

KAKO SE JE PROGRAM OMRA DOTAKNIL UDELEŽENK IN UDELEŽENCEV DELAVNICE

Duška Knežević Hočevar¹

POVZETEK

Prispevek predstavlja rezultate kvalitativne evalvacije programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA) 18 udeleženk_cev dveh skupinskih pogovorov, ki sta potekala maja 2019 v Mariboru in Murski Soboti. Na začetku so predstavljene evalvacijske raziskave mednarodno uveljavljenega programa *The Mental Health First Aid*, katerega različica je slovenski program OMRA. V nadaljevanju so navedeni rezultati analize vsebine posnetih in transkribiranih skupinskih pogovorov, ki so pokazali, da je program OMRA zelo uporaben in učinkovit za skupino, ki se poklicno srečuje z ljudmi s težavami v duševnem zdravju. Na delavnicah so nadgradili svoje znanje o motnjah razpoloženja in še poglobili razumevanje o možnostih delovanja svojih uporabnic_kov, ki imajo težave v duševnem zdravju. Predvsem so izboljšali svoje znanje o razpoložljivi strokovni pomoči, kar jim je dvignilo samozavest za spremenjeno delovalnost – potrpežljivo poslušanje svojih uporabnic_kov, svetovanje o primerni strokovni pomoči in napotovanju na koristne prostodostopne informacije o motnjah razpoloženja na spletnih in drugih gradivih projekta OMRA. Obenem so jim delavnice pokazale, katere prakse že izvajajo »v pravi smeri«.

Kljub sporočenemu izrazitemu zadovoljstvu z delavnicami kot enih bolj uporabnih v njihovi delovni karieri so konstruktivno opozorili na prostor za izboljšave prihodnjih izvedb. Navsezadnje so jih delavnice spodbudile h kritičnemu razmišljanju – o dilemah in vprašanjih, ki so se jim porajala o dozdajšnjih praksah in o odnosu do ljudi s težavami v duševnem zdravju.

Ključne besede: opismenjevanje o duševnem zdravju, kvalitativna evalvacija, skupinski intervju, program OMRA, programi prve pomoči v duševnem zdravju (MHFA)

1. Doktorica antropologije, višja znanstvena sodelavka;
ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: duska@zrc-sazu.si

1 UVOD

Program Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA) med drugim odlikujeta tudi kvantitativno in kvalitativno oblikovani evalvaciji programa. Pričujoči prispevek sporoča razmišljanja o programu OMRA, ki so jih z avtorico prispevka in sodelavko Jano Šimenc delile_i izbrani udeleženske_ci 22 peturnih delavnic v okviru dveh evalvacijskih skupinskih intervjujev. Slednje_i so večinoma predstavnice_ki skupine B, ki se poklicno srečujejo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju.² Prispevek torej presoja kvalitativno evalvacijo, katere vprašanja so bila oblikovana po zgledu kvalitativne evalvacijske raziskave, ki jo je izpeljal avtor koncepta opismenjevanja o duševnem zdravju Anthony Jorm s sodelavci (Jorm in sod., 2005).

Skupinska pogovora sta bila posneta s privolitvijo udeleženk_cev raziskave in transkribirana. Na podlagi analize vsebine zbranega gradiva prispevek presoja njihovo doživljanje programa OMRA, ki je različica mednarodno uveljavljenega psihoedukacijskega programa The Mental Health First Aid (MHFA). Preden odgovorimo na vprašanje, ali je program OMRA učinkovit in uporaben za udeleženske_ce delavnic, si oglejmo, kaj v splošnem sporočajo raziskave o evalvaciji MHFA.

2 KAJ SPOROČAJO RAZISKAVE O EVALVACIJA PROGRAMOV OPISMENJEVANJA O DUŠEVNEM ZDRAVJU?

Programi opismenjevanja o duševnem zdravju izvorno domujejo v Avstraliji. Leta 2000 sta prvo tako izobraževanje – The Mental Health First Aid (MHFA) – v partnerstvu razvila raziskovalec Anthony Jorm in prostovoljka z izkušnjo težav v duševnem zdravju, izvajalka in uporabnica takih izobraževanj Betty Kitchener. Pravzaprav sta podoben medicinski model prve pomoči za poškodbe in urgentne situacije prilagodila problematiki duševnega zdravja s ciljem, da se zagotovi pomoč nekemu, ki oboleva ali je v duševni stiski, preden poišče primerno strokovno pomoč ali razreši svojo krizo. Tak tečaj oz. delavnica uči, kako prepoznati skupino simptomov splošnih duševnih motenj (npr. depresije

-
2. Omeniti velja, da je avtorica prispevka s sodelavko Jano Šimenc izpeljala tudi 20 evalvacijskih osebnih intervjujev večinoma z udeleženkami_ci skupine A, tj. z osebami, ki imajo same izkušnjo težav v duševnem zdravju ali jo imajo njihovi bližnji. Njihova ocena delavnic oz. programa OMRA ni predmet pričujočega prispevka, ker analiza vsebine še poteka.

in anksioznosti) in kriznih situacij (npr. samomorilnega razmišljanja in vedenja, akutnih stresnih odzivov, napadov panike in akutnih psihotičnih vedenj), kako zagotoviti začetno pomoč in nekoga usmeriti v primerno obravnavo in druge oblike razpoložljive pomoči (Kitchener in Jorm, 2002).

Od svojih začetkov v Avstraliji se je program MHFA zelo hitro razširil po svetu; po zadnjih podatkih ga je vsebinsko prilagodilo 25 držav, od tega 11 evropskih (MHFA international).³ Poleg standardnega izobraževanja, namenjenega odraslim s težavami v duševnem zdravju (npr. Jensen, 2016; Jorm in sod., 2004; Lipson, 2014), so ga prilagodili za različne ciljne javnosti. Med njimi najdemo programe, oblikovane za odrasle, ki pomagajo odraščajočim s težavami v duševnem zdravju (Jorm in sod., 2010; Rose, 2019), za starejše (Svensson, Hansson, 2017), prilagojene pripadnikom različnih etničnih skupnosti znotraj večinskega prebivalstva (Auger in sod., 2019; Kitchener in sod., 2008), posebej podeželanom (Jorm in sod., 2004), do takih, ki nagovarjajo različne poklicne skupine – npr. kmete (Hossain in sod., 2010; Sartore in sod., 2008), javne uslužbenke (Svensson, Hansson, 2014) ali same predavateljke MHFA (Terry, 2011). Poudariti velja, da so vsebine izobraževanj MHFA oblikovane na podlagi znanstvene evidence – tj. pregleda vsestranske znanstvene literature. Kjer pa taka literatura ne obstaja, so vsebine programa oblikovane na podlagi konsenza strokovnjakov s pomočjo metode Delphi (npr. Kelly in sod., 2010).

Pomemben dejavnik mednarodnega razširjanja in financiranja programov MHFA je po mnenju njegovih avtorjev (Kitchener in Jorm, 2008) prav njihova evalvacija in njene objave v znanstvenih revijah. Tako sta že Kitchener in Jorm v eni svojih prvih pregledov treh evalvacijskih raziskav programa MHFA v Avstraliji zaključila, da so večinoma prisotne udeleženke nadgradile svoje znanje o duševnem zdravju, izboljšale podporno vedenje do ljudi s težavami v duševnem zdravju, okrepile samozaupanje pri zagotavljanju pomoči, znižale socialno razdaljo do ljudi s težavami v duševnem zdravju in celo ocenile, da so imele same korist v smislu izboljšanja lastnega duševnega zdravja (Kitchener in Jorm, 2006). Nedavna metaanaliza 15 izbranih raziskav o evalvaciji MHFA (Hadlaczky in sod., 2014) je pokazala še, da je program izboljšal znanje udeležencev o duševnem

-
3. Prilagojene MHFA s svojim zdravstvenim sistemom izvajajo v Avstraliji, Angliji, Bangladešu, na Bermudskem otočju, Danskem, Finskem, v Hongkongu, Indiji, na Japonskem, v Kambodži, Kanadi, na Malti, Nizozemskem, Novi Zelandiji, v Pakistanu, Republiki Irski, na Severnem Irskem, v Savdski Arabiji, Singapurju, na Škotskem, Švedskem, v Švici, Združenih arabskih emiratih, ZDA in Wellsu. Jorm in sod. (2019) ocenjujejo celo, da se je do sredine leta 2018 programa MHFA udeležilo več kot 700.000 prebivalcev Avstralije in 2,7 milijona ljudi po svetu.

zdravju, znižal njihova negativna (stigmatizirajoča) stališča do duševnega zdravlja in utrdil njihovo podporno vedenje do ljudi s težavami v dušenem zdravju. Morgan in sod. (2018) pa so v zadnji posodobljeni in še obsežnejši metaanalizi 18 kontroliranih poskusov dognali trajanje učinkov MHFA. Pokazali so, da so poleg takojšnjega izboljšane znanja o duševnem zdravju udeleženk_cev programov MHFA in njihovega prakticiranja primerne pomoči ljudem s težavami v duševnem zdravju učinki v obdobju šestih mesecev po obisku izobraževanj manj jasni. Iz rezultatov analize je razbrati tudi, da se je pri udeleženkah_cih MHFA le malo znižala stigma do ljudi s težavami v duševnem zdravju, izboljšala pa se je njihova samozavest, da jim lahko pomagajo, oz. njihova namera, da jim lahko zagotovijo pomoč. Majhne izboljšave je metaanaliza pokazala tudi v kontekstu zagotavljanja količine pomoči nekemu s težavami v duševnem zdravju.

V glavnem kvantitativno oblikovane raznolike evalvacijske raziskave sporočajo, da je program MHFA zelo učinkovit in priporočljiv kot javnozdravstveni poseg za izboljšanje življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju. V nadaljevanju prispevka pa si oglejmo, kaj je pokazala kvalitativno zasnovana evalvacija programa OMRA v Sloveniji.

3 KAKO SMO IZBRALI KANDIDATKE_E ZA SKUPINSKE POGOVORE?

Potencialne sogovornice_ke je avtorica prispevka izbirala med izvajanjem delavnic OMRA, na katerih je vodila dnevnik vtisov in opažanj njihovih odzivov na predstavljene vsebine o stresu in s stresom povezanih motnjah razpoloženja, anksioznih motnjah, depresiji, bipolarni motnji razpoloženja, stigmati, vrstah razpoložljive in raznolike pomoči. Praviloma je k pogovoru povabila »najbolj zgovorne«, ki so veliko komentirali in zastavljali raznolika vprašanja, v upanju, da bodo pristali na skupinski pogovor o oceni programa OMRA. Iz seznama zbranih stikov (do 10 na delavnico) sta s sodelavko Jano Šimenc določili potencialne kandidatke_e za dva skupinska pogovora. Pri tem sta upoštevali, da jih je večina obiskala delavnico vsaj tri mesece pred napovedanim skupinskim pogovorom, manjšina pa po enem ali šestih mesecih. Namenoma sta na skupinska pogovora vabili kandidatke_te iz skupine B (take, ki se poklicno srečujejo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju), za osebne bolj intimne individualne intervjuje pa sta izbirali predvsem udeleženk_ce iz skupine A (ljudi z izkušnjo težav v duševnem zdravju ali njihove svojce), katerih analiza še poteka in ni predmet pričujočega prispevka.

Skupinska pogovora, izpeljana v Mariboru in Murski Soboti maja 2019, sta trajala približno uro in pol. 18 udeleženk_cev obeh skupinskih pogovorov je zaposlenih na zavodu za zaposlovanje, centru za socialno delo, v nevladnih organizacijah na področju duševnega zdravja, zdravstvenih domovih ali zasebnih ambulantah iz severovzhodne Slovenije.

4 KAKO SO DELAVNICE OMRA SPREMENILE DELOVALNOST SOGOVORNIC_KOV SKUPINSKIH POGOVOROV?

Večina udeleženk_cev skupinskih pogovorov je obiskala delavnico OMRA predvsem zato, ker se poklicno dnevno ali pogosto srečuje z ljudmi s težavami v duševnem zdravju. Povedali so, da se velikokrat znajdejo v zagati, kako svoje stranke oz. uporabnice_ke storitev pravilno usmeriti, jim svetovati ali jih prepričati, naj redno jemljejo zdravila. Od delavnice so si obetali tovrstne napotke. Eno od sogovornic pa je zanimal način podajanja vsebin, saj v okviru zdravstvenega doma izvaja psihoedukacijo.

Vprašanja skupinskih pogovorov so se med drugim nanašala na uporabnost novo pridobljenega znanja v njihovem poklicnem in vsakdanjem življenju, morebitno občutenje večjih sposobnosti prepoznavanja določenih motenj razpoloženja, njihov odziv v primeru, če so po delavnici srečali osebo s težavami v duševnem zdravju, vpliv programa OMRA na njihov morebiti spremenjen odnos do oseb, ki trpijo zaradi motenj razpoloženja, potrebo po dodatnem izobraževanju bodisi s pomočjo spletne strani OMRA ali gradiv programa bodisi v okviru drugih vsebinsko podobnih izobraževanj, navsezadnje pa nas je zanimalo mnenje o programu OMRA oz. morebitna kritika. Na podlagi tematske analize skupinskih pogovorov (Krippendorf, 2004) je avtorica prispevka oblikovala spodnje vsebinske okvirje njihovih razmišljanj.

4.1 Osveženo znanje in boljše razumevanje

Čeprav je bila večina udeleženk_cev skupinskih pogovorov že zaradi narave svojega dela in pridobljene izobrazbe na področju psihologije, socialnega dela, zdravstva dobro seznanjena z vsebinami delavnice, je poudarila, da je ponovila, nadgradila, predvsem pa »osvežila« znanje o motnjah razpoloženja, ki je nujna podlaga za razumevanje ljudi s težavami v duševnem zdravju. Kot vsebinske novosti so udeleženke_ci omenjale_i posamične poudarke, npr. da je anksioznost praviloma priučena, da so duševne težave pogosto zavite v telesne, kar

otežuje diagnostiko, da se čezmerni stres kaže v spremenjenih štirih razsežnostih (v vedenju, čustvovanju, telesu in razmišljanju) človeškega odzivanja, kar je primerljiva točka opazovanja sprememb tudi pri motnjah razpoloženja, da lahko že splošni zdravnik veliko stori.

Uporabnost osveženega znanja so videli predvsem pri delu s svojimi uporabnicami_ki: z ozaveščanjem, da motnje razpoloženja niso »nič groznega«, usmerjanjem na delavnice OMRA, spletno stran in deljenjem knjižic o programu, bolj samozavestnim pojasnjevanjem, »da ni vse takoj tabletk«, napotitvijo uporabnic_kov po pomoč v konkretne službe (zdravstvo, socialne službe, nevladne organizacije). Ali kot je bila slikovita udeleženka: »Vsi pacienti v mojem delokrogu, [...] ki sem z njimi govorila, da imajo to diagnozo [bipolarno motnjo razpoloženja], noben ni vedel, da je to huda duševna motnja. In da imajo tudi, kolikor imajo težave, nekaj pravic na tej njihovi težki poti.«

Prav tako so uporabnost delavnice prepoznali tudi zase – da so uporabne za njihovo življenje in bližnje, da krepijo učinek tudi drugih delavnic s podobno vsebino. Ena udeleženka pa je pohvalila kot uporabno »dinamiko predstavitve vsebin suverenih predavateljic«.

4.2 Večja samozavest pri delu

Zanimivo, da se večina sogovornic_ov po delavnici ne počuti »bolj kompetentnih« za soočanje z nekom, ki ima težave v duševnem zdravju. Raje so uporabljale_i naslednje opise: »bolj suvereno/samozavestno napotim uporabnika po pomoč zaradi osveženega znanja« ali pa »da si bolj suveren v svetovalnem procesu, da lažje steče svetovalni proces z uporabnikom«. Nekateri so opisovali, da se po delavnici »bolj približaš uporabnikom, ker govoriš njihov jezik«, prav tako so navedli, da »stranka vidi, da jo sprejemaš, da se nima česa sramovati«. Nekaterim se je zdela celo raba izraza »bolj suveren« preambiciozna in so raje poudarili, da so »okrepili veščine«, ker so pridobili nekaj novega znanja o simptomatiki motenj razpoloženja.

Kakorkoli, manjšina je le poudarila, da se počuti bolj kompetentno, ker lažje sooči svoje uporabnice_ke, da le poskušajo poiskati pomoč ali redno jemljejo zdravila. Navsezadnje so izpostavili, da so pri svojem delu še bolj pozorni in senzibilni zaradi osveženega znanja.

4.3 Spremenjeno konkretno ravnanje, večja potrpežljivost in potrditev, da se dela v pravi smeri

Že zaradi narave dela je večina udeleženk_cev skupinskih pogovorov po delavnici srečala nekoga, ki ima težave v duševnem zdravju. Bolj samozavestne_i z osveženim znanjem so priznale_i, da po delavnici »še bolj prepoznajo« oz. so »še bolj pozorne_i« na simptomatiko. Poleg svetovanja, kam po pomoč, jih je večina poudarila, da so po delavnici »bolj potrpežljivi« z uporabniki_cami, jim »dajo čas«, ker bolje razumejo, kaj se z njimi dogaja. Ali kot je bil slikovit udeleženec: »Pretenciozno bi bilo reči, da zdaj po delavnici prepoznam vse simptome in znam diagnosticirati. Bolj je pomembno, da po delavnici moja stranka začuti, da razumem, zakaj ne more funkcionirati, če ima določeno diagnozo. Že to je dovolj oz. veliko, da ji pokažeš, da njo kot osebo s tako diagnozo sprejemaš.«

Nekateri so po delavnici bolje opremljeni z znanjem, da znajo dolgoletne uporabnice_ke bolje uvrstiti: »Aha, ti si oseba s takimi težavami, [...] kar mi pomaga, da vem, kaj od nje pričakovati oz. kako z njo delati v programih stanovanjskih skupin.«

Večina je poudarila, da jim je delavnica potrdila, da »delajo v pravi smeri«, da »uporabnik potrebuje zaupanje, prisluh in ne zgolj njihove razlage«, da je potreben čas, da prepoznajo težave pri strankah, in da jih ne smejo na hitro odpraviti: »Še vedno nekateri sodelavci zavijajo z očmi, ker se predolgo ukvarjaš z nekom.«

Večina je opisovala konkretne primere napotitev po pomoč v različne službe, kar so pripisovale_i znanju, ki so ga pridobile_i na delavnicah o iskanju pomoči. Od tega, da so svojega uporabnika napotile_i na center za socialno delo, ker je odklonil zdravnika, in se je pozneje izkazalo, da je imel težave že v otroštvu kot zavržen otrok, do povsem konkretnih napotkov uporabnici, ki jih je udeleženka opisala takole: »Po delavnici se srečam z zelo anksiozno mlado punco [sledí opis]. Jo poslušam, jo spomnim, naj se sprosti, vmes zadíha [pokaže tehnike dihanja]. Ko se z njo pogovarjam, pridobivam čas, jo umirjam, da stečejo stvari. Ji ne dopovedujem, ampak jo skušam umiriti in poslušati.«

Manjšina, ki se po delavnici ni srečala s konkretno osebo s težavami v duševnem zdravju, pa je poudarila, da ji je udeležba na njej pomagala, da za nazaj razumejo, kaj se je dogajalo z njihovimi uporabnicami_ki ali bližnjimi.

Navsezadnje velja omeniti, da je večina udeleženk_cev skupinskih pogovorov že do delavnice gojila razumevajoč odnos do ljudi s težavami v duševnem zdravju. Temu je tudi pripisati njihove razlage, da niso »bistveno spremenili« svojega odnosa do ljudi, ki trpijo zaradi motenj razpoloženja. Tipični opisi so sporočali, da »sem bila do njih precej odprta že pred delavnico«.

4.4 Prostor za izboljšave

Kljub izrečenemu velikemu zadovoljstvu z delavnico, ki so ga poudarile_i prav vse_i udeleženke_ci skupinskih pogovorov, nekatere_i pa so celo potrdile_i, da so to bile v njihovi delovni karieri najbolj uporabne delavnice, so svojo konstruktivno kritiko sporočale_i s posamičnimi predlogi za izboljšanje bodočih delavnic. Nekaj jih je predlagalo, da bi bilo za ljudi s težavami v duševnem zdravju – za skupino A – bolje organizirati polovico krajše delavnice z več odmori in manj občinstva na delavnico. Predlagali so bolj intimne majhne skupine, na katerih bi udeleženke_ci imele_i več prostora za sporočanje svojih konkretnih težav in skupno iskanje rešitev. Prav tako so nekateri izpostavili, da je bilo v enem dnevu posredovanih »preveč informacij«, kar bi se dalo izboljšati z več delavnic z določeno vsebino in ne z eno delavnico z več vsebinami.

Zanimivi so bili predlogi tistih, ki so opozorili, da se v resničnosti in pri svojem delu srečujejo z ljudmi, ki nimajo samo ene motnje razpoloženja, ampak se običajno borijo s komorbidnostjo in obenem težavnimi socialnimi okoliščinami – največkrat s samomorilnostjo in alkoholizmom. Predlagali so, da bi v bodoče lahko naslovili tudi zdravstveno in socialno večplastnejše in zahtevnejše primere, da bi se znali spoprijeti z njimi.

V tem oziru so nekateri opozorili na »maskiranje« oz. prikrivanje težav v duševnem zdravju svojih uporabnic_kov – zlasti iskalk_cev zaposlitve – in izrazili željo, da bi jih v prihodnje bolje opremili za spoprijemanje s tovrstnimi strategijami. Prav tako bi želeli izvedeti več o oceni delazmožnosti svojih uporabnic_kov, saj jih veliko podcenjuje ali precenjuje svoje zmožnosti za delo. Kot zahtevne so omenjali uporabnice_ke, ki po njihovem mnenju niso motivirane_i za iskanje zaposlitve oz. se ne zmorejo ali nočejo poklicno rehabilitirati in socialno vključevati v okolje. Ali kot je izrazila ena od udeleženek: »Že dolgo delam na zaposlitveni rehabilitaciji in številni težko zadovoljijo zahteve delodajalca, ker so upočasnjeni, potrebujejo veliko razumevanja, niha jim pozornost itd. Ni dolga le pot zdravljenja, ampak tudi poklicne rehabilitacije. Malo je uspešnih zgodb«.

S tega vidika so številni izrazili željo po bolj konkretnih napotkih zahtevne komunikacije z ljudmi s težavami v duševnem zdravju poleg običajnega prakticanja odprtih vprašanj, s katerimi skušajo »odpirati« svoje uporabnice_ke.

Navsezadnje so bili dobrodošli predlogi o »bolj spodbudnih« naslovih delavnic, ki ne smejo vnaprej odvrčati ljudi s težavami v duševnem zdravju, saj se ti praviloma še vedno nočejo javno izpostaviti na delavnicah, kar lahko stopnjuje njihovo samostigmatizacijo.

4.5 Novi premisleki in vprašanja

Poleg osveženih znanj in spremenjenih namer ravnanj so delavnice spodbudile udeleženke_ce skupinskih pogovorov k »premisleku« o ustaljenih stališčih in zastavljanju novih vprašanj. Večina se je strinjala, da je učinek delavnic najmočnejši takoj po obisku delavnice in da te pozneje »povozijo vsakodnevne obveznosti« oz. se »posvetiš prioritetam v službi«. So pa zlasti tisti, ki so bili na delavnici pred šestimi meseci, ugotavljali, da jih je udeležba spodbudila k sodelovanju na podobnih izobraževanjih in da občasno spremljajo spletno stran OMRA, še posebej, ko izide novičnik. V splošnem so se strinjali, da vedo, kje iskati uporabne informacije, in da je s tega vidika gradivo OMRA zelo uporabno. Predvsem pa so soglašali, da bi se delavnice morale redno izvajati in ne le kot enkratni dogodek.

Nekateri so izpostavili, da bi take delavnice morale doseči prebivalce celotne Slovenije in ne le njenega severovzhodnega dela, da bi na ta način krepili preventivne socialnozdravstvene dejavnosti. Spet drugi so dejali, da bi jih morali organizirati tudi za druge skupine, npr. za delodajalce v okoliščinah pričakovane stopnjevane produktivnosti in učinkovitosti zaposlenih. Z večjo prisotnostjo v prostoru bi lahko delavnice predstavljale protiutež še vedno stigmatizirajočemu in senzacionalističnemu medijskemu poročanju o »nevarnih« ljudeh z motnjami razpoloženja.

Nekatere je delavnica spodbudila, da se sprašujejo, »kje je meja«, da se nekoga napoti po pomoč, oz. »koliko se lahko s svojimi napotki približajo uporabniku«. Prepričani so, da je meja zelo problematična tudi zaradi stigme, saj ljudje še vedno nočejo slišati, da imajo težave v duševnem zdravju. Navsezadnje so v dilemi, ali sploh predlagati nekomu pomoč, ki s svojo diagnozo dobro funkcionira. Prav tako so bili v zadregi, ko so priznali, da niso kos vsakodnevnim obremenitvam v službi, kar občutijo njihove_i uporabnice_ki, ker si praviloma ne zmorejo vzeti dovolj časa zanje.

Nekatere je delavnica prepričala, da bi morala v Sloveniji obveljati praksa napotovanja »od spodaj navzgor«, da bi se s tem razbremenilo psihiatrijo, bi moralo biti na voljo več preventivnih programov dobrega počutja, da lahko takoj »na licu mesta« dobiš pomoč, npr. v obliki pogovora – v šoli, domačem okolju, »ne da bi ga [otroka] sprehajali po institucijah«. Tudi učitelje bi morali bolj redno izobraževati, kako prisluhniti otroku, da razkrije svoje duševne težave.

Navsezadnje so presojali protipsihiatrično klimo v državi in ugotavljali, da je nujen pogovor o stranskih učinkih zdravil z uporabnicami_ki, češ da je podcenjen. Prav zaradi tega naj bi sicer redke udeleženke delavnico OMRA doživele kot negativno, ker so ocenile, da se prehitro priporočijo antidepresivi kot najbolj učinkovita oblika zdravljenja motenj razpoloženja.

5 ZAKLJUČEK

Čeprav so udeleženke_ci skupinskih pogovorov predstavnice_ki številnih poklicev in organizacij, ki se pri svojem delu zelo pogosto, celo dnevno, srečujejo z ljudmi s težavami v duševnem zdravju, je izbrani vzorec sogovornic_kov pristranski, saj je avtorica prispevka k sodelovanju povabila »najbolj zgovorne« udeleženke_ce delavnic OMRA iz skupine B. Poleg tega se je v pogovoru pokazalo, da je večina že dobro seznanjenih in poučenih o duševnem zdravju, zato ne preseneča, da niso bistveno spremenili svojega odnosa do ljudi s težavami v duševnem zdravju v smislu znižane stigme. Njihov odnos do uporabnic_kov s težavami v duševnem zdravju je bil že pred izvajanjem delavnic OMRA na visoki ravni. Kljub temu rezultati vsebinske analize v splošnem potrjujejo rezultate podobno zasnovanih kvalitativnih evalvacijskih raziskav MHFA (npr. Svensson in sod., 2015), ki so se prav tako zgledovale po začetni tovrstni raziskavi avtorja koncepta opismenjevanja o duševnem zdravju (Jorm in sod., 2005).

Program OMRA je torej 18 izbranih udeleženke_cev dveh skupinskih pogovorov ocenilo kot učinkovit. Nadgradil in osvežil je njihovo znanje o simptomatiki motenj razpoloženja, da bolje razumejo in se odzovejo na duševne stiske svojih uporabnic_kov. Izboljšal je njihovo znanje o iskanju primerne pomoči, predvsem pa je potrdil, da so že do zdaj ravnali v pravi smeri, ko so prisluhnili svojim uporabnicam_kom. Po delavnici se večina čuti dovolj opremljena s koristnimi informacijami, da lahko zelo konkretno pomaga svojim uporabnicam_kom s težavami v duševnem zdravju pri iskanju uporabnih informacij o motnjah razpoloženja in zanje primerne strokovne pomoči. Obenem so potrdili, da je program OMRA uporaben tudi za njih same in njihove bližnje, ko se znajdejo v stiski, in jih je spodbudil h konstruktivnemu razmišljanju, kako s skupnimi močmi še izboljšati njegovo učinkovitost, da bo dosegel vse, ki jim je namenjen.

Literatura

- Auger M, Crooks CV, Lapp A, Tsuruda S, Caron C, Rogers BJ, van der Woerd K. The essential role of cultural safety in developing culturally-relevant prevention programming in First Nations communities: Lessons learned from a national evaluation of Mental Health First Aid First Nations. *Evaluation and Program Planning*. 2019; 72: 188–196. Dostopno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149718917304275> (citirano 1. 6. 2019).
- Hadlaczky G, Hokby S, Mkrtchian A, Carli V, Wasserman D. Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*. 2014; 26(4): 467–475.

- Hossain D, Gorman D, Eley R, Coutts J. Value of Mental Health First Aid training of Advisory and Extension Agents in supporting farmers in rural Queensland. *Rural and Remote Health*. 2010; 10:1–9. Dostopno na: www.rrh.org.au/journal/article/1593 (citirano 3. 5. 2019).
- Jensen KB, Morthorst BR, Vendsborg PB, Hjorthøj C, Nordentoft M. Effectiveness of Mental Health First Aid training in Denmark: a randomized trial in waitlist design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016; 51(4): 597–606.
- Jorm AF, Kitchener BA, O’Kearney R, Dear KBG. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN5388754]. *BMC Psychiatry*. 2004; 4(33):1–9. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC526774> (citirano 5. 1. 2019).
- Jorm A, Kitchener B in Mugford S. Experiences in applying skills learned in a mental health first aid training course: A qualitative study of participants’ stories. *BMC Psychiatry*. 2005; 5(43):1–10. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1308824> (citirano 16. 10. 2018).
- Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG, Scales H, Cvetkovski S. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2010; 10(51): 1–12. Dostopno na: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-10-51> (citirano 7. 3. 2019).
- Jorm AF, Kitchener BA, Reavley NJ. Mental Health First Aid training: lessons learned from the global spread of a community education program. *World Psychiatry*. 2019; 18(2): 142–143.
- Kelly CM, Jorm AF, Kitchener BA. Development of mental health first aid guidelines on how a member of the public can support a person affected by a traumatic event: a Delphi study. *BMC Psychiatry*. 2010; 10(49): 1–15. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904289/pdf/1471-244X-10-49.pdf> (citirano 6. 5. 2019).
- Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*. 2002; 2: 10. Dostopno na: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-2-10> (citirano 1. 12. 2018).
- Kitchener BA, Jorm AF. Mental Health First aid Training: Review of Evaluation Studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006; 40(1): 6–8.
- Kitchener B, Jorm A, Kanowski L. *Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health First Aid Manual*. Parkville, Vic: ORYGEN Research Centre, University of Melbourne; 2008.
- Kitchener BA, Jorm AF. Mental Health First Aid: an international programme for early intervention. *Early Intervention Psychiatry*. 2008; 2(1): 55–61. Dostopno na: <https://dhs.iowa.gov/sites/default/files/Mental-Health-First-Aid-An-International-Program-for%20Early-Intervention.pdf?080120190550> (citirano 1. 7. 2019).
- Krippendorff K. *Content Analysis: An Introduction to its Methodology*, 2nd edition. London: Sage Publications; 2004.
- Lipson SK, Speer N, Brunwasser S, Hahn E, Eisenberg D. Gatekeeper training and access to mental health care at universities and colleges. *Journal of Adolescent Health*. 2014; 55(5): 612–619. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4209329/pdf/nihms-601953.pdf> (citirano: 3. 6. 2019).

- Mental Health First Aid – International Directory of MHFA Programs. Dostopno na: <http://www.mhfainternational.org/international-mhfa-programs.html> (citirano 25. 7. 2019).
- Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS ONE*. 2018; 13(5):1–20. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0197102&type=printable> (citirano 23. 5. 2019).
- Rose T, Leitch J, Collins KS, Frey JJ, Osteen PJ. Effectiveness of Youth Mental Health First Aid USA for social work students. *Research on Social Work Practice*. 2019; 29(3): 291–302.
- Sartore G-M, Kelly B, Stain HJ, Fuller J, Fragar L, Tonna A. Improving mental health capacity in rural communities: Mental health first aid delivery in drought affected rural New South Wales. *The Australian Journal of Rural Health*. 2008; 16(5): 313–318. Dostopno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1584.2008.01005.x> (citirano 12. 3. 2019).
- Svensson B, Hansson L, Stjernswärd S. Experiences of a Mental Health First Aid Training Program in Sweden: A Descriptive Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*. 2015; 51(4): 497–503.
- Svensson B, Hansson L. Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up. *PLoS One*. 2014; 9(6):1–8. Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4071003/pdf/pone.0100911.pdf> (citirano 5. 5. 2019).
- Svensson B, Hansson L. Mental health first aid for the elderly: A pilot study of a training program adapted for helping elderly people. *Aging & Mental Health*. 2017; 21(6): 595–601.
- Terry, J. Delivering a basic mental health training programme: views and experiences of Mental Health First Aid instructors in Wales. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2011; 18: 677–686.