

Oznaka poročila: ARRS-RPROJ-ZP-2011-1/130

ZAKLJUČNO POROČILO O REZULTATIH RAZISKOVALNEGA PROJEKTA

A. PODATKI O RAZISKOVALNEM PROJEKTU

1. Osnovni podatki o raziskovalnem projektu

| | |
|--|---|
| Šifra projekta | L3-0040 |
| Naslov projekta | OCENA SPREJEMLJIVOSTI MULTIFAKTORSKE LESTVICE ZA NAPOVED DEPRESIJE V DRUŽINSKI MEDICINI |
| Vodja projekta | 18329 Josip Car |
| Tip projekta | L Aplikativni projekt |
| Obseg raziskovalnih ur | 2.655 |
| Cenovni razred | B |
| Trajanje projekta | 02.2008 - 01.2011 |
| Nosilna raziskovalna organizacija | 381 Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta |
| Raziskovalne organizacije - soizvajalke | 2451 ZAVOD BIOMEDICINSKA RAZVOJNO INOVACIJSKA SKUPINA |
| Družbeno-ekonomski cilj | 13. Splošni napredek znanja - RiR financiran iz drugih virov (ne iz splošnih univerzitetnih fondov - SUF) |

1.1. Družbeno-ekonomski cilj¹

| | |
|--------------|--|
| Šifra | 13.03 |
| Naziv | Medicinske vede - RiR financiran iz drugih virov (ne iz SUF) |

2. Sofinancerji²

| | | |
|----|--------|-----------------------------|
| 1. | Naziv | Ministrstvo za zdravje RS |
| | Naslov | Štefanova 5, 1000 Ljubljana |
| 2. | Naziv | |
| | Naslov | |
| 3. | Naziv | |
| | Naslov | |

B. REZULTATI IN DOSEŽKI RAZISKOVALNEGA PROJEKTA

3. Poročilo o realizaciji programa raziskovalnega projekta³

Projekt **Ocena sprejemljivosti multifaktorske lestvice za napoved depresije v družinski medicini** predstavlja nadaljevanje mednarodnega projekta PREDICT v slovenski družinski medicini. Cilj je bil preveriti lestvico za napoved depresije v osnovni zdravstveni dejavnosti ter izdelati priporočila za zdravnike družinske medicine. V študiji smo analizirali rezultate na vzorcu 925 (od 1100 bolnikov), vključenih v študijo Predict, ki so bili rekrutirani iz 60 ambulant splošne medicine v Sloveniji. V tej populaciji je bila depresija ocenjevana s pomočjo vprašalnika CIDI. V ponovnem pregledu te kohorte čez pet let smo analizirali tudi podatke o somatskih boleznih, ki jih v prejšnji študiji nismo zbirali. Na ta način smo lahko preučili multimorbidnost pri teh bolnikih. Raziskava je bila zasnovana kot nadaljevanje kohortne študije PREDICT in predstavlja njeno obogatitev s podatki o somatskih boleznih. Izdelali smo praktična orodja za delo zdravnika v ambulanti družinske medicine.

PREIZKUŠANCI

1 Bolniki

Vzorec je predstavljala skupina 925 (od 1100 bolnikov), vključenih v študijo PREDICT iz 60 ambulant splošne (družinske) medicine v R Sloveniji. Gre za populacijo naključno izbranih obiskovalcev ambulante družinske medicine, ki predstavlja reprezentativni vzorec obiskovalcev ambulante splošne medicine v Sloveniji. Preiskovano skupino bolnikov so predstavljali tisti bolniki (n=221), ki kadarkoli so v tem času zboleli za depresijo, kontrolno skupino pa bolniki, ki zaradi depresije niso zboleli.

2 Zdravniki

2.1 Zdravniki, ki so sodelovali v izdelavi priporočil - v vzorec za izdelavo priporočil smo zajeli zdravnike iz ambulant družinske medicine v Sloveniji, ki jih posebej zanima problem depresije. Po načelih kvalitativne metodologije smo uporabili ciljno vzorčenja in v skupino zajeli zdravnike, ki so imeli izdelano stališče do problema depresije. Iste zdravnike smo povabili k sodelovanju pri testiranju priporočil pri rednem delu v ambulanti.

2.2 Zdravniki, ki so posredovali podatke o bolnikih - podatke o bolnikih je posredovalo 60 zdravnikov v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki so sodelovali v študiji PREDICT. Gre za naključno izbrane ambulante družinske medicine, ki predstavljajo reprezentativen vzorec ambulant družinske medicine v Sloveniji. Na tak način smo zagotovili reprezentativnost vzorca.

POSTOPEK

1. faza: Nadaljevanje kohortne študije in ocena multimorbidnosti

V okviru študije smo izvedli ponovni pregled kohorte bolnikov, ki so bili vključeni v študijo PREDICT. Pri tem smo zbrali podatke o somatskih stanjih bolnikov, ki so bili vključeni v kohorto.

Podatke smo pridobili s pomočjo njihovih izbranih zdravnikov oz. medicinskih sester na osnovi posebej izdelanega vprašalnika (PRILOGA 1). Vprašalnik je vseboval naslednje podatke:

- identifikacijo bolnika,
- podatke o obiskih v zdravstveni službi,
- podatke o hospitalizacijah,
- podatke o odsotnosti z dela,
- diagnoze vseh bolezni v zadnjem petletnem obdobju,
- podatke o sedanjem bolnikovem stanju.

Na osnovi analize teh podatkov smo opredelili povezavo med somatskimi boleznimi in depresijo pri obiskovalcih ambulante družinske medicine v Sloveniji (PRILOGA 2).

Pri vzorcu 925 bolnikov iz študije PREDICT smo zbrali podatke o multimorbidnosti, jih analizirali ter ocenili, kolikšen delež opredeljenih elementov multimorbidnosti v oceni/napovedi depresije to doprinese.

2. faza: Testiranje lestvice

Sočasno z zbiranjem podatkov o bolnikih, vključenih v kohorto, smo 60 zdravnikom omogočili uporabo lestvice, ki napoveduje nastanek depresije. Zdravnike smo prosili, da lestvico uporabljajo pri rednem delu. K sodelovanju smo pritegnili tudi druge zainteresirane zdravnike.

Po končanem testiranju smo organizirali fokusne skupine (naslednja faza).

3. faza: Izvedba fokusnih skupin

Izvedli smo 6 fokusnih skupin, v katere je bilo vključenih 52 zdravnikov družinske medicine. S pomočjo fokusnih skupin smo skušali razkriti skrite dejavnike, ki se kot ovira ali olajševalni dejavnik pojavljajo pri zdravnikih splošne medicine pri odkrivanju bolnikov z depresijo. Fokusna skupina je vrsta skupinskega intervjuja, v katerem se manjše število udeležencev, ki so si podobni v zahtevanih značilnostih, pogovarja z moderatorjem o zaviralnih in spodbujevalnih dejavnikih, ki vplivajo na vrednotenje depresivne epizode. Verodostojnost pogovorov, posnetih na avdiokasete, in prepisov (transkriptov) sta preverila dva neodvisna raziskovalca. Prepisi pogovorov so bili osnova za analizo. Podatke so analizirali trije neodvisni raziskovalci z vsebinsko analizo besedila prek označevanja pomembnih citatov, kodiranja in združevanja kod v teme in kategorije. Na ta način smo ugotavljali odnose med različnimi sporočili, ki so jih sporočali udeleženci. Postopek analize besedila je bil večkrat ponovljen. Ponavljali in nadgrajevali smo ga, dokler nismo našli novih modelov povezav, vpogledov, doživljanja in vedenjskih vzorcev v okviru raziskovanega področja. Analize vseh treh neodvisnih raziskovalcev so bile vrednotene in validirane v procesu triangulacije.

Rezultati fokusnih skupin so pojasnili, kakšne ovire nastajajo pri zdravnikih v primeru soočanja z depresijo, in kakšne težave zdravniki predvidevajo pri morebitni primarni preventivi depresije (PRILOGA 3).

4. faza: Izdelava priporočil

Rezultati kvalitativnega in kvantitativnega raziskovanja so omogočili izdelavo priporočil, katerih cilj je uspešno odkrivanje oseb z depresijo in preprečevanje težjih pojavnih oblik depresije.

Podatki iz dela v fokusnih skupinah bodo tudi v prihodnje uporabljeni tako, da bomo lahko z njihovo pomočjo izdelali nasvete strokovni javnosti, zdravstveni politik in vodstvom zdravstvenih zavodov, katere so ovire pri izboljšanju vodenja bolnikov z depresijo.

Rezultati kvalitativne študije so omogočili izdelavo orodij, ki bodo olajšala delo zdravnikov pri depresiji. Opomnik za zdravnike smo najprej preskusili pri udeležencih

fokusnih skupin (PRILOGA 4, 5) ter oblikovali dokončno verzijo (PRILOGA 6).

4. Ocena stopnje realizacije zastavljenih raziskovalnih ciljev⁴

Dosegli smo vse zastavljene raziskovalne cilje:

1. Ocena ovir pri obravnavi bolnikov z depresijo in testiranje multifaktorske lestvice za napoved depresije (PRILOGA 3).
2. Ocena sočasnih bolezni in drugih dejavnikov, pomembnih za pojav depresije (PRILOGA 2).
3. Izdelava instrumenta/priporočil za zdravnike (PRILOGA 6.)

1 Realizacija ciljev kvalitativnega raziskovanja

Večina ljudi z depresijo je po podatkih raziskav obravnavana v družinski medicini, medtem ko je le 20 % ljudi deležnih obravnave na sekundarni ravni. Po drugi strani pa se zdravniki družinske medicine ne izkažejo najbolje pri odkrivanju depresivnih stanj, saj jih kar 70 % »zgreši« pri postavitvi diagnoze depresija, kar potrjuje tudi analiza izvedenih fokusnih skupin - kvalitativna raziskava, v kateri so zdravniki navedli številne primere dolgotrajnih vodenj telesnih težav, preden so postavili diagnozo depresija.

Številni raziskovalci so skušali opredeliti dejavnike, ki vplivajo na to, da zdravnik na primarni ravni spozna človeka z depresijo. Bolnice, osebe z nižjo izobrazbo, starejši in tisti, ki so se ločili od družine, ali so ovdovali, imajo večje tveganje za nastanek depresije. Deloma je to potrdila tudi kvantitativna analiza (PRILOGA 2). Analiza fokusnih skupin je pokazala, da se zdravniki zavedajo dejavnikov za pojav depresije pri ženski in v starejšem življenjskem obdobju; prav tako so navedli številna stanja v družini, ki lahko privedejo do nastanka depresije. Dilemam ob postavitvi diagnoze se pridružujejo še tiste, ki so sistemske/organizacijske narave, npr. pomanjkanje časa.

2 Realizacija ciljev kvantitativne analize telesne komorbidnosti in dejavnikov tveganja za depresijo

Identificirani dejavniki tveganja za depresijo (ICD):

| Dejavnik | ICD depression (%) | | Chi-square | IF | 95,0% CI | P-value |
|------------------------------------|--------------------|-------------|------------|-----|-------------|---------|
| | no (n=690) | yes (n=221) | | | | |
| kronična črevesna bolezen | 1,6 | 3,6 | 4,558 | 3,1 | 1,098-8,947 | 0,033 |
| inkontinenca | 5,1 | 8,1 | 5,500 | 2,2 | 1,141-4,369 | 0,019 |
| slabo finančno stanje | 17,8 | 38,0 | 17,841 | 2,2 | 1,538-3,242 | <0,001 |
| smrt najbližjega | 9,6 | 18,1 | 7,993 | 2,0 | 1,232-3,158 | 0,005 |
| varno počutje doma | 58,8 | 46,6 | 4,672 | 0,7 | 0,489-0,966 | 0,031 |
| psihične ali čustvene težave očeta | 9,6 | 19,5 | 8,203 | 2,0 | 1,243-3,187 | 0,004 |
| telesna zloraba v otroštvu | 13,3 | 25,3 | 6,699 | 1,8 | 1,148-2,713 | 0,010 |
| nobnih težav pri sklepanju zvez | 71,9 | 53,4 | 10,001 | 0,6 | 0,396-0,805 | 0,002 |
| težave z alkoholom in drogo doma | 8,6 | 24,0 | 17,267 | 2,7 | 1,674-4,198 | <0,001 |
| diskriminacija zaradi zunanosti | 1,4 | 8,1 | 6,895 | 3,6 | 1,381-9,254 | 0,009 |

Ugotovili smo, da tveganje, da oseba zboli za depresijo, povečuje kronična črevesna bolezen, inkontinenca, slabo finančno stanje, smrt najbližjega, psihične ali čustvene težave očeta, diskriminacija zaradi zunanosti, telesna zloraba v otroštvu in težave z alkoholom in drogo doma.

Tveganje zmanjšuje varno počutje doma ter odsotnost težav pri sklepanju intimnih zvez (kakovost partnerskih odnosov).

| |
|--|
| |
|--|

5. Utemeljitev morebitnih sprememb programa raziskovalnega projekta oziroma sprememb, povečanja ali zmanjšanja sestave projektne skupine⁵

| |
|-------------------|
| Sprememb ni bilo. |
|-------------------|

6. Najpomembnejši znanstveni rezultati projektne skupine⁶

| Znanstveni rezultat | | | |
|---------------------|--------------|--|--|
| 1. | Naslov | SLO | Uporaba elektronske pošte pri naročanju v ambulanti in opominjanju pacientov |
| | | ANG | Email for the management of healthcare appointments and attendance reminders |
| | Opis | SLO | Elektronska pošta je lahko uporabno orodje pri naročanju obiskov pacientov v ambulanti. Elektronsko sporočilo, ki ga pacient dobi nekaj dni pred predvidenim obiskom v ambulanti lahko prepreči izgubo časa in ponovno naročanje zaradi pozabljivosti pacientov. Namen prispevka je oceniti učinke uporabe elektronske pošte za naročanje in opominjanje pacientov, na delo zdravstvenih delavcev, izide zdravljenja pacientov, učinke na negovalce in druge zdravstvene storitve ter tudi negativne učinke. |
| | | ANG | E-mail could be a very useful tool in the management of healthcare appointments and as an attendance reminder. Aim: to assess the effects email for the management of healthcare appointments and attendance reminders on outcomes for health professionals, patients and carers, and health services. |
| | Objavljeno v | ATHERTON, Helen L., CAR, Josip, MEYER, Barbara. Email for the management of healthcare appointments and attendance reminders. Cochrane database syst. rev. (Online), 2010, issue 12, str. 1-14. | |
| | Tipologija | 1.01 Izvirni znanstveni članek | |
| | COBISS.SI-ID | 27935961 | |
| 2. | Naslov | SLO | Razvoj in validacija mednarodnega orodja za napovedovanje epizod depresije pri obiskovalcih ambulant splošne medicine |
| | | ANG | Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees. |
| | Opis | SLO | Več kot 10000 obiskovalcev splošnih ambulant je bilo vključenih v raziskavo s katero so razvili orodje za napovedovanje epizod depresije v prihodnosti. Orodje je sestavljeno iz desetih dejavnikov: starost, spol, izobrazba, depresija v osebni anamnezi, psihološke težave v družinski anamnezi, rezultat na lestvici ocene telesnega in duševnega zdravja na vprašalniku SF-12, težave pri plačnem ali neplačnem delu, izkušnja diskriminacije in država raziskave. Orodje ima podobno moč in uporabnost kot bolj znani algoritmi tveganja za napoved kardiovaskularnih bolezni. |
| | | ANG | Nine of the 10 factors in the risk algorithm were age, sex, educational level achieved, results of lifetime screen for depression, family history of psychological difficulties, physical and mental health subscale scores on the SF 12, unsupported difficulties in paid or unpaid work, and experiences of discrimination. |
| | Objavljeno v | KING, Michael, WALKER, Carl, ŠVAB, Igor, ROTAR-PAVLIČ, Danica. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees. Arch Gen Psychiatry, 2008, letn. 65, št. 12, str. 1368-1376. | |
| | Tipologija | 1.01 Izvirni znanstveni članek | |
| | COBISS.SI-ID | 25124313 | |
| 3. | Naslov | SLO | Prevalence pogostih duševnih motenj v populaciji obiskovalcev splošnih ambulant v Evropi |
| | | ANG | Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across |

| | | |
|--------------|-----|---|
| | | Europe |
| Opis | SLO | V prispevku primerjamo prevalence depresije, paničnega sindroma in drugega anksioznega sindroma pri obiskovalcih splošnih ambulant v šestih evropskih državah. Najvišje prevalence duševnih motenj so v Veliki Britaniji in v Španiji, najnižje pa na Nizozemskem in v Sloveniji. Razlike v prevalenci in s tem tudi obremenitvami splošnih zdravnikov so zelo različne v različnih evropskih državah. |
| | ANG | Aim was to compare prevalence of major depression, panic syndrome and other anxiety syndrome in general practice attendees in six European countries. The highest prevalence for all disorders occurred in the UK and Spain, and lowest in Slovenia and The Netherlands. |
| Objavljeno v | | KING, Michael, NAZARETH, Irwin, LEVY, George, WALKER, Carl, MORRIS, Richard, WEICH, Scott, BELLÓN-SAAMEÑO, Juan Angel, ŠVAB, Igor, ROTAR-PAVLIČ, Danica, RIFEL, Janez. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. Br. J. Psychiatry, 2008, letn. 192, št. 5, str. 362-367. |
| Tipologija | | 1.01 Izvirni znanstveni članek |
| COBISS.SI-ID | | 24566233 |
| 4. Naslov | SLO | Prevalenca abdominalne debelosti pri pacientih na primarnem nivoju zdravstvene oskrbe v Sloveniji |
| | ANG | Prevalence of abdominal obesity in Slovene primary health care attendees |
| Opis | SLO | Prevalenca abdominalne debelosti narašča s starostjo bolnikov in se zmanjšuje z višanjem njihove dosežene izobrazbe. Abdominalna debelost ima visoko prevalenco med nezaposlenimi ženskami in bivšimi kadilci. Abdominalna debelost je pogostejša med bolniki s srčno-žilnimi boleznimi, sladkorno boleznijo in z visokim tlakom. Prevalenca abdominalne debelosti je višja med ženskami po menopavzi, še posebej med tistimi, ki ne prejema nadomestnega hormonskega zdravljenja. Merjenje obsega pasu je enostavna metoda, ki bi lahko pomagala pri oceni nujnosti zmanjšanja telesne teže. |
| | ANG | The prevalence of abdominal obesity is increasing with age and declining with higher level of education. Abdominal obesity is highly prevalent among unemployed women and former smokers. |
| Objavljeno v | | RIFEL, Janez, ŠVAB, Igor. Prevalence of abdominal obesity in Slovene primary health care attendees - the IDEA study = Prevalenca abdominalne debelosti pri pacientih na primarnem nivoju zdravstvene oskrbe v Sloveniji. Zdravstveno varstvo. [Tiskana izd.], 2009, letn. 48, št. 1, str. 18-25. |
| Tipologija | | 1.01 Izvirni znanstveni članek |
| COBISS.SI-ID | | 1024070484 |
| 5. Naslov | SLO | Vpliv demografskih dejavnikov na prepoznavo bolnikov z depresijo in anksioznostjo na primarnem zdravstvenem nivoju v Sloveniji |
| | ANG | Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. |
| Opis | SLO | Prispevek je primerjal dve presečni raziskavi, ki sta istočasno potekali v Sloveniji. V prvi raziskavi so zdravniki sami poročali o diagnozah depresije in anksioznosti pri pacientih, v drugi raziskavi pa so bili bolniki diagnosticirani s pomočjo standardiziranih vprašalnikov. Značilno več višje izobraženih ljudi je dobilo diagnozo depresije v drugi raziskavi kot v prvi. |
| | ANG | The paper compared two cross-sectional studies that were performed at the same time in Slovenia. It was more likely for people with higher education to be diagnosed with depression in the second study than in the first one. |
| Objavljeno v | | RIFEL, Janez, ŠVAB, Igor, PETEK ŠTER, Marija, ROTAR-PAVLIČ, Danica, KING, M., NAZARETH, Irwin. Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. BMC Psychiatry, 2008, letn. 8, str. 96. |
| Tipologija | | 1.01 Izvirni znanstveni članek |
| COBISS.SI-ID | | 25481689 |

7. Najpomembnejši družbeno-ekonomsko relevantni rezultati projektne skupine⁶

| |
|--|
| Družbeno-ekonomsko relevantni rezultat |
| |

| | | | |
|--------------|--------------|----------|---|
| 1. | Naslov | SLO | Intervencije za prenehanje kajenja, ki temeljijo na rabi interneta. |
| | | ANG | Internet-based interventions for smoking cessation. |
| | Opis | SLO | Pregledni članek opisuje 20 raziskav o prenehanju kajenja s pomočjo interneta. Raziskave so bile zelo različne glede opazovane populacije, intervencij in izidov. Deset raziskav je primerjalo internetno intervencijo z drugo intervencijo za prenehanje kajenja, ki ni bila povezana z internetom ali pa s kontrolno skupino, kjer se ni izvajala intervencija. |
| | | ANG | Twenty trials met the inclusion criteria for this Cochrane review. The heterogeneity of the data for populations, interventions and outcomes allowed for very little pooling. Ten trials compared an Internet intervention to a non-Internet based smoking cessation intervention or to a no-intervention control. |
| | Šifra | | |
| | Objavljeno v | | CIVLJAK, Marta, SHEIKH, Aziz, STEAD, Lindsay F, CAR, Josip. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane database syst. rev. (Online), 2010, št. 9, str. 1-57. |
| | Tipologija | | 1.01 Izvirni znanstveni članek |
| COBISS.SI-ID | | 27473625 | |
| 2. | Naslov | SLO | Mednarodni algoritem za napovedovanje pojava generalizirane anksioznosti in paničnega sindroma pri obiskovalcih splošnih ambulant: Predict A. |
| | | ANG | An international risk prediction algorithm for the onset of generalized anxiety and panic syndromes in general practice attendees: predictA. |
| | Opis | SLO | Do sedaj še ni bilo objavljenih orodij za napovedovanje anksioznosti, ki bi lahko pomagali pri preventivi. Algoritem je sestavljen iz devetih dejavnikov: starost, spol, depresija v osebni anamnezi, psihološke težave v družinski anamnezi, rezultat na lestvici ocene telesnega in duševnega zdravja na vprašalniku SF-12, težave pri plačanem ali neplačanem delu, država raziskave in čas spremljanja v raziskavi. Orodje je izredno podobno algoritmu za napovedovanje depresije, kar kaže na precejšnje prekrivanje konceptov depresije in anksioznosti. |
| | | ANG | There are no risk models for the prediction of anxiety that may help in prevention. In the algorithm four variables were fixed characteristics (sex, age, lifetime depression screen, family history of psychological difficulties); three current status (Short Form 12 physical health subscale and mental health subscale scores, and unsupported difficulties in paid and/or unpaid work); one concerned country; and one time of follow-up. The algorithm is strikingly similar to the predictD algorithm for major depression, suggesting considerable overlap in the concepts of anxiety and depression. |
| | Šifra | | |
| | Objavljeno v | | KING, Michael, BOTTOMLEY, C., ŠVAB, Igor, RIFEL, Janez. An international risk prediction algorithm for the onset of generalized anxiety and panic syndromes in general practice attendees : predictA. Psychol. med., 2011. |
| | Tipologija | | 1.01 Izvirni znanstveni članek |
| COBISS.SI-ID | | 27949273 | |
| 3. | Naslov | SLO | Kategorizacija citatov v MEDLINE-u na podlagi točkovanja po hi-kvadratu. |
| | | ANG | Chi-square-based scoring function for categorization of MEDLINE citations. |
| | Opis | SLO | Opisan je razvoj preproste metode iskanja relevantnih člankov v bazi MEDLINE. Oblikovali so dva korpusa člankov; enega z genetsko tematiko in enega z negenetsko tematiko. Primerjava frekvence posameznih MeSH deskriptorjev v genetskem in negenetskem korpusu s pomočjo hi-kvadrat testa je izluščila tiste MeSH deskriptorje, ki so bolj značilni za članke z genetsko tematiko. |
| | | ANG | A simple method that uses a chi-square-based scoring function to determine the likelihood of MEDLINE(R) citations containing genetic relevant topic was developed. They constructed a genetic and a nongenetic domain document corpus. We compared frequencies of MeSH descriptors between two corpora applying chi-square test. The output of the proposed method is a list of scores for all the citations, with the highest score given to those citations containing MeSH descriptors typical for the genetic domain. |
| | Šifra | | |

| | | |
|--------------|--------------|--|
| | Objavljeno v | KASTRIN, Andrej, PETERLIN, Borut, HRISTOVSKI, Dimitar. Chi-square-based scoring function for categorization of MEDLINE citations. <i>Methods inf. med.</i> , 2010, letn. 49, št. 2, str. 371-378. Rezultat po Šifrantu raziskovalnih rezultatov in učinkov |
| | Tipologija | 1.01 Izvirni znanstveni članek |
| | COBISS.SI-ID | 26772441 |
| 4. | Naslov | <i>SLO</i> Bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju sladkorne bolezni. |
| | | <i>ANG</i> Patients' adherence to treatment of diabetes mellitus. |
| | Opis | <i>SLO</i> Raziskava predstavlja ovire za bolnikovo zavzetost za zdravljenje, kot jih doživlja bolnik. Bolniki čutijo pravico do občasne opustitve priporočenega zdravljenja, posebej v določenih družabnih in življenjskih okoliščinah. Ravnovesje med željami bolnika, delovnimi zahtevami in priporočili za zdravljenje na eni strani ter k bolniku usmerjena individualna podpora zdravnika ob bolnikovi prilagoditveni sposobnosti na drugi strani lahko izboljša zdravstveno oskrbo. |
| | | <i>ANG</i> The study offers additional insights into patients' views of the barriers to adherence. Patients feel empowered for occasional departure from recommended treatment in some social and life situations. Better medical care could be the result of good balance between social expectations of the patients, treatment and working demands on one side and individualised support of the physician with patients' own capacity to rear range life on the other side. |
| | Šifra | |
| | Objavljeno v | PETEK, Davorina, ROTAR-PAVLIČ, Danica, KERSNIK, Janko, ŠVAB, Igor. Patients' adherence to treatment of diabetes mellitus = Bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju sladkorne bolezni. <i>Zdravstveno varstvo</i> . [Tiskana izd.], 2010, letn. 49, št. 1, str. 11-18. |
| | Tipologija | 1.01 Izvirni znanstveni članek |
| COBISS.SI-ID | 1024227412 | |
| 5. | Naslov | <i>SLO</i> Posredovanje informacij o preprečevanju bolezni in promociji zdravja prek elektronske pošte. |
| | | <i>ANG</i> Email for the provision of information on disease prevention and health promotion. |
| | Opis | <i>SLO</i> V zadnjih letih vse več ljudi išče informacije o boleznih in zdravju prek interneta. Za te potrebe lahko poskrbi tudi osebni zdravnik vsakega človeka. Namen prispevka je oceniti učinke uporabe elektronske pošte pri preprečevanju bolezni in promociji zdravja, na delo zdravstvenih delavcev, izide zdravljenja pacientov, učinke na negovalce in druge zdravstvene storitve ter tudi negativne učinke. |
| | | <i>ANG</i> A lot of people is searching the internet for information on diseases and health in recent years. Physicians could also meet these needs of their patients. The aim of the paper is to assess the effects of email for the provision of information on disease prevention and health promotion on outcomes for health professionals, patients and carers, and health services, including harms. |
| | Šifra | |
| | Objavljeno v | ATHERTON, Helen L., CAR, Josip, MEYER, Barbara. Email for the provision of information on disease prevention and health promotion. <i>Cochrane database syst. rev. (Online)</i> , 2010, issue 12, str. 1-14. |
| | Tipologija | 1.01 Izvirni znanstveni članek |
| COBISS.SI-ID | 27936473 | |

8. Drugi pomembni rezultati projekta skupine⁸

Ugotovili smo, da tveganje, da oseba zbolí za depresijo, povečuje kronična črevesna bolezen, inkontinenca, slabo finančno stanje, smrt najbližjega, psihične ali čustvene težave očeta, diskriminacija zaradi zunanosti, telesna zloraba v otroštvu in težave z alkoholom in drogo doma.
Tveganje zmanjšuje varno počutje doma ter odsotnost težav pri sklepanju intimnih zvez

(kakovost partnerskih odnosov). (Neobjavljeno besedilo: The pattern of physical co-morbidity and the psychosocial determinants of depression. A prospective cohort study on a representative sample of family practice attendees in Slovenia)

Opredelili smo skupino pogostih obiskovalcev ambulant družinske medicine izmed 816 bolnikov v letu 2003, skupina se je zmanjšala na 760 bolnikov v letu 2004 in 527 bolnikov v letu 2005. Nizka ocena telesnega zdravja, začetek težke telesne bolezni in/ali poškodbe so povečale verjetnost pogostega obiskovanja izbranega zdravnika v vsakem od let 2003, 2004 in 2005. Pogosti obiskovalci ostanejo takšni tudi v naslednjem letu s 40% verjetnostjo, kar je več kot v drugih študijah. Najmočnejši dejavnik vpliva je slabše telesno zdravje. Zaposlenost in diskriminacija zaradi invalidnosti povečujta verjetnost, da oseba postane pogosti obiskovalec ambulante družinskega zdravnika.

(Neobjavljeno besedilo: Frequent attendees among a representative sample of family practice attendees in Slovenia)

9. Pomen raziskovalnih rezultatov projektne skupine⁹

9.1. Pomen za razvoj znanosti¹⁰

SLO

Identificirani dejavniki tveganja za razvoj depresije so osnova za revizijo vodenja depresije v osnovni zdravstveni dejavnosti. V Evropi 10 % prebivalcev oz. 25 % tistih, ki so obravnavani na primarni ravni, trpi zaradi depresije. Boljše odkrivanje in ocenjevanje bo omogočilo boljše zdravljenje te bolezni in prispevalo k zmanjšanju bremena depresije, vključno s samomorilnostjo. Slovenija ima zaradi samomora letno več kot 30 umrlih oseb na 100.000 prebivalcev. Depresija je ena izmed najpogostejših psihiatričnih obolenj, ki pomembno prispeva k obolevnosti in umrljivosti v populaciji. Napovedi kažejo, da bo depresija leta 2020 druga najpogostejša bolezen (za srčno-žilnimi boleznimi), ki bo bremenila svetovno prebivalstvo. Rezultati študije so nadgradnja že obstoječega znanja raziskovalcev v raziskovalni skupini, kot razširitev mednarodnega projekta izhaja iz preverjenih znanstvenih metod, sodelovanje z mednarodno uveljavljenimi strokovnjaki na področju depresije v osnovni zdravstveni dejavnosti pa je zagotovilo, da bodo identificirani dejavniki tveganja za nastanek depresije (kronična črevesna bolezen, inkontinenca, slabo finančno stanje, smrt najbližjega, psihične ali čustvene težave očeta, diskriminacija zaradi zunanosti, telesna zloraba v otroštvu in težave z alkoholom in drogo v družini) relevantni tako za Slovenijo kot za mednarodno javnost.

ANG

Identified risk factors for the development of depression are used as the basis for revising the management of depression in the primary healthcare activity. Around 10% of people in Europe or 25% of those treated at the primary level suffer from depression. Better identification and assessment will improve the treatment of this disease and help reduce the burden of depression, including suicidality. In Slovenia, more than 30 persons per 100,000 inhabitants die each year. Depression is one of the most frequent psychiatric diseases which contribute significantly to morbidity and mortality in the population. According to the forecasts depression will be the second most frequent disease in 2020 (following cardiovascular diseases) that will pester the global population. The results of the study are an upgrade of the existing knowledge of the researchers in the research team, expansion of the international project arising from verified scientific methods, and the co-operation with the internationally established experts in the field of depression and in the primary healthcare activity is the warranty that the identified risk factors for the occurrence of depression (chronic intestinal disease, incontinence, poor physical condition, death of a close relative, psychical or emotional problems of the father, discrimination based on appearance, physical abuse in childhood and drug- and alcohol-related problems in the family) will be relevant for Slovenia and for the international public.

9.2. Pomen za razvoj Slovenije¹¹

SLO

Rezultati naše študije bodo prispevali k zgodnjemu odkrivanju depresije (sekundarna preventiva) v družinski medicini. Model dejavnikov tveganja je bil izdelan prospektivno na velikem reprezentativnem vzorcu. V študiji smo prikazali vzorec multimorbidnosti na reprezentativnem vzorcu obiskovalcev družinske medicine (Tabela 8, PRILOGA 2). O veliki prisotnosti multimorbidnosti poročajo tudi drugi avtorji (Fortin et al 2005, Vogeli et al 2007). Znano je, da imajo bolniki s štirimi ali več

kroničnimi boleznimi hkrati 99-krat višjo možnost, da bodo potrebovali hospitalizacijo, ki pa bi se ji lahko izognili z ustrezno oskrbo v družinski medicini (Wolff et al 2002), rezultati kažejo (Tabela 7, PRILOGA 2), da je bilo 19% bolnikov v obravnavanem vzorcu hospitaliziranih enkrat ali večkrat. Ugotovili smo, da sta depresija in anksioznost sta prisotni pri okoli četrtini obiskovalcev ambulant družinske medicine (King et al 2008), kar je potrdilo tudi vzdolžno spremljanje vzorca (glej str. 7). Ker raziskave kažejo, da je okoli 60 % bolnikov z depresijo oz. anksioznostjo v družinski medicini neprepoznanih in s tem tudi nezdravljenih (Ani et al 2008), odkrivanje in zdravljenje teh motenj predstavlja velim izziv za zdravnika družinske medicine. Drugi rezultati v Sloveniji kažejo, da naj bi zdravniki družinske medicine aktivno in rutinsko iskali bolnike z depresijo in anksioznostjo med svojo populacijo, pri čemer naj bi se posebej osredotočili na ženske, bolnike z nižjo izobrazbeno stopnjo, ovдове oz. ločene bolnike, bolnike s kronično bolečino, s srčno-žilnimi in revmatološkimi obolenji ter z migreno (Klemenc-Ketiš et al 2010), prispevek naše študije pa so še dodatni dejavniki tveganja za depresijo: kronična črevesna bolezen, inkontinenca, slabo finančno stanje, smrt najbližjega, psihične ali čustvene težave očeta, diskriminacija zaradi zunanosti, telesna zloraba v otroštvu in težave z alkoholom in drogo v družini.

Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005; 3: 223-8.

Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, et al. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences and implications for quality, care management, and costs. *J Gen Intern Med* 2007; 22 (Suppl 3): 391-5.

King M, Walker C, Švab I, Rotar Pavlič D. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees. *Arch Gen Psychiatry*, 2008; 65: 1368-1376.

Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002; 162: 2269-76.

Ani C, Bazargan M, Hindman D, Bell D, A Farooq M, Akhanjee L et al. Depression symptomatology and diagnosis: discordance between patients and physicians in primary care settings. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 1.

Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J, Novak-Glavač D. Determinants of depression and anxiety in family practice patients with comorbidities. *Wien Klin Wochenschr* 2010; 122 (Suppl 2): 35-9.

ANG

The results of our study will contribute to early identification of depression (secondary prevention) in family medicine. The risk factor model was produced prospectively, on a large representative sample.

The study has shown the pattern of multimorbidity on the representative sample of patient in family medicine (Table 8, ANNEX 2). Other factors also report significant multimorbidity (Fortin et al 2005, Vogeli et al 2007). It is known that patients with four or more chronic diseases are more likely (99-times) to need hospitalisation, which could nevertheless be avoided with adequate care in family medicine (Wolff et al 2002) and the results have shown (Table 7, ANNEX 2), that 19% of patients in the sample had been hospitalised on one or several occasions. It was established that depression and anxiety are present in around one quarter of visitors to family medicine practices (King et al 2008), which was also confirmed in the longitudinal follow-up of the sample (see page 7). Identification and treatment of depression and/or anxiety in the scope of family medicine is a great challenge for a family practitioner, since, according to the studies, around 60% of patients with depression and/or anxiety are not detected and consequently not treated in family medicine (Ani et al 2008). Other results in Slovenia show that family medicine practitioners actively and routinely search for patients with depression and anxiety in their patient population, focusing primarily on women, patients with lower level of education, widowed or divorced patients, those with chronic pains, cardiovascular and rheumatologic diseases, migraine (Klemenc-Ketiš et al 2010), and our study will contribute some additional risk factors for depression: chronic intestinal disease, incontinence, poor physical condition, death of a close relative, psychical or emotional problems of the father, discrimination based on appearance, physical abuse in childhood and drug- and alcohol-related problems in the family.

10. Samo za aplikativne projekte!

Označite, katerega od navedenih ciljev ste si zastavili pri aplikativnem projektu, katere konkretne rezultate ste dosegli in v kakšni meri so doseženi rezultati uporabljeni

| |
|------|
| Cilj |
|------|

| | | |
|-------------|---|--|
| F.01 | Pridobitev novih praktičnih znanj, informacij in veščin | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.02 | Pridobitev novih znanstvenih spoznanj | |
| | Zastavljen cilj | <input checked="" type="radio"/> DA <input type="radio"/> NE |
| | Rezultat | Dosežen <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | V celoti <input type="text"/> |
| F.03 | Večja usposobljenost raziskovalno-razvojnega osebja | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.04 | Dvig tehnološke ravni | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.05 | Sposobnost za začetek novega tehnološkega razvoja | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.06 | Razvoj novega izdelka | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.07 | Izboljšanje obstoječega izdelka | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.08 | Razvoj in izdelava prototipa | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.09 | Razvoj novega tehnološkega procesa oz. tehnologije | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.10 | Izboljšanje obstoječega tehnološkega procesa oz. tehnologije | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | | |

| | | |
|-------------|--|--|
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.11 | Razvoj nove storitve | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.12 | Izboljšanje obstoječe storitve | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.13 | Razvoj novih proizvodnih metod in instrumentov oz. proizvodnih procesov | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.14 | Izboljšanje obstoječih proizvodnih metod in instrumentov oz. proizvodnih procesov | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.15 | Razvoj novega informacijskega sistema/podatkovnih baz | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.16 | Izboljšanje obstoječega informacijskega sistema/podatkovnih baz | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.17 | Prenos obstoječih tehnologij, znanj, metod in postopkov v prakso | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.18 | Posredovanje novih znanj neposrednim uporabnikom (seminarji, forumi, konference) | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.19 | Znanje, ki vodi k ustanovitvi novega podjetja ("spin off") | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |

| | | |
|-------------|--|--|
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.20 | Ustanovitev novega podjetja ("spin off") | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.21 | Razvoj novih zdravstvenih/diagnostičnih metod/postopkov | |
| | Zastavljen cilj | <input checked="" type="radio"/> DA <input type="radio"/> NE |
| | Rezultat | Dosežen <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | V celoti <input type="text"/> |
| F.22 | Izboljšanje obstoječih zdravstvenih/diagnostičnih metod/postopkov | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.23 | Razvoj novih sistemskih, normativnih, programskih in metodoloških rešitev | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.24 | Izboljšanje obstoječih sistemskih, normativnih, programskih in metodoloških rešitev | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.25 | Razvoj novih organizacijskih in upravljavskih rešitev | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.26 | Izboljšanje obstoječih organizacijskih in upravljavskih rešitev | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.27 | Prispevek k ohranjanju/varovanje naravne in kulturne dediščine | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.28 | Priprava/organizacija razstave | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.29 | Prispevek k razvoju nacionalne kulturne identitete | |

| | | |
|-------------|-------------------------------|--|
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.30 | Strokovna ocena stanja | |
| | Zastavljen cilj | <input checked="" type="radio"/> DA <input type="radio"/> NE |
| | Rezultat | Dosežen |
| | Uporaba rezultatov | V celoti |
| F.31 | Razvoj standardov | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.32 | Mednarodni patent | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.33 | Patent v Sloveniji | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.34 | Svetovalna dejavnost | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |
| F.35 | Drugo | |
| | Zastavljen cilj | <input type="radio"/> DA <input checked="" type="radio"/> NE |
| | Rezultat | <input type="text"/> |
| | Uporaba rezultatov | <input type="text"/> |

Komentar

F.02 Pridobitev novih znanstvenih spoznanj
 Neobjavljeno besedilo: The pattern of physical co-morbidity and the psychosocial determinants of depression. A prospective cohort study on a representative sample of family practice attendees in Slovenia
 Neobjavljeno besedilo: Frequent attendees among a representative sample of family practice attendees in Slovenia

F.21 Razvoj novih zdravstvenih/diagnostičnih metod/postopkov
 OPOMNIK – ORODJE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: Kako bolje voditi bolnika z DEPRESIJO?
 (PRILOGA 6)

F.30 Strokovna ocena stanja
 OCENA MULTIMORBIDNOSTI NA REPREZENTATIVNEM VZORCU
 (PRILOGA 2)

11. Samo za aplikativne projekte!**Označite potencialne vplive oziroma učinke vaših rezultatov na navedena področja**

| | Vpliv | Ni vpliva | Majhen vpliv | Srednji vpliv | Velik vpliv | |
|--------------|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|--|
| G.01 | Razvoj visoko-šolskega izobraževanja | | | | | |
| G.01.01. | Razvoj dodiplomskega izobraževanja | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.01.02. | Razvoj podiplomskega izobraževanja | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.01.03. | Drugo: <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02 | Gospodarski razvoj | | | | | |
| G.02.01 | Razširitev ponudbe novih izdelkov/storitev na trgu | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.02. | Širitev obstoječih trgov | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.03. | Znižanje stroškov proizvodnje | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.04. | Zmanjšanje porabe materialov in energije | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.05. | Razširitev področja dejavnosti | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.06. | Večja konkurenčna sposobnost | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.07. | Večji delež izvoza | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.08. | Povečanje dobička | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.09. | Nova delovna mesta | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.10. | Dvig izobrazbene strukture zaposlenih | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.11. | Nov investicijski zagon | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.02.12. | Drugo: <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.03 | Tehnološki razvoj | | | | | |
| G.03.01. | Tehnološka razširitev/posodobitev dejavnosti | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.03.02. | Tehnološko prestrukturiranje dejavnosti | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.03.03. | Uvajanje novih tehnologij | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.03.04. | Drugo: <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.04 | Družbeni razvoj | | | | | |
| G.04.01 | Dvig kvalitete življenja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | |
| G.04.02. | Izboljšanje vodenja in upravljanja | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.04.03. | Izboljšanje delovanja administracije in javne uprave | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.04.04. | Razvoj socialnih dejavnosti | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.04.05. | Razvoj civilne družbe | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.04.06. | Drugo: <input type="text"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.05. | Ohranjanje in razvoj nacionalne naravne in kulturne dediščine in identitete | | | | | |
| G.06. | Varovanje okolja in trajnostni razvoj | | | | | |
| G.07 | Razvoj družbene infrastrukture | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--------------|--|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|--|
| G.07.01. | Informacijsko-komunikacijska infrastruktura | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.07.02. | Prometna infrastruktura | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.07.03. | Energetska infrastruktura | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.07.04. | Drugo: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| G.08. | Varovanje zdravja in razvoj zdravstvenega varstva | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | |
| G.09. | Drugo: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

Komentar

| |
|--|
| |
|--|

12. Pomen raziskovanja za sofinancerje, navedene v 2. točki [12](#)

| | | | |
|----|-------------------|---|-------------------------|
| 1. | Sofinancer | Ministrstvo za zdravje RS | |
| | | Vrednost sofinanciranja za celotno obdobje trajanja projekta je znašala: | 15.000,00 EUR |
| | | Odstotek od utemeljenih stroškov projekta: | 25,00 % |
| | | Najpomembnejši rezultati raziskovanja za sofinancerja | Šifra |
| | 1. | »Sodelovanje med družinskimi zdravniki in specialisti psihiatri pri zdravljenju bolnikov z depresijo« sprejet v objavo v Zdravniškem vestniku, avtorji: Rotar Pavlič D, Selič P, Rifel J, Švab I | F.02 |
| | 2. | | |
| | 3. | | |
| | 4. | | |
| | 5. | | |
| | Komentar | <p>Obravnava in oskrba bolnikov na primarni ravni, tj. v družinski medicini, se razlikuje od drugih vej medicine - gre za edinstven proces posveta v ambulanti, ki ustvari pogoje za dolgotrajen individualen odnos med zdravnikom in bolnikom. Delo zdravnika družinske medicine na primarni ravni zdravstvene oskrbe je celostne narave, uporablja celovit, na osebo (bolnika) usmerjeni pristop. Kronične bolezni imajo v splošni populaciji visoko prevalenco (Zaletel-Kragelj et al 2004). Za Slovenijo je bila ugotovljena prevalenca kroničnih bolezni v splošni populaciji 70,5 %. Najpogostejše kronične bolezni oz. kronične zdravstvene težave so bile bolečine v hrbtu, zvišan krvni tlak, zvišan holesterol, revmatske bolezni in alergije (Zaletel-Kragelj et al 2004). Ker pričakovana življenjska doba narašča, ljudje preživijo več časa s kronično boleznijo. To posledično vpliva na višanje prevalence kroničnih bolezni v populaciji. Bolniki s kroničnimi boleznimi imajo velike zahteve; tako osebne kot tudi socialne, potrebujejo pa tudi več zdravstvene oskrbe in predstavljajo tudi velik del obremenitev zdravnikov družinske medicine (Klemenc-Ketiš et al, 2009). Med bolniki v družinski medicini je v veliki meri prisotna tudi multimorbidnost, ki obremenjuje ne le starejši del populacije, ampak tudi mlajši.</p> <p>Pri odkrivanju komorbidnosti duševnih motenj smo bili usmerjeni v delovno populacijo, saj so te pogosto prisotne tudi pri bolnikih, starih med 18 in 64 let, ki imajo vsaj eno kronično bolezen (tudi Klemenc-Ketiš et al 2009). Ti</p> | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|------------|---|--|----------|--|--|--------------|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|----|--|--|-----------------|--|--|--------------|--|--|
| | <p>ljudje predstavljajo delovno populacijo, ki z izostajanjem od dela zaradi slabega zdravja povzroča ogromne izgube, tako zdravstvenega kot tudi ekonomskega sistema.</p> <p>Ocena multimorbidnosti in boljše vodenje zdravnika z depresijo v družinski medicini lahko predstavlja podlago za ustrezno spremembno zdravstvenih politikih v RS na primarni ravni zdravstvenega varstva.</p> <p>Zaletel-Kragelj L, Erzen I, Fras Z. Interregional differences in health in Slovenia. I. Estimated prevalence of selected cardiovascular and related diseases. Croat Med J 2004; 45:637-43.</p> <p>Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J, Tratnik E. The presence of anxiety and depression in the adult population of family practice patients with chronic diseases. Zdrav Var 2009; 48: 170-6.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena | <p>Pri odkrivanju komorbidnosti duševnih motenj smo bili usmerjeni v delovno populacijo, saj so te pogosto prisotne tudi pri bolnikih, starih med 18 in 64 let, ki imajo vsaj eno kronično bolezen (tudi Klemenc-Ketiš et al 2009). Ti ljudje predstavljajo delovno populacijo, ki z izostajanjem od dela zaradi slabega zdravja povzroča ogromne izgube, tako zdravstvenega kot tudi ekonomskega sistema.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Sofinancer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>Vrednost sofinanciranja za celotno obdobje trajanja projekta je znašala:</td> <td></td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>Odstotek od utemeljenih stroškov projekta:</td> <td></td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Najpomembnejši rezultati raziskovanja za sofinancerja</td> <td></td> <td>Šifra</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Komentar</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Ocena</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | Vrednost sofinanciranja za celotno obdobje trajanja projekta je znašala: | | EUR | Odstotek od utemeljenih stroškov projekta: | | % | Najpomembnejši rezultati raziskovanja za sofinancerja | | Šifra | 1. | | | 2. | | | 3. | | | 4. | | | 5. | | | Komentar | | | Ocena | | |
| Vrednost sofinanciranja za celotno obdobje trajanja projekta je znašala: | | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odstotek od utemeljenih stroškov projekta: | | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Najpomembnejši rezultati raziskovanja za sofinancerja | | Šifra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Komentar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocena | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Sofinancer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>Vrednost sofinanciranja za celotno obdobje trajanja projekta je znašala:</td> <td></td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>Odstotek od utemeljenih stroškov projekta:</td> <td></td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>Najpomembnejši rezultati raziskovanja za sofinancerja</td> <td></td> <td>Šifra</td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | Vrednost sofinanciranja za celotno obdobje trajanja projekta je znašala: | | EUR | Odstotek od utemeljenih stroškov projekta: | | % | Najpomembnejši rezultati raziskovanja za sofinancerja | | Šifra | 1. | | | 2. | | | 3. | | | 4. | | | 5. | | | | | | | | |
| Vrednost sofinanciranja za celotno obdobje trajanja projekta je znašala: | | EUR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odstotek od utemeljenih stroškov projekta: | | % | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Najpomembnejši rezultati raziskovanja za sofinancerja | | Šifra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|-----------------|--|
| | Komentar | |
| | Ocena | |

C. IZJAVE

Podpisani izjavljam/o, da:

- so vsi podatki, ki jih navajamo v poročilu, resnični in točni
- se strinjamo z obdelavo podatkov v skladu z zakonodajo o varstvu osebnih podatkov za potrebe ocenjevanja, za objavo 6., 7. in 8. točke na spletni strani <http://sicris.izum.si/> ter obdelavo teh podatkov za evidence ARRS
- so vsi podatki v obrazcu v elektronski obliki identični podatkom v obrazcu v pisni obliki
- so z vsebino zaključnega poročila seznanjeni in se strinjajo vsi soizvajalci projekta

Podpisi:

| | | |
|--------------------------------------|----|-----------------------------------|
| Josip Car | in | |
| podpis vodje raziskovalnega projekta | | zastopnik oz. pooblaščen oseba RO |

Kraj in datum:

Ljubljana

18.4.2011

Oznaka poročila: ARRS-RPROJ-ZP-2011-1/130

¹ Zaradi spremembe klasifikacije družbeno ekonomskih ciljev je potrebno v poročilu opredeliti družbeno ekonomski cilj po novi klasifikaciji. [Nazaj](#)

² Samo za aplikativne projekte. [Nazaj](#)

³ Napišite kratko vsebinsko poročilo, kjer boste predstavili raziskovalno hipotezo in opis raziskovanja. Navedite ključne ugotovitve, znanstvena spoznanja ter rezultate in učinke raziskovalnega projekta. Največ 18.000 znakov vključno s presledki (približno tri strani, velikosti pisave 11). [Nazaj](#)

⁴ Realizacija raziskovalne hipoteze. Največ 3.000 znakov vključno s presledki (približno pol strani, velikosti pisave 11). [Nazaj](#)

⁵ V primeru bistvenih odstopanj in sprememb od predvidenega programa raziskovalnega projekta, kot je bil zapisan v predlogu raziskovalnega projekta oziroma v primeru sprememb, povečanja ali zmanjšanja sestave projektne skupine v zadnjem letu izvajanja projekta (obrazložitev). V primeru, da sprememb ni bilo, to navedite. Največ 6.000 znakov vključno s presledki (približno ena stran, velikosti pisave 11). [Nazaj](#)

⁶ Navedite največ pet najpomembnejših znanstvenih rezultatov projektne skupine, ki so nastali v času trajanja projekta v okviru raziskovalnega projekta, ki je predmet poročanja. Za vsak rezultat navedite naslov v slovenskem in angleškem jeziku (največ 150 znakov vključno s presledki), rezultat opišite (največ 600 znakov vključno s presledki) v slovenskem in angleškem jeziku, navedite, kje je objavljen (največ 500 znakov vključno s presledki), izberite ustrezno šifro tipa objave po Tipologiji dokumentov/del za vodenje bibliografij v sistemu COBISS ter napišite ustrezno COBISS.SI-ID številko bibliografske enote.

Navedeni rezultati bodo objavljeni na spletni strani <http://sicris.izum.si/>.

PRIMER (v slovenskem jeziku):

Naslov: Regulacija delovanja beta-2 integrinskih receptorjev s katepsinom X;

Opis: Cisteinske proteaze imajo pomembno vlogo pri nastanku in napredovanju raka. Zadnje študije kažejo njihovo povezanost s procesi celičnega signaliziranja in imunskega odziva. V tem znanstvenem članku smo prvi dokazali... (največ 600 znakov vključno s presledki)

Objavljeno v: OBERMAJER, N., PREMZL, A., ZAVAŠNIK-BERGANT, T., TURK, B., KOS, J.. Carboxypeptidase cathepsin X mediates $\beta 2$ - integrin dependent adhesion of differentiated U-937 cells. Exp. Cell Res., 2006, 312, 2515-2527, JCR IF (2005): 4.148

Tipologija: 1.01 - Izvirni znanstveni članek

COBISS.SI-ID: 1920113 [Nazaj](#)

⁷ Navedite največ pet najpomembnejših družbeno-ekonomsko relevantnih rezultatov projektne skupine, ki so nastali v času trajanja projekta v okviru raziskovalnega projekta, ki je predmet poročanja. Za vsak rezultat navedite naslov (največ 150 znakov vključno s presledki), rezultat opišite (največ 600 znakov vključno s presledki), izberite ustrezen rezultat, ki je v Šifrantu raziskovalnih rezultatov in učinkov (Glej: <http://www.arrs.gov.si/sl/gradivo/sifranti/sif-razisk-rezult.asp>), navedite, kje je rezultat objavljen (največ 500 znakov vključno s presledki), izberite ustrezno šifro tipa

objave po Tipologiji dokumentov/del za vodenje bibliografij v sistemu COBISS ter napišite ustrezno COBISS.SI-ID številko bibliografske enote.

Navedeni rezultati bodo objavljeni na spletni strani <http://sicris.izum.si/>. [Nazaj](#)

⁸ Navedite rezultate raziskovalnega projekta v primeru, da katerega od rezultatov ni mogoče navesti v točkah 6 in 7 (npr. ker se ga v sistemu COBISS ne vodi). Največ 2.000 znakov vključno s presledki. [Nazaj](#)

⁹ Pomen raziskovalnih rezultatov za razvoj znanosti in za razvoj Slovenije bo objavljen na spletni strani: <http://sicris.izum.si/> za posamezen projekt, ki je predmet poročanja. [Nazaj](#)

¹⁰ Največ 4.000 znakov vključno s presledki [Nazaj](#)

¹¹ Največ 4.000 znakov vključno s presledki [Nazaj](#)

¹² Rubrike izpolnite/prepišite skladno z obrazcem "Izjava sofinancerja" (<http://www.arrs.gov.si/sl/progproj/rproj/gradivo/>), ki ga mora izpolniti sofinancer. Podpisan obrazec "Izjava sofinancerja" pridobi in hrani nosilna raziskovalna organizacija – izvajalka projekta. [Nazaj](#)

Obrazec: ARRS-RPROJ-ZP/2011-1 v1.01

8A-1B-C6-72-1A-CA-DD-07-D6-9B-7F-50-50-3F-E0-9F-02-88-40-91

**Medicinska fakulteta v Ljubljani
Katedra za družinsko medicino**

**Ocena sprejemljivosti multifaktorske
lestvice za napoved depresije v družinski
medicini**

**Acceptability of multi-factor rating scale for
predicting depression in family medicine**

ARRS L3-0040

**Josip Car, Polona Selič, Danica Rotar Pavlič, Janez Rifel,
Igor Švab**

PRILOGE K ZAKLJUČNEMU POROČILU

Ljubljana, februar 2011

Ocena sprejemljivosti multifaktorske lestvice za napoved depresije v družinski medicini ARRS L3-0040

Vprašalnik komorbidnosti

Ime in priimek:

Rojstni datum:

Pacient umrl:

Datum smrti:

Vzrok smrti:

Upokojen:

DA

NE

Ni znano

Brezposelen:

DA

NE

Ni znano

| Leto | | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------------------------------------|------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Število obiskov pri osebnem zdravniku | Administrativni obiski | | | | | | |
| | Vsi obiski skupaj | | | | | | |

Hospitalizacije (od leta 2003 naprej):

Datum:

Glavna diagnoza:

Datum:

Glavna diagnoza:

Datum:

Glavna diagnoza:

Datum:

Glavna diagnoza:

| | 01.07. 2003-31.12. 2003 | 01.01. 2004-30.06. 2004 | 01.07. 2004-31.12. 2004 | 01.01. 2005-31.12. 2005 | Sedanji trenutek (datum) |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Možganska kap | | | | | |
| Demenca | | | | | |
| Parkinsonova bolezen | | | | | |
| Epilepsija | | | | | |
| Diabetes mellitus | | | | | |
| Koronarna srčna bolezen | | | | | |
| Rak (maligno obolenje) | | | | | |
| Kronična pljučna bolezen | | | | | |
| Hipertenzija | | | | | |
| Artritis | | | | | |
| Naglušnost ali slabši vid | | | | | |
| Kronična bolečina | | | | | |
| Kronična črevesna bolezen | | | | | |
| Ulkus, gastritis, GERB, disfagija | | | | | |
| Poškodba | | | | | |
| Inkontinenca ali težave s prostato | | | | | |
| Hipo ali hipertiroidizem | | | | | |
| Hipo ali hiperparatiroidizem | | | | | |
| Hipo ali hiperadrenalizem | | | | | |
| Porfirija | | | | | |
| Uremija | | | | | |

Ocena sprejemljivosti multifaktorske lestvice za napoved depresije v družinski medicini ARRS L3-0040

Rezultati

Vprašalnik komorbidnosti

1 SPLOŠNI – DEMOGRAFSKI PODATKI

Tabela 1: Anketa je izpolnjena za: (vprašanji 1 in 2)

| | moški | | ženske | | Skupaj | |
|--------|-------|------|--------|------|--------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Skupaj | 351 | 37.9 | 574 | 62.1 | 925 | 100.0 |

Tabela 2: Starost – povprečje

| | moški | ženske | Skupaj |
|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| Starost – X ± SD | 53.51 ± 14.84 | 52.95 ± 14.09 | 53.16 ± 14.37 |
| Starost – Mediana | 55.00 | 54.00 | 54.00 |

Med moškimi in ženskami ni statistično značilnih razlik v starosti ($t=0.5748$, $p>0.05$)*

Tabela 3: Umrli

Umrlo je 15 oseb - 7 moških in 8 žensk.

| Vzrok smrti | moški | ženske |
|---|-------|--------|
| aritmija | | 1 |
| Ca pankreasa | 1 | |
| Ca pljuč | | 1 |
| ca pljuč, meta cerebri | 1 | |
| Ca prostatae | 1 | |
| Ca pulmonum dex | | 1 |
| ca.vesicae urin. | | 1 |
| Gliomatoza možganov | | 1 |
| kronično resp. Odpoved | | 1 |
| low decompression | | 1 |
| nenadna srčna smrt | 1 | |
| odpoved zaradi poslabšanja mišične displ... | 1 | |
| samomor | | 1 |
| srčna odpoved,diabetes | 1 | |
| srčna odpoved,stanje po kolonu | 1 | |
| Skupna vsota | 7 | 8 |

* statistični izračun narejen na dan 30.11.2009

Tabela 4: Upokojeni/brezposelni/ostalo + obiski zdravnika

| | moški | | | ženske | | | skupaj | | |
|------------|-------|--------|---------------------|--------|--------|---------------------|--------|--------|---------------------|
| | N | % | Št. obiskov pri zdr | N | % | Št. obiskov pri zdr | N | % | Št. obiskov pri zdr |
| Upokojen | 139 | 39.60 | 7.234 | 217 | 37.80 | 11.276 | 356 | 38.49 | 18.510 |
| Brezposeln | 8 | 2.28 | 301 | 17 | 2.96 | 1.122 | 25 | 2.70 | 1.423 |
| Ostalo | 204 | 58.12 | 7.753 | 340 | 59.23 | 12.847 | 544 | 58.81 | 20.600 |
| Skupaj | 351 | 100.00 | 15.288 | 574 | 100.00 | 25.245 | 925 | 100.00 | 40.533 |

Med moškimi in ženskami niti skupno ($\chi^2=0.012$, $p>0.05$)* niti po posameznih kategorijah ($p>0.05$) ni statistično značilnih razlik v številu obiskov.

Tabela 5: Število obiskov - Administrativni obiski

Število ljudi, ki so obiskali zdravnika, ter vsota vseh administrativnih obiskov (% prikazan na vse anketirance in glede na spol)

| | moški | | | | ženske | | | | skupaj | | | |
|--------------|-------|------|---------------------|--------------|--------|------|---------------------|--------------|--------|------|---------------------|--------------|
| | N | % | Št. obiskov pri zdr | Povp obiskov | N | % | Št. obiskov pri zdr | Povp obiskov | N | % | Št. obiskov pri zdr | Povp obiskov |
| adm2003 | 216 | 61,5 | 718 | 3.3 | 362 | 63,1 | 1.147 | 3.2 | 578 | 62,5 | 1.865 | 3.2 |
| adm2004 | 223 | 63,5 | 817 | 3.7 | 356 | 62,0 | 1.159 | 3.3 | 579 | 62,6 | 1.976 | 3.4 |
| adm2005 | 209 | 59,5 | 702 | 3.4 | 392 | 68,3 | 1.281 | 3.3 | 601 | 65,0 | 1.983 | 3.3 |
| adm2006 | 212 | 60,4 | 722 | 3.4 | 382 | 66,6 | 1.284 | 3.4 | 594 | 64,2 | 2.006 | 3.4 |
| adm2007 | 214 | 61,0 | 730 | 3.4 | 374 | 65,2 | 1.298 | 3.5 | 588 | 63,6 | 2.028 | 3.4 |
| adm2008 | 187 | 53,3 | 449 | 2.4 | 305 | 53,1 | 718 | 2.4 | 492 | 53,2 | 1.167 | 2.4 |
| admin skupaj | 301 | 85,8 | 4.138 | 13.7 | 504 | 87,8 | 6.887 | 13.7 | 805 | 87,0 | 11.025 | 13.7 |
| Sd | | | | 11.9 | | | | 11.2 | | | | 11.5 |

Med številom obiskovalcev, ki so obiskali zdravnika po letih od 2003 do 2008 po spolu ni statistično značilnih razlik ($\chi^2=2.53$, $p>0,05$)*, po številu obiskov po letih od 2003 do 2008 pa obstaja visoka statistično značilna razlika ($\chi^2=21.36$, $p<0,01$)*.

Po številu ljudi, ki so obiskali zdravnika izstopa leto 2008, zato v vsaki primerjavi s posameznim letom in letom 2008 nastopijo statistično značilne razlike.

Število ljudi, ki so obiskali zdravnika – razlike med leti (prikazani rezultati samo tisti, ki so stat. sign.):

(leto 2003 / 2008 = ($\chi^2=16.01$, $p<0,01$)*, (leto 2004 / 2008 = ($\chi^2=16.40$, $p<0,01$)*, (leto 2005 / 2008 = ($\chi^2=26.08$, $p<0,01$)*, (leto 2006 / 2008 = ($\chi^2=22.75$, $p<0,01$)*, (leto 2007 / 2008 = ($\chi^2=20.08$, $p<0,01$)*.

Samo statistično značilne razlike med moškimi in ženskami, ki so obiskali zdravnika nastopijo le v letu 2005 ($\chi^2=6.95$, $p<0,01$)*.

Med moškimi in ženskami ni statistično značilnih razlik glede na število obiskov (administrativni)

* statistični izračun narejen na dan 30.11.2009

Tabela 5.1: Independent Samples Test

| Št. obiskov (admin.) glede na spol | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|---|------|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| Admin obiski | Equal variances assumed | ,634 | ,426 | ,099 | 803 | ,921 | ,083 | ,835 | -1,556 | 1,722 |
| | Equal variances not assumed | | | ,098 | 599,387 | ,922 | ,083 | ,849 | -1,584 | 1,749 |

2 OBISKI PRI ZDRAVNIKU

Tabela 6: Število obiskov – skupaj obiski

Število ljudi, ki so obiskali zdravnika ter vsota vseh skupaj obiskov – (% prikazan na vse anketirance in glede na spol)

| | moški | | | | ženske | | | | skupaj | | | |
|----------------|-------|------|---------------------|--------------|--------|------|---------------------|--------------|--------|------|---------------------|--------------|
| | N | % | Št. obiskov pri zdr | Povp obiskov | N | % | Št. obiskov pri zdr | Povp obiskov | N | % | Št. obiskov pri zdr | Povp obiskov |
| skupaj2003 | 337 | 96,0 | 3.385 | 10.0 | 551 | 96,0 | 5.168 | 9.3 | 888 | 96,0 | 8.553 | 9.6 |
| skupaj2004 | 317 | 90,3 | 3.022 | 9.2 | 525 | 91,5 | 4.695 | 8.6 | 842 | 91,0 | 7.717 | 8.8 |
| skupaj2005 | 306 | 87,2 | 2.576 | 8.0 | 531 | 92,5 | 4.544 | 8.3 | 837 | 90,5 | 7.120 | 8.2 |
| skupaj2006 | 300 | 85,5 | 2.532 | 7.9 | 509 | 88,7 | 4.190 | 7.8 | 809 | 87,5 | 6.722 | 7.8 |
| skupaj2007 | 294 | 83,8 | 2.432 | 7.7 | 516 | 89,9 | 4.341 | 8.1 | 810 | 87,6 | 6.773 | 7.9 |
| skupaj2008 | 267 | 76,1 | 1.341 | 4.4 | 481 | 83,8 | 2.307 | 4.5 | 748 | 80,9 | 3.648 | 4.4 |
| skupaj obiskov | 340 | 96,9 | 15.288 | 45.0 | 558 | 97,2 | 25.245 | 45.2 | 898 | 97,1 | 40.533 | 45.1 |
| Sd | | | 30.5 | | | | 30.0 | | | | 30.2 | |

Med številom obiskovalcev, ki so obiskali zdravnika po letih od 2003 do 2008 po spolu ni statistično značilnih razlik ($\chi^2=1.27$, $p>0,05$)*

Medtem, ko obstaja po številu obiskov po letih od 2003 do 2008 visoka statistično značilna razlika ($\chi^2=37.47$, $p<0,01$)*

Medtem, ko je pri administrativnih obiskih izstopalo samo leto 2008, vidimo, da pri obiskovalcih (skupni obiski) med leti nastopa več razlik, ki so prikazane spodaj (Število ljudi, ki so obiskali zdravnika – razlike med leti (prikazani rezultati samo tisti, ki so stat. sign.):

(leto 2003 / 2004 - $\chi^2=18.05$, $p<0,01$)*, (leto 2003 / 2005 - $\chi^2=21.45$, $p<0,01$)*, (leto 2003 / 2006 - $\chi^2=43.35$, $p<0,01$)*, (leto 2003 / 2007 - $\chi^2=42.50$, $p<0,01$)*,

* statistični izračun narejen na dan 30.11.2009

(leto 2003 / 2008 - $\chi^2=102.10$, $p<0,01$)*, (leto 2004 / 2006 - $\chi^2=5.77$, $p<0,05$)*, (leto 2004 / 2007 - $\chi^2=5.44$, $p<0,05$)*, (leto 2004 / 2008 - $\chi^2=38.70$, $p<0,01$)*, (leto 2005 / 2006 - $\chi^2=4.02$, $p<0,05$)*, (leto 2005 / 2008 - $\chi^2=34.11$, $p<0,01$)*, (leto 2006 / 2008 - $\chi^2=14.60$, $p<0,01$)*, (leto 2007 / 2008 - $\chi^2=15.13$, $p<0,01$)*.

Statistično značilne razlike med moškimi in ženskami, ki so obiskali zdravnika nastopijo le v letu 2005, 2007 in 2008:

Ljudje, ki so obiskali zdravnika – razlike med spoloma v letu (prikazani samo tisti, ki so stat. sign.):

(leto 2005 (moški, ženske) = ($\chi^2=6.58$, $p<0,05$)*, (leto 2007 (moški, ženske) = ($\chi^2=6.98$, $p<0,01$)*,

(leto 2008 (moški, ženske) = ($\chi^2=7.92$, $p<0,01$)*.

Med moškimi in ženskami ni statistično značilnih razlik glede na število obiskov (skupaj).

Tabela 6.1: Independent Samples Test

| | | Levene's Test for Equality of Variances | | t-test for Equality of Means | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|---|------|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|---|-------|
| | | F | Sig. | t | df | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference | |
| Št. obiskov (skupaj) glede na spol | Skupaj | | | | | | | | | |
| | obisk | | | | | | | | | |
| Skupaj | Equal variances assumed | ,001 | ,979 | -,133 | 896 | ,894 | -,277 | 2,078 | 4,355 | 3,800 |
| | Equal variances not assumed | | | -,133 | 706,541 | ,894 | -,277 | 2,086 | 4,373 | 3,819 |

3 HOSPITALIZACIJE

Tabela 7: Hospitalizacije

Število pacientov glede na število hospitalizacij

| Število hospitalizacij | Moški | | Ženske | | Skupaj | |
|---|-------|------|--------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 1 | 55 | 15.7 | 120 | 20.9 | 175 | 18.9 |
| 2 | 26 | 7.4 | 30 | 5.2 | 56 | 6.1 |
| 3 | 7 | 2.0 | 11 | 1.9 | 18 | 1.9 |
| 4 | 6 | 1.7 | 5 | 0.9 | 11 | 1.2 |
| 5 in več | 4 | 0.9 | 5 | 0.5 | 9 | 0.6 |
| Niso bili hospitalizirani | 253 | 72.1 | 403 | 70.2 | 656 | 70.9 |
| Število vseh hospitalizacij | 174 | | 265 | | 439 | |
| Število pacientov, ki so bili hospitalizirani | 98 | | 171 | | 269 | |

Med moškimi in ženskami ni statistično značilnih razlik v številu hospitalizacij ($\chi^2=6.16$, $p>0.05$)*

4 BOLEZNI

Tabela 8: Skupine bolezni

Pogostost bolezni glede na število pacientov

| Vrsta bolezni | moški | ženske | Skupaj |
|------------------------------------|-------|--------|--------|
| Hipertenzija | 130 | 189 | 319 |
| Kronična bolečina | 105 | 212 | 317 |
| Poškodba | 137 | 146 | 283 |
| Ulkus, gastritis, GERB, disfagija | 60 | 114 | 174 |
| Naglušnost ali slabši vid | 34 | 66 | 100 |
| Diabetes mellitus | 43 | 44 | 87 |
| Artritis | 26 | 61 | 87 |
| Inkontinenca ali težave s prostato | 51 | 27 | 78 |
| Koronarna srčna bolezen | 41 | 32 | 73 |
| Kronična pljučna bolezen | 29 | 31 | 60 |
| Rak (maligno obolenje) | 27 | 30 | 57 |
| Hipo ali hipertiroidizem | 4 | 40 | 44 |
| Kronična črevesna bolezen | 7 | 24 | 31 |
| Možganska kap | 6 | 8 | 14 |
| Epilepsija | 9 | 5 | 14 |
| Ostale bolezni* | 5 | 5 | 10 |

*Demenca, Hipo ali hiperparatiroidizem, Uremija, Parkinsonova bolezen, Hipo ali hiperadrenalizem, Porfirija

V pojavu bolezni nastopajo statistično značilne razlike med moškimi in ženskami ($\chi^2=81.48$, $ss=15$, $p<0,01$)*

Prav tako tudi v primeru, če v računanju ne upoštevamo ostalih bolezni* ($\chi^2=81.16$, $ss=14$, $p<0,01$)*

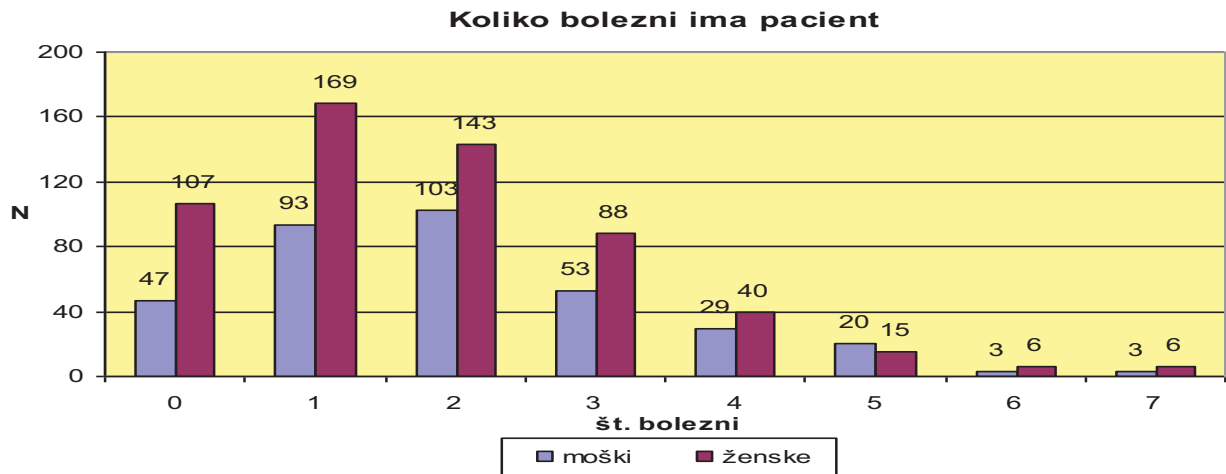
Tabela 9: Koliko bolezni je v obdobju 2003 – 2007/2008 imel pacient

| Št. bolezni | moški | | ženske | | Skupaj | |
|-------------|-------|------|--------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 0 | 47 | 13.4 | 107 | 18.6 | 154 | 16.6 |
| 1 | 93 | 26.5 | 169 | 29.4 | 262 | 28.3 |
| 2 | 103 | 29.3 | 143 | 24.9 | 246 | 26.6 |
| 3 | 53 | 15.1 | 88 | 15.3 | 141 | 15.2 |
| 4 | 29 | 8.3 | 40 | 7.0 | 69 | 7.5 |
| 5 | 20 | 5.7 | 15 | 2.6 | 35 | 3.8 |
| 6 in več | 6 | 1.7 | 12 | 2.0 | 18 | 2.0 |

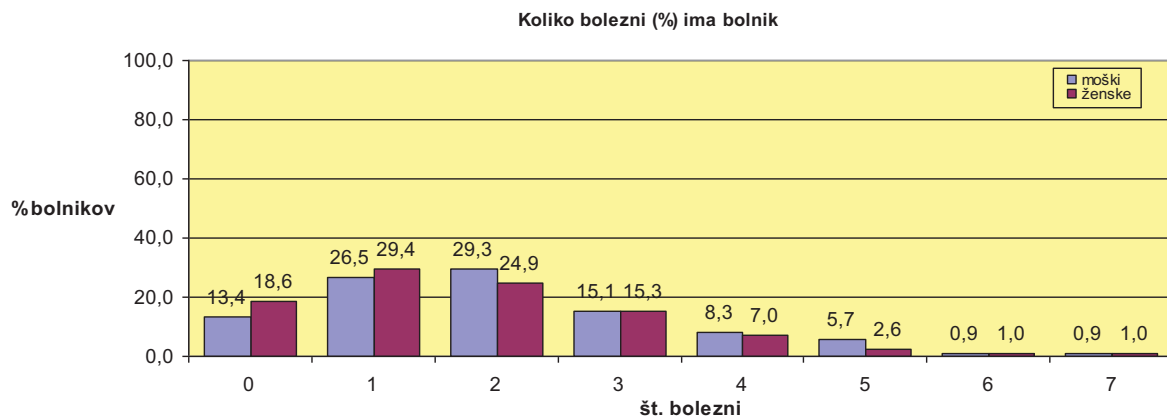
* statistični izračun narejen na dan 30.11.2009

Med bolniki z eno ali več boleznijo ni statistično značilnih razlik po spolu ($\chi^2=7.58$, $ss=5$, $p>0,05$)*.

Med tem, ko statistično značilne razlike nastopijo med zdravimi – brez bolezni in bolnimi ($\chi^2=3,96$; $dt=1$; $p<0,05$)* – med tistimi, ki imajo bolezen in med tistimi, ki je nimajo (glede na spol).



Graf 1: Število bolnikov glede na število bolezni



Graf 2: Odstotek bolnikov glede na število bolezni

Tabela 10: Koliko bolnikov je imelo bolezen v določenem obdobju

| Vrsta bolezni | 01.07.2003 – 31.12.2003 | 01.01.2004 – 30.06.2004 | 01.07.2004 – 31.12.2004 | 01.01.2005 – 31.12.2005 | sedaj |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Hipertenzija | 249 | 262 | 259 | 264 | 261 |
| Kronična bolečina | 198 | 191 | 192 | 205 | 184 |
| Poškodba | 134 | 94 | 73 | 40 | 61 |
| Ulkus, gastritis, GERB, disfagija | 82 | 71 | 80 | 83 | 83 |
| Diabetes mellitus | 65 | 69 | 70 | 69 | 71 |
| Artritis | 55 | 57 | 55 | 66 | 56 |
| Naglušnost ali slabši vid | 52 | 53 | 53 | 64 | 64 |
| Koronarna srčna bolezen | 47 | 50 | 46 | 54 | 57 |
| Kronična pljučna bolezen | 44 | 40 | 42 | 47 | 45 |
| Inkontinenca ali težave s prostato | 34 | 41 | 41 | 48 | 53 |
| Hipo ali hipertiroidizem | 31 | 32 | 30 | 35 | 33 |
| Rak (maligno obolenje) | 27 | 29 | 29 | 37 | 35 |
| Kronična črevesna bolezen | 17 | 23 | 20 | 22 | 20 |
| Epilepsija | 10 | 8 | 7 | 8 | 11 |
| Ostale bolezni** | 12 | 4 | 7 | 8 | 11 |

** Možganska kap, Uremija, Demenca, Hipo ali hiperparatiroidizem, Parkinsonova bolezen, Hipo ali hiperadrenalizem, Porfirija

Pojav bolezni:

Pri testiranju ali obstajajo v pojavu bolezni po letih statistično značilne razlike smo ugotovili, da le te nastopijo v primerjavi med: (letom 2003 in 2005 - ($\chi^2=60.13$, $ss=14$, $p<0,01$)*, (letom 2003 in sedaj - ($\chi^2=36.13$, $ss=14$, $p<0,01$)*, (letom 30.6.2004 in 2005 - ($\chi^2=28.30$, $ss=14$, $p<0,05$)*.

Med ostalimi leti ni bilo razlik v pojavu bolezni

(leto 2003 in 30.6.2004 - ($\chi^2=14.06$, $ss=14$, $p>0,05$), (leto 2003 in 31.12.2004 - ($\chi^2=20.02$, $ss=14$, $p>0,05$),

(leto 30.6.2004 in 31.12.2004 - ($\chi^2=4.42$, $ss=14$, $p>0,05$), (leto 30.6.2004 in sedaj - ($\chi^2=15.77$, $ss=14$, $p>0,05$),

(leto 31.12.2004 in 2005 - ($\chi^2=14.24$, $ss=14$, $p>0,05$), (leto 31.12.2004 in sedaj - ($\chi^2=6.83$, $ss=14$, $p>0,05$),

(leto 2005 in sedaj - ($\chi^2=7.88$, $ss=14$, $p>0,05$).

* statistični izračun narejen na dan 30.11.2009

Tabela 11: Koliko pacientov je imelo to bolezen prisotno skozi obdobja po spolu

(ali je bolezen pri pacientu prisotna pol leta, eno leto, dve leti ali od nekdanj)

1. obd – bolezen se je pojavila enkrat tem opazovanega obdobja ali se je pojavila »sedaj«

2. obd – bolezen je prisotna eno leto

3. obd – bolezen je prisotna eno leto do dve

4. bolezen je prisotna več kot dve leti

Od nekdanj – bolezen je prisotna ves čas opazovanja

| Vrsta bolezni | 1.obd | | 2. obd | | 3.obd | | 4.obd | | Od nekdanj | | m | ž | Σ |
|------------------------------------|-------|-----|--------|----|-------|----|-------|----|------------|-----|-----|-----|-----|
| | m | ž | m | ž | m | ž | m | ž | m | ž | | | |
| Hipertenzija | 18 | 27 | 9 | 8 | 9 | 3 | 21 | 24 | 73 | 127 | 130 | 189 | 319 |
| Kronična bolečina | 23 | 55 | 21 | 37 | 15 | 30 | 15 | 24 | 31 | 66 | 105 | 212 | 317 |
| Poškodba | 62 | 103 | 40 | 29 | 22 | 11 | 9 | 1 | 4 | 2 | 137 | 146 | 283 |
| Ulkus, gastritis, GERB, disfagija | 24 | 58 | 13 | 17 | 7 | 13 | 5 | 8 | 11 | 18 | 60 | 114 | 174 |
| Naglušnost ali slabši vid | 13 | 29 | 2 | 6 | 2 | 7 | 2 | 2 | 15 | 22 | 34 | 66 | 100 |
| Diabetes mellitus | 5 | 10 | 2 | 2 | | 4 | 8 | 3 | 28 | 25 | 43 | 44 | 87 |
| Artritis | 8 | 17 | 2 | 6 | 2 | 6 | 2 | 4 | 12 | 28 | 26 | 61 | 87 |
| Inkontinenca ali težave s prostato | 24 | 8 | 6 | 2 | 3 | 3 | 5 | 4 | 13 | 10 | 51 | 27 | 78 |
| Koronarna srčna bolezen | 8 | 12 | 3 | 1 | 4 | 2 | 5 | 2 | 21 | 15 | 41 | 32 | 73 |
| Kronična pljučna bolezen | 9 | 5 | 2 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 | 13 | 19 | 29 | 31 | 60 |
| Rak (maligno obolenje) | 9 | 12 | 6 | 4 | 1 | 2 | 4 | 4 | 7 | 8 | 27 | 30 | 57 |
| Hipo ali hipertiroidizem | | 9 | | 5 | | 3 | 1 | 1 | 3 | 22 | 4 | 40 | 44 |
| Kronična črevesna bolezen | | 10 | | 3 | 1 | | 1 | 1 | 5 | 10 | 7 | 24 | 31 |
| Možganska kap | 3 | 6 | 1 | 2 | | | | | 2 | | 6 | 8 | 14 |
| Epilepsija | 3 | 2 | 1 | 1 | | | | | 5 | 2 | 9 | 5 | 14 |
| Ostalo** | 3 | 4 | 1 | | 1 | | | | | 1 | 5 | 5 | 10 |

**Demenca, Hipo ali hiperparatiroidizem, Uremija, Parkinsonova bolezen, Hipo ali hiperadrenalizem, Porfirija

Tabela 11.1: Koliko pacientov je imelo to bolezen prisotno skozi obdobja

| Vrsta bolezni | 1.obd | 2. obd | 3.obd | 4.obd | Od nekdanj | m | ž | Σ |
|------------------------------------|-------|--------|-------|-------|------------|-----|-----|-----|
| (hipertenzija) | 45 | 17 | 12 | 45 | 200 | 130 | 189 | 319 |
| Kronična bolečina | 78 | 58 | 45 | 39 | 97 | 105 | 212 | 317 |
| Poškodba | 165 | 69 | 33 | 10 | 6 | 137 | 146 | 283 |
| Ulkus, gastritis, GERB, disfagija | 82 | 30 | 20 | 13 | 29 | 60 | 114 | 174 |
| Naglušnost ali slabši vid | 42 | 8 | 9 | 4 | 37 | 34 | 66 | 100 |
| Diabetes mellitus | 15 | 4 | 4 | 11 | 53 | 43 | 44 | 87 |
| Artritis | 25 | 8 | 8 | 6 | 40 | 26 | 61 | 87 |
| Inkontinenca ali težave s prostato | 32 | 8 | 6 | 9 | 23 | 51 | 27 | 78 |
| Koronarna srčna bolezen | 20 | 4 | 6 | 7 | 36 | 41 | 32 | 73 |
| Rak (maligno obolenje) | 21 | 10 | 3 | 8 | 15 | 27 | 30 | 57 |
| Ostale bolezni** | 35 | 11 | 3 | 7 | 42 | 49 | 49 | 98 |

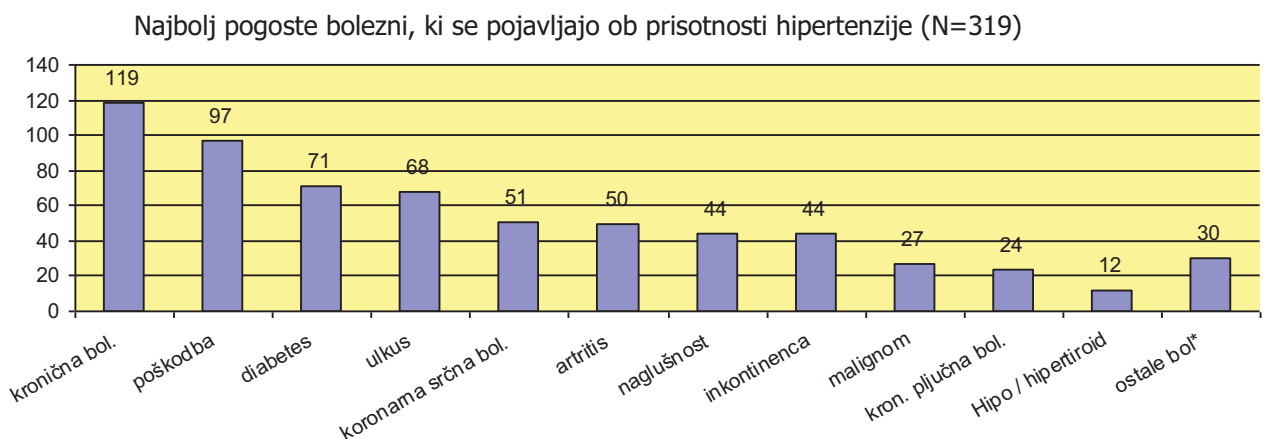
**Kronična pljučna bolezen, Hipo ali hipertiroidizem, Kronična črevesna bolezen, Možganska kap, Epilepsija, Demenca, Hipo ali hiperparatiroidizem, Uremija, Parkinsonova bolezen, Hipo ali hiperadrenalizem, Porfirija

Pojav bolezni glede na obdobja med vsemi bolniki

Med vsemi obdobji v pojavu bolezni nastopajo statistično značilne razlike, ($\chi^2=21.87$, $ss=10$, $p<0,05$ – obd 1 in obd 2)*, ($\chi^2=26.58$, $ss=10$, $p<0,01$ – obd 1 in obd 3)*, ($\chi^2=92.99$, $ss=10$, $p<0,01$ – obd 1 in obd 4)*, ($\chi^2=305.76$, $ss=10$, $p<0,01$ – obd 1 in obd »od nekdanj«)*, ($\chi^2=64.03$, $ss=10$, $p<0,01$ – obd 2 in obd 4)*, ($\chi^2=244.69$, $ss=10$, $p<0,01$ – obd 2 in obd »od nekdanj«)*, ($\chi^2=43.07$, $ss=10$, $p<0,01$ – obd 3 in obd 4)*, ($\chi^2=165.62$, $ss=10$, $p<0,01$ – obd 3 in obd »od nekdanj«)*, ($\chi^2=35.09$, $ss=10$, $p<0,01$ – obd 4 in obd »od nekdanj«)*, razen med obdobjem 2 in 3. ($\chi^2=10.57$, $df=10$, $p>0,05$ – obd 2 in obd 3)*

Skupno ne glede na obdobje pa nastopajo statistično značilne razlike v pojavu bolezni med spoloma ($\chi^2=55.87$, $ss=10$, $p<0,01$ – moški, ženske)*

Najbolj pogosto so bolniki imeli hipertenzijo. Ob tej bolezni pa so se pojavljale tudi druge bolezni. Najbolj pogoste so grafično prikazane.



Graf 3: Bolezni, ki se pojavljajo ob hipertenziji

* statistični izračun narejen na dan 30.11.2009

5 OBISKI PRI ZDRAVNIKU IN BOLEZNI

Tabela 12: Število obiskov pri zdravniku pri pacientih, ki so imeli samo ENO bolezen

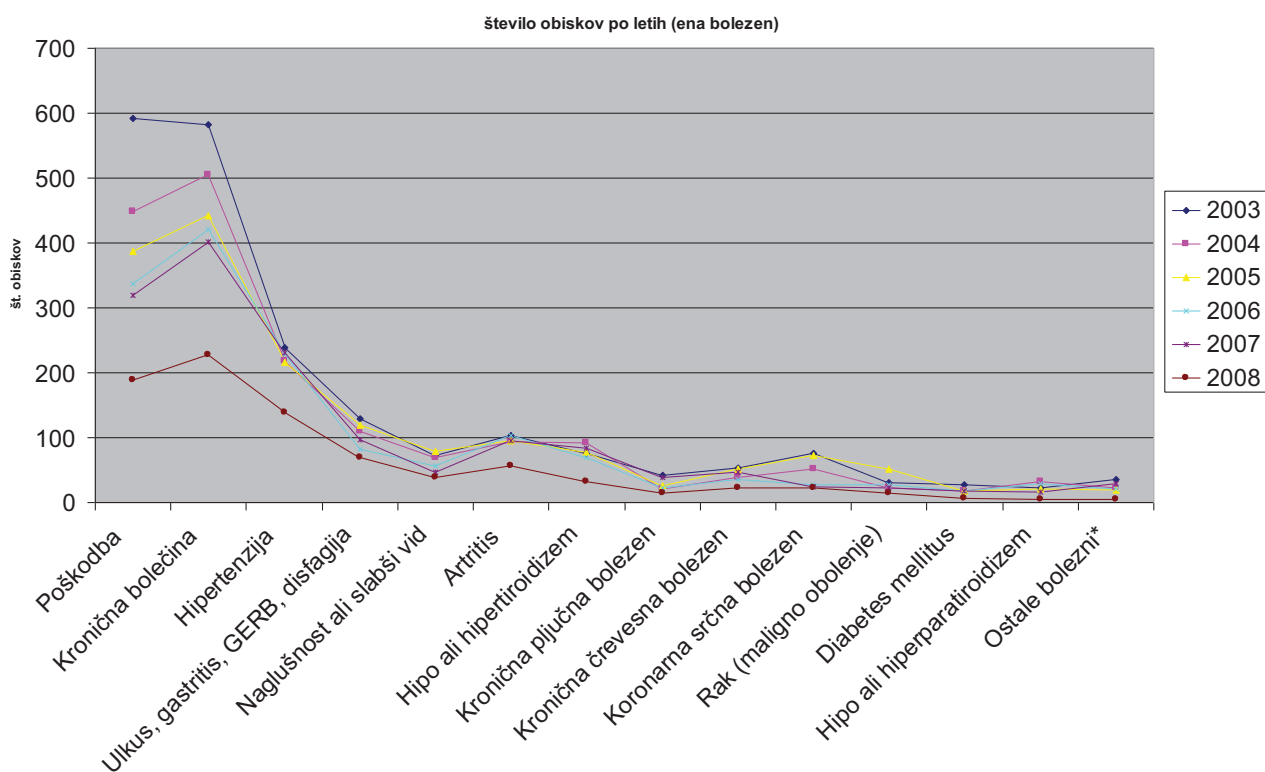
| Vrsta bolezni | Št. pacientov | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Skupaj obiskov |
|-----------------------------------|---------------|------|------|------|------|------|------|----------------|
| Poškodba | 79 | 592 | 449 | 387 | 337 | 320 | 189 | 2274 |
| Kronična bolečina | 58 | 583 | 505 | 442 | 421 | 401 | 227 | 2579 |
| Hipertenzija | 36 | 239 | 217 | 216 | 229 | 231 | 138 | 1270 |
| Ulkus, gastritis, GERB, disfagija | 20 | 129 | 110 | 119 | 83 | 97 | 69 | 607 |
| Naglušnost ali slabši vid | 14 | 73 | 69 | 79 | 56 | 47 | 39 | 363 |
| Artritis | 12 | 104 | 94 | 95 | 103 | 95 | 57 | 548 |
| Hipo ali hipertiroidizem | 12 | 76 | 92 | 78 | 69 | 84 | 32 | 431 |
| Kronična pljučna bolezen | 8 | 42 | 21 | 26 | 23 | 38 | 14 | 164 |
| Kronična črevesna bolezen | 6 | 53 | 38 | 51 | 35 | 46 | 23 | 246 |
| Koronarna srčna bolezen | 5 | 76 | 51 | 72 | 28 | 24 | 22 | 273 |
| Rak (maligno obolenje) | 4 | 30 | 23 | 52 | 28 | 22 | 15 | 170 |
| Diabetes mellitus | 3 | 27 | 17 | 17 | 17 | 17 | 6 | 101 |
| Hipo ali hiperparatiroidizem | 1 | 22 | 32 | 21 | 29 | 16 | 5 | 125 |
| Ostale bolezni** | 4 | 36 | 22 | 20 | 21 | 29 | 5 | 133 |

**Hipo ali hiperadrenalizem, Inkontinenca ali težave s prostato; Možganska kap

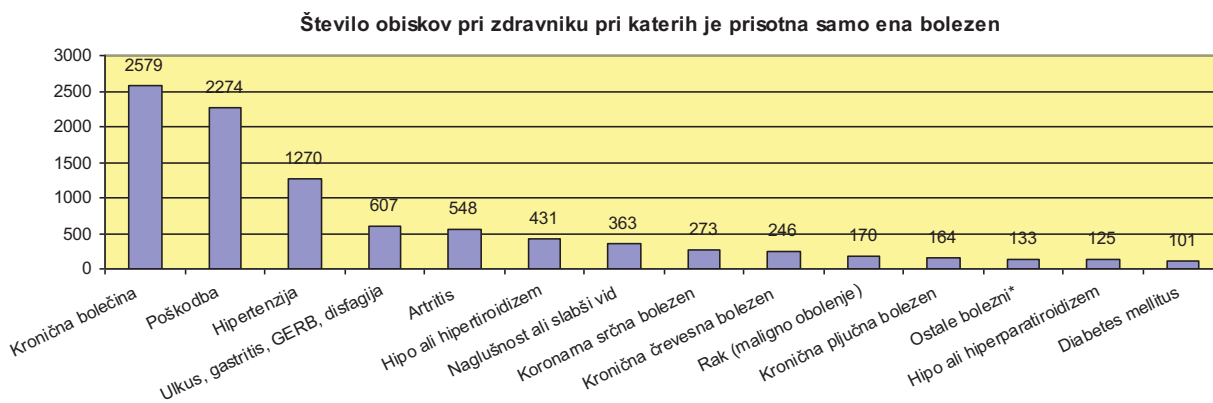
V primerjavi števila obiskov med leti nastopajo statistično značilne razlike med leti (leto 2003 in 2004 - $\chi^2=22.35$, $ss=13$, $p=0,05$)*, (leto 2003 in 2005 - $\chi^2=37.59$, $ss=13$, $p<0,01$)*, (leto 2003 in 2006 - $\chi^2=46.78$, $ss=13$, $p<0,01$)*, (leto 2003 in 2007 - $\chi^2=53.88$, $ss=13$, $p<0,01$)*, (leto 2003 in 2008 - $\chi^2=40.06$, $ss=13$, $p<0,01$)*, (leto 2004 in 2005 - $\chi^2=29.36$, $ss=13$, $p<0,01$)*, (leto 2004 in 2007 - $\chi^2=38.11$, $ss=13$, $p<0,01$)*, (leto 2004 in 2008 - $\chi^2=29.73$, $ss=13$, $p<0,01$)*, (leto 2005 in 2006 - $\chi^2=34.53$, $ss=13$, $p<0,01$)*, (leto 2005 in 2007 - $\chi^2=46.87$, $ss=13$, $p<0,01$)*, (leto 2007 in 2008 - $\chi^2=23.72$, $ss=13$, $p<0,05$)*.

Medtem, ko med naslednjimi leti ni bilo statistično značilnih razlik v številu obiskov (leto 2004 in 2006 - $\chi^2=19.26$, $ss=13$, $p>0,05$)*, (leto 2005 in 2008 - $\chi^2=21.48$, $ss=13$, $p>0,05$)*, (leto 2006 in 2007 - $\chi^2=15.80$, $ss=13$, $p>0,05$)*, (leto 2006 in 2008 - $\chi^2=20.90$, $ss=13$, $p>0,05$)*,

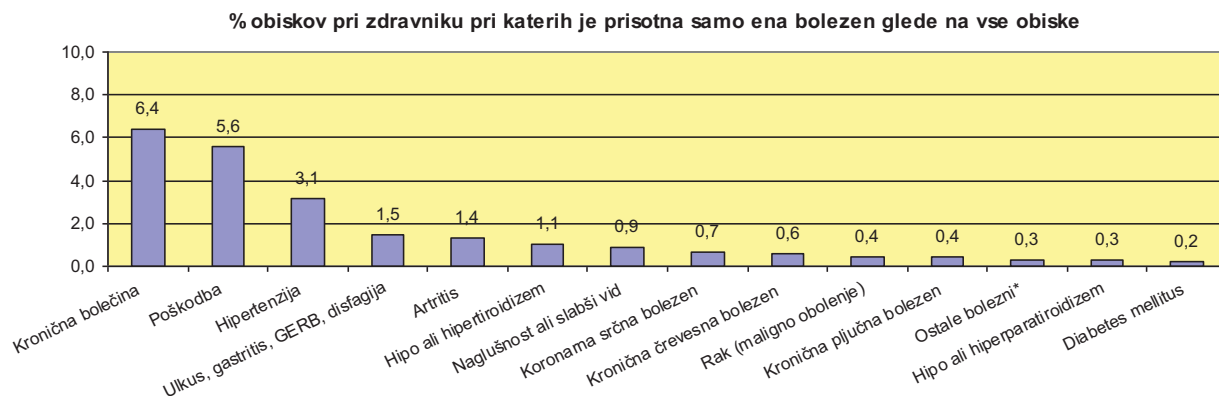
* statistični izračun narejen na dan 30.11.2009



Graf 5: Število obiskov po letih pri bolnikih, ki imajo samo eno bolezen



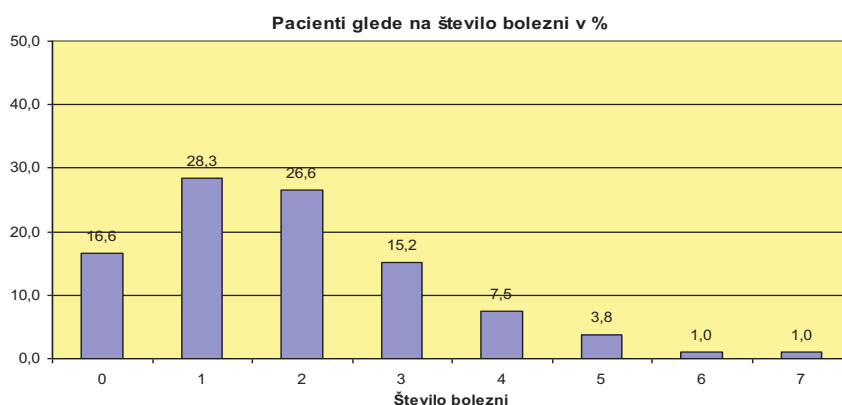
Graf 6: Število obiskov pri zdravniku pri bolnikih, ki imajo samo eno bolezen



Graf 7: % obiskov pri zdravniku pri bolnikih, ki imajo samo eno bolezen glede na število vseh obiskov

Tabela 13: Število obiskov pri zdravniku pri pacientih glede na število bolezni

| Št. bolezni | Št. pacientov | % | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | Skupaj obiskov |
|-------------|---------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| 0 | 154 | 16,6 | 879 | 736 | 712 | 639 | 644 | 319 | 3.929 |
| 1 | 262 | 28,3 | 2.082 | 1.740 | 1.675 | 1.479 | 1.467 | 841 | 9.284 |
| 2 | 246 | 26,6 | 2.526 | 2.331 | 1.988 | 1.883 | 1.929 | 1.024 | 11.681 |
| 3 | 141 | 15,2 | 1.466 | 1.346 | 1.225 | 1.267 | 1.317 | 665 | 7.286 |
| 4 | 69 | 7,5 | 826 | 834 | 827 | 755 | 723 | 434 | 4.399 |
| 5 | 35 | 3,8 | 425 | 401 | 402 | 412 | 394 | 187 | 2.221 |
| 6 | 9 | 1,0 | 174 | 199 | 165 | 145 | 183 | 103 | 969 |
| 7 | 9 | 1,0 | 175 | 130 | 126 | 142 | 116 | 75 | 764 |
| Skupaj | 925 | 100 | 8.553 | 7.717 | 7.120 | 6.722 | 6.773 | 3.648 | 40.533 |



Graf 8: Pacienti glede na število bolezni v %

Primerjava med številom bolezni in številom obiskov glede na leto.

Statistično značilne razlike med številom bolezni in številom obiskov med leti:

(leto 2003 in 2004 - $\chi^2=22.37$, $ss=7$, $p=0,05$)*, (leto 2003 in 2005 - $\chi^2=25.37$, $ss=7$, $p<0,01$)*, (leto 2003 in 2006 - $\chi^2=38.86$, $ss=7$, $p<0,01$)*, (leto 2003 in 2007 - $\chi^2=59.54$, $ss=7$, $p<0,01$)*, (leto 2003 in 2008 - $\chi^2=31.07$, $ss=7$, $p<0,01$)*, (leto 2004 in 2006 - $\chi^2=22.65$, $ss=7$, $p<0,01$)*, (leto 2004 in 2007 - $\chi^2=15.63$, $ss=7$, $p<0,05$)*, (leto 2005 in 2007 - $\chi^2=21.15$, $ss=7$, $p<0,01$)*.

Medtem, ko med naslednjimi leti ni bilo statistično značilnih razlik med številom bolezni in številom obiskov:

(leto 2004 in 2005 - $\chi^2=13.84$, $ss=7$, $p>0,05$)*, (leto 2004 in 2008 - $\chi^2=11.76$, $ss=7$, $p>0,05$)*, (leto 2005 in 2006 - $\chi^2=13.89$, $ss=7$, $p>0,05$)*, (leto 2005 in 2008 - $\chi^2=10.56$, $ss=7$, $p>0,05$)*, (leto 2006 in 2007 - $\chi^2=9.52$, $ss=7$, $p>0,05$)*, (leto 2006 in 2008 - $\chi^2=12.60$, $ss=7$, $p>0,05$)*, (leto 2007 in 2008 - $\chi^2=12.43$, $ss=7$, $p>0,05$)

* statistični izračun narejen na dan 30.11.2009

Ocena sprejemljivosti multifaktorske lestvice za napoved depresije v družinski medicini ARRS L3-0040

KAKO BOLJE VODITI BOLNIKE Z DEPRESIJO –

REZULTATI FOKUSNIH SKUPIN Z ZDRAVNIKI SPLOŠNE MEDICINE

Metodologija

Namen analize fokusnih skupin je bil opredeliti:

- skrite dejavnike, ki se kot ovira ali olajševalni dejavnik pojavljajo pri zdravnikih splošne medicine pri odkrivanju bolnikov z depresijo,
- zaviralne in spodbujevalne dejavnike, ki vplivajo na vrednotenje depresivne epizode,
- omejevalne dejavnike pri uporabi lestvice PREDICT,
- omejevalne in olajševalne dejavnike pri uporabi vprašalnika CIDI.

Čeprav je za raziskovanje depresije značilen kvantitativni pristop, se v pričujoči raziskavi zaradi nepoznavanja vseh dejavnikov, s katerimi se srečujejo zdravniki pri vodenju bolnika z depresijo, nismo mogli izogniti kvalitativnemu delu s polstrukturiranim vprašalnikom in scenarijem za izvedbo fokusnih skupin. Metoda omogoča dostop do skritih populacij, še posebno, kadar je za vzpostavljanje stika z respondentom in izvedbo intervjuja potrebna določena mera zaupanja.

SCENARIJ

Celotna zahtevana dolžina časa: 1 ura + 10 minut – 1 ura + 50 minut

Odmor: 0 minut

Ključna vprašanja, na katera iščemo odgovore v fokusni skupini:

Namen študije je izvajanje evalvacijske raziskave, s katero bomo opredelili:

- skrite dejavnike, ki se kot ovira ali olajševalni dejavnik pojavljajo pri zdravnikih splošne medicine pri odkrivanju bolnikov z depresijo,
- zaviralne in spodbujevalne dejavnike, ki vplivajo na vrednotenje depresivne epizode,
- omejevalne dejavnike pri uporabi lestvice PREDICT,
- omejevalne in olajševalne dejavnike pri uporabi vprašalnika CIDI.

Sledi splošno vodilo za vodenje fokusne skupine. Vodilo se pri izvedbi druge fokusne skupine lahko spremeni, saj se lahko uporabijo informacije, ki so pridobljene v okviru prve fokusne skupine.

Pred začetkom izpeljite proces ozaveščenega pristanka na sodelovanje v raziskavi in fokusni skupini.

I. Uvod (10 min)

- pozdravite udeležence in se predstavite,
- razložite glavni namen razprave v fokusni skupini in razloge, da ste izbrali prav določene udeležence,
- pogovorite se o namenu in procesu dela v fokusni skupini,
- razložite namen uporabe in namestitve snemalne opreme,
- poudarite in predstavite osnovna načela razprave, kot npr. pomembnost vsakega sogovornika, pravilo, da govori le ena oseba naenkrat in ne več oseb, pravilo, da lahko moderator poseže v razpravo in poskrbi, da bodo pokrita vsa področja,
- izpostavite načelo zaupnosti,
- obvestite, da bo analizirano celotno besedilo skupine in da posamezna imena govorcev ne bodo navedena oz. izpostavljena.

Pojasnilo moderatorja:

Raziskava predstavlja nadaljevanje mednarodnega projekta PREDICT, katerega cilj je bil razviti lestvico za napoved depresije v osnovni zdravstveni dejavnosti. V predlaganem projektu bomo analizirali rezultate na vzorcu 1100 bolnikov, vključenih v študijo, ki so bili rekrutirani iz 60 ambulant splošne medicine v Sloveniji. V tej populaciji je bila depresija ocenjevana s pomočjo vprašalnika CIDI. V ponovnem pregledu te kohorte čez pet let bomo analizirali tudi podatke o somatskih boleznih, ki jih v prejšnji študiji nismo zbirali. Na ta način bomo lahko proučili multimorbidnost pri teh bolnikih.

Raziskava je zasnovana kot nadaljevanje kohortne študije PREDICT in predstavlja njeno obogatitev s podatki o somatskih boleznih. V študiji bomo preskusili uporabnost lestvice, ki je bila izdelana v okviru projekta PREDICT, in izdelali praktična orodja za delo zdravnika v ambulantni družinski medicine.

Vodnik razprave:

Na neformalen način želimo z vami razpravljati o spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikih, ki vplivajo na postavitve diagnoze depresija v družinski medicini. Razpravljate lahko tako, da se neposredno vključujete v razpravo. Če vprašanja ne razumete, zahtevajte pojasnilo. Tu smo, da sprašujemo, poslušamo, se pogovarjamo in izmenjujemo izkušnje. Če se nam bo posamezno področje zdelo zanimivo, vas bomo neposredno vprašali. Če to storimo, se ne počutite vznemirjene; želeli bi namreč pridobiti čim več stališč. Vse udeležence prosimo, da izven fokusne skupine ne razkrivajo identitete udeležencev. Upamo, da se počutite sproščeno in da nam zaupate. Kot smo povedali, bomo razpravo snemali, ker ne želimo zgrešiti in izgubiti nobene informacije.

(Če so prisotni še drugi asistenti, jih predstavite.)

"Pa začnimo. Najprej naj vsak pove, od kod prihaja in kakšno delo opravlja. Začela bom kar sama (moderator se predstavi).

II. Generacija ključnih vsebin (50 min)

Pojasnilo moderatorja:

Depresija je huda in pogosta bolezen. Ena od šestih oseb v določenem obdobju svojega življenja trpi za depresijo. Ena izmed najhujših posledic depresije je samomor; kar 70 %

oseb, ki so napravile samomor, je bilo depresivnih. Čeprav bi depresijo pri večini bolnikov lahko uspešno ozdravili, pa jih več kot tri četrtine ne prejema ustreznega zdravljenja.

Izhodiščno vprašanje:

Dandanes veliko govorimo o depresiji. Kaj vam pride na misel, ko se spomnite na svoj način vodenja bolnika z depresijo v vaši ambulanti?

Skupina navede izhodiščni seznam tem. Po zaključku odgovorov nadaljujte.

Velikokrat omenjamo ovire, ki jih srečujemo pri odkrivanju in opredeljevanju depresivnih stanj. S katerimi se srečujete vi?

Možna opomba, ki sledi vprašanju:

Kaj pa različni vprašalniki za odkrivanje depresije, ki jih izpolnjujejo bolniki?

Zapisujte si osrednja sporočila v razpredelnico in poskrbite, da bodo relevantna področja pokrita.

Pojasnilo moderatorja:

Kessler s sodelavci je s pomočjo razširjene različice WHO-jevega vprašalnika CIDI (Composite International Diagnostic Interview) ugotavljal, da je življenjska prevalenca velike oz. hude depresivne motnje v ZDA okoli 16,2 % (32,6–35,1 milijona odraslih oseb), 12-mesečna prevalenca pa je 6,6 % (13,1–14,2 milijona odraslih oseb), od katerih jih je 50 % imelo hudo depresivno motnjo (1). Povprečna epizoda depresije je trajala do 4 mesece. Približno 60 % oseb, ki so imele depresijo v preteklem letu, je poročalo o pomembni oškodovanosti in nezmožnosti na področju zaposlitvenega in socialnega funkcioniranja, le 22 % vseh pa je bilo deležnih ustreznega zdravljenja (1).

Velikokrat omenjamo olajševalne dejavnike pri opredeljevanju depresivnih stanj. S katerimi se srečujete vi?

Kako vam je instrument CIDI olajšal razpoznavanje depresivnih stanj?

Izhodišča za nadaljnjo eksploracijo stališč:

1. Znanje

- percepcija, da lahko vprašalniki o depresiji olajšajo diagnostični postopek,
- način interpretacije odgovorov vprašalnikov o depresiji,
- poznavanje smernic o obravnavi bolnika z depresijo (prevod finskih smernic),
- odkrivanje bolnikov s tveganjem za razvoj depresije.

2. Stališča

- dožemanje depresije kot pomembnega bremena lokalne skupnosti,
- stališče o pomenu zgodnjega odkrivanja depresivnih epizod,
- stališče, da se z odkrivanjem in vodenjem bolnika z depresijo ukvarja zdravnik na primarni ravni,
- stališča o vplivu družinskih članov pri bolnikih z depresijo,
- stališča o stigmah širše družbene skupnosti,
- stališča o vlogi ključnih oseb v splošni medicini – ali njihovi nastopi vplivajo na obravnavo bolnikov z depresijo.

3. Praksa

- dokumentiranje depresivnih epizod,
- izročanje informacij in letakov o depresiji,
- vpliv plačila storitve (v primeru depresije je to pogovor) na izvajanje vodenja bolnika z depresijo,

- pridobivanje povratnih informacij o pojavnosti depresije v lokalni skupnosti in na ravni države.

Moderator preveri jasnost in nedvoumnost sporočil.

III. Zaključek (10 minut)

*zaključne pripombe,
zahvala udeležencem,
navodila za morebitno plačilo/kompenzacija časa, ki so ga porabili udeleženci, oz. p*

Vzorčenje

V anketnem raziskovanju poznamo in uporabljamo različne metode vzorčenja. Najbolj znano in razširjeno je preprosto naključno vzorčenje, ki pa je najprimernejša metoda vzorčenja, kadar imamo opravka z nespecifičnimi (splošnimi) in dovolj velikimi populacijami. Pri vzorčenju vključenih v fokusne skupine smo zato uporabili metodo propulzivnega vzorčenja. Izvedli smo pogovore v okviru šestih fokusnih skupin. Prvi dve sta bili izvedeni maja 2009. V vsako je bilo vključenih 7 zdravnikov splošne medicine iz različnih delov Slovenije, ki vsakodnevno delajo v praksi. Fokusna skupina z asistenti Katedre za družinsko medicino je potekala avgusta 2009 (7 sodelujočih). Tri fokusne skupine (10, 10 in 11 sodelujočih) s specializanti družinske medicine so bile izvedene novembra 2009. V vzorec so bili zajeti zdravnice in zdravniki različnih starosti, ki imajo svoje ambulante v mestnem in vaškem okolju. Vključeni so bili tako zdravniki specialisti kot tudi zdravniki brez specializacije. Prav tako je bila zagotovljena ustrezna vključenost zdravnikov, ki so učitelji v dodiplomskem in podiplomskem izobraževanju, ter tistih, ki ne sodelujejo v izobraževalnem procesu. Vključeni so bili zdravniki zasebniki in zdravniki, ki delujejo v javni zdravstveni službi (zdravstveni domovi).

Fokusne skupine so vodili trije usposobljeni raziskovalci. Vsak je imel pred seboj napisan scenarij zaporednih vprašanj in opomb. Scenarij za zdravnike je vodilo, ki jim omogoča pridobiti čim več informacij o vodenju bolnika z depresijo in preprečuje, da bi se anketar in udeleženec fokusne skupine v pogovoru oddaljila od osrednje teme na druga področja.

Pogovori so bili posneti na avdiokasete.

Dve raziskovalki sta preverili kakovost zvočnega zapisa in prepisa. Prepise intervjujev so analizirale tri raziskovalke. Pri analizi so sledile naslednjim načelom:

- označevanje smiselnih delov besedila (navedb, citatov) in njihovo poimenovanje z oznakami (kodami),
- povezovanje kod v smiselne osrednje vsebine (teme),
- ponovno pregledovanje navedkov in kod (revizija),
- dokončno oblikovanje besednih datotek s končnimi navedki, podtemami in temami.

Zbrani podatki so bili analizirani po načelih teorije kvalitativnega raziskovanja.

Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 52 zdravnikov družinske medicine, ki so bili vključeni v 6 fokusnih skupin.

V analizi besedil se je izoblikovalo 17 tem in njim pripadajočih kategorij, ki jih prikazuje tabela 1.

Tabela 1 Teme in kategorije

| TEMA | Kategorije |
|---|---|
| OVIRE PRI OBRAVNAVI BOLNIKA Z DEPRESIJO | <ul style="list-style-type: none"> • pomanjkanje časa, • finance, • pričakovanja bolnika, • dilema pri postavitvi diagnoze, • vprašalniki za odkrivanje depresije, • spremembe strokovne doktrine, • konsenz glede diagnoze depresija/doseganje, • pomanjkanje komunikacijskih veščin, • nerealnost napovedne lestvice za depresijo, • sprememba stališča zdravnika, • pomanjkanje orodja za oceno teže depresije, • odpor zdravnika do bolnika, • razumevanje in sprejemanje razlogov za depresijo (zdravnik), • zanikanje bolezni, • brez izkušenj, • premalo znanja o kratki intervenciji; |
| OLAJŠEVALNI DEJAVNIKI PRI VODENJU BOLNIKA Z DEPRESIJO | <ul style="list-style-type: none"> • vprašalniki za odkrivanje depresije, • izkušnje, • napovedna lestvica za depresijo, • zdravnik izroči letak, • letak, • aktivno iskanje depresivnih ljudi, • dober odziv na zdravljenje, • dolgotrajno spremljanje bolnika, • vztrajnost, potrpežljivost zdravnika, • lastnosti, značaj zdravnika, • odnos zdravnika do depresije, • empatija, toplina, sočutje, pozornost, • način pogovora, • soodločanje bolnika; |
| DEJAVNIKI ZA RAZVOJ DEPRESIJE | <ul style="list-style-type: none"> • psihosocialne motnje, • vplivi recesije, • starost kot dejavnik depresije, • stres kot dejavnik depresije, |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • okolje kot dejavnik depresije, • osamljenost kot dejavnik depresije, • ločitev, • nasilje v družini, • bolezen kot izgovor, • več dejavnikov za depresijo, • biokemična motnja kot dejavnik depresije, • predisponirana osebnost kot dejavnik depresije; |
| SPECIFIČNOST DEPRESIJE GLEDE NA SPOL IN STAROST | <ul style="list-style-type: none"> • specifičnost depresije pri moškem, • specifičnost depresije pri ženski, • impotenca, • depresija otrok, • depresija mladostnikov, • poporodna depresija; |
| STIGMA | <ul style="list-style-type: none"> • stigma, • stigma na strani zdravnika; |
| ČUSTVA | <ul style="list-style-type: none"> • empatija, toplina, sočutje, pozornost, • stres, izgorelost, • olajšanje zdravnika, dvojno čustvo, • zdravnikov občutek ob zdravljenju depresivnega bolnika, • predelava čustev, • občutek krivde, • krivda, • strah; |
| SAMOMOR | <ul style="list-style-type: none"> • samomor |
| PARTNERSTVO/ DRUŽINA | <ul style="list-style-type: none"> • družina, • zaposlenost družinskih članov, • ločitev, • odnos med partnerjema, • spolnost, • nasilje v družini; |
| OSEBNE ZNAČILNOSTI BOLNIKA | <ul style="list-style-type: none"> • nacepljena kriminaliteta, • intelektualci, težavni, preveč pametni, • težaven bolnik, • znana, slavna oseba, direktor, • narodnostne razlike, • somatizacija, • migrant, • kulturno ozadje, • nezainteresiranost, • značaj bolnika, • izobrazba, • alkohol, alkoholik, • znanje o bolezni, • neznanje o bolezni, • starost; |
| KOMORBIDNOST | <ul style="list-style-type: none"> • alkohol, alkoholik, • komorbidnost, • bipolarna motnja; |
| POSTAVITEV DIAGNOZE | <ul style="list-style-type: none"> • čas postavitve diagnoze, • diagnostika, • samodiagnosticiranje s strani bolnika, • diagnostična zmeta, |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • zgodnje odkrivanje depresije; |
| DOMENA MED SPECIALNOSTMI: psihiater, družinski zdravnik | <ul style="list-style-type: none"> • primerjava s psihiatrom, • domena psihiatrov, psihiater, • domena družinskih zdravnikov, • napotitev, • organizacija dela psihiatra, • psihiater/bolniška, • drugo mnenje; |
| ZDRAVLJENJA Z NEFARMAKOLOŠKIMI UKREPI | <ul style="list-style-type: none"> • nefarmakološki ukrepi |
| SAMOZDRAVLJENJE ZDRAVLJENJE Z ZDRAVILI | <ul style="list-style-type: none"> • samozdravljenje, • zdravilo, • ustreznost zdravila, • menjava zdravil, • homeopatski odmerek, • odtegnitveni sindrom, • stranski učinki zdravil, • ne pozna nobenega primera, ki bi prenehal jemati antidepresiv; |
| ORGANIZACIJA AMBULANTE | <ul style="list-style-type: none"> • organizacija dela v ambulantni, • učinkovita raba časa, • kratka intervencija = premalo znanja o tem, • soodločanje bolnika; |
| DRUGE SLUŽBE, vključene v zdravljenje | <ul style="list-style-type: none"> • psiholog, • medicinska sestra, vloga, • socialna služba, • skupina za samopomoč; |
| IZOBRAŽEVANJE | <ul style="list-style-type: none"> • način izobraževanja o depresiji, • dodiplomski pouk, • izobraževanje; |
| MEDIJI, OBJAVE | <ul style="list-style-type: none"> • javne objave in razprave, • internet, informacije, • forumi; |
| DEPRESIJA V PRIMETRAJAVI Z DRUGO BOLEZNIJO | <ul style="list-style-type: none"> • asociacija z infekcijo HIV, • asociacija na rakavo obolenje; |
| ETIKA | <ul style="list-style-type: none"> • etika |

Zdravniki so veliko časa namenili pogovoru o vzrokih, ki vplivajo na pojav depresije, ter o razlikah, ki se pri obolelem pojavljajo glede na spol in starost. Poudarjali so ovire in spodbujevalne dejavnike, s katerimi se srečujejo pri diagnosticiranju depresije. Svoje delo so primerjali z delom specialistov psihiatrov. Kot pomembni sta izstopili tema »čustva« in tema »stigma«. Pomembno je tudi zdravljenje z zdravili, medtem ko so bili nefarmakološki ukrepi in samozdravljenje omenjeni redko. Presenetljivo malo je bilo poudarjanja drugih zdravstvenih sodelavcev, kot so npr. psiholog, medicinska sestra, socialna služba in skupine za samopomoč. V okviru

komorbidnosti so poudarili pomen odvisnosti od alkohola, ki so jo nekateri interpretirali kot posebno izrazno obliko depresije.

Dejavnike, ki vplivajo na razkritje težav v zvezi z depresijo, lahko strnemo v naslednji skupini:

DRUŽBENO OKOLJE:

- stigma,
- čustva (krivda),
- specifičnost depresije pri moškem.

OVIRE, KI SO POVEZANE Z OBRAVNAVO DEPRESIVNEGA BOLNIKA:

- pomanjkanje časa,
- finance,
- značilnosti bolnika (pričakovanja bolnika, zanikanje bolezni),
- značilnosti zdravnika (zdravnik brez izkušenj, odpor zdravnika do bolnika, pomanjkanje komunikacijskih veščin, sprememba stališča zdravnika, razumevanje in sprejemanje razlogov za depresijo),
- profesionalizem (poznavanje dejavnikov za razvoj depresije, dilema pri postavitvi diagnoze, vprašalniki za odkrivanje depresije, konsenz glede diagnoze depresija, nerealnost napovedne lestvice za depresijo, pomanjkanje orodja za oceno teže depresije, neznanje).

Poznavanje teh dejavnikov olajša vodenje bolnika z depresijo. Nasprotno pa se nepoznavanje dejavnikov kaže kot ovira pri delu zdravnika.

1 Stigma

Bolniki z depresijo so še vedno deležni zastarelih stereotipov in diskriminacije, kar opozarja na prisotnost stigmatizacije duševnih bolezni. Stigma je boleča in ponižujoča; stigmatiziranje depresije se začne z nalepko, ki se ji reče »diagnoza depresija« ali »zdravilo za depresijo«. Stigma se je v razgovorih z zdravniki pojavljala tudi kot zaviralni dejavnik, ki bolnikom preprečuje, da bi spregovorili o duševnih težavah in znakih depresije.

»Ja, v družbi ... mislim, večina bližnjih ne ve, da so depresivni oziroma da jemljejo zdravila.

Tako. Na tržnici, recimo, ne rečeš, da imaš depresijo, ampak da te križ boli. Pač ne povejo ... Tudi bližnjim ne. Vsaj ne vsem.«

Bolniki z depresijo se zaradi stigmatizacije v družbi sprejemajo tudi kot manjvredna delovna sila. Lažje omenjajo druga bolezenska stanja, medtem ko je depresija dejavnik, ki zmanjšuje zaposlitvene možnosti, zato jo je »treba skrivati«.

»Zagotovo si manj konkurenčen na trgu kot delovna sila. Dobiti delovno mesto glede na stopnjo izobrazbe je danes zelo težko. Če pa imaš zraven še diagnozo kakšne bolezni, delodajalec trikrat premisli, preden te vzame v službo. Težje je tudi na socialni ravni.«

»Eni imajo tudi strah pred stigmatizacijo: a boste to napisali v moj karton? To so psihiatrična zdravila. Moj karton gre na medicino dela, kadar grem jaz na sistematske preglede. Enim je tudi to ovira.«

Zanimiv je bil primer kratenja pravice do materinstva zaradi diagnoze depresija.

»Mlada ženska, ki se zdravi zaradi neplodnosti in je imela pred leti eno depresivno epizodo, je morala priti k meni, da dobi potrdilo, da nima težav, in za kaj je takrat šlo, preden bo vstopila v IVF-postopek (op. IVF = in vitro fertilizacija). Takoj ko je povedala 'Imela sem depresijo', se je pri ginekologu pojavil dvom, ali je ona primerna, da gre v postopek in bo mati.«

Zdravnik bi se po mnenju udeležencev fokusnih skupin moral zavedati stigmatizacije ter tabuizacije in z načinom sporazumevanja spodbujati ljudi, da spregovorijo o težavah.

»Treba je začeti pri sebi in predstaviti pacientu depresijo kot vsako drugo bolezen, ne pa kot neko tabu temo. Če spregovorimo bolj odprto, so tudi oni pripravljeni kaj več povedati.«

Struktura teme »Stigma« je prikazana v tabeli 2.

Tabela 2. Kategorije in primeri citatov teme »Stigma«

| TEMA | KATEGORIJA | CITAT |
|--------|-------------------|--|
| STIGMA | stigma – zdravnik | »Eni imajo tudi strah pred stigmatizacijo: a boste to napisali v moj karton? To so psihiatrična zdravila. Moj karton gre na medicino dela, kadar grem jaz na sistematske preglede. Enim je tudi to ovira.« |
| | | »Mlada ženska, ki se zdravi zaradi neplodnosti in je imela pred leti eno depresivno epizodo, je morala priti k meni, da dobi potrdilo, da nima težav, in za kaj je takrat šlo, preden bo vstopila v IVF-postopek. Takoj ko je povedala 'Imela sem depresijo', se je pri ginekologu pojavil dvom, ali je ona primerna, da gre v postopek in bo mati.« |
| | | »Prav bi bilo, da bi človeka dobro spoznali, preden bi mu postavili diagnozo depresije, ker to je le neka vrsta stigme v družbi in lahko nekemu naredimo veliko škodo in krivico.« |
| | Zdravila | »Včasih so bili kar malo stigmatizirani zaradi zdravil, ko so bila kot antipsihotiki in pomirjevala in so se jih ljudje kar malo bali, zdaj pa je že boljša klima v splošni populaciji.« |
| | Diagnoza | »Kakšna gospa se zjoče, pa reče, zakaj je tega nisem že zadnjič vprašala in koliko časa že čaka, da bi jo to vprašala. To pomeni, da je le stigmatizirajoča diagnoza: ona je ne more povedati, rekla bo pa 'Ja!', če ji jo ponudiš.« |

2 Čustva

Čustva, predvsem doživljanje krivde, so dejavnik, ki zavira razkrivanje težav, povezanih z depresijo. Z lastnimi čustvi se pri obravnavi depresivnih bolnikov srečujejo tudi zdravniki, vendar ne vedo, kako bi jih reševali.

»Včasih zdravniki prevečkrat vzamemo kakšne stvari preveč osebno. Se čutiš kriv, včasih še, ko te pacient sploh nima za krivega.«

Čutijo, da po obravnavi bolnika na zdravniku obleži nekakšna teža, ki se je znebijo šele s predelavo čustev. Navajajo, da imajo specialisti psihiatri možnost supervizije, medtem ko tega zdravniki družinske medicine niso deležni. Obremenitvam sledi izgorelost, včasih občutek olajšanja po uspešno vodenem bolniku. Čustvo, ki so mu v veliki meri izpostavljeni bolniki, je občutek krivde zaradi dejstva, da so zboleli za duševno boleznijo.

»Imajo občutke krivde: če je psihiatrična bolezen, sem kriv; če je somatska, potem je sprejemljivo. Ta krivda se goji v družbi in družini.«

»Ženska ima že slabo vest, ima krivdo. Moški nima krivde, gre v družbo, ima podporno skupino plus alkohol.«

Struktura teme »Čustva« je prikazana v tabeli 3.

Tabela 3. Kategorije in primeri citatov teme »Čustva«

| TEMA | KATEGORIJA | CITAT |
|-----------------|---------------------------|--|
| ZDRAVNIK | Empatija, toplina sočutje | <i>»Se strinjam s tem, da ljudje pridejo po neko toplino iz sočutja in slišati, kaj bi se dalo narediti . Mogoče ni vedno rešitev antidepresiv; človek mora čutiti, da je sprejet, da ga enako obravnavamo, ne pa nek vprašalnik, ki mu pove, koliko točk je dobil.«</i> |
| | Stres, izgorelost | <i>»Ampak težava je, da je treba z vsakim individualno delati in vsak predstavlja stres, tako da bi človek res rabil nekaj, da bi se sam lahko malo razbremenil, se lahko v miru o teh stvareh pogovoril, zlasti v kočljivih situacijah. Ne gre samo za to, da je neka pretirana potrošnja zdravstvene službe, ampak tudi na splošno: včasih besede padajo, ko jih tako zavijamo v ta celofan, še zmeraj kak problem ostane, da nisi čisto zadovoljen s pogovorom, pa človek ni čisto zadovoljen. Pozitivne povratne informacije pa dobiš redko – v smislu: 'O, kako lepo, da ste me poslušali!', ker tega nismo navajeni ne mi ne bolniki. In to bi pa potrebovali, pravzaprav. Tisti, ki s tem delamo, bi to rabili, ker je to precej utrujajoče.«</i> |
| | Olajšanje | <i>»Zame je dvojno čustvo, ko pridemo enkrat do tega, da gre za depresijo. Eno je olajšanje, ker smo mogoče prehodili eno dolgo somatsko pot, in zdaj se s pacientom strinjava, da je to to. In res je, za to diagnozo ga ne moreš določiti tako kot za norice, ki jih ima, če se strinja ali če se ne strinja – ima norice, konec debate.«</i> |
| | Krivda | <i>»Samomor ... To se ti usede in ne moreš pozabiti in v takih primerih bi verjetno res rabili supervizijo, da ti nekdo pomaga, da se rehabilitiraš in da – tako kot je on rekel – ne prevzameš te krivde nase.«</i> |
| | Predelava čustev | <i>»Ne gre samo za to, koliko časa to predeluješ. Saj je prav, da si odziven, da si čustven, ne moreš biti čisto lesen, ampak ni dobro, da si sam dopoveduješ – tako kot smo pravkar slišali – da bi moral posebej paziti. Čez tri dni preverjati, čez en teden, kako je ...«</i> |
| BOLNIK | Krivda | <i>»Imajo občutke krivde: če je psihiatrična bolezen, sem kriv; če je somatska, potem je sprejemljivo. Ta krivda se goji v družbi in družini.«</i> |

3 Specifičnost depresije glede na spol in starost

Nekatera obdobja v življenju posameznika so pomembni dejavniki za nastanek depresije. Zdravniki so posebej navajali specifičnosti depresije v otroštvu, adolescenci in v poporodnem obdobju. V obdobju zrelih let se znaki depresije pri moških in ženskah pojavljajo različno.

Zdravniki so posebno poudarjali specifičnosti depresije pri moških, ki težave sporočajo na drug način. Nepoznavanje specifičnosti depresije pri moškem, lahko povzroča, da depresijo spregledamo. Pri obravnavi moškega z depresijo so dobro sprejeti vprašalniki.

»Dejansko moški depresije ne pokažejo na tak način. Ampak ravno pri takem moškem pa pomaga vprašalnik. Bolj kot pri takem, ki molči. Ki izraža vse svoje težave, nespečnosti. Kakšni povedo vse, tudi od agresije, od nemira, hiperaktivnosti.«

Moški depresijo skrivajo oz. zdravniku navajajo druge, telesne težave. Zdravnik dolgo časa ne pomisli na možnost depresije. Moške bi morali o duševnih težavah spraševati proaktivno.

»Izredna somatizacija. Ženska bo veliko prej rekla: 'Jaz pa mislim, da gre za to,' moški pa se bo zavijal v telesne znake, v druge izhode. Diagnostika je veliko daljša kakor pa pri ženskah. Tako da izjemno redko – jaz imam samo dva v celi ambulanti (med 2000 ljudmi), ki sta prišla in rekla, da mislita, da imata depresijo. Vsi ostali pridejo z določenimi nespecifičnimi znaki, vedenjskimi anomalijami ali kaj podobnega, preden se izkaže, za kaj gre.«

»Ogromno je moških, od 45 do 50 let, sicer uspešnih v službah ali pa prej uspešnih v zahtevnih službah, ki se zdaj zelo težko soočajo s tem, da ne zmorejo več stvari tako, kot so jih prej. Težko si to priznajo in tudi težko sprejmejo tako razlago.«

Zdravniki depresijo pri moškem pogosto povezujejo s težavami v spolnosti. Nekateri se o tem pogovarjajo, druge k pogovoru napeljejo šele rezultati pregledov pri drugih specialistih.

»On (pacient) je šel samoplačniško k urologu in mu je urolog samoplačniško pregledal prostatato, dal testosteron. Star je dvainštirideset let in ima krepko pomanjkanje testosterona. Dajemo mu injekcije testosterona na tri mesece. 'Kakšne ste imeli pa težave,' sem vprašala. 'Poleg erektilne disfunkcije sem bil blazno depresiven, nerazpoložen, utrujen, nič nisem mogel.'«

»Pri moškem pa res, lahko je kot agresija, potem če je ločitev nenadna, ga je prizadela, je on prizadet. Kaj pa tista depresija, ki se zgodi v bistvu zaradi andropavze, zaradi ..., takega moškega se tudi izredno hitro prepozna. Kakšen način pogovora pravzaprav zavzeti, da se dotakneš tudi te teme, ker nazadnje povedo.«

Pri moških, ki pogosto obiskujejo zdravnika, bi morali poleg somatskih težav z zavzetostjo razmišljati o prisotnosti duševnih težav in depresije, ki lahko vodi celo v samomor.

»Ja, pri nas je tudi eden hodil, ko še nisem imel pojma o tem, kako se temu streže. Saj veš, kaj se učiš na faksu pa interni. No, je hodil, pa nič mu ni bilo, pa nič mu ni bilo, potem ga pa le pošljemo, takrat so bile še rektoskopije, pa mu najdejo karcinom. Drugi dan pa se je obesil.«

Struktura teme »Specifičnost depresije po starosti in spolu« je prikazana v tabeli 4.

Tabela 4. Kategorije in primeri citatov teme »Specifičnost depresije po starosti in spolu«

| TEMA | KATEGORIJA | Podkategorija | CITAT |
|---|----------------------|--|---|
| Specifičnost depresije glede na spol in starost | Depresija pri ženski | Poporodna depresija | »Poporodna je tudi morda malo večkrat skrita, ker se pričakuje od ženske doma, da če ima zdravega otroka, pa če jo mož ne tepe, da ne more imeti težav.« |
| | | | »To so ženske v 20. letih, da pridejo res v čisto depresijo. Pa da nima nobenih spremljajočih somatizacijskih znakov.« |
| | Depresija pri moškem | Impotenca | |
| | | | »Ena anomalija je od zgodnjih mesecev naprej, da moški niso prestrašeni, niso šibki, nimajo teh težav in to se kaže pri teh zadevah. Pa predvsem, da ne smejo pokazati. Ne smejo pokazati, ker če pokažejo, so šleve. No, saj zato pa hodijo v gostilno. Pa tam lahko pozitivno razmišljajo o tem, kako so katere nabutali v nogometu.« |
| | | | »Seveda, ampak določene ljudi težko dobiš nazaj, predvsem te moške, ker nekaj časa jim povsod gre, kar naenkrat pa se jim stvari začnejo podirati. In že to, da se je o tem pogovarjal z mano, je bilo zanj zelo veliko. Taki s svoje strani zelo težko to sprejemajo in zagotovo niso taki, ki bodo z lahkoto prišli še in še enkrat nazaj v ambulanto. Bojijo se, da bi se zvedelo in bi jih ljudje imeli za reve, ki ne zmorejo več svojega dela.« |
| | | »Ogromno je moških, od 45 do 50 let, sicer uspešnih v službah ali pa prej uspešnih v zahtevnih službah, ki se zdaj zelo težko soočajo s tem, da ne zmorejo več stvari tako, kot so jih prej. Težko si to priznajo in tudi težko sprejmejo tako razlago.« | |
| Depresija pri mladostniku | | »Mladostniki so v velikih stiskah. Mislim, da imamo tu še največjo luknjo. Adolescenti, ki se soočajo s samimi sabo. ... Stiske na spet čisto svoj način, ker živijo pač v svojih krogih.« | |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>»Tukaj najlažje ugotoviš, če imajo – tako rekoč klasično – probleme v šoli. Ali falirajo ali ponavljajo ali imajo enke ali imajo opravičila. S tem, da je podoben problem kot z moškimi, ker ne hodijo k zdravniku. Pubertetniki ne hodijo k zdravniku, v nasprotju z ne vem kakšnim prepričanjem. To je najboljša populacija, ker jih nikoli ne vidiš. Ampak zato pa je tudi najslabša, ker težje zaznaš spremembo. Je pa treba upoštevati, da imajo mladostniki – vsaj po moji izkušnji – za vstopnico nek telesen problem.«</p> |
| Depresija pri otroku | <p>»Otroci so sploh posebna skupina, kjer smo premalokrat pozorni na znake depresije.«</p> |

4 Poznavanje dejavnikov za razvoj depresije

Zdravnik mora poznati dejavnike, ki lahko vodijo v razvoj depresije. Bolnik, pri katerem zdravnik ne pomisli na možnost depresije, lahko postane »pogost obiskovalec«.

»Mene je najbolj šokiralo, ko sem imela eno pacientko, ki je bila takrat – še ni imela štirideset let. Hodila in hodila je k meni, pa vedno se mi je zdela čudna. Taka, preveč umirjena. Potem me pokličejo enkrat, je pa bil samomor. Saj se je izvlekla, saj tega je zdaj že dolgo. Pojedla je apaurine, pa alkohol, pa itak je preveč pila, ampak tega jaz nisem vedela.«

Travmatični dogodki, kot so smrt v družini, ločitev, težave v partnerskem odnosu, so po mnenju zdravnikov pomembni dejavniki za nastanek depresije. Pomembna dejavnika sta tudi osamljenost in starost. Temu se je v zadnjem času pridružila še recesija.

»Posebno pa zdaj, ko je recesija, ko so problemi v službi in je kakšen dan skoraj polovica ljudi v ambulantni, ki so na meji, in razmišljamo, če je antidepresiv primeren, ali jih je treba le malo pomiriti, ker je ravno tisti dan najhuje.«

Nekateri zdravniki vidijo glavne razloge za nastanek depresije v psihosocialnih okoliščinah, drugi razumejo depresijo kot biokemični proces. Največkrat je depresija posledica niza dejavnikov, ki delujejo v smislu padajočih domin.

»Ko je umrl mož, je imela še otroke. Ko je umrl en otrok, je imela še drugega otroka, ko pa je umrl še drug otrok, je ostal vnuk. Potem pa se je ubil še vnuk z motorjem. Vse to je očitno te domine položilo, ampak ko je mačka umrla, je pa šlo vse k hudiču.«

Struktura teme »Dejavniki/kode za nastanek depresije« je prikazana v tabeli 5.

Tabela 5. Kategorije in primeri citatov teme »Dejavniki/kode za nastanek depresije «

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Dejavniki, kodejavniki za nastanek depresije | Bolezen kot izgovor | | | |
| | Psihosocialni dejavniki | Osamljenost | »Prišla je gospa, ki je posvojenka že od malih let. In je zdaj ta gospa, ki jo je posvojila, umrla, in so se preselili h gospodu, da ne bi bil sam, da bi lahko skrbeli zanj. In pravijo, da se je zelo spremenil, da ga ne pozna več skoraj. Sam sedi v kleti, vse nekaj obtožuje in je grozno. Smo rekli, naj pride na pregled, ker je najbrž depresiven.« | |
| | | | »Predvsem starejše gospe, ki imajo precej razlogov, od osamljenosti, ovdovelosti, pa čez kakšno leto ali dve pogumno rečejo, da so imele zdravila, ki so jim pa res pomagala.« | |
| | | | | |
| | Partnerstvo | Odnos med partnerjema | | |
| | | Ločitev | »Mene je zelo presenetil enkrat primer psihičnega nadlegovanja doma s strani ločenega moža. Ne glede na to, da so ločeni, žena še vedno kaj ne sme ali ne more ali pa je absolutno prepovedano.« | |
| Nasilje v družini | | »Jaz imam tudi kar dober odnos do teh bolnikov. Mislim, da smo se veliko naučili zadnja leta in potem imamo tudi občutek, da lahko prepoznamo in pomagamo. Imam pa velike probleme z odvisniki. Tam pa ... kadar je na depresijo vezana še odvisnost, imam pa kar težave. Ali pa, če gre še za kakšno kriminaliteto – recimo, kakšno pedofilijo, agresijo v družini – imam veliko averzijo do teh ljudi in se težko premagam, da ostanem nevtralna do takih depresivnih bolnikov.« | | |
| Vplivi recesije | »Posebno pa zdaj, ko je recesija, ko so problemi v službi in je kakšen dan skoraj | | | |

| | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--|---|
| | | | <i>polovica ljudi v ambulanti, ki so na meji in razmišljamo, če je antidepresiv primeren, ali jih je treba le malo pomiriti, ker je ravno tisti dan najhuje.«</i> |
| Specifična motnja | biokemična motnja | | |
| | starost | | |
| | stres | | <i>»Stresna služba in okolje sta zagotovo dejavnika, ki pa ju mi ne moremo spremeniti.«</i> |
| | Predisponirana osebnost | | |
| | Več dejavnikov za depresijo | | <i>»Ko je umrl mož, je imela še otroke. Ko je umrl en otrok, je imela še drugega otroka, ko pa je umrl še drug otrok, je ostal vnuk. Potem pa se je ubil še vnuk z motorjem. Vse to je očitno te domine položilo, ampak ko je mačka umrla, je pa šlo vse k hudiču.</i> |

5 Samomor

Zdravniki se težko soočijo z dejstvom, da je bolnik, ki so ga vodili, naredil samomor. To je še posebno »hudo«, če se je s samomorom zdravnik srečal tudi v svoji družini. Nekateri poudarjajo, da je med pogostimi obiskovalci ambulant precej samomorilcev. Nekateri zdravniki se distancirajo od tragične izvedbe samomora in menijo, da je za samomor odgovoren bolnik sam.

»... Potem je to stvar tistega, ki to naredi. Nismo ga mi za noge vlekli, ko se je zavezal za vrv, nismo mu nič vlivali noter – jaz mislim, da se moramo tega odkrižati. Mi nismo njihovi varuhi ...«

Struktura teme »Samomor« je prikazana v tabeli 6.

Tabela 6. Kategorije in primeri citatov teme »Samomor«

| TEMA | KATEGORIJA | CITAT |
|---------|-----------------------------|--|
| SAMOMOR | Odgovornost samomorilca | <i>...Potem je to stvar tistega, ki to naredi. Nismo ga mi za noge vlekli, ko se je zavezal za vrv, nismo mu nič vlivali noter – jaz mislim, da se moramo tega odkrižati. Mi nismo njihovi varuhi ...«</i> |
| | Pogosti obiskovalec | <i>»Ja, pri nas je tudi eden hodil, ko še nisem imel pojma o tem, kako se temu streže. Saj veš, kaj se učiš na faksu pa interni. No, je hodil, pa nič mu ni bilo, pa nič mu ni bilo, potem ga pa le pošljemo, takrat so bile še rektoskopije, pa mu najdejo karcinom. Drugi dan pa se je obesil.«</i> |
| | Samomor v družini zdravnika | <i>»Včasih pozabljamo na prvi učinek terapije. Recimo, če je nekdo zelo depresiven, je čisto anergičen, ne bo nič naredil. In ta prvi učinek antidepressivne terapije je ta, da bi kaj naredil, ni pa v redu. 'Bi naredil kaj' pomeni 'naredil samomor', in kdor je imel to v svoji praksi ali svoji družinski ali prijateljski bližini – jaz sem imela in tega ne bom nikoli pozabila ...</i> |

6 Pomanjkanje časa

Pomanjkanje časa je zaviralni dejavnik, ki so ga izpostavili v vsaki fokusni skupini. Vpliva na kakovost obravnave od začetka do konca. Mladi zdravniki porabijo za pogovor več časa, vendar se jim ob tem podira sistem naročenih bolnikov. Starejši zdravniki uspejo slediti časovnim normativom, vendar se ob tem počutijo kot vojaki oz. trpijo za sindromom izgorelosti. Pomanjkanje časa botruje tudi temu, da se zdravniki prej odločijo za predpis zdravil, saj ne utegnejo izpeljati časovno zahtevnega nefarmakološkega pristopa.

»Saj to je problem, ker za vsakega pacienta porabiš pol ure, 40 minut, in je dejansko pomemben kontakt. In potem porabiš še 15 minut, ko pacient že gre, da si vse zapišeš.«

»Sploh pa v desetih minutah, ki jih imaš na voljo za pacienta v ambulanti.«

»Slej ko prej si je treba vzeti čas. Slejkoprej rabi tisti čas za pogovor. S časom uspem ali pa ne uspem, kakor kdaj.«

»Seveda pa zmeraj zmanjka tudi čas za prosto razpravo, tj. nemedicinsko razpravo o tem, kaj bi vse lahko bili vzroki.«

»Veliko stvari je pri temu, pa kdaj pride, ali takrat, ko imam petdeset, šestdeset ljudi, ali pride enkrat lepo naročen, da si jaz vzamem čas zanj, ali takrat, ko samo čakam, da bo šel čim prej ven in da pride naslednji noter.«

»Pri taki frekvenci ljudi pa si potem ne moreš vzeti časa, da bi šel malo bolj pogledat, kateri je za katerega boljši antidepresiv.«

7 Finance

Zdravniki financ niso pogosto omenjali. Navajali so predvsem težave pri čakalnih dobah za pregled pri specialistu psihiatru. V takšnih primerih bolnikom svetujejo samoplačniški pregled, kjer ni čakalni vrst.

»Potem pa jaz rečem: 'Poskusite tam, tam, tam,' kjer se da priti na vrsto ali samoplačniško. Pa bom rekla, da si kar plačajo.«

Nekateri zdravniki so omenjali težave v zvezi z doplačili receptov v lekarnah, vendar je bilo teh navedkov zanemarljivo malo.

»Dobil je recept, da je bilo treba nekaj doplačati. Denarja imajo kot ... Kliče me iz lekarne in pravi: 'Ali lahko napišete tisto, da ne bo treba doplačati?' Ma, napišem in si mislim: 'Sram te je lahko!'«

8 Značilnosti bolnika

Značilnosti bolnika imajo pomembno vlogo pri njihovi obravnavi. Glede na navedbe zdravnikov si le ti izoblikujejo nekakšen seznam bolnikov, s katerimi je lažje delati, in tistih, ki so za zdravnika »naporni«. Takšni so lahko tudi zelo razgledani bolniki in tisti, ki veliko berejo, ali pa se o težavah pozanimajo na spletnih straneh. Strokovno tvegane utegnejo biti odločitve zdravnika, da se zaradi težavnega značaja ali nepoznavanja značaja bolnika obravnave depresije sploh ne lotijo.

»Meni predstavljajo največji problem intelektualci, predvsem mlajši z nehudimi depresijami, ki tem svojim zadevam vedno hočejo iskati organske razloge, predvsem v možganskih tumorjih ali kaj takega. Kaj to pomeni? To pomeni, da se pod antidepresivom, ko so že celo boljši, vedno vračajo in vedno prihajamo v pogovorih do istih rezultatov. In kako potem takemu človeku dopovedati, da je tukaj terapevtski pogovor zaključen, da smo razlog našli, da zdravila ima, on pa še kar hodi po potrjevanje, pa če ne bi vseeno naredil CT glave? In ko se te zadeve začno ponavljati, meni osebno predstavlja največji problem – kako človeka predstaviti pred zid, da pravzaprav zdaj težav nima več, je boljši. On pa še vedno ne more sprejeti tega preprostega dejstva, ko je že našel razlog, kaj to je, da je res to razlog, ampak hodi in vztraja, da bi on to organsko še pogledal pa še razjasnil.«

»On je blazno težaven, kar se tiče same komunikacije.«

»Ena znana oseba veliko bolj zaplete kot pa en enostaven človek.«

»Meni se pa zdi, da je zelo težko govoriti o depresiji, dokler ti ne poznaš značajskih značilnosti človeka, pacienta. Tako, da se lahko zgodi, da človeku narediš krivico, ko

mu postaviš diagnozo depresije, ko ga vidiš drugič ali pa tretjič v življenju in ne poznaš še njegovega značaja. Prav bi bilo, da bi človeka dobro spoznali, preden bi mu postavili diagnozo depresije, ker to je le neka vrsta stigme v družbi in lahko nekemu naredimo veliko škodo in krivico.«

9 Značilnosti zdravnika

Trditev, da je značilnost zdravnika povezana z odkrivanjem depresije in vodenjem bolnika z depresijo, je bila pogosto izpostavljena. Neka zdravnica je pri pregledu obolevnosti populacije svoje ambulate opazila majhno število diagnoz »depresija« in se vprašala o morebitnih razlogih. Drugi zdravniki so navajali, da je pri vodenju bolnikov z depresijo potrebna velika mera potrpežljivosti in vztrajnosti. Ta značajska lastnost zdravnika vpliva na pripravljenost bolnika, da se mu na koncu zaupa in sledi njegovim navodilom. Z zdravnikom, ki je empatičen in sočuten, se bolniki lažje pogovorijo in dosežejo soglasje.

»Jaz mislim, da si pacienti izbirajo zdravnike tudi po njihovih lastnih karakteristikah, in opaziti je, da imajo zdravniki, ki so tudi osebno drugače naravnani do depresije, večjo skupino takih bolnikov.«

»Saj pravim, jaz sem se vprašala, kaj je bil razlog za tako nizek odstotek depresivnih bolnikov: ali jih jaz ne prepoznavam ali si oni mene ne izbirajo za osebnega zdravnika.«

»Ne upajo ti povedati, ker si preveč stroga.«

»Jaz ko vem, da bo nekdo depresiven, se pripravim, da bom morala biti vztrajna, da mu bom dopovedala, kaj je problem.«

»Tako mi pride na um moja vztrajnost in potrpežljivost.«

Pa rakavi bolniki so tudi problem. Ampak pri rakavih se še spomniš. Rakavi ima pravico ... Že po naravi bolezni ima pravico ...

10 Profesionalizem

Zdravniki so se pogosto dotaknili profesionalne obravnave bolnika oz. so navajali primanjkljaje na področju znanja in veščin. Izidi obravnave depresivnih bolnikov, ki jih kljub dolgoletnemu študiju ne pričakujejo, jih šokirajo, vznemirjajo in presenetijo. Srečujejo se z nemočjo in z dilemami pri postavitvi diagnoze. Analiza gradiva je pokazala, da ne poznajo vloge in pomena napovednih lestvic. Nek zdravnik se je, recimo, vprašal o nespremenljivih dejavnikih tveganja za nastanek depresije ter nepoznavanje napovedne lestvice povezoval z njeno neuporabnostjo. Pomanjkanje znanja prevladuje tudi na področju kratkih intervencij.

Struktura teme »Profesionalizem« je prikazana v tabeli 7.

Tabela 7. Kategorije in primeri citatov teme »Profesionalizem«

| TEMA | KATEGORIJA | CITAT |
|--|---|--|
| PROFESIONALIZEM | Poznavanje dejavnikov za razvoj depresije | »Če nekdo pride, pa reče: 'Zdaj pa res ne vem, kam, kaj bom naredil, vse je brez veze ...,' pa še kakšen alkohol zraven, pa kakšna odvisnost – tam sem jaz popolnoma nemočna.« |
| | | »Mene je najbolj šokiralo, ko sem imela eno pacientko, ki je bila takrat – še ni imela štirideset let, hodila in hodila je k meni, pa vedno se mi je zdela čudna. Taka, preveč umirjena. Potem me pokličejo enkrat, je pa bil samomor.« |
| | Dilema pri postavitvi diagnoze | »Ja, pri nas je tudi eden hodil, ko še nisem imel pojma o tem, kako se temu streže. Saj veš, kaj se učiš na faksu pa interni. No, je hodil, pa nič mu ni bilo, pa nič mu ni bilo, potem ga pa le pošljemo, takrat so bile še rektoskopije, pa mu najdejo karcinom. Drugi dan pa se je obesil.« |
| | | »Velikokrat sem v dilemi, ali sploh postavim pravo diagnozo.« |
| | Vprašalniki za odkrivanje depresije | »Jaz vem, da ti vprašalniki obstajajo, vendar ga v naši ambulanti še nisem videla. Si pa predstavljam, da so lahko le v pomoč, ne pa v oviro.« |
| | | »Poglejte, tule imam en stari vprašalnik, kjer so znaki depresije naštet. Če ugotovite, da se s petimi znaki identificirate – doma v miru premislite – pridite nazaj, pa se bova potem pomenila, ali rabite zdravila ali ne.« |
| | | »Tako da vprašalniki nedvomno so v pomoč, ampak z omejitvami, ki se jih moramo zavedati.« |
| | | »Jaz jih imenujem kar podaljšek konzultacije; ne kot osnovno sredstvo, ne za takrat v samem pogovoru, ampak za kasneje – za samostojno delo bolnika.« |
| | | »Glede vprašalnikov je dobro, da jim damo vprašalnike. Jaz jih dam za domov, ker potem vidijo, kje so.« |
| | | »Primerjamo lahko vprašalnik, ki ga je pacient pred letom ali pol leta izpolnil, z zdajšnjim stanjem in vidimo, če terapije deluje in objektivno določimo stanje pacienta.« |
| Nerealnost napovedne lestvice za depresijo | »Ampak ravno to ugotavljamo, da to ni realno. Ker spola in podobnih stvari ne moremo spremeniti.« | |
| Konsenz glede diagnoze depresija | »Če moram s pacientom doseči konsenz, ko se začneva pogovarjati v smeri, da bi lahko bila depresija, pa vidim, da se pacient drži nazaj, mu dam vprašalnik in povem, naj si ga pogleda in bo videl, kaj je tukaj obkrožil, katere simptome bo sam prepoznal kot svoje simptome, pa se potem o teh simptomih lahko pogovarjava, kaj lahko pomenijo kot bolezenska stanja.« | |

| | | |
|--|--|---|
| | | »Tudi psihiatri potem ne dajo vedno diagnoze kot depresija, bolj kakšne druge, anksiozno depresivne motnje, osebnostne motnje.« |
| | Pomanjkanje orodja za oceno teže depresije | »Manjka mi pa res eno orodje, da vidim, kako huda je depresija, kdaj se potem odločiti, da ga pošljem k psihiatru. Po navadi ne takoj, po navadi, če je ogrožen.« |
| | Neznanje | »Pri sladkorni bolezni lahko hitro narediš pregled, da je upravičeno, medtem ko pri depresiji sploh ne moreš narediti pregleda, da bi bila oba z bolnikom zadovoljna, ker ga nisi nič potipal pa zmeril.« |
| | | »Pomanjkanje znanja je na področjih kratkega svetovanja ali podpore. Tukaj mislim, da imamo premalo znanja.« |

Sklepne ugotovitve

Zdravniki so v naši raziskavi navedli že znane dejavnike, ki so objavljeni v drugih raziskavah, npr. dejavnike, ki vodijo v nastanek depresije, značilnosti bolnika (spol, starost, osebne značilnosti). Med olajševalnimi dejavniki bi poleg že znanih dejavnikov morali poskrbeti za ustrezen prenos izkušenj starejših zdravnikov na zdravnike začetnike. Predvsem bi morali slovenski zdravniki splošne medicine bolj poznati vlogo čustev, ki jih bolnik doživlja, ter stigme, ki jo lahko doživlja v družbi. Izboljšali bi lahko način sporazumevanja z depresivnim bolnikom, pri čemer bi morali poznati razloge, ki jih imajo pogosti obiskovalci z dolgotrajnimi nepojasnjenimi težavami in številnimi boleznimi. Več izobraževanja bi morali posvetiti tudi načinu organizacije ambulante. Dobrodošla bi bila organizacija strokovnih srečanj, na katerih bi izmenjali praktične izkušnje o obravnavi bolnikov z depresijo.

Ocena sprejemljivosti multifaktorske lestvice za napoved depresije v družinski medicini ARRS L3-0040

Kako bolje voditi bolnika z DEPRESIJO?

Evalvacijski VPRAŠALNIK

Prosimo, da ocenite uporabnost letaka KAKO BOLJE VODITI BOLNIKA Z DEPRESIJO pri obravnavi bolnikov in predlagate spremembe/izboljšave!

Starost (let) Spol M Ž

Koliko časa delate na področju družinske medicine - vključno s specializacijo? (let)

Kako pogosto ste uporabili letak KAKO BOLJE VODITI BOLNIKA Z DEPRESIJO?

1 (nikoli) **2** (enkrat do sedaj) **3** (enkrat tedensko) **4** (do trikrat tedensko) **5** (vsak dan)
Zakaj?

.....

Kakšna je za vas in vaše delo uporabnost letaka kot celote?

1 (neuporaben/v celoti odklanjam) **2** (nevtraln/sam(-a) nisem uporabljal(-a)) **3** (v določenih primerih uporaben) **4** (sprejemljiv v večini primerov) **5** (nadvse dobrodošel pripomoček)
Zakaj?

.....

Prosimo, predlagajte izboljšavo:

.....

.....

Ocenite pomen/uporabnost **vsebinskih sklopov letaka:**

NAJPOGOSTEJŠI ZNAKI depresije

1 (povsem nepomembno) **2** (nepomembno) **3** (nevtraln) **4** (dokaj pomembno) **5**
(zelo

pomembno)

Zakaj?

.....

Prosimo, predlagajte izboljšavo:

.....

VZROKI depresije

1 (povsem nepomembno) **2** (nepomembno) **3** (nevtraln) **4** (dokaj pomembno) **5**
(zelo

pomembno)

Zakaj?

.....

Prosimo, predlagajte izboljšavo:

.....

Ocenite pomen/uporabnost **vsebinskih sklopov letaka** (nadaljevanje):

O ČEM NAJ SPREGOVORIM S SVOJIM BOLNIKOM ?

1 (povsem nepomembno) **2** (nepomembno) **3** (nevtrarno) **4** (dokaj pomembno) **5**
(zelo

pomembno)

Zakaj?

.....

NA KAKŠEN NAČIN NAJ SE POGOVARJAM Z BOLNIKOM?

1 (povsem nepomembno) **2** (nepomembno) **3** (nevtrarno) **4** (dokaj pomembno) **5**
(zelo

pomembno)

Zakaj?

.....

Prosimo, predlagajte izboljšavo:

.....

KAKO NAJ ORGANIZIRAM SVOJE DELO V AMBULANTI?

1 (povsem nepomembno) **2** (nepomembno) **3** (nevtrarno) **4** (dokaj pomembno) **5**
(zelo

pomembno)

Zakaj?

.....

Prosimo, predlagajte izboljšavo:

.....

Ali bi želeli še kaj dodati?

.....

.....

HVALA ZA SODELOVANJE!

Ocena sprejemljivosti multifaktorske lestvice za napoved depresije v družinski medicini ARRS L3-0040

Kako bolje voditi bolnika z DEPRESIJO?

Evalvacijski VPRAŠALNIK - REZULTATI

Od 35 vprašalnikov jih je bilo 28 izpolnjenih v celoti. Med 7 anketiranci dve osebi vprašalnika nista izpolnili v celoti zato, ker letaka osebno nista uporabljali. Pri ostalih 5 anketirancih pa so bili le nekateri odgovori neizpolnjeni.

DEMOGRAFIJA

Spol

Med anketiranci je bilo 60% žensk in 40% moških.

SPOL

| | N | Odstotki |
|--------|----|----------|
| moški | 14 | 40,0 |
| ženski | 21 | 60,0 |
| Skupaj | 35 | 100,0 |

Starost

V povprečju so anketirane osebe stare 48 let. Najmlajša oseba je bila stara 37 let, najstarejša anketirana oseba pa 57 let.

| | N | Min | Max | Povprečje | Stand.odklon |
|---------|----|-----|-----|-----------|--------------|
| STAROST | 35 | 37 | 57 | 48,11 | 5,614 |

Leta delovne dobe

V družinski medicini (kamor šteje tudi specializacija) anketirane osebe v povprečju delajo skoraj 21 let. Najmanj delovne dobe imajo 10 in največ 30 let.

| | N | Min | Max | Povprečje | Stand.odklon |
|---|----|-----|-----|-----------|--------------|
| Koliko let delate na področju družinske medicine - vključno s specializacijo? | 35 | 10 | 30 | 20,63 | 6,222 |

ANALIZA VPRAŠANJ

Na vprašanje kako pogosto so uporabili letak z naslovom KAKO BOLJE VODITI BOLNIKA Z DEPRESIJO so odgovarjali na 5 stopenjski lestvici, pri čemer pomeni 1- nikoli, 2- enkrat do sedaj, 3- enkrat tedensko, 4- do trikrat tedensko in 5- vsak dan. V povprečju (2.86) so letak uporabili enkrat tedensko.

Letak Kako bolje voditi bolnika z depresijo je največ anketirancev (31.4 %) uporabilo enkrat tedensko. Sledijo pa jim osebe, ki so letak uporabile le enkrat do sedaj.

| | N | Min | Max | Povprečje | Stand.odklon |
|----------------------------------|----|-----|-----|-----------|--------------|
| Kako pogosto ste uporabili letak | 35 | 1 | 5 | 2,86 | 1,287 |

Kako pogosto ste uporabili letak

| | N | Odstotki |
|---------------------|----|-------------|
| nikoli | 6 | 17,1 |
| enkrat do sedaj | 8 | 22,9 |
| enkrat tedensko | 11 | 31,4 |
| do trikrat tedensko | 5 | 14,3 |
| vsak dan | 5 | 14,3 |
| Skupaj | 35 | 100,0 |

Uporabnost letaka kot celote pri svojem delu so v povprečju (3.54) ocenili kot sprejemljivega. Na to vprašanje so prav tako odgovarjali na 5 stopenjski lestvici, pri čemer pomeni 1- neuporaben / v celoti odklanjam, 2- nevtralnno /sam(a) nisem uporabljal(a), 3- v določenih primerih uporaben, 4- sprejemljiv v večini primerov, 5- nadvse dobrodošel pripomoček.

Največ anketirancev glede uporabnosti celotnega letaka meni, da je v večini primerov (34.3%) sprejemljiv za njihovo delo. Z 22.9% jim v enaki meri sledijo takšni, ki se jim zdi letak uporaben v določenih primerih in tisti, ki se jim letak zdi nadvse dobrodošel pripomoček.

| | N | Min | Max | Povprečje | Stand.odklon |
|--|----|-----|-----|-----------|--------------|
| Kakšna je za vas in za vaše delo uporabnost letaka kot celote? | 35 | 1 | 5 | 3,54 | 1,172 |

Kakšna je za vas in za vaše delo uporabnost letaka kot celote?

| | N | Odstotki |
|---------------------------------------|----|-------------|
| neuporaben/v celotni odklanjam | 2 | 5,7 |
| nevtralnno/sam(a) nisem uporabljal(a) | 5 | 14,3 |
| v določenih primerih uporaben | 8 | 22,9 |
| sprejemljiv v večini primerov | 12 | 34,3 |
| nadvse dobrodošel pripomoček | 8 | 22,9 |
| Skupaj | 35 | 100,0 |

Naslednja vprašanja so se nanašala na ocenjevanje pomembnosti posameznih sklopov letaka, ki so jih ocenjevali na lestvici od 1 do 5, kjer pomeni 1- povsem nepomembno, 2- nepomembno, 3- nevtralnno, 4- dokaj pomembno in 5- zelo pomembno. Vidimo, da so vse povprečne ocene dokaj visoke. Prav tako nihče izmed anketiranih ni označil nobenega sklopa kot povsem nepomembnega.

Sklope **Najpogostejši znaki depresije** (4.28), **Vzroki depresije** (4.06), **Na kakšen način naj se pogovarjam z bolnikom** (4.26) in **Kako naj organiziram delo v ambulanti** (3.87) so v povprečju označili kot dokaj pomembne vsebinske sklope tega letaka. Rahlo izstopa le sklop **O čem naj spregovorim s svojim bolnikom** (4.45), ki so ga v povprečju ocenili med dokaj pomembnim in zelo pomembnim.

| | N | Min | Max | Povprečje | Stand. odklon |
|--|----|-----|-----|-----------|---------------|
| Najpogostejši znaki depresije | 32 | 2 | 5 | 4,28 | ,813 |
| Vzroki depresije | 32 | 2 | 5 | 4,06 | ,801 |
| O čem naj spregovorim s svojim bolnikom | 29 | 2 | 5 | 4,45 | ,736 |
| Na kakšen način se pogovarjam z bolnikom | 31 | 2 | 5 | 4,26 | ,729 |
| Kako naj organiziram delo v ambulanti | 31 | 2 | 5 | 3,87 | ,922 |

Največ (46.9%) anketirancev je prvi sklop (Najpogostejši znaki depresije) ocenilo kot zelo pomemben. S 37.5 % jim sledijo osebe, ki so ta sklop ocenile kot dokaj pomemben.

Najpogostejši znaki depresije

| | N | Odstotki |
|----------------|----|-------------|
| nepomembno | 1 | 3,1 |
| nevtravno | 4 | 12,5 |
| dokaj pomembno | 12 | 37,5 |
| zelo pomembno | 15 | 46,9 |
| Skupaj | 32 | 100,0 |

Sklop o vzrokih depresije je 46.9% anketirancev označilo za dokaj pomembnega. Sledijo jim osebe, katerim se sklop zdi zelo pomemben (31.2%).

Vzroki depresije

| | N | Odstotki |
|----------------|----|-------------|
| nepomembno | 1 | 3,1 |
| nevtravno | 6 | 18,8 |
| dokaj pomembno | 15 | 46,9 |
| zelo pomembno | 10 | 31,2 |
| Skupaj | 32 | 100,0 |

Tretji sklop (O čem naj spregovorim s svojim bolnikom) je večina (55.2%) anketirancev označila za zelo pomembnega. Sledijo jim osebe, ki se jim sklop zdi dokaj pomemben (37.9%).

O čem naj spregovorim s svojim bolnikom

| | Frequency | Valid Percent |
|----------------|-----------|---------------|
| nepomembno | 1 | 3,4 |
| nevtravno | 1 | 3,4 |
| dokaj pomembno | 11 | 37,9 |
| zelo pomembno | 16 | 55,2 |
| Skupaj | 29 | 100,0 |

Sklop o pogovoru z bolnikom je večina (51.6%) anketirancev označila za dokaj pomembnega. Z 38.7% pa jim sledijo tisti, ki menijo, da je sklop zelo pomemben.

Na kakšen način se pogovarjam z bolnikom

| | N | Odstotki |
|----------------|----|-------------|
| nepomembno | 1 | 3,2 |
| nevtravno | 2 | 6,5 |
| dokaj pomembno | 16 | 51,6 |
| zelo pomembno | 12 | 38,7 |
| Total | 31 | 100,0 |

Sklop o organizaciji dela v ambulanti je največ anketirancev ocenilo za nevtralnega (38.7%). Sledijo jim takšni, katerim se sklop zdi zelo pomemben (32.3%).

Kako naj organiziram delo v ambulanti

| | N | Odstotki |
|----------------|----|-------------|
| nepomembno | 1 | 3,2 |
| nevtravno | 12 | 38,7 |
| dokaj pomembno | 8 | 25,8 |
| zelo pomembno | 10 | 32,3 |
| Skupaj | 31 | 100,0 |

OPOMNIK – ORODJE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE**Kako bolje voditi bolnika z DEPRESIJO?****NAJPOGOSTEJŠI ZNAKI depresije**

- občutek nemoči, nevrednosti, krivde
- dolgotrajna žalost, tesnoba, občutek praznine
- črnogledost, brezup
- izguba zanimanja in veselja do stvari in dejavnosti, ki ste jih nekoč radi počeli
- izguba zanimanja in veselja do spolnosti
- težave s spanjem - prebujanje, zgodnje jutranje prebujanje ali pa pretirano spanje
- izguba apetita in teže ali pretirana želja po hrani in pridobitev teže
- pomanjkanje energije in volje, utrujenost, splošna upočasnjenost
- misli o smrti, o nesmiselnosti življenja, o samomoru
- nemir, razdražljivost
- otežena koncentracija, težave s spominom, neodločnost
- različni telesni znaki: glavobol, prebavne motnje, bolečine

VZROKI depresije

- življenjske okoliščine (posledice recesije)
- stresni dogodki,
- osamljenost,
- težave v družini (alkohol, nasilje, ločitev, smrt ljubljene osebe),
- ljudje, ki so v težkih življenjskih situacijah ali so jih pravkar preživeli.

O ČEM NAJ SPREGOVORIM S SVOJIM BOLNIKOM ?

Pogovor z bolnikom naj vključuje naslednje vsebine:

»Zaradi težav z depresijo niste krivi. Duševne težave sprejemajte enako kot telesne.«

»Zaradi depresije niste manjvreden mož, žena, otrok, delavec.«

»Številni telesni znaki so lahko sestavni del depresije.«

»Depresija pri moškem ni izraz šibkosti.«

»Depresija se pri vas lahko kaže kot agresivnost, jeza, divja vožnja.«

»Če ste v spolnem življenju neuspešni in nezadovoljni, spregovorite. Lahko je to odraz depresije.«

»Če se pogosto nahajate v gostilnah in bifejih ter razpravljate o slabih obetih za prihodnost, razmislite o depresiji.«

»Ali ste doma izpostavljeni psihičnemu nadlegovanju ali fizičnemu nasilju?«

NA KAKŠEN NAČIN NAJ SE POGOVARJAM Z BOLNIKOM?

Če je mogoče, si na začetku obravnave vzemite nekaj več časa.

Čas obiska porabite pretežno za pogovor.

Bodite potrpežljivi.

Bodite vztrajni in se na temo depresija vrnite ob naslednjih obiskih.

Z moškimi se pogovarjajte o morebitni agresivnosti, izbruhih jeze ter reševanju težav z obiskom gostilne.

Pogovorite se o morebitnih težavah v spolnosti.

Ne pozabite bolniku razložiti, zakaj se je znašel v takšni situaciji.

Ne pozabite preveriti, ali je bolnik vašo razlago razumel.

Skupaj z bolnikom načrtujte naslednje obravnave.

KAKO NAJ ORGANIZIRAM SVOJE DELO V AMBULANTI?

Izogibajte se ustvarjanju lastnega seznama bolj priljubljenih in manj priljubljenih bolnikov.

Pri pogostih obiskovalcih ambulant se vprašajte, ali ne gre morda za depresijo.

Pri bolnikih z dolgotrajnimi in ponavljajočimi se telesnimi težavami, ki jih nikakor ne morete pojasniti ter jih ublažiti, se vprašajte, ali ne gre morda za depresijo.

Uporabljajte vprašalnike o depresiji.

Če ste zdravnik brez izkušenj v ambulantnem delu, se ne bojte o zapleteni problematiki pogovoriti s starejšim kolegom.

Pomislite, ali so pri vas prisotni znaki izgorelosti, in kako boste ob pritrdilnem odgovoru ukrepali.

Če je vaš bolnik naredil samomor, se o svojih čustvih pogovorite s kolegom.