



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**IZKUŠNJE DIPLOMIRANE MEDICINSKE  
SESTRE V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM  
VARSTVU PRI PREVENTIVNI OBRAVNAVI  
PACIENTOV Z DEPRESIJO**

**EXPERIENCES OF REGISTERED NURSES IN  
PRIMARY HEALTH CARE WITH  
PROVIDING PREVENTIVE SERVICES TO  
PATIENTS WITH DEPRESSION**

Mentorica: Tanja Torkar, pred.

Kandidatka: Urška Bolta

Jesenice, maj, 2017

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici Tanji Torkar, pred., ki mi je bila s svojimi napotki in korektnostjo v veliko pomoč pri pisanju diplomskega dela. Hvala za vse usmeritve, nasvete in pozitiven odnos.

Zahvaljujem se tudi mag. Branku Bregarju, viš. pred., in doc. dr. Saši Kadivec za recenzijo diplomskega dela.

Za lektoriranje se zahvaljujem Ani Mariji Skelo.

Posebna zahvala pa gre možu Matevžu, ki je vedno verjel vame, me spodbujal pri študiju in pri pisanju diplomskega dela, ter staršem za vso podporo in spodbudne besede.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Depresija je ena izmed kronično nenalezljivih bolezni, ki je v porastu, zato je preventivna obravnava pacienta z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu še kako pomembna. Ključno vlogo pri tem imajo prav diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah ter zdravstvenovzgojnih centrih, saj so ene izmed prvih oseb, s katerimi pridejo v stik pacienti z depresijo.

**Cilj:** Cilj raziskave je bil ugotoviti, zakaj je pomembna preventivna obravnava pacienta z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu, kako poteka tovrstna obravnava, kakšno vlogo ima pri tem diplomirana medicinska sestra ter kakšne so njihove dosedanje izkušnje.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na kvalitativni metodi raziskovanja. Kot instrument zbiranja podatkov je bil uporabljen polstrukturiran individualni intervju z osmimi diplomiranimi medicinskimi sestrami, zaposlenimi v referenčnih ambulantah in zdravstvenovzgojnih centrih v Zdravstvenem domu Ljubljana in v Osnovnem zdravstvu Gorenjske. Podatki, pridobljeni preko individualnih intervjujev, so bili obdelani z metodo analize besedila.

**Rezultati:** Pridobljeni podatki so bili razvrščeni v kode, te pa združene v podkategorije in kategorije. Dobljenih je bilo 30 kod, 4 podkategorije in 5 kategorij, ki so bile poimenovane pomen preventivne obravnave, potek preventivne obravnave, vloga diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi, delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo in izkušnje diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi.

**Razprava:** Ugotovljeno je bilo, da so temeljni elementi preventivne obravnave pacienta z depresijo komunikacija, poslušanje in razpoložljivost časa, saj prav to daje pacientom občutek, da so slišani in razumljeni. Prav tako se lahko tudi z nadaljnjimi napotitvami pravočasno preprečijo poglobljanja oziroma ponovitve depresije, a nadaljnje napotitve niso systemske urejene. Tovrstne obravnave so za izvajalke zahtevne, hkrati pa menijo, da je izobraževanje na to temo bistveno premalo. Potrebne bi bile nadaljnje raziskave, ki bi vključevale tudi vidik zdravnikov družinske medicine ter pacientov z depresijo. Tako bi pridobili celostno podobo v preventivno obravnavo pacienta z depresijo.

**Ključne besede:** depresija, preventiva, vloga medicinske sestre, referenčne ambulante, zdravstvenovzgojni centri

## **ABSTRACT**

**Background:** Depression is one of the chronic non-communicable diseases on the rise, so the preventive treatment of a patient with depression in primary health care is very important. The key role in this is played by the nurses in reference clinics and health education centres, as they are one of the first people who encounter patients with depression.

**Aims:** The aim of the research was to find out why the preventative treatment of a patient with depression in primary care is important, what is the process of this type of treatment, the role played by nurses and their previous experience.

**Methods:** The research is based on a qualitative research method. The data was collected using semi-structured individual interviews with eight nurses employed in reference clinics and health education centres in the Community Health Centre Ljubljana and Gorenjska Primary Health Care. Data obtained through individual interviews were processed with text analysis.

**Results:** The data obtained were coded and in turn grouped into categories and subcategories. The result were 30 codes, 4 sub-categories and 5 categories that were given the following names: the importance of preventive treatment, the course of preventive treatment, the role of nurses in preventive treatment, the Support in dealing with depression workshop and experience of registered nurses in preventive treatment.

**Discussion:** We found that the fundamental elements of the preventive treatment of patients with depression are communication, listening and the time for availability, because it also gives patients the feeling that they are heard and understood. Referrals can be used to prevent condition from worsening or recurrence of depression, although the referral system is not regulated systematically. These discussions are demanding for the provider; at the same time, they believe that there is not enough education covering this subject. Further research is needed, which would also include the aspect of family doctors as well as patients suffering from depression. This would provide a comprehensive picture of the preventive treatment of patients with depression.

**Keywords:** depression, prevention, the role of nurses, reference clinics, health education centres

# KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>3</b>
2.1 DEPRESIJA .....	3
2.1.1 Opredelitev pojma duševno zdravje .....	3
2.1.2 Opredelitev depresije .....	3
2.1.3 Epedemiološki podatki po Sloveniji .....	4
2.1.4 Epedemiološki podatki po svetu .....	6
2.2 PREVENTIVNI PROGRAMI V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU .....	7
2.2.1 Referenčne ambulante .....	8
2.2.2 Zdravstvenovzgojni centri .....	10
2.3 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI PACIENTA Z DEPRESIJO V SLOVENIJI .....	11
2.3.1 Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti .....	11
2.3.2 Diplomirana medicinska sestra v zdravstvenovzgojnem centru .....	13
2.3.3 Pomen komunikacije pri preventivni obravnavi depresije .....	14
2.4 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI PACIENTA Z DEPRESIJO PO SVETU .....	16
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>18</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	18
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	18
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	19
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	19
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	19
3.3.3 Opis vzorca .....	20
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	21
3.4 REZULTATI .....	22
3.5 RAZPRAVA .....	36
<b>4 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>42</b>
<b>5 LITERATURA</b> .....	<b>44</b>
<b>6 PRILOGE</b>	
6.1 INSTRUMENT	

6.1.1 Soglasje za izvedbo intervjuja

6.1.2 Vprašanja za intervju

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Kategorija »pomen preventivne obravnave«.....	23
Tabela 2: Kategorija »potek preventivne obravnave«.....	25
Tabela 3: Kategorija »vloga diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi« .....	28
Tabela 4: Kategorija »delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo«.....	30
Tabela 5: Kategorija »izkušnje diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi«.....	32



## SEZNAM KRAJŠAV

EU	Evropska unija
MZ	Ministrstvo za zdravje
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OECD	Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
RADM	Referenčna ambulanta družinske medicine
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
WHO	World Health Organization

## 1 UVOD

Slovenija je s težavami v duševnem zdravju močno obremenjena (Jeriček Klanšček, et al., 2008) ter še vedno sodi med države, ki so zaradi samomora bolj ogrožene. Kljub vsemu pa je potrebno izpostaviti izboljšanje stanja na tem področju, saj gre, po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), za trend upada samomorilnega količnika (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2016). Po Nolimalovem (2015) mnenju je depresija pri nas najpogostejša med duševnimi in vedenjskimi motnjami ter v času krize še narašča. Depresivna motnja z javno-zdravstvenega vidika ni pomembna samo zato, ker je najpogostejša duševna motnja; pomembna je predvsem zaradi spregledanosti in neprimerne obravnave. Med vsemi spregledanimi osebami z duševno motnjo je največ prav oseb z depresijo (Marušič & Temnik, 2009).

V evropski politiki se izvaja promocija zdravja z geslom Svetovne zdravstvene organizacije (SZO): »Ni zdravja brez duševnega zdravja«, ki opozarja na promocijo duševnega zdravja in sprejemanje številnih nujnih ukrepov, ki bi krepili dobro duševno zdravje in s tem preprečevali duševne motnje, ne pa jih le (Kamin, 2006). Koncept preventive duševnih motenj vključuje promocijo duševnega zdravja, zgodnje odkrivanje ter prepoznavanje dejavnikov tveganja v celotnem življenjskem obdobju (Brenner & Madhusoodanan, 2010).

Avtorica Friedli (2009) navaja, da lahko pričakujemo poslabšanje duševnega zdravja prebivalcev Evrope zaradi posledic gospodarske krize ter naraščajočih socialno-ekonomskih razlik. Opozarja, da moramo delovati širše, saj so preventivne dejavnosti samo zdravljenje simptomov kompleksnih družbenih problemov. Potrebno je začeti delati na družbeni neenakosti, saj je ta povod in vodilo za slabo duševno zdravje.

V Sloveniji so referenčne ambulante nov koncept na področju primarnega zdravstvenega varstva družinske medicine in prinašajo predvsem kadrovsko okrepitev ter nadgrajeno vsebino dela. V letih 2011 in 2012 je pričelo delovati 271 referenčnih ambulant, ki so po državi enakomerno razporejene. Med preventivnimi pregledi vsaka referenčna ambulanta družinske medicine v povprečju mesečno odkrije 2 nova kronična

bolnika za katerokoli izmed kronično nenalezljivih bolezni ter 15 bolnikov z dejavniki tveganja za kronično nenalezljivo bolezen (Poplas Susič, et al., 2013).

Od leta 2014 potekajo po Sloveniji tudi brezplačne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo, in sicer v okviru posameznih zdravstvenovzgojnih centrov v zdravstvenih domovih. Delavnice so namenjene posameznikom, ki se srečujejo z depresijo, ter njihovim svojcem (NIJZ, 2017).

Diplomirane medicinske sestre so bile v Sloveniji pred šestimi leti prvič vključene v preventivno obravnavo bolnika z depresijo na nivoju primarnega zdravstvenega varstva. V diplomskem delu želimo ugotoviti pomen tovrstne obravnave na primarnem nivoju ter ugotoviti, kakšne izkušnje imajo diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi bolnika z depresijo, kar je lahko osnova za nadaljnja priporočila in izboljšave.

## 2 TEORETIČNI DEL

V teoretičnem delu diplomskega dela bomo predstavili dosedanja spoznanja avtorjev o preventivni obravnavi pacientov z depresijo, ki jo izvajajo diplomirane medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu.

### 2.1 DEPRESIJA

#### 2.1.1 Opredelitev pojma duševno zdravje

SZO definira duševno zdravje kot stanje dobrega počutja, kjer posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema z vsakdanjim stresom in učinkovito dela ter posledično prispeva v svojo skupnost. Ker je duševno zdravje sestavni del javnega zdravja, se je pomembno ukvarjati z duševnim zdravjem celotne populacije in ne le s posamezniki (WHO, 2007 cited in Bajt, et al., 2009, p. 1). Področje duševnega zdravja je tudi eden izmed glavnih javnozdravstvenih problemov na ravni Evropske unije (EU), saj za katerokoli duševno motnjo letno zboli več kot desetina Evropejcev. Pogost izid duševne bolezni je samomor, ki ga v EU vsakih 9 minut naredi en človek. Zato je potreben večdimenzionalen pristop, ki ne bo usmerjen le v zdravljenje duševnih bolezni, pač pa tudi v duševno zdravje in njegovo promocijo (European Commision, 2008 cited in Bajt, et al., 2009, p. 4).

#### 2.1.2 Opredelitev depresije

Besedo depresiven uporabljamo, ko pri posamezniku opisujemo občutek otožnosti ali pa žalovanja, ki ga posameznik čuti zaradi osebne tragedije, stiske ali izgube. Če posameznik v takšnih okoliščinah ne bi mogel izraziti občutkov žalosti, bi nas moralo skrbeti. Ko pa ti občutki začnejo prevladovati nad vsemi in jih ne moremo več nadzirati, takrat govorimo o klinični depresiji oziroma depresiji kot bolezni (Smith, 2006). Kot je recimo sladkorna bolezen bolezen, je tudi depresija bolezen. Pri sladkorni bolezni je moteno izločanje in delovanje inzulina, medtem ko gre pri depresiji za moteno delovanje nevrottransmitterjev – kemičnih prenašalcev (Dernovšek, et al., 2007).

Na nastanek depresije vplivajo dejavniki, zaradi katerih je posameznik dovzetenjši za razvoj depresije; to so dejavniki, ki sprožijo depresijo, ter dejavniki, ki vzdržujejo depresijo (Kamin, et al., 2009). O depresiji torej govorimo, ko je posameznikovo razpoloženje več kot dva tedna vsak dan zelo negativno, ali če se v tem času opazno zmanjšata njegovo zadovoljstvo in zanimanje za skoraj vse dejavnosti, ki so ga sicer zadovoljevale (Dernovšek, et al., 2007).

Depresija lahko prizadene prav vsakogar; tako mlade kot starejše, moške ali ženske. Približno vsaka šesta oseba v svojem življenju zbolijo za depresijo (Dernovšek & Tavčar, 2005). Ženske so prizadete dvakrat pogosteje kot moški, vendar moški zaradi te bolezni redkeje iščejo strokovno pomoč, zato je lahko pri njih lahko depresija pogosteje neodkrita (Nolimal, 2015). Med bolj ogroženimi pa so tudi bolniki s kroničnimi telesnimi obolenji (Dernovšek & Tavčar, 2005).

O komorbidnosti govorimo, ko so prisotne tudi druge duševne in vedenjske motnje (anksioznost, zasvojenosti z alkoholom in drugimi psihoaktivnimi snovmi) ter različna psihosomatska obolenja (srčno-žilne bolezni in debelost). Ker lahko ena bolezen poslabšuje drugo, je potrebno sočasno zdravljenje vseh bolezni, sicer si, po mnenju Nolimala (2015), ne moremo obetati uspeha.

Depresija je duševna motnja, ki je s samomorom tesneje povezana kot ostale duševne motnje, spremljala pa naj bi kar dve tretjini samomorov. Študije so pokazale, da samomorilne nagnjenosti v ambulantah splošne medicine ni lahko prepoznati, saj kar dve tretjini ljudi, ki poskušajo narediti samomor, mesec pred poskusom samomora obišče svojega družinskega zdravnika (Valetič, 2009).

### 2.1.3 Epidemioški podatki po Sloveniji

Nolimal (2015) meni, da je depresija tudi pri nas verjetno najpogostejša med duševnimi in vedenjskimi motnjami ter v času krize še narašča, čeprav nekateri kazalci uradne statistike tega ne potrjujejo. V zadnjih letih v Sloveniji ni bila narejena nobena poglobljena raziskava, ki bi lahko dala celovit pregled stanja na področju duševnega

zdravja glede obremenjenosti prebivalcev Slovenije z depresijo. Posamezni vidiki duševnega zdravja so bili vključeni v eno izmed raziskav CINDI Slovenija, ki prikaže le delen vpogled v pogostost depresivne motnje v Sloveniji. Pri odraslih je bilo v obdobju 2001–2008 zaznано zvišanje deleža ljudi, ki vsakodnevno doživljajo stres, kar se v raziskavah kaže kot pomemben dejavnik tveganja za pojav depresije.

Presejanje, sistematično odkrivanje in celostna obravnava depresij v Sloveniji v obdobju 2006–2008 je prav tako pokazala, da ima 9–13 % populacije v ambulantah zdravnikov družinske medicine znake, ki kažejo na depresivno motnjo ter da je verjetno veliko spregledanih posameznikov z depresivno motnjo. Med skupinami, kjer so se klinični znaki in simptomi depresije pojavljali na najvišji stopnji, so bile osebe s kroničnimi boleznimi (13–20,8 %) in ženske v starosti od 46 do 55 let (17–23 %) (Nolimal, 2015).

V raziskavi »Zdravje delavcev v procesih prestrukturiranja podjetij – primer poslovne skupine Mura«, kjer so anketirali 1.046 delavcev tega podjetja v procesu prestrukturiranja v decembru 2012 in januarju 2013, so primerjali zboleznost anketirancev z rezultati raziskave z Zdravjem povezan življenjski slog 2012 (CINDI), izvedene v splošni populaciji. Ugotovili so, da še posebej izstopa depresija. Depresija je prisotna pri 7,8 % splošne populacije, medtem ko je imelo v poslovni skupini Mura kar 25,8 % delavcev diagnozo depresija. Prav tako je 13,6 % anektiranih delavcev že premišljevalo, da bi naredilo samomor, a se jih kar tretjina izmed njih o tem še ni pogovarjala z nikomer (Klinični inštitut za medicino dela, športa in prometa, 2014).

Slovenija sodi med države, ki so zaradi samomora bolj ogrožene, a je potrebno izpostaviti izboljšanje stanja na tem področju. Leta 2015 je za posledicami samomora umrlo 425 oseb, samomorilni količnik pa je znašal 20,60. V letu 2014 je za posledicami samomora umrlo 388 ljudi in takrat je samomorilni količnik v državi znašal 18,81 ter hkrati predstavljal najnižji samomorilni količnik nasploh od leta 1965 dalje. Sicer je bil samomorilni količnik leta 2015 res nekoliko višji kot leta 2014, a še vedno precej nižji od dolgoletnega povprečja (1999–2014), ko je znašal 24,25. NIJZ meni, da trend upada samomorilnega količnika v Sloveniji vzdržujemo (NIJZ, 2016).

Po Nolimalovem mnenju (2015) lahko upad samomorilnega količnika pojasni podatek, da je bilo leta 2014 v Sloveniji izdanih več kot 525.000 receptov za antidepresive, kar je dvakrat več kot leta 2003. Večino diagnoz depresije, po mnenju avtorja, lahko danes povsem suvereno postavijo zdravniki družinske medicine, ki tudi predpišejo veliko antidepresivnih zdravil. Psihiatri tako obravnavajo predvsem hude primere depresije, kjer ni ustreznega odziva na zdravila, kjer se pojavijo psihotični simptomi ali pa je utemeljena psihoterapija. Zaradi popularizacije stališča, da je depresija povsem običajna bolezen in povsem normalen pojav, je prepoznanih več bolnikov, kot bi jih bilo sicer. V javnosti pa se, po avtorjevem mnenju, zmanjšuje stigma te bolezni, zato ljudje zaradi vpliva medijev in znancev s pozitivnimi izkušnjami pri jemanju antidepresivov pri zdravniku pogosteje ubesedijo svoje duševne težave.

#### 2.1.4 Epedemiološki podatki po svetu

Depresija predstavlja enega glavnih vzrokov onesposobljenja po vsem svetu, saj je po ocenah kar 350 milijonov ljudi pod vplivom depresije. Prizadetih je več žensk kot moških (World Health Organization (WHO), 2016).

Prav tako je depresija ena izmed najpogostejših oblik duševnih bolezni v Evropi in je v hujši obliki prisotna v 13 % populacije (9 % odraslih moških in 17 % odraslih žensk) (European Commission, 2008 cited in Bajt, et al., 2009, p. 3). Tudi raziskave v mednarodnem merilu kažejo, da ima med 5 % in 16 % populacije diagnozo depresija (McIlrath, et al., 2009). WHO (2012) pa navaja, da vsako leto zaradi hude depresije trpi okoli 7 % populacije. Ta številka naraste na več kot 25 %, če so vključene še anksioznosti ter lažje oblike depresije.

Študija, ki je bila izvedena v mestnih ambulantah osnovnega zdravstvenega varstva v Izraelu, govori o dveh skupinah uporabnikov. Manj pogosti uporabniki z manj kot šestimi obiski družinskega zdravnika letno in pogosti uporabniki z več kot šestnajstimi obiski družinskega zdravnika letno. V vseh kliničnih meritvah so bili kazalniki pogostih uporabnikov zdravstvenih storitev statistično slabši kot pa manj pogostih uporabnikov zdravstvenih storitev. Študija kaže na možnost, da je vsaj eden od razlogov za

prekomerno uporabo zdravstvenih storitev med starejšimi prebivalci depresivna simptomatika (Press, et al., 2012).

Tudi rezultati študije, izvedene v Nemčiji, so pokazali, da zelo pogosti uporabniki zdravstvenih storitev predstavljajo populacijo z visoko prevalenco depresije v osnovnem zdravstvu, zato je potrebno opravljati rutinsko presejanje depresije. V raziskavo je bilo vključenih 1260 udeležencev, od katerih je bilo 40 % zelo pogostih uporabnikov zdravstvenih storitev in 60 % povprečnih uporabnikov. S presejanjem so odkrili 36 % pacientov z depresijo pri pogostih uporabnikih ter 11 % depresij pri povprečnih uporabnikih. Zelo pogosti uporabniki opravijo v četrtletju kar sedem obiskov pri zdravniku, medtem ko povprečni uporabniki opravijo le dva obiska. Zelo pogosti uporabniki zdravstvenih storitev, pacienti, imajo tudi znatno višje točke pri B-PHQ (Brief Psychiatric Health Questionnaire) vprašalniku in imajo v primerjavi s povprečnimi uporabniki znatno večje suicidalne simptome. Programi, ki vključujejo sistematične algoritme presejanja in zdravljenja, lahko olajšajo zdravljenje hude depresije v okviru primarnega zdravstvenega varstva. (Berghöfer, et al., 2014).

Vpliv depresije na kakovost življenja se lahko enači s kakovostjo življenja posameznika s hudo telesno boleznijo, kot je možganska kap. Do leta 2020 naj bi depresija postala najpogostejši vzrok bolezni v razvitem svetu (European Commission, 2008 cited in Bajt, et al., 2009, p. 3). Ker predstavlja depresija velik izziv tudi za SZO za evropsko regijo, so na letošnjem Svetovnem dnevu zdravja 2017 s temo "Spregovorimo o depresiji" predstavili, da je depresija ozdravljiva. Poskušali so obravnavati dejstvo, da je kljub temu približno 50 % primerov hude depresije še vedno nezdravljene (WHO, 2017).

## **2.2 PREVENTIVNI PROGRAMI V PRIMARNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU**

Avtorja Poplas Susič in Marušič (2011) navajata, da usmeritve zdravstvenih sistemov temeljijo na krepitvi primarnega zdravstva, še posebej pri ohranjanju in krepitvi zdravja državljanov. Ugotavljata, da je osnovno zdravstvo obremenjeno zaradi vse večjega števila kroničnih bolnikov, njihove izobraženosti ter zahtevnosti, predvsem pa zaradi



prenosa dela s sekundarnega na primarni nivo. Po mnenju McIlratha s sodelavci (2009) je zato pomembno spodbujati multidisciplinarni pristop na primarnem nivoju.

### 2.2.1 Referenčne ambulante

Delež starejših v Sloveniji narašča (Panikvar Žlahtič & Klemenc, 2011), večja se tudi število pacientov s kronično nenalezljivi boleznimi (Softič, et al., 2011), neugodni socialno-ekonomski dejavniki pa vplivajo predvsem na ranljivi del populacije. Prenos številnih zdravstvenih obravnav s sekundarnega na primarni nivo ter uvedba različnih preventivnih programov, ki zahtevajo dodatne administrativne postopke, sta obremenila ambulante družinske medicine. Tudi pomanjkanje družinskih zdravnikov in njihova obremenitev (Poplas Susič, et al., 2013) sta bila razlog za uvedbo referenčnih ambulant, saj bi prav z dodatno zaposlitvijo diplomiranih medicinskih sester lahko izboljšali kakovost zdravstvene oskrbe ter zmanjšali stroške zdravstvenega varstva (Švab, et al., 2005). Z namenom zadostitve potrebam prebivalstva so se začele pri nas uvajati referenčne ambulante (Panikvar Žlahtič & Klemenc, 2011). Te so, po podatkih Ministrstva za zdravje, s svojo nadgradnjo dela timov družinske medicine tako v organizacijskem, vsebinskem in finančnem vidiku pokazale pot razvoja tega področja (Ministrstvo za zdravje (MZ), 2011).

Leta 2011 so bile na nivoju splošnega zdravstvenega varstva uvedene prve ambulante, ki so dobile status referenčne ambulante ob obstoječih splošnih in družinskih ambulantah. Projekt naj bi se v prihodnosti razširil v vseh 800 do 900 ambulantah družinske medicine po Sloveniji, če se bodo te izkazale za učinkovite (Eder, 2012). Tako je v letih 2011 in 2012 z delom pričelo 271 referenčnih ambulant, ki so po regijah enakomerno razporejene (Poplas Susič, et al., 2013). Število referenčnih ambulant se iz leta v leto povečuje, leta 2016 pa je bilo registriranih že 584 referenčnih ambulant (MZ, 2017).

Referenčne ambulante družinske medicine (RADM) uvajajo nov koncept dela s kadrovsko okrepitvijo (timu referenčne ambulante družinske medicine se priključi diplomirana medicinska sestra za polovico delovnega časa) ter nadgrajeno vsebino dela

(Poplas Susič, et al., 2013). Skela Savič (2013) meni, da referenčne ambulante razbremenijo zdravnika družinske medicine s prenosom dela na diplomirano medicinsko sestro, za kar je pomemben visoko izobražen kader, saj posledično vpliva tudi na izide v zdravstveni negi. Po končani fakulteti je diplomirana medicinska sestra v celoti pristojna za suvereno sodelovanje pri delu tima referenčne ambulante (Poplas Susič, et al., 2013). Poleg tega pa se od nje pričakujejo tudi opravljeni moduli, ki so tematsko usmerjeni in namenjeni kakovostnejši zdravstveni obravnavi bolnikov (Petek Šter, 2012). S potrdilom o opravljenem modulu postanejo diplomirane medicinske sestre teoretično usposobljene za ustrezno zdravstveno obravnavo bolnikov (Poplas Susič, et al., 2013). V raziskavi, kjer so anketirali diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah o izkušnjah, so ugotovili, da anketirancem ne primanjkuje splošnega znanja, pridobljenega v dodiplomskem študiju, kot tudi ne ozkega strokovnega znanja, ki bi ga pridobili v podiplomskem študiju. Obstajale pa so nekatere značilne razlike glede na starostno skupino anketirancev in njihovimi izkušnjami (Pečelin & Sočan, 2016). Pogoji za razporeditev diplomirane medicinske sestre v referenčno ambulanto je vsaj 3 leta delovnih izkušenj na osnovni ravni zdravstva, od nje pa se pričakuje suvereno izvajanje dela predvsem na področju preventivne obravnave pacientov z različnimi kroničnimi obolenji (Ponikvar Žvahtič & Vidmar, 2011).

V delo se uvedejo protokoli obravnave kroničnih bolnikov, razširijo se področja preventivnega dela, vzpostavijo se registri kroničnih bolnikov in meri se kakovost s pomočjo kazalnikov kakovosti. Tako so se področja preventivne dejavnosti razširila na odkrivanje poleg osnovnih dejavnikov tveganja za kronično nenalezljive bolezni tudi na preventivno obravnavo s presejanjem in svetovanjem pri ogroženosti za depresijo. Starostna meja populacije, ki je vključena v programe, se je znižala na 30 let za oba spola (Poplas Susič, et al., 2013).

Ederjeva (2012) ugotavlja, da so referenčne ambulante veliko doprinesle k timski obravnavi pacientov, saj le te nudijo večjo dostopnost prebivalcev do kakovostnejše obravnave. Prav zaradi njihove uvedbe se posledično pričakuje tudi skrajšanje čakalnih dob na sekundarnem nivoju. Osnovna zdravstvena dejavnost naj bi namreč predstavljala temelj vseh kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva – to pomeni večjo kakovost,

manjše stroške, večjo enakost in večje zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom (Referenčne ambulante družinske medicine (RADM), n.d.).

### 2.2.2 Zdravstvenovzgojni centri

Zdravstvenovzgojni centri so samostojne organizacijske enote v strukturi zdravstvenih domov, hkrati pa ključne organizacijske strukture za izvajanje zdravstvenovzgojne dejavnosti za odraslo populacijo na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (NIJZ, 2016). Z zdravstvenovzgojnimi centri so povezane tudi referenčne ambulante, saj se tam izvajajo Programi svetovanja za zdravje oziroma CINDI delavnice (Maučec Zakotnik, et al., 2009).

Zdravstvenovzgojni centri izvajajo aktivnosti promocije zdravja v lokalnem okolju ter standardizirano in strukturirano nemedikamentozno obravnavo v okviru Programa svetovanja za zdravje, kjer gre za izvajanje zdravstvenovzgojnih in psihoedukativnih delavnic ter individualnih svetovanj. Namen delavnic je spodbuditi osebe k ohranjanju in krepitvi zdravja ter aktivni skrbi za lastno zdravje. Posebej usposobljeni strokovnjaki, kot so zdravniki splošne medicine, profesorice zdravstvene vzgoje, diplomirane medicinske sestre, fizioterapevti ter psihologi (Fras & Leskovšek, 2009), v zdravstvenovzgojnem centru posameznikom pomagajo pridobiti potrebna znanja, oblikovati stališča, osvojiti veščine ter vedenjske vzorce za zdrav način življenja in jim pomagajo ter jih podpirajo pri spreminjanju z zdravjem povezanih tveganih vedenj in pri opolnomočenju kroničnih bolnikov za samooskrbo (NIJZ, 2016). Aktivnosti, ki se izvajajo na delavnicah, so se izkazale za učinkovite v pristopih za visoko ogroženo prebivalstvo (Maučec Zakotnik, et al., 2009).

V nekatere zdravstvenovzgojne delavnice/individualna svetovanja se lahko vključijo vse osebe iz ciljne populacije programa, v druge pa le po opravljenem preventivnem pregledu v ambulanti družinske medicine, skladno z ugotovljenimi dejavniki tveganja za kronično nenalezljivo bolezen, ogroženostjo in/ali obolelostjo za kronično nenalezljivo boleznijo. Do udeležbe v Programu svetovanja za zdravje so upravičene osebe z urejenim osnovnim zdravstvenim zavarovanjem (NIJZ, 2016).

Od leta 2014 tako po Sloveniji potekajo delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo in so namenjene predvsem posameznikom z diagnozo depresija, pa tudi posameznikom, ki jih obremenjujejo simptomi depresije, ter njihovim svojcem. Glavni namen psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo je seznaniti posameznike z osnovnimi značilnostmi težav, s potekom in načinom zdravljenja ter različnimi oblikami samopomoči. Udeleženci se naučijo, kaj lahko sami storijo za svoje zdravje, delavnica pa jim omogoča spregovoriti tudi o svojih težavah, si izmenjati izkušnje in se medsebojno podpreti. Delavnica obsega štiri srečanja po uro in pol, ki se izvajajo enkrat tedensko, v skupini pa je približno 8 udeležencev. Na delavnico udeleženca napoti bodisi zdravnik družinske medicine, diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti ali pa psihiater (NIJZ, 2017).

## **2.3 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI PACIENTA Z DEPRESIJO V SLOVENIJI**

### 2.3.1 Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti

Vodja referenčne ambulante je zdravnik družinske medicine, čigar timu se je pridružila še diplomirana medicinska sestra (Petek Šter, 2012). Sodelovanje med njima ter enakopravni odnosi znotraj celotnega tima morajo temeljiti predvsem na zaupanju, komunikaciji in sodelovanju, saj prav to predstavlja ključ do kakovostne timske obravnave (Govc Eržen, 2011). Tudi Kersnik (2014 cited in Bugar, 2015, p. 19) poudarja pomembnost timskega sodelovanja še posebej pri dispanzerskem načinu dela, hkrati pa ugotavlja, da ima timska obravnava pacientov prednosti predvsem pri bolezenskih stanjih, za katere je potrebno spremeniti način vedenja.

Sprva je bila preventivna obravnava v splošnih ambulantah družinske medicine prepuščena zdravnikovi zagretosti, zato tudi priložnostno presejanje ni teklo sistematično. Kasneje je študija, izvedena v Sloveniji pokazala, da je lahko učinkovita le celostna preventiva (Poplas Susič & Marušič, 2011). Tako je diplomirana medicinska sestra prevzela naloge, ki jih v skladu s svojimi kompetencami lahko opravlja in s tem izboljšala učinkovitost dela (Železnik, et al., 2011).

Diplomirana medicinska sestra v referenčni ambulanti tako izvaja preventivne preglede pri opredeljenih osebah referenčne ambulante, ki še nimajo kroničnih bolezni ter sodijo v starostno skupino med 30 in 70 let. Na osnovi pregleda, na katerega jih povabi, ter s pomočjo vprašalnikov, ki so usmerjeni v prepoznavo dejavnikov tveganja za kronično nenalezljivo bolezen, razvrsti obravnavano populacijo v registre zdravih, bolnih ali z dejavniki tveganja (Petek Šter, 2012). Uvrščene osebe v registru pacientov s povečanim tveganjem za bolezen diplomirana medicinska sestra pogosteje naroča na kontrolne preglede ter spremlja njihovo sodelovanje, medtem ko kronične bolnike naroča na kontrolne preglede glede na urejenost njihove bolezni (Eder, 2012). Novo odkriti kronični bolniki ali pa tisti s poslabšanjem ter seveda vsi bolniki z akutno boleznijo so v domeni zdravnika družinske medicine (Poplas Susič, et al., 2013), medtem ko urejene paciente lahko v celoti vodi diplomirana medicinska sestra sama, zdravnik družinske medicine pa ob tem poskrbi le za predpisovanje receptov (Eder, 2012). Zdrave paciente diplomirana medicinska sestra ponovno povabi na preventivni pregled čez 5 let, osebe z dejavniki tveganja pa po enem letu (Petek Šter, 2012).

S protokolom vodenja pacienta s kronično boleznijo želi diplomirana medicinska sestra doseči predvsem to, da pacient aktivno sodeluje pri vodenju svoje bolezni. Tako ima pri reševanju zdravstvenih problemov, učenju veščin ter dajanju opore pri obvladovanju pacientovih čustev, ključno vlogo prav diplomirana medicinska sestra. Tudi zdravstvenovzgojno delo, ki ga opravlja, je prilagojeno glede na posameznikove zmožnosti (Vodopivec Jamšek, 2013). Tako usposobljena diplomirana medicinska sestra lahko kakovostno izvaja zdravstveno vzgojo ter vodi kronične paciente. Zdravnik družinske medicine pa še vedno ostaja vodja tima, ki je odgovoren za postavitev diagnoz ter zdravljenje le teh (Petek Šter, 2012).

Da kronični pacient ostane urejen kronični pacient potrebuje poleg osnovnega zdravljenja z zdravili tudi podporo zdravstvenega osebja, osvajanje znanja ter primerno motiviranost (Vodopivec Jamšek, 2013). Laurant s sodelavci (2005) so ugotovili, da je tisti pacient, ki z medicinsko sestro opravi prvi stik in svetovanje glede vodenja kroničnih bolezni, bolj zadovoljen z obravnavo, kot pa če bi obravnavo prevzel zdravnik. Avtorji kot razloge navajajo večjo dostopnost medicinskih sester, večjo

količino informacij ter izvajanje bolj kakovostnega svetovanja kot z zdravniki. Da pacienti bolj sprašujejo diplomirane medicinske sestre in jim razlagajo, kar zdravniku običajno zamolčijo, je verjetno razlog v tem, da imajo diplomirane medicinske sestre več časa, jim namenijo več pozornosti, tako da se pacient počuti v centru obravnave (Soklaridis, et al., 2007).

V primarnem zdravstvenem varstvu je, po mnenju Merrellove (2010), še posebej pomembno izvajanje promocije zdravja pri vsakodnevnem delu medicinskih sester in prav referenčne ambulante so najprimernejše za spodbujanje zdravega življenjskega sloga (RADM, n.d.). Bahunova (2011) navaja, da imajo prav medicinske sestre ključno vlogo takrat, ko se v posameznikovem življenju zgodi nekaj, kar močno vpliva na posameznika. Prav takrat so ti ljudje bolj dojemljivi za spremembe življenjskega stila.

### 2.3.2 Diplomirana medicinska sestra v zdravstvenovzgojnem centru

Spreminjanje življenjskega sloga posameznika je proces, ki ima svoje zakonitosti in se pri posamezniku velikokrat prične zaradi zdravstvene ogroženosti, zato zahteva podporo vseh zdravstvenih delavcev. Timski pristop v osnovnem zdravstvenem varstvu zagotavlja ustrezno pomoč posamezniku, saj so aktivnosti medicine in zdravstvene nege usmerjene k skupnemu cilju – zdravju. Pri tem ima veliko vlogo medicinska sestra kot izvajalka zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje, ki se posveča človeku z vidika osnovnih človekovih potreb (Luznar, 2002 cited in Anderle & Skela Savič, 2011, p. 33).

Zdravstvena vzgoja v primarnem zdravstvenem varstvu stremi h krepitvi zdravja in preprečevanju zbolevanja, namenjena pa je zdravemu prebivalstvu. Z njo želijo doseči kar najvišjo stopnjo odgovornosti do lastnega zdravja, saj preko procesa posameznika učijo krepiti in ohranjati svoje zdravje (Hoyer, 2005).

Anderle in Skela Savič (2011) sta v svoji raziskavi ugotovili, da so zdravstveni delavci tisti, ki največ pripomorejo k temu, da se posameznik vključi v zdravstveno vzgojne delavnice. V večini so kot motivatorja navajali zdravnika in ne medicinske sestre. Ugotovili sta tudi, da so kroničnim bolnikom pri odločitvi za delavnice CINDI

pomembnejši notranji dejavniki kot pa dejavniki iz okolja. Medtem ko Smolej (2013) ugotavlja, da so udeleženci kratkih in dolgih zdravstvenovzgojnih delavnic v večji meri prepoznali medicinske sestre kot motivatorje.

Avtorica ugotavlja, da imajo medicinske sestre pomembno vlogo pri učenju bolnikov in svojcev o predpisani medikamentozni terapiji. Osnovno poslanstvo medicinske sestre kot zdravstvene vzgojiteljice na področju medikamentozne terapije je, da bolnikom v okviru njihovih zmožnosti in sposobnosti s svojimi pristopi in načini dela omogoči čim večjo samostojnost in kritičnost pri uživanju medikamentozne terapije. Raziskava, ki je bila izvedena pri bolnikih s psihotično motnjo v Psihiatrični bolnišnici Idrija in uživajo medikamentozno terapijo, je pokazala, da bolniki čutijo potrebo po izobraževanju. Po drugi strani podatki kažejo, da je zdravstvenovzgojno delo medicinskih sester s temi bolniki pomanjkljivo. Po avtoričinem mnenju se kaže potreba po oblikovanju zdravstvenovzgojnih vsebin glede varnega uživanja medikamentozne terapije, saj zdravstvena vzgoja pripomore k bolnikovemu sprejemanju medikamentozne terapije, izboljša sodelovanje bolnikov pri zdravljenju in vpliva na celotno dobro počutje bolnikov ter na kakovost njihovega življenja (Sedej Kodela, 2008).

Za medicinske sestre je pomembno, da znajo vzpostaviti sproščujoč in zaupen odnos do pacienta. Pacient si namreč želi enakovreden odnos, kjer lahko izraža svoje želje, bojzani in pričakovanja, je slišan, pomirjen in spodbujen takrat, ko ne vidi izhoda. Za kakovostno in učinkovito zdravstvenovzgojno delo morajo imeti medicinske sestre dodatna specialna znanja s področja pedagogike, andragogike, didaktike oziroma psihologije. Pomembno se je zavedati vseživljenjskega učenja, ne samo pacientov, temveč tudi zdravstvenih delavcev. Ta znanja lahko dobimo s samoizobraževanjem pa tudi z različnimi izpopolnjevanji in usposabljanji v okviru Zbornice – Zveze ali drugih organizacij, ki izvajajo programe za specialna znanja (Kvas, 2011).

### 2.3.3 Pomen komunikacije pri preventivni obravnavi depresije

Komunikacija je vir vsakega uspeha, običajno pa tudi vzrok za neuspeh. Približno 80 % komunikacije med ljudmi predstavlja poslušanje drugega. Celoten namen komunikacije

je biti slišan, razumljen ter sprejet. Terapevtska komunikacija je komunikacija s pacientom, kjer gre za posredovanje informacij pacientu ter za zbiranje podatkov. Medicinska sestra mora spodbujati aktivno sodelovanje pacienta, analizirati posredovana sporočila, kritično razmišljati, kar ima za posledico sprejemanje in spreminjanje stališč ter posledično spreminjati ravnanje in obnašanje. Bolniki s kronično boleznijo potrebujejo veliko informacij, zato mora biti zdravstveni delavec profesionalen na svojem področju. Vsaka bolezen ima svojo specifiko, zato si je potrebno vzeti čas in ga nameniti bolniku (Blaj, 2010).

Čas posveta v ambulanti družinske medicine pri nas traja 6,9 minute in je za približno za 30 % krajši od časa posveta v ostalih evropskih državah (Petek Šter, et al., 2008). Avtorji predvidevajo, da so zdravniki preobremenjeni zaradi količine dela, ki ga morajo opraviti in zato ne zmorejo več delati kakovostno (Švab, et al., 2005). Slovenija spada po podatkih OECD (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj) v tisto skupino držav, ki imajo najmanjše število družinskih zdravnikov na 1000 prebivalcev. Podatek ostaja kar konstanten in se v primerjavi z letom 2002 v letu 2008 ni izboljšal. Znaša 0,6 zdravnika na 1000 prebivalcev (Poplas Susič, et al., 2013).

V anketi o zadovoljstvu zaposlenih v RADM je kar 21,6 % anketiranih diplomiranih medicinskih sester menilo, da potrebujejo več časa za obravnavo pacienta. Analiza ankete je prav tako pokazala, da je 15 % anketiranih diplomiranih medicinskih sester preobremenjenih pri svojem delu, zato si želijo zaposlitve za polni delovni čas (RADM, n.d.).

Poplas Susičeva s sodelavci (2013) meni, da diplomirane medicinske sestre bolniku namenijo dovolj časa, kar pa je bistveno zato, da lahko posameznik razume bolezensko dogajanje in spozna ukrepe, kako ga izboljšati. Tudi raziskava o zadovoljstvu uporabnikov v RADM v letu 2015 je pokazala, da so uporabniki bolj zadovoljni z diplomirano medicinsko sestro kot z zdravnikom družinske medicine in imajo pri diplomirani medicinski sestri občutek, da ima ta več časa med obiskom v ambulanti za uporabnike kot pa zdravnik družinske medicine (Bugar, 2015).



Pacienti si želijo predvsem pogovora ter izražanja svojih čustev, saj jim krepi moč za boj z boleznijo, poudarja Skela Savič (2007), zato je pomembno, da se medicinske sestre približajo pacientom v psihosocialnem smislu.

## **2.4 VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI PACIENTA Z DEPRESIJO PO SVETU**

V Veliki Britaniji je preventiva na področju primarnega zdravstvenega varstva področje, kjer so diplomirane medicinske sestre prevzele vaje. Prevzemajo dela in naloge na področjih, kot so promocija zdravja, zdravstveno svetovanje, zgodnja diagnostika ter pomoč pri reševanju zdravstvenih težav. Tako že od leta 1992 diplomirane medicinske sestre opravljajo preventivne preglede, presejalne teste, spremljajo zdravstveno stanje pacientov po končanem zdravljenju ter vodijo bolnike s kroničnimi boleznimi (Dubois & Singh, 2009).

Parker s sodelavci (2009) ugotavlja, da se diplomirane medicinske sestre velikokrat ne želijo zaposliti v primarnem zdravstvenem varstvu na račun vedno bolj zapletenih zdravstvenih težav pacientov. V Avstraliji zato želijo nadgraditi primarno zdravstvo z ustrezno usposobljenimi diplomiranimi medicinskimi sestrami, njihova vloga pa naj bi bila zasnova kot pomoč zdravniku družinske medicine na področju preventivne dejavnosti in promocije zdravja. Kakovost oskrbe in zdravstveno stanje pacientov naj bi se po mnenju avtorjev celo izboljšalo.

Po podatkih OECD si mnoge države prizadevajo za izboljšanje zagotavljanja zdravstvenih storitev. Tako so diplomirane medicinske sestre v Združenih državah Amerike, Kanadi, Veliki Britaniji in na Finskem že kar nekaj časa aktivno vključene v primarno zdravstveno varstvo. Državi Avstralija in Irska aktivno oblikujeta visokošolske programe in delovna mesta za diplomirane medicinske sestre, medtem ko v ostalih državah (Belgija, Ciper, Češka, Francija, Japonska, Poljska) diplomiranim medicinskim sestram ne prepisujejo večjega pomena. Ocene kažejo, da lahko s pomočjo diplomirane medicinske sestre izboljšamo dostop do zdravstvenih storitev in zmanjšamo čakalne dobe. Diplomirane medicinske sestre so namreč sposobne zagotoviti enako

kakovostno oskrbo kot zdravniki za številne paciente, tiste z manjšimi boleznimi pa tudi tiste, ki zahtevajo redno spremljanje. Ugotavljajo, da so pacienti zelo zadovoljni predvsem zato, ker diplomirane medicinske sestre porabijo več časa z bolniki, zagotavljajo potrebne informacije in jim svetujejo (Delamaire & Lafortune, 2010).

V študiji, izvedeni v Angliji, kjer so primerjali delo zdravnika družinske medicine in diplomirane medicinske sestre ter svetovanje pacientu pri prvi obravnavi, so pacienti menili, da pri zdravniku nimajo dovolj možnosti za izražanje svojega mnenja in soodločanja pri zdravljenju. Študija je tudi pokazala, da so se ob prvem obisku pacienti drugače odzvali na diplomirano medicinsko sestro kot na zdravnika, saj so pacienti pri diplomirani medicinski sestri pri pogovoru bolj sodelovali, izražali svoja stališča ter bili bolj sproščeni pri sami obravnavi kot pa pri zdravniku (Paniagua, 2011). Prav tako je tudi raziskava v Združenih državah Amerike pokazala, da zamenjava splošnega zdravnika z diplomirano medicinsko sestro ustvarja večje zadovoljstvo pacientov ter večjo kakovost zdravstvene oskrbe (Dierick-van Daele, et al., 2009).

Iz Danske in Nizozemske so poročali, da je do 50 % dolgoročnih odsotnosti zaradi duševnih motenj, večinoma depresije. Depresija lahko povzroči tudi visok krvni tlak, miokardni infarkt, možgansko kap in kot kažejo raziskave tudi raka. Po drugi strani pa bolezni srca in ožilja, rak in sladkorna bolezen vodijo do povečanja depresije. Kombinacija nenalezljivih bolezni in dejavnikov tveganja je povezana z večjo umrljivostjo. Depresija je prisotna pri približno 25 % ljudi, ki obišejo družinske zdravnike, vendar jo zdravstveno osebje pogosto spregleda. Približno 50 % ljudi z depresijo ne prejema nobene oblike zdravljenja, in sicer zaradi kombinacije izogibanja zdravljenju zaradi sramu ali zanikanja, pomanjkanja storitev ali nezmožnosti osebja za ugotavljanje problema (WHO, 2012). Posledično so se medicinske sestre na primarnem nivoju v zadnjih letih začele izobraževati na področju duševnega zdravja, tako da bodo bolj vključene v ugotavljanje, razumevanje in zdravljenje pacientov z depresijo (McIlrath, et al., 2009).

### 3 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu diplomskega dela bomo podrobneje opisali rezultate naše raziskave in predstavili izkušnje diplomirane medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu pri preventivni obravnavi pacientov z depresijo.

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti pomen preventivne obravnave depresije v primarnem zdravstvenem varstvu, ki jo izvajajo diplomirane medicinske sestre, opredeliti vlogo diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi depresije ter predstaviti izkušnje diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi pacientov z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu.

Cilji diplomskega dela:

- predstaviti pomen preventive pri obravnavi depresije v primarnem zdravstvenem varstvu,
- ugotoviti potek preventive pri obravnavi pacienta z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu,
- opredeliti vlogo diplomirane medicinske sestre pri obravnavi pacienta z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu,
- ugotoviti izkušnje diplomirane medicinske sestre pri obravnavi pacienta z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane domače in tuje strokovne literature ter zgoraj zastavljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja.

- Zakaj je pomembna preventiva pri obravnavi depresije v primarnem zdravstvenem varstvu?
- Kako poteka preventiva pri obravnavi depresije v primarnem zdravstvenem varstvu?

- Kakšna je vloga diplomirane medicinske sestre pri obravnavi pacienta z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu?
- Kakšne izkušnje imajo diplomirane medicinske sestre pri obravnavi pacienta z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Podatke smo zbirali in analizirali na osnovi kvalitativne metode dela in je temeljila na deskriptivni (opisni) metodi raziskovanja.

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Kot instrument zbiranja podatkov smo uporabili polstrukturiran individualni intervju z diplomiranimi medicinskimi sestrami v referenčnih ambulantah in zdravstvenovzgojnih centrih ter tako pridobili primarne vire (podatke). Za oblikovanje teoretičnega dela smo vire pridobili s pomočjo pregleda domače in tuje strokovno-znanstvene literature. Za pregled literature smo uporabili različne tuje baze podatkov, kot so: CINAHL, PubMed, SpringerLink, EBSCOhost in ProQuest. Pri iskanju domače literature pa smo uporabljali virtualno knjižnico Slovenije – COBISS in spletni brskalnik Google. Pri iskanju literature smo upoštevali kriterije verodostojnosti vira in avtorja. Ključne besede, ki smo jih uporabljali za iskanje domače literature, so: depresija, preventiva, vloga medicinske sestre, referenčne ambulante, zdravstvenovzgojni centri. Pri iskanju tuje literature pa smo uporabljali naslednje ključne besede: depression, prevention, mental health, role of nurse, primary health care.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov v empiričnem delu smo uporabljali polstrukturiran intervju z diplomiranimi medicinskimi sestrami v referenčnih ambulantah ter zdravstvenovzgojnih centrih. Pripravili in uporabili smo odprta vprašanja, ki smo jih dopolnjevali s podvprašanji med samim intervjujem, tako da smo lahko želeno področje čim bolj raziskali ter razumeli. Vprašanja so bila oblikovana s pomočjo pregleda strokovne

literature (Dernovšek, 2007; Jeriček Klanšček, et al., 2008; Marušič & Temnik, 2009; Dubois & Singh, 2009; Poplas Susič, et al., 2013). Intervjuvancem smo zastavili štiri glavna raziskovalna vprašanja, ki so bila oblikovana s pomočjo zastavljenih ciljev.

1. Zakaj je pomembna preventiva pri obravnavi depresije v primarnem zdravstvenem varstvu?
2. Kako pri vas v referenčni ambulanti/zdravstvenovzgojnem centru poteka preventivna obravnava depresije?
3. Kakšna je vaša vloga pri obravnavi pacienta z depresijo v referenčni ambulanti/zdravstvenovzgojnem centru?
4. Kakšne so vaše dosedanje izkušnje pri obravnavi pacienta z depresijo v referenčni ambulanti/zdravstvenovzgojnem centru?

### 3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili namenski vzorec, kjer je bilo vključenih osem diplomiranih medicinskih sester zaposlenih v referenčnih ambulantah in zdravstvenovzgojnih centrih v Zdravstvenem domu Ljubljana in v Osnovnem zdravstvu Gorenjske. Ker smo po osmih intervjujih prišli do zasičenosti podatkov, ni bilo potrebno izvesti dodatnih intervjujev. Tako so bile iz vsakega regijskega področja intervjuvane štiri diplomirane medicinske sestre, kjer sta bili dve diplomirani medicinski sestri zaposleni v referenčni ambulanti in dve v zdravstvenovzgojnem centru. Prvi kriterij za sodelovanje v naši raziskavi je bil, da so diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah zaposlene najmanj 4 leta. Referenčne ambulante so se namreč uvedle leta 2011, ko je bila preventiva depresije le predvidena, ni pa se še dejansko izvajala (Poplas Susič, et al., 2013). Posledično smo se odločili za najmanj 4 leta zaposlenosti v referenčni ambulanti zato, ker so v teh letih dobile diplomirane medicinske sestre že kar nekaj izkušenj na tem področju, se srečale z množico pacientov in morda gledajo sedaj po vsaj 4 letih izkušenj v referenčni ambulanti na paciente z depresijo drugače kot pa na začetku, ko so bile v ospredju predvsem druge kronično nenalezljive bolezni. Drugi kriterij pa se je nanašal na diplomirane medicinske sestre, zaposlene v zdravstvenovzgojnem centru, ki naj bi samostojno izpeljale že najmanj 3 delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo. Delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo

so začele pri nas potekati v letu 2014 (NIJZ, 2017) in predstavljajo na nek način še vedno novost v zdravstvenovzgojnih centrih. Kar nekaj zaposlenih je še v procesu izobraževanja za vodenje delavnic, mi pa smo želeli opraviti intervjuje z diplomiranimi medicinskimi sestrami, ki imajo za seboj že nekaj izkušenj. Glavne medicinske sestre v posameznih zdravstvenih enotah so nam, ob predhodnem strinjanju potencialnih kandidatov za intervju in predajo informacij, priporočile in posredovale podatke o primernih kandidatih glede na naše kriterije, ki smo jih nato sami kontaktirali preko telefona, elektronske pošte ali pa kar osebno. Vsi intervjuvanci, ki so bili vključeni v raziskavo, so bili ženskega spola. Dve diplomirani medicinski sestri v referenčni ambulanti sta bili v starostni skupini od 51 do 60 let, v starostni skupini od 41 do 50 let je bila ena ter v starostni skupini od 31 do 40 let prav tako ena diplomirana medicinska sestra. Medtem ko so bile vse štiri diplomirane medicinske sestre v zdravstvenovzgojnem centru v starostni skupini od 41 do 50 let. Vse diplomirane medicinske sestre, ne glede na področje dela, so imele dokončano visokošolsko strokovno izobrazbo. Dve diplomirani medicinski sestri v referenčni ambulanti sta imeli delovno dobo na področju zdravstvene nege nad 27 let, ena 21 do 26 let delovne dobe na področju zdravstvene nege in ena diplomirana medicinska sestra 11 do 15 let delovne dobe na področju zdravstvene nege. Medtem ko so imele v zdravstvenovzgojnem centru tri diplomirane medicinske sestre 21 do 26 let delovne dobe na področju zdravstvene nege in ena diplomirana medicinska sestra 16 do 20 let delovne dobe na področju zdravstvene nege.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po pridobitvi soglasij s strani raziskovalnega okolja Zdravstvenega doma Ljubljana in Osnovnega zdravstva Gorenjske je od decembra 2016 do februarja 2017 potekala izvedba intervjujev. Intervjuje smo izvedli v dopoldanskem ter popoldanskem času, in sicer v njihovih ambulantah oziroma delovnih sobah. Z intervjuvanci smo se vsaj 7 do 14 dni vnaprej dogovorili za termin in uro, tako da so si lahko vzeli dovolj časa za izvedbo intervjuja in posledično ni prišlo do motenja intervjuja. Od intervjuvancev, ki so sodelovali v raziskavi, smo pridobili dovoljenje za izvedbo intervjuja in snemanje tega s pametnim telefonom. Sočasno so bili seznanjeni z namenom in cilji raziskave ter

o možnosti prekinitve sodelovanja. Zagotovljena je bila popolna anonimnost sodelujočih, kar pomeni, da v vseh osmih intervjujih ni bil nihče poimenovan imensko. Tudi v rezultatih, kjer smo uporabili citate intervjuvank, smo poskrbeli za anonimnost, saj smo pred zapisi citatov označili intervjuje diplomiranih medicinskih sester namesto poimensko kar s kraticami. Posamezne intervjuvanke – diplomirane medicinske sestre – iz referenčne ambulante smo označili s kratico RA (referenčna ambulanta) od RA1 do RA4, posamezne intervjuvanke – diplomirane medicinske sestre – iz zdravstvenovzgojnega centra pa s kratico ZVC (zdravstvenovzgojni center) od ZVC1 do ZVC4. Številka poleg predstavlja zaporedno številko intervjuja. Pridobljene podatke smo uporabili izključno za namen diplomskega dela. Po izvedbi vseh intervjujev smo posnete pogovore prepisali ter uredili. Najkrajši intervju je trajal slabih 8 minut, njegov transkript je obsegal 2 strani in pol; medtem ko je najdaljši intervju trajal 28 minut in pol, njegov transkript pa je obsegal 6 strani. Sledili so postopki kvalitativne analize besedil, in sicer tako da smo s pomočjo razčlenjevanja besedila na sestavne dele dobili enote kodiranja oziroma dele besedila, ki vsebujejo za raziskavo pomembne podatke. Enoto kodiranja je predstavljala fraza ali besedna zveza, ki smo ji prepisali podobne ali enake pojme oziroma kode (Vogrinc, 2008). Sorodne kode smo združili v kategorije, ki so bile abstraktnejše od kod in so predstavljale sredstvo za povezovanje teorije (Mesec, 1998 cited in Vogrinc, 2008, p. 65). Teoretično razlago smo oblikovali tako, da smo s kodiranjem in kategoriziranjem besed iskali globlji pomen podatkov. Raziskovalno poročilo ne vključuje celotno besedilo intervjuja pač pa le nekaj primerov ravnanja. Ker nismo določili kriterijev, ki bi pojasnili, na kakšni podlagi smo za analizo izbrali natančno določene primere medtem ko smo druge primere iz analize izpustili, je težko reči ali bi nas analiza drugih primerov privedla do drugačnih ali enakih utemeljitev (Vogrinc, 2008). Posledično težko govorimo o stopnji veljavnosti raziskave.

### 3.4 REZULTATI

Pri analiziranju gradiva smo oblikovali 30 kod, 4 podkategorije in 5 kategorij. V nadaljevanju bomo predstavili posamezne kode in podkategorije, ki se združujejo v kategorije. Predstavili bomo nekatere pomembne citate intervjuvank, ki prikazujejo njihova stališča v sklopu posameznih kategorij.

**Tabela 1: Kategorija »pomen preventivne obravnave«**

KODE	KATEGORIJA
Prisotnost depresije	POMEN PREVENTIVNE OBRAVNAVE
Komorbidnost	
Stigmatiziranost	
Preprečevanje poglobljanja	
Prepoznavanje depresivne simptomatike	
Iskanje pomoči	

Sodelujoče v raziskavi so spregovorile o pomembnosti preventivne obravnave pacienta z depresijo že v primarnem zdravstvenem varstvu. Tako smo iz besedila smiselno izbrali naslednje kode (tabela 1): »prisotnost depresije«, »komorbidnost«, »stigmatiziranost«, »preprečevanje poglobljanja«, »prepoznavanje depresivne simptomatike« in »iskanje pomoči«; in jih nato združili v kategorijo »pomen preventivne obravnave«.

Tako kot so ostale kronično nenalezljive bolezni v porastu, sodelujoče v raziskavi opažajo, da ni nič drugače z depresijo. Velikokrat se depresija izrazi kot posledica zaradi izgorelosti in stresnega okolja na delovnem mestu.

*RA2: »/.../ je v porastu, pri zaposlenih ljudeh opažam skos to tudi izgorelost v službi, na delovnih mestih, da ljudje sploh ne čutijo več, da so izgoreli. Vse preiskave dajo nardit, vse je bp, človek je pa zmeram bol brez energije. /.../ vse je fokusiran na to, da se zadovoljijo potrebe drugih ne pa svoje, ane. In kle zgublamo občutek za svoje telo, zgublamo sebe na ta način.«*

Udeleženske v raziskavi ocenjujejo, da se depresivni znaki pogosteje kažejo tudi pri socialno šibkih ljudeh, predvsem pa pri tistih, ki že imajo katero izmed kroničnih nenalezljivih bolezni. Pri teh opažajo, da razlog za telesne težave tiči razlog v psihičnih težavah in obratno.



RA3: »Načeloma ljudje hodjo z nekimi kroničnimi težavami do zdravnika, nikol pa ne povejo potem še tega ozadja. To psihično počutje k je lahko včasih vzrok za neko bolečino v križu k je dolgotrajna, al pa ravn obratn, da je tista bolečina v križu vzrok za porušeno psihično stanje.«

Večina intervjuvank meni, da pacienti še vedno ne dojemajo depresije kot kakšne druge bolezni. Depresija jim predstavlja to, da so psihiatrični bolniki, to pa že ima en prizvok oziroma stereotip. Posledično se jo pacienti sramujejo in jim predstavlja nek tabu.

RA4: »Depresija je pri nas še vedno neka tabu tema, kljub temu da se govori, da je to bolezen, pacienti tega še ne sprejemajo tko in se tut bojijo, da bodo zaznamovani in da bo okolica za to zvedla.«

ZVC3: »/.../ pr nm so največkrat napoteni v Begnje in še vedno se razmišlja tko: ha, ta je pa nor, butelj je. Kle mormo neki narest in seveda s temi delavnicami, posebno še z ostalimi psihoedukativnimi k so, bomo to počas dosegl.«

Po mnenju sodelujočih v raziskavi je vsaka preventiva boljša kot kurativa, še posebej pa na področju preventivne obravnave pacienta z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu. To pomeni, da teoretično lahko že na samem začetku preprečimo poglobljanje bolezni, saj se pacienti naučijo prepoznavati simptome depresije, se spopasti z njo; in najpomembneje, ko si ne znajo več sami pomagat, da si pravočasno poiščejo ustrezno pomoč.

ZVC1: »/.../ zgodnje odkrivanje, zgodnji začetek zdravljenja na nefarmakološki ravni lahko prepreči neko poglobljanje al pa sploh začetek teh duševnih težav oz depresije.«

RA1: »Problem je, k se enkrat razraste neobvladljiv, /.../. Če ga zaznamo in če ga začnemo reševat takoj na začetku. In je potem tud, ja jst mislm zapletov /.../ mn obravnav na sekundarnem nivoju, mn porabe zdravil.«

RA2: »Zato da človek že dovolj zgodaj spozna določene simptome in da jih zna tut pol opisat, si poiskati pravočasno pomoč in tut pri drugih zaznavati te stvari, ne sam pri sebi.«

ZVC4: »Vsi depresivni ljudje imajo možnost obravnave pri psihiatru, vendar kot vemo, so te čakalne dobe izredno dolge. Potem obstajajo tudi skupine za samopomoč, ki največkrat niti ne vejo za njih, ne pridejo do njih in tako največkrat ostajajo splošnemu zdravniku na nivoju zdravljenja z antidepresivi. Se pravi, da nimajo nobenih veščin o samopomoči, ničesar.«

Kategorija »potek preventivne obravnave« je sestavljena iz naslednjih dveh podkategorij: »referenčna ambulanta« in »zdravstvenovzgojni center« (tabela 2).

**Tabela 2: Kategorija »potek preventivne obravnave«**

KODE	PODKATEGORIJE	KATEGORIJA
Vprašalnik o bolnikovem zdravju	Referenčna ambulanta	POTEK PREVENTIVNE OBRAVNAVE
Sodelovanje z zdravnikom		
Administracija		
Celostna obravnava		
Učenje veščin	Zdravstvenovzgojni center	
Preventiva		

Iz besedila smo smiselno izbrali naslednje štiri kode: »vprašalnik o bolnikovem zdravju«, »sodelovanje z zdravnikom«, »administracija« in »celostna obravnava«; in jih kasneje združili v podkategorijo »referenčna ambulanta«.

Intervjuvane diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah so spregovorile o poteku preventivne obravnave pacienta z depresijo. Povedale so, da gre za obravnavo po predpisanem protokolu po vprašalniku o bolnikovem zdravju – PHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9), ki je osnova in neka usmeritev za nadaljnjo obravnavo. Izpostavile so tudi pomen sodelovanja z zdravnikom ter zamudnost dela z administracijo.

RA2: »/.../ ga mau povprašam, kako je, kašno otroštvo je preživel, kakšne ima odnose s svojimi bližnjimi /.../. Pol mu dam pa vprašalnik za rešit, ga mau pustim samga in potem že vmes k rešuje, začne že mau več razlagat o tem /.../. «

RA3: »/.../ ko grem čez ta vprašanja, pol velikrat, ne vedno, najdemo, kje se ubistvu zadeva začne zapletat, jst potem o vsem tem obvestim zdravnika, ker pri zdravniku ponavad pacient sploh ne poda več naprej - vsaj ne v taki obliki. Potem jst tut pacienta obvestim, da bom zdravnika obvestila, potem jim pa daš neke kratke nasvete.«

RA2: »/.../ s tem se kr dost zamudiš, zdj če bi blo to sam delo s pacienti, to ni problem, mi je bl ušeč, sam pol je treba pisat, pa en kup je ene administracije.«

Sodelujoče v raziskavi so spregovorile tudi o pomenu celostne obravnave pacienta z depresijo v referenčni ambulanti. Izpostavile so, da je pomembno, da ne gremo le čez vprašalnik o bolnikovem zdravju, ampak da v tej obravnavi zajamemo prav vsa področja. To pomeni, da je potrebno posebno pozornost namenjati pacientovim simptomom, ki lahko kažejo na depresijo. Prav tako pa moramo biti pozorni tudi na počutje pacienta, do njegova odnosa do jemanja zdravil in na sledenje pri morebitni bolnišnični obravnavi.

RA1: »Včasih grem na razširjen vprašalnik /.../ kadar mi pacient točen pove simptom, ki bi lahko bil znak depresije ... nvem ... nespečnost, al pa prekomerno spanje. Vedno grem še mal povežem še kj družga, npr. kšne samomorilne misli, kšne težave s koncentracijo, kšne prenajedanje, kšno .. skratka, nekaj kar zlo izstopa /.../.«

RA3: »Ja kle je zlo pomemben, da se pacienta povpraša o samem počutju, pomemben je tut, da poizveš, kako je, če ima predpisana zdravila, pa kako jih vzame, pa če so kakšni stranski učinki, če pacient kj opaža. Pomembn je tut to sledenje, če so bili nekje hospitalno obravnavani /.../.«

*RA1: » /.../ pogledam un prejšn vprašalnik in rečm, zdj pa kako ste pa zdj, ste boljše razpoloženi, spite /.../. Nardim celostno obravnavo in dobim nazaj povratno informacijo.«*

»Zdravstvenovzgojni center« je podkategorija, ki je sestavljena iz dveh kod. Ti sta: »učenje veščin« in »preventiva«.

Intervjuvanke so poudarile, kakšen je namen delavnice Podpora pri spoprijemanju za depresijo. Gre za psihoedukativno delavnico, kjer se udeleženci učijo veščin, kako se spopasti z depresijo. Posledično gre za preventivno delavnico, saj želijo s to delavnico preprečit oziroma zmanjšat ponovitve. Želijo tudi opolnomočit udeležence, da znajo prav ravnati ob neki situaciji.

*ZVC1: »Mi dejansko ljudi ne samo vzgajamo, ampak jih učimo, da imajo znanje. In ko imajo veliko znanja, mu je velik laži. Laži sprejme, laži tut naslednič, ko pride do zagona al pa ko je faza stresnega obdobja /.../. Zdj pa če imaš neki znanja, pa lahko bolj obvladaš oz. veš, kaj se ti bliža in da maš ti sam možnost izbire, da na svoje vedenje lahko vplivaš.«*

*ZVC2: »Preventiva pred pojavom depresije je v tem smislu, da se ne ponovi neka akutna faza, da človk ponovno ne pade v neko globjo fazo depresije, ane.«*

*ZVC3: »Se pravi polovico je terapija kot zdravilo, druga stran je pa vadba, telesna dejavnost, da on ubistvu sebe pripravi fizično do tega, da spet dela stvari, ki jih je prej delau. Ker največkrat, ko smo v depresiji, ne delamo nič in je treba to, ane ... ubistvu je to podpora ... zdravilo lahko deluje, če smo mi tut telesno dejavni.«*

Kategorija »vloga diplomirane medicinske sestre« (tabela 3) je sestavljena iz naslednjih kod: »komunikacija«, »poslušanje«, »zaupanje«, »razpoložljivost časa«, »zdravstvenovzgojno delo« in »mediator«.

**Tabela 3: Kategorija »vloga diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi«**

KODE	KATEGORIJA
Komunikacija	VLOGA DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI PREVENTIVNI OBRAVNAVI
Poslušanje	
Zaupanje	
Razpoložljivost časa	
Zdravstvenovzgojno delo	
Mediator	

Intervjuvanke kot najpomembnejši element preventivne obravnave v primarnem zdravstvenem varstvu izpostavljajo komunikacijo. Po njihovem mnenju je prav komunikacija tista, s pomočjo katere se da marsikaj rešit. Da pa smo pri tem uspešni, je potrebno vzpostaviti občutek varnosti. Sicer pa opažajo, da so pacienti že v splošnem bolj zaupljivi do diplomiranih medicinskih sester kot pa do drugih zdravstvenih delavcev.

*RA2: »/.../ vedno je treba klopčič nekje začeti odvijati. /.../ Jst ga spodbujam k temu, da začne govoriti o tem, če ne more povedati, naj napiše na papir tiste občutke, ki jih ima /.../. Ker človek, ko je v taki stiski, rab samo nekoga, da ga posluša. Ne nekoga, da ga zraven obsoja. Ker obsoja se že človek sam po sebi že prej preden pride do težave.«*

*RA4: »/.../ tko da rabi občutek, da lahko zaupa, da je varen, da ve, da ne bojo informacije odtekale naprej.«*

*ZVC4: »/.../ medicinske sestre imamo nek poseben oz. posebno mesto v tem zdravstvenem sistemu, kjer se nam ljudje marsikdaj zaupajo in nekak, če res opravljamo svoje delo profesionalno, potem to tudi začutimo in znamo pravilno odreagirati.«*

Morda je razlog ravno v tem, da imajo intervjuvane diplomirane medicinske sestre na voljo dovolj časa za kakovostno obravnavo, zato pacienti ne čutijo nekega časovnega pritiska. Tako si vzamejo čas, da lahko ubesedijo svoje občutke, stiske.

ZVC1: »/.../ zdravnik nima časa, napiše tablete in čao. Psihiater ima 10 minut in kar naredimo v referenčni ambulanti, največ pa v teh delavnicah. /.../ Je razlika, če ti 1 uro poslušáš bolnika al pa zdravnik 10 minut.«

Pomemben element preventivne obravnave pacienta z depresijo je po mnenju intervjuvank zagotovo tudi zdravstvenovzgojno delo. To je tudi naloga vsake diplomirane medicinske sestre, a kot menijo intervjuvanke, je odvisno tudi od empatije izvajalca preventivne obravnave.

RA2: »Ovisn je tut od vsakega posameznika ki dela na tem področju, kok empatije imaš, kok se spuščáš v kšne stvari, kok si sploh upaš.«

Intervjuvanke iz zdravstvenovzgojnega centra menijo, da je njihova vloga v tem, da udeležence spodbujajo, jih usmerjajo in da so jim v podporo.

ZVC1: »Sm pač vodja teh delavnic in jih usmerjam kot nek mediator med njimi tut, al pa z mano ... učitelj tut na nek način, poslušalec, podpornik, da jim stojim ob strani, da imajo tut možnost vedno se obrnt name, me lahko pokličejo individualno imamo pogovor lahko in tko naprej.«

ZVC3: »Naša vloga je /.../ da smo motivatorji, da v prvi vrsti ugotovijo – sami morjo ugotovit, zakaj je prišlo do teh težav, kaj sami lahko naredijo, da sami delajo na tem, da sami odmaknejo moteče faktorje, ki so to povzročil oz. da se sami odmaknejo; in da začnejo nazaj delat stvari, k so jih včasih radi delal. /.../ smo jim spodbuda.«

Sodelujoče v raziskavi so spregovorile tudi o tem, kakšen odnos imajo pacienti ter one same do delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo. Zanimalo nas je tudi, kako je z nadaljnjimi napotitvami po njihovi obravnavi bodisi v referenčni ambulanti ali v zdravstvenovzgojnem centru.

Iz besedila smo smiselno izbrali naslednje kode: »odnos pacientov do delavnic«, »odnos intervjuvank do delavnic« in »nadaljnje obravnave; ki so bile združene v kategorijo »delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo« (tabela 4).

**Tabela 4: Kategorija »delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo«**

KODE	KATEGORIJA
Odnos pacientov do delavnic	DELAVNICA PODPORA PRI SPOPRIJEMANJU Z DEPRESIJO
Odnos intervjuvank do delavnic	
Nadaljnje napotitve	

V raziskavi nas je zanimalo, kako se z vidika intervjuvank pacienti odzivajo na delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo. Opažajo, da so odzivi pacientov različni, za kar ima, po mnenju intervjuvank iz zdravstvenovzgojnega centra, pomembno vlogo prav zdravstveno osebje v ambulanti družinske medicine.

*RA1: »Ponudm vsakmu, vendar niso vsi zato. Ne grejo, odklonjo. /.../ Eni so pa zelo veseli, pa radi grejo.«*

*ZVC4: »Če ni neke spodbude, recimo od referenčne sestre al pa zdravnika samga, potem niti ne pridejo sem. Povpraševanja za delavnico ni oziroma je zelo minimalno. Dejansko so to napotitve.«*

Zanimalo nas je tudi, kakšen odnos imajo, predvsem intervjuvane diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah, do delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo, saj ima prav njihovo stališče in razumevanje teh delavnic ključno vlogo, da se potencialni kandidati kar v največji meri udeležujejo delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo.

*RA4: »/.../ to je škoda energije, k so jo dal v zdravstvenovzgojne delavnice, ker pacient že težko pove na samem pregledu, kaj pa da bi šel tja, pa tm zaupu pred vso skupino. Ker to mora biti že razvita depresija, da je on že sprijaznen z depresijo, kr tko na preventivni pregled pa dvomm, da bo to kak večji uspeh.«*

Kljub temu da gre pri depresiji za neko stigmo, intervjuvanke v raziskavi opažajo, da so nekateri pacienti v začetku malce zadržani, a s spodbujanjem govora o svojih občutkih, doživljanjih, jim dajo intervjuvanke priložnost, da spregovorijo o svojih težavah, tegobah.

ZVC1: »/.../ ljudje zlo radi sodelujejo, čeprav imate občutek, da depresivni se bodo umaknli. Oni govorijo tko, da zmanjka vedno časa. Vse povejo. In to take osebne stvari, take skrivnosti, k jih po moje noben ne ve od sorodnikov in tko.«

Sodelujoče v raziskavi smo povprašali, kako je z nadaljnjo obravnavo, kam paciente napotujejo naprej bodisi iz referenčne ambulante ali iz zdravstvenovzgojnega centra. Odgovori so se med seboj razlikovali, saj vsaka intervjuvanka ponuja pacientom kot prvo možnost nadaljnje obravnave tisto, nad čimer je sama najbolj navdušena.

RA4: »Pacienti včasih rečejo, da še ne želijo k zdravniku in jim pol ponudm pomoč teh skupin, ki so: pri ns je ta posvet. /.../ Posvet organizira MOL (Mestna občina Ljubljana).«

RA2: »Jst jih ponavad usmerjam na najdi.si dr. Silvestra, ki ima spletno stran pa tut privat te delavnice individualne in skupinske, tko da rečem, naj si mal preberejo, pokličete, vprašate za nasvet, kaj naredit, če še niste čist sigurni v to, pa se pač sami odločjo, al grejo v to al ne. Ker večina je pač samoplačniških stvari.«

ZVC4: »/.../ če imamo takrat recimo teste hoje, jih vključim v teste hoje. Potem pa to recimo ponovimo čez en mesec, ko mam drug test hoje. Tkrat so oni praktično že končali delavnico, jst jih na tak način srečam, še kakšno rečemo, kako so, kako uporabljajo tiste veščine, ki so se jih naučil. /.../ V ZVC-ju potekajo delavnice sproščanja, ta je tudi enodnevna delavnica, je tud zlo uredi.«

RA3: »Napotuje se jih naprej v zdravstvenovzgojene centre in dejansk so zlo zainteresiran za to; če pa so neke hujše stvari, pa seveda obvestimo zdravnika in ga tja tut napotimo.«



Sicer se pa intervjuvanke posvetujejo z zdravnikom, in če ta oceni, da je potrebna strokovna pomoč na sekundarnem nivoju, jih potem tudi napoti naprej na bolnišnično obravnavo k psihiatru.

ZVC2: »/.../ tisti ljudje k potrebujejo več, jih napotimo bodisi do psihiatra al pa na psihoterapijo, k so kle na razpolago. Ljudje bi šli tut več, pa so te stvari samoplačniške, imamo pa nabor nekaterih psihoterapevtov, k so tut cenovno ugodni za to naše območje.«

**Tabela 5: Kategorija »izkušnje diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi«**

KODE	PODKATEGORIJE	KATEGORIJA
Formalna izobraževanja	Usposabljanje	IZKUŠNJE DIPLOMIRANE MEDICINSKE SESTRE PRI PREVENTIVNI OBRAVNAVI
Dosedanje izkušnje		
Samoizobraževanje		
Potreba po izobraževanju		
Zahtevnost obravnave	Doživljanje	
Osebna priprava		
Namen obravnave		
Prisotnost svojcev		
Primernost profila		

Intervjuvane diplomirane medicinske sestre so poudarile pomen usposabljanja za preventivno obravnavo pacientov z depresijo. Iz besedila smo smiselno izbrali naslednje kode: »formalna izobraževanja«, »dosedanje izkušnje«, »samoizobraževanja« in »potreba po izobraževanju«; ki so bile združene v podkategorijo »usposabljanje« (tabela 5).

Formalnih izobraževanj na področju preventivne obravnave pacienta z depresijo, po mnenju intervjuvank, ni prav veliko. Gre za področje, kjer so izobraževanja še kako dobrodošla pa tudi potrebna.

ZVC4: »Izobraževanje s strani z NIJZ je blo zelo zgolj tehnično. Recimo jst sm tut edukator sladkornih bolnikov, /.../, jst sm bla dva mesca na polikliniki še tkrt, da sem pridobila neka osnovna znanja o vzgoji sladkornih bolnikov. Za delavnico podpora pri depresiji smo imeli zgolj 8 ur. To je zame bistveno premalo.«

RA3: »Slučajn je prišla priložnost, ki je bla namenjena ubistvu za zdravstvenovzgojne centre, /.../, in sva šle na to izobraževanje Spoprijemanje z depresijo. Ta zadeva je bla zlo koristna, ker dejansk je to področje, k ti zmeraj manjka znanja in tuki je ubistvu vsaka zadeva zlo dobrodošla /.../.«

Začetki preventivnih obravnav pacientov z depresijo so bili za intervjuvanke čisto nova izkušnja, saj niso vedele ali imajo dovolj pridobljenega znanja za takšno obravnavo. S številom obravnav pacientov z depresijo ter s preteklimi izkušnjami bodisi na področju zdravstvene nege, iz svojega življenja ali iz izkušenj drugih so se intervjuvanke okrepile in postale samostojnejše na svojem področju.

ZVC2: »/.../ na začetku je blo tisto, a mam dost znanja, a smo za to usposobljeni, tko da začetki so bli kr taki polni dvomov, pa se potem z leti okrepiš v teh dejavnostih.«

ZVC4: »/.../ na prvem sklopu je bila z menoj moja mentorca, /.../, ona mi je povedala veliko stvari, k ubistvu mi jih ni tistih 8 ur na NIJZ-u prbližno ni tok dalo. Tko da je blo to zlo uredi. In me je dejansko ona tko razširila, mi je dala širino. /.../ Kot izvajalka delavnice za opuščanje kajenja sem se že velikokrat srečala z depresivnimi ljudmi, ker dejansko jih je veliko tudi kadilcev. Tko da tudi iz tam že črpam izkušnje in mi je tudi to pomagalo. «

Zaradi zanimanja za to področje so se nekatere intervjuvanke še samoiniciativno izobraževale z branjem literature in s pomočjo študijskih programov ter tako postale še bolj suverene na svojem področju in še z večjim veseljem izvajale tovrstne obravnave.

RA2: »Men velik pomaga k velik berem, mene zlo zanima to področje človeka, psiha in vse te stvari, tko da mi je mogoče mal laži. Do kšnih stvari mal laži pridm.«

Vse intervjuvanke so izrazile potrebo po dodatnem izobraževanju, saj kot pravijo, gre za neoprijemljivo področje, kjer pridejo nove izkušnje in s tem nova znanja še kako prav.

*RA4: »Sicer pa mislm, da bi bilo absolutno potrebno narest še kkšn modul v tem smislu za vodenje in odkrivanje. Ni sam vprašalnik tist, ker morš paciente prou uprašat, ker če ne se zapre in ga tut ne morš pol neki ... z njim se pogovarjat.«*

*RA2: »/.../ smo se dogovorile, da bi si zaradi sebe organizirale kako predavanje psihiatra, da bi znal nas oprijemt z določenimi znanji, da se ne bi preveč navezal na določene probleme. Ampak do tega še na žalost ni prišlo.«*

*ZVC4: »Fajn bi pa bilo v vsakem primeru, tudi če ne delujemo tukaj kot psihoterapevti, da bi imeli izobraževanja /.../. Takoj ti padeš v neko psihoterapevtsko debate, ker se človek tebi zaupa. In če ti nimaš vsaj malo občutka za te stvari, je to vse bolj formalistično in vprašanje, kolko bi odnesli od tega.«*

Sodelujoče v raziskavi so spregovorile tudi o tem, kako doživljajo preventivno obravnavo pacienta z depresijo in kakšna so njihova mnenja glede same obravnave. Iz besedila smo smiselno izbrali naslednjih pet kod: »zahtevnost obravnave«, »osebna priprava«, »namen obravnave«, »prisotnost svojcev« in »primernost profila«; ki so bile združene v podkategorijo »doživljanje« (tabela 5).

Preventivna obravnava pacienta z depresijo se je izkazala za zahtevno obliko obravnave, saj si intervjuvanke prizadevajo za to, da bi pacientom pomagale priti do neke spremembe ter da bi jih na nek način razumele. Posledično jih takšne obravnave izčrpajo, zato je pomembno, da delajo tudi na osebni ravni.

*ZVC4: »/.../ moderirat delavnico Podpora pri depresiji je težko. Zato ker moraš bit vedno zlo aktiven poslušalec, ker drugače ne slišiš tistega, kar bi ljudje radi povedali.«*

*RA2: »/.../ k se s temi stvarmi prvič soočiš, sem kr nosila domov... in sem rekla da tko pa ne bo šlo, sem sama ratala kr mal otopela, in to ni v redu. /.../, če je vsak dan kšn*

človk z depresijo te pa kr izmozga. Ker /.../ vse osredotočaš na to, da bi ga predramil. /.../ Pol imam bolj sproščujoče popoldne, da se razbremenim.«

ZVC4: »/.../ preden grem vodit delavnico depresija si mal časa vzamem zase. Zato ker vem, da pol po delavnici bom zlo tko psihično utrujena. Dejansko prideš zbit.«

NIJZ je zasnoval delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo tako, da lahko pridejo na obravnavo tudi pacientovi svojci, da tudi oni spoznajo, na kakšen način deluje depresija in da svojega zbolelega družinskega člana lažje razumejo in sprejmejo. A je, po mnenju intervjuvanke, prisotnost svojcev vse prej kot podpora pacientu.

ZVC4: »Meni se to v osnovi ne zdi u redu, zato ker včasih so lahko vzrok za depresijo, ma ne včasih – večinokrat so ravno te svojci oz. partner. /.../ Tko da ubistvu, če kdo ne izrazi eksplicitno želje, da bi prišel še ta pa ta, mu jst ne dajam to kot možnost. Tudi potem iz njihovih zgodb potem izveš, da to dejansko nima smisla, ker je ravno to problem.«

Udeleženske v raziskavi se strinjajo, da preventivna obravnava depresije ni mišljena kot nekakšna psihoterapija, ampak da gre bolj za prepoznavanje same bolezni ter učenja, kako se soočati z njo.

RA1: »Ni mišleno tut, da bi referenčne sestre imele zlo široko obravnavo. Mišleno je to, da je tist osnovno 5 minut, 10 recimo. /.../ Moje je tisto, da zaznam, da je narobe, da neki ni u redu in da nardim tist osnovni koncept ... «

ZVC2: »Seprav to ni psihoterapija, ampak je učenje ljudi prepoznave, bodisi v akutni fazi depresije al pa ljudi, k se že dolg časa zdravijo oz. jemljejo zdravila, antidepressive, da do ponovitve neke akutne faze ne bi prišlo.«

Kljub temu pa nekatere intervjuvanke iz zdravstvenovzgojnega centra opažajo, da pogovor lahko hitro preide v psihoterapijo. Ker za to področje niso dovolj kompetentne,

razmišljajo, da bi bilo morda bolje, če bi izvajanje delavnic Spoprijemanje z depresijo prevzel drug zdravstveni profil, kot je bodisi psiholog, psihoterapevt ali psihiater.

*ZVC4: »Mislim, da bi bil za vodenje te delavnic primernejši drug profil – psihiater, psiholog, psihoterapevt. Ker namreč, ko sem izvedla za ta namen, da bi se te delavnice začele izvajati, sem bila zelo proti. /.../ Zaradi pomanjkanja znanja na tem področju.«*

### 3.5 RAZPRAVA

V diplomski nalogi smo ugotovili, da so temeljni elementi preventivne obravnave pacienta z depresijo komunikacija, poslušanje in razpoložljivost časa, saj prav to daje pacientom občutek, da so slišani in razumljeni. Prav tako se lahko tudi z nadaljnjimi napotitvami pravočasno preprečijo poglobljanja oziroma ponovitve depresije, a ugotavljamo, da nadaljnje napotitve niso sistemske urejene. Tovrstne obravnave so za izvajalke zahtevne, hkrati pa menijo, da je izobraževanj na to temo bistveno premalo.

Zdravje je eno izmed najpomembnejših vrednot v življenju vsakega posameznika in hkrati njegova osnovna pravica. Kronične nenalezljive bolezni, med katere sodi tudi depresija, so bolezni, ki predstavljajo velik javnozdravstveni problem (Pečelin & Sočan, 2016), zato je še kako pomembna preventiva v primarnem zdravstvenem varstvu. Stališča intervjuvank glede pomembnosti preventivne obravnave pacienta z depresijo so si bila podobna. Predvsem so poudarile pomen preventivne obravnave zato, da pacienti pravočasno prepoznajo depresivno simptomatiko, sprejmejo bolezen, si poiščejo ustrezno pomoč in s tem preprečijo poglobljanje depresije. Po mnenju nekaterih intervjuvank to pomeni tudi zmanjšanje števila obravnav na sekundarnem nivoju ter manjšo porabo zdravil. Tudi Tursi s sodelavci (2013) ugotavlja, da lahko z nefarmakološkim zdravljenjem zaradi kakovostnejšega sodelovanja s pacientom in compliance pričakujemo prihranke, tako zaradi krajše uporabe antidepressivov, pomirjeval in uspaval kot tudi zaradi boljšega sodelovanja pri zdravljenju vzporednih bolezni. Intervjuvanke opazajo, da je depresija še vedno stigmatizirana, zato je ključno osveščanje pacientov na preventivnih obravnavah, da je depresija bolezen, kot so ostale. A se, po mnenju Nolimala (2015), že zmanjšuje stigma te bolezni. Nekatere menijo, da

je pomembna preventivna obravnava tudi zaradi vedno večje pojavnosti depresije med ljudmi, kar pa mednarodne organizacije potrjujejo s tem, ko napovedujejo, da naj bi do leta 2020 depresija postala najpogostejši vzrok bolezni v razvitem svetu (European Commission, 2008 cited in Bajt, 2009, p. 3). Nolimal (2015) v svojem članku opisuje, da se klinični znaki in simptomi depresije v največji meri pojavljajo prav pri osebah s kroničnimi boleznimi. Do podobnih ugotovitev prihajamo tudi v naši raziskavi, saj sodelujoče menijo, da je depresija pogosteje izražena pri socialno šibkejših ljudeh ter pri kroničnih pacientih.

V naši raziskavi smo ugotavljali, kako poteka preventivna obravnava pacienta z depresijo v referenčni ambulanti. Po mnenju intervjuvank iz referenčne ambulante gre za obravnavo po protokolu, in sicer po vprašalniku o bolnikovem zdravju. Roškarjeva (2016) opisuje, da je vprašalnik namenjen odkrivanju depresije v splošni populaciji na primarni ravni zdravstvene dejavnosti in da je lestvica veljavna tako za odkrivanje velike depresivne motnje kot tudi podpraznih oblik depresivnih motenj v splošni populaciji. Vprašalnik obsega devet simptomov depresije, ki jih na 4-stopenjski lestvici označimo, koliko časa v zadnjih dveh tednih je bil posamezen simptom prisoten. Vprašalnik je, po avtoričinem mnenju, relativno kratek, enostaven za izvedbo, vrednotenje in interpretacijo. Omenjeni vprašalnik je za sodelujoče v raziskavi osnova in usmeritev za nadaljnjo obravnavo. Hkrati menijo, da je pri takšni obravnavi pomembno, da smo osredotočeni na celostno obravnavo, ki zajema tudi počutje pacienta ter odnos do jemanja zdravil, in ne le na vprašalnik. Sodelujoče intervjuvanke so spregovorile tudi o pomenu sodelovanja z zdravnikom ter izpostavile problem zamudnosti dela z administracijo. Tudi Peklajeva (2014) v svojem magistrskem delu ugotavlja, da so nekatere diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti preobremenjene prav na račun administrativnega dela, zato si želijo, da bi bile te v prihodnje zaposlene za polni delovni čas.

Diplomirana medicinska sestra je običajno prva profesionalna oseba, ki prepozna osebo z depresivno motnjo in je hkrati oseba, ki bo pacientu poskušala pomagati (Valente, 2010). Zanimalo nas je, kakšno vlogo imajo intervjuvane diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi pacienta z depresijo tako v referenčni ambulanti kot v

zdravstvenovzgojnem centru in ugotovili smo, da sta, po mnenju intervjuvank, najbolj pomembni komunikacija in poslušanje, saj preko komunikacije intervjuvanke pomagajo pacientom spregovoriti o svojih težavah, hkrati pa jim omogočijo, da so slišani ter razumljeni. Tudi Ebadi s sodelavci (2010) v svojem članku opisuje, da je interakcija med diplomirano medicinsko sestro in pacientom pomemben člen zdravljenja, hkrati pa poudarja, kako zelo pomembno in bistveno za paciente z depresijo je, da razumemo njihove težave, ko ti potrebujejo pomoč. Sodelujoče v raziskavi so izrazile stališče, da so prav one tiste osebe na področju primarnega zdravstvenega varstva, ki lahko namenijo pacientom največ časa za kakovostno obravnavo, kar je po mnenju Poplas Susičeve s sodelavci (2013) bistvenega pomena, da lahko posameznik razume bolezensko dogajanje in spozna ukrepe, kako ga izboljšati; ter opravijo potrebno zdravstvenovzgojno delo. Tudi Delamaire in Lafortune (2010) ugotavljata, da so pacienti najbolj zadovoljni z diplomiranimi medicinskimi sestrami predvsem zato, ker le te namenijo največ časa bolnikom, zagotovijo potrebne informacije ter jim svetujejo. Sicer pa intervjuvane diplomirane medicinske sestre iz zdravstvenovzgojnega centra dodajajo, da imajo ob vsem tem še vlogo mediatorja pri izvajanju delavnic. To pomeni, da spodbujajo udeležence, da poskušajo sami priti do vzrokov svojih težav in da si znajo tudi sami pomagat s pomočjo znanja, ki si ga tam pridobijo. Ugotavljamo, da tako ene kot druge intervjuvane diplomirane medicinske sestre želijo biti v oporo pacientom z depresijo ter jih želijo motivirati pri njihovem zdravljenju. Prav zaradi njihove odprtosti in želji po pomoči so, po ugotovitvah Paniagua (2011), pacienti pri diplomirani medicinski sestri pri pogovoru bolj sodelovali, izražali svoja stališča ter bili bolj sproščeni pri sami obravnavi kot pa pri zdravniku. Nepogrešljiv sestavni del dobre preventivne obravnave je, po mnenju sodelujočih, tudi občutek varnosti in pacientovo zavedanje, da informacije ne bodo odtekale naprej.

Zanimalo nas je, kako poteka preventivna obravnava pacienta z depresijo v zdravstvenovzgojnem centru. Po mnenju intervjuvank iz zdravstvenovzgojnega centra, gre pri delavnici Podpora pri spoprijemanju z depresijo za psihoedukativno delavnico, kjer se učijo veščin, kako se spopasti z depresijo. Psihoedukacija je pristop, ki izobražuje o simptomih in znakih duševnih motenj ter je namenjena povečanju prepoznavanja težav, podpiranju strategij spoprijemanja s težavami in zagotavljanju

sodelovanja pri zdravljenju. Omogoča prepoznavanje simptomov in znakov ponovnega poslabšanja, hkrati pa udeležence nauči, kaj lahko sami storijo za svoje zdravje (Roškar & Tančič Grum, 2016). Posledično gre, po mnenju intervjuvank, tudi za preventivno delavnico, saj želijo s to delavnico preprečiti oziroma zmanjšati ponovitve, predvsem pa želijo opolnomočiti udeležence, da bi znali prav ravnati ob neki situaciji. Kot opisujeta Roškar in Tančič Grum (2016), delavnice obravnavajo naslednje vsebine: prepoznavanje dejavnikov, ki so vplivali na razvoj depresije pri posamezniku (spoznavanje simptomov in znakov depresije); seznanjanje z različnimi vrstami terapije depresije (pojasnjeno je tudi delovanje antidepressivov); prepoznavanje posebnosti miselnih vzorcev pri depresiji in povečanje fleksibilnosti mišljenja; ter usmerjenje v preprečevanje poslabšanj in ponovitev bolezni. Udeležence se spodbuja, naj se med seboj družijo in naj tudi po koncu delavnic obdržijo stike. Na delavnicah so zaželeni tudi svojci bolnikov, saj predstavljajo pomemben vir opore (ibid., 2016), a so, po mnenju intervjuvanke, prav svojci največkrat vzrok za njihovo stisko. Zato meni, da je boljše za udeležence da samostojno obiskujejo delavnice, razen če izrecno izrazijo željo po prisotnosti svojca. Študija na Kitajskem je pokazala, da družine s pacientom z depresivno motnjo doživijo spremembe v funkcioniranju družine in se tudi po izboljšanju akutne faze ne vrne v normalno stanje. Avtorji ugotavljajo, da je nezdravo družinsko življenje ovira za hitrost okrevanja pacienta, medtem ko so pri zdravem družinskem življenju možnosti za zgodnje okrevanje veliko boljše (Du, et al., 2014).

Kot navajata Roškar in Tančič Grum (2016), delavnico Podpora pri spoprijemanju z depresijo izvajajo diplomirana medicinska sestra, psiholog, zdravnik ali drug strokovnjak zdravstvene smeri, ki ima opravljeno usposabljanje za vodenje psihoedukativnih delavnic za področje depresije in redno opravlja supervizijo. Zanimivo je, da sta dve intervjuvanki še posebej izpostavili, da po njunem mnenju diplomirana medicinska sestra ni primerna za izvajanje teh delavnic, saj lahko iz psihoedukativne delavnice hitro preidemo v psihoterapijo, kjer pa diplomirana medicinska sestra ni kompetentna. Zanimalo nas je tudi, kakšno stališče imajo pacienti ter sodelujoče v raziskavi glede delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo. Glede na pridobljena mnenja ugotavljamo, da so odzivi pacientov, po mnenju intervjuvank, podobni odzivom intervjuvank iz referenčnih ambulant. To pomeni, da če ni neke



spodbude ter navdušenja nad delavnicami s strani zaposlenih v RADM, potem se tudi pacienti ne udeležujejo teh delavnic v takšni meri, kot bi se jih, če bi bilo navdušenje s strani zdravstvenih delavcev večje. Tudi Anderle in Skela Savič (2011) v svojem članku opisujeta podobne ugotovitve, in sicer da kot motivatorji za vključitev v delavnice CINDI največ prispevajo prav zdravstveni delavci, kjer skoraj tričetrtinski delež anketirancev meni, da jih za udeležbo s svojimi nasveti in spodbudami motivira zdravnik. Iz tega ugotavljamo, da ima pri udeleževanju na delavnicah, ter tudi po mnenju intervjuvank iz zdravstvenovzgojnega centra, pomembno vlogo prav zdravstveno osebje v ambulanti družinske medicine. Menimo, da je še posebej pomembno za diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti, da razumejo, kaj je namen in smisel psihoedukativne delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo. Prav one namreč preživijo največ časa s svojimi pacienti, tako da lahko s pravilnim razumevanjem delavnic, informiranostjo in osveščanjem pacientov vplivajo na pacientovo odločitev za vključitev na delavnico. V raziskavi prav tako ugotavljamo, da nadaljnje napotitve pacientov z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu, bodisi iz referenčne ambulante bodisi iz zdravstvenovzgojnega centra, niso sistemsko urejene, saj vsaka intervjuvanka napotuje paciente tja, k čemur je sama najbolj naklonjena.

Zanimalo nas je tudi, kakšne izkušnje na področju izobraževanja imajo sodelujoče v raziskavi ter kako one same doživljajo preventivno obravnavo pacienta z depresijo. Glede na pridobljena mnenja ugotavljamo, da so bili začetki preventivnih obravnav za vse intervjuvanke polni dvomov, saj niso vedele, če so dovolj usposobljene za tovrstne obravnave. Nekatere so se že od nekdaj zanimale za duševno področje človeka in jim je bilo lažje, spet druge pa so s pomočjo preteklih delovnih izkušenj ter z osnovnimi izobraževanji za izvajalce preventivne obravnave pacientov z depresijo sčasoma postale suverene pri svojem delu. Intervjuvanke poudarjajo, da je formalnih izobraževanj na temo depresije premalo in da bi bila izobraževanja še kako potrebna. V raziskavi o izkušnjah diplomiranih medicinskih sester v referenčnih ambulantah so ugotovili, da kar 42,5 % anketirank meni, da jim primanjkuje ozkega strokovnega znanja (Pečelin & Sočan, 2016), kamor zagotovo sodi tudi depresija. Tako kot ugotavlja Peklajeva (2014) v svojem magistrskem delu tako tudi sodelujoče v naši raziskavi menijo, da je depresija neoprijemljivo področje, saj se je ne da izmeriti, zato znanja v tej smeri ni nikoli dovolj.

Zanimalo nas je tudi, kako intervjuvanke doživljajo takšne obravnave in izpostavile so nekaj področij. Kot prvo so si sodelujoče v raziskavi enotne, da so tovrstne obravnave precej zahtevne, saj zahtevajo zbranost in osredotočenost za posamezni primer. Poudarjajo tudi, da je zelo pomembno, da delajo predvsem na osebni ravni, saj morajo biti tudi same psihično pripravljene na takšno obravnavo. Sicer pa se strinjajo, da preventivna obravnava pacienta z depresijo ni mišljena kot nekakšna psihoterapija, ampak predvsem to, da paciente učimo o sami bolezni – depresiji in da opravimo zdravstvenovzgojno delo.

Omejitev pri naši raziskavi predstavlja majhen vzorec vključenih diplomiranih medicinskih sester, hkrati pa v raziskavo ni bil vključen vidik zdravnikov družinske medicine ter samih pacientov z depresijo. Posledično rezultatov in ugotovitev ne moremo posploševati na vse diplomirane medicinske sestre, zaposlene bodisi v referenčni ambulanti bodisi v zdravstvenovzgojnem centru; prav tako tudi ne moremo reči, ali bi nas analiza drugih primerov pripeljala do podobnih ali čisto drugačnih rezultatov. Omejitev nam je predstavljala tako domača kot tudi tuja literatura, saj na tovrstno tematiko nismo našli podobnih raziskav. Ker je obravnava pacienta z depresijo novost v primarnem zdravstvenem varstvu, bi lahko podobno raziskavo ponovili čez nekaj let, ko bi morda dobili nove vpoglede na tovrstno obravnavo.

## 4 ZAKLJUČEK

Depresija je ena izmed kroničnih nenalezljivih bolezni, ki je vedno pogostejša med splošno populacijo, hkrati pa je še vedno bolezen, o kateri se običajno ne govori naglas. Glede na stališče sodelujočih v raziskavi ugotavljamo, da je preventivna obravnava pacienta z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu pomembna prav zato, da pacienti pravočasno prepoznajo depresivno simptomatiko, sprejmejo bolezen, si poiščejo ustrezno pomoč in s tem preprečijo poglobljanje depresije. Nepogrešljiva elementa preventivne obravnave pacienta z depresijo sta po mnenju intervjuvank zagotovo komunikacija in poslušanje, saj s pomočjo komunikacije pomagajo pacientom spregovoriti o svojih težavah, hkrati pa jim omogočijo, da so slišani ter razumljeni. Še posebej pa je pri preventivni obravnavi pacienta z depresijo pomembna tudi vzpostavitev zaupanja s pacienti, saj se ti posledično bolj odprejo. In prav razpoložljivost časa v referenčnih ambulantah ter v zdravstvenovzgojnih centrih jim to tudi omogoča.

V naši raziskavi smo prišli do zaključkov, da imajo pomembno vlogo pri vključevanju v delavnico Podpora pri spoprijemanju z depresijo prav diplomirane medicinske sestre v referenčnih ambulantah, saj je pacientova odločitev za udeležbo na delavnicah v veliki meri odvisna prav od njihove spodbude, navdušenja ter razumevanja delavnic. V raziskavi prav tako ugotavljamo, da nadaljnje napotitve pacientov z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu niso sistemsko urejene, temveč vsaka diplomirana medicinska sestra bodisi v referenčnih ambulantah bodisi v zdravstvenovzgojnih centrih napotuje paciente tja, k čemur sama najbolj stremi.

Zaključimo lahko, da je preventivna obravnava pacienta z depresijo, po mnenju intervjuvank, zahtevna obravnava, saj zahteva zbranost in osredotočenost za posamezni primer. Za izvajalke je prav tako pomembno, da delajo na osebni ravni, saj morajo biti na tovrstno obravnavo tudi psihično pripravljene. Hkrati pa poudarjajo, da je formalnih izobraževanj na temo depresije premalo in da bi bila izobraževanja še kako potrebna.

V okviru raziskave smo pridobili veliko pomembnih informacij, vendar zaradi dejstva, da je preventivna obravnava pacienta z depresijo še vedno novost v slovenskem prostoru, bi bilo potrebno v prihodnjih letih izvesti še kakšno raziskavo. Zanimivo bi bilo v raziskavo vključiti tudi vidik zdravnikov družinske medicine ter pacientov z depresijo, saj bi tako lahko pridobili vpogled v celotno sliko preventivne obravnave pacienta z depresijo, kar pa bi bila posledično bolj jasna osnova za nadaljnja priporočila in izboljšave.

## 5 LITERATURA

Anderle, D. & Skela Savič, B., 2011. Motivacijski dejavniki posameznika pri vključevanju v delavnice CINDI. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(1), pp. 31-38.

Referenčna ambulanta družinske medicine, n.d. *Anketa o zadovoljstvu zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine v letu 2012*. [online] Available at: <http://www.referencna-ambulanta.si/wp-content/uploads/Analiza-zadovoljstvo-zaposlenih-v-RA-2012.pdf> [Accessed 3 March 2017].

Bahun, M., 2011. Stališča medicinskih sester do zdravstvene vzgoje. In: B. Skela Savič, ed. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava - priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 361-367.

Bajt, M., Gabrijelčič Blenkuš, M., Jeriček Klanšček, H., Kovše, K., Kofol Bric, T., Pribaković Brinovec, R., Roškar, S., Tomšič, S., Štokelj, R. & Zorko, M., 2009. In: H. Jeriček Klanšček, M. Zorko, M. Bajt & S. Roškar, eds. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 1-10.

Berghöfer, A., Roll, S., Bauer, M., Willich, S.N. & Pfennig, A., 2014. Screening for Depression and High Utilization of Health Care Resources Among Patients in Primary Care. *Community Mental Health Journal*, 50(7), pp. 753-758.

Blaj, M., 2010. Komunikacija s kroničnim bolnikom. In: D. Plank, ed. *Vloga medicinskih sester pri izboljšanju kakovosti življenja kroničnih bolnikov. 11. strokovno srečanje medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov celjske regije, Celje, 23.9.2010*. Celje: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 69-82.

Brenner, R. & Madhusoodanan, S., 2010. Primary prevention in psychiatry - adult populations. *Annals of clinical psychiatry*, 22(4), pp. 239-248.

Bugar, K., 2015. *Zadovoljstvo uporabnikov kot kazalnik kakovosti storitev v referenčnih ambulantah družinske medicine: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.

Delamaire, M.L. & Lafortune, G., 2010. *Organisation for Economic Cooperation and Development*. [online]

Available at: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles\\_5kmbrcfms5g7-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en) [Accessed 6 March 2017].

Dernovšek, M.Z., Gorenc, M., Jeriček, H. & Tavčar, R., 2007. *Stres, tesnoba in depresija pri bolnikih z rakom*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, pp. 27-33.

Dernovšek, M.Z. & Tavčar, R., eds. 2005. *Prepoznavmo in premagajmo depresijo: priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce*. 2nd ed. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, p. 6.

Dierick-van Daele, A.T.M., Metsemakers, J.F.M., Derckx, E.W.C.C., Spreeuwenberg, C. & Vrijhoef H.J.M., 2009. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), pp. 391-401.

Dubois, C.A. & Singh, D., 2009. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 87(7), pp. 1-19.

Du, N., Ran, M.S., Liang, S.G., Si Tu, M.J., Huang, Y., Mansfield, A.K. & Keitner, G., 2014. Comparison of family functioning in families of depressed patients and nonclinical control families in China using the Family Assessment Device and the family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales II. *Annals of clinical psychiatry*, 26(1), pp. 47-56.

Ebadi, A., Salimi, S.H., Najafi Mehri, S., Mokhtari Nouri, J. & Shokrollahi, F., 2010. Effect of nurse-patient communication on anxiety, depression and stress level of emergency ward patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 3(1), pp. 7-12.

Eder, J., 2012. Organizacija dela diplomirane medicinske sestre v referenčni ambulanti. In: B. Istenič, ed. *Referenčne ambulante po prvem letu delovanja: strokovni seminar, 12. april 2012, Kongresni center Mons, Ljubljana*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija - ZDMSBZTS, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, pp. 5-27.

Fras, Z. & Leskovšek, L., 2009. Oblikovanje, vzpostavitev in stalno delovanje "Registra oseb, ki jih ogrožajo kardio-vaskularne bolezni" v Sloveniji. In: S. Verbovšek, N. Luznar, J. Maučec Zakotnik & Z. Fras, eds. *Skupaj varujmo in krepimo zdravje: kaj smo dosegli v prvih osmih letih? Zbornik ob letnem srečanju izvajalcev Nacionalnega programa primarne preventivne srčno-žilnih bolezni 2009*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, pp. 27-29.

Friedli, L., 2009. *Mental health, resilience and inequalities*. [pdf] Copenhagen: WHO Europe. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/100821/E92227.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf) [Accessed 16 May 2016].

Govc Eržen, J., 2011. Pomen in vloga sodelovanja zdravnika družinske medicine in medicinske sestre v referenčni ambulanti. In: A. Bobnar, ed. *Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti - izziv za prihodnost*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, pp. 38-43.

Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. & Roškar, S., 2008. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Kamin, T., 2006. Zdravje na barikadah: Dileme promocije zdravja. In: T. Kamin, ed. *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, pp. 95-122.

Kamin, T., Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M., Roškar, S. & Dernovšek, M.Z., 2009. *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Klinični inštitut za medicino dela, športa in prometa, 2014. *Stecaji podjetij - Kako se izgublja zdravje? Primer Mure.* [online] Available at: <http://www.kimdps.si/novice/stecaji-podjetij-kako-se-izgublja-zdravje-primer-mure-0> [Accessed 3 March 2017].

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: Kje smo, kam gremo?. In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja - moč medicinskih sester*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, pp. 33-47.

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald, B., 2005. Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(2).

Marušič, A. & Temnik, S., 2009. *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba, pp. 34-37.

Maučec Zakotnik, J., Zaletel Kragelj, L., Vegnuti, M., Fras, Z. & Djomba, J.K., eds. 2009. *Raziskave CINDI o dejavnikih tveganja in učinkovitosti procesa*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, p. 4.

McIlrath, C., Keeney, S., McKenna, H. & McLaughlin, D., 2009. Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), pp. 269-281.



Merrel, J., 2010. Focusing upstream - the roll of nurses in health promotion. In: B. Skela Savič, ed. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 70-78.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2011. *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020*. [online] Available at: [http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NADGRADNJA\\_ZDRAVSTVENEGA\\_SISTEMA\\_DO\\_LETA\\_2020\\_pdf\\_160211.pdf](http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2011/zdravstvena/NADGRADNJA_ZDRAVSTVENEGA_SISTEMA_DO_LETA_2020_pdf_160211.pdf) [Accessed 19 Januar 2017].

Ministrstvo za zdravje, 2017. *Referenčne ambulante*. [online] Available at: [http://www.mz.gov.si/si/pogoste\\_vsebine\\_za\\_javnost/referencne\\_ambulante/](http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/referencne_ambulante/) [Accessed 3 March 2017].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *10. september - svetovni dan preprečevanja samomora: Z željo po odprtem pogovoru z občutkom za drugega*. [online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/10-september-svetovni-dan-preprecevanja-samomora-z-zeljo-po-odprtem-pogovoru-z-obcutkom-za-dругega> [Accessed 1 March 2017].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *Zdravstvenovzgojni centri*. [online] Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne\\_zbirke\\_raziskave/zubstat\\_szbo/mn\\_zvct\\_za\\_szbo\\_1.20.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/podatkovne_zbirke_raziskave/zubstat_szbo/mn_zvct_za_szbo_1.20.pdf) [Accessed 27 October 2016].

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2017. *Delavnica "Podpora pri spoprijemanju z depresijo"*. [online] Available at: <http://www.nijz.si/sl/delavnica-podpora-pri-spoprijemanju-z-depresijo> [Accessed 17 May 2016].

Nolimal, D., 2015. *Razsežnost problema depresije na delovnem mestu*. [pdf] Ministrstvo za delo, družine, socialne zadeve in enake možnosti. Available at: <http://www.osha.mdds.gov.si/index.php?t=newsCampaign&l=sl&id=184&category=253> [Accessed 19 Januar 2017].

Paniagua, H., 2011. Advanced nurse practitioners and GPs: what is the difference?. *Practise Nursing*, 22(7), pp. 386-388.

Panikvar Žlahtič, K. & Klemenc, D., 2011. Kako so nastajale referenčne ambulante - pogled zdravstvene nege. In: A. Bobnar, ed. *Vloga medicinske sestre na primarni ravni zdravstvene dejavnosti - izziv za prihodnost: zbornik predavanj. Ljubljana, 2. december 2011*. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta, pp. 18-30.

Parker, R., Keleher, H., Francis, K. & Abdulwadud, O., 2009. Practise nursing in Australia: A review of education and career pathways. *BioMed Central Nursing*, 8(5).

Pečelin, S. & Sočan, M., 2016. Referenčne ambulante: izkušnje diplomiranih medicinskih sester. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(2), pp. 157-162.

Peklaj, S. M., 2014. *Zadovoljstvo zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Petek Šter, M., Švab, I. & Živčec Kalan, G., 2008. Factors related to consultation time: Experience in Slovenia. *Scandinavian journal of primary health care*, 26(1), pp. 29-34.

Petek Šter, M., 2012. Izkušnje z referenčnimi ambulantami - leto kasneje. In: P. Dolenc, ed. *Zbornik XXI. strokovnega sestanka Sekcije za hipertenzijo*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za hipertenzijo, pp. 95-104.

Ponikvar Žvahtič, K. & Vidmar, I., 2011. Referenčne ambulante - pogoji za vzpostavitev. In: B. Skela Savič, ed. *Moja kariera - Quo vadis - My Career: specializacije v zdravstveni negi - partnerstvo med zdravstveno nego in medicino*, 4.

posvet z mednarodno udeležbo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 87-92.

Poplas Susič, A. & Marušič, D., 2011. Referenčne ambulante. *Bilten: ekonomika, organizacija, informatika v zdravstvu*, 27(1), pp. 9-17.

Poplas Susič, T., Švab, I. & Kersnik, J., 2013. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 82(10), pp. 635-647.

Press, Y., Tandeter, H., Romem, P., Hazzan, R. & Farkash, M., 2012. Depressive symptomatology as a risk factor for increased health service utilization among elderly patients in primary care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), pp. 127-130.

Referenčne ambulante družinske medicine, n.d.. *Ministrstvo za zdravje*. [online] Available at: <https://www.scribd.com/doc/59465490/Referen%C4%8Dne-ambulante-splo%C5%A1no-gradivo> [Accessed 27 October 2016].

Roškar, S., 2016. Presejalna orodja za odkrivanje depresije. In: N. Konec Juričič, S. Roškar & P. Jelenko Roth, eds. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika: priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 77-78.

Roškar, S. & Tančič Grum, A., 2016. Psihoedukativne delavnice "Podpora pri spoprijemanju z depresijo". In: N. Konec Juričič, S. Roškar & P. Jelenko Roth, eds. *Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulanti družinskega zdravnika: priročnik za strokovnjake na primarni zdravstveni ravni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, pp. 81-84.

Sedej Kodela, A., 2008. Vloga zdravstvene vzgoje pri uživanju medikamentozne terapije bolnikov s psihotično motnjo v Psihiatrični bolnišnici Idrija. *Obzornik zdravstvene nege*, 42(2), pp. 117-126.

Skela Savič, B., 2007. Kontinuirana zdravstvena obravnava: izziv sodobnega menedžmenta bolnišnične zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(1), pp. 3-11.

Skela Savič, B., 2013. Definicija zahtevnejših oblik dela v zdravstveni negi. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Zahtevnejše oblike dela v zdravstveni negi: mednarodni pristopi in stanje v Sloveniji? 6. posvet z mednarodno udeležbo Moja kariera, Ljubljana, 27.3.2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 14-19.

Smith, G., 2006. *Premagajmo depresijo!* Izola: Meander, pp. 21-29.

Smolej, T., 2013. *Motivacijski dejavniki vključevanja v daljše delavnice programov svetovanja za zdravje: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstvo Jesenice.

Softič, N., Smogavec, M., Klemenc-Ketiš, Z. & Kersnik, J., 2011. Ocena pogostosti kroničnih bolezni med polnoletnimi prebivalci Slovenije. *Zdravstveno varstvo*, 50, pp. 185-190.

Soklaridis, S., Oandasan, I. & Kimpton, S., 2007. Family health teams: can health professionals learn to work together? *Canadian Family Physician*, 53(7), pp. 1198-1199.

Švab, I., Petek Šter, M., Kersnik, J., Živčec Kalan, G. & Car, J., 2005. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 44, pp. 183-192.

Tursi, M., Baes, C.V., Camacho, F.R., Tofoli, S.M. & Juruena, M.F., 2013. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 47(11), pp. 1019-1031.

Valente, S. M., 2010. Assessing patients for suicide risk. *Nursing*, 40(5), pp. 36-40.

Valetič, Ž., 2009. *Samomor: večplastni fenomen*. Maribor: Ozara Slovenija, pp. 132-135.

Vodopivec Jamšek, V., 2013. Protokol za vodenje kroničnega bolnika v referenčni ambulanti družinske medicine. *Zdravstveni vestnik*, 82(11), pp. 711-717.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta, pp. 61-170.

World Health Organization (WHO), 2012. *World Health Organization Region Office for Europe*. [online] Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe> [Accessed 27 Januar 2017].

World Health Organization (WHO), 2016. *World Health Organization*. [online] Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> [Accessed 29 Januar 2017].

World Health Organization (WHO), 2017. *WHO Regional Office for Europe*. [online] Available at: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2017/04/world-health-day-2017-depression-lets-talk/background> [Accessed 3 March 2017].

Železnik, D., Panikvar Žlahtič, K., Vidmar, I., Istenič, B., Filej, B., Verbič, M. & Založnik, S., 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 13-28.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### 6.1.1 Soglasje za izvedbo intervjuja

Spoštovani,

sem Urška Bolta, študentka Fakultete za zdravstvo Jesenice, in pripravljam diplomsko delo z naslovom »Izkušnje diplomirane medicinske sestre v primarnem zdravstvenem varstvu pri preventivni obravnavi pacientov z depresijo«. Namen diplomskega dela je ugotoviti, zakaj je pomembna preventiva pri obravnavi depresije v primarnem zdravstvenem varstvu, opredeliti vlogo ter predstaviti izkušnje diplomirane medicinske sestre pri preventivni obravnavi pacientov z depresijo v primarnem zdravstvenem varstvu.

Za ta namen vas prosim za privolitev v izvedbo intervjuja ter snemanje tega z diktafonom. Pridobljeni podatki bodo uporabljeni le za namen diplomskega dela. Pri prikazovanju podatkov bo zagotovljena anonimnost intervjuvancev.

Že vnaprej se vam zahvaljujem za sodelovanje.

---

Spodaj podpisan/a \_\_\_\_\_ se strinjam z izvedbo intervjuja in snemanje le tega z diktafonom. Seznanjen/a sem z možnostjo odklonitve oz prekinitvijo intervjuja.

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

## 6.1.2 Vprašanja za intervju

### Prvi sklop vprašanj

1. Koliko ste stari?
2. Kakšna je vaša izobrazba?
3. Koliko let ste zaposleni na področju zdravstvene nege?
4. Koliko časa ste zaposleni v referenčni ambulanti?/Koliko delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo ste že izpeljali?

### Drugi sklop vprašanj

5. Zakaj je pomembna preventiva pri obravnavi depresije v primarnem zdravstvenem varstvu?
6. Kako pri vas v referenčni ambulanti/zdravstvenovzgojnem centru poteka preventivna obravnava depresije?
7. Kakšna je vaša vloga pri obravnavi pacienta z depresijo v referenčni ambulanti/zdravstvenovzgojnem centru?
8. Kakšne so vaše dosedanje izkušnje pri obravnavi pacienta z depresijo v referenčni ambulanti/zdravstvenovzgojnem centru?