kompetenc izvajalcev delavnic se zahvaljujemo prim. Nuši Konec Juričič, dr. med., specialistki javnega zdravja.

Zahvala gre tudi predstojniku Centra za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja Nacionalnega inštituta za javno zdravje Radetu Pribakoviću Brinovcu, dr. med., koordinatorici programov zdravstvene vzgoje na primarni ravni Sanji Vrbovšek, dipl. m. s., univ. dipl. soc., in Nataši Medved, dipl. m. s., za podporo pri snovanju in izvedbi evalvacije.

KAZALO VSEBINE

Recenzije	8
Razširjeni povzetek	10
Predgovor	12
1 Izhodišča	13
1.1 Depresija	13
1.1.1 Opredelitev depresije	13
1.1.2 Dejavniki tveganja za depresijo	14
1.1.3 Depresija kot javnozdravstveni problem	14
1.1.4 Zdravljenje depresije	15
1.2 Psihoedukacija na področju depresije.....	16
1.2.1 Psihoedukacija kot pristop.....	16
1.2.2 Psihoedukacija na primarni ravni v Sloveniji.....	17
1.3 Namen evalvacije	21
1.4 Literatura	22
2 Metodologija raziskave.....	25
2.1 Udeleženci raziskave	25
2.2 Uporabljeni pripomočki	30
2.2.1 Vprašalniki za udeležence	30
2.2.2 Fokusna skupina za udeležence	32
2.2.3 Ček-lista za opazovanje izvedbe delavnice.....	32
2.2.4 Polstrukturirani intervjuji z izvajalci	32
2.2.5 Anketa o samozaznanem znanju in veščinah izvajalcev.....	33
2.3 Potek raziskave.....	33
2.4 Analiza podatkov.....	34
2.5 Literatura	35
3 Glavni rezultati in interpretacija	37
3.1 Skladnost izvedbe s predvideno strukturo delavnice.....	37
3.1.1 Namen	37
3.1.2 Metoda	37
3.1.3 Rezultati in interpretacija	38
3.2 Vplivi in učinki psihoedukativne delavnice – kvantitativni podatki	39

3.2.1 Namen	39
3.2.2 Metoda	40
3.2.3 Spremembe v depresivni simptomatiki	40
3.2.4 Spremembe v zaznani samoučinkovitosti glede obvladovanja depresije	44
3.2.5 Spremembe v uporabi vedenjskih strategij za obvladovanje depresije.....	46
3.2.6 Spremembe v pismenosti o duševnem zdravju	47
3.2.7 Spremembe v ponotranjeni stigmati	48
3.2.8 Spremembe v z zdravjem povezani kakovosti življenja.....	50
3.2.9 Korelacije med konstrukti	54
3.2.10 Napovedovanje izidov	56
3.2.11 Spremembe v depresivni simptomatiki med edukacijsko in primerjalno skupino	57
3.3 Vplivi in učinki psihoedukativne delavnice – izsledki fokusih skupin	59
3.3.1 Namen	59
3.3.2 Metoda	59
3.3.3 Rezultati in interpretacija	59
3.4 Znanja in kompetence izvajalcev	67
3.4.1 Izsledki strukturiranega opazovanja izvedb.....	67
3.4.2 Izsledki polstrukturiranih intervjujev z izvajalci	70
3.4.3 Anketa glede samozaznanega znanja in veščin izvajalcev	75
3.5 Literatura	78
4 Zaključek.....	80
Priloga 1. Vprašanja za fokusno skupino.....	83
Priloga 2. Ček-lista za opazovanje.....	85
Priloga 3. Polstrukturirani intervju z izvajalci.....	89
Priloga 4. Anketa o samozaznanem znanju in veščinah izvajalcev	90
Priloga 5. Povprečne vrednosti na vprašalniku PHQ-9 ob različnih merjenjih.....	93
Priloga 6. Klasificirane izjave udeležencev fokusne skupine	94
Kazalo slik	109
Kazalo tabel	109
Stvarno kazalo	111

RECENZIJE

Dr. Lilijana Šprah, univ. dipl. psih.

ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut

Implementacija psihoedukativnih delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo v Centre za krepitev zdravje je v letu 2014 omogočila ljudem z depresijo in njihovim svojcem na celotnem območju Slovenije dostopno in kakovostno pridobivati informacije o depresiji in o možnostih zdravljenja. V letih 2014–2017 je bilo tako izvedenih 390 delavnic, vanje pa je bilo vključenih 2.929 oseb. Gre za dolgoročen in obsežen program, torej je pomembno vedeti, kako so tovrstne psihoedukativne delavnice sprejete med udeleženci in kakšni učinki se lahko pričakujejo.

V znanstveni monografiji Psihoedukativna delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo: primer dobre prakse na področju duševnega zdravja so avtorice predstavile izsledke obsežnega vrednotenja poteka in učinkov psihoedukacijske intervencije na področju ene najpogostejših zdravstvenih motenj – depresije. Delo predstavlja celostno in sistematično preverjanje procesa izvedbe psihoedukacijskih delavnic na ravni vodij in učinkov delavnic na njihove udeležence. Evalvacija tovrstnih delavnic je bila v Sloveniji na tej ravni izvedena prvič, njena dodana vrednost pa je uporaba kvalitativno-kvantitativnega metodološkega pristopa, ki je tudi v skladu z aktualnimi smernicami vrednotenja učinkov preventivnih programov na področju krepitve duševnega zdravja.

Rezultati evalvacije psihoedukativnih delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo so pokazali pozitivne kratkotrajne in dolgotrajne učinke delavnic na različna področja funkcioniranja udeležencev: od izboljšanje depresivne simptomatike do večje z zdravjem povezane kakovosti življenja in manjše izraženosti ponotranjene stigme. To dokazuje, da je tovrstna intervencija učinkovita, kakovostna in sprejemljiva. Hkrati je to primer dobre prakse, kako opraviti evalvacijo poteka in učinkov psihoedukativnih intervencij, da bo vrednotenje zastavljeno dovolj široko in tudi znanstveno utemeljeno, rezultati pa uporabni tako pri izboljšavah in nadgradnjah delavnic kakor za namene primerjave rezultatov na področju proučevanja učinkov preventivnih programov na mednarodni ravni.

Jožica Maučec Zakotnik, dr. med.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Implementacija psihoedukativnih delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo v Centre za krepitev zdravja je pomembno dopolnilo preventivnim in promocijskim dejavnostim pri skrbi za populacijo, ki se srečuje s čedalje večjim bremenom kroničnih nenalezljivih bolezni.

Delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo je bila prva med delavnicami s področja duševnega zdravja in po dobrem začetku sta ji sledili še delavnici Spoprijemanje s stresom in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo.

Tako kot pri vseh novostih smo se tudi pri implementaciji psihoedukacije na primarni ravni soočali z različnimi težavami – nerazumevanjem koncepta psihoedukacije, zamenjavo psihoedukacije s psihoterapijo, nerazumevanjem, da je treba na področju duševnega zdravja ponuditi vrsto med seboj komplementarnih pristopov. Večina dilem je bila povezanih s slabim splošnim poznavanjem področja duševnega zdravja in s strukturno stigmo, ki ves čas na vsakem koraku ovira uvajanje novosti in izboljšav. Prav strukturna stigma, ki jo vidimo pri odločevalcih, je največkrat ključna ovira. Vključitev področja duševnega zdravja med vse ostale kronične nenalezljive bolezni predstavlja pomemben doprinos k zmanjšanju strukturne stigme.

Dobra stran uvajanja novosti pa je sam rezultat dela: imamo dostopen program psihoedukacije na primarni ravni, izobražene izvajalce, ki imajo ustrezno delovno gradivo in sedaj – glede na rezultate evalvacije – tudi zadovoljne uporabnike in očitno učinkovit program.

Evalvacija delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo kaže, da so bile naše odločitve prave in da je program kakovosten, učinkovit in sprejet s strani udeležencev.

RAZŠIRJEN POVZETEK

Tako kot drugje v razvitem svetu tudi v Sloveniji depresija predstavlja eno najpogostejših duševnih motenj. Kljub različnim učinkovitim razpoložljivim pristopom k njenemu zdravljenju je optimalno zdravljenje iz različnih razlogov na voljo le manj kot polovici oseb z depresijo. Psihoedukacija na področju depresije se je pokazala kot pomemben del učinkovite obravnave bolnikov z depresijo s pozitivnimi učinki z vidika boljšega sodelovanja bolnikov pri (farmakoterapevtskem) zdravljenju, zmanjševanja depresivnih simptomov, višanja kakovosti življenja in izboljševanja psihosocialnega funkcioniranja bolnikov.

Leta 2014 so se v Sloveniji, ob financiranju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na nacionalni ravni v vseh zdravstvenih domovih (ZD) po Sloveniji vzpostavile psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju depresijo. Potekajo pod vodstvom usposobljenih izvajalcev, udeleženci pa spoznajo osnovne značilnosti depresije, potek in načine zdravljenja ter načine preprečevanja poslabšanj. Umestitev delavnic na primarno raven zdravstvenega varstva je skladna s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije glede obravnave duševnega zdravja, omogoča namreč boljšo dostopnost programa širšemu krogu posameznikov, manjša stigmo bolezni ter pritiske na višje ravni obravnave.

Evalvacija psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo predstavlja prvo celostno in sistematično raziskavo procesa izvedbe ter vplivov in učinkov psihoedukativnih delavnic na njene udeležence. Z njo želimo utemeljiti učinkovitost psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo ter jo izpostaviti kot primer dobre prakse na področju duševnega zdravja. Znanstvena publikacija predstavlja podatke rutinskega zbiranja kazalnikov glede učinkovitosti izvedbe delavnice v ZD ter ključna spoznanja kvalitativnih in kvantitativnih izsledkov, pridobljenih na terenu, med izvajalci in udeleženci delavnic. Pri tem smo za večjo zanesljivost in veljavnost ugotovitev uporabili več različnih raziskovalnih metod: proces opazovanja izvedbe delavnice, validirane vprašalnike, anketni vprašalnik, fokusne skupine, polstrukturirane intervjuje.

V letih 2014–2017 je bilo po vsej Sloveniji izvedenih 390 delavnic, ki se jih je skupno udeležilo približno 2.929 oseb. Od tega se je skoraj 80 % oseb udeležilo vsaj 3 srečanj delavnice. Rutinsko zbiranje kazalnikov glede posameznikovega počutja, zaznanega vpliva na lastno počutje in aktivne skrbi zase je pokazalo, da je o pozitivni spremembi na vsaj dveh navedenih področjih poročalo okoli 60 %, na vseh treh pa 34 % udeležencev.

V poglobljeno evalvacijo učinkov delavnice, izvedeno v letu 2018, je bilo skupno vključenih 14 zdravstvenovzgojnih centrov (ZVC) oziroma centrov za krepitev zdravja (CKZ) v ZD po Sloveniji. Od tega je bilo 5 ZVC-jev in 9 CKZ-jev, glede na kohezijsko regijo jih je bilo 57 % iz Vzhodne in 43 % iz Zahodne kohezijske regije. Skupno število udeležencev, vključenih v prvo merjenje učinkov delavnice, je bilo 108 (v drugo merjenje je bilo vključenih 76 oseb, v tretje pa 58). Večina vključenih oseb je bila ženskega spola (83 %), povprečna starost vključenih je znašala 54 let. Udeleženci evalvacije so ob začetku in koncu delavnice ter 3 mesece po zadnjem srečanju reševali vprašalnike za merjenje depresivne simptomatike, z zdravjem povezane kakovosti življenja, pismenosti o duševnem zdravju, ponotranjene stigme duševne bolezni, znanane samoučinkovitosti za obvladovanje in preprečevanje depresije ter vedenj, povezanih z obvladovanjem depresije. Prav tako smo z udeleženci izvedli fokusne skupine o njihovi zaznavi (koristnosti) delavnic. Dodatno smo z izvajalci delavnice izvedli polstrukturirane intervjuje o njihovi zaznavi delavnice, predlogih za izboljšavo ter anketo o njihovih izobraževalnih potrebah.

Rezultati evalvacije kažejo pozitiven vpliv psihoedukativne delavnice. Izraženost depresivne simptomatike se je pri udeležencih tekom raziskave postopno zmanjševala. Največjo spremembo smo lahko opazili med prvim in drugim merjenjem, torej v času izvajanja delavnice, ti učinki pa so se ohranili še tri mesece po koncu delavnice. Dodatno so bili udeleženci ob koncu psihoedukativne delavnice bolj prepričani vase in v svoje sposobnosti, da se lahko učinkovito spoprimejo z depresijo in njenimi simptomi, kot ob začetku delavnice. Ugotovili smo, da je večina udeležencev pred vključitvijo v psihoedukativno delavnico že izvajala vedenjske aktivnosti, ki so jim v pomoč pri obvladovanju depresije; približno 80 % udeležencev je v mesecu pred vključitvijo že spremljalo simptome depresije, nekoliko manjši delež (tj. 70 %) je opazoval zgodnje znake poslabšanj ter se aktivno pripravljaj na situacije, ki lahko sprožijo depresijo ali jo poslabšajo. Statistično pomembne spremembe smo opazili na področju pogostosti izvajanja terapevtskih aktivnosti, tj. izvajanju prijetnih aktivnosti in sodelovanju v družabnih aktivnostih. V obeh primerih se je pogostost izvajanja omenjenih aktivnosti povečala. Pri udeležencih je prišlo do statistično pomembnih izboljšav tudi na področju z zdravjem povezane kakovosti življenja; tri mesece po koncu delavnice so udeleženci v povprečju poročali o boljšem stanju na področju socialnega funkcioniranja, telesne bolečine in splošnega duševnega zdravja.

Udeleženci delavnice so med doprinosi delavnice v okviru fokusnih skupin izpostavljali predvsem boljše znanje o depresiji in načinih zdravljenja ter večjo opolnomočenost za spoprijemanje z depresijo. Izpostavljali so, da so tekom delavnice pri sebi opazili spremembo v svojih prepričanjih o depresiji, tj. prepoznavanje depresije kot normalne bolezni, za katero lahko zbolijo vsakdo in je ozdravljiva. Prepoznali so tudi korist izvedbe v skupini, ki jim je omogočila izmenjavo izkušenj, načinov reševanja težav ter medsebojno učenje. Skupino so zaznavali kot podporno, varno, razumevajoče okolje, v katerem lahko posameznik izrazi svojo stisko in se čustveno razbremeni. Tudi izvajalci so izpostavili, da so pri udeležencih tekom izvajanja delavnice opazili spremembe na bolje, pomemben doprinos delavnice so zaznali predvsem z vidika normalizacije težav, informiranja ter opolnomočenja udeležencev, zagotavljanja medsebojne podpore ter možnosti za izmenjavo mnenj in izkušenj.

Na podlagi evalvacijskih ugotovitev lahko zaključimo, da predstavlja psihoedukativna delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo pomembno komponento osnovnega zdravljenja depresije. Izsledki raziskave kažejo, da vodi v številne pozitivne izide, tako edukacijske kot psihosocialne, zaradi česar jo lahko izpostavimo kot primer dobre prakse na področju duševnega zdravja.

PREDGOVOR

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je 10. oktobra 2012 svetovni dan duševnega zdravja posvetila depresiji in poudarila, da je depresija v svetu v porastu in glede bremena bolezni zaseda tretje mesto. Nadalje ugotavlja, da bo do leta 2030 depresija glede bremena bolezni dosegla prvo mesto.

Kje je leta 2019 Slovenija?

Na področju prepoznavanja in zdravljenja depresije beležimo nekaj uspehov. Depresijo lahko diagnosticirajo in zdravijo izbrani splošni oziroma družinski zdravniki, ne zgolj psihiatri, kar pomeni, da je pomoč dostopna. Presejanje na depresijo je na voljo v referenčnih ambulantah, kar pomeni, da se depresijo obravnava enako kot druge nenalezljive kronične bolezni. Za zdravljenje depresije obstaja vrsta zdravil.

Med 19. in 21. 4. 2015 je Slovenijo obiskal odposlanec SZO dr. Matt Muijen in Misija SZO je Republiki Sloveniji pisno predložila ugotovitve in priporočila. Med njimi je kot primer dobre prakse in inovacijo pohvalila psihoedukativne delavnice in njihovo nacionalno dostopnost na primarni ravni.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja zato predvideva nadaljevanje psihoedukativnih programov na področju duševnega zdravja.

Znanstvena publikacija o evalvaciji psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo je izjemnega pomena, kajti:

- prinaša celostno evalvacijo progama, ki poteka in se je že dobro umestil v vsakodnevno skrb za ljudi s depresijo in njihove svojce;
- uporablja vso razpoložljivo metodologijo in prinaša zelo široke rezultate;
- je podlaga za ponovne evalvacije, v katerih bi se lahko uporabila samo izbrana metodologija;
- je podlaga za posodobitve izobraževanja izvajalcev in materialov za izvajalce in udeležence.

Dodajam še osebno noto. Ko sem v letu 2004 snovala delavnice za osebe z depresijo in njihove svojce, sem si želela, da bi bile takšne delavnice na voljo vsem, ki se srečujejo z depresijo. Čez 10 let so se moje sanje uresničile. Pot skozi razvoj in implementacijo mi je prinesla neprecenljive izkušnje in srečala sem čudovite ljudi, s katerimi sem imela priložnost sodelovati. Tudi evalvacija je predmet takšnega sodelovanja in srečna sem, da sem del velike zgodbe o uspehu.

1 Izhodišča

1.1 Depresija

1.1.1 Opredelitev depresije

(Velika) depresija je epizodična in ponavljajoča se motnja, za katero je značilno poslabšano razpoloženje, ki traja daljše časovno obdobje ter ovira posameznikovo vsakodnevno delovanje na različnih področjih življenja. Pri posamezniku lahko v tem obdobju opazimo tudi zmanjšanje zadovoljstva in zmožnosti uživanja, upad ravni energije in zanimanja za skoraj vse dejavnosti, ki so ga sicer zadovoljevale (Kamin idr. 2009, Rey, Bella-Awusah in Liu 2015).

Simptomi depresije se kažejo na štirih ravneh posameznikovega delovanja, tj. kognitivni, čustveni, telesni in vedenjski. Med seboj se prepletajo, prekrivajo in ojačujejo. Ko govorimo o kognitivnih oziroma miselnih simptomih, imamo v mislih negativno razmišljanje, pri katerem lahko osebo prevevajo misli o lastni manjvrednosti, nesposobnosti, lastni krivdi ter pesimizmu glede prihodnosti. Pojavijo se lahko tudi samomorilne misli. Osebe z depresijo imajo pogosto težave z vzdrževanjem pozornosti ter spominom, že manjše miselne naloge jim lahko predstavljajo težavo. Prav tako imajo težave s sprejemanjem odločitev. Za depresivno čustvovanje so značilni občutki žalosti, obupa, brezvoljnosti, otopelosti ter nezmožnosti uživanja. Osebe z depresijo so lahko tudi razdražljive, napete. Na telesni ravni lahko pri osebah z depresijo opazimo različne simptome: od različnih bolečin, tiščanja v prsih, tresenja do občutka dušenja. Številne osebe poročajo o težavah z apetitom in spanjem, pomanjkanjem energije, hitri utrujenosti ter utrujenosti, ki po počitku oziroma spanju ne mine. Za depresivno vedenje je značilna neaktivnost, poležavanje in brezcilnost. Osebe z depresijo pogosto poročajo o izgubi zanimanja za druge ljudi, kar vodi v umik ter samoto, pogosto tudi slabo skrbijo zase ter opuščajo osebno higieno (Kamin idr. 2009; Lunder 2016).

Različne ocene prevalenc razpoloženskih motenj kažejo na to, da približno 16 % svetovne populacije, tj. približno vsaka šesta oseba, vsaj enkrat v življenju zbolijo za depresijo, približno šest odstotkov populacije pa je zbolelo v preteklem letu (Hasin idr. 2005; Kessler idr. 2003; Kessler idr. 2005; v Wahlbeck in Wasserman 2015). Ženske za depresijo zbolijo dvakrat pogosteje kot moški, med bolj ogroženimi so tudi bolniki s kroničnimi telesnimi obolenji (Kamin idr. 2009).

Diagnostični in statistični priročnik Ameriškega psihiatričnega združenja (DSM V 2013) kot kriterije velike depresije navaja vsaj enega izmed naslednjih dveh simptomov v obdobju najmanj dveh tednov:

- depresivno razpoloženje,
- upad ali izguba interesov in/ali izguba zmožnosti razveselitve.

Poleg tega mora imeti bolnik vsaj štiri od naslednjih simptomov:

- sprememba apetita in telesne teže (običajno upad, redko povečanje),
- motnje spanja (običajno nespečnost, redko večja potreba po spanju),
- psihomotorična upočasnjenost ali agitacija,
- povečana utrudljivost oziroma občutek izgube energije,
- občutek lastne ničvrednosti ali neustrezno prepričanje o lastni krivdi,
- oslabitev zmožnosti koncentracije ali sposobnosti odločanja,
- ponavljajoče se misli o smrti in/ali samomoru.

Pri tem mora biti simptomatika tako intenzivna, da bolnika pomembno ovira pri vsakdanjem funkcioniranju.

Za kodiranje bolezni je v Sloveniji trenutno v uporabi posodobljena avstralska modifikacija desete revizije Mednarodne klasifikacije bolezni in sorodstvenih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM, verzija 6; 2012). Depresija je zajeta pod več šiframi: depresivna epizoda, ponavljajoča se unipolarna depresija in distimija. Kriteriji za postavitev diagnoze depresije so zelo podobni prej omenjenim.

1.1.2 Dejavniki tveganja za depresijo

Pri razvoju depresije imajo pomembno vlogo različni biološki, psihološki in socialni dejavniki tveganja (Dernovšek in Tavčar 2005; Dozois in Dobson 2008). V nadaljevanju jih nekaj izpostavljam:

- spol, kajti depresija je pogostejša pri ženskah;
- starost, kajti pri starejših ljudeh obstaja večja možnost za razvoj depresije, pri čemer pomembno vlogo igra višja stopnja osamljenosti in oviranosti zaradi različnih kroničnih zdravstvenih stanj v tej starostni skupini;
- prisotnost depresije v družini, ki povečuje verjetnost, da bo posameznik tudi sam kdaj zbolel;
- zdravstveno stanje, kajti rak, bolezni srca in ožilja ter ostale kronične bolezni zvišujejo verjetnost za razvoj depresije;
- jemanje nekaterih zdravil, ki lahko sprožijo depresijo. Pri jemanju večjega števila zdravil hkrati se verjetnost za depresijo poveča;
- alkohol in droge, ki jih osebe pogosto uporabljajo za samozdravljenje depresije in lahko okrepijo znake depresije;
- spremembe in stresni dogodki (bodisi večji stresni dogodek bodisi dolgotrajno doživljanje manjših stresnih dogodkov), k doživljanju katerih v veliki meri doprinašajo tudi neugodne socialno-ekonomske razmere, nerazpoložljivost virov pomoči ipd.

1.1.3 Depresija kot javnozdravstveni problem

Depresija je ena najpogostejših duševnih motenj v svetu, tako v razvitih kot razvijajočih se državah (Lepine in Briley 2011). Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) depresija prizadene več kot 300 milijonov posameznikov (SZO 2018). Motnja ima pomemben vpliv na kakovost posameznikovega življenja. Negativno vpliva na miselno in socialno funkcioniranje, kar vodi v zmanjšano učinkovitost tako na delovnem mestu kot tudi na drugih področjih posameznikovega življenja (Lepine in Briley 2011) ter tako povzroča čustveno, finančno in socialno breme bolnikom, njihovim svojcem in širši družbi (Bon idr. 2013).

Depresija se zaradi svojega vpliva uvršča na vrh lestvice bolezni po številu let, prilagojenih nezmožnosti (ang. Disability-Adjusted Life Year, DALY), torej je med vodilnimi vzroki bremena bolezni po svetu (Lepine in Briley 2011). V Evropi predstavlja enega od glavnih razlogov za izgubo produktivnosti. V letu 2004 so bili stroški depresije ocenjeni na 250 evrov na prebivalca oziroma skupno na 118 milijard evrov. Pri tem neposredni stroški zdravstvene obravnave predstavljajo le manjši del celotnega ekonomskega bremena. Večina stroškov, med 65 in 85 %, je posrednih (Wahlbeck in Wasserman 2015) in so posledica manjše delovne produktivnosti, dolgotrajne odsotnosti z delovnega mesta, nezmožnosti za delo in prezgodnje upokojitve (Turk in Albreht 2009).

Depresija je tudi v slovenskem prostoru velik javnozdravstveni problem. Po samoporočanih podatkih je bila v letu 2016 prevalenca s strani zdravnika ugotovljene depresije 7,4 % (25–74 let), od tega 5,7 % pri moških in 9,1 % pri ženskah (Vinko 2018). Depresivna motnja se v Sloveniji uvršča na 6. mesto po številu

let življenja, izgubljenih zaradi življenja v manj kot polnem zdravju (ang. Years lost due to disability, YLD) (Globalno breme bolezni 2017). V letu 2010 so bili v Sloveniji ekonomski stroški, ki so nastali zaradi depresije, ocenjeni na 2.182 evrov na bolnika oziroma na skupno 267.86 milijonov evrov (Bon idr. 2013).

1.1.4 Zdravljenje depresije

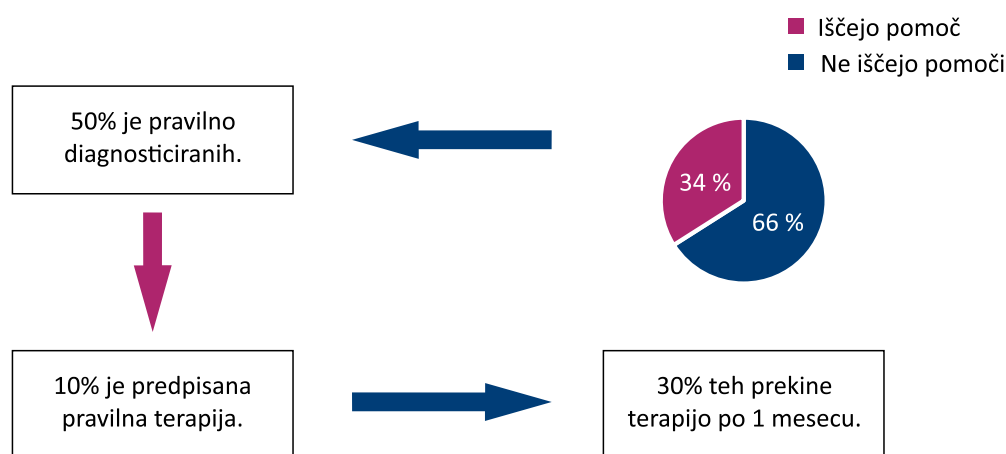
Depresijo zdravimo z različnimi psihoterapevtskimi pristopi, zdravili (antidepresivi) ali kombinacijo zdravil in psihoterapije.

Kot učinkoviti psihoterapevtski pristopi pri zdravljenju depresije so se izkazale kognitivno-vedenjska terapija, interpersonalna, psihodinamska in sistemska terapija (Carr in McNulty 2016).

Psihofarmakološko zdravljenje predstavlja nujni del obravnave depresivne motnje, predvsem pri zmerni in globoki depresiji. Raziskave pa kažejo, da od 30 % do 50 % oseb z depresijo ne ozdravi popolnoma samo z zdravili (Rozenhal, Laks in Engelhardt 2004) oziroma se na zdravljenje, temelječe samo na zdravilih, ne odzovejo ustrezno, kar vodi v visok delež relapsov in ponovitev motnje (Tursi idr. 2013). Slednje lahko pripišemo predvsem nizki komplianci; raziskave kažejo, da večina oseb, ki jim je diagnosticirana depresija, ne upošteva predpisane terapije (Lin idr. 1995; Maddox, Levi in Thomson 1994).

Kombinacija antidepresivov in psihoterapije se je izkazala kot najučinkovitejši pristop pri zdravljenju depresije, ki vodi v hitrejšo in dolgotrajnejšo okrevanje.

Kljub različnim učinkovitim razpoložljivim pristopom zdravljenja depresije je optimalno zdravljenje zaradi različnih razlogov na voljo le manj kot polovici oseb z depresijo (SZO 2018). Podatki raziskav, ki sta jih opravila Montano (1994) in Anderson s sodelavci (1989), osvetljujejo več različnih dejavnikov, ki slabšajo izide zdravljenja depresije (Slika 1.1).



Slika 1.1 Učinkovitost prepoznavanja in zdravljenja depresije

Zaradi slabšega sodelovanja bolnikov pri farmakoterapevtskem zdravljenju depresije ter pomembne vloge izobraževanja in opolnomočenja bolnikov za učinkovito spoprijemanje z depresijo predstavljajo različne psihosocialne intervencije, kot je npr. psihoedukacija, pomemben del učinkovite obravnave te bolezni (Tursi idr. 2013).

1.2 Psihoedukacija na področju depresije

1.2.1 Psihoedukacija kot pristop

Psihoedukacija je specifična oblika izobraževanja za bolnike, namenjena podajanju in razlagi informacij o njihovi bolezni oziroma diagnozi. Raziskave potrjujejo, da številni bolniki po postavitvi določene diagnoze potrebujejo natančne informacije o vzrokih za lastno bolezen, njenih simptomih, posledicah, načinih zdravljenja in prognozi (Walsh 2011). Študija (Proudfoot idr. 2009), ki je vključevala novo diagnosticirane bolnike z bipolarno motnjo, je npr. pokazala, da pomanjkanje znanja o bolezni pri bolnikih povečuje zaskrbljenost in simptome anksioznosti. Bolniki z depresijo in bipolarno motnjo, ki so imeli znanje o bolezni, pa so poročali o pomembnem izboljšanju simptomov depresije, anksioznosti in drugih zdravstvenih izidov (Danese in Pariente 2008; Kronmuller idr. 2007). Bolniki preko psihoedukacije pridobijo tudi informacije o zgodnjem prepoznavanju in ukrepanju ob opozorilnih znakih poslabšanj ter načinih aktivnega nadzorovanja in obvladovanja bolezni. Boljše razumevanje bolezni omogoča tudi boljše sodelovanje bolnikov v farmakoterapevtskem zdravljenju, razvoj bolj zdravega življenjskega sloga (Dernovšek idr. 2011) ter bolj pozitivne izide zdravljenja: hitrejše okrevanje, manj pogoste relapse in manj ponovnih sprejemov v bolnišnično obravnavo (Lukens in McFarlane 2004). Ustrezno znanje o depresiji zmanjša samostigmo, ki je za ljudi z depresijo včasih mnogo hujša od simptomov in znakov depresije same (Kanter idr. 2008). Spreminjanje samostigme oseb, ki imajo duševne motnje, in njihovih svojcev, se je izkazalo kot mnogo učinkovitejše od spreminjanja javne stigme. Slednja je namreč družbeni konstrukt in jo je težko spreminjati (Pattyn idr. 2014).

Podajanje informacij pri psihoedukaciji je sistematično, strukturirano in didaktično, obenem pa psihoedukacija vključuje doživljajske vidike posamezne bolezni/motnje, kar bolnikom in njihovim svojcem omogoča lažje spoprijemanje z boleznijo (Australian Psychological Society 2007). Lukens (2015) kot glavna načela psihoedukacije izpostavlja: a) izmenjavo znanja (tako profesionalnega kot vsakodnevnega) med izvajalcem in udeleženci; b) strukturiran načrt izvajanja psihoedukacije, ki izvajalcu nudi dovolj fleksibilnosti, da se lahko prilagodi potrebam udeležencev; c) čas za predelavo vznemirjajočih ali težko razumljivih informacij in čustev udeležencev; d) uporabo strategij, usmerjenih v izboljševanje posameznikovega funkcioniranja in kakovosti življenja ter zmanjševanja stigme in bremena bolezni; e) prilagoditev vsebine, časovnih okvirov in pristopov psihoedukacije kulturnemu kontekstu ter jezikovnemu okolju.

Psihoedukacija je lahko namenjena različnim ciljnim skupinam, predvsem pa osebam z duševno motnjo ali osebam, ki doživljajo psihološki distress (npr. bolniki s shizofrenijo/depresijo/anksioznimi motnjami/odvisnostjo od alkohola/motnjami hranjenja/osebnostnimi motnjami in njihovi svojci, družine s kronično boleznijo, nasilnim družinskim članom ipd.) (Donker idr. 2009). Mogoče jo je uporabljati samostojno ali v sklopu kompleksnejših psihosocialnih intervencij, najpogosteje pa jo izvajajo usposobljeni zdravstveni delavci (medicinske sestre, zdravniki, psihologi, zaposlitveni terapevti). Psihoedukacija je časovno omejena, ker pa gre za fleksibilen model izobraževanja, lahko poteka neposredno v živo ali pa preko avdio-vizualnih materialov (kot so videoposnetki, brošure), glede na format pa je individualna ali skupinska (Lukens in McFarlane 2004). Psihoedukacija v skupini ima za udeležence številne koristi, obenem pa je časovno in finančno bolj ekonomična (Donker idr. 2009). Udeleženci imajo možnost izmenjati izkušnje in informacije, skupina pa ponuja tudi možnost socialnega učenja z interakcijo, zgledi in nasveti. Obenem posamezniki v skupini občutijo pripadnost, sprejetost in razumljenost ter pridobivajo socialno podporo in širijo socialno mrežo. Dodatno skupina omogoča tudi prostor za prepoznavanje in normalizacijo doživljanja udeležencev (Penninx idr. 1999; Ramovš 2000).

Psihoedukacija je v tujini uveljavljena praksa podpore osnovnemu zdravljenju depresije. Raziskave (Dalgard 2006; Swan idr. 2004; Tursi idr. 2013) kažejo pozitivne izide te nizko intenzivne psihološke oziroma psihosocialne intervencije, ki temelji na izobraževanju oseb z depresijo in njihovih svojcev. Psihoedukacija se je namreč na področju depresije izkazala za učinkovito pri zmanjševanju depresivnih simptomov, višanju kakovosti življenja ter učinkovitosti zdravljenja, pozitivni učinki so se kazali tudi preko pogostejšega iskanja drugih oblik strokovne pomoči v primeru slabšega počutja (Lara idr. 2003).

1.2.2 Psihoedukacija na primarni ravni v Sloveniji

Psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo se v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana, kjer so jih razvili, uspešno izvajajo že dobro desetletje. V letu 2014 so doživele širitev na nacionalni nivo, v zdravstvenovzgojne centre (ZVC) oziroma centre za krepitev zdravja (CKZ) (v ZD po Sloveniji), kjer potekajo v okviru Programa svetovanje za zdravje oziroma Programa za krepitev zdravja, financiranega s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

Delavnice so namenjene a) osebam z diagnosticirano depresijo (diagnoze po MKB-10: F. 32, F. 33, F. 34.1 in po presoji zdravnika družinske medicine lahko tudi F. 31.3–31.9); b) osebam, pri katerih so prisotni obremenjujoči simptomi depresivnih motenj, ki pa (še) ne dosegajo kriterija za diagnozo; in c) njihovim svojcem. Za obisk delavnice oseba, pri kateri so prisotni obremenjujoči simptomi depresivne motnje (nima pa postavljene diagnoze depresije), potrebuje napotitev preko interne napotnice ali delovnega naloga s strani izbranega osebnega zdravnika ali psihiatra. Ob postavljeni diagnozi lahko pacienta na delavnico napoti tudi diplomirana medicinska sestra iz ambulante družinske medicine. Svojci napotitve ne potrebujejo.

V delavnici udeleženci spoznajo osnovne značilnosti depresije, potek in načine zdravljenja ter načine preprečevanja poslabšanj. Poudarek je na vzpostavljanju razumevanja motnje in njenih posledic, zmanjševanju stigme in spodbujanju dejavnosti za ohranjanje zdravja oziroma izboljšanje počutja, kar prispeva k opolnomočenju posameznika z depresijo in njegovih svojcev.

Delavnice izvajajo diplomirane medicinske sestre, psihologi in drugi strokovnjaki s področja zdravstva, ki imajo opravljeno teoretično in praktično usposabljanje ter so pod supervizijo izkušenih mentorjev (psihiatrov, (kliničnih) psihologov ali specialistov javnega zdravja). Izvajanje delavnic poteka s pomočjo priročnikov za izvajalce in udeležence delavnic z naslovom Podpora pri spoprijemanju z depresijo (Dernovšek idr. 2005; Dernovšek in Tavčar 2005).

Uvedba delavnic na primarno raven povečuje dostopnost nefarmakološke obravnave depresije. Psihoedukacija podpira medikamentozno terapijo ter motivira, aktivira bolnika in njegove svojce za ohranjanje zdravja. Prav slednje je poleg zgodnje prepoznavne in (medikamentoznega) zdravljenja depresije oziroma napotitve k specialistu ključnega pomena za zagotavljanje optimalne obravnave depresije na primarni ravni, zahteva pa več časa in specifična znanja. Pri tem je psihoedukacija v skupini prepoznana kot finančno ekonomična in učinkovita storitev, s katero je mogoče z relativno nizkimi stroški (v primerjavi z višjimi ravnmi obravnave) pokriti veliko potreb na področju duševnega zdravja (Lukens in McFarlane 2004).

O pomembnosti programa psihoedukativnih delavnic za depresijo na primarni ravni priča tudi poročilo SZO (Mental health Mission Slovenia 2015), v katerem so delavnice prepoznane kot ena pomembnejših sistemskih novosti na področju skrbi za duševno zdravje v Sloveniji. Umestitev delavnic na primarno raven je tudi sicer skladna s priporočili SZO o umestitvi oskrbe duševnega zdravja na primarno raven zdravstvene oskrbe (SZO 2008). Ta omogoča večjo fizično dostopnost storitev uporabnikom ter bolj kontinuirano in celostno obravnavo, tj. upoštevanje možnih pridruženih duševnih in telesnih boleznih, obenem pa je obravna-

va na primarni ravni manj stigmatizirajoča kot obravnava pri psihiatru ter zmanjšuje pritiske na višje ravni oskrbe (Funk idr. 2008; Rifel in Kersnik 2010).

Izvajalci delavnic

Delavnice je v letu 2017 izvajalo 71 teoretično in praktično usposobljenih izvajalcev (diplomiranih medicinskih sester ter psihologov). Pri tem jim je strokovno podporo pri praktičnem usposabljanju in nadaljnjem samostojnem delu nudilo 18 mentorjev (13 spec. psih., 1 spec. klin. psih., 2 univ. dipl. psih., 1 spec. soc. med. in 1 mag. zdr. vzgoje).

Število izvedenih delavnic

Od vzpostavitve delavnic na nacionalni ravni v letu 2014 do konca leta 2017 je bilo po vsej Sloveniji izvedenih 390 delavnic, ki se jih je skupno udeležilo približno 2.929 oseb (Tabela 1.1). Približno 78,7 % udeležencev delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo se je udeležilo vsaj treh srečanj.

Tabela 1.1 Prikaz števila izvedenih delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo in udeležencev za obdobje 2014–2017 (po območnih enotah)

OBMOČNE ENOTE (OE)	Podpora pri spoprijemanju z depresijo			
	2014	2015	2016	2017*
OE Celje	8	14	21	18
OE Koper	3	8	12	7
OE Kranj	4	7	8	10
OE Krško	5	8	9	6
OE Ljubljana	10	18	32	27
OE Maribor	2	8	8	11
OE Murska Sobota	4	10	6	10
OE Nova Gorica	3	6	7	10
OE Novo mesto	6	11	10	9
OE Ravne na Koroškem	5	7	9	13
Skupaj	50	97	122	121
Ocena števila udeležencev	444	787	766	773

* v skupno število delavnic in udeležencev niso vključeni CKZ Vrhnika, Sevnica in Celje
Plan števila letno izvedenih delavnic za vsak ZD je opredeljen v Splošnem dogovoru za pogodbeno leto.

V Tabeli 1.2 prikazujemo realizacijo plana delavnic od vzpostavitve delavnic na nacionalni ravni v letu 2014 do konca leta 2017 po območnih enotah.

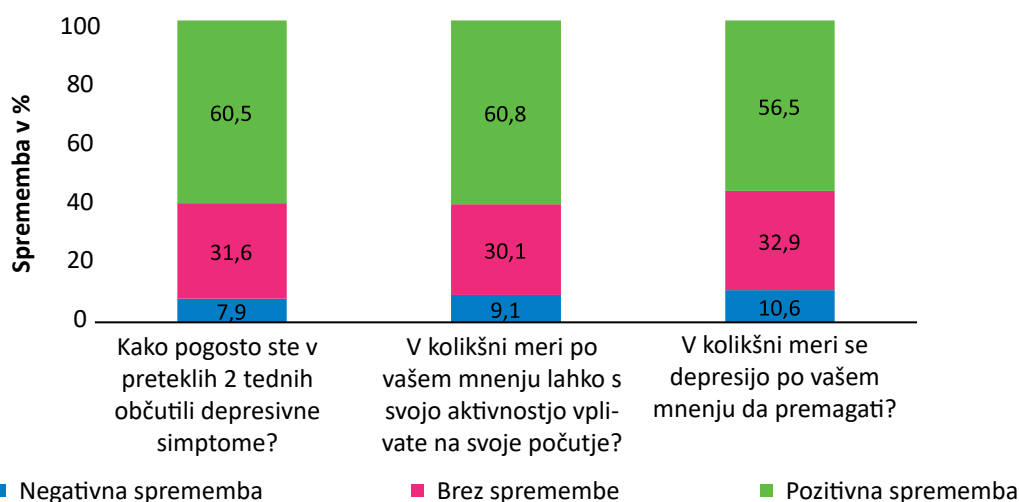
Tabela 1.2 Realizacija delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo za obdobje 2014–2017 (po območnih enotah)

LETO	2014			2015			2016			2017		
OBMOČNE ENOTE (OE)	I (n)	P (n)	R (%)	I (n)	P (n)	R (%)	I (n)	P (n)	R (%)	I (n)	P (n)	R (%)
OE Celje	8	9	89	14	20	70	21	27	78	18	15	120
OE Koper	3	8	38	8	15	53	12	15	80	7	15	47
OE Kranj	4	9	44	7	18	39	8	18	44	10	18	56
OE Krško	5	5	100	8	8	100	9	9	100	6	6	100
OE Ljubljana	10	21	48	18	41	44	32	42	76	27	38	71
OE Maribor	2	11	18	8	19	42	8	16	50	11	19	58
OE Murska Sobota	4	6	67	10	11	91	6	11	55	10	11	91
OE Nova Gorica	3	5	60	6	10	60	7	10	70	10	10	100
OE Novo mesto	6	6	100	11	12	92	10	12	83	9	12	75
OE Ravne na Koroškem	5	6	83	7	14	50	9	14	64	13	14	93
Skupaj	50	86	58	97	168	58	122	174	70	121	158	77

* I – število izvedenih delavnic; P – plan delavnic; R – realizacija delavnic

Rutinsko zbiranje kazalnikov uspešnosti delavnic

Za namene spremljanja delavnic se rutinsko zbirajo kazalniki, povezani s posameznikovim počutjem, zaznanim vplivom na lastno počutje in aktivno skrbjo zase (ocene udeležencev delavnic na začetku in ob koncu delavnice). Slika 1.2 prikazuje delež udeležencev, ki so ob koncu poročali o pozitivni spremembi na posameznem kazalniku.



Slika 1.2 Razlike med odgovori na evalvacijskem vprašalniku na začetku in ob koncu delavnice za obdobje 2014–2017

O pozitivni spremembi glede depresivne simptomatike je poročalo 60,5 % udeležencev; ti so poročali o zmanjšanju izraženosti depresivne simptomatike v času trajanje delavnice. 31,6 % udeležencev ni poročalo o spremembi v izraženosti depresivne simptomatike. O poslabšanju depresivnih simptomov je poročalo

7,9 % udeležencev. 60,8 % udeležencev je bilo ob koncu delavnice bolj prepričanih, da lahko s svojo aktivnostjo vplivajo na lastno počutje. Pri 30,1 % udeležencev se mnenje glede možnosti vplivanja na počutje z lastno aktivnostjo ni spremenilo. V primerjavi z začetkom je bilo 56,5 % udeležencev ob koncu delavnice bolj prepričanih, da je depresijo mogoče premagati. 10,6 % udeležencev je bilo ob koncu delavnice manj prepričanih v to.

Tabela 1.3 Delež udeležencev, ki so poročali o pozitivni spremembi na vsaj dveh izmed treh merjenih področjih

Pozitivna sprememba	Število udeležencev	Odstotek udeležencev (%)
na vsaj dveh izmed treh področij	1.284	60,8
na vseh področjih	719	34,0

O pozitivni spremembi na vsaj dveh (izmed treh) področjih je po zaključku delavnice poročalo skoraj 61 % udeležencev, 34 % pa jih je poročalo o pozitivni spremembi na vseh treh področjih funkcioniranja (Tabela 1.3).

Udeleženci so po zaključku delavnice izpolnjevali evalvacijski vprašalnik, v katerem so na lestvici od 1 do 5 ocenili, v kolikšni meri jim je obiskovanje delavnice koristilo pri spoprijemanju z depresijo (od 1 – sploh ni koristilo do 5 – zelo koristilo) in kako so se počutili v skupini (od 1 – zelo slabo do 5 – zelo dobro). Podatki za leto 2016 in 2017 kažejo, da so delavnice ocenjevali kot koristne, počutje v skupini pa kot zelo dobro (Tabela 1.4).

Tabela 1.4 Ocena udeležencev glede koristnosti psihoedukativne delavnice za spoprijemanje s depresijo in počutja v skupini za obdobje 2016–2017

Ocena koristnosti	Število udeležencev	Odstotek udeležencev (%)
na vsaj dveh izmed treh področij	1.284	60,8
na vseh področjih	719	34,0

O pozitivni spremembi na vsaj dveh (izmed treh) področjih je po zaključku delavnice poročalo skoraj 61 % udeležencev, 34 % pa jih je poročalo o pozitivni spremembi na vseh treh področjih funkcioniranja (Tabela 1.3).

Udeleženci so po zaključku delavnice izpolnjevali evalvacijski vprašalnik, v katerem so na lestvici od 1 do 5 ocenili, v kolikšni meri jim je obiskovanje delavnice koristilo pri spoprijemanju z depresijo (od 1 – sploh ni koristilo do 5 – zelo koristilo) in kako so se počutili v skupini (od 1 – zelo slabo do 5 – zelo dobro). Podatki za leto 2016 in 2017 kažejo, da so delavnice ocenjevali kot koristne, počutje v skupini pa kot zelo dobro (Tabela 1.4).

Tabela 1.4 Ocena udeležencev glede koristnosti psihoedukativne delavnice za spoprijemanje s depresijo in počutja v skupini za obdobje 2016–2017

Ocena koristnosti		Ocena počutja v skupini	
<i>M(SD)</i>	<i>N</i>	<i>M(SD)</i>	<i>N</i>
4,3 ± 0,8	885	4,6 ± 0,7	894

1.3 Namen evalvacije

Celostna evalvacija psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo, ki bi spremljala proces izpeljave ter preverjala vpliv in učinke psihoedukacije, do sedaj še ni bila izvedena. Slednje bi bilo smiselno tako z vidika ugotavljanja učinkovitosti psihoedukativnih delavnic, vzdrževanja oziroma izboljševanja njihove kakovosti kot preverjanja upravičenosti porabe sredstev (Green in South 2006; O'Connor-Fleming idr. 2006; Patton 1987). Z ozirom na slednje je pričakovati pomemben doprinos psihoedukativnih delavnic z vidika zmanjšanja finančnih/ekonomskih stroškov, povezanih z depresijo; zaradi kakovostnejšega sodelovanja in višje compliance lahko pričakujemo prihranke na račun zmanjšanih količin oziroma krajše uporabe antidepressivov, boljšega sodelovanja pri zdravljenju pridruženih bolezni (Tančič Grum idr. 2015) ter zmanjšanja bolniških odsotnosti na račun depresije.

Z raziskavo želimo na podlagi kvalitativnih in kvantitativnih podatkov, pridobljenih s strani izvajalcev in udeležencev delavnice, utemeljiti učinkovitost psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo ter jo na podlagi evalvacijskih ugotovitev izpostaviti kot primer dobre prakse na področju duševnega zdravlja.

1.4 Literatura

1. American Psychiatric Association 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, American Psychiatric Association, Arlington.
2. Andersen, SM, in Harthorn, BH 1989, 'The recognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians', *Medical Care*, vol. 27, no. 9, pp. 869–86.
3. Avstralska modifikacija desete revizije mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10-AM) 2012, IVZ, Ljubljana.
4. Australian Psychological Society 2007, *Better access to mental health initiative: Orientation manual for clinical psychologists, psychologists, social workers and occupational therapists*, Australian General Practice Network, Melbourne.
5. Bon, J, Koritnik, B, Bresjanac, M, Repovš, G, Pregelj, P, Dobnik, B, in Pirtošek, Z 2013, 'Stroški možganskih bolezni v Sloveniji v letu 2010', *Zdravstveni Vestnik*, vol. 82, no. 3, pp. 164–175.
6. Carr, A, in McNulty, M 2016, 'Depression' v A Carr in M McNulty, (ur.), *The Handbook of Adult Clinical Psychology: An Evidence Based Practice Approach*, Routledge, Oxon.
7. Dalgard, OS 2006. 'A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway', *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, vol. 2, no. 15, pp. 1–8.
8. Danese, A, in Pariante, CM 2008, 'Mood (affective) disorders', *Medicine*, vol. 36, no. 8, pp. 410–4.
9. Dernovšek, MZ, Mišček, I, Jeriček, H, in Tavčar, R 2005, *Skupaj premagajmo depresijo. Priročnik za vodje delavnic in predavatelje*, Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana.
10. Dernovšek, MZ, in Šprah, L 2011, 'Psihoedukacija pri bipolarni motnji razpoloženja' v B Kores Plesničar, (ur.), *Sodobni vidiki bipolarne motnje*, pp. 49–58. Psihiatrična klinika, Ljubljana.
11. Dernovšek, MZ, in Tavčar, R 2005, *Prepoznavno in premagajmo depresijo: priročnik za depresivne osebe in njihove svojce*. Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana.
12. Donker, T, Griffiths, KM, Cuijpers, P, in Christensen, H 2009, 'Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis'. *BioMed Central Medicine*, vol. 7 pp. 1–9. Dosegljivo na: <http://www.drrogerwalsh.com/wp-content/uploads/2009/07/Lifestyle-Mental-Health-Advanced-Publication-PDF.pdf>
13. Dozois, DJA, in Dobson, KS 2008, *Risk Factors in Depression*, Academic Press, New York.
14. Funk, M, Saraceno, B, Drew, N, in Faydi, E 2008, 'Integrating mental health into primary healthcare', *Ment Health Fam Med*, vol. 5, pp. 5–8.
15. Globalno breme bolezni – Slovenija, profil države. Inst. Health Metr. Eval. Dosegljivo na: <http://www.healthdata.org/slovenia>. (18. 10. 2017)
16. Green, J, in South, J 2006, *Evaluation – Key Concepts for Public Health Practice*, Open University Press, England.
17. Kamin, T, Jeriček Klanšček, H, Zorko, M, Bajt, M, Roškar, S, in Dernovšek, MZ 2009, *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*, Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana.
18. Kanter, JW, Rusch, LC, in Brondino, MJ 2008, 'Depression Self-Stigma: A New Measure and Preliminary Findings', *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 196, no. 9, pp. 663–70.
19. Kronmuller, K, Victor, D, Schenkenbach, C, Postelnicu, I, Backenstrass, M, Schroder, J, in Mundt, C 2007, 'Knowledge about affective disorders and outcome of depression', *Journal of Affective Disorders*, vol. 104, pp. 155–60.
20. Lepine, J-P, in Briley, M 2011, 'The increasing burden of depression', *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, vol. 7, pp. 3–7.
21. Lin EH, Von Korff, Katon W, Bush, T, Simon, GE, Walker, E, in Robinskon, P 1995, 'The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy', *Medical Care*, vol. 33, no. 1, pp. 67–74.

22. Lukens, EP, in McFarlane, WR 2004, 'Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy'. *Brief Treat Crisis Interv*, vol. 4, pp. 205–25.
23. Lukens, E 2015, 'Psychoeducation'. *Oxford Bibliographies in Social Work*. Dosegljivo na: <http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780195389678/obo-9780195389678-0224.xml>
24. Lunder, L 2016, 'Klinična slika depresije' v N Konec Juričič, S Roškar in P Jelenko Roth, (ur.), *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika: priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana.
25. Maddox JC, Levi M, in Thompson, C 1994, 'The compliance with antidepressants in general practice', *Journal of Psychopharmacology*, vol. 8, pp. 48–53.
26. Montano, CB 1994, 'Recognition and treatment of depression in a primary care setting', *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol 55, no. 12, pp. 18–34.
27. Mujen, M 2015, *Mental health Mission Slovenia*, WHO: Regional Office for Europe.
28. O'Connor-Fleming, ML, Parker, EA, Higgins, HC, in Gould, TA 2006, 'Framework for evaluating health promotion programs', *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 17, no. 1, pp. 61–66.
29. Patton, MQ 1987, *Qualitative Research Evaluation Methods*, Sage Publishers, CA.
30. Pattyn, E, Verhaeghe, M, Serceu, Cm in Bracke, P 2014, 'Public Stigma and Self-Stigma: Differential Association With Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking', *Psychiatric Services In Advance*, vol. 65, no. 2, pp. 232–8.
31. Penninx, BW, van Tilburg, T, Kriegsman, DM, Boeke, AJ, Deeg, DJ, in van Eijk, JT 1999, 'Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases', *Journal of Aging Health*, vol. 11, pp. 151–68.
32. Proudfoot, JG, Barker, GB, Benoit, M, Manicavasagar, V, Smith, M, in Mccrim, AG 2009, 'What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder', *Health Expect*, vol. 12, pp. 120–9.
33. Ramovš, J 2000, *Skupina in skupinsko delo*, Inštitut Antona Trstenjaka, Ljubljana.
34. Rey, JM, Bella-Awusah, TT, in Liu, J 2015, 'Depression in children and adolescents' v JM Rey, (ur.), *IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, Geneva.
35. Rifel, J, in Kersnik, J 2010, 'Problematika duševnega zdravja na primarni ravni – kako prepoznati depresivno epizodo', *Zdravstveni Vestnik*, vol. 79, pp. 544–7.
36. Rozenthal M, Laks J, in Engelhardt, E 2004, 'Neuropsychological aspects of depression', *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol. 26, pp. 204–212.
37. Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) 2018, *Depression*. Dosegljivo na <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
38. Swan, J, Sorrell, E, MacVicar, B, Durham, R, in Matthews, K 2004, 'Coping with depression: an open study of the efficacy of a group psychoeducational intervention in chronic, treatment-refractory depression', *Journal of Affective Disorders*, vol. 82, pp. 125–129.
39. Tančič Grum, A, Bračič, M, Roškar, S, Bakan, M, in Sedlar, N 2015, 'Psihoedukativne delavnice »Podpora pri spoprijemanju z depresijo«, *Isis: glasilo Zdravniške zbornice Slovenije*, vol. 24, no. 8/9, pp. 26–27.
40. Turk, E, in Albreht, T 2009. 'Ekonomsko breme duševnih bolezni', *Zdravstveni vestnik*, no. 79, pp. 531–536.
41. Tursi, MFDS, Baes, CVW, Camacho, FRDB, Tofoli, SMDC, in Juruena, MF 2013, 'Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review', *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 47, no. 11, pp. 1019–31.
42. Vinko, M 2019, 'Izbrane bolezni in zdravstvena stanja' v M Vinko, T Kofol Bric, A Korošec, S Tomšič in M Vrdelja, (ur.), *Kako skrbimo za zdravje? Z zdravjem povezan vedenjski slog 2016*, Nacionalni inštitut za javno zdravje, Ljubljana.

43. Wahlbeck, K, in Wasserman, D 2015, 'Public mental health and suicide', v R Detels, M Gulliford, Q Abdool Karim, in C Chuan Tan, *Oxford Textbook of Global Public Health*, Oxford University Press, United Kingdom.
44. Walsh, R 2011, 'Lifestyle and Mental Health', *American Psychologist*, vol. 66, no. 7, pp. 579–592.
45. World Health Organization, and World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians 2008, *Integrating Mental Health into Primary Care: a global perspective*, World Health Organization, Geneva. Dosegljivo na: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf.

2 Metodologija raziskave

2.1 Udeleženci raziskave

Populacijo naše raziskave sestavljajo ZVC-ji ter CKZ-ji v ZD (skupaj 61) iz 10 zdravstvenih regij Slovenije. Zaradi narave intervencije vzorčenje po posameznikih ni bilo mogoče, zato enoto vzorčenja predstavlja posamezni ZVC/CKZ. Za namen naše raziskave smo uporabili stratificirano naključno vzorčenje, pri katerem smo našo populacijo razdelili na posamezne razrede glede na zdravstveno regijo in velikost ZVC-jev oziroma CKZ-jev. Iz posameznih razredov je nato vzorčenje potekalo naključno in proporcionalno v obsegu, določenim z minimalnim predvidenim številom udeležencev. Če v vzorec izbrani ZVC oziroma CKZ v predvidenem trajanju raziskave (januar 2018 do julij 2018) omenjene delavnice ni izvajal ali ni želel sodelovati v raziskavi (op. Izola, Radeče, Radovljica, Slovenska Bistrica), smo naključno izbrali drug ZVC oziroma CKZ enake velikosti in/ali iz iste regije. Tabela 2.1 prikazuje v raziskavo vključene ZVC-je oziroma CKZ-je po posameznih regijah ($N = 14$).

Tabela 2.1 Vključeni ZVC-ji oziroma CKZ-ji z datumi delavnic, številom udeležencev in izvajalcem

Območna enota (OE)	Zdravstveni dom (ZD)	ZVC/CKZ	Velikost	Izvajalec	Izobrazba izvajalca	1. srečanje		4. srečanje	
						datum	<i>N</i>	datum	<i>N</i>
OE CELJE	ZD Celje	CKZ	velik	Maruša Naglič	univ. dipl. psih.	24. 4.	9	22. 5.	9
	ZD Šmarje pri Jelšah	ZVC	srednji	Mojca Ferlič Golob	univ. dipl. psih.	29. 3.	5	19. 4.	3
OE KOPER	ZD Piran	CKZ	majhen	Natalija Bilobrk	univ. dipl. psih., spec. klin. psih.	7. 6.	6	5. 7.	4
OE KRANJ	ZD Kranj	CKZ	velik	Erika Povšnar	univ. dipl. ped., viš. med. ses.	12. 4.	6	10. 5.	5
OE LJUBLJANA	ZD Medvode	ZVC	majhen	Ana Barnetič	mag. psih.	31. 5.	6	21. 6.	2
	ZD Ljubljana Moste - Polje	ZVC	velik	Dreisinger Jožica Mesarič	prof. zdr. vzgoje	6. 6.	19	4. 7.	12
OE MARIBOR	ZD Lenart	CKZ	majhen	Jasmina Lah Vreča	sms s spec. znanji	30. 5.	4	20. 6.	4
OE MURSKA SOBOTA	ZD Ljutomer	ZVC	majhen	Danijela Kutnjak	dipl. m. s.	19. 2.	6	12. 3.	6

Območna enota (OE)	Zdravstveni dom (ZD)	ZVC/CKZ	Velikost	Izvajalec	Izobrazba izvajalca	1. srečanje		4. srečanje	
						datum	N	datum	N
OE NOVA GORICA	ZD Nova Gorica	CKZ	velik	Maša Brezavšček	univ. dipl. psih.	7. 3.	6	28. 3.	6
	ZD Ajdovščina	CKZ	majhen	Lucija Pavše Alenka Černe	univ. dipl. psih. dipl. m. s.	6. 2.	9	26. 2.	5
OE NOVO MESTO	ZD Novo mesto	ZVC	velik	Barbara Požun	mag. psih.	7. 2.	7	28. 2.	7
	ZD Trebnje	CKZ	majhen	Tanja Kocjan Janja Ahlin	univ. dipl. psih. dipl. m. s.	4. 4.	5	25. 4.	3
OE RAVNE NA KOROŠKEM	ZD Slovenj Gradec	CKZ	srednji	Erna Kočnik	univ. dipl. psih.	23. 4.	13	21. 5.	6
	ZD Velenje	CKZ	velik	Niki Jakol	univ. dipl. psih.	6. 3.	7	8. 5.	5

Za potrebe določitve minimalnega vzorca udeležencev raziskave smo izvedli analizo moči. Rezultati so pokazali, da mora biti za uporabo t-testa – za detekcijo majhnega do srednje velikega učinka z minimalno sprejemljivo močjo testa (80 %) – najmanj 90 udeležencev, kar predstavlja predvideno število vključenih oseb v raziskavo.

V raziskavo smo vključili osebe, ki izpolnjujejo kriterije za vključitev v psihoedukativno delavnico Podpora pri spoprijemanju z depresijo v ZD, in so se v psihoedukativno delavnico tudi vključile. To so bile osebe, ki so izpolnjevale naslednje kriterije: a) odrasla oseba z diagnosticirano depresijo ali odrasla oseba, pri kateri so prisotni obremenjujoči simptomi depresivnih motenj, ki pa (še) ne dosejajo kriterija za diagnozo, ali odrasel svojec osebe, ki se sooča z depresijo in b) oseba je vključena v psihoedukativno delavnico v ZVC ali CKZ in poda obveščeno soglasje za vključitev v raziskavo.

Skupno število udeležencev, vključenih v prvo merjenje, je bilo 108 (v drugo merjenje je bilo vključenih 76 udeležencev, v tretje pa 58). V Tabeli 2.2 prikazujemo osnovne značilnosti vzorca ob prvem merjenju, ki kažejo, da je večina vključenih udeležencev ženskega spola (83 %), v starosti med 42 in 66 let, z zaključeno 3-letno ali 4-letno srednjo šolo (skupno 57 %), v zvezi oziroma poročenih (59 %) ter zaposlenih (50 %) ali upokojenih (32 %).

Tabela 2.2 Osnovne značilnosti vzorca na prvem merjenju (N = 108)

	Celoten vzorec – prvo merjenje
Spol (ženski): <i>f</i> (%)	84 (83,2)
Starost: <i>M</i> (<i>SD</i>)	54,45 ± 12,36
Dokončana šola: <i>f</i> (%)	
Nedokončana osnovna šola	1 (1,0)
Osnovna šola	14 (14,1)
2- ali 3-letna poklicna šola	31 (31,3)
4-letna srednja šola ali gimnazija	26 (26,3)
Višja šola	12 (12,1)
Visoka šola, fakulteta, akademija	14 (14,1)
Podiplomski študij	1 (1,0)
Partnerski stan: <i>f</i> (%)	
Samski	11 (11,0)
V zvezi/poročen	59 (59,0)
Ločen/razvezan	15 (15,0)
Ovdovel	15 (15,0)
Zaposlitveni status: <i>f</i> (%)	
Zaposlen	50 (50,5)
Samozaposlen	1 (1,0)
Gospodinjec/gospodinja	3 (3,0)
Nezaposlen	12 (12,1)
Upokojen	32 (32,3)
Študent	0 (0,0)
Drugo	1 (1,0)
Postavljena diagnoza depresije: <i>f</i> (%)	40 (41,2)
Bolniški stalež zaradi depresije: <i>f</i> (%)	
Trenutno	11 (12,6)
Preteklost	28 (30,8)
Hospitalizacije zaradi depresije	
Preteklo leto	4 (4,0)
Kdajkoli v preteklosti	10 (10,1)
Ambulantna obravnava zaradi depresije v preteklem letu: <i>f</i> (%)	
Osebni zdravnik	42 (53,8)
Specialist psihiatrije	39 (51,3)
(Klinični) psiholog	9 (17,3)
Jemanje antidepressivov: <i>f</i> (%)	58 (60,4)
Vključenost v druge oblike pomoči: <i>f</i> (%)	
Psihološko svetovanje	4 (4,9)
Psihoterapija	16 (19,5)
Skupina za samopomoč	4 (4,9)
Drugo	8 (9,8)
Ne	50 (61,0)

	Celoten vzorec – prvo merjenje
Pobuda za vključitev v delavnico: <i>f</i> (%)	
Lastna	34 (37,8)
Partner/družina	2 (2,2)
Osebni zdravnik	46 (51,1)
Specialist psihiatrije	8 (8,9)

Op. Pri izračunu odstotkov smo upoštevali le udeležence, ki so na vprašanje odgovorili (ang. valid percent).

Diagnozo depresije ima postavljeno približno 41 % udeležencev. Slaba tretjina (30 %) vključenih udeležencev je bila v preteklosti v bolniškem staležu zaradi depresije, medtem ko je trenutno v bolniškem staležu več kot deset odstotkov udeležencev (13 %). Okoli deset odstotkov udeležencev je bilo v preteklosti hospitaliziranih zaradi depresije. Nekoliko več kot polovica udeležencev (54 %) je bila zaradi depresije obravnavana pri osebnem zdravniku, zgolj nekoliko nižji, a podobno visok delež pa pri specialistu psihiatrije (51 %). Več kot polovica udeležencev (60 %) poroča, da jemljejo antidepresive. Okoli petina udeležencev (20 %) je vključena v psihoterapijo, 5 % jih poroča o vključenosti v psihološko svetovanje, prav tolikšen delež pa v skupino za samopomoč. Polovica udeležencev (51 %) se je v delavnico vključila na pobudo osebnega zdravnika, dobra tretjina (38 %) na lastno pobudo, slaba desetina (9 %) pa na pobudo specialista psihiatrije.

V primerjalno skupino udeležencev (tj. udeležencev, ki izpolnjujejo vključitvene kriterije za delavnico depresije, vendar vanjo še niso bili vključeni) je bilo vključenih $N = 32$ oseb, ki so se v ZD Celje udeležile preventivnega pregleda v ambulanti družinske medicine in pri katerih so bili prepoznani obremenjujoči simptomi depresije ali diagnoza depresije. Tudi te osebe so vprašalnik izpolnjevale dvakrat (prvič ob obisku v ambulanti družinske medicine, drugič pa po preteku štirih tednov, ob udeležbi na individualnem razgovoru pred vključitvijo v delavnico Podpora pri spoprijemanju z depresijo v CKZ Celje).

V Tabeli 2.3 prikazujemo osnovne značilnosti primerjalnega vzorca; tudi v tem vzorcu prevladujejo ženske (75 %), v starosti 40 do 64 let, s končano 3-letno ali 4-letno šolo (skupno 70 %), v zvezi oziroma poročene (74 %). Glede zaposlitvenega statusa je največji delež zaposlenih (40 %), sledijo upokojeni (29 %) in nezaposleni (25 %). V primerjalnem vzorcu slabi dve petini udeležencev (38 %) poročata o jemanju antidepresivov, medtem ko zelo redki udeleženci poročajo o vključenosti v druge oblike pomoči. Približno 54 % udeležencev ima postavljeno diagnozo depresije.

Tabela 2.3 Osnovne značilnosti primerjalnega vzorca ob prvem merjenju (N = 32)

	Primerjalna skupina – prvo merjenje
Spol (ženski): <i>f</i> (%)	24 (75,0)
Starost: <i>M(SD)</i>	52,52 ± 12,41
Dokončana šola: <i>f</i> (%)	
Nedokončana osnovna šola	1 (3,3)
Osnovna šola	6 (20,0)
2- ali 3-letna poklicna šola	9 (30,0)
4-letna srednja šola ali gimnazija	12 (40,0)
Višja šola	1 (3,3)
Visoka šola, fakulteta, akademija	1 (3,3)
Podiplomski študij	0 (0,0)
Partnerski stan: <i>f</i> (%)	
Samski	3 (9,7)
V zvezi/poročen	23 (74,2)
Ločen/razvezan	1 (3,2)
Ovdovel	4 (12,9)
Zaposlitveni status: <i>f</i> (%)	
Zaposlen	11 (39,3)
Samozaposlen	1 (3,6)
Gospodinjec/gospodinja	1 (3,6)
Nezaposlen	7 (25,0)
Upokojen	8 (28,6)
Študent	0 (0,0)
Drugo	0 (0,0)
Postavljena diagnoza depresije: <i>f</i> (%)	14 (53,8)
Jemanje antidepresivov: <i>f</i> (%)	12 (37,5)
Druge oblike pomoči: <i>f</i> (%)	
Psihološko svetovanje	0 (0,0)
Psihoterapija	1 (3,1)
Skupina za samopomoč	1 (3,1)
Drugo	0 (0,0)
Ni odgovora	18 (56,3)

Op. Pri izračunu odstotkov smo upoštevali le udeležence, ki so na vprašanje odgovorili (ang. valid percent).

2.2 Uporabljeni pripomočki

Glede na raziskave, ki med vplivi psihoedukacije pri bolnikih z depresijo izpostavljajo izboljšanje simptomov depresije (npr. Danese in Pariante 2008; Kronmuller idr. 2007), povečanje znanja o zgodnjem prepoznavanju in ukrepanju ob opozorilnih znakih poslabšanj ter načinih aktivnega nadziranja in obvladovanja bolezni (Dernovšek idr. 2011), razvoj bolj zdravega življenjskega sloga in bolj pozitivne izide zdravljenja (Lukens in McFarlane 2004), smo v raziskavi uporabili vprašalnike, ki merijo naslednje spremenljivke: depresivno simptomatiko, z zdravjem povezano kakovost življenja, zaznana samoučinkovitost za obvladovanje in preprečevanje depresije, vedenjske strategije za obvladovanje depresije, ponotranjeno stigmo ter znanje o duševnem zdravju.

2.2.1 Vprašalniki za udeležence

Udeleženci so ob prvem merjenju reševali vprašalnike, ki so vsebovali vprašanja o socio-demografskih spremenljivkah (spolu, starosti, zakonskem stanu, dokončani šoli, zaposlitvenem statusu, poklicu, vrsti zaposlitve) in spremenljivkah, vezanih na depresijo, njene posledice in (zdravstveno) obravnavo: diagnoza depresije, druge diagnoze, bolniški stalež zaradi depresije – trenutno in v preteklosti, hospitalizacija zaradi depresije – trenutno in v preteklosti, ambulantna obravnava zaradi depresije pri osebnem zdravniku/specialistu psihiatrije/kliničnem psihologu v preteklem letu, jemanje antidepresivov – zdravilo in odmerek, druge oblike pomoči, pobuda za vključitev v delavnico.

Za oceno depresivne simptomatike smo uporabili **Vprašalnik o bolnikovem zdravju – 9** (ang. *Patient health questionnaire-9*, PHQ-9; Kroenke idr. 2001). Gre za kratek vprašalnik za samooceno depresivne simptomatike, ki temelji na devetih kriterijih depresije po DSM-4. Namenjen je presejanju in postavljanju diagnoze depresije. Vprašalnik sestavlja devet vprašanj, ki se navezujejo na težave, povezane z depresijo v zadnjih dveh tednih. Na 4-stopenjski lestvici odgovor 0 pomeni, da posamezna težava posameznika sploh ni obremenjevala, in 3, da je posamezna težava posameznika obremenjevala skoraj vsak dan. Skupno število točk na vprašalniku, ki je manjše ali enako 4, kaže odsotnost depresije; skupno število točk med 5 in 9 kaže prisotnost blage depresije; med 10 in 14 točk kaže prisotnost zmerne depresije; nad 15 točk pa prisotnost (zmerno) globoke depresije. Vprašalnik je občutljiv na spremembe v izraženosti depresivne simptomatike v času. Vprašalniku je dodano vprašanje, s pomočjo katerega oseba oceni, kako močno so našteve težave vplivale na njeno delo, na skrb za stvari doma in na odnose z ljudmi (0 – sploh niso otežile, 1 – nekoliko otežile, 2 – zelo otežile, 3 – ekstremno otežile).

Zaznana samoučinkovitost za obvladovanje in preprečevanje depresije (ang. *Self-efficacy for managing and relaps prevention in depression*; Bush idr. 2001) smo ocenjevali s pomočjo lestvice s šestimi postavkami, dvema splošnima o obvladovanju in preprečevanju depresije in štirimi vedenjsko specifičnimi (npr. 'kako prepričani ste v svojo sposobnost prepoznavanja zgodnjih znakov poslabšanj oziroma ponovitve depresije?'). Posamezne postavke so merjene na 10-stopenjski lestvici, na kateri odgovor 0 pomeni, da posameznik sploh ni prepričan, in 10, da je popolnoma prepričan v svoje sposobnosti. Seštevek točk posameznih postavk predstavlja splošno zaznano samoučinkovitost za obvladovanje depresije in preprečevanje relapsov. Lestvica je zadovoljivo notranje skladna (Cronbach α : ,79) in sestavljena iz enega faktorja, ki pojasnjuje 50 % variabilnosti podatkov (Bush in sod. 2001).

Vedenjske strategije za obvladovanje depresije (ang. *Depression self-management behaviours*; Ludman idr. 2003) smo merili s pomočjo petih postavk. Udeleženci odgovarjajo, ali so v preteklem mesecu izvajali naslednje aktivnosti oziroma vedenja za obvladovanje depresije: sodelovanje v oziroma izvajanje prijetnih aktivnosti, sodelovanje v družabnih aktivnostih, spremljanje simptomov depresije, usmerjanje pozornosti

na zgodnje znake poslabšanj depresije, predvidevanje in priprava na situacije, ki bi pri posamezniku lahko sprožile depresijo ali jo poslabšale. Udeleženci na prvi dve postavki izbirajo odgovore na 5-stopenjski lestvici (0 – sploh nisem, 1 – manj kot enkrat na teden, 2 – enkrat na teden, 3 – nekajkrat na teden, 4 – dnevno). Odgovore udeležencev smo pretvorili v 2 kategoriji, tj. enkrat na teden ali manj ter nekajkrat na teden ali dnevno in jih analizirali kot binarne spremenljivke. Na preostale tri postavke udeleženci odgovarjajo z 'da' ali 'ne' glede na to, ali so določeno aktivnost oziroma vedenje izvajali v preteklem mesecu.

Vprašalnik znanja o duševnem zdravju (ang. *Mental Health Knowledge Questionnaire*; Wang idr. 2013) je namenjen merjenju pismenosti o duševnem zdravju. Sestavlja ga 20 postavk, od katerih se prvih 16 navezuje na osnovno znanje o težavah v duševnem zdravju, preostale štiri pa na poznavanje različnih svetovnih dni, ki promovirajo/obeležujejo duševno zdravje. Pravilen odgovor na postavko se točkuje z eno točko; višji seštevek točk kaže boljše pismenost o duševnem zdravju (razpon točk je od 0 do 20). Psihometrična analiza kaže 5-faktorsko strukturo z zadovoljivo zanesljivostjo (Wang idr. 2013). Za potrebe raziskave smo uporabili osem postavk, ki se navezujejo na normalizacijo psiholoških težav in duševnih motenj ter nepravilna prepričanja o vzrokih duševnih motenj.

Vprašalnik Ponotranjene stigme duševne bolezni – krajša verzija (ang. *Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI) – short form*; Ritsher, Otilingam in Grajales 2003; Boyd idr. 2014) je kratek samoocenjevalni vprašalnik, sestavljen iz 10 postavk, ki se navezujejo na posameznikov občutek odtujenosti, izkušnje diskriminacije, socialni umik, priznavanje/potrditev stereotipov ter odpornost stigmat. Posamezniki na 4-stopenjski lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – strinjam se, 4 – zelo se strinjam) označijo, v kolikšni meri se strinjajo s posamezno trditvijo. Seštevek točk, ki je deljen s številom odgovorov na vprašalnik, kaže stopnjo ponotranjene stigme pri posamezniku. Vrednosti od 0,00 do 1,00 točke kažejo, da ponotranjena stigma ni prisotna oziroma je prisotna minimalno; vrednosti od 1,01 do 1,50 točke na blago ponotranjeno stigmo; vrednosti od 1,51 do 2,00 točke na zmerno ponotranjeno stigmo; vrednosti od 2,01 do 3,00 točke pa na zelo/globoko ponotranjeno stigmo. Vprašalnik ima dobre psihometrične lastnosti; zadovoljivo zunanjo veljavnost, občutljivost (,87), specifičnost (,94), notranjo skladnost (Cronbach α : ,75) (Boyd idr. 2014).

Vprašalnik EuroQol-5D (ang. *Euro Quality of life - 5 Dimension*; EuroQol Group 1990) smo uporabili za merjenje z zdravjem povezane kakovosti življenja. Vprašalnik je sestavljen iz petih postavk, ki se navezujejo na posameznikovo zaznavo lastne mobilnosti oziroma pokretnosti, skrbi zase, opravljanja vsakdanjih aktivnosti, občutkov bolečine/neugodja ter tesnobe/depresije. Na vsako postavko posameznik odgovarja s pomočjo 3-stopenjske odgovorne lestvice:

- 1 – posameznik ne zaznava nobenih težav (pri hoji / skrbi zase / opravljanju vsakdanjih aktivnosti / nobenih občutkov bolečin ali neugodja / tesnobe ali depresije);
- 2 – posameznik zaznava nekaj težav (pri hoji / skrbi zase / opravljanju vsakdanjih aktivnosti / pestijo ga zmerne bolečine ali občutki neugodja / je zmerno tesnoben/depresiven);
- 3 – posameznik zaznava izrazite težave (je priklenjen na posteljo / ne more se sam umivati ali oblačiti / vsakdanjih aktivnosti ni zmožen opravljati / čuti nevzdržne bolečine ali skrajno neugodje / je skrajno tesnoben ali depresiven).

Vprašalnik z zdravjem povezane kakovosti življenja SF-12 (ang. *Short Form Health Survey-12*; Ware idr. 1996) je pogosto uporabljen splošni večdimenzionalni vprašalnik z zdravjem povezane kakovosti življenja, ki je standardiziran ter validiran v številnih državah (gl. Gandek idr. 1998). Meri dve komponenti z zdravjem povezane kakovosti življenja, tj. telesno in duševno, ter se navezuje na osem konceptov, povezanih z zdravjem: fizično funkcioniranje, omejenost opravljanja vsakdanjih aktivnosti zaradi težav s fizičnim zdravjem, telesna bolečina, splošno zdravje, vitalnost, socialno funkcioniranje, omejenost opravljanja vsakdanjih aktivnosti zaradi čustvenih težav, duševno zdravje (psihološko blagostanje in psihološki distres). Rezultate

vprašalnika prikazujemo s pomočjo standardnih točk od 0 do 100, pri čemer višji rezultati pomenijo boljšo oceno kakovosti življenja.

2.2.2 Fokusna skupina za udeležence

S fokusno skupino po koncu posamezne delavnice smo želeli podrobneje izvedeti, kako so udeleženci zaznali psihoedukativno delavnico (tj. zadovoljstvo, uporabnost, potencialne možnosti izboljšav), ter preveriti njihovo subjektivno zaznavo doprinosa psihoedukativnih delavnic z vidika opolnomočenja.

Nabor ključnih vprašanj za izvedbo fokusne skupine je pripravila raziskovalna skupina na podlagi relevantne literature področja (npr. Lavoie idr. 2005; Mahoney 1997) ter praktičnih izkušenj. Vprašanja so se nanašala na več tematskih sklopov: zaznava delavnice, uporabnost delavnice, širši vidik spoprijemanja z depresijo (zgodovina, vpliv bolezni na življenje, stigma) (gl. Prilogo 1).

2.2.3 Ček-lista za opazovanje izvedbe delavnice

V okviru strukturiranega opazovanja prvega in zadnjega srečanja delavnice smo uporabili ček-listo, ki je bila za potrebe raziskave razvita na podlagi relevantne strokovne literature (Breitenstein idr. 2010; Brown 2004; Chapman idr. 2010; Damschroder idr. 2016) in praktičnih izkušenj z izvajanjem psihoedukativnih delavnic. Ček-lista obsega pet sklopov (gl. Prilogo 2):

- 1) skladnost izvedbe s predvideno strukturo delavnice;
- 2) vzpostavljanje in vzdrževanje strukture skupine, npr. ali izvajalec predstavi potek srečanja, ali se izvajalec z udeleženci pogovori o pravilih dela, naslovi skrbi glede samorazkrivanja ter ali izvajalec ustrezno utemelji posamezne aktivnosti;
- 3) proces izvajanja, npr. ali izvajalec ustrezno razporedi čas srečanja, strukturira diskusijo na način, da nihče od udeležencev ne vzame preveč prostora in imajo vsi udeleženci priložnost sodelovati, ali pri udeležencih preverja razumevanje, povzema najpomembnejše vsebine ob zaključku posameznega dela itd.;
- 4) strokovna kompetentnost in kompetentnost pri vodenje skupine, npr. ali izvajalec posreduje informacije na strokovno ustrezen in udeležencu razumljiv način, ali udeležencem postavlja vprašanja, ki spodbujajo sodelovanje in so relevantna, ali ustrezno ustavlja neprimerne odzive udeležencev, kot so pretirano samorazkrivanje, druga nekonstruktivna vedenja itd.;
- 5) komunikacijske veščine ter druge veščine vodenja skupine, npr. ali izvajalec uporablja primeren besednjak, refleksijo, učinkovite metafore, ali ima ustrezno nebesedno komunikacijo itd.

Opazovalca sta za vsako posamezno ocenjevano veščino ocenila, v kolikšni meri jo je izvajalec med delavnico uporabljal (0 – pomanjkljivo, 1 – delno, 2 – v veliki meri).

2.2.4 Polstrukturirani intervjuji z izvajalci

Z izvajalci smo po izvedbi vseh štirih srečanj psihoedukativnih delavnic izvedli polstrukturirane intervjuje. Vnaprej pripravljena vprašanja odprtega tipa (Priloga 3) so se nanašala na zaznavo izvajalcev glede delavnice na splošno (koristi delavnice, predlog izboljšav, ustreznost trajanja in števila udeležencev), izvedbe delavnice (zaznava skupine, zadovoljstvo z izvedbo, zaznava sebe kot izvajalca) in drugo (potrebna znanja in veščine izvajalcev, zaposlitev v ZD, izobrazba, dodatna usposobljenost) in so bila namenjena usmerjanju intervjuja na želena področja, obenem pa so udeležence spodbujala k prostemu govoru.

2.2.5 Anketa o samozaznanem znanju in veščinah izvajalcev

Izvajalce delavnic iz vseh ZD smo v času izvajanja evalvacije na terenu (v aprilu 2018) povabili k reševanju spletne ankete, ki jo je pripravila interdisciplinarna skupina strokovnjakov na podlagi izkušenj z izvajanjem psihoedukativnih delavnic. Anketa (Priloga 4) je izvajalce spraševala o tem, v kolikšni meri potrebujejo dodatna znanja oziroma strokovno izpopolnjevanje (1 – sploh ne; 5 – v zelo veliki meri) glede posameznih vsebin psihoedukacije. Obenem pa so izvajalci za posamezne situacije pri delu s skupino ocenjevali, v kolikšni meri jim povzročajo težave (1 – sploh ne; 5 – v zelo veliki meri).

2.3 Potek raziskave

Vprašalnike smo za uporabo v slovenskem prostoru priredili skladno s priporočili Mednarodne komisije za teste (ITC 2016) in SZO (2018).

Za zagotavljanje čim večje kakovosti evalvacije in čim manjše stopnje napake ter s tem čim večje veljavnosti evalvacijskih ugotovitev smo v raziskavi uporabili triangulacijo metod in raziskovalcev. Uporabili smo kvantitativne in kvalitativne metode raziskovanja. Da bi izboljšali objektivnost in zanesljivost pridobljenih podatkov, sta zbiranje podatkov na terenu izvedli dve raziskovalki z Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NSK in LF). Raziskava je potekala od januarja do septembra 2018, za njeno izvedbo je bilo pridobljeno pozitivno mnenje Komisije za medicinsko etiko (št. dokumenta: 0120-615/2017/6).

V prvem koraku raziskave smo od direktorjev izbranih ZD in izvajalcev delavnice v ZVC oziroma CKZ pridobili soglasje za izvedbo raziskave. Izvajalec delavnice nas je nato obvestil o prvem terminu izvajanja delavnice, udeležence pa o raziskavi ter podaljšanju prvega in zadnjega srečanja delavnice.

Ob začetku prvega srečanja delavnice sta raziskovalki (NSK in LF) udeležencem na kratko predstavili namen in potek raziskave, podali informacije o njihovih obveznostih med raziskavo ter zagotovljenih etičnih standardih raziskave. Nato sta od udeležencev pridobili podpisana obveščena soglasja o sodelovanju. Udeleženci so reševali vprašalnik na prvem in zadnjem (tj. četrtem) srečanju psihoedukativne delavnice, ponovno telefonsko reševanje pa je bilo po treh mesecih. V prvo merjenje je bilo vključenih $N = 108$ udeležencev, v drugo $N = 76$, v tretje pa $N = 58$ udeležencev (54 % vzorca).

Raziskovalki (NSK in LF) sta bili prisotni na prvem in zadnjem srečanju, na katerih sta s pomočjo ček-liste izvedli strukturirano opazovanje izvedbe psihoedukativne delavnice. Po zadnjem srečanju sta z udeleženci izvedli fokusno skupino, z izvajalcem delavnice pa polstrukturiran intervju o njegovi zaznavi delavnice. Izvedenih je bilo 13 fokusnih skupin v trajanju od 15 do 42 minut, v katere je bilo vključenih od 2 do 9 udeležencev delavnice (skupno število vključenih udeležencev je bilo 63) ter 14 intervjujev v trajanju od 15 do 45 minut.

Udeležencem raziskave je bilo med udeležbo zagotovljeno varovanje (zaupnosti) osebnih podatkov. Vsak udeleženec je generiral svojo šifro, ki je omogočila sledljivost individualnih podatkov med različnimi merjenji. S kontaktnimi informacijami udeležencev, ki smo jih pridobili za izvedbo telefonskih intervjujev, smo ravnali z največjo možno mero previdnosti in zaupnosti. Kontaktne podatke smo po zaključku zbiranja podatkov na terenu uničili. Pridobljene podatke smo obravnavali le na skupinski ravni in uporabili zgolj za namene raziskave.

2.4 Analiza podatkov

V analizo so bili vključeni udeleženci, ki so rešili vprašalnike v celoti ali v obsegu najmanj 80 %, so se pa merjenja udeležili vsaj dvakrat. Iz analize smo odstranili udeležence, ki so se merjenja udeležili le enkrat. Od 108 je bilo v nadaljnjo analizo vključenih 76 udeležencev.

Manjkajoče vrednosti smo nadomestili s pomočjo IBM SPSS Statistics 21, z uporabo metode večkratne imputacije PMM (ang. *predictive mean matching*). PMM je metoda, primerna za nadomeščanje spremenljivk, ki statistično značilno odstopajo od normalne porazdelitve. Metoda vsako manjkajočo vrednost nadomesti z naključno iz množice opazovanih vrednosti, katerih napovedane vrednosti so najbližje napovedani vrednosti za manjkajočo vrednost (Kleinke 2017). S pomočjo PMM smo ustvarili pet celovitih podatkovnih setov, primernih za nadaljnjo obdelavo.

Na pridobljenih podatkih smo izvedli opisno (povprečje, standardni odklon, frekvence, odstotki) in inferenčno statistiko (*t*-test za odvisne vzorce in analiza variance za odvisne vzorce).

Intervjuje in fokusne skupine smo transkribirali in analizirali z uporabo metode analize vsebine. Tako smo oblikovali vsebinske kategorije odgovorov in na podlagi kodirne sheme kodirali posamezne intervjuje oziroma fokusne skupine.

Za ugotavljanje skladnosti med opazovalcema psihoedukativne delavnice pri odgovorih na ček-listi smo izvedli analizo zanesljivosti med dvema opazovalcema (ang. *inter-rater reliability*).

Podrobnejši opisi posameznih postopkov so navedeni pri posameznih poglavjih.

2.5 Literatura

1. Boyd, JE, Otilingam, PG, in DeForge, BR 2014, 'Brief Version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: Psychometric Properties and Relationship to Depression, Self Esteem, Recovery Orientation, Empowerment, and Perceived Devaluation and Discrimination', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 37, no. 1, pp. 17–23.
2. Breitenstein, SM, Fogg, L, Garvey, C, Hill, C, Resnick, B, in Gross, D 2010, 'Measuring Implementation Fidelity in a Community-Based Parenting Intervention'. *Nurs Res*, vol. 59, no. 3, pp. 158–165.
3. Brown, NW (ur.) 2004, *Psychoeducational groups : process and practice*, 2th edn, Taylor and Francis Books, New York.
4. Bush, T, Russo J, Ludman, E, Lin, E, Von Korff, M, Simon, G, in Walker, E 2001, 'Perceived self-efficacy for depression self-management. A reliable and valid self-report measure with predictive validity', *poster presentation at the American Psychological Society Meeting*, Toronto, Canada.
5. Chapman, CL, Baker, EL, Porter, G, Thayer, SD, in Burlingame, GM 2010, 'Rating Group Therapist Interventions: The Validation of the Group Psychotherapy Intervention Rating Scale', *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, vol. 14, no. 1, pp. 15–31.
6. Damschroder, LJ, Goodrich, DE, Myra Kim, H, Holleman, R., Gillon, L, Kirsh, S, Richardson, CR, in Lutes, LD. Development and validation of the ASPIRE-VA coaching fidelity checklist (ACFC): a tool to help ensure delivery of high-quality weight management interventions. *Transl Behav Med*. 2016; 6(3): 369–385.
7. Danese, A, in Pariante, CM 2008, 'Mood (affective) disorders', *Medicine*, vol. 36, no. 8, pp. 410–4.
8. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199–208.
9. Gandek, B, Ware, JE, Aaronson, NK, Apolone, G, Bjorner, JB, Brazier, JE, Bullinger, M, Kaasa, S, Leplege, A, Prieto, L, in Sullivan, M 1998, 'Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment', *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 51, no. 11, pp. 1171–8.
10. International Test Commission 2016. 'The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests', 2th edn. [www.InTestCom.org]
11. Kleinke, K 2017, 'Multiple Imputation Under Violated Distributional Assumptions: A Systematic Evaluation of the Assumed Robustness of Predictive Mean Matching', *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, vol. 42, no. 4, pp. 371–404.
12. Kroenke, K, Spitzer, RL, in Williams, JBW 2001, 'The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure', *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, no. 9, pp. 606–613.
13. Lavoie, JP, Ducharme, F, Lévesque, L, Hébert, R, Vézina, J, Gendron, C, Prévaille, M, St-Laurent, C, in Voyer, L 2005, 'Understanding the outcomes of a psycho-educational group intervention for caregivers of persons with dementia living at home: a process evaluation', *Aging Mental Health*, vol. 9, no. 1, pp. 25–34.
14. Ludman, E, Katon, W, Bush, T, Rutter, C, Lin, E, Simon, G, Von Korff, M, in Walker, E 2003, 'Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial', *Psychological Medicine*, vol. 33, no. 6, pp. 1061–1070.
15. Lukens, EP, in McFarlane, WR 2004, 'Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy', *Brief Treatment and Crisis Intervention*, vol. 4, no. 3, pp. 205–225.
16. Mahoney, C 1997, 'Common Qualitative Methods' v J Frechtling in L Sharp, (ur.), *User-Friendly Handbook for Mixed Method Evaluations*. National Science Foundation: Division of Research, Evaluation and Communication.
17. Ritsher, JB, Otilingam, PG, in Grajales, M 2003, 'Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure', *Journal of Psychiatric Research*, vol. 121, pp. 31–49.

18. Wang, J, He, Y, Jiang, Q, Cai, J, Wang, W, Zeng, Q, Miao, J, Qi, X, Chen, J, Bian, Q, Cai, C, Ma, N, Zhu, Z, in Zhang, M 2013, 'Mental health literacy among residents in Shanghai', *Shanghai Archives of Psychiatry*, vol. 25, no. 4, pp. 224–235.
19. Ware, J Jr, Kosinski, M, in Keller, SD 1996, 'A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity', *Medical Care*, vol. 34, no. 3, pp. 220–33.
20. WHO (n. d). Process of translation and adaptation of instruments. 2018, [http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/]

3 Glavni rezultati in interpretacija

Rezultati obsegajo pet vsebinskih sklopov. V prvem bomo predstavili izsledke o skladnosti izvedbe s predvideno strukturo delavnice. V drugem sklopu se bomo osredotočili na glavne izsledke, vezane na vplive in učinke delavnice glede zaznanih sprememb v depresivni simptomatiki, samozaznani samoučinkovitosti za obvladovanje in preprečevanje depresije, izvajanju vedenj, povezanih z obvladovanjem depresije, spremembah v pismenosti o duševnem zdravju, ponotranjeni stigmi ter z zdravjem povezani kakovosti življenja. Obenem bomo pogledali, kako se navedene spremenljivke povezujejo med seboj, katere spremenljivke v največji meri napovedujejo zmanjšanje depresivne simptomatike pri udeležencih po obisku delavnice ter kakšne so razlike v depresivni simptomatiki med edukacijsko in primerjalno skupino. V tretjem sklopu bomo predstavili kvalitativne izsledke fokusne skupine, tj. učinke delavnice, ki jih prepoznava udeleženci. V četrtem pa se bomo osredotočili na znanja in kompetence izvajalcev delavnic na podlagi opazovanja izvedb delavnic, intervjujev z izvajalci ter spletne ankete.

3.1 Skladnost izvedbe s predvideno strukturo delavnice

3.1.1 Namen

Z opazovanjem izvedb srečanj smo želeli preveriti, v kolikšni meri se je izvedba posameznega srečanja skladala s predvideno strukturo delavnice, ter ugotoviti, ali je pri izvedbah prišlo do kakršnih sprememb.

3.1.2 Metoda

Vzorec

Pri izvajanju delavnice smo na prvem in/ali zadnjem srečanju opazovali skupno 16 izvajalk (na dveh delavnicah sta bili hkrati prisotni po dve izvajalki), od katerih je bilo devet psihologinj (univ. dipl. psih., mag. psih.), ena spec. klin. psih., štiri dipl. m. s., ena prof. zdr. vzg. in ena sms s spec. znanji.

Pripomočki

Uporabili smo vnaprej pripravljeno ček-listo sestavljeno iz vsebinskih komponent, opredeljenih v priročniku za izvajanje psihoedukativne delavnice (glej Dernovšek idr. 2005).

Postopek

Raziskovalki sta na prvih in zadnjih srečanjih delavnice s pomočjo ček-liste izvedli strukturirano opazovanje. Skupno je bilo izvedenih $N = 49$ opazovanj (26 opazovanj prvega srečanja in 23 opazovanj drugega srečanja). Prva raziskovalka (NSK) se je udeležila 19, druga (LF) pa 24 opazovanj. Za vsako posamezno komponento sta med izvedbo srečanja ocenili, ali je bila izvedena ali ne.

3.1.3 Rezultati in interpretacija

V Tabeli 3.1 prikazujemo delež izvedenih komponent delavnice za prvo in četrto srečanje.

Tabela 3.1 Delež izvedenih komponent delavnice, kot so opredeljene v navodilih za izvajanje

	1. srečanje f (%)	Spremenjeno	4. srečanje f (%)	Spremenjeno
CKZ Ajdovščina	9 (75,0)	Predvajanje kratkega filma »Black dog«, na koncu srečanja izvedba vaje sproščanja	5 (62,5)	/
CKZ Nova Gorica	7 (58,3)	Predhodno izvedeno uvodno skupinsko srečanje	4 (50,0)	Zelo dolg uvod v srečanje, utrjevanje vsebin prejšnjega srečanja, manjša vloga udeležencev
ZVC Novo mesto	10 (83,3)	/	5 (62,5)	Branje pesmi na temo depresije, utrjevanje vsebin celotne delavnice
ZVC Ljutomer	9 (75,0)	/	6 (75,0)	Izvedba vaje sproščanja
CKZ Velenje	11 (91,7)	Podane informacije o mitih o depresiji	6 (75,0)	/
CKZ Trebnje	11 (91,7)	/	4 (50,0)	Utrjevanje vsebin prejšnjega srečanja
ZVC Šmarje pri Jelšah	9 (75,0)	/	5 (62,5)	/
CKZ Kranj	10 (83,3)	Uporaba PPT-predstavitve, ob koncu izvedba vaje sproščanja	5 (62,5)	/
CKZ Celje	11 (91,7)	/	4 (50,0)	/
CKZ Slovenj Gradec	8 (66,7)	/	4 (50,0)	
CKZ Lenart	9 (75,0)	/	5 (62,5)	/
ZVC Medvode	7 (58,3)	Vaje niso bile izvedene, manjša vloga udeležencev	1 (12,5)	Vaje niso bile izvedene, izvedena vaja o čuječnosti, manjša vloga udeležencev

	1. srečanje f (%)	Spremenjeno	4. srečanje f (%)	Spremenjeno
ZVC Ljubljana Moste - Polje	2 (16,7)	Spremenjena izvedba srečanja – posredovanje temeljnih informacij o depresiji, preplet vsebin celotne delavnice	4 (50,0)	Vaje niso bile izvedene, izvedena vaja o čuječnosti, manjša vloga udeležencev Uporabljeni delovni listi o preusmerjanju misli in načrtovanju lastnih aktivnosti
CKZ Piran	9 (75,0)	Uporabljen PPT, ki je bil v določenih segmentih manj primeren za udeležence	3 (37,5)	Vaje niso bile izvedene; uporabljeni PPT je bil v določenih segmentih manj primeren za udeležence, podajanje vsebin, ki niso predvidene za edukacijo
Povprečni odstotek izvedenih komponent	72,6		54,5	

Preverjanje skladnosti izvedenega z načrtovanim predstavlja enega od vidikov t. i. procesne evalvacije. Ta nam daje informacije o delovanju programa oziroma delavnice, izvedbi na terenu ter odzivanju udeležencev. Rezultati kažejo, da so v povprečju izvajalci prvo srečanje v 72,6 % izvedli skladno s predvideno strukturo. Največja skladnost (91,7 %) je bila opažena pri izvedbi srečanj v CKZ Velenje, Trebnje in Celje. Najmanjša skladnost (16,7 %) je bila opažena pri izvedbi srečanja v ZVC Ljubljana Moste - Polje, kjer je izvajalka udeležencem predstavila osnovne informacije o depresiji, pri čemer je prepletala vsebino celotne psihoedukativne delavnice. V povprečju so izvajalci četrto srečanje v 54,5 % izvedli skladno s predvideno strukturo. Največja skladnost (75,0 %) je bila opažena pri izvedbi srečanj v ZVC Ljutomer in CKZ Velenje, najmanjša (12,5 %) pri izvedbi srečanja v ZVC Medvode. Predstavljeni rezultati kažejo, da je večina izvajalcev kot splošni okvir upoštevala predvideni potek delavnice, opisan v priločniku za izvajanje, vanj pa je nato na podlagi lastnih izkušenj dodajala nove vsebine. Slednje je razumljivo, ker delavnice v ZD potekajo že več let, ter pomembno doprinaša k nadgrajevanju programa.

3.2 Vplivi in učinki psihoedukativne delavnice – kvantitativni podatki

3.2.1 Namen

Z analizo podatkov želimo ugotoviti, ali se pri udeležencih delavnice po štirih srečanjih ter tri mesece po delavnici kažejo spremembe v depresivni simptomatiki, zaznani samoučinkovitosti glede obvladovanja depresije, izvajanju vedenj, povezanih z obvladovanjem depresije, pismenosti o duševnem zdravju, ponotranjeni stigmi ter z zdravjem povezani kakovosti življenja. Obenem smo želeli ugotoviti, kako se nave-

dene spremenljivke povezujejo med seboj, katere spremenljivke v največji meri napovedujejo zmanjšanje depresivne simptomatike pri udeležencih delavnice (po koncu delavnice ter tri mesece po delavnici) ter kakšne so spremembe v depresivni simptomatiki med edukacijsko in primerjalno skupino.

3.2.2 Metoda

Vzorec

V prvo merjenje je bilo vključenih $N = 108$ udeležencev, v drugo $N = 76$, v tretje pa $N = 58$ udeležencev (54 % vzorca) psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo. V primerjalno skupino je bilo vključenih $N = 32$ udeležencev, pri katerih so bili prepoznani obremenjujoči simptomi depresije ali diagnoza depresije, in se delavnice (še) niso udeležili.

Pripomočki

Uporabili smo Vprašalnik o bolnikovem zdravju – 9 (Kroenke idr. 2001), Vprašalnik o zaznani samoučinkovitosti za obvladovanje in preprečevanje depresije (Bush idr. 2001), Vprašalnik o vedenjskih strategijah za obvladovanje depresije (Ludman idr. 2003), Vprašalnik znanja o duševnem zdravju (Wang idr. 2013) – postavke o normalizaciji psiholoških težav in duševnih motenj ter nepravilnih prepričanjih o vzrokih duševnih motenj, vprašalnik Ponotranjene stigme duševne bolezni – krajša verzija (Ritscher, Otilingam in Grajales 2003; Boyd idr. 2014), vprašalnik EuroQol-5D (EuroQol Group 1990) ter Vprašalnik z zdravjem povezane kakovosti življenja SF-12 (Ware idr. 1996).

Postopek

Reševanje vprašalnikov z udeleženci je potekalo na prvem in zadnjem (tj. četrtem) srečanju psihoedukativne delavnice, ponovno telefonsko reševanje pa po treh mesecih. Natančnejši postopki analize podatkov so podrobneje opisani po posameznih podpoglavjih.

3.2.3 Spremembe v depresivni simptomatiki

Vprašalnik PHQ-9 sestavlja devet postavk, ki se nanašajo na devet kriterijev, na katerih je po Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (DSM-5) osnovana Velika depresivna motnja. Na podlagi posameznikovega dosežka na vprašalniku PHQ-9 lahko postavimo začasno diagnozo depresije, prav tako lahko na podlagi izražene depresivne simptomatike ocenimo resnost depresije, tj. lahko govorimo o blagi, zmerni, zmerno globoki ali globoki depresiji (Kroenke in Spitzer 2002). Na našem vzorcu smo preverjali, kakšna je izraženost depresivne simptomatike pri udeležencih ob začetku delavnice ter kako se spreminja neposredno po koncu ter tri mesece po koncu delavnice. Obenem nas je zanimalo, kako depresivna simptomatika pri udeležencih delavnice vpliva na vsakdanje življenje, tj. na delo, skrb za stvari doma in medosebne odnose ob začetku, koncu ter tri mesece po koncu delavnice.

Postopek analize podatkov

Preverjanje psihometričnih značilnosti vprašalnika PHQ-9 je pokazalo, da je vprašalnik zanesljiv. Koefficient notranje konsistentnosti (Cronbach α) je ,851, korelacije med postavkami so ustrezno visoke ($r \geq ,471$).

Za preverjanje sprememb v izraženosti depresivne simptomatike v različnih časovnih obdobjih smo uporabili enosmerno Anovo za odvisne vzorce. Predpostavkam za uporabo testa je bilo zadoščeno, in sicer a) grafično preverjanje podatkov ni razkrilo osamelcev, b) preverjanje porazdeljenosti podatkov je pokazalo, da porazdelitev odvisne spremenljivke pri posameznem merjenju ne odstopa statistično značilno od normalne porazdelitve (Kolmogorov-Smirnov test z Lillieforsjevim popravkom: 1. merjenje = ,075, $p > ,200$;

2. merjenje = ,085, $p > ,200$; 3. merjenje = ,080, $p > ,200$). Mauchlyjev test sferičnosti je bil statistično neznačilen ($\chi^2(2) = 1,54, p = ,515$), kar kaže, da ni pomembnih odstopanj od zahtevane enakosti razpršenosti razlik med merjenji. Za ugotavljanje velikost spremembe smo uporabili delni Eta kvadrat (ηp^2).

Za ugotavljanje spremembe glede zaznanega vpliva depresivne simptomatike na delo, skrb za stvari doma in odnose z ljudmi smo uporabili Friedmanov Anova test, ki je primeren za spremenljivke ordinalne narave, merjene tri- ali večkrat.

Glede na skupno število točk na vprašalniku smo udeležence razdelili v štiri skupine: skupino z odsotnostjo depresije (skupno število doseženo število točk je manjše ali enako 4), skupino s prisotnostjo blage depresije (skupno doseženo število točk med 5 in 9), skupino s prisotnostjo zmerne depresije (skupno doseženo število točk med 10 in 14), skupino s prisotnostjo (zmerno) globoke depresije (skupno doseženo število točk nad 15) ter nato izvedli opisno statistiko (frekvenca, odstotek). Opisno statistiko smo izvedli tudi za posamezne postavke vprašalnika.

Rezultati in interpretacija

V Tabeli 3.2 prikazujemo izraženost depresivne simptomatike pri udeležencih delavnice pred začetkom delavnice, po izvedeni delavnici ter tri mesece po končani delavnici.

Tabela 3.2 Izraženost depresivne simptomatike pri udeležencih ob različnih merjenjih (N = 76)

	Na začetku delavnice <i>f</i> (%)	Ob koncu delavnice <i>f</i> (%)	3 mesece po koncu delavnice <i>f</i> (%)
Odsotnost depresije	7 (9,2)	18 (23,7)	23 (30,3)
Blaga depresija	23 (30,3)	27 (35,5)	29 (38,2)
Zmerna depresija	22 (28,9)	21 (27,6)	17 (22,4)
(Zmerno) globoka depresija	24 (31,6)	10 (13,2)	7 (9,2)

Rezultati kažejo, da je bila na začetku psihoedukativne delavnice pri približno 32 % udeležencev depresivna simptomatika izražena v tolikšni meri, da jih lahko uvrstimo v skupino z (zmerno) globoko depresijo. Skoraj 29 % udeležencev smo uvrstili v skupino s prisotnostjo zmerne depresije, 30,3 % v skupino z blago depresijo, 9,2 % udeležencev pa v skupino brez depresije. Ob koncu delavnice se je odstotek udeležencev z (zmerno) globoko depresijo znižal na 13,2 %, prav tako se je nekoliko znižal odstotek udeležencev z zmerno depresijo. Odstotek udeležencev z blago depresijo se je zvišal na približno 36 %. Izrazito se je povišal odstotek udeležencev brez depresije, in sicer z 9,2 % na 23,7 %. Opaženi trend je mogoče, sicer v nekoliko manj izraziti obliki, opaziti tudi 3 mesece po koncu delavnice.

Rezultati v Tabeli 3.3 kažejo statistično značilno spremembo v izraženosti depresivne simptomatike v času. Izraženost depresivne simptomatike se je namreč pri udeležencih tekom raziskave postopno zmanjševala. Največjo spremembo lahko opazimo med prvim in drugim merjenjem, torej v času izvajanja delavnice. Vrednost delnega Eta kvadrata kaže, da je opažena sprememba velika (Richardson, 2011).

Tabela 3.3 Sprememba v izraženosti depresivne simptomatike pri udeležencih delavnice ob različnih merjenjih (N = 76)

	Na začetku delavnice	Ob koncu delavnice	3 mesece po koncu delavnice	ANOVA	Velikost spremembe
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	F (df)	Delni Eta kvadrat (ηp^2)
Depresivna simptomatika	11,9 (6,0)	8,6 (5,0)	7,7 (4,9)	F (2, 150) = 31,42 $p < ,001$,295

Post hoc testi (z Bonferroni popravkom za večkratne primerjave) kažejo statistično pomembno razliko v izraženosti depresivne simptomatike med prvim in drugim merjenjem ($p < ,001$) ter med prvim in tretjim merjenjem ($p < ,001$). Med drugim in tretjim merjenjem ni bilo opaziti statistično pomembnih razlik ($p = ,36$). To pomeni, da je do statistično pomembnih izboljšav v depresivni simptomatiki prišlo v času izvajanja delavnice, ti učinki pa so se ohranili še tri mesece po koncu delavnice.

Udeležence smo vprašali, v kolikšni meri je depresivna simptomatika otežila njihovo vsakdanje življenje (gl. Tabela 3.4). Skoraj 54 % odstotkov udeležencev je na začetku delavnice navedlo, da jim je depresivna simptomatika nekoliko otežila vsakdanje življenje. Da jim je depresivna simptomatika zelo oziroma ekstremno otežila vsakdanje življenje, je navedlo skoraj 40 % udeležencev. Ob koncu delavnice je pri udeležencih prišlo do opaznih izboljšav v oceni vpliva depresivne simptomatike na njihovo delo, skrb za stvari doma in odnose z ljudmi: 18,5 % udeležencev je navedlo, da niso občutili vpliva depresivne simptomatike, 60,5 %, da so ta vpliv občutili v majhni meri, 21 % pa v veliki oziroma ekstremni meri. Opažene spremembe ob različnih merjenjih so statistično značilne.

Tabela 3.4 Sprememba v samooceni vpliva depresivne simptomatike na delo, skrb za stvari doma in odnose z ljudmi ob različnim merjenjih (N = 76)

	Na začetku delavnice <i>f</i> (%)	Ob koncu delavnice <i>f</i> (%)	3 mesece po koncu delavnice <i>f</i> (%)	
Brez vpliva	5 (6,6)	14 (18,4)	21 (27,6)	Delni Eta kvadrat (ηp^2)
Nekoliko otežile	41 (53,9)	46 (60,5)	34 (44,7)	
Zelo otežile	25 (32,9)	14 (18,4)	21 (27,6)	
Ekstremno otežile	5 (6,6)	2 (2,6)	/	
Povprečni rang	2,28	1,86	1,86	Friedman Anova $\chi^2 (2) = 16,82$ $p = ,0013$

Zanimalo nas je tudi število oseb, ki so posamezne simptome depresije občutile več kot polovico dni oziroma skoraj vsak dan v preteklih dveh tednih (gl. Tabela 3.5).

Tabela 3.5 Število udeležencev z izraženostjo posameznih simptomov več kot polovico dni oziroma skoraj vsak dan ob različnim merjenjih (N = 76)

	Na začetku delavnice		Ob koncu delavnice Spremenjeno		3 mesece po koncu delavnice	
	Več kot polovica dni f(%)	Skoraj vsak dan f(%)	Več kot polovica dni f(%)	Skoraj vsak dan f(%)	Več kot polovica dni f(%)	Skoraj vsak dan f(%)
Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	18 (23,7)	15 (19,7)	9 (11,8)	5 (6,6)	13 (17,1)	6 (7,9)
Potrnost, depresivnost, obup.	20 (26,3)	15 (19,7)	11 (14,5)	4 (5,3)	12 (15,8)	5 (6,6)
Težko zaspim, spim slabo ali spim prekomerno.	25 (32,9)	22 (22,4)	19 (25,0)	18 (23,7)	13 (17,1)	20 (26,3)
Utrujenost in pomanjkanje energije.	28 (36,8)	19 (25,0)	16 (21,1)	9 (11,8)	14 (18,4)	9 (11,8)
Slab apetit ali prenažadanje.	21 (27,3)	14 (18,4)	16 (21,1)	4 (5,3)	17 (22,4)	7 (9,2)
Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/-a in da sem razočaran/-a sebe ali bližnje.	17 (22,4)	16 (21,1)	14 (18,4)	2 (2,6)	8 (10,5)	5 (6,6)
Težave s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije.	13 (17,1)	15 (19,7)	12 (15,8)	5 (6,6)	10 (13,2)	5 (6,6)
Upočasnjeno gibanje ali govor, tako da so drugi ljudje lahko opazili. Ali nasprotno – nervoza in nemir, tako da nimam obstanka.	20 (26,3)	6 (7,9)	9 (11,8)	4 (5,3)	8 (10,5)	1 (1,3)
Misli, da bi bilo bolje, če bi bil/-a mrtev/-a ali da bi si nekaj hudega naredil/-a.	4 (5,3)	1 (1,3)	2 (2,6)	0 (0,0)	2 (2,6)	0 (0,0)

Težave s spanjem in utrujenost oziroma pomanjkanje energije sta bili težavi, ki ju je ob začetku delavnice več kot polovico dni ali skoraj vsak dan občutilo največje število udeležencev (N = 47; 61,8 %). Drugi najpogostejši težavi sta bili depresivno razpoloženje (potrnost, obup) (N = 35; 46,1 %) in težave z apetitom (N = 35; 46,1 %). Samomorilne misli so bile prisotne pri petih osebah. Ob koncu delavnice se je število udeležencev, ki so skoraj dnevno oziroma zelo pogosto občutili posamezni simptom depresije, znižalo. Težave s spanjem (N = 37; 48,7 %) in utrujenostjo oziroma pomanjkanjem energije (N = 25; 32,9 %) sta bili še vedno težavi, ki ju je ob koncu izpostavilo največje število udeležencev. Samomorilne misli so bile ob koncu delavnice prisotne pri dveh osebah.

Rezultati so torej skladni z ugotovitvami tujih raziskav (Tursi idr. 2013) o učinkovitosti psihoedukacije z vidika zmanjševanja depresivne simptomatike. Tekom delavnice je pri udeležencih namreč prišlo do statistično pomembnih izboljšav v depresivni simptomatiki, spodbudno pa je, da so se ti učinki ohranili še tri mesece po koncu delavnice. Prav tako je ob koncu delavnice pri udeležencih prišlo do opaznih izboljšav glede zmanjšanja vpliva depresivne simptomatike na njihovo delo, skrb za stvari doma in odnose z ljudmi.

3.2.4 Spremembe v zaznani samoučinkovitosti glede obvladovanja depresije

Zaznana samoučinkovitost predstavlja prepričanje posameznika o lastnih sposobnostih za načrtovanje in izvajanje določenih vedenj, potrebnih za doseganje želenih rezultatov ali ciljev (Bandura 1997). Prepričanja v lastno učinkovitost se ne nanašajo na spretnosti, ki jih posameznik ima, temveč na to, kaj posameznik meni, da lahko z njimi naredi (Čot 2004). Ko govorimo o zaznani samoučinkovitosti za obvladovanje in preprečevanje depresije, govorimo o posameznikovem prepričanju o tem, ali je zmožen izvesti določena vedenja, potrebna za učinkovito spoprijemanje z depresijo ter vzpostavitev določene stopnje nadzora nad depresivnimi simptomi. Zaznana samoučinkovitost je pomemben napovednik posameznikovega vedenja, ki lahko napoveduje, ali bo posameznik vpeljal vedenja, potrebna za učinkovito spoprijemanje z depresijo in v njih vztrajal. Stopnja samoučinkovitosti tako lahko služi kot pokazatelj tega, v kolikšni meri se bo posameznik posluževal različnih strategij spoprijemanja z depresijo (Perraud 2000).

Postopek analize podatkov

Preverjanje psihometričnih značilnosti vprašalnika Zaznane samoučinkovitosti za obvladovanje in preprečevanje depresije (Bush idr. 2001) je pokazalo, da je vprašalnik zanesljiv. Koefficient notranje konsistentnosti (Cronbach α) je ,81, korelacije med postavkami vprašalnika so ustrezno visoke ($r \geq ,60$). Najnižjo stopnjo povezanosti z drugimi postavkami vprašalnika ima postavka 5 ('Obvladovanje stranskih učinkov jemanja antidepresivov') ($r = ,269$). Ob izločitvi omenjene postavke pride tudi do izboljšanja notranje konsistentnosti vprašalnika (notranja konsistentnost vprašalnika ob izločeni postavki 5 = ,85). Iz navedenih razlogov prikazujemo rezultate tudi za primer rabe vprašalnika brez postavke 5.

Preverjanje normalne porazdeljenosti podatkov je pokazalo, da se razlike v skupnem številu točk na vprašalniku med obema merjenjema ne odklanjajo pomembno od normalne porazdelitve (Smirnov-Kolmogorov test z Lillieforjevo korekcijo: ,064, $p \Rightarrow ,200$), zaradi česar smo za preverjanje statistične pomembnosti razlik med dvema merjenjema uporabili t-test za odvisne vzorce. Podatki se normalno porazdeljujejo tudi v primeru izločitve postavke 5 (Smirnov-Kolmogorov test z Lillieforjevo korekcijo: ,057, $p \Rightarrow ,200$). Ob analizi posameznih postavk smo za preverjanje razlik uporabili Wilcoxonov znakovni test z rangi. Za ugotavljanje velikosti spremembe med obema merjenjema smo uporabili Pearsonov r -koefficient.

Rezultati in interpretacija

V Tabeli 3.6 prikazujemo, kako so udeleženci zaznavali lastno samoučinkovitost za obvladovanje in preprečevanje depresije na začetku in ob koncu delavnice.

Zaznana samoučinkovitost med obema merjenjema se je statistično pomembno povišala. Udeleženci so bili ob koncu psihoedukativne delavnice bolj prepričani vase in v svoje sposobnosti, da se lahko učinkovito spoprimejo z depresijo in njenimi simptomi kot na začetku delavnice. Velikost spremembe je bila srednje velika (Cohen 1992). Ob tem pa je treba izpostaviti, da povprečna vrednost ob koncu delavnice vendarle nakazuje, da udeleženci nekoliko dvomijo v lastne sposobnosti ($M = 41,3$ od možnih 60).

Tabela 3.6 Sprememba v zaznani samoučinkovitosti za obvladovanje in preprečevanje depresije ob koncu delavnice (N = 76)

	Na začetku delavnice	Ob koncu delavnice	3 mesece po koncu delavnice	Velikost spremembe
	M (SD)	M (SD)	Testna statistika	
Zaznana samoučinkovitost	35,5 (11,4)	41,3 (12,2)	$t = 4,161$ $p < ,001$,433
Zaznana samoučinkovitost (brez postavke 5)	30,4 (10,1)	35,0 (10,5)	$t = 3,755$ $p < ,001$,398
Premagovanje ali obvladovanje (epizode) depresije	5,7 (2,3)	6,7 (2,5)	$z = -3,146$ $p = ,002$,255
Preprečevanje ponovitev depresije po izboljšanju stanja	5,7 (2,3)	6,5 (2,5)	$z = -2,966$ $p = ,004$,241
Prepoznavanje zgodnjih znakov poslabšanj ali oziroma ponovitve depresije	6,1 (2,4)	6,8 (2,7)	$z = -2,134$ $p = ,037$,173
Učinkovito ukrepanje za premagovanje depresije dovolj zgodaj, preden se počutje preveč poslabša	5,9 (2,6)	7,0 (2,4)	$z = -3,822$ $p < ,001$,310
Obvladovanje stranskih učinkov jemanja antidepressivov	5,2 (3,1)	6,4 (3,2)	$z = -2,863$ $p = ,006$,232
Pravočasno iskanje strokovne pomoči v primeru poslabšanj	7,0 (3,1)	8,0 (2,5)	$z = -2,460$ $p = ,014$,199

Dodatna analiza je pokazala, da je do statistično pomembnih izboljšav prišlo v primeru vseh postavk vprašalnika. Ob koncu delavnice so bili udeleženci najbolj prepričani v svojo zmožnost pravočasnega iskanja strokovne pomoči v primeru poslabšanj. Največji spremembi (izboljšanja) v oceni med začetkom in koncem delavnice je mogoče opaziti v primeru prepričanja udeležencev o lastni sposobnosti učinkovitega ukrepanja za premagovanje depresije dovolj zgodaj, preden se stanje preveč poslabša, ter prepričanja o sposobnosti premagovanja ali obvladovanja (epizode) depresije. Pri ostalih postavkah so opažene spremembe majhne.

Kljub omenjenim spodbudnim rezultatom je smiselno izvedbo delavnice zasnovati tako, da v čim večji meri naslovi posameznikovo samoučinkovitost za obvladovanje in preprečevanje depresije, saj različne raziskave (Ludman idr. 2003; Gopinath idr. 2006; Gordon, Tonge in Melvin 2012) kažejo, da se koncept pomembno povezuje z izboljšanjem depresivne simptomatike. Za večje in dolgotrajnejše učinke delavnice je udeležencem tekom delavnice treba omogočiti, da preko vaje utrdijo znanje in veščine za spoprijemanje z depresijo, kot so prepoznavanje zgodnjih znakov poslabšanj, obvladovanje simptomov depresije, strategije za obvladovanje ali preprečevanje depresije ipd.

3.2.5 Spremembe v uporabi vedenjskih strategij za obvladovanje depresije

Obvladovanje depresije (ang. *depression self-management*) vključuje vedenjske strategije, kot so spremljanje depresivnih simptomov in zgodnjih znakov poslabšanj, izvajanje različnih terapevtskih aktivnosti. Nanaša se na posameznikovo zmožnost obvladovanja bolezenskih simptomov, procesa zdravljenja, telesnih in psiholoških posledic ter sprememb življenjskega sloga, povezanih s kroničnim stanjem, kot je depresija. Učinkovito obvladovanje depresije se nanaša tudi na zmožnost spremljanja lastnega stanja in vplivanja na miselne, vedenjske in čustvene odzive, ki so potrebni za vzdrževanje zadovoljujoče kakovosti življenja (Barlow idr. 2002). Cilj učenja obvladovanja bolezni je opolnomočenje bolnikov z depresijo za aktivno spremljanje svojega razpoloženja z namenom hitre prepoznave zgodnjih znakov poslabšanj in ustreznega ukrepanja, preprečevanja relapsov in vzdrževanja dobrega duševnega zdravja v vsakodnevnem življenju (Houle idr. 2013).

Postopek analize podatkov

V skladu z navodili za vrednotenje Vprašalnika o vedenjskih strategijah za obvladovanje depresije (Ludman idr. 2003) smo odgovore udeležencev o pogostosti izvajanja terapevtskih aktivnosti, tj. 'izvajanje prijetnih aktivnosti in sodelovanje v družabnih aktivnostih', pretvorili v dve kategoriji: enkrat na teden ali manj ter nekajkrat na teden ali dnevno ter jih analizirali kot binarne spremenljivke. Na preostale tri postavke udeleženci odgovarjajo z 'da' ali 'ne', glede na to, ali so določeno aktivnost oziroma vedenje izvajali v preteklem mesecu.

Zaradi nominalne narave spremenljivk, ki se navezujejo na vedenja, povezana z obvladovanjem depresije, smo izvedli opisno statistiko (frekvenca in odstotek) ter za preverjanje statistične pomembnosti sprememb v času uporabili Cochran's Q-test za odvisne vzorce.

Rezultati in interpretacija

V Tabeli 3.7 prikazujemo, kako so udeleženci odgovarjali na vprašanja o vedenjih, povezanih z obvladovanjem depresije pred delavnico, po izvedeni delavnici ter tri mesece po koncu delavnice. Iz rezultatov lahko razberemo, da je večina udeležencev pred vključitvijo v psihoedukativno delavnico že izvajala vedenjske aktivnosti, ki so jim v pomoč pri obvladovanju depresije; približno 80 % udeležencev je v mesecu pred vključitvijo že spremljalo simptome depresije, nekoliko manjši delež (tj. 70 %) je opazoval zgodnje znake poslabšanj ter se aktivno pripravljal na situacije, ki lahko sprožijo depresijo ali jo poslabšajo. Pri omenjenih treh strategijah tudi ni prišlo do statistično pomembnih sprememb ob koncu delavnice niti po treh mesecih, kar lahko najverjetneje pripišemo visokemu deležu izvajanja teh aktivnosti že pred psihoedukacijo. Statistično pomembne spremembe smo opazili pri pogostosti izvajanja terapevtskih aktivnosti, tj. izvajanju prijetnih aktivnosti in sodelovanju v družabnih aktivnostih. V obeh primerih se je pogostost izvajanja omenjenih aktivnosti povečala. Približno 81 % udeležencev je tri mesece po koncu delavnice izvajalo prijetne aktivnosti nekajkrat na teden ali dnevno v primerjavi s približno 41 % na začetku delavnice. Približno 51 % jih je tri mesece po koncu delavnice sodelovalo v različnih družabnih aktivnostih nekajkrat na teden ali dnevno v primerjavi z le 15,8 % na začetku delavnice. Dobljeni rezultati so skladni z ugotovitvami različnih študij v tujini (glej Ludman idr. 2003; Houle idr. 2013).

Tabela 3.7 Sprememba v vedenjih, povezanih z obvladovanjem depresije ob različnih merjenjih (N = 76)

	Na začetku delavnice <i>f</i> (%)	Ob koncu delavnice <i>f</i> (%)	3 mesece po koncu delavnice <i>f</i> (%)	Cochran's Q- test
Izvajanje prijetnih aktivnosti nekajkrat na teden ali dnevno	31 (40,8)	39 (51,3)	62 (81,6)	$\chi^2(2) = 28,818$ $p < ,001$
Sodelovanje v družabnih aktivnostih nekajkrat na teden ali dnevno	12 (15,8)	20 (26,3)	39 (51,3)	$\chi^2(2) = 24,298$ $p < ,001$
Opazovanje oziroma spremljanje simptomov depresije	61 (80,3)	55 (72,4)	60 (78,9)	$\chi^2(2) = 2,784$ $p = ,311$
Opazovanje zgodnjih znakov poslabšanj	53 (69,7)	58 (76,3)	57 (75,0)	$\chi^2(2) = 2,082$ $p = ,451$
Predvidevanje in pripravljenost na situacije, ki lahko sprožijo depresijo ali jo poslabšajo	53 (69,7)	55 (72,4)	42 (55,3)	$\chi^2(2) = 8,117$ $p = ,162$

Dodatne primerjave (ang. pairwise comparisons) med različnimi merjenji so pokazale, da je statistično pomemben porast v pogostosti izvajanja terapevtskih aktivnosti opazen tri mesece po koncu delavnice ($z = 5,151, p < ,001$ in $z = 4,767, p < ,001$), medtem ko v času trajanja delavnice tega ni bilo mogoče opaziti ($z = 1,297, p = ,597$ in $z = 1,400, p = ,496$).

Znanje in razvoj različnih vedenjskih strategij v okviru psihoedukacije pomembno prispevata k posameznikovemu nadzoru nad lastno duševno motnjo ter prevzemanju aktivnejše vloge pri izboljševanju depresivne simptomatike in vzdrževanju lastnega duševnega zdravja (Ludman idr. 2003; Houle idr. 2013, 2016). Zaradi pomembnosti vsakodnevnega izvajanja strategij obvladovanja bolezni in prikazane učinkovitosti psihoedukativnih delavnic pri doseganju tega cilja je v prihodnje na delavnicah smiselno še večji poudarek nameniti izvajanju različnih aktivnosti za učinkovitejše obvladovanje depresije ter doseganje boljše kakovosti življenja. Na mestu je prav tako razmislek o razširitvi obstoječih vsebin delavnice z dodatnim, širšim naborom strategij za spoprijemanje z depresijo (npr. preusmerjanje misli, spremljanje (pisnega) načrta za obvladovanje depresije, iskanje socialne podpore).

3.2.6 Spremembe v pismenosti o duševnem zdravju

Posamezniki, ki občutijo neprijetne, omejujoče psihološke simptome, bodo te simptome poskusili obvladovati. Način, ki ga uporabijo za spoprijemanje z njimi, je med drugim odvisen tudi od njihove pismenosti o duševnem zdravju (Jorm 2012; Furnham in Swami 2018). Pismenost o duševnem zdravju lahko opredelimo kot znanja in prepričanja posameznika o duševnih motnjah, ki pripomorejo k njihovemu prepoznavanju, obvladovanju in preprečevanju (Jorm idr. 1997). Koncept vključuje več vidikov, in sicer a) sposobnost prepoznave različnih duševnih motenj ali težav v duševnem zdravju, b) znanja in prepričanja o vzrokih in dejavnikih duševnih motenj ali težav, c) znanja in prepričanja o samopomoči pri duševnih motnjah ali težavah, d) znanja in prepričanja o strokovni pomoči, ki je na voljo pri duševnih motnjah ali težavah, e) stališča, ki omogočajo prepoznavo in ustrezno iskanje pomoči v primeru duševnih motenj ali težav, in f) znanje o iskanju informacij, vezanih na duševno zdravje (Jorm 2000). Posameznikova pismenost o duševnem zdravju se pozitivno povezuje z razumevanjem motnje in različnimi vedenji za njeno obvladovanje (Miller 2016; Furnham in Swami 2018) ter komplianco zdravljenja (Miller 2016). Z drugimi besedami, posamezniki, ki

so ustrezno informirani in razumejo svojo motnjo, se učinkoviteje spoprijemajo z duševno motnjo in bolje sodelujejo v procesu zdravljenja.

Postopek analize podatkov

Pred analizo podatkov smo ovrednotili odgovore udeležencev na Vprašalnik znanja o duševnem zdravju (Wang idr. 2013) – postavke o normalizaciji psiholoških težav in duševnih motenj ter nepravilnih prepričan- jih o vzrokih duševnih motenj. Vsak pravilni odgovor smo ovrednotili z eno točko, nepravilnega z nič točka- mi, nato smo točke sešteli. Največje možno število točk na vprašalniku je bilo 8.

Zaradi statistično pomembnega odklona porazdeljenosti razlik v skupnem številu točk med obema mer- jenjema od normalne porazdelitve (Kolmogorov-Smirnov test z Lillieforsjevim popravkom: ,139, $p < ,001$) smo za preverjanje razlik v pismenosti uporabili Wilcoxonov znakovni test z rangi. Za določitev velikosti spremembe med obema merjenjema smo uporabili Pearsonov r -koeficient.

Rezultati in interpretacija

Tabela 3.8 prikazuje spremembo v številu pravih odgovorov na izbrane postavke Vprašalnika znanja o duševnem zdravju (Wang idr. 2013) pri udeležencih na začetku ter ob koncu delavnice.

Tabela 3.8 Sprememba v pismenosti o duševnem zdravju ob koncu delavnice (N = 65)

	Na začetku delavnice	Ob koncu delavnice	Wilcoxon znakovni test	Velikost spremembe
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>		
Pismenost o duševnem zdravju	6,14 (1,02)	6,53 (1,35)	$z = 2,456$ $p = ,014$,215

Za udeležence je bila ob začetku delavnice značilna relativno visoka pismenost o duševnem zdravju (veza- no na normalizacijo težav in prepričanja o vzrokih duševnih motenj), saj so v povprečju pravilno odgovo- rili na šest od osmih vprašanj. Slednje lahko najverjetneje pripišemo dejstvu, da se je delavnice udeležil relativno visok delež udeležencev, ki imajo že nekaj časa potrjeno diagnozo depresije, so v preteklosti že imeli epizodo depresije ali so bili zaradi depresije že obravnavani (pri psihiatru, osebnem zdravniku ali (kliničnem) psihologu). Kljub temu je pri udeležencih med delavnico prišlo do majhnega, statistično pomembnega izboljšanja v pismenosti o duševnem zdravju. Dodatna analiza je pokazala, da je do edine statistično pomembne izboljšave prišlo pri prepričanju o nastanku duševnih motenj ('Duševne motnje nas- tanejo zaradi nepravilnega načina razmišljanja') (McNemara test = 6,612, $p = 010$).

Rezultati torej nakazujejo, da se delavnic udeležujejo posamezniki, ki imajo o svoji motnji in vzrokih zanjo že nekaj informacij in razumevanja, nekaj dodatnega znanja pa pridobijo tudi v okviru delavnice.

3.2.7 Spremembe v ponotranjeni stigmati

Ponotranjena stigma se navezuje na sprejemanje in ponotranjenje negativnih stereotipov o duševni motnji (doživljanje sebe kot osebe, ki je nevarna, nesposobna, nezmožna okrevanja) pri posameznikih, ki jim je bila diagnosticirana duševna motnja (Corrigan, Watson in Barr 2006; Corrigan in Rao 2012). Povezana je z zmanjšanim samospoštovanjem in znižano samoučinkovitostjo ter negativno vpliva na psihološko blagos- tanje posameznika in njegove medosebne odnose (Corrigan, Watson in Barr 2006). Dodatno ponotranjena stigma pri osebah z duševnimi motnjami lahko predstavlja pomembno oviro na poti k okrevanju (Yanos idr.

2008); pri posamezniku zmanjšuje motivacijo in usmerjenost v okrevanje ter občutek zmožnosti okrevanja, obenem pa negativno vpliva na komplianco zdravljenja (Ritsher, Otilingam in Grajales 2003; Livingston in Boyd 2010).

Postopek analize podatkov

Pred analizo podatkov smo odgovore na vprašalnik Ponotranjene stigme duševne bolezni – krajša verzija (Ritsher, Otilingam in Grajales 2003; Boyd idr. 2014) v skladu z navodili avtorjev ovrednotili. Odgovore udeležencev smo sešteli ter vsoto delili s številom odgovorov. Dobljeni rezultat kaže stopnjo ponotranjene stigme pri posamezniku. Udeležence lahko po dobljenih rezultatih razdelimo v 4 kategorije: vrednosti od 0,00 do 1,00 kažejo na to, da ponotranjena stigma pri posamezniku ni prisotna oziroma je prisotna minimalno; vrednosti od 1,01 do 1,50 na blago ponotranjeno stigmo; vrednosti od 1,51 do 2,00 na zmerno ponotranjeno stigmo; vrednosti od 2,01 do 3,00 pa na zelo/globoko ponotranjeno stigmo. Izvedli smo opisno statistiko (odstotek in frekvenca) na nivoju dobljenih kategorij ter preverili, ali je prišlo do statistično pomembnih sprememb v deležih posameznih kategorij. Slednje smo preverili s Stuart-Maxwellovim testom za odvisne vzorce, ki je primeren za spremenljivke z več kot dvema kategorijama (Sun in Yang 2008).

Preverjanje psihometričnih značilnosti vprašalnika Ponotranjene stigme duševne bolezni – krajša verzija (Ritsher, Otilingam in Grajales 2003; Boyd idr. 2014) je pokazalo, da je vprašalnik zanesljiv. Koefficient notranje konsistentnosti Cronbach α je ,836, korelacije med postavkami so ustrezne ($r = \geq ,298$).

Rezultati in interpretacija

V Tabeli 3.9 prikazujemo spremembo v ponotranjeni stigmi pri udeležencih na začetku in ob koncu delavnice.

Tabela 3.9 Sprememba v ponotranjeni stigmi ob koncu delavnice (N = 65)

	Na začetku delavnice (N = 66) f (%)	Ob koncu delavnice (N = 75) f (%)	Stuart-Maxwellov test
Ponotranjena stigma ni prisotna oziroma je prisotna minimalno	21 (31,8)	35 (46,4)	$\chi^2(3) = 2,517$ $p = ,012$
Blago ponotranjena stigma	28 (42,4)	29 (38,7)	
Zmerno ponotranjena stigma	13 (19,7)	10 (13,3)	
Globoko ponotranjena stigma	4 (6,1)	1 (1,3)	

Pri večini (74,2 %) udeležencev delavnice ob začetku delavnice ponotranjena stigma ni bila prisotna oziroma je bila izražena v blagi obliki. Približno četrtnina udeležencev pa je ob začetku delavnice imela zmerno ali globoko ponotranjeno stigmo. Ob drugem merjenju je prišlo do statistično pomembnih sprememb v stopnji izraženosti ponotranjene stigme, in sicer pri skoraj polovici udeležencev ponotranjena stigma ni bila prisotna, prav tako se je pomembno znižal delež oseb z zmerno ali globoko ponotranjeno stigmo (Tabela 3.9). Dobljeni rezultati se skladajo s študijami v tujini, v katerih so pokazali učinke psihoedukacije na izraženost ponotranjene stigme pri posameznikih z duševnimi težavami ali motnjami (glej Yanos idr. 2015). Psihoedukacija posamezniku namreč pomaga, da se zoperstavi mitom o duševni motnji. Z znanjem, verodostojnimi informacijami mu omogoči kritično razmišljanje o predsodkih in vedenjih, ki jim je izpostavljen preko javne (družbene) stigme, in njihovo zavrnitev (v nasprotju s ponotranjenjem).

3.2.8 Spremembe v z zdravjem povezani kakovosti življenja

Z zdravjem povezana kakovost življenja je koncept, ki se nanaša na posameznikovo vrednotenje pomembnih vidikov lastnega blagostanja, ki so pod vplivom trenutne bolezni in/ali zdravljenja (Bottomley, Jones in Claassens 2009). Zmanjšana kakovost življenja se torej nanaša na funkcionalne omejitve in zaznane težave v vsakdanjem življenju, ki jih povzroča bolezen ali motnja (Sobocki idr. 2007).

Depresija se pogosto povezuje z opaznim upadom v funkcioniranju, blagostanju. Raziskave skladno s tem kažejo, da osebe z depresijo ali subkliničnimi depresivnimi simptomi poročajo o omejitvah v fizičnem, psihološkem in socialnem funkcioniranju ter o nižji z zdravjem povezani kakovosti življenja (Hays 1995; Coulehan 1997; Revicki 1998).

Za merjenje z zdravjem povezane kakovosti življenja obstaja več vprašalnikov, ki jih lahko razdelimo na splošne in specifične. Splošne vprašalnike lahko uporabljamo pri vseh boleznih oziroma zdravstvenih stanjih in pri različnih populacijah. Specifične vprašalnike pa uporabljamo pri točno določenih stanjih ali boleznih.

Vprašalnika EuroQol (EQ-5D; EuroQol Group 1990) in Short Form Health survey (SF-12; Ware idr. 1996) spadata med splošne vprašalnike za merjenje z zdravjem povezane kakovosti življenja. Prvi spada v skupino preferenčnih vprašalnikov, drugi pa v skupino zdravstvenih profilov. Rezultat preferenčnega vprašalnika je ena sama številka, običajno na intervalu od 'popolnega zdravja' (1) do 'smrti' (0), ki jo imenujemo zdravstveni kazalec (ang. health index score); slednji predstavlja posameznikovo subjektivno oceno trenutnega zdravstvenega stanja. Pri zdravstvenih profilih dobimo več vrednosti, ki predstavljajo posamezno dimenzijo ali področje z zdravjem povezane kakovosti življenja. Prednost zdravstvenih profilov je v tem, da omogočajo merjenje učinkov bolezni/stanja ali zdravljenja na različnih dimenzijah z zdravjem povezane kakovosti življenja (Rifel 2006).

Postopek analize podatkov (vprašalnik EQ-5D)

Vprašalnik EQ-5D (EuroQol Group 1990) ima pet dimenzij; pri vsaki so možni trije odgovori, ki jih lahko razvrstimo v tri kategorije: brez težav, zmerne težave in ekstremne težave. Na podlagi kategorij smo izvedli opisno statistiko (frekvenca in odstotki). V naslednjem koraku smo specifično kombinacijo odgovorov na vprašalnik obtežili z uporabo slovenske lestvice vrednostih stanj (Prevolnik Rupel in Ogorevc 2012), s čimer smo pridobili zdravstveni kazalec posameznega udeleženca. Zaradi statistično pomembnega odklona porazdeljenosti razlik v zdravstvenih kazalcih med obema merjenjema od normalne porazdelitve (Kolmogorov-Smirnov test z Lillieforjevim popravkom: ,164, $p < ,001$) smo za preverjanje razlik z zdravjem povezane kakovosti življenja uporabili Wilcoxonov znakovni test z rangi. Za določitev velikosti spremembe med obema merjenjema smo uporabili Pearsonov r-koeficient.

Rezultati in interpretacija (vprašalnik EQ-5D)

V Tabeli 3.10 za vsako vprašanje prikazujemo delež udeležencev delavnice, ki je izbral posamezno odgovorno kategorijo na začetku delavnice ter tri mesece po koncu delavnice.

Tabela 3.10 Z zdravjem povezana kakovost življenja (EQ-5D) pri udeležencih na začetku delavnice (N = 76) in 3 mesece po koncu delavnice (N = 58)

	Pokretnost f (%)	Skrb zase f (%)	Vsakdanje aktivnosti f (%)	Bolečina/ neugodje f (%)	Tesnoba/ depresija f (%)
<i>Na začetku delavnice</i>					
Brez težav	55 (72,4)	71 (93,4)	26 (34,2)	12 (16,2)	15 (19,7)
Zmerne težave	21 (27,6)	5 (6,6)	47 (61,8)	56 (75,7)	52 (68,4)
Ekstremne težave	0 (0)	0 (0)	3 (3,9)	6 (8,1)	9 (11,8)
<i>3 mesece po koncu delavnice</i>					
Brez težav	48 (82,8)	56 (96,6)	45 (77,6)	35 (60,3)	42 (72,4)
Zmerne težave	10 (17,2)	1 (1,7)	13 (22,4)	23 (39,7)	16 (27,6)
Ekstremne težave	0 (0)	1 (1,70)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Na začetku delavnice je večina udeležencev poročala, da lahko zase poskrbijo brez težav (93,4 %) ter nimajo težav s pokretnostjo (72,4 %). Skoraj 76 % udeležencev je poročalo, da doživljajo zmerne bolečine ali občutke neugodja, 61,8 % pa, da z nekaj težavami opravljajo vsakdanje aktivnosti. Približno 68 % jih je poročalo o doživljanju zmernih občutkov potrnosti ali tesnobe, skoraj 12 % pa o doživljanju skrajnih občutkov tesnobe ali depresivnosti. 3 mesece po koncu delavnice se je na vseh vidikih z zdravjem povezane kakovosti življenja pri udeležencih stanje izboljšalo. Najizrazitejši spremembi lahko opazimo pri doživljanju bolečine oziroma neugodja ter pri občutkih tesnobe/depresije; 60 % udeležencev je poročalo, da ne čutijo bolečin oziroma ne doživljajo občutkov neugodja, približno 72 % pa, da niso potrni ali depresivni.

Iz Tabele 3.11 lahko razberemo razliko v obteženih povprečnih vrednostih zdravstvenih stanj pri udeležencih na začetku delavnice ter tri mesece po koncu delavnice.

Tabela 3.11 Ovrednotena zdravstvena stanja po EQ-5D (N = 76)

	Na začetku delavnice		3 mesece po koncu delavnice			
	M (SD)	Min–max	M (SD)	Min–max	Wilcoxonov znakovni test	Velikost spremembe
Utežene vrednosti zdravstvenih stanj	,618 (,152)	,256–1,00	,752 (,174)	,256–1,00	$z = 4,885$ $p < ,001$,396

Tudi v primeru obteženih zdravstvenih stanj oziroma zdravstvenih kazalcev lahko opazimo statistično pozitivno spremembo. Udeleženci so tri mesece po koncu poročali o boljšem zdravstvenem stanju kot ob začetku delavnice.

Postopek analize podatkov (vprašalnik SF-12)

Vprašalnik SF-12 (Ware idr. 1996) smo v raziskavi uporabili, ker smo želeli izmeriti učinke psihoedukacije na različne dimenzije z zdravjem povezane kakovosti življenja. Vprašalnik meri telesno in duševno komponento z zdravjem povezane kakovosti življenja ter se navezuje na osem konceptov, povezanih z zdravjem: telesno funkcioniranje, vpliv telesnega zdravja na dejavnosti, telesna bolečina, splošno zdravje, vitalnost, socialno funkcioniranje, vpliv čustvenega stanja na dejavnosti, splošno duševno zdravje. Odgovori na

vprašalniku so ovrednoteni tako, da višja vrednost predstavlja boljše zdravstveno stanje oziroma višjo z zdravjem povezano kakovost življenja. Skladno z navodili smo (Ware, Kosinski in Keller 1995): 1) rekodirali štiri postavke, tako da višja vrednost nakazuje boljše zdravje 2) sešteli točke po posameznih dimenzijah vprašalnika (surovi seštevki lestvic), 3) pretvorili surove seštevke dimenzij na lestvico od 0 do 100.

Za preverjanje razlik na posameznih področjih z zdravjem povezane kakovosti življenja med obema merjenjema smo uporabili Wilcoxonov znakovni test z rangi. Za določitev velikosti spremembe med obema merjenjema smo uporabili Pearsonov r -koeficient.

Rezultate na telesni in duševni komponenti vprašalnika SF-12 smo pretvorili v standardizirane oziroma normirane vrednosti (porazdelitev s povprečno vrednostjo 50 in standardnim odklonom 10) z uporabo regresijskih uteži ter konstant, pridobljenih na splošni populaciji ZDA. Za vse odgovorne možnosti pri posameznem vprašanju smo ustvarili 35 indikatorskih spremenljivk (1/0); vrednost 1 smo določili v primeru izbire odgovorne možnosti, vrednost 0 pa v primeru, da odgovorna vrednost ni bila izbrana. Indikatorske spremenljivke nismo ustvarili za odgovorno možnost, ki pri posameznem vprašanju označuje najboljše zdravstveno stanje. V naslednjem koraku smo 35 indikatorskih spremenljivk s pomočjo regresijskih uteži obtežili, pri čemer smo uporabili dva sklopa regresijskih uteži, telesno in duševno. Rezultat na telesni komponenti smo dobili s seštevkom vseh 35 obteženih spremenljivk, ki smo jih obtežili s sklopom telesnih uteži; rezultat na duševni komponenti pa smo dobili s seštevkom vseh 35 obteženih spremenljivk, ki smo jih obtežili s sklopom duševnih uteži. V zadnjem koraku smo rezultatoma na posamezni komponenti prištelili pripadajoči konstanti.

Za preverjanje razlik v telesni in duševni komponenti med obema merjenjema smo uporabili t -test za odvisne vzorce (Kolmogorov-Smirnov test z Lillieforjevim popravkom: ,06 in ,07; $p > ,200$). Za določanje velikosti spremembe med obema merjenjema smo uporabili Pearsonov r -koeficient.

Rezultati in interpretacija (vprašalnik SF-12)

V Tabeli 3.12 prikazujemo povprečne odgovorne vrednosti udeležencev na posameznih področjih z zdravjem povezane kakovosti življenja na začetku delavnice ter tri mesece po koncu delavnice.

Tabela 3.12 Z zdravjem povezana kakovost življenja (SF-12) (N = 76)

	Na začetku delavnice		3 mesece po koncu delavnice			
	M (SD)	Min-max	M (SD)	Min-max	Wilcoxonov znakovni test	Velikost spremembe
Splošno zdravje	34,6 (21,3)	0 – 75,0	42,1 (21,3)	0 – 100	$z = 2,842$ $p = ,008$,231
Fizično funkcioniranje	67,6 (26,6)	0 – 100	77,3 (24,8)	0 – 100	$z = 2,816$ $p = ,03$,228
Vpliv telesnega zdravja na dejavnosti	31,4 (42,5)	0 – 100	60,5 (42,3)	0 – 100	$z = 4,292$ $p < ,001$,348
Telesna bolečina	56,1 (25,7)	0 – 100	73,4 (27,3)	0 – 100	$z = 4,584$ $p < ,001$,372
Vitalnost	34,6 (20,4)	0 – 100	49,9 (24,2)	0 – 100	$z = 4,161$ $p < ,001$,338
Socialno funkcioniranje	52,3 (26,0)	0 – 100	71,4 (25,7)	25 – 100	$z = 4,938$ $p < ,001$,401
Vpliv čustvenega stanja na dejavnosti	29,5 (38,4)	0 – 100	55,7 (41,3)	0 – 100	$z = 3,880$ $p = ,001$,315
Splošno duševno zdravje	48,4 (20,5)	0 – 90,0	62,0 (19,9)	20 – 100	$z = 4,401$ $p < ,001$,357

Rezultati kažejo, da je pri vseh vidikih z zdravjem povezane kakovosti življenja prišlo do statistično pomembnih izboljšav; 3 mesece po koncu delavnice so udeleženci v povprečju poročali o boljšem stanju na vseh področjih z zdravjem povezane kakovosti življenja kot na začetku delavnice. Največje spremembe lahko opazimo pri socialnem funkcioniranju, občutenju telesne bolečine in splošnem duševnem zdravju.

Rezultati kažejo tudi razlike v povprečnem dosežku na telesni in duševni komponenti vprašalnika pri udeležencih na začetku ter tri mesece po koncu delavnice (Tabela 3.13).

Tabela 3.13 Telesna in duševna komponenta vprašalnika SF-12 (N = 76)

	Na začetku delavnice		3 mesece po koncu delavnice			
	M (SD)	Min-max	M (SD)	Min-max	Wilcoxonov znakovni test	Velikost spremembe
Telesna komponenta	41,2 (9,0)	20,9 – 65,9	47,4 (8,5)	22,5 – 60,2	$t = -5,33$ $p < ,001$,524
Duševna komponenta	37,1 (11,1)	9,5 – 60,7	47,1 (12,2)	23,5 – 66,8	$t = -5,07$ $p < ,001$,505

V primerjavi z vrednostmi na splošni populaciji ZDA sta povprečni vrednosti telesne in duševne komponente na začetku delavnice podpovprečni. Sicer pa so udeleženci delavnice ob drugem merjenju (tri mesece po koncu delavnice) v povprečju poročali o pozitivnih spremembah na obeh komponentah vprašalnika. Obe opaženi spremembi sta bili statistično pomembni in veliki. Dobljeni povprečni vrednosti telesne in

duševne komponente pri udeležencih tri mesece po delavnici sta primerljivi s podatki za splošno populacijo ZDA.

Rezultati, dobljeni na našem vzorcu, torej ne glede na uporabljeni vprašalnik kažejo izboljšanje z zdravjem povezane kakovosti življenja tri mesece po koncu delavnice: udeleženci so poročali o izboljšanju z zdravjem povezane kakovosti življenja na vseh vidikih, merjenih z vprašalnikom EQ-5D, do izboljšanja pa je prišlo tudi na telesni in duševni komponenti z zdravjem povezane kakovosti življenja, merjene z vprašalnikom SF-12. Zvišanje z zdravjem povezane kakovosti življenja je skladno z nižanjem depresivne simptomatike pri udeležencih, o čemer poročajo tudi številne tuje študije (npr. Hays 1995; Coulehan 1997; Revicki 1998).

3.2.9 Korelacije med konstrukti

Postopek analize podatkov

Za preverjanje povezanosti med konstrukti smo uporabili Spearmanov korelacijski koeficient rangov, ki je primeren za spremenljivke ordinalne narave in/ali spremenljivke, ki se statistično značilno odklanjajo od normalne porazdelitve.

Rezultati in interpretacija

V Tabeli 3.14 prikazujemo korelacije med konstrukti, merjenimi v naši raziskavi. Rezultati kažejo, da se depresivna simptomatika statistično značilno povezuje z vsemi obravnavanimi konstrukti, razen z zaznano samoučinkovitostjo za obvladovanje in preprečevanje depresije. Pozitivna povezanost se kaže le med depresivno simptomatiko ter ponotranjeno stigmo; z večanjem resnosti depresivne simptomatike se večja stopnja ponotranjene stigme. Z vsemi ostalimi koncepti se depresivna simptomatika povezuje negativno; s povečevanjem depresivne simptomatike se torej manjša pogostost izvajanja vedenj za obvladovanje depresije ter niža z zdravjem povezana kakovost življenja. Najmočnejša negativna povezanost se kaže med depresivno simptomatiko in socialnim funkcioniranjem ter splošnim duševnim zdravjem.

Tabela 3.14 Korelacije med obravnavanimi koncepti (ob prvem merjenju)

	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	XIII.	XIV.	XV.
I. Depresivna simptomatika															
II. Zaznana samoučinkovitost za obvladovanje in preprečevanje depresije	-,222	1													
III. Vedenja, povezana z obvladovanjem depresije - Izvajanje prijetnih aktivnosti	-,522**	,244*	1												
IV. Vedenja, povezana z obvladovanjem depresije - Sodelovanje v družabnih aktivnostih	-,280*	,276*	,482**	1											
V. Pismenost o duševnem zdravju	-,315*	,043	,021	,047	1										
VI. Ponotranjena stigma duševne bolezni	,318*	-,106	-,235	,003	-,233	1									
VII. Kvaliteta življenja, povezana z zdravjem	-,584**	,134	,138	-,022	,415**	-,226	1								
VIII. SF-12 – Fizično funkcioniranje	-,314*	,108	,118	,131	,180	-,099	,471**	1							
IX. SF-12 – Omejenost opravljanja vsakdanjih aktivnosti zaradi težav v fizičnem zdravju	-,487**	,286*	,202	,331*	,027	-,233	,392**	,362*	1						
X. SF-12 – Telesna bolečina	-,434**	,140	,111	,160	,215	-,106	,557**	,486**	,512**	1					
XI. SF-12 – Splošno zdravje	-,380**	,068	,279*	,117	,054	-,216	,392**	,422**	,328**	,460**	1				
XII. SF-12 – Vitalnost	-,410**	,360**	,186	,158	,216	-,063	,441**	,237	,249	,373**	,225	1			
XIII. SF-12 – Socialno funkcioniranje	-,648**	,343**	,280*	,280*	,383**	-,092	,581**	,325**	,449**	,425**	,320**	,620**	1		
XIV. SF-12 – Omejenost opravljanja vsakdanjih aktivnosti zaradi čustvenih težav	-,507**	,244*	,214	,171	,319*	-,129	,386**	,151	,304*	,288*	,148	,328**	,482**	1	
XV. SF-12 – Duševno zdravje (psihološko blagostanje in psihološki distress)	-,631**	,337**	,270*	,193	,321**	-,234	,538**	,198	,354**	,437**	,299*	,678**	,679**	,531**	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

3.2.10 Napovedovanje izidov

Tuje študije kažejo, da se z izboljšanjem depresivne simptomatike statistično značilno povezujejo dejavniki, kot je uporaba ustreznih vedenjskih strategij za spoprijemanje z depresijo, zaznana samoučinkovitost za obvladovanje depresije, obstoj socialne podpore, učinkovitost psihofarmakoterapije, resnost depresije (Ludman idr. 2003; Perraud 2000). Tudi na našem vzorcu smo želeli preveriti, s katerimi preučevanimi spremenljivkami je mogoče napovedati spremembo v depresivni simptomatiki pri udeležencih.

Postopek analize podatkov

Za prepoznavanje dejavnikov, ki se povezujejo s spremembo v depresivni simptomatiki pred psihoedukacijo in po njej, smo uporabili linearni mešani model (ang. linear mixed model) z uporabo kovariacijske strukture HCS (ang. heterogeneous compound symmetry). Linearni mešani model je primeren za preučevanje individualnih sprememb v času na osnovi različnih regresijskih modelov s kontinuiranimi odvisnimi spremenljivkami (West 2009).

Rezultati in interpretacija

V Tabeli 3.15 prikazujemo rezultate napovednega modela spremembe v depresivni simptomatiki pri udeležencih pred psihoedukativno delavnico in po njej.

Tabela 3.15 Napovedni model spremembe v depresivni simptomatiki

	Ocena parametra	Standardna napaka ocene	t-vrednost s pripadajočo p-vrednostjo
Zaznana samoučinkovitost	-,096	033	-2,871, $p = ,004$
Ponotranjena stigma	2,674	,874	3,061, $p = 002$
Izvajanje prijetnih aktivnosti	-1,481	,466	-3,180, $p = ,003$
Sodelovanje v družabnih aktivnostih	-,158	,416	-,654, $p = ,514$
Pismenost o duševnem zdravju	-,158	,284	-,549, $p = ,583$
Opazovanje oziroma spremljanje simptomov depresije	-1,614	1,149	-1,394, $p = ,164$
Opazovanje zgodnjih znakov poslabšanj	-1,797	1,202	-1,517, $p = 130$
Predvidevanje in pripravljenost na situacije, ki lahko sprožijo depresijo ali jo poslabšajo	1,935	,998	1,939, $p = ,053$
Presečišče	15,461	2,632	6,011, $p = 000$

Rezultati kažejo, da se s spremembo depresivne simptomatike pri udeležencih pred in po psihoedukativni delavnici statistično značilno povezujejo zaznana samoučinkovitost za obvladovanje in preprečevanje depresije, ponotranjena stigma in pogostost izvajanja prijetnih aktivnosti. Posamezniki, ki so pogosteje izvajali prijetne aktivnosti, so bili bolj prepričani v lastne zmožnosti za obvladovanje in preprečevanje depresije ter so v manjši meri sprejemali negativne stereotipna prepričanja o duševni motnji, so poročali o izboljšanju depresivne simptomatike. Slednje je skladno z navedbami tujih študij o pomenu posameznikove aktivne vloge pri obvladovanju depresije (Ludman idr. 2003; Houle idr. 2013, 2016), zaznane samoučinkovitosti za obvladovanje bolezni (Perraud 2000) ter negativni vlogi ponotranjene stigme na izboljšanje počutja (Ritsher, Otilingam in Grajales 2003; Livingston in Boyd 2010; Yanos idr. 2008). Preostale obravnavane spremenljivke, vključene v napovedni model, niso bile statistično značilne. Razloge lahko do določene mere iščemo v uporabljenih vprašalnikih. Na izbranih postavkah Vprašalnika znanja o duševnem zdravju

(Wang idr. 2013) so udeleženci že pred delavnico dosegli visoko število točk, kar lahko med drugim kaže, da izbrane postavke slabše diskriminirajo med udeleženci. Vežano na merjenje uporabe vedenjskih strategij za obvladovanje depresije Vprašalnika o vedenjskih strategijah za obvladovanje depresije (Ludman idr. 2003) prav tako ne gre pozabiti na psihometrične pomanjkljivosti tega zelo kratkega vprašalnika, predvsem z vidika zanesljivosti in veljavnosti.

3.2.11 Spremembe v depresivni simptomatiki med edukacijsko in primerjalno skupino

V nadaljevanju smo želeli preveriti, ali lahko statistično značilno izboljšanje v depresivni simptomatiki pri udeležencih, o katerem smo poročali v poglavju 3.2.3, pripišemo udeležbi na psihoedukativni delavnici. V ta namen smo rezultate oziroma opažene pozitivne spremembe v edukacijski skupini primerjali s potencialnimi (ne)spremembami v primerjalni skupini. Natančneje nas je zanimalo, ali med edukacijsko in primerjalno skupino obstajajo statistično pomembne razlike v izraženosti depresivne simptomatike med obema merjenjema.

Postopek analize podatkov

Za ugotavljanje sprememb v depresivni simptomatiki med psihoedukacijsko in primerjalno skupino smo uporabili Anovo za mešano raziskovalno zasnovo (ang. *mixed design Anova*). Predpostavkam za uporabo testa je bilo zadoščeno, kajti a) grafično preverjanje podatkov ni razkrilo osamelcev; b) preverjanje porazdeljenosti podatkov je pokazalo, da porazdelitev odvisne spremenljivke v edukacijski skupini pri posameznem merjenju ne odstopa statistično značilno od normalne porazdelitve (Kolmogorov-Smirnov test z Lillieforskim popravkom: 1. merjenje = ,075, $p > ,200$; 2. merjenje = ,085, $p > ,200$). Tega nismo uspeli potrditi v primerjalni skupini (Shapiro - Wilks: 1. merjenje = ,907; $p = 010$ in 2. merjenje = ,911; $p = ,012$), vendar je dodatno grafično preverjanje s histogrami pokazalo približno normalno porazdelitev brez pretirane asimetrije ali sploščenosti; c) Lavenov test homogenosti varianc je bil statistično neznačilen.

Za ugotavljanje velikosti spremembe smo uporabili delni Eta kvadrat (ηp^2).

Rezultati in interpretacija

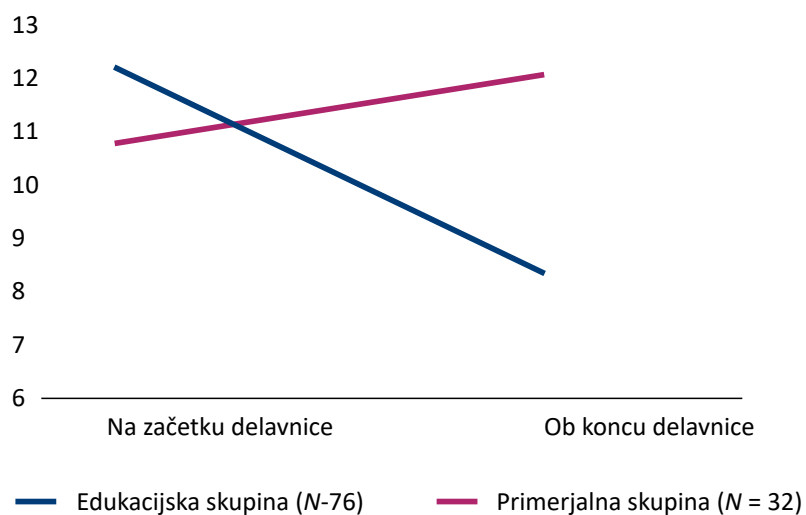
V Tabeli 3.16 prikazujemo rezultate Anove za mešano raziskovalno zasnovo, izvedene za ugotavljanje sprememb v depresivni simptomatiki med psihoedukacijsko in primerjalno skupino.

Tabela 3.16 Rezultati Anove za mešano raziskovalno zasnovo

	1. merjenje <i>M (SD)</i>	2. merjenje <i>M (SD)</i>	Interakcija časa in pogoja	Velikost interakcije Delni Eta kvadrat (ηp^2)
Edukacijska skupina ($N = 76$)	11,93 (6,02)	8,55 (5,01)	$F(1) = 22,704$ $p < ,001$,176
Primerjalna skupina ($N = 32$)	10,69 (4,93)	11,84 (5,98)		

Rezultati kažejo, da obstaja statistično značilna interakcija med pogojem (edukacijska ali primerjalna skupina) in časom merjenja, kar pomeni, da se spremembe v depresivni simptomatiki med obema merjenjema razlikujejo med obema skupinama. Dodatne analize (s prilagoditvijo Bonferroni) kažejo, da med skupinama ob prvem merjenju ni statistično pomembnih razlik v izraženosti depresivne simptomatike ($p = ,304$) ter v primerjalni skupini ni statistično pomembnih sprememb med obema merjenjema ($p = ,151$). Z drugimi besedami, edukacijska skupina je pomembno izboljšala depresivno simptomatiko, medtem ko v primerjalni skupini tega ni mogoče opaziti oziroma lahko opazimo rahel porast v izraženosti simptoma-

tike (Slika 3.1). Kljub relativno majhnemu vzorcu primerjalne in edukacijske skupine in pomanjkljivostim, vezanim na zasnovano raziskavo, zaradi katerih ne moremo sklepati o drugih vplivih na izide, je opaženi trend spremembe depresivne simptomatike v edukacijski skupini spodbuden, zaključke pa je treba interpretirati ob upoštevanju navedenih omejitev.



Slika 3.1 Spremembe v depresivni simptomatiki med psihoedukacijsko in primerjalno skupino na začetku in ob koncu delavnice

3.3 Vplivi in učinki psihoedukativne delavnice – izsledki fokusih skupin

3.3.1 Namen

S fokusno skupino smo pri udeležencih delavnice želeli preveriti, kako so zaznali psihoedukativno delavnico (tj. zadovoljstvo, uporabnost, potencialne možnosti za izboljšavo), ter v kolikšni meri zaznavajo, da je psihoedukativna delavnica pripomogla k njihovemu opolnomočenju.

3.3.2 Metoda

Vzorec

Skupno je bilo izvedenih 13 fokusnih skupin, v katere je bilo vključenih od 2 do 9 udeležencev delavnice (skupno število vključenih udeležencev je bilo 63).

Pripomočki

Izvedba posameznih fokusnih skupin je sledila naboru vnaprej pripravljenih vprašanj, ki so se nanašala na več tematskih sklopov: zaznavo delavnice, uporabnost delavnice, širši vidik spoprijemanja z depresijo (zgodovina, vpliv bolezni na življenje, stigma) (gl. Prilogo 1).

Postopek

Za analizo prepisanih oziroma transkribiranih fokusnih skupin smo uporabili metodo analize vsebine (ang. *content analysis method*) (Miles in Huberman 1984). Dve raziskovalki (NSK, LF) sta na podlagi vsebine prvih treh fokusnih skupin neodvisno oblikovali vsebinske kategorije, vezane na izkušnje in zaznave udeležencev delavnice. Nato sta medsebojno uskladili kodirno shemo oziroma dosegli konsenz glede splošnih vsebinskih kategorij. Na podlagi oblikovanih vsebinskih kategorij je ena od njiju (NKS) kodirala vse fokusne skupine. Ko so bile v procesu kodiranja prepoznane vsebine, ki jih kodirna shema ni vključevala, je bila ta s konsenzom razširjena. Ob koncu analize in kodiranja sta raziskovalki kategorije vsebinsko združili v manjše število tematskih sklopov. Posamezne fokusne skupine sta, z namenom preverjanja zanesljivosti med ocenjevalcema, kodirali obe raziskovalki.

3.3.3 Rezultati in interpretacija

Pri analizi fokusnih skupin smo prepoznali tri glavne vsebinske kategorije, ki so se nanašale na koristi delavnice: I) Sprememba v mišljenju, prioritetah, načinu spoprijemanja z depresijo, II) Drugačen pogled na depresijo, zmanjšanje stigme in III) Korist izvedbe v skupini. Dodatno pa smo pogledali še izjave udeležencev fokusnih skupin, ki so se nanašale na stigma in samostigmo.

Tabela 3.17 prikazuje vse identificirane glavne kategorije s podkategorijami, ki jih bomo podrobneje, preko primerov udeležencev, opisali v nadaljevanju. Celoten nabor kategoriziranih izjav udeležencev je v Prilogi 6.

Tabela 3.17 Glavne vsebinske kategorije in podkategorije v fokusnih skupinah z udeleženci

Glavne kategorije	Podkategorije
I. Sprememba v mišljenju, prioritetah, načinu spoprijemanja z depresijo	<p>I. a) Uporabnost delavnice (splošno)</p> <p>I. b) Opolnomočenost</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresijo je mogoče obvladati - Večja pripravljenost na, več znanja za spoprijemanje z depresijo <p>I. c) Spremljanje simptomov, prepoznavanje in preprečevanje poslabšanj</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spremljanje simptomov, prepoznavanje poslabšanj - Preprečevanje poslabšanj - Ukrepati, ko še ni prehudo <p>I. d) Sprememba mišljenja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boljše spoprijemanje z negativnimi mislimi - Bolj optimistično razmišljanje - Sprememba prioritet v življenju <p>I. e) Pomen lastne aktivnosti pri zdravljenju</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pomembnost lastne aktivnosti - Vzeti si čas, da naredimo kaj zase <p>I. f) Novo znanje, sprememba mišljenja o antidepressivih</p> <p>I. g) Boljše počutje</p> <p>I. h) Vzdrževanje stikov po delavnici</p> <p>I. i) Potreba po srečanju čez čas</p> <p>I. j) Usmerjanje na vire pomoči</p>
II. Drugačen pogled na depresijo, zmanjšanje stigme	<p>II. a) Sprememba glede pogleda na depresijo tekom delavnice – normalizacija depresije</p> <p>II. b) Sprememba glede pogleda na depresijo tekom delavnice – zmanjšanje občutka krivde</p> <p>II. c) Sprememba glede pogleda na depresijo tekom delavnice – spregovoriti o depresiji</p> <p>II. d) Sprememba glede pogleda na depresijo tekom delavnice – prej iskati pomoč</p> <p>II. e) Sprememba glede pogleda na depresijo tekom delavnice – pri svojcih</p>
III. Korist izvedbe v skupini	<p>III. a) Druženje</p> <p>III. b) Izmenjava izkušenj, težav, načinov reševanja, učenje drug od drugega</p> <ul style="list-style-type: none"> - Izmenjava izkušenj, težav - Izmenjava načinov reševanja težav, učenje drug od drugega - Drugi premagujejo, so zmogli premagati še težje stvari <p>III. c) Podporno, varno, razumevajoče okolje, v katerem lahko posameznik izrazi svojo stisko, se razbremeni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Možnost spregovoriti (o težavah) - Podpora skupine - Razumevanje v skupini oseb s podobnimi težavami - Zaznava, da nisi sam

Glavne kategorije	Podkategorije
IV. Stigma in samostigma depresije	IV. a) Zaznava depresije kot 'normalne' bolezni IV. b) Depresija je v družbi tabu tema, negativna prepričanja o depresiji v družbi (in pri udeležencih) IV. c) Samostigma pri udeležencih <ul style="list-style-type: none"> - Socialno izogibanje - Skrivnost - Razkritje izbranim osebam - Razkritje komurkoli - Angažirano razkritje (izbranim osebam)

I. Sprememba v mišljenju, prioritetah, načinu spoprijemanja z depresijo

Prva prepoznana kategorija se je nanašala na spremembe v razmišljanju, postavljanju prioritet v življenju, znanju ter veščinah glede spoprijemanja z depresijo. Vse navedene teme v tej kategoriji se neposredno nanašajo na glavne vsebine psihoedukativne delavnice, s katerimi izvajalec seznanjeni udeleženci delavnice.

I. a) Uporabnost delavnice (splošno) se nanaša na splošne koristi, ki jih prepoznajo udeleženci. Delavnico vidijo kot možnost iskanja pomoči v težavah, pridobivanja znanja, izkušenj, usmeritev ter spodbud za spremembo.

- *Tako da bi svetovala vsem. Kdorkoli ima težave, da si najde pomoč. Da si potrka na vrata ta, da ne ostane doma sam v svojih težavah, ampak da pač najde pomoč. Ja, delavnica je bila tista, ki pač ... ker spoznaš določene stvari. Jaz tega nisem imela recimo v psihiatriji. Jaz imam zelo slabe izkušnje. (udeleženka delavnice, ZD Kranj)*

Pri tem udeleženci izpostavljajo tudi pomembnost druženja ter v splošnem izražajo zadovoljstvo z delavnicami.

- *Zelo dobro, sem zelo zadovoljna, je bila delavnica zelo koristna, dobro vodena, organizirana. Moram povedati, da ko mi je moja zdravnica to svetovala, sem najprej – joj, pa ne bi jaz to šla, čeprav sem zdravstveni delavec. Pa mi je rekla, ne, gospa, veste, kolikor imam informacije, so zelo pozitivni odzivi. In sem srečna pa vesela, da sem se za to odločila ... Vidim, da terapija in vse, oboje skupaj mi zelo koristi in upam, da bo tudi naprej tako in z veseljem bi se še udeležila, če bo kdaj še kaj takega. (udeleženka delavnice, ZD Ljutomer)*

I. b) Opolnomočenost se nanaša tako na zaznavo udeležencev, da je depresijo mogoče premagati kot tudi na več znanja in veščin ter s tem boljšo pripravljenost/opremljenost za spoprijemanje z depresijo.

- *Jaz imam tudi boljše upanje kot prej. Bolj moč si dobil, življenjsko, ko to slišiš. Čeprav je rekla, da se ponovi lahko. Nekako vseeno zdaj drugače gledaš, da si boš pomagal, pa ... (udeleženka delavnice, ZD Novo mesto)*
- *Aha, jaz sem se tu prvič srečala z eno možnostjo, da si lahko pomagaš. Na primer to, ko nam je povedala, da lahko prekineš ta vrtinec, v katerega prideš s tem, da načrtno razmišljaš o nekih težjih zadevah. Tega mi do zdaj ni nihče povedal. Mislim, pa jaz uporabljam internet, a razumete, ampak očitno mi ni kapnilo, da bi napisala notri psihoterapija ali kaj takega. Potem bi se verjetno že odpiralo, ampak jaz se zelo zanimam za to kognitivno-vedenjsko psihoterapijo. Ker mislim, da to mi lahko zelo koristi. (udeleženka delavnice, ZD Lenart)*
- *Premagovanje težav, lažje prenašanje depresije, da ko prideš v neko stanje, vidiš – aha, sedaj je pa tisto, kar je oni povedal (udeleženka delavnice, ZD Novo mesto)*

I. c) Spremljanje simptomov, prepoznavanje in preprečevanje poslabšanj se nanaša na prepoznane koristi udeležencev glede spremljanja bolezni, prepoznavanja znakov poslabšanj in lastnega dovolj hitrega ukrepanja za preprečevanje poslabšanj.

- *Jaz sem zdaj sigurno bolj pozorna. Jaz bom v teh mesecih, oziroma v tem letu, čedalje bolj pozorna na vse. Na vse simptome oziroma znake, ki se pojavljajo, mogoče na novo. (udeleženka delavnice, ZD Kranj)*
- *Predvsem me je pritegnilo to, da bom še bolj previdna, da bom še bolj pozorna, kako deluje moje telo od zjutraj, ko vstanem, do večera. Kaj sem zase naredila, katero aktivnost bom naredila, kaj bom jutri delala, kako se zvečer počutim, spremljala. Ker obstaja nevarnost, da se mi depresija ponovi. Jaz bom v tej smeri delala. (udeleženka delavnice, ZD Novo mesto)*
- *Tudi ne predolgo čakati, ne da poiščeš pomoč. Ker kolikor dlje odlašaj, toliko bolj globoko zabredeš in je sigurno težje, kakor če bi si prej pomagal. Tudi z zdravili ne. (udeleženka delavnice, ZD Trebnje)*

I. d) Sprememba mišljenja pri udeležencih se nanaša tako na njihovo boljše spoprijemanje z negativnimi mislimi, kar je tema tretje delavnice, kot tudi na bolj optimističen pogled nase in na bolezen ter spremembe v postavljanju življenjskih prioritet (tj. postavljanje sebe in svojega počutja na prvo mesto).

- *Meni je najbolj prišlo tisto do ... tista vprašanja, misel. Da se potem vprašaj, kaj tista misel pomeni. Ali ti koristi, ali je prava ali ni prava, kakšna je rešitev. In potem iščeš iz tiste misli, ko jo analiziraš, iščeš naprej rešitve. Jaz upam, da bom to lahko. (udeleženka delavnice, ZD Slovenj Gradec)*
- *Ja, začneš pozitivno razmišljati. Sam sebi si nekako bolj všeč. Dobiš tisto energijo spet. Ni več tistega zjutraj, ko se zbudiš, pa študiraš tri ure ali pa štiri ure, ali bi vstal ali ne bi vstal, a ne? (udeleženka delavnice, ZD Velenje)*
- *Ampak zdaj vidim. Prvo sebe imeti rad, prvo zase poskrbeti. Pol pa tudi drugi bodo poskrbeli, če sam zase, če pa ne ... Pa povedati kaj, saj to, če kdo kaj misli, da je to narobe, pa naj si misli, kakor hoče. Pač tako je. (udeleženka delavnice, ZD Ljubljana)*

I. e) Pomen lastne aktivnosti pri zdravljenju se nanaša na zaznave udeležencev glede tega, kako je pri premagovanju depresije pomembna lastna aktivnost (in ne zgolj zdravila) ter kako je pomembno, da si znajo vzeti čas zase in za stvari, ki jih radi počnejo.

- *... jaz sem že ene znake prepoznala. Ker se s tem soočam ne eno leto, ampak ... Zdaj sem prišla do tega, da bo treba nekaj narediti na tem, neke konkretne korake. Da ne morem vedno znova se vračati nazaj. (udeleženka delavnice, ZD Nova Gorica)*
- *Ja, ja. Jaz osebno na primer vidim, zjutraj vstanem, lepo se zrihtam. Uredim tako, kot sem včasih znala. Oblečem se. Prej bi bila pa kar v kaki pižami ali pa trenirki ... Ja, enostavno moraš reči, zdaj pa grem. Ne bom več tok fertig. Rabiš pa, da prideš do te faze. In meni se zdi, da mi je tole pomagalo, da sem prišla ven iz tistega zaprtja. Recimo tudi tole zdaj k angleščini, ko hodim. Je nekaj, da veš, aha zdaj moraš iti, pa se moraš obleči ... (udeleženka delavnice, ZD Velenje)*
- *Na vseh predavanjih je bilo poudarjeno, da moramo zase ... tudi zapisati smo si morali, katere stvari bomo zase naredili. Vsakič na predavanju smo obnavljali, kaj smo prejšnji teden zase naredili. V glavo naj bi nam stopilo, da moramo tudi za naslednji teden pomisliti, kaj bomo naslednji teden zase naredili. Kaj bomo delali, kaj nas sprošča, veliko na zrak hoditi, te stvari. (udeleženka delavnice, ZD Novo mesto)*

I. f) Novo znanje, sprememba mišljenja o antidepresivih je pomembna podkategorija, saj so številni udeleženci fokusnih skupin poročali, da o antidepresivih prej niso veliko vedeli, so jih zavračali ali jemali s strahom (ker so se bali, da bi se razvila odvisnost).

- *Jaz bi lahko samo toliko dodala, recimo o antidepresivih. Na začetku sem pač samo tisto, kar sem slišala in je bilo vse večinoma slabo. Ja kaj, saj so samo tablete. Ti ne pomagajo, je samo še slabše in pol tukaj se mi je prav odprlo vse, ker sem dobila prave informacije o te ... ena gospa je imela tablete in ji sploh*

niso povedali, zakaj to jemlje ... to se mi zdi, da s strani zdravnikov bi moralo biti veliko bolje, samo da bolje razložijo. (udeleženka delavnice, ZD Nova Gorica)

- Jaz recimo nisem gledala kot lastno šibkost, ampak bala sem se tega. Nisem imela toliko znanja pa izkušenj o teh antidepressivih. V smislu, oh, bom zdaj to jemala, pa bom zdaj neka odvisnica. Bom nasploh komaj eksistirala, pa kako bo to naprej. To mi je predvsem bilo. Jaz imam sedaj čisto drugo mnenje, tudi moja izkušnja mi govori, da se izboljšuje. Da sem v stanju določene stvari premagovati in ravno to znanje na delavnici pomaga, zelo. (udeleženka delavnice, ZD Ljutomer)
- Ja, to je rekla, da moraš jemati /antidepressive/ po zdravniških navodilih, kot ti svetuje in se pogovarjaš tudi z zdravnikom. Če se stanje izboljša in ti on svetuje potem, po kolikem času in če lahko prenehaš ali ne in kdaj jemlješ. To je tudi ... včasih si mislil, da bo to trajalo v nedogled, ali pa, da ne bo nič bolje. Ko se stanje enkrat popravlja, enkrat se slabša in si bil včasih v dvomih ... Ko to slišiš, je drugače. (udeleženka delavnice, ZD Novo mesto)

I. g) Boljše počutje se nanaša na spremembo v počutju, ki so jo udeleženci pripisali obiskovanju delavnice, pri čemer so izpostavili večjo sproščenost, umirjenost, manj pogosto pojavljanje negativnih misli, boljše spanje, krepitev samozavesti.

- Pravzaprav moram reči, da se je izboljšalo. Bolje spim, nimam tistih slabih misli. (udeleženka delavnice, ZD Celje)

I. h) Vzdrževanje stikov po delavnici bo v večini skupin priložnostno (če se bodo udeleženci kje srečali), v nekaterih skupinah pa so udeleženci izrazili željo, da bi se organizirali v skupino (za samopomoč).

- Zdaj smo se v bistvu nekako povezali mi štirje pa potem še Vesna. Smo si dali telefonske. Tako da se bomo tudi slišali kdaj pa kdaj. In to je tisto. Ta tečaj se je v bistvu šele začel. (udeleženec delavnice, ZD Ljubljana)

I. i) Potreba po srečanju čez čas se je pojavila v številnih skupinah, v katerih so udeleženci izrazili, da bi jim ponovitveno srečanje koristilo, jim dalo gotovost in jih spodbudilo k vzdrževanju sprememb.

- A veste, začutiš eno sigurnost, kako bi rekla temu. So ustanove, ki ti pomagajo. Ko lahko prideš, poveš. Tudi, mogoče bi bilo tudi dobro, da ne zapustimo zdaj tega. Mogoče, ne vem, čez ene tri, štiri mesece ali pa pol leta, bi bilo spet idealno, da te kakšen pokliče, da te vpraša, da te ... Da ni pa zdaj tega konec. (udeleženka delavnice, ZD Kranj)

I. j) Usmerjanje udeležencev k virom pomoči je ena od pomembnih nalog izvajalca delavnic in na večini delavnic so udeleženci dobili informacije, kam se še lahko obrnejo po (strokovno) pomoč.

- Ja, ja, to je samo omenila, da je možnost, če rabimo, da je možnost. Da se pri njej zglosiš in ona ima potem pač te naslove, bi se temu reklo, in te usmeri kam in kako, kje je bližje in tako naprej. (udeleženka delavnice, ZD Trebnje)

II. Drugačen pogled na depresijo, zmanjšanje stigme

V drugi kategoriji so izjave udeležencev, ki se nanašajo na spremembo njihovega pogleda na depresijo in zmanjšanje stigme. Koristi delavnice v tej kategoriji so odraz večje informiranosti udeležencev, novega znanja, novih izkušenj in možnosti spregovoriti o depresiji kot 'normalni' bolezni.

II. a) Sprememba glede pogleda na depresijo tekom delavnice – normalizacija depresije je kategorija, ki obsega izjave udeležencev glede spremembe njihovih prepričanj o depresiji tekom delavnice, v smislu prepoznavanja depresije kot normalne bolezni, za katero lahko zboli vsakdo in je ozdravljiva.

- Da se to lahko vsakemu zgodi. Da se lahko ob nekem dogodku sproži in da vsakega lahko doletijo taka stanja skozi življenje. Življenje pač ni samo pravljična, ampak je z vsemi svojimi vzponi in padci, imamo vsi to. (udeleženka delavnice, ZD Nova Gorica)

II. b) Sprememba glede pogleda na depresijo tekom delavnice – zmanjšanje občutka krivde se nanaša na izjave udeležencev, da jim je delavnica pomagala pri zmanjševanju občutka krivde, da so zboleli za depresijo.

- *Ja, jaz osebno sem se znebila vsaj delno tistega občutka krivde. Ker sem si prišla ... da se je z mano nekaj dogajalo, nekaj podzavestno in se vsega tega sploh nisem zavedala. Ampak ta moja ožja okolica je na meni opazila spremembe, pa mi nihče ni pomagal. In zdaj vem, da nisem jaz tisti glavni krivec, ampak da so praktično tudi sami pripomogli k vsemu, kar se je dogajalo. (udeleženska delavnice, ZD Velenje)*

II. c) Sprememba glede pogleda na depresijo tekom delavnice – spregovoriti o depresiji se nanaša na izjave udeležencev delavnice, da jim je delavnica pomagala, da so začeli govoriti o svoji bolezni brez sramu.

- *No jaz, ko sem prišla na prvo srečanje, sem mislila, ko bo kakšno spraševanje, karkoli, da bom rekla – mene preskočite, jaz ne bom nič govorila. Nisem mogla o tem govoriti. O tem, kako se je začelo. Tako ne, ko so vsi nekaj povedali, potem sem še jaz. In mi je bilo to zelo všeč in sem se počutila bolje. Da nekako ... Ker bala sem se, kako bodo drugi gledali name, da povem. In potem, ko sem videla, da so vsi povedali, je to lažje in sem še jaz, brez problema. (udeleženska delavnice, ZD Ljubljana)*

II. d) Sprememba glede pogleda na depresijo tekom delavnice – prej iskati pomoč se nanaša na izjave udeležencev, da bi po delavnici (opremljeni z novim znanjem o depresiji in izkušnjo v skupini) prej poiskali strokovno pomoč.

- *Vedno imaš v ozadju nekje, joj, kaj bodo pa otroci rekli? Tudi veliko časa sem recimo kar pod preprogo dajala tista svoja čustva, skrivala. Saj mogoče pa to ni to. Kar sploh to ni prav ... A veste, že takrat bi morala takoj poiskati pomoč ... Dočim zdajle, ko gledam tako, je pa ... ne vem, če bi toliko časa čakala. Bi prej poiskala pomoč. (udeleženska delavnice, ZD Kranj)*
- *Jaz preden sem zbolela, jaz sploh nisem vedela, kaj je to depresija in kaj naredi človeku. Zdaj ko malo to bolj, zdaj razumem, kaj se je dogajalo z mano. In bi na drugačen način, ko se je to začelo, bi jaz na drugačen način reagirala, zdaj ko vem, kaj je to ... Prej bi šla k zdravniku. (udeleženska delavnice, ZD Slovenj Gradec)*

II. e) Sprememba glede pogleda na depresijo tekom delavnice – pri svojcih se nanaša na spremembo v zaznavi depresije pri svojcih; ti po izkušnji delavnice lažje sprejemajo bolezen bližnjega oziroma ga lažje razumejo, ker imajo več znanja o tem, kaj se z njim dogaja.

- *Jaz sem tukaj kot sorodnica. Pozdravljam tako delavnico, kjer smo lahko tudi družinski člani zraven. Ta pogovor pozitivno vpliva name, da bolje sprejemam pri svojem družinskemu članu. Da še bolj dopuščam oziroma prej sprejemam, bolje sprejemam situacijo, v kakršni smo se vsi skupaj znašli. Tako da ja, so spremembe, ki vplivajo, na tej delavnici. (udeleženska delavnice, ZD Nova Gorica)*

III. Korist izvedbe v skupini

Tretja kategorija se nanaša na koristi izvajanja delavnice v skupini udeležencev s podobnimi težavami, zaradi česar se lažje razumejo, si lažje izmenjujejo izkušnje ter se učijo drug od drugega. Udeleženci so prav ta vidik izpostavljali kot izjemno pomemben.

III. a) Druženje, preživljanje časa z drugimi ljudmi, pogovor z drugimi, sodijo v prvo podkategorijo koristi izvajanja delavnice v skupini.

- *Meni itak pomaga recimo, ko sem v taki skupini, no ... Ja, malo več družbe je, da je bolj razgibano življenje, da nekam greš. (udeleženec delavnice, ZD Medvode)*

III. b) Izmenjava izkušenj, težav, načinov reševanja, učenje drug od drugega je pomembna podkategorija, ki vključuje različne pozitivne vidike vključenosti v skupino oseb s podobnimi težavami: možnost povedati

drugim o svojih težavah, slišati njihove težave in spoznati različne načine reševanja težav, dobiti spodbudo iz pozitivnih ali zahtevnih izkušenj drugih.

- *Ja, ker pogovor je izredno dragocen. Tudi mnenja različna, izkušnje različne. Tu drug drugemu tudi ogromno lahko dajemo. Izkušnja enega pomaga lahko nekemu drugemu oziroma kaj pove. (udeleženska delavnice, ZD Nova Gorica)*
- *Mislím, da je tisti del poleg tega, da vemo, da imamo vsi težave, tisti del, na kakšen način si jo pa ti premagal. Mislím, da je tisto bistvo vsega ... Drug od drugega /se učimo/ in se dopolnjujemo in meni je bilo v redu. (udeleženec delavnice, ZD Velenje)*
- *To bo mogoče malo kruto rečeno, samo, ko slišiš nekoga, ki ima še večje težave kot ti, bolj ceniš sebe. Mislím ceniš ... Ugotoviš, da le nimaš tako, da imaš za brezveze slabe dni, v bistvu so ljudje, ki so še bolj 'bogi' od tebe. (udeleženska delavnice, ZD Novo mesto)*

III. c) Podporno, varno, razumevajoče okolje, v katerem lahko posameznik izrazi svojo stisko, se razbremení, je prav tako ena od pomembnejših podkategorij, ki so jo izpostavili številni udeleženci. Nanaša se na koristi deljenja izkušenj v skupini posameznikov, ki te zaradi podobnih izkušenj lažje razumejo in podprejo ter ti dajejo občutek, da v težavah nisi sam.

- *Smo se lahko med seboj pogovarjali. Vsak je s svojo izkušnjo samo, pa samo obstajamo, smo si v podporo. (udeleženska delavnice, ZD Ljutomer)*
- *Ali pa, ko nekemu drugemu nekaj hočeš pomagati, pa je tebi še lažje. Vsaj jaz imam to, pomagaj drugemu in bo tebi bolje. Zato smo se slišali mi, ne? Midve sva bile na telefonu. (udeleženska delavnice, ZD Ljubljana)*
- *Ampak zdaj vidim, da tudi, če tu se usedemo skupaj, pa vsaka svoje pove, že pol tistega gre od tebe. Res. Ker jaz pač rečem tako, ne morem jaz sosedi razlagati svojih težav, ker jih ona nima. (udeleženska delavnice, ZD Ljutomer)*
- *Ker jaz imam dolgo že težave, ampak nisem nikjer naletela na ta občutek, da obstajajo tudi drugi ljudje z enakimi težavami in sem se tu neizmerno dobro počutila. Ker ko smo z gospemi začeli odgovarjati na vprašanja voditeljice te delavnice, sem ugotovila oh, saj one pa vejo, o čem jaz govorim. In je to neizmerno pomembno in dosti lažje je človeku na ta način. Ker imaš ves čas občutek, čeprav jaz imam čudovitega psihiatra, ampak ves čas imaš občutek, da pač rajši ne govoriš o tem. Zato, ker imaš skozi občutek, da itak ne vejo, o čem govoriš oziroma ... občutek imaš, da si misli, da to ni taka težava, s katero ne bi mogel živeti ali pa jo obvladati. (udeleženska delavnice, ZD Lenart)*

IV. Zaznava stigme in samostigma

V četrti kategoriji pa smo se osredotočili na stigmo in samostigmo, kot jo zaznavajo udeleženci delavnice, saj smo želeli bolje spoznati, kako v zvezi s svojo depresijo doživljajo sebe in svojo okolico.

IV. a) Zaznava depresije kot 'normalne' bolezni je bila relativno redko zastopana podkategorija, ko so udeleženci spregovorili o zaznavi depresije v družbi.

- *Ja, da pač to ni nič takšnega, da je veliko ljudi podvrženih. Vsakdo lahko zboli za depresijo. Pa zaradi okoliščin stresnih. Nekateri so bolj dovzetni, nekateri pa manj, odvisno od osebnosti. (udeleženec delavnice, ZD Šmarje pri Jelšah)*

IV. b) Depresija je v družbi tabu tema, drži se je velika stigma, v družbi so prisotna negativna prepričanja o depresiji je bila najbolj številčno zastopana podkategorija v povezavi z odzivi okolice na depresijo pri udeležencih. Pri tem so udeleženci podelili veliko osebnih izkušenj glede nerazumevanja okolice, tudi znotraj delovnega okolja, in stigmatizirajočih prepričanj, na katera so naleteli v družbi.

- *Sploh se mi zdi, da se premalo govori o depresiji. Jaz preden sem zbolela, jaz sploh nisem vedela, kaj je to depresija in kaj naredi človeku. Zdaj ko malo to bolj, zdaj razumem, kaj se je dogajalo z mano. In bi na*

drugačen način, ko se je to začelo, bi jaz na drugačen način reagirala, zdaj ko vem, kaj je to. (udeleženka delavnice, ZD Slovenj Gradec)

- *Ker je stigma še vedno ogromna. Recimo jaz sem v službi opazila, da me eni več ne pozdravljajo, recimo. (udeleženka delavnice, ZD Ljutomer)*
- *Najhujše je to, da nimaš kaj pokazati. Če si zlomiš roko, nogo, to se vidi. Na sliki. To pa ne moreš, to pa nimaš kaj pokazati. Pa trpiš. (udeleženec delavnice, ZD Slovenj Gradec)*

IV. c) Samostigma pri udeležencih vključuje izjave udeležencev, ki odražajo, v kolikšni meri so ponotranjili predsodke in stereotipe o depresiji ter zato bolezen skrivajo, razkrivajo le določenim ljudem (o čemer so udeleženci najpogosteje poročali), ali nasprotno o bolezni govorijo s komerkoli oziroma si celo dejavno prizadevajo, da bi o bolezni podučili druge (slednji dve kategoriji sta se pojavljali redko).

- **Skrivnost:** *Jaz skoraj nimam takih prijateljev, da bi lahko to mu povedala ... Ja, ja. Pa da se ne bi potem še posmehovali pa kaj takega. Ni tako enostavno to povedati. (udeleženka delavnice, ZD Trebnje)*
- **Razkritje izbranim osebam:** *To tako v določenih krogih. Vsepovprek pač ne. Ker ljudje gledajo na to drugače. (udeleženka delavnice, ZD Šmarje pri Jelšah) / Pa po službi, ne moreš to razlagati, ko takoj izkoristijo. Jaz sem vse povedala šefici in vodji, direktorici. Ker jaz enostavno tako ne morem delati. Pa da jem tablete, kaj pa naj? ... Ne, razumel ni nobeden. Ko sem pa imela poškodbo, ko sem si ključnico zlomila. Od septembra sem zdaj na bolniški zaradi ključnice v bistvu ... Ne, noben te ne posluša. To si res nor, ja. On zahteva od tebe samo, da delaš. (udeleženka delavnice, ZD Slovenj Gradec)*
- **Razkritje komurkoli:** *Pri meni nikoli ni bilo tako, da ne bi povedala, da nimam depresije ali da ne bi šla k psihiatru. (udeleženka delavnice, ZD Ljubljana)*
- **Angažirano razkritje (izbranim osebam):** *Ja, jaz povem. Na glas povem in povem, kako lahko do tega pride, da se enostavno ne zaveda človek. Da lahko depresija te pripelje tako daleč, da počni. In vsakemu in opazujem svoje prijateljice zdaj. Gledam, katera se bo nazaj povlekla. Katera se bo malo drugače obnašala, da bi ji lahko čimprej pomagala. (udeleženka delavnice, ZD Slovenj Gradec)*

Izsledki fokusnih skupin torej potrjujejo predpostavke o pomembnosti izvajanja psihoedukativne delavnice v skupini z vidika normalizacije doživljanja udeležencev, doživljanja občutkov sprejetosti in razumljenosti, možnosti za izmenjavo izkušenj in informacij ter možnosti socialnega učenja, o čemer poročajo tudi tuji avtorji (npr. Donker idr. 2009; Penninx idr. 1999).

3.4 Znanja in kompetence izvajalcev

V okviru izvajanja evalvacije delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo so nas poleg vplivov in učinkov delavnice na udeležence zanimala tudi znanja in kompetence izvajalcev. Ta so pomembna z vidika načrtovanja prihodnjih aktivnosti usposabljanja izvajalcev, da bi zagotovili čim višjo kakovost izvajanja delavnic.

Za celovitejši pregled nad kompetencami in znanji izvajalcev smo uporabili različne metode zbiranja podatkov. V nadaljevanju prikazujemo izsledke strukturiranega opazovanja izvedb delavnice in polstrukturiranih intervjujev z izvajalci v okviru evalvacije delavnice. Navajamo tudi izsledke ankete o znanju in veščinah izvajalcev delavnice, ki smo jo posredovali vsem izvajalcem delavnice v ZD.

3.4.1 Izsledki strukturiranega opazovanja izvedb

3.4.1.1 Namen

S strukturiranim opazovanjem smo želeli ugotoviti, katere veščine, pomembne za psihoedukacijo, izvajalci delavnice uporabljajo v večji in katere v manjši meri. Predvsem veščinam, ki so procesu psihoedukacije pomembne, a jih izvajalci na terenu uporabljajo redkeje, bi bilo smiselno dati poudarek na prihodnjih usposabljanjih.

3.4.1.2 Metoda

Vzorec

Pri izvajanju delavnice smo na prvem in/ali zadnjem srečanju opazovali skupno 16 izvajalk (na dveh delavnicah sta bili hkrati prisotni po dve izvajalki), od katerih je bilo devet psihologinj (univ. dipl. psih., mag. psih.), ena spec. klin. psih., štiri dipl. m. s., ena prof. zdr. vzg. in ena sms s spec. znanji.

Pripomočki

Uporabili smo vnaprej pripravljen ček-listo z veščinami, pomembnimi za izvajanje psihoedukacije (za podrobnejši opis gl. poglavje 2.2.3 in Prilogo 2).

Postopek

Raziskovalki sta na prvih in zadnjih srečanjih delavnice s pomočjo ček-liste izvedli strukturirano opazovanje. Skupno je bilo izvedenih $N = 49$ opazovanj (26 opazovanj prvega srečanja in 23 opazovanj drugega srečanja). Prva raziskovalka (NSK) se je udeležila 19, druga (LF) pa 24 opazovanj. Za vsako posamezno ocenjevano veščino sta tekom izvedbe srečanja ocenili, v kolikšni meri jo je izvajalec uporabljal (0 – pomankljivo, 1 – delno, 2 – v veliki meri). Pri vsaki veščini smo izračunali povprečno oceno preko vseh opazovanj. Veščine s povprečno vrednostjo ≤ 1 smo opredelili kot tiste, ki jih izvajalci uporabljajo v manjši meri (tj. sploh ne ali večinoma ne), veščine s povprečno vrednostjo $1,5 \geq X > 1$ kot tiste, ki jih uporabljajo delno (tj. včasih da, včasih ne), veščine s povprečno vrednostjo $\geq 1,5$ pa kot tiste, ki jih uporabljajo v veliki meri (tj. večinoma da).

Za ugotavljanje skladnosti med opazovalcema pri odgovorih na ček-listi smo izvedli analizo zanesljivosti med dvema opazovalcema (ang. *inter-rater reliability*), ki smo jo ocenili z interklasnim korelacijskim koeficientom (ICC) (dvosmerni naključni model, oblika za absolutno skladnost).

3.4.1.3 Rezultati in interpretacija

Skladnost med ocenjevalcema je bila zadovoljiva; povprečni interklasni korelacijski koeficient (ICC) je bil ,805. Največja, in sicer popolna skladnost med ocenjevalcema je bila pri opazovanju četrtega srečanja v ZVC Medvode. Najnižja skladnost med ocenjevalcema je bila pri opazovanju prvega srečanja v CKZ Lenart, kjer je bil ICC ,457.

V Tabeli 3.18 prikazujemo povprečne ocene posameznih veščin v opazovanih srečanjih delavnice. V krepkem tisku so označene veščine, ki so jih izvajalci uporabljali v manjši meri ($M \leq 1$). Med njimi je največ veščin vezanih na vzpostavljanje in vzdrževanje strukture skupine (navedba razloga za izvajanje posamezne aktivnosti, predstavitev poteka srečanja, naslavljanje skrbi glede samorazkrivanja) ter na proces izvajanja psihoedukacije (npr. preverjanje razumevanja povedanega pri udeležencih, povzemanje najpomembnejših vsebin ob zaključku posameznega dela ali srečanja, ustrezno strukturiranje diskusije, naslavljanje perečih težav in hkrati ohranjanje strukture). Kljub temu da rezultati kažejo pomanjkljivo oziroma delno izvajanje omenjenih veščin, pa se je v okviru omenjenih dveh sklopov veščin večina izvajalcev z udeleženci pogovorila o pravilih dela, bila organizirana in pripravljena na izvajanje delavnice ($M = 1,7$ ali $1,8$).

V sklopu veščin strokovne kompetentnosti/kompetentnosti pri vodenju skupine je bila večina veščin prisotnih delno (npr. ustavljanje neprimernih odzivov, nudenje podpore, postavljanje učinkovitih vprašanj, obvladovanje situacij, ki presegajo kompetentnost ipd.), v veliki meri pa so izvajalci udeležencem posredovali vsebine delavnice na strokovno ustrezen način ($M = 1,7$) ter jim podajali ustrezno povratno informacijo ($M = 1,5$).

V sklopu drugih veščin vodenja skupine in komunikacije so izvajalci večino opazovanih veščin uporabljali v veliki meri (npr. govorili glasno in razločno ($M = 1,8$), uporabljali ustrezno nebesedno komunikacijo ter primeren besednjak ($M = 1,7$), aktivno poslušali ($M = 1,6$), uporabljali jasno komunikacijo in učinkovite primere ($M = 1,5$).

Tabela 3.18 Uporabljene veščine pri izvajanju psihoedukativne delavnice ($N = 49$ opazovanj)

Vzpostavljanje in vzdrževanje strukture skupine	Povprečna ocena
Izvajalec se z udeleženci pogovori o pravilih dela v skupini (zaupnost, točnost, sodelovanje ipd.).	1,7
Izvajalec prepozna in naslovi skrbi/strahove glede samorazkrivanja udeležencev.	1,0
Izvajalec predstavi potek srečanja.	0,9
Izvajalec ustrezno utemelji posamezne aktivnosti (navedba razloga za izvajanje).	0,8

Proces izvajanja	Povprečna ocena
Izvajalec je organiziran in pripravljen.	1,8
Izvajalec ustrezno razporeja čas srečanja.	1,4
Izvajalec smiselno in na ustreznih mestih uporablja didaktični material.	1,4
Izvajalec spodbuja/vzpostavlja prijetno, podporno in sodelujoče vzdušje v skupini (npr. spodbuja konstruktivne, naklonjene odnose med udeleženci).	1,3

Proces izvajanja	Povprečna ocena
Izvajalec konstruktivno zaključi posamezno srečanje delavnice (ter celotno delavnico) (pomembna in intenzivna čustva/odprta vprašanja so naslovljena, udeleženci se imajo možnost posloviti med seboj).	1,3
Izvajalec strukturira diskusijo na način, da nihče izmed udeležencev ne vzame preveč prostora in imajo vsi udeleženci priložnost sodelovati.	1,0
Izvajalec naslovi težave/pereča vprašanja, a ne dovoli prevelikega odmika od predvidenega poteka srečanja.	1,0
Izvajalec povzame najpomembnejše vsebine ob zaključku posameznega dela ter ob koncu srečanja.	0,7
Izvajalec pri udeležencih preverja razumevanje povedanega.	0,6

Strokovna kompetentnost in kompetentnost pri vodenju skupine	Povprečna ocena
Izvajalec posreduje informacije/vsebine delavnice na strokovno ustrezen način.	1,7
Izvajalec udeležencem podaja ustrezno povratno informacijo (tudi: izogibanje dajanja obsojajoče povratne informacije na prispevek udeleženca).	1,5
Izvajalec posreduje informacije/vsebine delavnice na udeležencu razumljiv način.	1,4
Izvajalec razume namen aktivnosti (vaj, razgovorov) in jih smiselno uporablja za edukacijo udeležencev.	1,4
Izvajalec se ustrezno znajde v situaciji, ko vsebine presegajo njegova znanja in kompetence (npr: 'Bom vprašal zdravnika/ Zapišite si, bom preveril!').	1,3
Izvajalec se primerno odziva na vprašanja udeležencev (brez obrambnega vedenja, brez hitenja z odgovorom, posrednih odgovorov, odgovarjanja z vprašanjem, ignoriranja vprašanja).	1,2
Izvajalec udeležencem postavlja učinkovita vprašanja (spodbujajo sodelovanje, izkazujejo zanimanje, so relevantna).	1,2
Izvajalec nudi podporo udeležencem (ob primernem trenutku in na primeren način).	1,2
Izvajalec ustrezno ustavlja neprimerne odzive udeležencev (intelektualizacijo, "pripovedovanje zgodb", pretirano samorazkrivanje, druga nekonstruktivna vedenja).	1,1

Druge veščine vodenja skupine, komunikacije	Povprečna ocena
Izvajalec govori dovolj glasno in razločno.	1,8
Izvajalec ima ustrezno nebesedno komunikacijo (rahla nagnjenost naprej, očesni stik, obrnjenost h govorniku, osredotočenost).	1,7
Izvajalec uporablja primeren besednjak (brez žargona, uporaba terminov, ki so splošno znani).	1,7
Izvajalec udeležence aktivno posluša.	1,6
Izvajalec uporablja jasno, neposredno, jedrnato komunikacijo.	1,5
Izvajalec pri razlagah uporablja učinkovite primere, metafore.	1,5
Izvajalec izkazuje primerno empatijo.	1,2
Izvajalec reflektira povedano (vsebina, čustva).	1,2

Rezultati so torej spodbudni, saj kažejo, da veliko veččin izvajalci uporabljajo v zadovoljivi meri; najpogostejše so to veščine vodenja skupine in komunikacije, najmanj pogosto pa veščine, vezane na vzpostavljanje in vzdrževanje strukture skupine ter na proces izvajanja psihoedukacije. Učenju in utrjevanju teh bi bilo v nadaljnjih izobraževanjih smiselno posvetiti več pozornosti.

3.4.2 Izsledki polstrukturiranih intervjujev z izvajalci

3.4.2.1 Namen

S polstrukturiranimi intervjuji smo želeli ugotoviti, kako izvajalci zaznavajo delavnico ter njeno koristnost, katere vsebine se jim zdijo najkoristnejše in katere pogrešajo, katere so najpogostejše ovire, s katerimi se srečujejo pri izvajanju, kako so zaznavali skupino in trenutno izvedbo delavnice ter katera znanja se jim zdijo pomembna za izvajanje psihoedukacije v ZD.

3.4.2.2 Metoda

Vzorec

Intervjuvali smo 16 izvajalk (na dveh delavnicah sta bili hkrati prisotni po dve izvajalki) iz 14 ZD, ki so bili vključeni v evalvacijo. Od tega je bilo devet psihologinj (univ. dipl. psih., mag. psih.), ena spec. klin. psih., štiri dipl. m. s., ena prof. zdr. vzg. in ena sms s spec. znanji. Devet oseb izvaja delavnice od vzpostavitve delavnic leta 2014, tri osebe od leta 2016, ena oseba od leta 2017, ena oseba od začetka leta 2018. 10 izvajalk ima dodatna psihoterapevtska znanja (edukacija iz KVT, družinske systemske psihoterapije, transakcijske analize). Dve izvajalki nimata dodatnih znanj, medtem ko za dve izvajalki nimamo podatka. Izvajalke so bile v času izvedbe evalvacije v ZD zaposlene v obsegu od 0,2 do 1 FTE, odvisno od velikosti ZD; od tega je bila ena oseba zaposlena za 0,2, preostale pa za 0,5 ali več.

Pripomočki

Uporabili smo vnaprej pripravljena vprašanja odprtega tipa o zaznavi izvajalcev glede delavnice na splošno, izvedbi delavnice in drugih vidikih izvajanja (za podrobnejši opis gl. poglavje 2.2.4 in Prilogo 3).

Postopek

Ena od raziskovalk (NS ali LF) je po koncu zadnjega srečanja delavnice z izvajalko oziroma izvajalkama izvedla intervju (bodisi v živo istega dne ali pozneje po telefonu). Posamezni intervju je trajal med 15 in 40 minut. Skupno je bilo izvedenih 14 intervjujev.

3.4.2.3 Rezultati in interpretacija

V Tabeli 3.19 prikazujemo kategorije odgovorov izvajalk po vseh treh sklopih vprašanj (zaznava delavnice, zaznava izvedbe delavnice, drugi vidiki izvajanja). V nadaljevanju podrobneje opisujemo posamezne kategorije in navajamo primere izjav izvajalk delavnice.

Tabela 3.19 Glavni izsledki polstrukturiranih intervjujev (N = 16 izvajalk)

Področje	Kategorije
I. Zaznava delavnice	<p>I. a) Dodana vrednost delavnice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Destigmatizacija oziroma normalizacija težav - Informiranje, večanje znanja in razumevanja bolezni, opolnomočenje - Izmenjava mnenj, izkušenj, učenje drug od drugega - Pridobitev socialne podpore, druženje, povezovanje <p>I. b) Predlogi izboljšav</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dopolnitev teoretičnih vsebin delavnice - Več praktičnih vaj, aktivnosti - Ponovitveno srečanje - Vključitev specialista psihiatrije <p>I. c) Trajanje delavnice in število udeležencev</p>
II. Zaznava izvedbe delavnice	<p>II. a) Opis skupine</p> <p>II. b) Skladnost izvedbe delavnice z načrtovano, težave pri izvajanju delavnice</p> <p>II. c) Opažene spremembe pri udeležencih</p> <p>II. d) Počutje v vlogi izvajalca</p>
III. Drugi vidiki izvajanja	<p>III. a) Dodatna znanja in veščine</p> <p>III. b) Veščine izvajalca</p>

I. Zaznava delavnice

V sklopu zaznave delavnice so izvajalci izpostavili, kateri vidiki delavnice se jim zdijo dodana vrednost delavnice, katere izboljšave delavnice predlagajo ter kaj menijo o trajanju delavnice in številu udeležencev.

I. a) Dodana vrednost delavnice

Izvajalci so kot dodano vrednost delavnice za udeležence najpogosteje navedli destigmatizacijo depresije. Navajajo, da udeleženci na delavnici spoznajo, da se tudi drugi spoprijemajo s to boleznijo, razbremenijo se občutkov krivde, ki jih imajo zaradi same bolezni, ter vidijo, da obstajajo različne oblike učinkovite pomoči (psihoterapevtska pomoč, zdravila ...).

- *Da se duševna motnja destigmatizira – ljudje vidijo, da je več takšnih, ki se spoprijemajo s to boleznijo.*

Kot drugo dodano vrednost so izvajalci izpostavili informiranje o depresiji; predvsem še, da so informacije strnjene, zbrane na enem mestu, verodostojne, razložene na enostaven in strokoven način.

- *Dodana vrednost so verodostojne in varne informacije, usmerjanje v prave načine zdravljenja, opolnomočenje glede tehnik za samopomoč.*
- *Na enostaven in strokoven način razloženo udeležencem, kaj se z njimi dogaja. Da razumejo svojo bolezen in vidijo, da za to obstaja rešitev.*
- *Zelo opremijo ljudi z informacijami, kako naprej in kako se soočiti.*

Po mnenju izvajalcev je dodana vrednost delavnice tudi to, da udeleženci med seboj lahko delijo svoje izkušnje, mnenja. Menijo, da je to predvsem dragoceno znotraj skupine posameznikov, ki imajo podobne težave. Obenem izpostavljajo, da skupina udeležencem omogoča sprejetost ter pridobivanje socialne podpore (druženje, povezovanje v skupini, občutek pripadnosti).

- *Da vidijo, da se tudi drugi spopadajo s temi težavami, vidijo od drugih, kakšno idejo, morda kakšen hobi, ki jim pri bolezni pomaga. Da imajo občutek pripadnosti in da se lahko pogovarjajo drug z drugim oziroma da so poslušani, kar morda doma niso. Da spregovorijo o svojih težavah.*
- *Da slišijo zgodbe drugih ljudi – da se dela v skupini. Slišijo mogoče odgovore drugih ali vprašanja, ki si*

jih sami ne upajo postaviti ali se jih ne spomnijo, ali pa jim bodo informacije drugič prišle prav, potem imajo tudi več poguma, ko vidijo, da niso sami. V skupini lahko zadovoljujejo potrebo po druženju po povezovanju.

V sklopu dodane vrednosti delavnice so izvajalci omenili tudi možnost hitrejšega dostopa do strokovne pomoči. Obenem izpostavljajo, da imajo v okviru delavnice na razpolago dovolj časa za informiranje udeležencev o zdravlilih, ki ga zdravniki in psihiatri pogosto nimajo.

I. b) Predlogi izboljšav

Predlogi za izboljšavo delavnice, ki so jih navedli izvajalci, se navezujejo na dopolnitev teoretičnih vsebin delavnice, vključitev več praktičnih vaj in aktivnosti ter uvedbo ponovitvenega srečanja za osvežitev znanja.

Izvajalci bi med dodatne vsebine vključili informacije o različnih vrstah depresije in različnih oblikah psihoterapevtske pomoči ter več tehnik in praktičnih napotkov za spoprijemanje z depresijo (dihalne vaje, preusmerjanje misli, izražanje občutij itd.).

- *Dodali bi različne vrste depresije kot učno temo, kakor je to pri anksioznosti (ker se znajdejo tukaj osebe, ki imajo hkrati depresijo in anksiozno motnjo – bilo bi dobro razdelati, v čem so razlike). Smiselno bi bilo dodati tudi kakšno sproščanje.*

Želeli bi si možnosti, da bi se kakšnega srečanja udeležil tudi psihiater (npr. 20 minut na drugem srečanju), ki bi odgovarjal na vprašanja udeležencev oziroma podal informacije, razložil učinke in delovanje zdravil, ki jih udeleženci jemljejo.

I. c) Trajanje delavnice in število udeležencev

Dolžina delavnice – štiri srečanja – se večini izvajalcev zdi ustrezna. Nekaj izvajalcev bi raje imelo pet srečanj oziroma eno dodatno skupinsko srečanje za ponovitev vsebin čez nekaj časa ali obnovitvena srečanja za vse tiste, ki bi se jih želeli udeležiti.

- *Število srečanj bi pa povečala. Npr. booster srečanje po nekem času, ker po enem mesecu, ko se ravno malo sprostijo in navadijo drug na drugega, je škoda, da bi bilo že konec delavnice. Ali pa da bi bila možnost za tiste, ki bi želeli, da bi na vsake toliko časa prihajali na neka obnovitvena srečanja.*

Glede števila udeležencev so izvajalci navajali, da lažje delajo z manjšim številom; 6–8 udeležencev se jim zdi najprimernejše število (če je udeležencev več, postane manj osebno in težje obvladljivo), v primeru osipa med samimi izvajanjem delavnice pa je to število lahko tudi premajhno.

II. Zaznava izvedbe delavnice

V sklopu zaznave v okviru evalvacije izvedene delavnice so izvajalci predstavili svoj pogled na sodelovanje in skupinsko dinamiko pri udeležencih, težave pri izvajanju delavnice, opažene spremembe pri udeležencih med delavnico ter svoje počutje v vlogi izvajalcev delavnice.

II. a) Opis skupine

Sodelovanje in dinamiko skupine so izvajalci večinoma izpostavili kot zadovoljivo, prav tako tudi povezovanje udeležencev ter njihovo naklonjenost delavnici.

- *Sodelovanja je bilo zelo veliko, vzdušje pa je bilo bolj dinamično – na začetku je bila prisotna radovednost, na 2. in 3. srečanju je vzdušje rastlo v pozitivno, zadnja srečanja pa so nekako bila bolj podobna prvim oziroma je bilo mogoče zaznati več otožnosti in depresivnosti.*
- *Zelo pestra skupina – ena gospa še ni imela depresije, drugi se kronično ponavlja depresija in nekateri so trenutno v zdravljenju prve faze. Načeloma pa smo dobro sodelovali. Bili so zelo odprti in komunika-*

tivni ter radi so govorili o svojih težavah.

- *Nobenh težav, iz ure v uro so se bolj povezovali in odpirali. Še izven delavnice so se sestali, šli na kavo ... zelo so se povezali. Izmenjali so si tudi telefonske kontakte in se tudi poklicali. Ni bil problem niti sodelovanje niti povezovanje.*

Nekateri izvajalci so dodatno izpostavili problem heterogenosti skupin, kar jim je otežilo izvedbo delavnice.

- *So bile že skupine, kjer smo se prej med sabo povezali. Tukaj tega ni bilo, je pa res, da je bil velik starostni razpon, bili so si precej različni po kapacitetah za razumevanje stvari. Prihajali so iz različnega socialnega okolja. Če so skupine bolj homogene, pa lahko stvari hitreje in dodatno obdelaj.*
- *Nekateri udeleženci so bili neustrezni, lahko bi rekla, da pri nekaterih depresija kot bolezen nikoli ni bila v ospredju (napoteni pa so iz strani osebnega zdravnika ali psihiatra). Na določene trenutke sem imela občutek, da jih preveč usmerjam oziroma da se ne razumemo dobro. Najbolj je bilo treba usmerjati tiste, ki bi se mogoče bolj našli v kateri drugi delavnici. Skupina ni bila homogena.*

II. b) Skladnost izvedbe delavnice z načrtovano, težave pri izvajanju delavnice

Glede izvedbenih vidikov v okviru evalvacije izvedene delavnice je večina izvajalcev poročala, da so srečanja izpeljali, kot je bilo načrtovano. Nekateri so izvedbo nekoliko prilagodili, npr. imeli so eno dodatno srečanje, da je bilo malce več priložnosti za osebni razgovor, ali prilagodili vsebine skupini (tj. določene vsebine so bolj, določene pa manj poglobljeno obravnavali).

Med težavami pri izvajanju delavnice v splošnem so izpostavili tako organizacijske kot izvedbene vidike, od neustreznih napotitev in težav pri pridobivanju udeležencev do heterogenosti skupin. Izpostavili so tudi dominantne udeležence, ki ves čas govorijo (težave z ustavljanjem), udeležence, ki se preveč odprejo, ter udeležence, ki se med seboj poznajo in se pogovarjajo osebne stvari (ki niso vezane na vsebine delavnice).

- *Osip lahko na določeno skupino vpliva oziroma tudi na izvajalce. Ali če niso napoteni pravi ljudje v pravo delavnico. Dominantne osebe, kako jih utišati, ko gre predaleč, ko se oseba preveč odpre?*
- *Ko določena oseba začne preveč diskutirati o svojih težavah in s tem obremenjuje skupino, imam težavo to osebo ustaviti.*

Glede izvedbe delavnice, ki smo jo evalvirali, so med možnostmi izboljšave pogosto (samokritično) izpostavili, da bi v določeni situaciji lahko drugače reagirali ali uporabili kakšno dodatno gradivo.

- *Sem bila zadovoljna, spremenila bi edino to, da bi na momente morala biti odločnejša, kadar bi bilo potrebno koga ustaviti, ko zaide s teme.*
- *Morda bi dodala še kakšen pripomoček, npr. miselni vzorec. Dobro se mi zdi, da se udeležencem postavljajo vprašanja in tako pridemo do odgovorov, ki bi jih sicer podala sama.*

II. c) Opažene spremembe pri udeležencih

Izvajalci so pri udeležencih tekom delavnice opazili različne spremembe: večjo aktivacijo, pogostejše izvajanje prijetnih in spodbudnih aktivnosti (ukvarjanje s hobiji), spremembo mnenja o lastnem vplivu na potek bolezni ter večji optimizem in sproščenost.

- *Bila je opažena večja aktivacija – iz pogovora sodeč so udeleženci uporabili veliko naučenih strategij doma.*
- *V tem, da so se začeli zavedati, da lahko sami kaj naredijo, kaj spremenijo in nekateri so se začeli intenzivneje ukvarjati s svojimi hobiji. Spremenilo se je tudi njihovo mnenje o zdravljenju oziroma antidepresivih, ki je bilo na začetku bolj nezaupljivo in črnogledno.*
- *Izboljšano počutje za 50 %, pozitivno naravnani, bolj so optimistični, da se lahko spoprijemajo z boleznijo, zelo motivirana skupina in zelo hvaležni za informacije. Videli so, koliko lahko sami naredijo, da imajo sami kontrolo. Zelo dovtetna skupina.*

II. d) Počutje v vlogi izvajalca

Večina izvajalcev delavnic je navedla, da se v tej vlogi počutijo dobro in cenijo pridobljene izkušnje. Ob tem nekateri izvajalci izpostavljajo, da se jim je v začetku zdelo izvajanje zahtevno, po nekaj izvedenih skupinah pa so postali bolj suvereni.

- *Kakor kdaj. To delo imam rada, je pa veliko odvisno od skupine, včasih stvar izpade dobro, včasih pa manj dobro, ampak načeloma se počutim dobro. Cenim tudi vse izkušnje, ki jih pridobim med delavnico.*
- *Na začetku se mi je ta vloga zdela zahtevnejša, kot se mi zdi sedaj, sicer pa se počutim v redu.*

III. Drugi vidiki izvajanja

V sklopu drugih vidikov izvajanja so izvajalci predstavili svoja prepričanja, želje in potrebe, vezane na dodatna znanja in veščine, potrebne za kakovostno izvajanje delavnice.

III. a) Dodatna znanja in veščine

Izvajalci so izpostavili, da si želijo več znanja in veščin, predvsem s področja vodenja skupine ter razvoja in dinamike skupine.

- *Veščine vodenja skupine – kako ustaviti nekoga, ki preveč govori/je moteč za ostale, kako povabiti nekoga, ki premalo govori.*

Obenem bi si želeli več znanja z različnih strokovnih področij, npr. o zdravih oziroma antidepresivih, drugih duševnih motnjah in ravnanju v primeru komorbidnosti, samomorilnosti, delovni izčrpanosti itd. Eden od izvajalcev je omenil, da bi mu pri izvedbi delavnice koristilo znanje o motiviranju posameznikov in nudenju podpore pri uvajanju sprememb.

III. b) Veščine izvajalca

Med veščinami, ki so potrebne za učinkovito izvajanje delavnice, izvajalci izpostavljajo edukacijske in komunikacijske veščine v smislu predajanja znanj, držanja strukture in časovnih okvirjev, postavljanja vprašanj, aktivnega poslušanja.

- *Aktivno poslušanje, postavljanje vprašanj, edukacijske sposobnosti, vodenje razgovorov, komunikacija v skupini, občutek za skupino.*
- *Pedagoške veščine v smislu predajanja znanj, držanje strukture in časovnih okvirjev. Po drugi strani pa te psihološke veščine – zmožnost empatije, da imaš v glavi svojo strukturo, slediti temu, kaj se dogaja, kaj udeleženci doživljajo.*

Prepoznavajo tudi pomembnost določenih osebnostnih lastnosti, kot so empatičnost, rahločutnost, odprtost, pristnost ipd. Menijo, da mora izvajalec imeti posluš za udeležence, veselje do dela s skupino ter mora verjeti v to, kar dela.

- *Rahločutnost, odprtost, brez »fasade«, biti takšen, da ljudje začutijo, da se lahko odprejo.*
- *Na splošno pa neko veselje do dela z ljudmi. In da sami verjamemo v to, kar delamo. Tudi kakšna terapevtska znanja.*

Iz odgovorov izvajalcev vidimo, da se v večji meri vsebinsko skladajo z odgovori oziroma zaznavo udeležencev glede koristi psihoedukativne delavnice. Oboji so namreč izpostavili pomembno vlogo delavnice tako z vidika destigmatizacije oziroma normalizacije težav kot tudi informiranja in opolnomočenja udeležencev. Prav tako so izpostavili koristi izvedbe delavnice v skupini, ki udeležencem omogoča izmenjavo mnenj in izkušenj, učenje drug od drugega ter druženje in povezovanje. Odgovori izvajalcev prav tako kažejo njihovo usmerjenost k strokovnemu razvoju ter pridobivanju dodatnega znanja in veščin izvajanja delavnic. Vsekakor bi bilo njihove predloge o razširitvi obstoječih materialov z vidika dodatnih vsebin in vaj smiselno upoštevati pri nadgradnji vsebin delavnice v prihodnje ter izvajalcem omogočiti redna srečanja za izmenjavo izkušenj, dobrih praks in gradiv za izvajanje delavnic.

3.4.3 Anketa glede samozaznanega znanja in veščin izvajalcev

3.4.3.1 Namen

S spletno anketo, namenjeno vsem izvajalcem psihoedukativnih delavnic (ne le tistim, vključenim v evalvacijo), smo želeli dobiti širši vpogled v to, katera dodatna znanja oziroma veščine potrebujejo izvajalci po lastni oceni. Izsledki ankete so namenjeni kot izhodišča za oblikovanje vsebin usposabljanj izvajalcev v prihodnje.

3.4.3.2 Metoda

Vzorec

Na spletno anketo je skupno odgovorilo 53 izvajalcev delavnic, od tega 32 dipl. m. s. in 21 psihologov (univ. dipl. psih., mag. psih.).

Pripomočki

Spletna anketa, ki je po posameznih področjih (duševno zdravje, psihoedukacija; delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo; delo s skupino) udeležence spraševala, v kolikšni meri potrebujejo dodatna znanja oziroma strokovno izpopolnjevanje (za podrobnejši opis gl. poglavje 2.2.5 in Prilogo 4).

Postopek

Spletna anketa je bila pripravljena na spletni strani www.1ka.si. Povezava do spletne ankete s prošnjo za sodelovanje izvajalcev psihoedukativnih delavnic je bila poslana vsem ZVC oziroma CKZ. Anketa je bila za reševanje odprta v aprilu 2018. Udeleženci so na anketo odgovarjali na lestvici od 1 – sploh ne do 5 – v zelo veliki meri. V rezultatih prikazujemo delež udeležencev, ki so pri posamezni vsebini odgovorili z vrednostjo 4 ali 5, kar pomeni, da v večji ali zelo veliki meri potrebujejo dodatna znanja.

3.4.3.3 Rezultati in interpretacija

Iz Tabele 3.20 vidimo, da več kot polovica udeležencev ankete ocenjuje, da v večji oziroma zelo veliki meri potrebujejo dodatna znanja na temo motivacije za spremembo (51 %), psihološke prve pomoči (61 %), žalovanja (61 %) in samomorilnosti (63 %). Pri tem je delež dipl. m. s., ki potrebujejo tovrstna znanja, večji kot delež psihologov.

Tabela 3.20 Delež izvajalcev, ki ocenjujejo, da v večji oziroma zelo veliki meri potrebujejo dodatna znanja na področju duševnega zdravja

Splošno	skupaj (N = 53)	dipl. m. s. (N = 32)	psihologi (N = 21)
Samomor	63,3	70,0	52,6
Žalovanje	61,2	66,7	52,6
Psihološka prva pomoč	61,2	63,3	57,9
Motivacija za spremembo	51,0	55,2	47,4
Stigma in samostigma pri duševnih motnjah	42,9	50,0	31,6
Različni viri pomoči in samopomoči pri depresiji, tesnobi, stresnih motnjah	42,9	50,0	31,6
Andragoški in pedagoški principi skupinske edukacije	40,8	53,3	21,1

Splošno	skupaj (N = 53)	dipl. m. s. (N = 32)	psihologi (N = 21)
Najpogostejše komorbidnosti depresije, tesnobe, stresnih motenj	39,6	46,7	26,3
Principi psihoedukacije	38,8	53,3	15,8
Klasifikacija bolezni po MKB-10	32,0	45,2	10,5
Prevalenca in breme depresije, tesnobe, stresnih motenj	26,5	36,7	10,5
Vzpostavljanje odnosa s skupino	26,5	33,3	15,8
Aktivno poslušanje	24,5	33,3	10,5
Odzivanje z empatijo	24,5	33,3	10,5
Komunikacija s skupino	20,4	26,7	10,5

Drugo:

- praktični trening pogovorov – ustrezne komunikacije,
- nevrološki vidiki bolezni,
- specifika pri mladih (samopoškodovanje, prenajedanje, bulimija, anoreksija ipd.).

Vezano na delavnico Podpora pri spoprijemanju z depresijo največji delež anketiranih izvajalcev v večji oziroma zelo veliki meri potrebuje dodatna znanja o zdravljenju depresije z zdravili (40 %). Pri tem je delež dipl. m. s. (32 %), ki zaznavajo to potrebo, izrazito manjši kot delež psihologov (50 %). Približno tretjina udeležencev ankete pa si želi dodatnih znanj o izboljševanju razpoloženja in pasteh pri okrevanju zaradi depresije (Tabela 3.21).

Tabela 3.21 Delež izvajalcev, ki ocenjujejo, da v večji oziroma zelo veliki meri potrebujejo dodatna znanja na področju depresije

Podpora pri spoprijemanju z depresijo	skupaj (N = 53)	dipl. m. s. (N = 32)	psihologi (N = 21)
Zdravljenje depresije z zdravili	40,0	32,1	50,0
Izboljševanje razpoloženja in pasti pri okrevanju zaradi depresije	33,3	35,0	21,1
Avtomatske misli	26,7	28,6	21,1
Preprečevanje poslabšanj in ponovitev depresije	26,3	32,1	31,6
Vpliv misli na čustva, vedenje in telo pri depresiji	17,4	21,4	10,5
Prijetne in spodbudne dejavnosti za premagovanje depresije (načrtovanje)	15,2	17,9	10,5
Vzroki depresije	8,7	10,7	5,3
Simptomi depresije	4,4	7,4	0,0

Drugo:

- povezanost depresije s telesnimi boleznimi;
- delovanje hormonov pri depresiji; razlike med različnimi vrstami depresivnih motenj;
- motivacija za spremembo, vpliv zdravil;
- dodatna izobraževanja in nadgradnja že obstoječega programa sta dobrodošla in zaželjena.

Iz Tabele 3.22 lahko razberemo, da slaba tretjina (30 %) izvajalcev kot situacije na delavnici, ki jim v večji oziroma zelo veliki meri povzročajo težave, izpostavlja govorjenje udeležencev drug čez drugega in odsotnost poslušanja. Približno petina jih izpostavlja klepetanje udeležencev, zamujanje na delavnico in izražanje strahov glede samo-razkrivanja. Glede vseh omenjenih situacij, razen zamujanja na delavnico, težave izpostavlja večji del psihologov. Približno petina psihologov kot težavne situacije izpostavlja pretirano razkrivanje udeležencev, okoli petina dipl. m. s. pa 'pripovedovanje zgodb' udeležencev.

Tabela 3.22 Delež izvajalcev, ki ocenjujejo, da jim posamezne situacije na delavnici v večji meri oziroma v zelo veliki meri povzročajo težave

Delo s skupino	skupaj (N = 53)	dipl. m. s. (N = 32)	psihologi (N = 21)
<i>Udeleženec oziroma udeleženci:</i>			
govorijo drug čez drugega in se med seboj ne poslušajo	30,4	20,0	42,1
se pogovarjajo med seboj (klepetanje)	21,3	12,9	31,6
zamuja/-jo na delavnico	19,1	22,6	10,5
izraža/-jo strahove glede samorazkrivanja	19,1	9,7	31,6
se pretirano samorazkriva/-jo (zelo osebne, travmatične izkušnje)	17,0	12,9	21,1
'pripoveduje/-jo zgodbe' in zavzamejo veliko časa in prostora	17,0	22,6	5,3
izraža/-jo nezadovoljstvo in nestrinjanje z vsebinami delavnice	10,6	12,9	5,3
se ne želi/-jo vključiti	10,6	6,5	15,8
deli/-jo izkušnje in postavlja/-jo vprašanja, ki niso vezana na temo delavnice	8,9	6,5	11,8
postavlja/-jo vprašanja, na katera ne ne poznam odgovora	8,5	6,5	10,5
me sprašuje/-jo glede zdravil	8,5	9,7	5,3
želi/-jo nasvet glede svojih težav	6,4	6,5	5,3
ni/-so napoten/-i v pravo delavnico	6,4	6,5	5,3
ima/-jo različne oviranosti (slabovidnost, naglušnost, slabo razumevanje slovenskega jezika itd.)	4,3	3,2	5,3
se zelo naveže/-jo name	4,3	3,2	5,3
ne izvajajo domačih nalog	4,3	3,2	5,3
se posmehujejo drugemu in njegovi izkušnji	4,3	6,5	0,0
zmanjšujejo vrednost izkušnje drugega	4,3	6,5	0,0

Drugo:

- želijo natančna navodila za spreminjanje vedenja oziroma slabih navad;
- v skupinah, kjer so si udeleženci zelo različni med seboj (predvsem, kjer so izrazite razlike v stopnji izobrazbe oziroma intelektualnih sposobnostih), je izziv loviti ravnotežje, da od delavnice vsak nekaj odnese.

Rezultati so v večji meri skladni z izsledki polstrukturiranih intervjujev z izvajalci delavnice, vključenimi v poglobljeno evalvacijo (gl. poglavje 3.4.2). Kažejo, da izvajalci v relativno visoki meri zaupajo v svoje znanje in veščine izvajanja psihoedukativne delavnice. Pri določenih temah, kot so motivacija za spremembo, psihološka prva pomoč, žalovanje in samomorilnost, pa zaznavajo, da potrebujejo več znanja. Navedene teme predstavljajo izhodišče za pripravo strokovnih izobraževanj izvajalcev v prihodnje.

3.5 Literatura

1. Bandura, A 1997, *Self-efficacy: The Exercise of Control*, W. H. Freeman and Company, New York.
2. Barlow J, Wright C, Janice S, Turner A, in Hainsworth, J 2002, 'Self-management approaches for people with chronic conditions: A Review', *Patient Education and Counseling*, vol. 48, pp. 177–87.
3. Bottomley, A, Jones, D, in Claassens, L 2009, 'Patient-reported outcomes: Assessment and current perspectives of the guidelines of the Food and Drug Administration and the reflection paper of the European Medicines Agency', *European Journal of Cancer*, vol. 45, no. 3, pp. 347–353.
4. Boyd, JE, Otilingam, PG, in DeForge, BR 2014, 'Brief Version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: Psychometric Properties and Relationship to Depression, Self Esteem, Recovery Orientation, Empowerment, and Perceived Devaluation and Discrimination', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 37, no. 1, pp. 17–23.
5. Bush, T, Russo J, Ludman, E, Lin, E, Von Korff, M, Simon, G, in Walker, E 2001, 'Perceived self-efficacy for depression self-management. A reliable and valid self-report measure with predictive validity', *poster presentation at the American Psychological Society Meeting*, Toronto, Canada.
6. Cohen, J 1992, 'A power primer', *Psychological Bulletin*, vol. 112, pp. 155–159.
7. Corrigan, PW, in Rao, D 2012, 'On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change', *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 57, no. 8, pp. 464–469.
8. Corrigan, P, Watson, A, in Barr, L 2006, 'The self-stigma of mental illness: implications for self-esteem and self-efficacy', *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 25, no. 8, pp. 875–884
9. Coulehan, JL 1997, 'Treating Depressed Primary Care Patients Improves Their Physical, Mental, and Social Functioning', *Archives of Internal Medicine*, vol. 157, no. 10, pp. 1113–20.
10. Čot, D 2004, 'Bandurin koncept zaznane samoučinkovitosti kot pomemben dejavnik posameznikovega delovanja', *Socialna pedagogika*, vol. 8, pp. 173–196.
11. Dernovšek, MZ, Mišček, I, Jeriček, H, in Tavčar, R 2005, *Skupaj premagamo depresijo: priročnik za vodje delavnic in predavatelje*, Inštitut za varovanje zdravja, Ljubljana.
12. Donker, T, Griffiths, KM, Cuijpers, P, in Christensen, H 2009, 'Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis'. *BioMed Central Medicine*, vol. 7, pp. 1–9. Dosegljivo na: <http://www.drrogerwalsh.com/wp-content/uploads/2009/07/Lifestyle-Mental-Health-Advanced-Publication-PDF.pdf>
13. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16, pp. 199–208.
14. Furnham, A, in Swami, V 2018, 'Mental health literacy: A review of what it is and why it matters', *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, vol. 7, no. 4, pp. 240–257.
15. Gopinath, S, Katon, WJ, Russo, JE, in Ludman, EJ 2007, 'Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression', *Journal of Affective Disorders*, vol. 101, pp. 57–63.
16. Gordon, M, Tonge, B, in Melvin, GA 2012, 'The Self-Efficacy Questionnaire for Depressed Adolescents: A measure to predict the course of depression in depressed youth', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 46, no. 1, pp. 47–54.
17. Hays, RD 1995, 'Functioning and Well-being Outcomes of Patients With Depression Compared With Chronic General Medical Illnesses', *Archives of General Psychiatry*, vol. 52, no. 1, pp. 11–19.
18. Houle, J, Gascon-Depatie, M, Bélanger-Dumontier, G, in Cardinal, C 2013, 'Depression self-management support: A systematic review', *Patient Education and Counseling*, vol. 91, no. 3, pp. 271–279.
19. Houle, J, Gauvin, G, Collard, B, Meunier, S, Frasure-Smith, N, Lespérance, F, Villaggi, B, Roberge, P, Provencher, MD, in Lambert, J 2016, 'Empowering Adults in Recovery from Depression: A Community-Based Self-Management Group Program', *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 35, no. 2, pp. 55–68.
20. Jorm, AF, Korten, AE, Jacomb, PA, Christensen, H, Rodgers, B, in Pollitt, P 1997, '"Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment', *The Medical Journal of Australia*, vol. 166, no. 4, pp. 1–113.

21. Jorm, AF 2000, 'Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders', *British Journal of Psychiatry*, vol. 177, no. 5, pp. 396–401.
22. Jorm, AF 2012, 'Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health', *American Psychologist*, vol. 67, no. 3, pp. 231–43.
23. Kroenke, K, in Spitzer, RL 2002, 'The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure', *Psychiatric Annals*, vol. 32, no. 9, pp. 1–7.
24. Livingston, JD, in Boyd, JE 2010, 'Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis', *Social Science and Medicine*, vol. 71, pp. 2150–2161.
25. Ludman E, Katon W, Bush T, Rutter C, Lin E, Simon G, von Korff, M, in Walker, E 2003, 'Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial', *Psychological Medicine*, vol. 33, no. 6, pp. 1061–70.
26. Miles, MB, in Huberman, AM 1984, *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods*, Beverly Hills: Sage, London.
27. Miller, TA 2016, 'Health Literacy and Adherence to Medical Treatment in Chronic and Acute Illness: A Meta-Analysis', *Patient Education and Counseling*, vol. 99, no. 7, pp. 1079–1086.
28. Penninx, BW, van Tilburg, T, Kriegsman, DM, Boeke, AJ, Deeg, DJ, in van Eijk, JT 1999, 'Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases', *Journal of Aging Health*, vol. 11, pp. 151–68.
29. Perraud, S 2000, 'Development of the Depression Coping Self-Efficacy Scale (DCSES)', *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 14, no. 6, pp. 276–284.
30. Revicki, D 1998, 'Patient-assigned health state utilities for depression-related outcomes: differences by depression severity and antidepressant medications', *Journal of Affective Disorders*, vol. 48, no. 1, pp. 25–36.
31. Richardson, JTE 2011. 'Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research', *Educational Research Review*, vol. 6, no. 2, pp. 135–147.
32. Rifel, J 2006, 'Splošni večdimenzijski vprašalniki za merjenje kakovosti življenja', *Medicinski razgledi*, vol. 45, pp. 285–292.
33. Ritsher, JB, Otilingam, PG, in Grajales, M 2003, 'Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure', *Psychiatry Research*, vol. 121, no 1, pp. 31–49.
34. Sobocki, P, Ekman, M, Agren, H, Krakau, I, Runeson, B, Martensson, B, in Jönsson, B 2007, 'Health-Related Quality of Life Measured with EQ-5D in Patients Treated for Depression in Primary Care', *Value in Health*, vol. 10, no. 2, pp. 153–160.
35. Sun, X, in Yang, Z 2008, 'Generalized McNemar's Test for Homogeneity of the Marginal Distributions', SAS Global Forum, Statistics and Data Analysis.
36. Wang, J, He, Y, Jiang, Q, Cai, J, Wang, W, Zeng, Q, Miao, J, Qi, X, Chen, J, Bian, Q, Cai, C, Ma, N, Zhu, Z, in Zhang, M 2013, 'Mental health literacy among residents in Shanghai', *Shanghai Archives of Psychiatry*, vol. 25, no. 4, pp. 224–235.
37. Ware, JE, Kosinski, M, in Keller, SD 1995, *SF-12: How to score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales*, The Health Institute, New England Medical Center, Boston.
38. Ware, JE, Kosinski, M, in Keller, SD 1996, 'A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity', *Medical Care*, vol. 34, no. 3, pp. 220–33.
39. West, BT 2009, 'Analyzing Longitudinal Data With the Linear Mixed Models Procedure in SPSS', *Evaluation and the Health Professions*, vol. 32, no. 3, pp. 207–228.
40. Yanos, PT, Lucksted, A, Drapalski, AL, Roe, D, in Lysaker, P 2015, 'Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison', *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 38, no. 2, pp. 171–178.
41. Yanos, PT, Roe, D, Markus, K, in Lysaker, PH 2008, 'Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders', *Psychiatric Services*, vol 59, no. 12, pp. 1437–1442.

4 Zaključek

Ob zavedanju velikega bremena depresije in nekaj let po vzpostavitvi podpornih psihoedukativnih delavnic na področju depresije na primarni ravni v ZD po Sloveniji, je pričujoča publikacija ena prvih, ki sistematično, celostno in empirično naslavlja njihovo učinkovitost pri spoprijemanju bolnikov z depresijo. S tem namenom znanstvena publikacija predstavlja širok nabor podatkov, ki vplive delavnice osvetljujejo z različnih vidikov. Vključuje podatke rutinskega zbiranja kazalnikov o učinkovitosti izvedbe delavnice v ZD ter ključna spoznanja kvalitativnih in kvantitativnih izsledkov, vezanih na učinkovitost delavnic, o katerih poročajo izvajalci in udeleženci delavnic v ZD. Spoznanja smo za zagotavljanje večje zanesljivosti in veljavnosti pridobili s pomočjo različnih raziskovalnih metod, tj. (validiranih) vprašalnikov in fokusnih skupin za ugotavljanje sprememb pri udeležencih delavnic, polstrukturiranih intervjujev in ankete za preučevanje zaznave izvajalcev o koristih oziroma učinkih delavnic ter znanj in veščin, ki jih potrebujejo za izvajanje delavnic. Objektivnejše podatke o veščinah in znanju izvajalcev delavnic v ZD smo pridobili s strukturiranim opazovanjem izvedbe delavnic.

Rezultati rutinskega zbiranja podatkov kažejo, da je bilo od vzpostavitve v sredini leta 2014 do konca leta 2017 po vsej Sloveniji izvedenih 390 psihoedukativnih delavnic. To pomeni, da je bilo samo v tem obdobju v delavnice vključenih skoraj 3.000 oseb z depresijo ali obremenjujočimi simptomi depresije. To je izjemno pomembno, kajti viri pomoči v duševni stiski v Sloveniji ne dosegajo potreb prebivalstva, obenem pa so regionalno neenakomerno razporejeni.

Učinkovitost psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo smo želeli utemeljiti s poglobljeno evalvacijo, ki smo jo izvedli v letu 2018, v skupno 14 ZVC-jih oziroma CKZ-jih v ZD po Sloveniji. Dobljeni rezultati potrjujejo pozitivne učinke psihoedukativne delavnice na različne vidike funkcioniranja udeležencev. Posamezniki, ki so bili vključeni v delavnico, so poročali o izboljšanju depresivne simptomatike, ki se je ohranilo še tri mesece po koncu delavnice. Tri mesece po koncu delavnice so poročali tudi o zvišanju z zdravjem povezane kakovosti življenja, kar je lahko povezano tako z upadom depresivne simptomatike kot tudi z drugimi dejavniki, npr. socialno podporo, pridobljenimi znanji, večjim prepričanjem v lastne zmožnosti obvladovanja depresije.

Udeleženci so bili ob koncu, v primerjavi z začetkom psihoedukativne delavnice, bolj prepričani vase in v svoje sposobnosti učinkovitega spoprijemanja z depresijo in njenimi simptomi. Povečala se je tudi pogostost izvajanja terapevtskih aktivnosti, tj. izvajanja prijetnih dejavnosti in sodelovanja v družabnih aktivnostih. Obenem rezultati nakazujejo trend zmanjševanja deleža udeležencev z višjo izraženostjo ponotranjene stigme, kar je lahko povezano z dodatnim pridobljenim znanjem in normalizacijo depresije tekom delavnice. Vezano na normalizacijo težav in prepričanja udeležencev o vzrokih duševnih motenj, so ti sicer že ob začetku delavnice izkazovali relativno visoko stopnjo pismenosti o duševnem zdravju. Prav tako je večina udeležencev že pred vključitvijo v psihoedukativno delavnico izvajala vedenjske strategije za obvladovanje depresije.

Ugotovitve je mogoče delno interpretirati v luči v raziskavo vključenega vzorca. Zaradi narave vzorca je vzorčenje potekalo na ravni ZVC-jev in CKZ-jev, v katerih se v delavnice vključuje dokaj selekcioniran vzorec oseb s prepoznano depresijo ali depresivno simptomatiko. V našem vzorcu so tako, kot tudi sicer v zdravstvenovzgojnih programih v ZD, prevladovalе ženske (83 %), katerih povprečna starost je znašala 54 let. Nekaj več kot polovica udeležencev je bila zaradi depresije obravnavana pri osebнем zdravniku (54 %), podobno visok delež pa (tudi) pri specialistu psihiatrije (51 %). Glede napotovanja na delavnico se je večji delež udeležencev v delavnico vključil na pobudo osebnega zdravnika (51 %) v primerjavi z zgolj slabo de-

setino, ki se je vključila na pobudo specialista psihiatrije. Več kot polovica udeležencev je tudi poročala o tem, da jemljejo antidepressive, pri čemer so v okviru fokusne skupine pogosto izpostavljali, da o slednjih pred delavnico niso veliko vedeli, so jih zavračali ali jemali s strahom (ker so se bali, da bi se razvila odvisnost).

Poleg kvantitativnih zaključkov glede učinkov delavnic poglobljen vpogled v zaznane koristi psihoedukativnih delavnic dajejo izsledki kvalitativne raziskave. Na podlagi izsledkov fokusnih skupin ugotavljamo, da so delavnice dobro sprejete in da jih udeleženci doživljajo kot koristne. V njih vidijo možnost iskanja pomoči v težavah, pridobivanja znanja, izkušenj, usmeritev ter spodbud za spremembo. Obenem med koristmi delavnic izpostavljajo možnost izmenjave izkušenj, težav in načinov njihovega reševanja ter učenje drug od drugega. Navajajo tudi, da je delavnica spremenila njihov pogled na depresijo v smislu normalizacije depresije ter zmanjšanja občutka krivde zaradi bolezni. Prav tako obogateni z izkušnjami z delavnice lažje spregovorijo o depresiji brez sramu ter bi v prihodnje prej poiskali strokovno pomoč. Zelo spodbudno je tudi poročanje svojcev, da jim je delavnica pomagala razumeti motnjo in opremljeni s pridobljenim znanjem lažje razumejo svojega bližnjega. V okviru fokusne skupine je večina udeležencev izpostavila tudi svoje izkušnje v povezavi z depresijo v družbi; večinoma so izpostavili nerazumevanje okolice in stigmatizirajoča prepričanja, na katera so naleteli v svojem delovnem in zasebnem življenju. V tem oziru ima psihoedukacija pomembno vlogo. Ne le, da razširjenost delavnic v lokalnih okoljih prispeva k zmanjšanju družbene stigme, psihoedukacija posamezniku preko pridobivanja verodostojnih informacij tudi omogoča kritično razmišljanje o predsodkih in njihovo zavračanje.

Za učinkovitost psihoedukativnih delavnic je pomembno, da so kakovostno izvedene, zato smo v publikaciji naslovili tudi znanja in veščine izvajalcev delavnic. Razumljivo je, da ti do določene mere vsebine delavnice prilagajajo/dopolnjujejo glede na specifične potrebe skupine in lastne izkušnje. Ne glede na vpeljane spremembe je pomembno, da so v okviru delavnice udeležencem predstavljene ključne informacije ter so predvidene aktivnosti, namenjene usvajanju in utrjevanju novih vedenj, izvedene. Prav tako je pomembno, da imajo udeleženci delavnice možnost medsebojne izmenjave izkušenj.

Ugotovitve strukturiranega opazovanja izvedb delavnice v 14 ZVC-jih oziroma CKZ-jih kažejo, da izvajalci delavnic v večji meri učinkovito uporabljajo veščine vodenja skupine in komunikacije, nekoliko več težav pa imajo z vzpostavljanjem in vzdrževanje strukture skupine (npr. navedba razloga za izvajanje posamezne aktivnosti, predstavitev poteka srečanja) ter veščinami, vezanimi na proces izvajanja psihoedukacije (npr. preverjanje razumevanja povedanega pri udeležencih, povzemanje najpomembnejših vsebin ob zaključku posameznega dela ali srečanja). Večina izvajalcev delavnic je v polstrukturiranih intervjujih navedla, da se v vlogi izvajalca počutijo dobro in cenijo z izvajanjem delavnic pridobljene izkušnje. Dodatno pa se je pokazalo, da so izvajalci do sebe dokaj zahtevni ter stremijo k strokovnemu razvoju tako glede pridobivanja dodatnega znanja kot tudi dodatnih veščin za izvajanje delavnic. Med področji, na katerih bi si še posebno želeli pridobiti več znanja, izpostavljajo področje motivacije za spremembo, psihološke prve pomoči, žalovanja in samomorilnosti.

Ključno omejitev naše raziskave predstavlja, sicer geografsko raznolik, vendar selekcioniran vzorec udeležencev, ki se odločijo za vključitev v psihoedukativno delavnico v ZD, zaradi česar so spoznanja težje posplošljiva na splošno populacijo bolnikov z depresijo oziroma depresivnimi simptomi. Obenem so bile vključene skupine pogosto precej heterogene, kar pomeni, da niso vključevale le posameznikov, katerim je delavnica v osnovi namenjena. Delavnice so se med seboj razlikovale tudi po izvajalcu, njegovem načinu podajanja vsebin in dela s skupino. Heterogenost udeležencev ter relativno velik osip udeležencev preko treh merjenj sta prav tako onemogočali izvedbo naprednejših statističnih analiz, ki bi dajale jasnejše informacije z vidika različnih napovednih dejavnikov za doseganje boljših izidov pri udeležencih. Prav tako

nismo natančneje spremljali in upoštevali farmakoterapevtskega zdravljenja ter drugih oblik pomoči, ki lahko pri udeležencih prav tako privedejo do boljših izidov.

Z rezultati raziskave smo pridobili pomembne informacije o učinkovitosti psihoedukativne delavnice, s čimer tudi empirično podpiramo ugotovitve iz prakse. Prav tako pomemben doprinos predstavljata priredba in uporaba nekaterih vprašalnikov na področju merjenja izidov zdravljenja depresije (tj. zoznane samoučinkovitosti ter uporabe vedenjskih strategij obvladovanja depresije, ponotranjene stigme). Za nekatere v našem prostoru bolj uveljavljene vprašalnike (PHQ-9, SF-12, EQ-5D) smo na vzorcu oseb z depresijo oziroma depresivnimi simptomi pridobili tudi podatke glede zanesljivosti ter okvirne podatke glede vrednosti njihovih dosežkov.

Na podlagi ugotovitev raziskave predlagamo razširitev kazalnikov za spremljanje učinkovitosti delavnice na nacionalni ravni. Predlagamo uporabo vprašalnika PHQ-2, tj. krajše oblike vprašalnika PHQ-9, postavke o izvajanju prijetnih aktivnosti ter postavke o samostigmi. Na ta način lahko z relativno majhnim številom postavk pokrijemo velik del pomembnih področij, ki jih z delavnicami želimo pri udeležencih izboljšati.

Tudi pri delavnicah Spoprijemanje s stresom in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo predlagamo razširitev obstoječih kazalnikov s postavko o izvajanju prijetnih aktivnosti in nekaterimi postavkami o samostigmi. Omenjena kazalnika sta namreč dovolj splošna za uporabo tako na področju spoprijemanja s stresom kot na področju spoprijemanja s tesnobo.

Da bi izboljšali učinkovitost delavnice, predlagamo tudi določene spremembe z vsebinskega in izvedbenega vidika. Zaradi pomembnosti vsakodnevnega izvajanja strategij obvladovanja bolezni je v prihodnje na delavnicah smiselno še večji poudarek nameniti izvajanju različnih aktivnosti za učinkovitejše obvladovanje depresije ter doseganje boljše kakovosti življenja. Na mestu je tudi razmislek o razširitvi obstoječih vsebin delavnice z dodatnim, širšim naborom strategij za spoprijemanje z depresijo (npr. preusmerjanje misli, spremljanje (pisnega) načrta za obvladovanje depresije, iskanje socialne podpore).

Lahko zaključimo, da so evalvacijske ugotovitve spodbudne in na podlagi predstavljenih učinkov psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo na njene udeležence to lahko izpostavimo kot primer dobre prakse na področju duševnega zdravja.

Priloga 1. Vprašanja za fokusno skupino

Področje	Osnovna vprašanja	Dodatna vprašanja (če ostane čas)
ZAZNAVA DELAVNICE	<p>Splošen vtis o delavnici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kakšna se vam je zdela delavnica?/ Kako ste zadovoljni z izvedbo delavnice? • Kaj menite o trajanju delavnice? Se vam je zdela predolga, prekratka, ravno prav dolga? <p>Uporabnost informacij</p> <ul style="list-style-type: none"> • Katere informacije so se vam zdele najbolj uporabne oziroma koristne? • Katere informacije so se vam zdele najmanj uporabne oziroma koristne? • Menite, da bi bilo treba vključiti še druge informacije? <p>Uporabnost in vsečnost materialov</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menite, da bi moralo biti na delavnici več vaj, predavanj? <p>Vtis o izvajalcu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kako ste doživeli izvajalca? Je skupino dobro vodil? Je stvari jasno razlagal? Ste se počutili dovolj sprejeto in varno? 	<ul style="list-style-type: none"> • Jih mogoče že uporabljate? • Kakšen se vam zdi priročnik (uporaben, jasen)? • Kaj menite, kakšne lastnosti mora imeti dober izvajalec delavnice?
VPLIV PSIHOEDUKACIJE/ UPORABNOST DELAVNICE	<p>Uporabnost delavnice</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ste pri sebi opazili kakšne spremembe v vedenju ali počutju, ki bi jih lahko pripisali udeležbi na delavnici? • Imate občutek, da imate zdaj več znanja o svoji bolezni in veščin kako se z njo spoprijemati? (Glede česa?) • Kako je na vaše počutje in sprejemanje vaše bolezni vplivala skupina? <p>Doživljanja in pričakovanja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kakšna pričakovanja ste imeli pred vključitvijo v delavnico? So se uresničila? • Se je zaradi vključitve v psihoedukacijo spremenilo vaše mnenje o depresiji? <ul style="list-style-type: none"> o O uporabi zdravil o Vzrokih za bolezen o Lastnega nadzora nad boleznijo o Možnih načinov zdravljenja in pomoči o Možnostih okrevanja • Se vam zdi, da lažje sprejemate svojo bolezen (se manj obtožujete, lažje govorite o bolezni, se lažje družite z drugimi, lažje iščete pomoč)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Če da – menite, da vam je izboljšanje znanja o depresiji pomagalo pri obvladovanju bolezni oziroma simptomov depresije? Koliko so različne strategije/veščine koristne za vaše spoprijemanje z depresijo?

	<ul style="list-style-type: none"> • Bi priporočili delavnico še drugim z depresivno simptomatiko? Zakaj? <p>Vzdrževanje stikov po delavnici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ste se pogovarjali, da bi po zaključku delavnice ohranili stike med seboj/ oblikovali skupino za samopomoč? Bi si to želeli? 	
<p>SPOPRI- JEMANJE Z DEPRESIJO (ZGODOVI- NA, VPLIV BOLEZNI, STIGMA ...)</p>		<p>Zgodovina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kako ste sprejeli diagnozo depresije? • S katerimi ovirami se (ste se) srečujete pri spoprijemanju z vašo boleznijo? • Kako ste izvedeli o možnosti vključitve v psihoedukacijo/delavnico? <p>Vpliv na socialno življenje/Psihološki vpliv bolezni na življenje</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kako je vaša bolezen vplivala na vas/vaše življenje (socialni, delovni in ekonomski vidik)? • Koliko podpore imate? Kaj oziroma kdo vam je (bil) v procesu spoprijemanja z depresijo v oporo? <p>Stigma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imate občutek, da drugi ljudje, ki vedo, da se spoprijemate z depresijo, drugače gledajo na vas? • Vas mogoče drugače obravnavajo? Se do vas drugače obnašajo? Kakšne so vaše izkušnje s tem? • Ste drugim povedali, da obiskujete delavnico? Kakšne so bile reakcije drugih ljudi, ko ste omenili, da obiskujete to delavnico? • Menite, da se je zaradi psihoedukacije/delavnice spremenilo vaše mnenje o sebi (npr. ste postali manj kritični do sebe ...)? Zakaj menite, da je tako?

Komentarji o interakcijah in dinamiki skupine

* Za sodelovanje pri razvoju vprašanj za fokusno skupino se zahvaljujemo psihologinji doc. dr. Saški Roškar, univ. dipl. psih.

Priloga 2. Ček-lista za opazovanje

IZVEDBA 1. SREČANJA

Zdravstvenovzgojni center: _____

Vsebina 1. delavnice: Nastanek depresije – vzroki, simptomi

Tema: Seznanjenje skupine, prepoznavanje vzrokov, simptomov in poteka depresije

Vsebina in potek srečanja:

Ali je bilo srečanje izvedeno v skladu z navodili za izvajanje delavnice?

Začetek delavnice		
• Uvod		
o predstavitev izvajalca	DA	NE
o predstavitev delavnice	DA	NE
o predstavitev udeležencev	DA	NE
o predstavitev (pravil) dela v skupini	DA	NE
Nastanek depresije/Dejavniki depresije		
• predavanje o dejavnikih depresije	DA	NE
• izvedba vaje »Dejavniki depresije« in vodenje razgovora o dejavnikih	DA	NE
Simptomi depresije		
• predavanje ob sliki	DA	NE
• izvedba vaje »Prepoznavanje simptomov pri sebi« in vodenje razgovora o posameznih simptomih	DA	NE
• opis simptomov depresije	DA	NE
• izvedba vaje »Pomen in izraženost posameznih sklopov depresije« in vodenje razgovora	DA	NE
• izvedba vaje »Pojavljanje simptomov depresije v času« in vodenje razgovora	DA	NE
Zaključek delavnice		
• povzetek naučenega	DA	NE

Ali so bile v poteku srečanja narejene določene spremembe? DA NE

Če so bile, kaj je bilo spremenjeno (dodano/izvzeto)?

IZVEDBA 4. SREČANJA

Zdravstvenovzgojni center: _____

Vsebina 4. srečanja: Preprečevanje poslabšanj in ponovitev

Tema: Seznanjenje skupine, prepoznavanje vzrokov, simptomov in poteka depresije

Vsebina in potek srečanja:

Ali je bilo srečanje izvedeno v skladu z navodili za izvajanje delavnice?

Začetek delavnice		
• Uvod		
o Izvedba vaje »Usklajevanje skupine«	DA	NE
o Pogovor o domači nalogi	DA	NE
Izboljševanje razpoloženja pri zdravljenju		
• predavanje ob sliki	DA	NE
Pasti, v katere se ujamejo osebe z depresijo in njihovi svojci		
• predavanje o pasteh	DA	NE
• izvedba vaje »Pasti depresije« in vodenje razgovora	DA	NE
Preprečevanje ponovitev		
• predavanje in izvedba vaje »Razgovor in načrt za nadaljevanje«	DA	NE
Zaključek delavnice		
• povzetek naučenega	DA	NE
• zaključek celotne delavnice	DA	NE

Ali so bile v poteku srečanja narejene določene spremembe? DA NE

Če so bile, kaj je bilo spremenjeno (dodano/izvzeto)?

Vzpostavljane in vzdrževanje strukture skupine	Pomanjkljivo	Delno	V veliki meri	Komentar
Izvajalec predstavi potek srečanja	0	1	2	
Izvajalec se z udeleženci pogovori o pravilih dela v skupini (zaupnost, točnost, sodelovanje...).	0	1	2	
Izvajalec prepozna in naslovi skrbi/strahove glede samorazkrivanja udeležencev.	0	1	2	
Izvajalec ustrezno utemelji posamezne aktivnosti (navedba razloga za izvajanje).	0	1	2	

Proces izvajanja	Pomanjkljivo	Delno	V veliki meri	Komentar
Izvajalec je organiziran in pripravljen.	0	1	2	
Izvajalec ustrezno razporeja čas srečanja.	0	1	2	
Izvajalec smiselno in na ustreznih mestih uporablja didaktični material.	0	1	2	
Izvajalec spodbuja/vzpostavlja prijetno, podporno in sodelujoče vzdušje v skupini (npr. spodbuja konstruktivne, naklonjene odnose med udeleženci).	0	1	2	
Izvajalec strukturira diskusijo na način, da nihče izmed udeležencev ne vzame preveč prostora in imajo vsi udeleženci priložnost sodelovati.	0	1	2	
Izvajalec naslovi težave/pereča vprašanja, a ne dovoli prevelikega odmika od predvidenega poteka srečanja.	0	1	2	
Izvajalec pri udeležencih preverja razumevanje povedenega.	0	1	2	
Izvajalec povzame najpomembnejše vsebine ob zaključku posameznega dela ter ob koncu srečanja.	0	1	2	
Izvajalec konstruktivno zaključi posamezno srečanje delavnice (ter celotno delavnico) (pomembna in intenzivna čustva/odprta vprašanja so naslovljena, udeleženci imajo možnost, da se poslovijo med seboj).	0	1	2	

Strokovna kompetentnost in kompetentnost pri vodenju skupine	Pomanjkljivo	Delno	V veliki meri	Komentar
Izvajalec posreduje informacije/vsebine delavnice na strokovno ustrezen način.	0	1	2	
Izvajalec posreduje informacije/vsebine delavnice na udeležencu razumljiv način.	0	1	2	
Izvajalec razume namen aktivnosti (vaj, razgovorov) in jih smiselno uporablja za edukacijo udeležencev.	0	1	2	

Strokovna kompetentnost in kompetentnost pri vodenju skupine	Pomanjkljivo	Delno	V veliki meri	Komentar
Izvajalec se primerno odziva na vprašanja udeležencev (brez obrambnega vedenja, brez hitenja z odgovorom, posrednih odgovorov, odgovarjanja z vprašanjem, ignoriranja vprašanja).	0	1	2	
Izvajalec udeležencem postavlja učinkovita vprašanja (spodbujajo sodelovanje, izkazujejo zanimanje, so relevantna).	0	1	2	
Izvajalec udeležencem podaja ustrezno povratno informacijo (tudi: izogibanje dajanja obsojajoče povratne informacije na prispevek udeleženca).	0	1	2	
Izvajalec nudi podporo udeležencem (ob primernem trenutku in na primeren način).	0	1	2	
Izvajalec se ustrezno znajde v situaciji, ko vsebine presegajo njegova znanja in kompetence (npr: 'Bom vprašal zdravnika/ Zapišite si, bom preveril').	0	1	2	
Izvajalec ustrezno ustavlja neprimerne odzive udeležencev (intelektualizacijo, "pripovedovanje zgodb", pretirano samorazkrivanje, druga nekonstruktivna vedenja).	0	1	2	

Druge veščine vodenja skupine, komunikacije	Pomanjkljivo	Delno	V veliki meri	Komentar
Izvajalec govori dovolj glasno in razločno.	0	1	2	
Izvajalec uporablja jasno, neposredno, jedrnato komunikacijo.	0	1	2	
Izvajalec udeležence aktivno posluša.	0	1	2	
Izvajalec izkazuje primerno empatijo.	0	1	2	
Izvajalec reflektira povedano (vsebina, čustva).	0	1	2	
Izvajalec pri razlagah uporablja učinkovite primere, metafore.	0	1	2	
Izvajalec ima ustrezno nebesedno komunikacijo (rahla nagnjenost naprej, očesni stik, obrnjenost h govorncu, osredotočenost).	0	1	2	
Izvajalec uporablja primeren besednjak (brez žargona, uporaba terminov, ki so splošno znani).	0	1	2	

Dodatna opažanja (kar ni že zajeto v prejšnjih postavkah)

* Za sodelovanje pri razvoju ček-liste se zahvaljujemo psihologinjama doc. dr. Saški Roškar, univ. dipl. psih., in Maruši Naglič, univ. dipl. psih.

Priloga 3. Polstrukturirani intervju z izvajalci

ZAZNAVA DELAVNICE:

- Kaj je po vašem dodana vrednost delavnice za udeležence?
- Kako bi vi izboljšali delavnico, bi karkoli spremenili?
/ Kje vidite prednosti in slabosti delavnice? / Koliko so trenutne vsebine koristne za udeležence? /
Katere vsebine na delavnici pogrešate?
- Je po vašem mnenju delavnica prekratka/predolga?
- Se vam zdi predvideno število udeležencev v skupini ustrezno?

ZAZNAVA IZVEDBE DELAVNICE:

- Kako bi opisali skupino (sodelovanje, vzdušje)?
- Ste tekom delavnice opazili kakšne spremembe pri udeležencih?
- So bila srečanja izpeljana, kot je bilo načrtovano? (npr. ali so bili izpeljani vsi predvideni elementi; ali je trajalo dlje, kot je bilo načrtovano)? So bile kakšne posebnosti?
- Ali ste imeli med samo izpeljavo delavnice kakšne ovire/težave? Če da, kako ste jih rešili? S katerimi najpomembnejšimi ovirami /težavami se sicer srečujete med izvajanjem delavnice?
- Kako se počutite v vlogi izvajalca?
- Kako ste zadovoljni z izvedbo delavnice? Če pogledate nazaj, bi karkoli glede izvedbe delavnice spremenili?
- Želite še kaj izpostaviti?

DRUGO:

- Katera znanja in veščine bi vam še koristile pri vodenju/izvedbi delavnice?
- Katere veščine mora imeti izvajalec delavnice?
- Koliko časa že izvajate delavnice? Kako redno se udeležujete supervizij?
- Imate kakšna dodatna psihološka (psihoterapevtska) znanja, npr. VKT?
- V kolikšnem obsegu ste zaposleni v ZD oziroma ZVC-jih? Kaj ste po izobrazbi?

Priloga 4. Anketa o samozaznanem znanju in veščinah izvajalcev

Prosimo, ocenite, v kolikšni meri pri posameznih vsebinah s področja psihoedukacije in duševnega zdravja potrebujete dodatna znanja oziroma strokovno izpopolnjevanje.

	Sploh ne potrebujem dodatnih znanj	V manjši meri potrebujem dodatna znanja	Nekaj vmes	V večji meri potrebujem dodatna znanja	V zelo veliki meri potrebujem dodatna znanja
Splošno o psihoedukaciji in duševnih motnjah					
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					

	Sploh ne potrebujem dodatnih znanj	V manjši meri potrebujem dodatna znanja	Nekaj vmes	V večji meri potrebujem dodatna znanja	V zelo veliki meri potrebujem dodatna znanja
Psihoedukativna delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo					
1.					
2.					
3.					
4.					

		Sploh ne potrebujem dodatnih znanj	V manjši meri potrebujem dodatna znanja	Nekaj vmes	V večji meri potrebujem dodatna znanja	V zelo veliki meri potrebujem dodatna znanja
5.	Vpliv misli na čustva, vedenje in telo pri depresiji					
6.	Avtomatske misli					
7.	Izboljševanje razpoloženja in pasti pri okrevanju zaradi depresije					
8.	Preprečevanje poslabšanj in ponovitev depresije					

Prosimo ocenite, v kolikšni meri vam določene situacije pri delu s skupino povzročajo težave.

Udeleženec oziroma udeleženci:		Sploh ne	V manjši meri	Nekaj vmes	V večji meri	V zelo veliki meri
1.	govorijo drug čez drugega in se med seboj ne poslušajo					
2.	se pogovarjajo med seboj (klepetanje)					
3.	zamuja/-jo na delavnico					
4.	izraža/-jo strahove glede samorazkrivanja					
5.	se pretirano samorazkriva/-jo (zelo osebne, travmatične izkušnje)					
6.	»pripoveduje/-jo zgodbe« in zavzamejo veliko časa in prostora					
7.	izraža/-jo nezadovoljstvo in nestrinjanje z vsebinami delavnice					
8.	se ne želi/-jo vključiti					
9.	deli/-jo izkušnje in postavlja/-jo vprašanja, ki niso vezana na temo delavnice					
10.	postavlja/-jo vprašanja, na katera ne vem odgovora					
11.	me sprašuje/-jo o zdravilih					
12.	želi/-jo nasvet glede svojih težav					
13.	ni/-so napoten/-i v pravo delavnico					
14.	ima/-jo različne oviranosti (slabovidnost, naglušnost, slabo razumevanje slovenskega jezika itd.)					
15.	se zelo naveže/-jo name					
16.	ne izvajajo domačih nalog					

<i>Udeleženec oziroma udeleženci:</i>		Sploh ne	V manjši meri	Nekaj vmes	V večji meri	V zelo veliki meri
17.	se posmehujejo drugemu in njegovi izkušnji					
18.	drugo: prosimo, navedite					

* Za sodelovanje pri razvoju anketnih vprašanj se zahvaljujemo doc. dr. Saški Rožkar, univ. dipl. psih., in prim. Nuši Konec Juričič, dr. med., specialistki javnega zdravja.

Priloga 5. Povprečne vrednosti na vprašalniku PHQ-9 ob različnih merjenjih

	Na začetku delavnice		Ob koncu delavnice		3 mesece po koncu delavnice	
	M	SD	M	SD	M	SD
Malo interesa in zadovoljstva v stvareh, ki jih počnem.	1,5	,9	1,1	,8	,9	,9
Potrtoost, depresivnost, obup.	1,4	,9	1,0	,8	,9	,9
Teško zaspim, spim slabo ali spim prekomerno.	1,8	1,0	1,5	1,1	1,4	1,2
Utrujenost in pomanjkanje energije.	1,8	,9	1,3	,9	1,2	,9
Slab apetit ali prenajedanje.	1,4	1,0	,9	,9	1,0	1,0
Slabo mnenje o sebi; občutek, da sem neuspešen/-a in da sem razočaran/-a sebe ali bližnje.	1,4	1,0	,8	,8	,7	,9
Težave s koncentracijo pri stvareh, kot so branje časopisa ali gledanje televizije.	1,2	1,1	,9	,9	,8	,9
Upočasnjeno gibanje ali govor, tako da so drugi ljudje lahko opazili. Ali nasprotno – nervoza in nemir, tako da nimam obstanka.	1,0	1,0	,9	,8	,6	,7
Misli, da bi bilo bolje če bi bil mrtev/-a ali da bi si nekaj hudega naredil/-a.	,4	,6	,2	,5	,2	,4

Priloga 6. Klasificirane izjave udeležencev fokusne skupine

I. Sprememba v mišljenju, prioritetah, načinu spoprijemanja z depresijo

<p>I .a) Uporabnost delavnice (splošno)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tako da bi svetovala vsem. Kdorkoli ima težave, da si najde pomoč. Da potrka na ta vrata, da ne ostane doma sam v svojih težavah, ampak da pač najde pomoč. Ja, delavnica je bila tista, ki pač ... ker spoznaš določene stvari. Jaz tega nisem imela recimo v psihiatriji. Jaz imam zelo slabe izkušnje. (udeleženska, ZD Kranj)</i> - <i>Samo eno znanje več pridobiš in izkušnje si lahko pridobiš. To je tako kot en trening. Tam recimo pri športu moraš trenirati, da si boljši, tukaj je pa ravno tako. (udeleženec, ZD Medvode)</i> - <i>Pa spremeniti svoje življenje – to moraš, ampak to ni tako preprosto, tega se moraš naučiti. Res. In za to rabiš neko spodbudo, če je pač doma nimaš, ker je jaz nimam ... To je ena spodbuda. (udeleženska, ZD Ljutomer)</i> - <i>Jaz mislim, da tisti, ki vstopi v eno delavnico, je že na pol poti ven iz te depresije. (udeleženska, ZD Novo mesto)</i> - <i>Ker mene je absolutno potegnilo nekako bolj v življenje, ali pa zbudilo, ali pa ne vem, kako naj to povem. (udeleženska, ZD Lenart)</i> - <i>Ja, jaz sem tudi zelo zadovoljna s to delavnico. Dosti informacij sem izvedela. (udeleženska, ZD Lenart)</i> - <i>Poučna, zanimiva (udeleženska, ZD Šmarje pri Jelšah)</i> - <i>Rabiš več ... stik s človekom, ki to pozna, ki ti zna svetovati, ki te vidi ... Da imaš občutek, da si slišan, da razumejo. Tako, še dodatno si motiviran. (udeleženska, ZD Ljutomer)</i> - <i>Ene usmeritve smo dobili, potem pa je delo na nas samih. (udeleženska, ZD Nova Gorica)</i> - <i>Vsi smo imeli možnost vprašati, kdor je še kaj imel. Recimo, jaz sem tudi povedala, da me za zdravila zanima, pa mi je psihologinja povedala, kakšne imajo stranske učinke. Tako da če je imel kdo kaj vprašati, je lahko vprašal. (udeleženska, ZD Novo mesto)</i> - <i>Druženje, ven smo šli, spoznali smo se, lepo smo se tukaj imeli. (udeleženska, ZD Novo mesto)</i> - <i>Tako da je name zelo pozitivno vplivalo vse skupaj. Plus tole druženje, ko smo res, se mi zdi taka čisto normalna preprosta skupina (udeleženska, ZD Velenje)</i> - <i>Zelo dobro, sem zelo zadovoljna, je bila delavnica zelo koristna, dobro vodena, organizirana. Moram povedati, da ko mi je moja zdravnica to svetovala, sem najprej – joj, pa ne bi jaz to šla, čeprav sem zdravstveni delavec. Pa mi je rekla, ne, gospa, veste, kolikor imam informacije, so zelo pozitivni odzivi. In sem srečna, pa vesela, da sem se za to odločila ... Vidim, da terapija in vse, oboje skupaj mi zelo koristi in upam, da bo tudi naprej tako in z veseljem bi se še udeležila, če bo kdaj še kaj takega. (udeleženska, ZD Ljutomer)</i> - <i>Ja, take delavnice so tako vedno dobrodošle. Sploh če so brezplačne. Pa če niso čakalne dobe predolge. (udeleženec, ZD Celje)</i>
---	--

	<p>- Jaz sem imel občutek, da res se najdeš. Pa fajn je tudi to, ko je šlo po temah, tako en teden smo to. Pa si imel čas prebrati pa razmišljati pa spet druga tema ... Ja, da ni bilo kar vse naenkrat. Recimo, če bi bilo to kar naenkrat, ne bi odnesli toliko. Preveč bi bilo. (udeleženec, Slovenj Gradec)</p>
<p>I. b) Opolnomočenost</p>	<p>Depresijo je mogoče obvladati.</p> <p>- Jaz imam tudi boljše upanje kot prej. Bolj moč si dobil, življensko, ko to slišiš. Čeprav je rekla, da se lahko ponovi. Nekako vseeno zdaj drugače gledaš, da si boš pomagal, pa ... (udeleženka, ZD Novo mesto)</p> <p>- Jaz mislim pa, da prej sem drugače razmišljala o depresiji. Sem bila tudi kar v skrbeh, da se to res ne bo nikoli prenehalo, da boš moral v nedogled živeti s tem. Ampak potem pa vidiš, malo ti to pomaga, malo druge stvari, dejavnosti in si prišel kar, bi rekla, na zeleno vejo že kar. Tako da imam zdaj volje precej več. In upanje drugačno kakor prej. Tudi o zdravilih imam drugačno mnenje zdaj, ko tudi vidim, da se je že izboljšalo dosti. (udeleženka, ZD Novo mesto)</p> <p>- Je, da vem, da se /depresija/ da pozdraviti ... Da je neko upanje. Ker prej misliš, saj ne bo nikoli bolje, saj je brezveze se truditi. Zdaj vidiš, da neko spodbudo dobiš. Da se splača delati na sebi. Recimo tako sem jaz. (udeleženka, ZD Nova Gorica)</p> <p>- Ja. Jaz tudi tako mislim, ja. Da je malo lažje /obvladljiva bolezen/. Pa malo več veš. No, sicer, saj pravim, saj sem prej rekla, da sem že tudi nekaj vedela prej. Ampak potem, ko ti prideš v to, je malo drugače. Ker ti, ko ti eden govori, kako pa kaj, pač si misliš, saj vem, kaj je to. (udeleženka, ZD Slovenj Gradec)</p> <p>- Da se premagati. Zdaj vem, da je res, kot sem pač prej rekla. Moraš ven, moraš med ljudi, moraš se pogovarjati. Ampak problem je priti do te točke. Jaz rečem tudi, ko prideš zdravniku s težavo. Da ti sam zdravnik reče, tvoj osebni – lej, naj poskusi s kako tako delavnico. Pred kakimi tabletami ali pa karkoli. Ker se mi zdi, da ko dobiš tiste tablete, nekako pričakuješ, aha, zdaj bom pa te tablete jedel, pa bo vse v redu, a ne? Ampak tudi ni. (udeleženka, ZD Velenje)</p> <p>Večja pripravljenost, več znanja za spoprijemanje z depresijo</p> <p>- Pa tudi, bolj sem zdaj pripravljena, kako se spoprijemati s tem. V bistvu, vsak dan, iz dneva v dan. (udeleženka, ZD Kranj)</p> <p>- Ker smo dobili pogled, zakaj nastane, kakšni so vzroki nastajanja. Da to ni z danes na jutri, lahko je tudi, da se je to pač nalagalo, tudi sama se zdaj tega zavedam. Tako, da je to zelo pomembno. Potem mislim, da če pride do poslabšanja ali do ponovitve, že znaš prej ukrepati, pa čakaš ne. (udeleženka, ZD Ljutomer)</p> <p>- Če si oborožen z znanjem, lažje premagaš tisto, kar te teži, oziroma nasprotnika. Kar depresija v danem momentu dejansko je. In ... (udeleženec, ZD Velenje)</p> <p>- Aha, jaz sem se tu prvič srečala z eno možnostjo, da si lahko pomagaš. Na primer to, ko nam je povedala, da lahko prekineš ta vrtinec, v katerega prideš, s tem, da načrtno razmišljaš o nekih težjih zadevah. Tega mi do zdaj ni nihče povedal. Mislim, pa jaz uporabljam internet, a razumete, ampak očitno mi ni kapnilo, da bi napisala notri psihoterapija ali kaj takega. Potem bi se verjetno že odpiralo, ampak jaz se zelo zanimam za to kognitivno-vedenjsko psihoterapijo. Ker mislim, da mi to lahko zelo koristi. (udeleženka, ZD Lenart)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Premagovanje težav, lažje prenašanje depresije, da ko prideš v neko stanje, vidiš – aha, sedaj je pa tisto, kar je oni povedal (udeleženka, ZD Novo mesto) - Nekaj smo kar izvedeli tega. Mislím, če ne bi prišla sem, da marsičesa ne bi vedela. Kako si pomagati. (udeleženka, ZD Novo mesto) - To mi je všeč. Da je bilo toliko različnih primerov in da si potem se tudi kaj novega naučil. Če se ti kaj zgodi, lahko čez toliko časa uporabiš. (udeleženka, ZD Ljubljana)
<p>I. c)</p> <p>Spremljanje simptomov, prepoznavanje in preprečevanje poslabšanj</p>	<p>Spremljanje simptomov, prepoznavanje poslabšanj</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jaz sem zdaj sigurno bolj pozorna. Jaz bom v teh mesecih, oziroma v tem letu, čedalje bolj pozorna na vse. Na vse simptome oziroma znake, ki se pojavljajo, mogoče na kaj novega. (udeleženka, ZD Kranj) - Ocenjevati se, kako se počutimo, da bomo pravočasno opazili, če bi se nam vračala ali pa slabšala. To se mi zdi ena od pomembnih informacij. (udeleženka, ZD Novo mesto) - Pa da res znaš takoj razbrati, ko imaš tisti dan, ko se ti začne. (udeleženka, ZD Lenart) <p>Preprečevanje poslabšanj</p> <ul style="list-style-type: none"> - Najbolj to, da ko začutiš spet kakšne težave ali pa kaj, da se daš ... Da se znaš ven potegniti. Takoj, da si pomagaš, če je toliko možno, da prideš ven. To se mi zdi najboljše, da se spet ne vrtinči nekaj, pa spet pristaneš na dnu. (udeleženka, ZD Trebnje) - Da se opaziš pri spremembah, če bi se spet kaj ponovilo, da si hitreje pomagaš zdaj. Potem ko si zvedel, kako to vse poteka. (udeleženka, ZD Novo mesto) - Predvsem me je pritegnilo to, da bom še bolj previdna, da bom še bolj pozorna, kako deluje moje telo od jutraj, ko vstanem, do večera. Kaj sem zase naredila, katero aktivnost bom naredila, kaj bom jutri delala, kako se zvečer počutim, spremljala. Ker obstaja nevarnost, da se mi depresija ponovi. Jaz bom v tej smeri delala. (udeleženka, ZD Novo mesto) - Vsekakor kako premagovati to težavo. Kako samega sebe spraviti do ... kako ukrepati, da se iz tega izvlečeš ... Moraš vedeti, na kakšen način se tega lotiti sploh, pa kako napredovati in kaj še dodati. (udeleženka, ZD Ljutomer) <p>Ukrepati, ko še ni prehudo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tudi ne predolgo čakati, ne da bi poiskal pomoč. Ker kolikor dlje odlašiš, toliko bolj globoko zabredeš in je sigurno težje, kakor če bi si prej pomagal. Tudi z zdravili ne. (udeleženka, ZD Trebnje) - Takrat nisem znala na hitro kaj spremeniti ali okolje ali tako. Zdaj si pa prej znam pomagati. Ko še ni tako hudo. (udeleženka, ZD Trebnje)
<p>I. d)</p> <p>Sprememba mišljenja</p>	<p>Boljše spoprijemanje z negativnimi mislimi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Da znaš prepoznati, da si znaš pomagati, da odženeš misli. (udeleženka, ZD Lenart) - Da si znaš sam pomagati, ko se začne vrtinčiti. Da si znaš pomagati, kaj bi, ukrepaš. Da se omili. Da ne gre do konca, ja. (udeleženka, ZD Trebnje) - /spremembe med delavnico/ Glede razmišljanja, ja, da znaš preusmeriti misli ... Ja, da sem bil pozoren na misli, pa da je počutje tudi boljše. (udeleženec, ZD Šmarje pri Jelšah)

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Meni je najbolj mi je prišlo tisto do ... tista vprašanja, misel. Da se potem vprašaš, kaj tista misel pomeni. Ali ti koristi, ali je prava ali ni prava, kakšna je rešitev. In potem iščeš iz tiste misli, ko jo analiziraš, iščeš naprej rešitve. Jaz upam, da bom to lahko. (udeleženka, ZD Slovenj Gradec)</i> - <i>Jaz osebno se zavem, ko se zahaklam v ene in iste stvari. Kdaj mi pač uspe, da premagam to oviro. Še se pa dogaja, da prevečkrat pač ... (udeleženka, ZD Nova Gorica)</i> - <i>Ko poslušáš predavateljico, ko se zamisliš malo. Vidiš še neke druge misli, ne samo tiste črne, ki se vedno vlečejo. Tako da za mene je to fejest pozitivno. (udeleženka, ZD Ljutomer)</i> <p>Bolj optimistično razmišljanje</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ja, začneš pozitivno razmišljati. Sam sebi si nekako bolj všeč. Dobiš tisto energijo spet. Ni več tistega zjutraj, ko se zbudiš pa študiraš tri ure ali pa štiri ure, ali bi vstal ali ne bi vstal, a ne? (udeleženka, ZD Velenje)</i> - <i>Jaz sem že malo bolj ratała optimistična. (udeleženka, ZD Slovenj Gradec)</i> - <i>Ja, da razmišljaš v pozitivni ... Pozitivno je treba razmišljati, pa sam sebe kontrolirati. To je v bistvu point, a ne? Da znaš preusmerjati misli, ne da zapadeš v žalost. (udeleženec, ZD Ljubljana)</i> <p>Sprememba prioritet v življenju</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Ampak ja, drugače sem začela gledati na stvari. Mogoče zdaj, kar prej sploh nisem tako. Čemur prej nisem namenjala pozornosti, mogoče zdaj malo bolj. Bolj razmišljam o vseh stvareh. (udeleženka, ZD Celje)</i> - <i>Se moram naučiti tisto, kar me je tako daleč pripeljalo. Že samo zato, da ne bom več delala te napake, da si ne bom vseh težav pa problemov drugih nalagala. To sem vedno delala ... hočem vse rešiti, želim vsem pomagati, vse narediti. Čeprav so me na to opozarjali, ampak ... Prva si ti, potem pa vse drugo. (udeleženka, ZD Ljutomer)</i> - <i>Ampak zdaj vidim. Prvo sebe imeti rad, prvo zase poskrbeti. Potem pa tudi drugi bodo poskrbeli, če sam zase, če pa ne ... Pa povedati kaj, saj to, če kdo kaj misli, da je to narobe, pa naj si misli, kakor hoče. Pač tako je. (udeleženka, ZD Ljubljana)</i>
<p>I. e) Pomen lastne aktivnosti pri zdravljenju</p>	<p>Pomembnost lastne aktivnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Razmišljala sem jaz o tem, samo zdaj se kar veliko, drugače razmišlja. Čisto drugo mišljenje imam o tej depresiji. Čisto drugače. Sam sebi moraš pomagati, da ne pride do tega in veliko moraš na sebi delati. (udeleženka, ZD Celje)</i> - <i>Jaz sem že ene znake prepoznala. Ker se s tem soočam ne eno leto ,ampak ... Zdaj sem prišla do tega, da bo treba nekaj narediti na tem, neke konkretne korake. Da se ne morem vedno znova vračati nazaj. (udeleženka, ZD Nova Gorica)</i> - <i>Tukaj sem tudi ugotovila, da se da tudi še bolj z lastnim sodelovanjem malo to stvar pospešiti, da bo prej možno ... A: Ne samo z zdravili, ja. Saj to tudi pri sebi veš. Moraš nekaj sam narediti, tu ni kaj ... Zato pa imam plan, da bom psa nabavila. (udeleženka, ZD Medvode)</i> - <i>Da greš vsaj toliko, kadar grem vsaj ven pred hišo, pa sem na soncu ali karkoli, pa je že veliko bolje. Pa vidiš, da potem tudi dobiš energijo. (udeleženka, ZD Medvode)</i> - <i>Ja, tako da ... Začneš sam pri sebi malo delati. Prej pač tičiš v tem svojem problemu. Si misliš, da pač ne moreš nič. Potem pa vidiš, da v bistvu moraš ... ti ne more nihče pomagati, kot pač sam moraš, v svojih mislih. (udeleženec, ZD Šmarje pri Jelšah)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ne more pa te nihče potegniti ven. Moraš sam. Zdravila pa dejavnosti, toliko, da prideš. (udeleženka, ZD Trebnje)</i> - <i>Ja, ja. Jaz osebno na primer vidim, zjutraj vstanem, lepo se zrihtam. Uredim tako, kot sem včasih znala. Oblečem se. Prej bi bila pa kar v kaki pižami ali pa trenirki ... Ja, enostavno moraš reči, zdaj pa grem. Ne bom več tok fertig. Rabiš pa, da prideš do te faze. In meni se zdi, da mi je tole pomagalo, da sem prišla ven iz tistega zaprtja. Recimo tudi tole zdaj k angleščini, ko hodim. Je nekaj, da veš, aha zdaj moraš iti, pa se moraš obleči ... (udeleženka, ZD Velenje)</i> - <i>Zdaj sem čakala, ne, saj sem vedela, kakšni so simptomi. Vse veš, ma pomagati ... Misliš, da ti bodo drugi. Da bodo zdravila vse rešila, vse tvoje težave. Zdaj sem spoznala, da moraš sam na sebi delati. (udeleženka, ZD Nova Gorica)</i> - <i>Da se bolj zamotiš. Ne vem, no. Da stvari počneš, skozi nekaj. Da ne misliš, ne ... Da si aktiven, ja. Pa pozoren, kdaj se moraš spočiti. (udeleženec, ZD Šmarje pri Jelšah)</i> - <i>Aktivnost, aktivnost, aktivnost. Zraven pripomore z zdravili, da se stanje izboljšuje. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i> - <i>En malo daljši sprehod na dan, ena tableta antidepresiva in tako dalje. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i> - <i>Pa vesel si, da nekaj narediš. Ko si nekaj naredil, si vesel. Lej, pa sem tole naredil. Ne glede ali si opral, pospravil, sam na sebi nekaj naredil, eno spremembo. (udeleženka, ZD Trebnje)</i> - <i>V tem, da vem, da nisem sama s temi problemi. Da ne upaš, da bo že bolje. Da veš, da si moraš pomagati. (udeleženka, ZD Nova Gorica)</i> - <i>Ja, sem bil zelo zadovoljen. Veliko stvari sem odnesel. Zvedel takih stvari, ki jih prej nisem vedel. Tako da lahko potem pri sebi malo razmisliš, pa začneš potem to ... Samo potem se moraš še sam v roke vzeti. (udeleženec, ZD Slovenj Gradec)</i> <p>Vzeti si čas, da naredimo kaj zase</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Mogoče pa, da sem zdaj začela malo razmišljati tudi o tem. Da bi morala kaj zase narediti, ne? (udeleženka, ZD Celje)</i> - <i>Da pač delaš tisto, kar te veseli, tako kot smo se tu pogovarjali. Da čim več delaš tistega, kar te veseli ... pa se tudi ne bom več oziral na druge, ko se ne bom, ker mi ni treba. (udeleženec, ZD Slovenj Gradec)</i> - <i>Na vseh predavanjih je bilo poudarjeno, da moramo zase ... tudi zapisati smo si morali, katere stvari bomo zase naredili. Vsakič na predavanju smo obnavljali, kaj smo prejšnji teden zase naredili. V glavo naj bi nam stopilo, da moramo tudi za naslednji teden pomisliti, kaj bomo naslednji teden zase naredili. Kaj bomo delali, kaj nas sprošča, veliko na zrak hoditi, te stvari. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i> - <i>Ja, ja. Pa čeprav manj časa, ampak, da je vsak dan nekaj, da si zase čas vzameš. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i>
<p>I. f) Novo znanje, sprememba mišljenja o antidepresivih</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Zdravila: ona je lepo razložila, da pač toliko časa traja, da primejo. Ker to je bilo zame zelo dobro. Ker jaz sem bila ravno na začetku, sem začela ... Tudi, da je treba zdaj to kar nekaj časa jemati, pa kako nehati, če se ti toliko izboljša. Pa tudi kako, če se ti pojavi drugič, pa tretjič. Da je pač daljše obdobje, ko moraš ta zdravila jemati. Pa zraven še delati kaj na tem, ne, sama zdravila ne pomagajo ... Tako da ne pričakuješ samo, da bo zdaj pa tisti tabletek vse naredil. (udeleženka, ZD Trebnje)</i>

	<ul style="list-style-type: none"> - Jaz bi lahko samo toliko dodala, recimo o antidepresivih. Na začetku sem pač samo tisto, kar sem slišala in je bilo vse večinoma slabo. Ja, kaj, saj so samo tablete. Ti ne pomagajo, je samo še slabše in potem tukaj se mi je prav odprlo vse, ker sem dobila prave informacije o tem. (udeleženka, ZD Nova Gorica) - Ena gospa je imela tablete in ji sloh niso povedali zakaj to jemlje ... to se mi zdi, da s strani zdravnikov bi moralo biti veliko bolje, samo, da bi bolje razložili. (udeleženka, ZD Nova Gorica) - Ja. Ja zdaj pozitivno /gledam na antidepresive/, ker vidiš, da ni to, tu ni nobenih tistih stranskih učinkov, da si cel zamegljen. (udeleženka, ZD Ljutomer) - Jaz recimo nisem gledala kot lastno šibkost, ampak bala sem se tega. Nisem imela toliko znanja pa izkušenj o teh antidepresivih. V smislu, oh, bom zdej to jemala, pa bom zdaj neka odvisnica. Bom nasploh komaj eksistiral, pa kako bo to naprej. To mi je predvsem bilo. Jaz imam sedaj čisto drugo mnenje, tudi moja izkušnja mi govori, da se izboljšuje. Da sem v stanju določene stvari premagovati in ravno to znanje na delavnici pomaga, zelo. (udeleženka, ZD Ljutomer) - Ja, to je rekla, da moraš jemati /antidepresive/ po zdravniških navodilih, kot ti svetuje in se pogovarjaš tudi z zdravnikom. Če se stanje izboljša in ti on svetuje potem, po kolikem času in če lahko prenehaš ali ne in kdaj jemlješ. To je tudi ... včasih si mislil, da bo to trajalo v nedogled ali pa, da ne bo nič bolje. Ko se stanje enkrat popravlja, enkrat se slabša in si bil včasih v dvomih ... Ko to slišiš, je drugače. (udeleženka, ZD Novo mesto) - Razložila nam je gospa, da dejansko ta zdravila za depresijo ... Da se jih ne navadiš, nisi od tega odvisen, ne postaneš od njih odvisen. Ta informacija je bila zelo dobra. Za ostala zdravila, ki jih imamo še zraven, če je kdo želel, se je pozanimala, da nam pove, ali so ... V bistvu eno spoznanje, kako je res depresija ... prava depresija, ko nastopi, da ne moreš brez zdravil ven iti iz tega ... (udeleženka, ZD Novo mesto) - Nove stvari smo izvedeli. Meni je tudi težko predvsem glede teh zdravil. Glede tega sem jaz kar tako precej skeptična, ampak, če bo potrebno, bo malo lažje /jemati antidepresive/. (udeleženka, ZD Novo mesto)
I. g) Boljše počutje	<ul style="list-style-type: none"> - Zdelo se mi je zelo koristno. Bolj sem tako sproščena zdaj. (udeleženka, ZD Ljutomer) - Veliko bolje spim, več sem umirjena. Umirjena sem, sama sebi pomagam. Se umirjam in spomnim se tega vsega, kar sem imela tu in spremenilo se je veliko stvari. (udeleženka, ZD Celje) - Pravzaprav moram reči, da se je izboljšalo. Bolje spim, da nimam tistih misli slabih. (udeleženka, ZD Celje) - Samozavest je mogoče zrastle malo. (udeleženka, ZD Lenart) - Vse se je izboljšalo. In bolj aktivni smo in znamo reči ne, tisto kar nam paše, ja. (udeleženka, ZD Ljubljana)
I. h) Vzdrževanje stikov po delavnici	<ul style="list-style-type: none"> - Ja, če se srečamo /bomo šle/ na kavo, to sigurno. (udeleženka, ZD Trebnje) - Aha, ja mi smo se pogovarjali, če bi čez dva meseca, da bi se nekje dobili, da bi videli ... (udeleženec, ZD Slovenj Gradec) - Zdaj smo se v bistvu nekako povezali mi štirje, pa potem še Vesna. Smo si dali tudi telefonske. Tako, da se bomo tudi slišali kdaj pa kdaj. In to je tisto. Ta tečaj se je v bistvu šele začel. (udeleženka, ZD Ljubljana)

	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ta tečaj je šele na začetku. Mi bomo kar nadaljevali vsak teden naprej. Prostor je tu, če boste imeli čas priti ob petnajstih, ne, in to bo šlo, dokler ne bomo dobri mentorji in vam bomo potem pomagali. Saj to se skristalizira. Ker največ se naučiš na svoji koži, na svojih teh težavah pa napakah in to je tisto, ne? (udeleženec, ZD Ljubljana)</i> - <i>Ja, mi smo dobili osnove, samo nismo dobili pa tiste želje, tiste potrebe še, da se mi drugi teden spet dobimo sami, brez vodstva. Tako bi rekla ... Mogoče enkrat na mesec, pa bi bilo. To bi bilo tudi v redu. (udeleženka, ZD Novo mesto) ... Mi smo pa zdaj se štirikrat dobili, mislim da smo se štirikrat, ne (potrditev vseh udeležencev) in je skoraj premalo. Nismo še toliko ratali skupina, da bi se sami formirali. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i>
<p>I. i) Potreba po srečanju čez čas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>A veste, začutiš eno sigurnost, kako bi rekla temu. So ustanove, ki ti pomagajo. Ko lahko prideš, poveš. Tudi, mogoče bi bilo tudi dobro, da ne zapustimo zdaj tega. Mogoče, ne vem, čez ene tri, štiri mesece ali pa pol leta, bi bilo spet idealno, da te kakšen pokliče, da te vpraša, da te ... Da ni pa zdaj temu konec. (udeleženka, ZD Kranj)</i> - <i>Mogoče ne bi bilo slabo, če nas bi povabili, recimo nas, ko smo bili. Recimo drugo leto, ali pa jeseni ali pa pomladi. Pa bi mogoče kateri prišel, pa bi povedal, kaj se mu je pa kaj zboljšalo, kaj je naredil ... No, mogoče bi res bilo fajn, da bi kontakt imeli, pa da bi nas lahko poklicali, pa da bi kateri videl, kaj pa je kaj odnesel. Če je kaj boljši ali ni boljši. (udeleženec, ZD Slovenj Gradec)</i> - <i>Zaenkrat je kar v redu, samo lahko bi se pa tudi raje še srečali kdaj. Tako kot je gospa rekla, enkrat na leto, da se malo obnovi. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i> - <i>Lahko bi bilo malo daljše. Tako, da se obnovi ob letu, ker se pozabi. Tok življenja te potegne in je treba obnoviti tole, kar slišiš, ta znanja. Pozabiš, ne. Pozabiš v določenih momentih in je v redu obnoviti, sigurno. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i> - <i>Bi pa bila vesela, če še bi kdaj se še lahko se srečevale. Še, mislim, da bi se malo več družile, ne. Da bi se še bolj odprle. Se mi zdi, da še nismo vse dale ... (udeleženka, ZD Lenart)</i>
<p>I. j) Usmerjanje na vire pomoč</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ja, ja to je samo omenila, da je možnost, če rabimo, da je možnost. Da se pri njej zglašiš in ona ima potem pač te naslove, bi se temu reklo, in te usmeri kam in kako, kje je bližje in tako naprej. (udeleženka, ZD Trebnje)</i>

II. Drugačen pogled na depresijo, zmanjšanje stigme

<p>II. a) Sprememba glede stigme tekem delavnice – normalizacija depresije</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Jaz sicer prej se nisem srečala z ljudmi, kateri se zdravijo za depresijo, vsaj ne da bi vedela. Tako, da sem spoznala tukaj ljudi, ki imajo težave s tem, in ful niso, da se bom pravilno izrazila, niso nek bav bav. V bistvu so ful fajn. To lahko vsakega človeka praktično doleti in ugotoviš, da ljudje, ki so depresivni, oziroma ki imajo težave z depresijo, niso ves čas negativni. Če pogledam, mi smo se nasmejali na delavnici. Glede tega predsodkov nisem imela, sem pa mogoče malo drugače gledala na to, zato ker se nisem še srečala s takimi ljudmi, vsaj ne, da bi vedela. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i> - <i>Da je normalno, z zdravili popolnoma obvladljivo in ta depresija sploh ni opazna nikjer v družbi, če že ne veš, da je nekdo bil tukaj ali se zdravil. Takih mi nikjer ne opazimo. Noben od teh ljudi, če je v družbi, živ bog ne bi vedel, da je kaj takega. Se pravi, da se s temi zdravili lepo da zadevo čisto korigirati. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i> - <i>Da se to lahko vsakemu zgodi. Da se lahko ob nekemu dogodku sproži in da vsakega lahko doletijo taka stanja skozi življenje. Življenje pač ni samo pravljica, ampak da je z vsem svojimi vzponi in padci, imamo vsi to. (udeleženka, ZD Nova Gorica)</i> - <i>Psihično – tega se vsi izogibajo. Jaz pa že nisem ... kar ti pojdi, jaz že ne grem. To je isto, kot če si nogo zlomiš, saj greš k zdravniku, ne pa doma pacaš – sej se bo zazdravilo mogoče, ampak bo mogoče kriva noga ali pa prst. Nekako imaš bolj neke smernice. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i>
<p>II. b) Sprememba glede stigme tekem delavnice – zmanjšanje občutka krivde</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Lažje sprejemati depresijo – Ja, dosti lažje. Prej sem mislila, zdaj sem pa jaz vse kriva za vse ... (udeleženka, ZD Ljutomer)</i> - <i>Ja, jaz osebno sem se znebila vsaj delno tistega občutka krivde. Ker sem si prišla ... da se je z mano nekaj dogajalo, nekaj podzavestno in se vsega tega sploh nisem zavedala. Ampak ta moja ožja okolica je na meni opazila spremembe, pa mi nobeden ni pomagal. In zdaj vem, da nisem jaz tisti glavni krivec, ampak da so praktično tudi sami pripomogli k vsemu, kar se je dogajalo. (udeleženka, ZD Velenje)</i> - <i>Ja, jaz gledam na to, da si nismo sami krivi ..., tukaj smo še dobili potrditev, da nismo sami krivi ... (udeleženka, ZD Novo mesto)</i>
<p>II. c) Sprememba glede stigme tekem delavnice – spregovoriti o depresiji</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>No jaz, ko sem prišla na prvo srečanje sem mislila, ko bo kakšno spraševanje, kar koli, da bom rekla – mene preskočite, jaz ne bom nič govorila. Nisem mogla o tem govoriti. O tem, kako se je začelo. Tako ne, ko so vsi nekaj povedali, potem sem še jaz. In mi je bilo to zelo všeč in sem se počutila bolje. Da nekako ... Ker bala sem se, kako bodo drugi gledali name, da povem. In potem, ko sem videla, da so vsi povedali, je to lažje in sem še jaz, brez problema. (udeleženka, ZD Ljubljana)</i> - <i>Tu vem, ko sem prišla sem, pa ko je bilo treba povedati. Meni se je zdelo kar strašno. Zdaj pa, ko to se nadaljuje, pa ni več tako. (udeleženka, ZD Šmarje pri Jelšah)</i> - <i>Mogoče je lažje. Lažje sam poveš, če nekdo drugi tudi pove. (udeleženec, ZD Šmarje pri Jelšah)</i> - <i>Pa tudi, da me ni sram izraziti: pač sem v takem stanju. Poveš, lažje se odpreš. Ker drugič skrivaš, kaj bodo rekli sodelavci. Imaš tisto, si rajši ... se ne pogovarjaš o tem, tiščiš zase. (udeleženka, ZD Nova Gorica)</i>

<p>II. d) Sprememba glede stigme tekom delavnice – prej iskati pomoč</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vedno imaš v ozadju nekje, joj, kaj bodo pa otroci rekli? Tudi veliko časa sem recimo kar pod preprogo dajala tista svoja čustva, skrivala. Saj mogoče pa to ni to. Kar sploh to ni prav ... A veste, že takrat bi morala takoj poiskati pomoč ... Dočim zdajle, ko gledam tako, je pa ... ne vem, če bi toliko časa čakala. Bi prej poiskala pomoč. (udeleženska, ZD Kranj) - Jaz preden sem zbolela, jaz sploh nisem vedela, kaj je to depresija in kaj naredi človeku. Zdaj ko malo to bolj, zdaj razumem, kaj se je dogajalo z mano. In bi na drugačen način, ko se je to začelo, bi jaz na drugačen način reagirala, zdaj ko vem, kaj je to ... Prej bi šla k zdravniku. (udeleženska, ZD Slovenj Gradec)
<p>II. e) Sprememba glede stigme tekom delavnice – pri svojcih</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jaz sem tukaj kot sorodnica. Pozdravljam tako delavnico, kjer smo lahko tudi družinski člani zraven. Ta pogovor pozitivno vpliva name, da bolj sprejemam pri svojem družinskem članu. Da še bolj dopuščam oziroma prej sprejemam, bolj sprejemam situacijo, v kakršni smo se vsi skupaj znašli. Tako da ja, so spremembe, ki vplivajo, na tej delavnici. (udeleženska, ZD Nova Gorica) - Ja, v redu /mi je bilo na delavnici/. Zdaj vsaj vem, kako ga poterati kaj. Prej tudi nisem vedela, ali ga lahko malo pritisnem ali ne, pa vidim, da lahko. (udeleženska, ZD Novo mesto) - Omenim /da imam depresijo/, samo pravijo, da sem jaz tudi malo nor. Da sem jaz nor. Da je to pač, pri meni še niso sprejeli. Moja je že zdaj začela tole brati na skrivaj, ampak drugače pa še ne sprejemajo to. Češ, kaj to hodiš, saj to pa ... ne sprejemajo. Pri meni doma še ne. Ampak tako na skrivaj že malo. (udeleženeec, ZD Slovenj Gradec)

III. Korist izvedbe v skupini

<p>III. a) Druženje</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Meni itak pomaga recimo, ko sem v taki skupini, no ... Ja, malo več družbe je, da je bolj razgibano življenje, da nekam greš. (udeleženeec, ZD Medvode) - Ja, da spremeniš okolje. Da se malo družiš. (udeleženska, ZD Lenart) - Meni je super se družiti. (udeleženska, ZD Novo mesto)
<p>III. b) Izmenjava izkušenj, težav, načinov reševanja, učenje drug od drugega</p>	<p>Izmenjava izkušenj, težav</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja, saj že ta pogovor z drugimi kar nekaj prinese, čisto tako. Pa da vidiš, da imajo drugi tudi težave, ne samo ti. (udeleženeec, ZD Medvode) - Malo primerjaš, kakšne imaš težave, kakšne ima drug. Mene to zanima, če bi koga istega tu srečal. (udeleženeec, ZD Šmarje pri Jelšah) - Ja to je fajn, da je bilo toliko veliko ljudi. Vsak neko izkušnjo pove. (udeleženeec, ZD Ljubljana) - Ja, veliko, vseč mi je to druženje bilo, zelo no. Dobiš neke izkušnje, nek občutek, da ima še kdo drug težave. (udeleženska, ZD Trebnje) - Ter malo vidiš kakšne različne, vsak ima drugačne probleme in potem lažje nekje ... mislim, da je to zelo pohvalno. Da je dobro bilo tole v skupini. (udeleženeec, ZD Celje) - Meni je vseč, ker se to ... v bistvu slišiš še druga mnenja. Oziroma kako imajo drugi potek bolezni, da se v bistvu sploh najdeš. Da vidiš. (udeleženska, ZD Ljubljana) - Ja, ker pogovor je izredno dragocen. Tudi mnenja različna, izkušnje različne. To eden drugemu tudi ogromno lahko damo. Izkušnja enega pomaga lahko nekemu drugemu oziroma kaj pove. (udeleženska, ZD Nova Gorica)

	<p>Izmenjava načinov reševanja težav, učenje drug od drugega</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Jaz sem zelo zadovoljna. Zato, ker ti daje še od ostalih te izkušnje. Počutje, kako so doživljali, kako se da ven potegniti. (udeleženka, ZD Trebnje)</i> - <i>Ker tudi drug od drugega se naučiš, kako rešuje kateri težave. (udeleženka, ZD Trebnje)</i> - <i>Pa tudi druge probleme, da čuješ, to tudi ni slabo to. V nekem svojem ... Mogoče bomo pa mi drugič v isti situaciji. (udeleženka, ZD Slovenj Gradec)</i> - <i>Ja, ja, deliti tudi z drugimi. Pa mogoče nekdo nekaj drugega naredi, čisto drugo idejo da, kakor jo imaš ti. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i> - <i>Da je neko upanje, da ni samo tisto vse temno. Da vidiš, da imajo drugi tudi težave in da se s tem da kaj spopadati. (udeleženec, ZD Velenje)</i> - <i>Mislím, da je tisti del poleg tega, da vemo, da imamo vsi težave, tisti del, na kakšen način si jo pa ti premagal. Mislím, da je tisto bistvo vsega ... Drug od drugega /se učimo/ in se dopolnjujemo in meni je bilo v redu. (udeleženec, ZD Velenje)</i> - <i>Ja, od drugih se lahko nekaj naučiš. (udeleženec, ZD Celje)</i> <p>Drugi premagujejo, so zmogli premagati še težje stvari</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Meni je bilo ravno to, recimo na prvem srečanju, ko so ... Mislím, na prvem srečanju se je v bistvu dosti ljudi odprlo in potem, ko sem šel domov, sem zapadel v cikl razmišljanja. S kakšno hudiča pravico sem pa jaz depresiven, kakšne grozne stvari se drugim ljudem dogajajo. Meni se nič groznega ne dogaja. Potem sem se zaradi tega žrl. (udeleženec, ZD Ljubljana) – Mene je pa potolažilo. (udeleženka, ZD Ljubljana) ... – Mene tudi. (udeleženka, ZD Ljubljana)</i> - <i>Vsem tem pogovorom, vse to. Mogoče, ko vidiš, da je nekemu še slabše. Pa vidiš, da tebi niti ni tako ni hudo in potem se še malo bolj pobereš, ne vem. (udeleženec, ZD Ljubljana)</i> - <i>To bo mogoče malo kruto rečeno, samo, ko slišiš nekoga, ki ima še večje težave kot ti, bolj ceniš sebe. Mislím ceniš ... Ugotoviš, da le nimaš tako, da imaš za brezveze slabe dni, v bistvu so ljudje, ki so še bolj 'bogi' od tebe. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i> - <i>Poslušáš zgodbe ostalih ... Da so eni mogoče še slabše kot ti. To tudi jaz sem opazila. Na primer sem pri Janezu opazila. Že prejšnji teden, ko je bil toliko zaskrbljen pa zamišljen. Se mi zdi, da jaz nisem toliko, no. (udeleženka, ZD Slovenj Gradec)</i>
<p>III. c) Podporno, varno, razumevajoče okolje, v katerem lahko posameznik izrazi svojo stisko, se razbremeni</p>	<p>Možnost spregovoriti (o težavah)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Vsak je imel možnost povedati, kako se počuti. Čeprav je skupina, smo imeli te možnosti in to je fajn. (udeleženka, ZD Novo mesto)</i> - <i>Mi imamo vsi težave, samo eni znajo to skrivati. Tu nimamo kaj skrivati. Vsi imamo kakšne težave in zato. (udeleženka, ZD Ljubljana)</i> - <i>Zaupno, lahko smo zaupale. Mislím, da ne bo šlo nikamor naprej. (udeleženka, ZD Trebnje)</i> <p>Podpora skupine</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Smo se lahko med seboj pogovarjali. Vsak je s svojo izkušnjo samo, pa samo obstajamo, smo si v podporo. (udeleženka, ZD Ljutomer)</i> - <i>Jaz sem pač imela, kot sem prej rekla, zdajle en kup žalostnih dogodkov in dejstvo je, da mi je to pomagalo premagati. Tole druženje z vami. Da lažje premagujem te žalostne stvari. (udeleženka, ZD Velenje)</i> - <i>Ja prav gotovo, da opaziš, ker se opiraš na ta pogovor, na to mišljenje in izkušnje drugih. Da te to dvigne in ti situacijo ublaži, ne? Ja, vsaj meni. Glej, prideš čisto drugi domov, ne. (udeleženka, ZD Trebnje)</i>

- Jaz na primer v tistem času, ko sem nehala s tabletami, pa da bi potem bila takole na kaki delavnici. Vse to, kar smo se prej pogovarjali. Bi mogoče ne čutila več tiste krize, ko sem jo. Ko sam pri sebi opaziš, da se nekaj dogaja, da se takoj nekam vključiš. Da nisi sam potem v tem. (udeleženka, ZD Velenje)
- Ali pa, ko nekomu drugemu nekaj hočeš pomagati, pa je tebi še lažje. Vsaj jaz imam to, pomagaj drugemu in bo tebi bolje. Zato smo se slišali mi, ne? Midve sva bile na telefonu. (udeleženka, ZD Ljubljana)
- Jaz se že več kot deset let zdravim, pa bom vam rekla, da je to ena stvar, ki bi morala biti nam večkrat dostopna. (odobravanje vseh) Kot ena podporna skupina, do katere bi lahko že prej prišel, preden padeš v brezno notri, pa da se potem vlečeš s tistega 3–4 mesece. (udeleženka, ZD Ljutomer)

Razumevanje v skupini s podobnimi težavami

- Ja, je res. Pa tudi ne moreš se tega vsepovsod pogovarjati. Dostikrat tudi z najbližjimi ne ... Ja, ne razume vsak. Tak, ki pač nima takih problemov, težje razume. Lahko je eden neki drug človek, ko je imel sam to, boljše razume. Dostikrat je tako. Odvisno, kako je kdo čustven. (udeleženec, ZD Šmarje pri Jelšah)
- Ampak zdaj vidim, da tudi, če tu se usedemo skupaj, pa vsaka svoje pove, že pol tistega gre od tebe. Res. Ker jaz pač rečem tako, ne morem jaz sosedi razlagati svojih težav, ker jih ona nima. (udeleženka, ZD Ljutomer)
- Delo v skupini mi ni tuje, rada delam po skupini in mi je to všeč. Že to, da vidiš, da nisi sam s temi težavami, da so tudi drugi, ki rečejo imamo podobne težave. Potem s takimi sogovorniki je tudi lažje govoriti. Ogromno sem pridobila na tej delavnici. (udeleženka, ZD Ljutomer)
- Ker jaz imam dolgo že težave, ampak nisem nikjer naletela na ta občutek, da obstajajo tudi drugi ljudje z enakimi težavami in sem se tu neizmerno dobro počutila. Ker ko smo z gospemi začeli odgovarjati na vprašanja voditeljice te delavnice, sem ugotovila oh, saj one pa vejo, o čem jaz govorim. In je to neizmerno pomembno in dosti lažje je človeku na ta način. Ker imaš ves čas občutek, čeprav jaz imam čudovitega psihiatra, ampak ves čas imaš občutek, da pač rajši ne govoriš o tem. Zato, ker imaš ves čas občutek, da itak ne vejo, o čem govoriš oziroma ... občutek imaš, da si misli, da to ni taka težava, s katero ne bi mogel živeti ali pa jo obvladati. (udeleženka, ZD Lenart)

Zaznava, da nisi sam

- Ni slabo, da slišimo, da nismo edini v tem. (udeleženec, ZD Slovenj Gradec)
- Dobro se počutim, ko pridem, ko poslušam. Ko vidim, da nisem sama, da ima tudi ljudi drugih nekih večjih, nekaj manjših zdravstvenih problemov. (udeleženka, ZD Kranj)
- Tako, ja, ker vidiš, da nisi samo ti, da zabredeš. Da je pač situacija taka in res se da to reševati, ne. (udeleženka, ZD Trebnje)

	<ul style="list-style-type: none"> - Zveš, da imajo tudi drugi težave, da nisi samo ti tisti. Pa ne zdaj, da bi privoščila komu, ampak nekako pozitivno na tebe vpliva. (udeleženka, ZD Velenje) - Ne, ker res, tako kot si ti rekla. Potem slišiš tudi za druge. Veš, pa dobro, saj nisem jaz sam. Gospod je rekel – jaz še nisem dobil odpovedi. Jaz sem na tem, da jo dobim. Mislim ... Pa si rečeš – lej, to je to. (udeleženka, ZD Velenje) - Ja, pa tudi ena potrditev, da si delal prav, da si razmišljal prav. Da nisi sam. Ker, pogledajte, veliko časa sem uporabila zato, da sem ugotovila, kaj se mi dogaja, zakaj pa kako iz tega ven in tako naprej. (udeleženka, ZD Velenje)
--	--

IV. Zaznava stigme in samostigma

IV. a) Zaznava depresije kot "normalne" bolezni	<ul style="list-style-type: none"> - Nisem imela nikoli slabega mnenja niti o depresiji kot bolezni. Mislim, vsaki bolezni je treba pač posvečati čas pa zdraviti, ne? (udeleženka, ZD Celje) - Ja, da pač to ni nič takšnega, da je veliko ljudi podvrženih. Vsakdo lahko zboli za depresijo. Pa zaradi okoliščin stresnih. Nekateri so bolj dovzetni, nekateri pa manj, odvisno od osebnosti. (udeleženec, ZD Šmarje pri Jelšah) - Ja, jaz antidepressive jemljem. Že prej sem vedela, da so v redu. Isto zdaj vem, da so. Tako, ne vem. Na bolezen tudi gledaš pač tako kot na vsak drugo. Da ni to nič takšnega. (udeleženka, ZD Šmarje pri Jelšah)
IV. b) Depresija je v družbi tabu tema, negativna prepričanja o depresiji v družbi (in pri udeležencih)	<ul style="list-style-type: none"> - Sploh se mi zdi, da premalo se govori o depresiji. Jaz preden sem zbolela, jaz sploh nisem vedela, kaj je to depresija in kaj naredi človeku. Zdaj ko malo to bolj, zdaj razumem, kaj se je dogajalo z mano. In bi na drugačen način, ko se je to začelo, bi jaz na drugačen način reagirala, zdaj ko vem, kaj je to. (udeleženka, ZD Slovenj Gradec) - Samo je pa res, se zelo, zelo, skoraj nič se ne govori o tem ... Zveš recimo, čez leta zveš, ta je bil, pa to bolezen imel, za depresijo se je zdravil, saj se še zdravi, saj še ni, da bi bilo dobro. Za veliko jih potem zveš, prej pa sploh ne veš. (udeleženka, ZD Slovenj Gradec) - To je še velik tabu. (udeleženka, ZD Trebnje) - Tudi v službah. Dejansko ker jaz delam v takem okolju, pa vem, da sodelavke jemljejo, ampak to se ne govori. Tega te je sram. Kot, da te je sram tega. (udeleženka, ZD Lenart) - Drugače je pa tale depresija še vedno zelo stigmatizirana in se o tem na splošno premalo govori. (udeleženec, ZD Velenje) - Jaz mislim, da je še zmeraj tabu tema to pri nas . Pač še zmeraj kar velika večina misli, da je to, da je to možno, če imaš depresijo, da recimo nočeš delati. (udeleženec, ZD Celje) - Jaz bi priporočila /delavnico/, ampak nihče ne bi prišel, ki bi mu jaz priporočila, ker bi rekel, jaz duševno bolan nisem. (udeleženka, ZD Novo mesto) - Pa tudi generalno se mi zdi, v naši družbi je to še vedno nekako tabuizirano. Sploh neke, bom rekla, bolj težke oblike. Ljudje imajo čuden odnos, ker tega ne poznajo, mogoče se bojijo. Strah ima velike oči. Mislim, da bi bilo treba še ogromno narediti na tem področju, pa tudi, da bi bilo vseeno več te strokovne pomoči. Pa kakršnokoli želiš. Od kliničnega psihologa, recimo to KVT-tehniko. Kakršnekoli, je to predrago. Ljudje so verjetno v stiski med drugim tudi tega, danes se mi zdi, je vse več strahu pred izgubo službe. Se pravi, to je takrat, ko je že nek problem. Ko si že, imaš finančni problem in si v začaranem krogu. (udeleženka, ZD Ljubljana)

	<ul style="list-style-type: none"> - Ker je stigma še vedno ogromna. Recimo, jaz sem v službi opazila, da me eni več ne pozdravljajo. (udeleženka, ZD Ljutomer) - Najhujše je to, da nimaš kaj pokazati. Če si zlomiš roko, nogo, to se vidi. Na sliki. Tega pa ne moreš, tu pa nimaš kaj pokazati. Pa trpiš. (udeleženec, ZD Slovenj Gradec) - Občutek sem imel tak, kot da /družba pričakuje, da, če imaš depresijo/ moraš biti skozi nekaj žalosten ali pa nekaj. (udeleženec, ZD Medvode) - Ja, ja. Ja. Tako. Ker pričakujejo vsi, da si vedno nasmejan, da si vedno dobre volje. Če si pa kdaj karkoli zamišljen, otožen, že vsak pomisli. Jim nič več ne paše. (udeleženec, ZD Velenje) - Tisti, ki je zelo depresiven, se sploh ne bo tega zavedal ali pa je prehudo, da bi sploh vedel, da on je v tem. Ker je on že čisto pri samomoru in takih črnih mislih, da se sploh ne zamisli o sebi. Kako bi si on pomagal, ker ni sposoben si pomagati. To, kar je tu, to so že boljši primeri. (udeleženka, ZD Novo mesto)
<p>IV. c) Samostigma pri udeležencih</p>	<p>Skrivnost</p> <ul style="list-style-type: none"> - /Zdaj, po delavnici, lažje govorite o depresiji?/ To ne. (udeleženec, Šmarje pri Jelšah) - Jaz skoraj nimam takih prijateljev, da bi jim lahko to povedal ... Ja, ja. Pa da se ne bi potem še posmehovali pa kaj takega. Ni tako enostavno to povedati. (udeleženka, ZD Trebnje) - Glede delavnic: veliko je tudi tistih ljudi, ki rečejo – eh, kaj boš tja šla? Saj ti ne nukaš? Se je treba vprašati, zakaj to rečejo. Zato ker hočejo skriti, ker imajo tudi sami težave. Samo ne bi z živo glavo priznali tega komu, da imajo težave. (udeleženka, ZD Velenje) - Glede delavnic: enostavno nisem razlagala. Saj jaz že tako o sebi ne povem veliko ... Mislim jaz nimam težave iz tega vidika. In če bom mogoče razlagala, da sem hodila na delavnice za depresijo, bom mogoče sama sebi priznala, da sem mogoče z eno nogo tam. Čeprav jaz pravim, da nisem. (udeleženka, ZD Novo mesto) <p>Razkritje izbranim osebam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ja, moji vejo. Svojci pač vejo. Saj se pogovarjamo o tem in o delavnici. Saj sicer tudi jaz nimam uradno. Ampak ja, meni je to po svoje čisto nekaj normalnega. (udeleženka, ZD Celje) - /govoriti o depresiji/ Ja, določenim osebam. (udeleženka, ZD Lenart) - No, jaz prijateljem zaupam. Da vejo, koga imajo ob sebi. Tudi mene zanimajo njihovi problemi. (udeleženec, ZD Šmarje pri Jelšah) - To tako v določenih krogih. Vsepoprek pač ne. Ker ljudje gledajo na to drugače. (udeleženka, ZD Šmarje pri Jelšah) - No, ravno vsem ne, ampak določenim. Na primer sinovom pa svoji sosedu ... pa mojim prijateljicam. Ja, ker so me spravile, da sem šla naprej ... Drugače pa ne. Kaj pa vem ... Ja, potem pa mislijo, da si kar nor, zmešan, pa kaj še vse. (udeleženka, ZD Slovenj Gradec) - /glede delavnice/ Doma sem povedal, pokazal, pa ni bilo nekih komentarjev. V službi sem pa komentiral in je bilo pa tako, da je bilo malo mešano. Mislim odziv. Tako da, ne vem, no. (udeleženec, ZD Velenje)

- Pa po službi, ne moreš to razlagati, ko takoj izkoristijo ... Jaz sem vse povedala šefici in vodji, direktorici. Ker jaz enostavno tako ne morem delati. Pa da jem tablete, kaj pa naj? ... Ne, razumel ni nobeden. Ko sem pa imela poškodbo, ko sem si ključnico zlomila. Od septembra sem zdaj na bolniški zaradi ključnice v bistvu. Ne, noben te ne posluša. To si res nor, ja. On zahteva od tebe samo, da delaš. (udeleženka, ZD Slovenj Gradec)
- Jaz tudi nisem hotela drugim govoriti, ker vem, kakšno bo mnenje drugih. Razen doma smo se pogovarjali. Doma vejo. (udeleženka, ZD Novo mesto)
- Ne, saj dejansko drugim ni za govoriti. Lahko poveš samo tistim svojim ožjim pa v službi. Da boš pa ti ostalim ... drugače pa, žal se to drugim ne sme. Prvič jih nič ne briga, drugič so pa določene skupine še tako primitivne, da bi lahko samo škodi, ne pomaga, če kaj rečeš. (udeleženka, ZD Novo mesto)
- Ja, jaz sem v firmi/povedala za depresijo/sodelavkam. Šef ve. So razumevajoči. (udeleženka, ZD Celje)
- Ja, jaz sem povedal v službi ... Ja, zdaj je vredu. Samo jaz sem bil star ene dvajset let, ko sem imel prvo depresijo in takrat je bilo grozno. Mislim, takrat so mi rekli, da hočem nekaj izsiliti, pa da hočem prej v penzijo iti, pa zaradi tega, pa tako naprej, pač niso me resno jemali. Nič niso vedeli. Bil sem recimo, pač tisto razpoloženje včasih bolj slabe volje, včasih sem se tako smejal pa tudi kakšne vice pokal pa to. Potem so pa mislili, evo, saj nič ni, saj se smeje pa norca, mislim heca se, pa kaj takega. (udeleženec, ZD Medvode)
- Ja, pri meni /v službi/ so vedeli, zakaj je do tega prišlo, tako da če kakšen dan zmanjkam, pač zmanjkam ... Jaz tudi, recimo, kakšen dan ne grem, mislim, pokličem zjutraj v službo. (udeleženka, ZD Medvode)

Razkritje komurkoli

- Ja, absolutno /sem povedal za depresijo/. Odzivi so različni ... Drugače pa ne skrivam. (udeleženec, ZD Celje)
- Kaj vem ... tudi sosedom sem povedala, kam hodim. Čeprav so bili potem recimo komentarji pri enih negativni, pri enih pozitivni. Tisti pozitivni so rekli – ja, pojdi, saj škoditi ne more. Drugi so rekli – eh, pa kaj boš to brezveze hodila, saj ti nič ne koristi. Mislim, tu vidiš potem, kako smo si različni. (udeleženka, ZD Velenje)
- Pri meni nikoli ni bilo tako, da ne bi povedala, da nimam depresije ali da ne bi šla k psihiatru. (udeleženka, ZD Ljubljana)
- Jaz sem se pogovarjala o sebi. Jaz nisem nič skrivala, ker tudi ni me bilo sram, da pač prideš v to. Tako da tudi kakšno pozitivno stvar sem potem dobila. Posebno prijatelji tudi znajo potem svetovati ti malo kakšno stvar. Samo moraš pa sam delati na tem. Ne more pa nihče, da bi te potegnil ven. Moraš sam. Zdravila pa dejavnosti, toliko, da prideš. (udeleženka, ZD Trebnje)

Angažirano razkritje (izbranim osebam)

- Ja, jaz povem. Na glas povem in povem, kako lahko do tega pride, da se enostavno ne zaveda človek. Da lahko depresija te pripelje tako daleč, da počni. In vsakemu in opazujem svoje prijateljice zdaj. Gledam, katera se bo nazaj povlekla. Katera se bo malo drugače obnašala, da bi ji lahko čim prej pomagala. (udeleženka, ZD Slovenj Gradec)

	<p>- Ja, no in zdaj, ko mi to vemo. Jaz vidim zdaj, ko sem to dal skozi. Jaz vidim marsikaj v drugih ljudeh, ki imajo probleme, pa se ne odločijo, da ... So potrebni eni bolj kot pa recimo jaz. Ker jih vidim ... Ker tudi zdaj bom lahko jaz kateremu marsikaj razložil pa povedal, a ne? Ker to vidiš vse sorte, ne, res. (udeleženec, ZD Slovenj Gradec)</p>
--	---

Kazalo slik

Slika 1.1 Učinkovitost prepoznavanja in zdravljenja depresije	15
Slika 1.2 Razlike med odgovori na evalvacijskem vprašalniku na začetku in ob koncu delavnice za obdobje 2014–2017	19
Slika 3.1 Spremembe v depresivni simptomatiki med psihoedukacijsko in primerjalno skupino na začetku in ob koncu delavnice	58

Kazalo tabel

Tabela 1.1 Prikaz števila izvedenih delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo in udeležencev za obdobje 2014–2017 (po območnih enotah).....	18
Tabela 1.2 Realizacija delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo za obdobje 2014–2017 (po območnih enotah).....	19
Tabela 1.3 Delež udeležencev, ki so poročali o pozitivni spremembi na vsaj dveh izmed treh merjenih področjih.....	20
Tabela 1.4 Ocena udeležencev glede koristnosti psihoedukativne delavnice za spoprijemanje s depresijo in počutja v skupini za obdobje 2016–2017.....	21
Tabela 2.1 Vključeni ZVC-ji oziroma CKZ-ji z datumi delavnic, številom udeležencev in izvajalcem	25
Tabela 2.2 Osnovne značilnosti vzorca na prvem merjenju ($N = 108$).....	27
Tabela 2.3 Osnovne značilnosti primerjalnega vzorca ob prvem merjenju ($N = 32$).....	29
Tabela 3.1 Delež izvedenih komponent delavnice, kot so opredeljene v navodilih za izvajanje.....	38
Tabela 3.2 Izraženost depresivne simptomatike pri udeležencih ob različnih merjenjih ($N = 76$).....	41
Tabela 3.3 Sprememba v izraženosti depresivne simptomatike pri udeležencih delavnice ob različnih merjenjih ($N = 76$).....	42
Tabela 3.4 Sprememba v samooceni vpliva depresivne simptomatike na delo, skrb za stvari doma in odnose z ljudmi ob različnih merjenjih ($N = 76$).....	42
Tabela 3.5 Število udeležencev z izraženostjo posameznih simptomov več kot polovico dni oziroma skoraj vsak dan ob različnih merjenjih ($N = 76$).....	43
Tabela 3.6 Sprememba v zaznani samoučinkovitosti za obvladovanje in preprečevanje depresije ob koncu delavnice ($N = 76$).....	45
Tabela 3.7 Sprememba v vedenjih, povezanih z obvladovanjem depresije ob različnih merjenjih ($N = 76$).....	47
Tabela 3.8 Sprememba v pismenosti o duševnem zdravju ob koncu delavnice ($N = 65$).....	48

Tabela 3.9 Sprememba v ponotranjeni stigmati ob koncu delavnice (<i>N</i> = 65).....	49
Tabela 3.10 Z zdravjem povezana kakovost življenja (EQ-5D) pri udeležencih na začetku delavnice (<i>N</i> = 76) in 3 mesece po koncu delavnice (<i>N</i> = 58).....	51
Tabela 3.11 Ovrednotena zdravstvena stanja po EQ-5D (<i>N</i> = 76).....	51
Tabela 3.12 Z zdravjem povezana kakovost življenja (SF-12) (<i>N</i> = 76)	53
Tabela 3.13 Telesna in duševna komponenta vprašalnika SF-12 (<i>N</i> = 76).....	53
Tabela 3.14 Korelacije med obravnavanimi koncepti (ob prvem merjenju)	55
Tabela 3.15 Napovedni model spremembe v depresivni simptomatiki.....	56
Tabela 3.16 Rezultati Anove za mešano raziskovalno zasnovu	57
Tabela 3.17 Glavne vsebinske kategorije in podkategorije v fokusnih skupinah z udeleženci	60
Tabela 3.18 Uporabljene veščine pri izvajanju psihoedukativne delavnice (<i>N</i> = 49 opazovanj)	68
Tabela 3.19 Glavni izsledki polstrukturiranih intervjujev (<i>N</i> = 16 izvajalk).....	71
Tabela 3.20 Delež izvajalcev, ki ocenjujejo, da v večji oziroma zelo veliki meri potrebujejo dodatna znanja na področju duševnega zdravja	75
Tabela 3.21 Delež izvajalcev, ki ocenjujejo, da v večji oziroma zelo veliki meri potrebujejo dodatna znanja na področju depresije.....	76
Tabela 3.22 Delež izvajalcev, ki ocenjujejo, da jim posamezne situacije na delavnici v večji meri oziroma v zelo veliki meri povzročajo težave	77

Stvarno kazalo

Psihoedukacija.....	16 - 19
Psihoedukacija v skupini	16, 64 - 65, 71 - 72
Koristi psihoedukacije	16 - 17, 20, 61 - 63, 79, 87
Psihoedukativna delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo	17 - 21
Obravnava duševnega zdravja na primarni ravni zdravstvenega sistema	15, 17 - 18
Zdravstvenovzgojni center	17 - 19
Center za krepitev zdravja	17 - 19
Javnozdravstveni problemi	14 - 15
Dostopnost virov pomoči za duševno zdravje	15
Duševno zdravje	13, 17, 31, 47 - 48, 53, 80, 82
Depresija	13 - 15
Dejavniki tveganja za depresijo	14
Zdravljenje depresije	15
Adherenca zdravljenja	15, 21, 47, 49
Antidepresivi	15, 28, 45, 60, 62, 74, 81
Simptomi depresije/Depresivna simptomatika	13, 16, 30, 39 - 43, 47, 54, 56 - 58, 80, 82
Vpliv depresije na vsakodnevno življenje	14 - 15, 40, 42, 50 - 51
Zaznana samoučinkovitost za obvladovanje in preprečevanje depresije	30, 44 - 45, 54 - 56, 82
Vedenjske strategije za obvladovanje depresije	30, 46 - 47, 56, 80, 82
Znanje o duševnem zdravju	31, 47 - 48, 63 - 64
Pismenost o duševnem zdravju	31, 47 - 48, 55 - 56, 80
Stigma	16, 31, 59 - 61, 65, 81
Ponotranjena stigma	16, 31, 48 - 49, 56, 61, 65 - 66, 81
Z zdravjem povezana kakovost življenja	14, 16 - 17, 31, 50 - 54
Opolnomočenost	17, 46, 60 - 61, 71, 74
Lastna aktivnost pri zdravljenju	20, 60, 62
Normalizacija depresije	16, 31, 48, 60, 63, 71, 74, 80 - 81
Čustvena razbremenitev.....	60, 65, 71
Sodelovanje svojcev pri zdravljenju	16 - 17, 60, 64, 81
Znanje in veščine izvajalcev	32- 33, 67 - 71, 74 - 75, 81
Izobraževanje izvajalcev	17, 70, 74 - 75, 77

Evalvacija	19 - 21, 33, 39
Kvalitativne metode	21, 33, 59, 67, 80 - 81
Kvantitativne metode	21, 33, 39, 80
Fokusna skupina	32, 34, 59 - 61, 80 - 81
Polstrukturirani intervju	32, 70 - 71, 81
Strukturirano opazovanje	32, 37 - 39, 67 - 70, 81
Vprašalnik za merjenje izidov psihoedukacije	19, 30
Anketa	33, 75 - 77

