

EVALVACIJA UČINKOV PROGRAMA OPISMENJAVANJA O MOTNJAH RAZPOLOŽENJA NA RAVEN RAZUMEVANJA ZNAČILNOSTI IN POSLEDIC ANKSIOZNOSTI, DEPRESIJE IN BIPOLARNE MOTNJE RAZPOLOŽENJA

Lilijana Šprah¹

POVZETEK

V državah EU ima motnje razpoloženja več kot 50 milijonov prebivalcev. To predstavlja resen javnozdravstveni problem tako zaradi trpljenja posameznikov in njihovih družin kakor tudi velikih stroškov, ki so povezani z njihovim zdravljenjem in posledicami za družbo. Vse bolj aktualna zato postaja implementacija promocijsko preventivnih aktivnosti, usmerjenih v izboljšanje razumevanja motenj razpoloženja in njihovih posledic. Iz držav, kjer so tovrstne programe začeli sistematično izvajati in evalvirati njihove učinke, prihajajo spodbudna poročila, da z dokazi podprti in ciljno naravnani promocijsko preventivni programi prinašajo pozitivne spremembe v stališčih laične javnosti do duševnih motenj, izboljšuje se njihov odnos do zdravljenja, prav tako pa se širi poznavanje značilnosti motenj in njihovih posledic. S podobnimi ambicijami se je v letu 2017 vzpostavil tudi program Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja (OMRA), v okviru katerega je bilo v regijah

-
1. Doktorica medicinskih ved, univerzitetno diplomirana psihologinja, višja znanstvena sodelavka, predstojnica; ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut, Novi trg 2, 1000 Ljubljana
E-naslov: lilijana.sprah@zrc-sazu.si
Moška slovnična oblika zapisa v prispevku je uporabljena kot nevtralna za ženski in moški spol.

severovzhodne Slovenije izvedenih 22 delavnic s ciljem, da se pri 956 osebah, ki so se udeležile izobraževanj o motnjah razpoloženja, dvigne raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja. Izsledki evalvacije učinkov delavnic OMRA so zelo pozitivni in kažejo na to, da se je vzpostavil učinkovit, z dokazi podprt protokol izobraževanja, ki sta ga zelo dobro sprejeli laična in strokovna javnost. To je prvi večdisciplinarni program izobraževanja o motnjah razpoloženja v Sloveniji, ki je zasnovan na konceptu pismenosti o duševnem zdravju, ima kompleksno strukturo in sistematično naslavlja razumevanje značilnosti in posledic motenj razpoloženja, njihovo destigmatizacijo in kompetence (samo)pomoči.

Ključne besede: izobraževanje, pismenost o duševnem zdravju, anksiozne motnje, depresija, bipolarna motnja razpoloženja

1 UVOD

Duševne motnje so v splošni populaciji zelo pogoste in verjetnost, da bo nekdo obolel za kakšno od njih, je med 40 in 50 % (Kessler in sod., 2005; 2007). Med najbolj razširjene duševne motnje razpoloženja se uvrščajo anksiozne in depresivne motnje, kar predstavlja tudi resen javnozdravstveni problem tako zaradi trpljenja posameznikov in njihovih družin kakor znatnih stroškov, ki so povezani z njihovim zdravljenjem in posledicami za družbo (Olesen in sod., 2012; Prince in sod., 2007; Wittchen in sod., 2011). V tem oziru še posebno izstopa depresija, ki se v primerjavi z drugimi zdravstvenimi težavami globalno gledano uvršča v sam vrh bremen bolezni, izraženih v letih življenja z invalidnostjo (angl. *Years Lived with Disability* – YLD) (Smith, 2014). Delno lahko razloge za takšno stanje pripišemo tudi stigmati, ki se drži duševnih motenj, poznemu iskanju strokovne pomoči in posledično dolgotrajnemu okrevanju (Henshaw, 2014). Raziskave kažejo, da npr. le slaba polovica oseb z depresijo ali generalizirano anksiozno motnjo poišče tudi strokovno pomoč (Kohn in sod., 2004; Roberts in sod., 2018), delež tistih, ki prejmejo tudi ustrezno diagnozo in terapijo, pa je še bistveno nižji (Clarke in Currie, 2009; Craven in Bland, 2013; Montano, 1994). Tako npr. avtorji za depresijo navajajo, da so pri 12,5 % pacientov, ki obišejo zdravnika na primarni ravni, prisotni tudi klinični znaki depresije, vendar je le 47 % takšnih pacientov tudi pravilno diagnosticiranih. Le 24 % od teh jih prejme terapijo, vendar zgolj pri 9 % je terapija ustrezna in le 6 % pacientov z ustrezno terapijo doseže remisijo (Pence in sod., 2012).

Če na eni strani raziskave razkrivajo, da obstaja veliko sivo polje neustrezne obravnave oseb, ki poiščejo pomoč pri strokovnih službah zaradi težav v dušev-

nem zdravju, pa ne gre zanemariti dejstva, da je tudi odločitev posameznikov, da poiščejo strokovno pomoč, kompleksen problem, na katerega vpliva vrsta dejavnikov. Raziskave kažejo, da predvsem ženske, ljudje srednjih let in osebe z višjo stopnjo izobrazbe v večji meri poiščejo strokovno pomoč (Boerema in sod., 2017; Picco in sod., 2016; Rabinowitz in sod., 1999). Pomemben faktor, ki vpliva na odločitev o iskanju pomoči, je prepoznava, torej ali oseba dojema svojo težavo kot duševno motnjo. Izsledki raziskav kažejo, da znaten delež laične javnosti ne prepozna duševnih motenj (Angermeyer in Dietrich, 2006). Laična javnost duševne motnje pogosto enači s psihosocialnimi pritiski ali stresom, šibkostmi osebe, ne pa z zdravstveno težavo (Altweck in sod., 2016; Matschinger in Angermeyer, 1996; Park in sod., 2018), kar se odraža pri iskanju strokovne pomoči, zanimanju za zdravljenje in prepričanjih o učinkovitosti zdravljenja (Morgan in sod., 2014).

1.1 Promocijsko preventivne aktivnosti in njihov vpliv na razumevanja duševnih motenj in njihovih posledic

Promocijsko preventivne aktivnosti, usmerjene v izboljšanje razumevanja duševnih motenj in njihovih posledic, so se že v več državah, ki so jih ciljno implementirale, izkazale kot zelo uspešne. Njihov cilj je bilo preoblikovanje stališč laične javnosti v smeri večjega sprejemanja odgovornosti za lastno duševno zdravje in spodbujanje zavedanja, da je zdravje vrednota. Pri tem so skušale vplivati tudi na prepričanja, zmanjšati predsodke o duševnih motnjah in dvigniti raven znanja o lastni zmožnosti posameznika, da varuje in ohranja svoje zdravje, prav tako pa so seznanjale o načinih pomoči (Goldney in sod., 2007; Gronholm in sod., 2017; Highet in sod., 2007). Evalvacije tovrstnih aktivnosti so pokazale pozitivne spremembe v stališčih javnosti do duševnih motenj in njihovem odnosu do zdravljenja, prav tako pa boljše poznavanje značilnosti motenj in njihovih posledic (Graham in sod., 2010; Henderson in sod., 2016; Jorm, 2012; Thornicroft in sod., 2016). Motnje razpoloženja so še posebej v ospredju zanimanja promocijsko preventivnih aktivnosti, saj zadnje epidemiološke raziskave beležijo, da v državah EU za njimi trpi več kot 50 milijonov ljudi (IHME, 2018; OECD/EU, 2018).

Eden učinkovitejših pristopov ozaveščanja in informiranja prebivalstva o značilnostih in posledicah motenj razpoloženja izhaja iz koncepta pismenosti o duševnem zdravju (angl. *Mental Health Literacy*, v nadaljevanju PDZ) (Furnham in Lousley, 2013; Goldney in sod., 2001; Jorm, 2012; Jorm in sod., 1997; Kutcher in sod., 2016; Nutbeam, 2000). Koncept PDZ opredeljuje pismenost kot skupek kognitivnih in socialnih veščin posameznika, ki omogočajo vedenje, kako pridobiti in vzdrževati dobro duševno zdravje, razumevanje duševnih motenj in

njihovega zdravljenja, zmanjševanje stigme, povezane z duševnimi motnjami, znanje, kdaj in kje poiskati pomoč, razvijanje kompetenc, namenjenih izboljšanju skrbi za duševno zdravje, in sposobnost samopomoči (Kutcher in sod., 2016; Jorm in sod., 1997). Ne glede na to pa programi, ki se opirajo na koncept PDZ, le redko izvajajo evalvacije, ki bi preverjale vse navedene vidike pismenosti, ampak pretežno naslavljajo sposobnost posameznika za prepoznavanje specifičnih duševnih motenj. V ta namen je bilo razvitih že več evalvacijskih orodij (O'Connor in sod., 2014; Wei in sod., 2016). V aktualni literaturi lahko zasledimo, da se največ raziskav na področju motenj razpoloženja usmerja predvsem v evalvacijo prepoznavanja motenj razpoloženja, ravni pismenosti o anksioznih in depresivnih motnjah in stigme, povezane z iskanjem pomoči (Furnham in Hamid, 2014; Gronholm in sod., 2017; Hansson in sod., 2016; Reavley in sod., 2014; Singh in sod., 2019; O'Connor in sod., 2014). Le maloštevilne študije pa naslavljajo pismenost o bipolarni motnji razpoloženja, saj vse do nedavno še ni bilo razvito, niti standardizirano orodje za preverjanje pismenosti o tej motnji razpoloženja (Stump in Eng, 2018).

1.2 Namen evalvacije delavnic OMRA

Leta 2017 smo v Sloveniji začeli izvajati nov promocijsko preventivni program na področju duševnega zdravja v obliki in vsebini, ki v slovenskem prostoru do takrat še ni bila vzpostavljena (več o vsebini in poteku programa OMRA² gl. Šprah, L.: *Uvajanje inovativnega programa pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji: rezultati in učinki programa*). Program je bil utemeljen na konceptu pismenosti o duševnem zdravju z osrednjim ciljem dvigniti raven pismenosti o motnjah razpoloženja (depresija, anksiozne motnje, bipolarna motnja razpoloženja) v laični javnosti. V ta namen so bila razvita različna orodja in pristopi. Ena od aktivnosti opismenjevanja je potekala tudi na terenu v obliki delavnic o prepoznavanju in rešitvah težav, povezanih s stresom, depresijo, anksioznimi in drugimi duševnimi motnjami (v nadaljevanju delavnica OMRA).

Namen evalvacije je bil pri udeležencih delavnic OMRA preveriti:

- a) kakšna je njihova sposobnost prepoznavanja anksioznosti, depresije in bipolarnih motenj razpoloženja,
- b) kakšna je njihova raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja,
- c) kakšen je vpliv delavnic OMRA na raven pismenosti o motnjah razpoloženja,

-
2. OMRA – akronim programa Z večjo pismenostjo o duševnem zdravju do obvladovanja motenj razpoloženja

- č) ali obstaja razlika v ravni pismenosti o motnjah razpoloženja med skupinama oseb, ki so se udeležile delavnic, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi, in skupino oseb, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov).

2 METODA

2.1 Udeleženci evalvacije

V evalvacijo so bili vključeni udeleženci delavnic OMRA, ki so se izvajale v regijah severovzhodne Slovenije (koroška, podravska in pomurska regija) od oktobra 2018 do maja 2019 v dveh modalitetah:

- delavnice, namenjene osebam, ki jih je tovrstna tematika zanimala ali so se soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi (skupina A),
- delavnice, namenjene strokovnim delavcem in predstavnikom organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (skupina B).

Od skupno 956 udeležencev delavnic je bilo v postopek evalvacije vključenih 936, izključeni pa so bili tisti udeleženci, ki so oddali nepopolne oz. neveljavne vprašalnike oz. jih sploh niso oddali. Podrobnejše sociodemografske značilnosti udeležencev delavnic, ki so bili vključeni v evalvacijo, so predstavljene v tabeli 1.

Tabela 1: Opis vzorca udeležencev delavnic (N = 936), ki so bili vključeni v evalvacijo

SKU-PINA	SPOL (%)		STAROST (leta)		STALNO PREBIVALIŠČE		IZOBRAZBA (%)		STATUS (%)	
	Ženski	Moški	M	SD	Me-sto	Pode-želje				
SKUPINA A (N = 428)	75,5	24,5	46,4	15,1	49,8	50,2	Osnovna šola ali manj	10,4	Študent oz. dijak	2,1
							Krajše izobraževanje – USO-programi za usposabljanje	1,4	Zaposlen	42,6
							Poklicna šola	13,2	Nezaposlen	36,0
							Srednja šola	35,0	Upokojen	19,3
							Višja šola (I. bolonjska stopnja)	10,7		
							Fakulteta, visoka šola (II. bolonjska stopnja)	24,8		
							Magisterij ali doktorat znanosti	4,4		
SKUPINA B (N = 508)	91,1	8,9	45,1	6,1	42,1	57,9	Osnovna šola ali manj	2,0	Študent oz. dijak	1,4
							Krajše izobraževanje – USO-programi za usposabljanje	0,8	Zaposlen	90,2
							Poklicna šola	2,7	Nezaposlen	2,4
							Srednja šola	10,8	Upokojen	6,0
							Višja šola (I. bolonjska stopnja)	13,9		
							Fakulteta, visoka šola (II. bolonjska stopnja)	62,7		
							Magisterij ali doktorat znanosti	7,1		

Opombe: M = povprečna starost; SD = standardna deviacija; skupina A = osebe, ki so se udeležile delavnice, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s

težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi; skupina B = osebe, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov).

2.2 Pripomočki

Udeleženci delavnic so v okviru delavničnega materiala prejeli sklop vprašalnikov, ki so jih po navodilih vodij anonimno izpolnjevali med izvajanjem delavnic. Prvi sklop vprašanj se je nanašal na osnovne sociodemografske podatke. Vprašanja, ki so sledila, pa so bila namenjena preverjanju pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja.

2.2.1 Prepoznavanje anksiozne motnje, depresije in bipolarni motnje razpoloženja

Za namene prepoznavanja posameznih motenj razpoloženja so bili uporabljeni tipični opisi motenj razpoloženja v obliki osebne zgodbe (angl. *Case vignette*). Za anksioznost, depresijo in bipolarno motnjo razpoloženja so bili primeri zgodb oblikovani in povzeti po študijah, ki so vključevale primerljiv protokol prepoznavanja motenj razpoloženja in ob upoštevanju diagnostičnih kriterijev posameznih motenj razpoloženja (American Psychiatric Association, 2013; Gong in Furnham, 2014; Majcen, 2016; O'Connor in sod., 2014; Reavley in Jorm, 2011). Udeleženci so bili naprošeni, da po predstavitvi posameznega primera motnje iz nabora 17 možnosti obkrožijo samo tisti odgovor (zgolj enega), ki najbolj točno opisuje, kaj se dogaja z osebo v opisu.

2.2.2 Orodja za oceno ravni pismenosti o depresiji, anksioznosti in bipolarni motnji razpoloženja

Raven pismenosti o depresiji, anksioznosti in bipolarni motnji razpoloženja smo preverjali s tremi orodji. Za namene ocenjevanja pismenost o anksioznosti in depresiji sta bila uporabljena že uveljavljena vprašalnika iz tega področja A-lit (Anxiety Literacy) in D-lit (Depression Literacy) (Australian National University; National Institute for Mental Health Research, 2014a; 2014b; Griffiths in sod., 2004; Gulliver in sod., 2012). Vprašalnika sta bila za namene uporabe v sklopu programa OMRA prevedena v slovenščino. Vprašalnik pismenosti o bipolarni motnji B-lit smo razvili sami. Vanj smo vključili primerljiva področja seznanjenosti o bipolarni motnji, kot so jih avtorji vključili v vprašalnika A-lit in D-lit, prav tako smo uporabili enako metodologijo odgovarjanja na vprašanja in razmerje med pravilnimi in napačnimi trditvami.

Vsakega od vprašalnikov sestavlja 22 trditev o anksiozni motnji, depresiji oz. bipolarni motnji razpoloženja. Udeleženci so pri vsaki trditvi označili odgovor PRAVILNO, če so menili, da trditev drži, ali NAPAČNO, če so presodili, da navedeno ne drži. V vseh treh vprašalnikih smo uvedli tudi kategorijo odgovora NE VEM, če udeleženci o trditvi niso imeli mnenja oz. niso poznali odgovora. S tem pristopom smo se želeli izogniti prisilnemu izbiranju odgovorov in ugibanju v primerih, ko udeleženci ne bi bili prepričani o svojem odgovoru. Če je udeleženec podal pravilni odgovor, se je slednji točkoval z eno točko, nepravilni odgovori in odgovori, o katerih ni imel mnenja, pa so šteli 0 točk. Najvišji skupni rezultat pri posameznem vprašalniku je znašal 22 točk, najmanjši pa 0 točk.

2.3 Postopek pridobivanja podatkov

Pred začetkom izvajanja delavnic so slušatelji izpolnili sklop vprašanj, kjer so podali svoje osnovne sociodemografske podatke: spol, starost, stalno prebivališče, izobrazbo, status. Nato so na treh primerih krajših osebnih zgodb z opisi posameznih motenj razpoloženja na seznamu 17 možnosti označili tisto, ki je po njihovem mnenju najtočneje opisovala vrsto težave v duševnem zdravju, predstavljene v posameznem primeru. Orodja za preverjanje pismenosti o anksioznosti (A-lit), depresiji (D-lit) in bipolarni motnji (B-lit) so bila aplicirana dvakrat: pred vsakim tematskim izobraževanjem o določeni motnji razpoloženja in po njem. Vprašalnike smo sproti zbirali, jih kasneje ustrezno označili in podatke vnesli v podatkovne baze.

2.3.1 Vsebina in potek delavnice OMRA

Vsebino in potek delavnice o motnjah razpoloženja smo zasnovali tudi s pomočjo intervjujev in fokusnih skupin, kjer smo s sogovorniki iz regij severovzhodne Slovenije preverjali, o katerih vsebinah bi se želeli izobraževati, in v kakšni obliki naj bi bile podane. Udeležba na delavnicah je bila prostovoljna, prijava pa je potekala na spletni platformi programa ali preko lokalnih deležnikov, pridruženih partnerjev programa OMRA. Vsebinsko je bila delavnica OMRA oblikovana tako, da smo v peturnem izobraževanju naslovili ključne tematike, ki se povezujejo z motnjami razpoloženja. Za uvodnim delom, kjer smo predstavili program OMRA, njegovo izobraževalno platformo in pomen duševnega zdravja za posameznika in družbo, smo podrobneje osvetlili problematiko stresa, njegove značilnosti in povezanost z motnjami razpoloženja kot njihovim sprožilcu in vzdrževalcu. Zatem so bile predstavljene motnje anksioznosti, depresija in bipolarna motnja razpoloženja. Pri vsaki motnji smo orisali njene značilnosti, vzroke in pristope zdravljenja. V zadnjem delu smo predstavili problematiko samostigme in dile-

me samorazkrivanja v zasebnem in delovnem okolju. Ob zaključku delavnice se je predavanju o oblikah (samo)pomoči, ki so na voljo za zdravljenje motenj razpoloženja, pridružil še lokalni psihiater oz. psihoterapevt, ki je udeležence seznanil s konkretnimi postopki iskanja strokovne podpore v lokalnem okolju.

2.4 Statistična obdelava podatkov

Za statistično obdelavo podatkov je bil uporabljen računalniški programski paket IBM SPSS Statistics 22. Za namene preverjanja razlik v ravni pismenosti o motnjah razpoloženja (anksioznost, depresija, bipolarna motnja razpoloženja) med skupinama A in B pred delavnicami in po njih je bil uporabljen neparametrični test Mann-Whitney U test. Za preverjanje učinkov delavnice na raven pismenosti pri posamezni skupini pa se je uporabil neparametrični Wilcoxonov test predznačenih rangov.

3 REZULTATI

3.1 Prepoznavanje motenj razpoloženja

Analiza prepoznavanja posameznih primerov opisov anksioznosti, depresije in bipolarne motnje razpoloženja je pokazala, da je največ udeležencev pravilno prepoznalo opis depresije in imelo največ težav pri opisu bipolarne motnje razpoloženja, kjer je bilo tudi največ nepravilnih odgovorov (tabela 2). Večji delež oseb iz skupine B je v primerjavi s skupino A pravilno prepoznal vsako od treh predstavljenih motenj razpoloženja. Podrobnejši rezultati prepoznavanja motenj razpoloženja pri obeh skupinah so prikazani v tabeli 2.

Tabela 2: Prepoznavanje motenj razpoloženja

	Osebna zgodba (anksioznost)		Osebna zgodba (depresija)		Osebna zgodba (bipolarna motnja razpoloženja)	
	Skupina A	Skupina B	Skupina A	Skupina B	Skupina A	Skupina B
	%		%		%	
Anksiozna motnja	43,2	69,4	6,4	4,5	7,9	3,0
Depresija	12,4	6,2	57,3	72,7	2,6	2,2
Bipolarna motnja razpoloženja	2,1	0,2	2,1	1,8	18,9	26,6
Psihične, čustvene, duševne težave	25,1	16,9	11,8	9,1	16,3	6,6
Življenjska kriza	1,7	0,6	4,0	3,2	6,7	2,2
Shizofrenija	1,2	0,0	1,2	0,4	14,8	22,9
Psihoza	1,0	1,8	0,9	0,8	11,7	20,9
Duševna motnja	5,0	2,8	5,7	2,6	10,3	11,1
Stres	2,6	1,6	6,8	4,3	2,9	0,4
Živčni zlom	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,0
Zloraba psihoaktivnih substanc	0,2	0,0	0,2	0,0	2,6	0,8
Z njim/hjo ni nič narobe.	1,0	0,0	0,9	0,0	1,0	0,8
Bulimija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Anoreksija	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Alkoholizem	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Rak	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ne vem.	4,3	0,6	2,1	0,6	3,8	2,4

Opombe: skupina A = osebe, ki so se udeležile delavnice, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi; skupina B = osebe, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov).

3.2 Raven pismenosti o motnjah razpoloženja

Raven pismenosti o motnjah razpoloženja se je pri udeležencih delavnic evalvirala pred izvajanjem tematskega predavanja o anksioznosti, depresiji oz. bipolarni motnji razpoloženja in po njem (tabela 3).

3.2.1 Vpliv delavnic OMRA na raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja

Analiza podatkov je pokazala, da je bila v obeh skupinah pred delavnico povprečna raven pismenosti o depresiji najvišja, raven pismenosti o anksioznosti pa najnižja. Skupina A je pri vseh treh motnjah dosegala nižjo povprečno raven pismenosti v primerjavi s skupino B tako pred delavnico kakor po njej (tabela 3). Po delavnici se je delež pravih odgovorov v obeh skupinah povečal in največja razlika v ravni pismenosti se je pokazala pri obeh skupinah pri bipolarni motnji razpoloženja (skupina A: 19,4 %, skupina B: 22,7 %).

Tabela 3: Raven pismenosti o motnjah razpoloženja pred delavnico OMRA in po njej

MOTNJA RAZPOLOŽENJA	Skupina	Testiranje	Raven pismenosti (%)	Razlika v ravni pismenosti po delavnici (%)
ANKSIOZNOST	Skupina A	Pred delavnico	53,9	17,8
		Po delavnici	71,7	
	Skupina B	Pred delavnico	62,9	19,3
		Po delavnici	82,2	
DEPRESIJA	Skupina A	Pred delavnico	63,9	12,9
		Po delavnici	76,9	
	Skupina B	Pred delavnico	75,1	12,9
		Po delavnici	88,0	
BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA	Skupina A	Pred delavnico	62,2	19,4
		Po delavnici	81,6	
	Skupina B	Pred delavnico	68,4	22,7
		Po delavnici	91,0	

Opombe: raven pismenosti prikazana kot % pravih odgovorov; skupina A = osebe, ki so se udeležile delavnice, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi; skupina B = osebe, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov).

Opravili smo tudi dodatno analizo postavk iz vprašalnikov glede pismenosti o depresiji, anksioznosti in bipolarni motnji, na katere sta pred izvajanjem delavnice vsaj 2/3 udeležencev odgovorili napačno oz. z možnostjo ne vem (tabela 4). Na vprašalniku glede pismenosti o anksiozni motnji sta v tem pogledu pri obeh skupinah najbolj izstopali naslednji postavki: *Ljudje z anksiozno motnjo pogosto govorijo nejasno in nepovezano* in *Veliko načinov zdravljenja anksiozne motnje*

je učinkovitejših od antidepresivov. Delež oseb, ki so po delavnici na isto postavko odgovorili napačno, se je zmanjšal v obeh skupinah, najbolj v skupini B pri postavki *Antidepresivi so učinkovit način zdravljenja anksiozne motnje* (64,5 %). Pri vprašalniku glede pismenosti o depresiji sta v obeh skupinah pred delavnico najbolj izstopali postavki *Specialisti klinične psihologije lahko predpisujejo antidepresive* in *Svetovanje je pri depresiji enako učinkovito kot kognitivno-vedenjska terapija*, saj je bilo tukaj največ napačnih odgovorov. Na vprašalniku glede pismenosti o bipolarni motnji pa se je v obeh skupinah pojavilo največ napačnih odgovorov pred delavnico na naslednjih postavkah: *Osebe z bipolarno motnjo razpoložena imajo krajšo življenjsko dobo* in *Zdravljenje bipolarne motnje razpoložena izvaja psihoterapevt*. Delež oseb, ki so po delavnici na istih postavkah podali pravilni odgovor, se je v obeh skupinah povečal. Najbolj je izstopala postavka *Osebe z bipolarno motnjo razpoložena imajo krajšo življenjsko dobo*, kjer je v skupini B po delavnici nanjo napačno odgovorilo le še 9,5 %.

Tabela 4: Predstavitev postavk v vprašalniku, vezanem na pismenosti o motnjah razpoloženja, na katere so udeleženci delavnic OMRA najpogosteje odgovorili napačno oz. z možnostjo ne vem

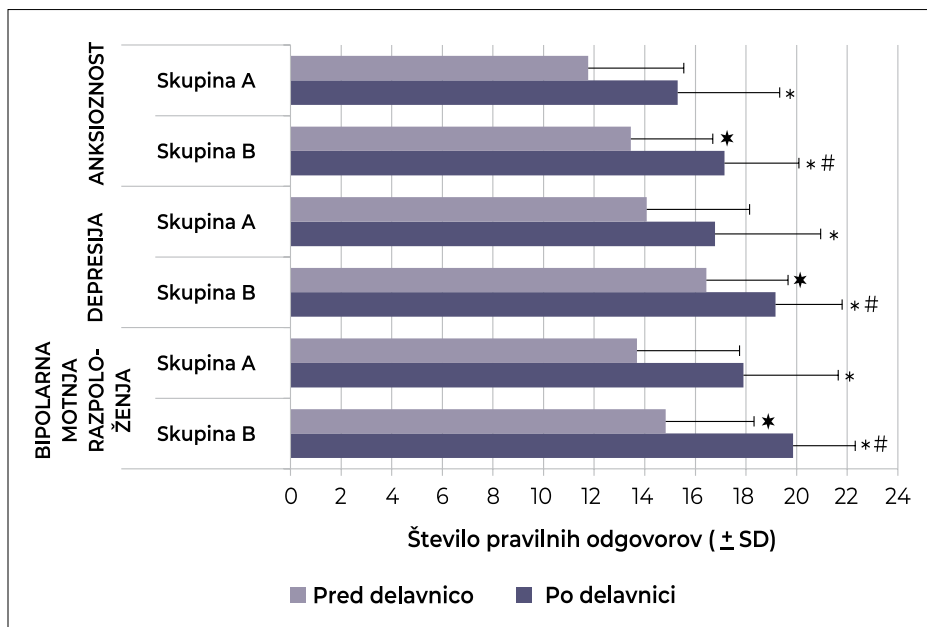
MOTNJA RAZPOLOŽENJA	Skupina	Postavke vprašalnika	Delež oseb z napačnim odgovorom in izbrano možnostjo ne vem PRED delavnico (%)	Delež oseb z napačnim odgovorom in izbrano možnostjo ne vem PO delavnici (%)
ANKSIOZNOST	A	1. Ljudje z anksiozno motnjo pogosto govorijo nejasno in nepovezano.	75,5	33,9
		17. Veliko načinov zdravljenja anksiozne motnje je učinkovitejših od antidepresivov.	85,9	58,0
		18. Akupunktura je enako učinkovita za zdravljenje anksiozne motnje kot kognitivno-vedenjska terapija.	74,1	23,8
	B	1. Ljudje z anksiozno motnjo pogosto govorijo nejasno in nepovezano.	64,7	32,8
		16. Antidepresivi so učinkovit način zdravljenja anksiozne motnje.	68,5	4,0
		17. Veliko načinov zdravljenja anksiozne motnje je učinkovitejših od antidepresivov.	89,8	36,8

DEPRESIJA	A	12. Specialisti klinične psihologije lahko predpisujejo antidepresive.	75,4	42,7
		17. Svetovanje je pri depresiji enako učinkovito kot kognitivno-vedenjska terapija.	74,3	48,8
	B	12. Specialisti klinične psihologije lahko predpisujejo antidepresive.	63,8	20,9
		17. Svetovanje je pri depresiji enako učinkovito kot kognitivno-vedenjska terapija.	64,7	27,8
BIPOLARNA MOTNJA RAZPOLOŽENJA	A	9. Osebe z bipolarno motnjo razpoloženja imajo krajšo življenjsko dobo.	87,6	21,1
		13. Zdravljenje bipolarne motnje razpoloženja izvaja psihoterapevt.	72,7	36,6
	B	9. Osebe z bipolarno motnjo razpoloženja imajo krajšo življenjsko dobo.	89,9	9,5
		13. Zdravljenje bipolarne motnje razpoloženja izvaja psihoterapevt.	60,9	22,9

Opombe: skupina A = osebe, ki so se udeležile delavnice, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi; skupina B = osebe, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov).

Statistična analiza je pokazala pomembno višjo raven znanja po delavnici pri skupini B, saj je bila izkazana povprečna raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji tako pred delavnico kakor po njej v skupini B pomembno višja v primerjavi s skupino A. V obeh skupinah se je pokazal pomemben vpliv delavnice na povprečno raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji, saj so bile razlike v številu pravih odgovorov po delavnici v obeh skupinah statistično pomembne (graf 1).

Graf 1: Primerjava povprečnih ravni pismenosti o motnjah razpoloženja pred delavnico OMRA in po njej



*Opomba: skupina A = osebe, ki so se udeležile delavnice, ker jih je tovrstna tematika zanimala ali so se same soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi; skupina B = osebe, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (strokovni delavci, predstavniki/člani lokalnih deležnikov); * = statistično pomembna razlika v povprečni ravni pismenosti po delavnici na ravni posamezne skupine; # = statistično pomembna razlika med skupino A in B v povprečni ravni pismenosti pred delavnico; # = statistično pomembna razlika v povprečni ravni pismenosti med skupino A in B po delavnici.*

4 RAZPRAVA

Osnovni namen evalvacije učinkov delavnic OMRA na raven pismenosti o motnjah razpoloženja je bil preveriti, ali je implementirani protokol izvajanja delavnic in preverjanja njihovih učinkov, ki smo ga vzpostavili na že mednarodno uveljavljeni paradigmi pismenosti o duševnem zdravju (Jorm in sod., 1997; Kutcher in sod., 2016), ustrezen glede na pridobljena znanja in razumevanje značilnosti anksioznih motenj, depresije in bipolarni motnje razpoloženja. Pri tem smo upoštevali, da so se delavnice izvajale ločeno za dve ciljni skupini oseb (gl. poglavje 3.1), zato je bila evalvacija opravljena tako na ravni posamezne skupine kakor na ravni medskupinskih primerjav.

Evalvirani skupini sta se po nekaterih izbranih sociodemografskih podatkih precej razlikovali (tabela 1). V skupini B so močno prevladovala ženske (91,1 %) in osebe z višjo izobrazbeno strukturo (62,7 % s fakultetno izobrazbo), 90,2 % je bilo delovno aktivnih, medtem ko je bil v skupini A večji delež moških udeležencev (24,5 %), izobrazbena struktura je bila nižja, pri čemer je prevladovala srednješolska izobrazba (35,0 %), 24,8 % jih je imelo fakultetno izobrazbo, delovno aktivnih je bilo 42,6 %, nezaposlenih 36 % in upokojenih 19,3 %.

Ključni rezultati evalvacije učinkov delavnic OMRA so bili naslednji: 1) najmanj težav so udeleženci delavnic imeli s prepoznavanjem depresije in največ z bipolarno motnjo razpoloženja, 2) raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji pred delavnicami je bila na višji ravni pri skupini oseb, ki so jo sestavljali strokovni delavci in predstavniki organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (skupina B), 3) udeleženci delavnic obeh skupin so izkazali višjo raven pismenosti o anksioznih motnjah, depresiji in bipolarni motnji po delavnicah, s tem da je bila višja raven znanja zaznana pri strokovnih delavcih in predstavnikih organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju, 4) največji preskok v ravni pismenosti po delavnici se je pojavil v obeh skupinah pri bipolarni motnji razpoloženja in najmanjši pri depresiji.

4.1 Prepoznavanje motenj razpoloženja

Pričakovano je največji delež udeležencev pravilno prepoznal opis depresije, v manjši meri anksiozno motnjo, največ težav pa so imeli z bipolarno motnjo razpoloženja, pri čemer jo je v skupini A pravilno prepoznalo 18,9 %, v skupini B pa 26,6 %. Bipolarno motnjo so v obeh skupinah v visokem deležu udeleženci prepoznali kot shizofrenijo (skupina A: 14,8 %, skupina B: 22,9 %). Na splošno smo opazili trend, da je skupina B v primerjavi s skupino A izkazala boljšo prepoznavo posameznih motenj razpoloženja (tabela 2), kar ne preseneča, saj je to bila skupina, ki so jo sestavljali predvsem strokovni delavci, zaposleni v centrih za socialno delo, zdravstvu, nevladnih organizacijah, zavodu za zaposlovanje, učitelji. Rezultati evalvacije so primerljivi z nekaterimi drugimi študijami, ki prav tako ugotavljajo, da je prepoznavanje depresije boljše v primerjavi z nekaterimi drugimi duševnimi motnjami. Tako depresijo prepozna okrog 70 % populacije, slabše pa druge anksiozne motnje, kot so generalizirana anksiozna motnja (2,84 %), obsesivno-kompulzivna motnja (64,6 %), panična motnja (1,26 %) in bipolarna motnja razpoloženja (28,4 %) (Furnham in Lousley, 2013; Furnham in sod., 2014; Majcen, 2016; Reavley in Jorm, 2011). Verjetno lahko vsaj deloma pripišemo takšen rezultat tudi dejstvu, da je depresija pogosta in se o njej v javnosti tudi več govori v primerjavi z ostalimi motnjami razpoloženja.

4.2 Raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja

Podobno kot pri prepoznavanju različnih motenj razpoloženja se je izkazalo tudi pri testiranju ravni pismenosti o posameznih motnjah razpoloženja, da se je najvišja raven znanja pred delavnicami v obeh skupinah razkrila pri depresiji (tabela 3), sledila je bipolarna motnja, medtem ko se je najnižja raven pismenosti izkazala pri anksiozni motnji razpoloženja. Rezultati so primerljivi z izsledki študij, ki so uporabljale enako metodologijo (vprašalnika A-lit in D-lit) (Griffiths in sod., 2004; Gulliver in sod., 2012; Majcen, 2017; Taylor-Rodgers in Batterham, 2014). Po delavnici se je raven znanja v obeh skupinah povečala, največja razlika v napredku pa se je pokazala pri bipolarni motnji razpoloženja. Skupina A je pri vseh treh motnjah dosegala nižjo povprečno raven pismenosti v primerjavi s skupino B tako pred delavnico kakor tudi po njej (tabela 3). Študije, ki spremljajo spremembe na ravni pismenosti o duševnem zdravju po različnih intervencijah, ne dajejo vedno enoznačnih rezultatov, tudi zato ker so intervencijske aktivnosti zelo različne tako po obliki kot vsebini, prav tako orodja, s katerimi se spremljajo njihovi učinki. Lahko pa iz rezultatov študij razberemo prevladujoči trend, da se po intervencijah, ki naslavljajo težave v duševnem zdravju, poveča raven pismenosti o duševnem zdravju ali specifičnih duševnih motnjah (Brijnath in sod., 2016). Tako npr. Taylor-Rodgers in Batterham (2014) poročata, da se je po spletni psihoedukacijski intervenciji dvignila raven pismenosti o anksioznosti, medtem ko na raven pismenosti o depresiji psihoedukacijska intervencija ni imela pomembnega učinka. Spletne intervencije, ki so ponujale izobraževanja o značilnosti motenj, razpoložljivih oblikah pomoči in destigmazacijske vsebine, so se v študiji Gulliver in sod. (2012) izkazale za učinkovite, saj se je raven pismenosti o depresiji in anksioznosti po intervencijah pomembno zvišala. Študija Hanssona in sod. (2016) poroča, da se je po švedski nacionalni kampanji za zmanjšanje stigme zvišala raven pismenosti o duševnem zdravju v populaciji. Prav tako dokazuje metaanaliza zelo razširjenega avstralskega programa Mental Health First Aid training (Morgan in sod., 2018), da se je pri udeležencih tega programa dvignila raven pismenosti o duševnem zdravju. Evalvacija programa treninga družinskih zdravnikov za boljše odzivanje na depresijo in anksiozne motnje (The Mental Health Aptitudes into Practice; MAP) je razkrila, da se je poleg povečanja zaupanja v svoje kompetence in sposobnosti dela s pacienti, ki imajo tudi težave v duševnem zdravju, dvignila tudi njihova raven pismenosti o duševnem zdravju (Graham in sod., 2010).

Za namene preverjanja pismenosti o bipolarni motnji razpoloženja smo razvili lasten vprašalnik, ki je sledil ključnim značilnostim orodij A-lit in D-lit, do nedavno

namreč ni bilo na voljo tovrstnih standardiziranih orodij (Stump in Eng, 2018). Rezultati evalvacije so pokazali, da je bila pismenosti o bipolarni motnji pred delavnico pri obeh skupinah dokaj visoka, vendar na podobni ravni kot pismenost o anksiozni motnji. V obeh skupinah se je po delavnici najbolj povečala raven pismenosti o bipolarni motnji razpoloženja (skupina A: 19,2 %, skupina B: 23,2 %). Možno, da se del tega rezultata nanaša tudi na transfer znanja. Bipolarna motnja razpoloženja je bila namreč predstavljena po predavanjih o anksiozni in depresivni motnji, zato so udeleženci v tem delu lahko pridobili določena znanja, ki so jim pomagala pri izpolnjevanju vprašalnika B-lit.

Podrobnejša analiza postavk, ki so udeležencem delala največ težav, je pokazala, da je področje zdravljenja motenj razpoloženja še vedno tisto, kjer vlada precej predsodkov in tudi slabega poznavanja značilnosti posameznih terapevtskih intervencij. Iz odgovorov je mogoče sklepati, da tako laična kot tudi strokovna javnost ni dobro poučena o antidepresivih, prav tako ne o drugih pristopih zdravljenja motenj razpoloženja. Postavke, ki so pred izvajanjem delavnic zabeležile največ nepravilnih odgovorov oz. izbiro možnosti ne vem, so naslednje (tabela 4): *veliko načinov zdravljenja anksiozne motnje je učinkovitejših od antidepresivov, akupunktura je enako učinkovita za zdravljenje anksiozne motnje kot kognitivno-vedenjska terapija, specialisti klinične psihologije lahko predpisujejo antidepresive, zdravljenje bipolarni motnje razpoloženja izvaja psihoterapevt*. Primerljive rezultate je pokazala tudi slovenska raziskava Pismenost o duševnem zdravju v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih regijah (Majcen, 2016). V Sloveniji se sicer zadnja leta opaža zaželen trend večjega predpisovanja antidepresivov v razmerju do pomirjeval (Kostnapfel in Albrecht, 2017), vendar slabo poznavanje učinkov antidepresivov in indikacij za njihovo predpisovanje se lahko odraža v negativnem odnosu laične javnosti do tega, da poišče strokovno pomoč, oz. tovrstna stališča vplivajo na neredno jemanje zdravil (Clarke in Currie, 2009; Goldney in Fisher, 2001; Pence in sod., 2012; Reavley in Jorm, 2011). V tem oziru vlada v slovenskem prostoru še veliko rezerve in programi, ki bi v večji meri ozaveščali javnost o farmakoterapevtskih pristopih zdravljenja duševnih motenj, bi bili več kot dobrodošli. Na delavnicah OMRA smo namreč zaznali, da je področje predstavljanja zdravil, ki se uporabljajo pri zdravljenju motenj razpoloženja, tisto, ki je udeležence vedno zelo pritegnilo. Vodjem delavnic so zastavljali veliko vprašanj in izrazili tudi precej pomislekov glede učinkov terapij z zdravili in njihovih stranskih učinkov, kar kaže na to, da naši zdravniki v ambulantnih ali bolnišničnih kontaktih s pacienti še vedno posvetijo temu pomembnemu področju premalo pozornosti.

Rezultati evalvacije učinkov delavnic OMRA so se pokazali v več ozirih skladni s primerljivimi mednarodnimi raziskavami s tega področja, vendar velja omeniti

nekaj omejitev evalvacije, ki bi lahko vplivale tudi na naravo izsledkov. Najprej: uporabljena evalvacijska orodja niso standardizirana za uporabo v slovenskem okolju in je pri določenih postavkah lahko prišlo tudi do neenotnega razumevanja njihovih vsebin in posledično pristranskega odgovarjanja udeležencev. Nadalje: čeprav smo izvajali delavnice ločeno za skupini A in B, smo opazili, da so se delavnic, organiziranih za skupino A, včasih udeležili tudi posamezniki, ki naj bi se vključili v skupino B, in obratno. Včasih se je to dogajalo v večjem številu, drugič je šlo zgolj za posameznike. Preden smo opravili analizo podatkov, smo preverili razlike med skupinama in izkazalo se je, da se skupini kljub vsemu razlikujeta do te mere, da jih v sklopu analiz pismenosti ne moremo obravnavati kot enotno skupino. Dokaj heterogeni skupini udeležencev delavnic verjetno tudi pogojujeta nekatere izsledke evalvacije, predvsem tiste, ki se močneje povezujejo s spolom, izobrazbo in starostjo. Tretja omejitev evalvacije se nanaša na področje analize ravni pismenosti o bipolarni motnji. Tukaj se je izkazal učinek delavnic največji, kar pa nujno ne odraža dejanskega stanja. Nekateri udeleženci so namreč izpolnjevali vprašalnik B-lit v drugo tekom izvajanja delavnice, kljub prošnji vodij delavnice, da naj izpolnjujejo vprašalnike po njihovih navodilih in takrat ko so pozvani za to.

5 ZAKLJUČEK

Izsledki evalvacije učinkov delavnic OMRA so pozitivni in zelo ohrabrujoči. Zaključujemo, da smo vzpostavili učinkovit, z dokazi podprt protokol izobraževanja in preverjanja njegovih učinkov na raven pismenosti o anksioznosti, depresiji in bipolarni motnji razpoloženja. To je prvi večdisciplinarni program pismenosti o motnjah razpoloženja v Sloveniji, ki ima kompleksno strukturo in sistematično naslavlja razumevanje motenj razpoloženja, njihovo destigmatizacijo, tudi kompetence (samo)pomoči. Njegova dodana vrednost je tudi v vzpostavljenem evalvacijskem protokolu kratkoročnih in dolgoročnih učinkov izobraževanj.

Že na terenu smo izvajalci delavnic opazili, da so bili udeleženci z izobraževanji zelo zadovoljni (gl. Šimenc, J.: *OMRA v zakulisju*). Podobna sporočila smo dobili po družbenih omrežjih in tudi v okviru kvalitativne evalvacije učinkov delavnic, ki smo jo opravili pri izbranih udeležencih nekaj mesecev po njenem obisku (gl. Knežević Hočevar, D.: *Kako se je program OMRA dotaknil udeleženk in udeležencev delavnic?*). Glede na aktualne smernice za izvajanje tovrstnih izobraževanj, ki se priporočajo v prilagojeni obliki za različne javnosti in okolja (Kutcher in sod., 2016), smo tudi mi delavnice koncipirali na regionalni osnovi, saj smo jih 22 izvedli v regijah severovzhodne Slovenije, kjer so neenakosti v

duševnem zdravju v primerjavi z ostalimi slovenskimi regijami največje. Delavnice smo ločeno izvajali za dve ciljni skupini: 12 delavnic za osebe, ki jih je tovrstna tematika zanimala ali so se soočale s težavami v duševnem zdravju pri svojih bližnjih, svojcih ali sebi (skupina A), in 10 delavnic za strokovne delavce in predstavnike organizacij, ki se pri svojem delu srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju (skupina B). S sprotno evalvacijo posameznih delavnic smo njihove vsebine tudi spreminjali in prilagajali ter jih tako še bolj približali slušateljem.

Visoka raven pismenosti o duševnem zdravju je tako za družbo kot posameznika ključnega pomena, saj bistveno pripomore k pravočasnemu iskanju ustrezne strokovne pomoči, zniževanju stigme in preventivni naravnosti populacije (Jorm, 2000). Raziskave poročajo, da je v okoljih z visoko stopnjo pismenosti o duševnem zdravju skrb za dobro duševno zdravje boljša, več je iskanja strokovne pomoči, opažena pa je tudi povečana implementacija učinkovitih preventivno promocijskih strategij, kar na daljši rok zmanjšuje socialno in ekonomsko breme, ki ga povzročajo duševne motnje pri posamezniku in v družbi (Jorm, 2012; Jorm in Raevly, 2013; Morgan in sod., 2018; Samele, 2016). Oblikovalci programa OMRA zato upamo, da bo tudi Slovenija odločneje zakorakala v smeri povečane skrbi za dobro duševno zdravje in bo vzpostavljena izobraževalna platforma OMRA postala dostopna čim večjemu številu prebivalcev.

Literatura

- Altweck L, Marshall TC, Ferenczi N, Lefringhausen K. Mental health literacy: a cross-cultural approach to knowledge and beliefs about depression, schizophrenia and generalized anxiety disorder. *Front Psychol.* 2015; 6: 1272.
- American Psychiatric Association (eds.). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.
- Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113: 163–179.
- Australian National University: National Institute for Mental Health Research. The Anxiety Literacy Questionnaire (A-lit); 2014a. Dostopno na: <http://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/anxiety-literacy-questionnaire-lit> (citirano 31. 7. 2019).
- Australian National University: National Institute for Mental Health Research. The Depression Literacy Questionnaire (D-lit); 2014b. Dostopno na: <http://rsph.anu.edu.au/research/tools-resources/depression-literacy-questionnaire-d-lit> (citirano 31. 7. 2019).
- Boerema AM, Ten Have M, Kleiboer A, de Graaf R, Nuyen J, Cuijpers P, Beekman ATF. Demographic and need factors of early, delayed and no mental health care use in major depression: a prospective study. *BMC Psychiatry.* 2017; 17(1): 367.

- Brijnath B, Protheroe J, Mahtani KR, Antoniadis J. Do Web-based Mental Health Literacy Interventions Improve the Mental Health Literacy of Adult Consumers? Results From a Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2016; 18(6): 165.
- Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust*. 2009; 190(7): 54–60.
- Craven MA, Bland R. Depression in primary care: current and future challenges. Review. *Can J Psychiatry*. 2013; 58(8): 442–448.
- Furnham A, Lousley C. Mental health literacy and the anxiety disorders. *Health*. 2013; 5(3): 521–531.
- Furnham A, Annis J, Cleridou K. Gender differences in the mental health literacy of young people. *Int J Adolesc Med Health*. 2014; 26: 283–92.
- Griffiths K, Christensen H, Jorm AF, Evans K, Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2004; 185: 342–349.
- Goldney RD, Fisher LJ, Grande ED, Taylor AW, Hawthorne G. Have education and publicity about depression made a difference? Comparison of prevalence, service use and excess costs in South Australia: 1998 and 2004. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; 41: 38–53.
- Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH. Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *Journal of affective disorders*. 2001; 64(2): 277–284.
- Gong AT, Furnham A. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders in mainland China. *Psych J*. 2014; 3(2): 144–158.
- Gronholm PC, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52(3): 249–258.
- Graham AL, Julian J, Meadows G. Improving responses to depression and related disorders: evaluation of a innovative, general, mental health care workers training program. *Int J Ment Health Syst*. 2010; 4: 25.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H, Mackinnon A, Calear AL, Parsons A, Bennett K, Batterham PJ, Stanimirovic R. Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012; 14(3): 69.
- Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009–2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 134: 71–79.
- Henderson C, Stuart H, Hansson L. Lessons from the results of three national antistigma programmes. *Acta Psychiatr Scand*. 2016; 134: 3–5.
- Henshaw EJ. Too sick, not sick enough? Effects of treatment type and timing on depression stigma. Review. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202(4): 292–299.
- Hight NJ, Luscombe GM, Davenport TA, Burns JM, Hickie IB. Positive relationships between public awareness activity and recognition of the impacts of depression in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40: 55–58.

- IHME (2018). Global Health Data Exchange. Dostopno na: www.healthdata.org (citirano 31. 7. 2019).
- Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*. 2012; 67(3): 231–243.
- Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Review. Br J Psychiatry*. 2000; 177: 396–401.
- Jorm A, Korten A, Jacomb P, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. »Mental health literacy«: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*. 1997; 166: 182–186.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, DE Graaf R, Demyttenaere K, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6(3): 168–176.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593–602.
- Kostnapfel T, Albrecht T (eds). *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2017*. NIJZ, 2017. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/publikacija_final_230718.pdf (citirano 31. 7. 2019).
- Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy. Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(3): 154–158.
- Majcen K. Pismenost o duševnem zdravju v povezavi z nekaterimi vidiki javnega duševnega zdravja v dveh slovenskih regijah. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta; 2016. Dostopno na: <https://dk.um.si/Dokument.php?id=85407> (citirano 31. 7. 2019).
- Matschinger H, Angermeyer MC. Lay beliefs about the causes of mental disorders: a new methodological approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996, 31: 309–315.
- Montano CB. Recognition and treatment of depression in a primary care setting. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55:18–34.
- Morgan AJ, Reavley NJ, Jorm AF. Beliefs about mental disorder treatment and prognosis: comparison of health professionals with the Australian public. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014; 48(5): 442–451.
- 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): e0197102.
- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000; 15(3): 259–267.
- O'Connor M, Casey L, Clough B. Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*. 2014; 23(4): 197–204.
- OECD/EU. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. 2018. Dostopno na: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1565290964&id=id&accname=guest&checksum=D82E02BC84BBFE365E77757EE37019D6 (citirano 31. 7. 2019).

- Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen HU, Jönsson B. on behalf of the CDBE2010 study group in the European Brain Council. The economic cost of brain disorders in Europe: Economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*. 2012; 19(1): 155–162.
- Park S, Jang H, Furnham A, Jeon M, Park SJ. Beliefs about the causes of and treatments for depression and bipolar disorder among South Koreans. *Psychiatry Res*. 2018; 260: 219–226.
- Pence BW, O'Donnell JK, Gaynes BN. The depression treatment cascade in primary care: a public health perspective. *Curr Psychiatry Rep*. 2012; 14(4): 328–335.
- Picco L, Abidin E, Chong SA, Pang S, Shafie S, Chua BY, et al. Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: Factor Structure and Socio-Demographic Predictors. *Front Psychol*. 2016; 7: 547.
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *The Lancet*. 2007; 370(9590): 859–877.
- Rabinowitz J, Gross R, Feldman D. Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34: 141–146.
- Reavley NJ, Jorm AF. Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011; 45(11): 947–956.
- Reavley NJ, Morgan AJ, Jorm AF. Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety disorders and schizophrenia/psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014; 48(1): 61–69.
- Samele C. Increasing momentum in prevention of mental illness and mental health promotion across Europe. *BJPsych Int*. 2016; 13(1): 22–23.
- Singh S, Zaki RA, Farid NDN. A systematic review of depression literacy: Knowledge, help-seeking and stigmatising attitudes among adolescents. *J Adolesc*. 2019; 74: 154–172.
- Smith K. Mental health: a world of depression. *Nature*. 2014; 515(7526): 181.
- Stump TA, Eng ML. The development and psychometric properties of the bipolar disorders knowledge scale. *J Affect Disord*. 2018; 238: 645–650.
- Taylor Rodgers E, Batterham PJ. Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 2014; 168: 65–71.
- Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016; 387(10023): 1123–1132.
- Wei Y, Patrick J, McGrath PJ, Hayden J, Kutcher S. Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016; 16(1): 297.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011; 21(9): 655–679.