



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**PRISOTNOST STIGME DO LJUDI Z
DUŠEVNO MOTNJO V DANAŠNJI DRUŽBI**

**IS STIGMATISATION OF PEOPLE WITH
MENTAL DISORDERS STILL PRESENT IN
OUR SOCIETY**

Mentor: Ana Ladi Škerbinek, pred.

Kandidat: Lamija Huseinović

Jesenice, november 2014

ZAHVALA

Za sodelovanje in pomoč pri pisanju diplomske naloge se zahvaljujem mentorici Ani Ladi Škerbinek, pred.

Prav tako se zahvaljujem tudi lektorici Kseniji Čare in recenzentoma doc. dr. Emilu Benediku in mag. Branku Bregarju, viš. pred.

Zahvaljujem se tudi gospodoma Slavku Zupancu in Luki Zupancu iz podjetja IPIS za računalniško usposabljanje med pisanjem diplomske naloge.

Posebna zahvala pa gre mojim staršem in sestri, ki so mi finančno omogočili študij in me nenehno spodbujali in podpirali.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Stigmatiziranje oseb z duševno motnjo je še vedno prisotno v današnji družbi, zato je zelo pomembna osveščenost bodočih zdravstvenih delavcev, zlasti tistih, ki se želijo zaposliti v psihiatrični ustanovi. Pri tem sta ključnega pomena dobro poznavanje duševnih motenj in zavedanje stigme, ki še vedno pogosto zadeva prav osebe, ki se zdravijo zaradi duševnih motenj.

Cilj: Glavni cilj diplomskega dela je predstaviti stigmo in duševne motnje skupaj z dosedanjim znanjem in mišljenjem anketirancev.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi kvantitativnega raziskovanja. Uporabljena je bila metoda anketiranja. Vprašalnik je vseboval 25 vprašanj zaprtega tipa. Anketiranci (dijaki 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana) so se opredeljevali glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5 ali pa z odgovoroma da in ne. Razdeljenih je bilo 119 anketnih vprašalnikov in vrnjenih prav toliko, kar predstavlja 100 % realizacijo vzorca. Vključenih je bilo 30 fantov in 89 deklet.

Rezultati: Zanesljivost vprašalnika smo preverili s Cronbachov koeficient alfa. Cronbachova alfa znaša 0,271 in nakazuje nezanesljivost vprašalnika. V raziskavi smo ugotovili, da so dijaki dovolj osveščeni o pacientih z duševnimi motnjami, kar 99,2 % dijakov ve, kaj so halucinacije in blodnje in pa 66,4% pozna bolezenske znake shizofrenije, čeprav se 76,5 % dijakov ni srečalo z osebami s shizofrenijo. Da je delo z duševno bolnimi stresno se je večina dijakov strinjalo, toda kljub temu smo ugotovili, da več kot 50 % dijakov nebi imelo nič proti, če bi se zaposlili v psihiatrični bolnici.

Razprava: Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da so anketiranci dovolj dobro seznanjeni z duševnimi motnjah. Večina anketirancev jih sprejema kot enakopravne člane naše družbe. Stigmatizacije v odgovorih anketirancev ni bilo zaznati in večinoma tudi ne bi imeli nič proti, če bi se zaposlili v psihiatrični bolnišnici. Beseda stigma je bila anketirancem na začetku tuja in nerazumljiva, kar vodi k sklepu, da bi jih bilo treba bolje podučiti o stigmatizaciji in destigmatizaciji v odnosu do oseb z duševno motnjo.

Ključne besede: stigma, duševne motnje, duševne bolezni, družba, psihiatrija

SUMMARY

Theoretical background: Stigmatisation of people with mental disorders is still present in our society. In that respect, raising awareness of future medical professional, especially those who will be seeking their employment within psychiatry, is of utmost importance. Key factors are comprehensive knowledge of mental disorders and recognition that stigma most often affects people treated for mental disorders.

Aim: The main objective of the Diploma thesis is to present stigma and mental disorders together with the respondents' opinions and their present knowledge.

Method: A descriptive method of quantitative research was used. The survey method was applied. The questionnaire included 25 closed-ended questions/statements. Survey respondents (4th year students of the Secondary School of Nursing Ljubljana) expressed the level of their agreement on a scale from 1 to 5, or by answering yes or no. From 119 distributed questionnaires, all 119 were returned, meaning a 100 % realisation. The study sample consisted of 30 males and 89 females.

Results: The reliability of the questionnaire has been checked with Cronbach alfa. Cronbach alfa is 0, 271 and indicates the unreliability of the questionnaire. In this study, we found that students have sufficient awareness of patients with mental disorders, with 99.2 % of the students know what they are hallucinations and delusions and 66,4 % know the symptoms of schizophrenia , although 76. 5 % of students not met by persons with schizophrenia. To work with the mentally ill stressful, most students agreed, but nevertheless, we found that in more than 50 % of the students had not had anything against, if employed in a psychiatric hospital.

Discussion: The survey revealed that the respondents were well enough informed about mental disorders. Their opinions on mental patients did not vary with statistical significance: most survey respondents accept them as equal members of our society. No stigmatisation could be perceived from their answers and they also would not mind working in a psychiatric institution. The expression "stigma" was unintelligible and strange to the survey respondents at first; therefore, they would need to obtain more

knowledge on stigma and destigmatisation in psychiatric institutions, and in the broader social environment.

Key words: stigma, mental disorders, mental diseases, society, psychiatry

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	3
2.1	STIGMA.....	3
2.1.1	Zgodovina skrbi za duševne motnje.....	5
2.1.2	Stigmatizacija oseb z duševnimi motnjami skozi zgodovino.....	7
2.1.3	Najpogostejše in najtežje duševne motnje.....	8
2.2	VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO IN NJIHOVO VKLJUČEVANJE V DRUŽINO IN OKOLJE.....	12
2.2.1	Današnja družba in pogled na duševne motnje.....	15
3	EMPIRIČNI DEL.....	17
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	17
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	17
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	18
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	18
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	18
3.3.3	Opis vzorca.....	19
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	20
3.4	REZULTATI.....	21
3.5	RAZPRAVA.....	26
4	ZAKLJUČEK.....	30
5	LITERATURA.....	31
6	PRILOGE.....	35
6.1	INSTRUMENT.....	35

KAZALO SLIK

Slika 1: Starost anketirancev	20
Slika 2: Spol anketirancev	20
Slika 3: Delež skupne stigme.....	27
Slika 4: Družba bi morala ljudi z duševnimi motnjami prepoznati kot enakopravne člane.....	29

KAZALO TABEL

Tabela 1: Najpogostejše motnje v komunikaciji	14
Tabela 2: Seznanjenost dijakov z duševnimi motnjami	23
Tabela 3: Rezultati, ločeni po dijakih, ki so že imeli prakso, in tistih, ki je še niso imeli, skupaj s Pearsonovim koeficientom korelacije	24

1 UVOD

Stigma je širok koncept, ki združuje komponente označevanja, stereotipiziranja, kongnitivnega ločevanja, čustvene reakcije in diskriminacijo. Ima torej kongnitivno, čustveno in socialno komponento, ki se končno izrazijo tako, da ljudje izgubijo status (Švab, 2009). Status je v slovarju slovenskega knjižnega jezika pojasnjen kot razlika v družbi in položaj človeka v družbi (SSKJ, 2000). Pripadnost določeni skupini spodbudi proces favoriziranja te skupine, kar poznamo večinoma iz družin in delovnih okolij. Pozitivna skupinska identiteta (naši) je motiv za stereotipiziranje drugih (ki so slabši ali slabi), kar vodi v boljšo predstavo o sebi (Švab, 2009).

V slovarju slovenskega knjižnega jezika je predsodek razložen kot negativen, odklonilen odnos do nekoga ali česa, neodvisen od izkustva (SSKJ, 2000). V družboslovni literaturi je predsodek definiran kot vrsta stališč, ki niso upravičena, utemeljena in preverjena, vendar jih spremljajo izrazito močna čustva in so odporna na spremembe (Strbad, Švab, 2005).

Stigma je razpoznavni znak, ki vzpostavlja mejo med stigmatiziranimi osebami in drugimi s pripisovanjem negativnih lastnosti stigmatiziranim osebam. Številne bolezni, ne le duševne, so stigmatizirane predvsem zato, ker predstavljajo neskladnost s socialno normo. Stigmatizacija pogosto vodi k podcenjevanju, nepopolni diagnozi in nezadostnemu zdravljenju (Kuklec, 2010).

V diplomskem delu raziskujemo prisotnost stigmatizacije ljudi z duševnimi motnjami v današnji družbi. V raziskovalni vzorec, ki naj bi predstavljal odnos skupnosti do ljudi z duševnimi motnjami, smo vključili dijake 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana. Domnevamo, da je odnos bodočih zdravstvenih delavcev zelo pomemben, tako, kot je pomemben odnos današnje družbe do oseb z duševno motnjo.

Švab (2009) opisuje pomen predsodkov za paciente z duševno motnjo. Predsodki za psihiatrične paciente pomenijo slabšo kakovost življenja in večjo nevarnost ponovitve bolezni. Del razlogov za to je v tem, da pri ljudeh sprožajo najpomembnejši strah osebam z duševno motnjo.

To neizogibno prinaša negativne posledice za paciente z duševnimi motnjami, zato je potrebno že zelo zgodaj v izobraževanju zdravstvenih delavcev pričeti z destigmatizacijo določenih skupin pacientov. Zdravstvene delavce ob nastopu službe je dobro ponovno povprašati, zakaj so se odločili za ta poklic in tekom pogovora ugotoviti ali je njihova stigma že razvita pred vstopom v službeno okolje. Ljudje smo različni, a v zdravstvu je nedopustno, da bi predsodki vplivali na kakovost zdravstvene nege. Pacienti z duševnimi motnjami so temu po naših ugotovitvah zelo izpostavljeni stigmati. V naši družbi na žalost še vedno prednjačijo neznanje, označevanje ter kaznovanje z izogibanjem in osamitvijo. Za stigmatiziranje je značilno pomanjkljivo znanje oziroma vedenje ljudi, ki lahko privede do predsodkov. Stigmatizacija oseb z duševnimi motnjami je še vedno prisotna tako v družbi kot tudi med študenti zdravstvene nege (Agović, 2012).

Stigmatizacija duševnih motenj ima dolgo zgodovino, vendar se stigma v zadnjih dvesto letih v razvitih državah stopnjuje. Razlog za to je urbanizacija in industrializacija družbe, ki od posameznika zahteva čedalje večjo stopnjo izobrazbe, kvalifikacij in prilagajanja v vseh zaposlitvenih sektorjih. Po drugi strani pa opažajo, da je stigmatizacija duševnih motenj prisotna tudi v drugih okoljih, na primer na podeželju in v državah v razvoju. Prisotna je torej univerzalno in se še krepi (Bon, 2007).

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki morajo imeti osnovno raven razumevanja pacientov z duševno motnjo. Smiselno bi bilo, da bi bili v zdravstveni negi pacientov z duševnimi motnjami zaposleni ljudje, ki so tolerantni do takih pacientov in razumejo njihov položaj. Toda tudi medicinske sestre in zdravstveni tehniki so lahko nehote diskriminatorni. Tisti zdravstveni delavci, ki delajo s pacienti z duševnimi motnjami (npr. psihiatri, medicinske sestre, socialni delavci, psihologi), žal lahko pripomorejo k nastajanju stigme. Zaposleni v psihiatričnih ustanovah namreč pogosto dojemajo svoje delo kot depresivno in jalovo, saj so prisiljeni delati z nevarnimi pacienti (Hatler, 2008, povz. po Kuklec, 2010).

Ker stigmatizacija pacientov z duševno motnjo vpliva na kakovost zdravstvenih storitev, je zelo pomembno, da ugotovimo, kakšne predsodke, stališča ali znanje imajo dijaki, ki se izobražujejo za poklic zdravstvenega tehnika oz. medicinske sestre.

2 TEORETIČNI DEL

Stigma je širok koncept, ki združuje komponente označevanja, stereotipiziranja, kognitivnega ločevanja, čustvene reakcije in diskriminacije. Ima torej kognitivno, čustveno in socialno komponento, ki se končno izrazijo tako, da ljudje izgubijo svoj status oz. svoj položaj v družbi. V ožjem pomenu označuje posameznikov ugled in veljavo. Posledice visokega statusa so materialne dobrine, svoboda, prostor, udobje in čas ter občutek, da nas imajo drugi radi in nas štejejo za pomembne. Borba za status je izraz hrepenenja, da bi pokazali svoje notranje bogastvo (Agović, 2012 povz. po Švab, 2009).

2.1 STIGMA

Stigma v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (2005) je pojasnjena kot znamenje, narejeno pobeglim sužnjem in hudodelcem. V slovarju tujk o stigmati piše, da je to sramotno znamenje. Stigmatiziranost tako razumemo kot zaznamovanost oziroma ožigosanost zaradi neke lastnosti, ki posameznika loči od drugih, tako da ima večina in on sam to lastnost za odklonsko ali deviantno. Predmet stigme so lahko telesne pomanjkljivosti ali poškodbe, telesne bolezni (na primer AIDS, rak), duševne motnje, spolna usmerjenost, kršenje določenih navad, pravil in načel, narodna pripadnost in podoba (Strbad, Švab, 2005). Stigmo danes razumemo kot produkt družbenega označevanja in ne kot realno lastnost prizadetega posameznika. Predstavlja eno največjih ovir, s katero se srečujejo pacienti z duševno motnjo in tisti, ki jim želijo pomagati. Spremljajo jo občutki krivde in sramu, ali pa popolno zanikanje težav, zaradi katerih ljudje težko poiščejo pomoč ali pa sploh težko sprejmejo razlago, da so njihovi simptomi in težave posledica duševne motnje (Bon, 2007).

Stigma je razpoznavni znak, ki vzpostavlja mejo med stigmatiziranimi osebami in drugimi s pripisovanjem negativnih lastnosti stigmatiziranim osebam. Številne bolezni, ne le duševne, so stigmatizirane predvsem zato, ker predstavljajo neskladnost s socialno normo. Stigmatizacija pogosto vodi k podcenjevanju, nepopolni diagnozi in nezadostnemu zdravljenju (Kuklec, 2010).

Glede na raziskave je stigma v povezavi z duševno motnjo največja ovira pri poskusih izboljševanja kakovosti življenja bolnikov in njihovih družin. Stigma dokazano vpliva na to, da daje družba različnim programom za duševno zdravje manjšo prioriteto kot programom za telesne bolezni. Strokovnjake manj zanima delo na tem področju. Bolniki imajo več težav pri iskanju službe in bivališča, z družino vred se pogosteje socialno izolirajo. Slabša je tudi skrb za telesno zdravje duševnih bolnikov (Bon, 2007). Kobentar in Avguštin (2009) sta raziskovali stigmo pacientov z duševnimi motnjami pri laični populaciji in se poglobili v analizo različnih struktur prebivalstva, ki bodo zagotovo v prihodnosti potrebovali veliko več znanja za udejanjanje destigmatizacijskih programov, izboljšanju senzibilnosti, kakor tudi povečanju stopnje tolerantnosti za kakovost življenja v skupnosti. Analiza raziskovalnih izsledkov je pokazala, da laična populacija najbolj stigmatizira tiste paciente za katerega javnost meni, da je sam kriv za svoje stanje. V tem primeru so to odvisniki od alkohola in pacienti s shizofrenijo. Pacienti z duševnimi motnjami nikakor niso sami krivi, da so zboleli, morajo pa biti dobro poučeni o spoprijemanju z boleznijo, da lahko ob podpori socialnega okolja zaživijo polnovredno življenje v skupnosti.

Začaran krog predsodkov se krepi tudi zato, ker ljudje, ki so okrevali po duševni bolezni o njej ne govorijo. Večina pacientov z duševno motnjo skriva svojo diagnozo in bolezen, ki je tako močno obtežena s predsodki, da jo pri trpečih skoraj neizogibno spremljajo hudi občutki sramu in krivde (Švab, 2009). Corrigan in Watson (2002 povz. po Milačić - Vidojević, Dragojević, 2011) samostigmatizacijo opredeljujeta kot zaveden ali nezaveden proces, v katerem oseba z duševno boleznijo sprejme znižanje pričakovanj zase in za svoje potrebe. ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Inventory) vsebuje tri podlestvice v zvezi z samostigmatizacijo: lestvico odtujenosti, lestvico stereotipov in lestvico socialnega umika. DSSS (Depression Self Stigma Scale) vsebuje dve podlestvici: lestvico splošne samostigmatizacije in lestvico latence. Splošna samostigmatizacija vključuje vidike ustrezne osebne stereotipne ozaveščenosti. Latenca se nanaša na razkritje duševne bolezni drugim osebam in na socialni umik.

2.1.1 Zgodovina skrbi za duševne motnje

Deseta revizija Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB - 10) navaja, da izraz duševna motnja pomeni prisotnost klinično prepoznavne skupine simptomov kot so značilne spremembe v mišljenju, razpoloženju ali vedenju ali njihovo kombinacijo, kar je v večini primerov združeno s stresom in vplivom na osebno funkcioniranje. Klasifikacija se izogiba izrazu bolezen ali obolenje in uporablja izraz motnja (Kores - Plesničar, 2011).

Trenutni opisi duševnih motenj imajo svoje korenine v francoski, nemški in britanski zgodovini in povzemajo filozofsko in konceptualno razmišljanje 19. stoletja. Pomen večine izrazov se je s časom spreminjal, kar je verjetno najbolj očitno pri opisih motenj osebnosti. Kasnejši raziskovalci in kliniki so v zadnjih 150 letih namenili veliko truda poskusom združevanja teh izrazov v smiselno terminologijo (Farmer, Jablensky, 2008).

Negovanje kot pomoč bolnim je obstajalo že v predcivilizacijskih družbah. Med boleznijo so obolelega negovali družinski člani, prijatelji in člani različnih verskih skupnosti. Zdravljenje in zdravstvena nega pacientov z duševnimi motnjami sta bila vedno odvisna od odnosa družbe do teh pacientov. Psihijatrija je imela med številnimi vejami medicine od vsega začetka poseben položaj. Pacient, ki ima duševno motnjo, lahko s svojim spremenjenim doživljanjem in vedenjem v neukem človeku vzbudi obsodbo in odpor namesto sočutja in prijateljske pomoči (Križanec, 2011).

Skozi zgodovino se je odnos ljudi do oseb z duševno motnjo/boleznijo spreminjal, vedno pa je bil odvisen od obstoječe družbe (Gnezda, 2009).

V 17. in 18. stoletju so nastajali prvi azili, kjer pacienti niso bili le dolgotrajno zaprti, temveč tudi priklenjeni na verige. Pogosto ni bilo nobene razlike med duševno bolnimi, tistimi z telesnimi hibami, kriminalci ali duševno manj razvitimi, pa tudi ne med hudimi reveži (Kores - Plesničar, 2011).

Do polovice 19. stoletja so se uporabljale naslednje metode zdravljenja in umirjanja psihiatričnih pacientov: umirjevalni stol, na katerega so pacienta privezali čez prsi, za zapestja in gležnje, čez glavo pa so mu dali škatlo; angleška krsta, kjer je bil pacient

popolnoma negiben, prosto je imel le glavo; hruška, to je zamašek, ki so ga preveč glasnemu in zgovornemu pacientu vtaknili v usta; most presenečenja, s katerim so se pod pacientom nenadoma odprla tla in se je znašel v vodi; vrtilni stroj, na katerem so pacienta vrteli do kolapsa (Strbad, Švab, 2005).

Nasilen odnos do ljudi z duševnimi motnjami se delno ohranja tudi v današnjem času v obliki bolj ali manj prikritih predsodkov. V 18. stoletju je norec postal družbena osebnost in prvič se je zgodilo, da se je kdo z njimi pogovarjal in mu postavil kakšno vprašanje. Kot reakcija na zapiranje sta izbruhnili strah in tesnoba, ti posledici pa sta se izražali v medicinskih izrazih, navdahnjenih od moralnega mita. Tako naj bi se iz zapornih ustanov in „špitalov“ po zraku širila skrivnostna bolezen, ki naj bi že kmalu ogrozila mesta (ibid.).

V drugi polovici 18. stoletja je strah pred norostjo naraščal hkrati z grozo pred brezumjem. Obe obliki sta se opirali druga na drugo in se nenehno krepili. Tako so povezovali norost in svobodo. V tem obdobju torej norosti niso več povezovali z navzočnostjo živalskosti, temveč so jo umeščali oddaljenost človeka od samega sebe, od svojega sveta in od vsega, kar mu ponuja neposrednost narave (Foucault, 1998, povz. po Porenta, 2007).

V Sloveniji sega začetek skrbi za duševno bolne v leto 1821, ko je bil ustanovljen majhen oddelek, imenovan Deželna blaznica pri ljubljanski Civilni bolnici, ki pa kmalu ni več ustrezal obstoječim potrebam. Šele leta 1878 sta bila zunaj mesta sezidana dva pritlična paviljona za blaznike. Kakšne so bile okoliščine v tedanjih ustanovah, si danes težko predstavljamo. Za paciente so skrbele redovnice in nešolano priučeno osebje. Kljub temu je razvoj psihiatričnih služb do 2. svetovne vojne sledil evropskim tokovom. Med vojno je slovenska psihiatrija doživela nasilno in krvavo dezinstitucionalizacijo, ki je močno zavrla spremembe v skrbi za duševno bolne v naslednjih desetletjih (Križanec, 2011).

V 60. letih 20. stoletja se je v nekaterih državah začelo hitro in temeljito zmanjševati število psihiatričnih bolnišnic in bolniških postelj v njih (Italija, ZDA, Kanada, Velika Britanija, nekoliko bolj postopno pa tudi v nekaterih drugih državah). V Kanadi se je v

tem obdobju število bolniških postelj v psihiatričnih bolnišnicah zmanjšalo za 32.000, istočasno pa se je psihiatrične oddelke na novo oblikovalo ali pa nekoliko razširilo v splošnih bolnišnicah. Na teh oddelkih se je zdravilo predvsem blažja stanja v psihiatriji kot na primer blage depresije, medtem ko so na skupnosti temelječi programi pomoči in podpore ljudem z resnejšimi duševnimi motnjami prejeli zelo malo ali nič sredstev (Kores - Plesničar, 2011).

2.1.2 Stigmatizacija oseb z duševnimi motnjami skozi zgodovino

Govorjenje o duševnih boleznih spremljajo močna čustva. Psihiatre še vedno doživljajo kot moderne čarovnike, ki so sposobni pomagati in tudi zelo škodovati. Občutki povezanosti z psihiatrijo in psihiatri nihajo med strahom, sramom, krivdo, sovražnostjo, občudovanjem in zbežanostjo, zato se večina duševnih motenj obravnava in rešuje znotraj kroga prijateljev, družine in znancev in se strokovna pomoč poišče šele v skrajnem primeru (Švab, 2009).

V 19. stoletju je postala psihiatrija veja medicine. V Angliji so pod vplivom Conollyja, Chatswortha in Hilla začeli odstranjevati ovirnice za paciente. V Ameriki je začel reformo psihiatričnih institucij Benjamin Rush. Nastala je Kraepelinova klasifikacija duševnih motenj, ki je dovolj natančno opisala psihiatrične simptome. 1920 so uvedli elektrokonvulzivno terapijo (ibid.).

Slovenska psihiatrija je že v 60. letih prejšnjega stoletja, prej kot večina zahodnimi držav, izboljšala kompetence osebja in začela razvijati psihiatrične dispanzerje, nočne oddelke za zaposlene paciente in dnevne oddelke, zato da bi lahko pacienti čim več časa prebili s svojimi družinami in delali. Hospitalizacije so bile krajše (ibid.).

Elektrokonvulzivne terapije v Sloveniji že nekaj let ne uporabljajo, uspešnost te vrste zdravljenja je v določenih podtipih shizofrenije dokazana, ima pa negativen odmev med ljudmi (Koprivšek, 2011).

Goffmanovi esej Azili in razprave o stigmi so prinesli v psihiatrijo revolucionarne spremembe. Bolnišnice so se prenovile, število osebja se je povečalo in izobrazba se je

izboljšala. Človekove pravice pacientov ščitijo zakonodaja, pravilniki in odvetniki, ki sodelujejo v procesu zdravljenja (Švab, 2009).

Družbeni odnos do pacientov s hudo duševno motnjo (shizofrenijo, motnjo razpoloženja) se le počasi spreminja. Še vedno se pojavljajo predsodki za vključitev takšnih pacientov v vsakdanje življenje. Okolice odklanja človeka, ki je bil sprejet v psihiatrično bolnišnico, bolj zaradi stigmatizacije kot zaradi njegove bolezni. Predsodke, mite in strahove v zvezi z duševnimi motnjami zaradi neznanja srečujemo tudi med strokovnjaki, posledica tega pa so skromna sredstva za zdravljenje in rehabilitacijo, hkrati pa razcvet alternativnih, škodljivih pristopov (Nunčič, 2011).

2.1.3 Najpogostejše in najtežje duševne motnje

Zgodovina pojma shizofrenije ali skupine shizofrenij je zelo zanimiva in še zdaleč ni končana, saj danes spravljamo in opisujemo pod isto streho več kliničnih slik, za katere se bo nemara izkazalo, da ne sodijo skupaj. V iskanju identitete te bolezni se zrcali buren in v marsičem nasprotujoč razvoj sodobne psihiatrične misli pri iskanju psihiatričnih bolezenskih entitet in poskusov njihove etiopatogenetične razlage (Žvan, 1999). Ime za to bolezen je prvi uporabil švicarski psihiater Eugen Bleurer leta 1911. Psihiater Emil Kraepelin je isto motnjo leta 1896 imenoval *dementia praecox*. Mislil je, da se začenja v puberteti in vodi v demenco, hkrati pa jo je podrobno in sistematično opisal ter jo razmejil od takrat že opisovane manično depresivne psihoze (danes bipolarni afektivni motnje). Opisi kliničnih slik s psihotičnimi simptomi so znani in opisovani že stoletja, zanimivi in še vedno presenetljivi pa so odzivi družbe nanje, tudi v današnjih časih – ljudje, ki zbolijo za duševno motnjo, so bili in so še vedno stigmatizirani (Koprivšek, 2011).

Shizofrenija je kompleksna bolezen in o njenih vzrokih obstaja več teorij. Nanjo zagotovo vplivajo biološki, psihosocialni in sociološki dejavniki. Ti dejavniki vplivajo na pojavljanje, potek in izid bolezni in se ujemajo z našimi običajnimi predstavami o bolezni in zdravju. Nedavna odkritja na področju strukture in delovanja možganov pa so potrdila dolgoletno domnevo, da se dejavniki neprestano prepletajo med seboj in že od vsega začetka učinkujejo drug na drugega (Erzar, 2007).

Shizofrenija predstavlja eno najbolj uničujočih bolezni med psihozami. V povprečju zbolijo za to boleznijo 1 % prebivalstva. Bolezen enako prizadene oba spola in se pogosto začne v zgodnjih dvajsetih letih pri moških in nekaj let kasneje pri ženskah (Novak-Grubič, 2009). Shizofrenija se pojavlja večinoma med 15. in 45. letom, čeprav ni tako redek tudi kasnejši začetek. Postavlja se vprašanje, kateri dejavniki, sociokulturni ali organski, utegnejo biti odgovorni za te razlike. Razpravlja se o morebitni zaščitni vlogi estrogenov pri ženskah, pa tudi o značilnostih našega sociokulturnega okolja, ki moške bolj izpostavlja v družbenem in poklicnem življenju in od njih terja več stalnega potrjevanja, zaradi česar se jih bolezen prej loti in jih tudi prej zlomi (Žvan, 1999). Shizofrenija je huda bolezen, pri kateri vsiljivi zvoki (zvočne halucinacije) pogosto mučijo posameznika z nesramnimi ali grdimi komentarji in kjer se ideje združijo in tvorijo lažna prepričanja (blodnje) (Farmer, Jablensky, 2008).

V Sloveniji uporabljamo klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije oz. 10. revizijo Mednarodno klasifikacijo bolezni (MKB – 10), ki opisuje naslednje tipe shizofrenije: paranoidna shizofrenija, hebefrenska shizofrenija (dezorganizirana), katatonska shizofrenija, nediferencirana shizofrenija, rezidualna shizofrenija, enostavna shizofrenija, postshizofrenska depresija (Koprivšek, 2011).

Poglavitni znaki shizofrenije so: motnje mišljenja, motnje zaznavanja, motnje čustvovanja, motnje hotenja in depersonalizacije, avtizem, katatonski znaki, telesni znaki (Žvan, 1999).

Ena izmed pogostih težav pacientov s shizofrenijo je zadovoljevanje potreb na neustrezen in nesprejemljiv način. Medicinska sestra pacientom pomaga do samostojnosti pri opravljanju vseh življenjskih aktivnosti in ga pripravlja na življenje v skupnosti (Gorše-Muhič, 2009).

Pacient s shizofrenijo ni nemočen pri spreminjanju poteka svoje bolezni. Na pacienta gledamo kot na partnerja v procesu zdravstvene oskrbe, ki skupaj s svojo družino, strokovnjaki in prostovoljnimi udeleženci obvladuje simptome bolezni in ustvarja svoj specifični življenjski slog. Zdravljenje in zdravstvena nega sta individualno prilagojena vsakemu posamezniku (Gorše-Muhič, 2009).

Bipolarne motnje so pogosta, ponavljajoča se stanja, ki onemogočajo delovanje posameznika in se pojavljajo v različnih stopnjah resnosti. Začnejo se ponavadi v poznem otroštvu ali zgodnji adolescenci (Marzani - Nissen, 2012).

Bipolarna afektivna motnja je resna, ponavljajoča se, lahko tudi kronična duševna motnja, ki jo v najožjem (klasičnem) smislu opredeljujejo akutne, izmenjujoče se epizode privzdignjenega razpoloženja in depresije (Kegl, 2010 povz. po Koprivšek, 2005).

Za bipolarno motnjo je značilno, da je imel pacient v preteklosti najmanj eno depresivno in eno manično epizodo ali pa najmanj dve manični epizodi. Bolezen se začne običajno med zgodnjimi 20. in zgodnjimi 30. leti in pri več kot 90 % pacientov poteka kronično. Večina pacientov po vsaki bolezenski epizodi doseže popolno bolezensko remisijo, od 20 do 30 % pa jih tudi med epizodami kaže čustvene motnje in ima težave v poklicnem in socialnem funkcioniranju. Zanimivo je, da je prva epizoda bipolarne motnje razpoloženja pri moških pogosteje manična, pri ženskah pa depresivna. Od 5 do 15 % pacientov z bipolarno motnjo razpoloženja ima na leto več kot štiri bolezenske epizode. To obliko označujemo z izrazom hitrokrožna oblika („rapid cycling“) in predstavlja poseben terapevtski problem (Kegl, 2010 povz. po Faganelj But, 2003).

Hitrokrožna bipolarna motnja nastane, kadar se v dvanajstih mesecih pojavijo vsaj štiri bolezenske epizode. Izraz „rapid – cycling“ sta leta 1974 predstavila Dunner in Feive pri opisu skupine pacientov, neodzivnih na monoterapijo z litijem. Kaže, da se hitrokrožna oblika pogosteje pojavlja pri ženskah, verjetno v povezavi s hipotiroidizmom in bipolarno motnjo tipa II. Druge značilnosti, ki ločijo paciente s hitrokrožno obliko od tistih brez, pa so zgodnejši pričetek, daljše trajanje, družinska anamneza bipolarne motnje in večja izpostavljenost antidepresivom (Kegl, 2010 povz. po Koprivšek, 2005).

Pacienti z bipolarno motnjo imajo višjo stopnjo obolevnosti za drugimi psihiatričnimi boleznimi in ostalimi obolenji. Zgodnje prepoznavanje in zdravljenje izboljša rezultate. Zdravljenje motenj razpoloženja je odvisno od trenutne faze bolezni: manija,

hipomanija, mešano stanje, depresija in vzdrževanje. Psihoterapija in stabilizatorji počutja kot so litij, antikonvulzivi in antipsihotiki, so prva izbira zdravljenja, ki jih je treba dolgoročno uporabljati, da zmanjšamo možnost ponovitve bolezni (Marzani - Nissen, 2012).

Depresivna motnja je najpogostejša duševna motnja povsod po svetu. Združena je s pogostimi ponovitvami ter s pomembno oškodovanostjo telesnega in socialnega funkcioniranja. Pogosto je povezana s telesnimi obolenji. Večkrat poteka neprepoznana in nezdravljena. Ustrezno zdravljenje lahko odstrani obsežen spekter simptomov in pomaga pacientu, da se vrne v polno socialno funkcioniranje (Kores - Plesničar, 2006). Za doseganje ciljev pri zdravljenju depresivnih pacientov ne zadoščajo le znanje, organizacija primarne zdravstvene službe in način sporazumevanja med pacientom in zdravnikom, ampak tudi sodelovanje med izbranim zdravnikom in specialistom psihiatrom. Sodelovanje bi moralo potekati na podlagi strokovnih meril in ne kot posledica stališč ter pritiska bolnikov. Predstavniki obeh specialnosti naj vzpostavijo medsebojno sodelovanje in razrešijo vprašanja o izmenjavi informacij ter o (ne) ustreznih napotitvah, da bi pridobili mnenje glede bolniške odsotnosti in invalidske upokojitve (Rifel et al., 2012).

»Laična predstava je, da depresija vedno pomeni žalost in obup. Za pacienta z depresijo sta res pogosto značilna žalost in obup, precej pa je tudi takih, pri katerih je ta afektivni del prikrit oziroma manj izrazit, kar je včasih težko spoznati tudi strokovnjaku« (Žvan, 1999 cit. po Kegl, 2010).

Deseta revizija Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB 10), ki jo uporabljamo v Evropi, in 4. revizija ameriškega Diagnostičnega in statističnega priročnika (DSM IV) predstavljata klasifikacijska sistema, ki nam omogočata prepoznati in diagnosticirati depresijo (13, 14). To ni vedno lahko, saj je depresija preplet različnih simptomov. Po MKB 10 morajo biti za diagnozo depresije pomembni simptomi depresije prisotni najmanj dva tedna. Glavni simptomi so: potlačeno oz. depresivno razpoloženje, izguba interesa in zanimanja, pomanjkanje energije, stalna utrujenost in zmanjšana aktivnost. Ostali pogosti simptomi so: motnje koncentracije in pozornosti, pomanjkanje samozaupanja, občutki krivde in brezvrednosti, negativne in pesimistične misli o

prihodnosti, motnje spanja, zmanjšan apetit, misli o samomoru (Kores - Plesničar, 2006).

2.2 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI OBRAVNAVI OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO IN NJIHOVO VKLJUČEVANJE V DRUŽINO IN OKOLJE

Vloga medicinske sestre pri obravnavi oseb z duševno motnjo je velika, saj se medicinska sestra največkrat srečuje z duševno bolnim pacientom, ima veliko možnosti pri opazovanju in spoznavanju njegove bolezni ter igra veliko in pomembno vlogo pri rehabilitaciji pacienta z duševno motnjo.

V psihiatriji je zelo pogosta skupinska (timska) metoda dela in pomeni sodelovanje skupine enakovrednih, razmeroma samostojnih strokovnjakov, ki prispevajo k doseganju skupnih ciljev. V skupino zdravstvene nege v psihiatriji so vključeni medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Vodi jo diplomirana medicinska sestra, zdravstvena nega pa je usmerjena v delo s pacientom. Pacient je v obravnavi najpomembnejši subjekt in ima pravico do kakovostne zdravstvene nege (Čuček - Trifkovič, Pišlar, 2011).

Vsebina zdravstvene nege izhaja iz teoretičnega modela Virginie Henderson, ki obravnava pacienta v okviru štirinajstih temeljnih življenjskih aktivnosti, teorije Hildegard Peplau, ki se osredotoča na medosebni odnos in terapevtsko komunikacijo, in modela samooskrbe, ki ga je razvila Doroteja Orem (Gorše - Muhič, 2009).

Specifične naloge medicinske sestre v zdravstveni negi v psihiatriji so (Čuček - Trifkovič, Pišlar, 2011):

- Pacienta in njegove svojce uči pravih interakcij, ustrezne komunikacije in ustreznih medosebnih odnosov.

- Pacientu daje informacij in mu svetuje ob njegovih notranjih konfliktih, bojaznih in stiskah.
- Vodi vsakodnevno življenje na oddelku, pacienta spodbuja in ga uči telesnih, socialnih in družbenih dejavnosti.
- Pacientu pomaga in spodbuja pri zadovoljevanju telesnih potreb in izvajanju medicinsko-tehničnih posegov.
- Zagotavlja pacientovo varnosti, ga uči izražanja čustev in ga k temu spodbuja.
- Skrbi za terapevtsko vzdušje na bolniških oddelkih in povsod, kjer se zdravijo pacienti z duševnimi motnjami.
- Deluje zdravstvenovzgojno tako v stiku s pacientom, njegovimi svojci in tudi v širši skupnosti.
- Vodi zdravstveno nego in oskrbo na psihiatričnih oddelkih in v drugih zdravstvenih ustanovah.
- Medicinska sestra je bodisi samostojna izvajalka bodisi sodelavka pri različnih oblikah individualnega ali skupinskega dela s pacienti, je pacientov sogovornik, svetovalec in njegov nadomestni bližnji, če je to potrebno.

Ena najpomembnejših nalog medicinske sestre je zadovoljevanje pacientovih potreb s pomočjo terapevtske komunikacije, ki se začne, takoj ko pacient stopi v zdravstveno ustanovo. Je veliko več kot le prenašanje sporočil med ljudmi, je srečanje enega človeka z drugim. Vsak od njiju vstopi v odnos s svojimi občutki, strahovi, pričakovanji, vrednotami, sposobnostmi in omejitvami. Bolj ko pacienta poznamo, lažje mu pomagamo. V nasprotju z običajno komunikacijo, katere cilj je zadovoljevanje potreb vseh sodelujočih, je pri terapevtski komunikaciji na prvem mestu zadovoljevanje pacientovih potreb. Prvi cilj je vzpostavitev odnosa s pacientom in ustvarjanje varnega okolja. Kasneje je poudarjeno ugotavljanje potreb ter razjasnjevanje ciljev in

pričakovanj, v nadaljevanju pa skušamo slediti ciljem in zadovoljevati pacientove potrebe (Videčnik, 2011).

K pacientu z duševno motnjo je včasih težko pristopiti, kar še zlasti velja za medicinsko sestro, ki se prvič sreča s takim pacientom. V Tabeli 1 navajamo najpogostejše težave v komunikaciji med medicinsko sestro in pacientom.

Tabela 1: Najpogostejše motnje v komunikaciji

	Medicinska sestra	Pacient
Motnje pri oddajniku	<p>Napačno razumljena navodila</p> <p>Lastna negotovost</p> <p>Strah pred pacientovim vprašanjem</p> <p>Brezbrižnost</p> <p>Podcenjevanje pomena informacij za pacienta</p> <p>Napačne predstave („Saj ne razume.“)</p> <p>Neurejeno in nejasno govorjenje</p> <p>Časovni pritisk</p>	<p>Nezmožnost, da bi se izrazil</p> <p>Strah pred odgovarjanjem</p> <p>Strah pred avtoriteto</p> <p>Napačno pričakovanje</p> <p>Občutki krivde</p> <p>Depresija</p> <p>Agresija</p> <p>Občutki dolžnosti</p>
Motnje pri prejemniku	<p>Brezbrižnost</p> <p>Pomanjkanje časa</p> <p>Neustrezen odnos</p> <p>Neodkritost</p> <p>Neustrezno odzivanje</p> <p>Stereotipni odgovori</p> <p>Jemanje poguma s kretnjami in mimiko (neverbalna komunikacija)</p>	<p>Okvara sluha</p> <p>Pasivnost</p> <p>Emocionalni položaj (upanje, strah, jeza)</p> <p>Pomanjkanje pozornosti</p> <p>Neprijetno okolje (hrup)</p> <p>Neposlušnost</p> <p>Napačne predstave</p>

Vir: Videčnik (2011, str. 203)

»Pacienti z duševno motnjo so pogosto in neutemeljeno označeni kot nevarni, nesposobni in neodgovorni, kar povzroča njihovo izolacijo, brezdomstvo in ekonomsko propadanje. S tem se zelo zmanjšajo njihove možnosti za normalno življenje, delo, izobraževanje, zdravljenje, rehabilitacijo in vrnitev v družbeno skupnost. Invalidnost, povezana z duševnimi motnjami, zavzema v razvitih državah okrog 15 % ekonomskega bremena vseh bolezni« (Kuklec, 2010 cit.po Sartorius, 1999; Crisp, 2004).

Do označenih ljudi se drugi ljudje vedejo diskriminatorno na način, da jih marginalizirajo, nad njimi izvajajo nasilje ali pa jih odklanjajo. Diskriminacija se lahko kaže kot odkrit proces proti ljudem z duševno motnjo, pogosteje pa kot izogibanje in vzpostavljanje socialne distance. Sovražnost ali vsaj ambivalenten odnos do njih se kažeta kot izogibanje. Številni ljudje z duševnimi boleznimi poročajo, da so osamljeni, da so izgubili prijatelje in znance, stike s svojo družino, zaposlitev ali da so premeščeni na manj plačana delovna mesta (Švab, 2009).

2.2.1 Današnja družba in pogled na duševne motnje

Za zdravstveno osebje v zdravstveni negi je potrebno uvesti izobraževalne programe o zdravju in o zdravstveni vzgoji, ki bi pripomogli k boju proti stigmatizaciji in diskriminaciji. Na tem področju je potrebno oblikovati ustrezne strategije (Kuklec, 2010).

Stigma duševne bolezni je povezana s predsodki o nevarnosti, nekompetentnosti (ne morejo skrbeti zase) in neodgovornosti (duševna motnja je karakterna napaka) ljudi z duševnimi motnjami. Miti, ki stigmatizirajo duševno bolne, so razlog za strah in sram ter zmanjšujejo kakovost zdravljenja in skrbi za osebe z duševnimi motnjami (Švab, 2009).

MacInnes in Lewis (2008) sta dokazala, da je bilo v času trajanja programa Self - stigma opazno zmanjšanje samostigmatizacije ter izboljšanje samosprejemanja, samopodobe in psihološkega počutja udeležencev. Udeleženci so bili pacienti z duševno motnjo. Študija ni pokazala povezave med osebno stigmo in temi tremi spremenljivkami.

Program naj bi udeležencem omogočil, da se soočijo z zaznavno legitimnostjo stigmatizacije. Potrebno bi bilo še nadaljnje delo, da bi lahko ugotovili, kateri deli programa so najpomembneje vplivali tako na razvoj zavedanja o negativnih in neprimernih dejanjih stigmatizacije kot na razvoj odziva nanje. Biti označen kot duševno bolan ni malenkost. Žal se pomembnosti ureditve nekega področja pogosto zavemo, šele ko smo prizadeti sami ali naši najbližji (Kobal - Straus, Vidmar, 2010).

Strokovnjaki predlagajo, da se ljudje z izkušnjo „uspešnega zdravljenja“ izpostavijo in predstavijo svojo izkušnjo. Še zlasti dobrodošla je izkušnja zdravstvenega delavca, ki lahko s tem prispeva k zmanjševanju stigme tudi poklicno. Številne raziskave predlagajo podobne smernice za izboljšanje programov za boj proti stigmatizaciji. Na potezi je družba, ki bi morala ljudi z duševnimi motnjami prepoznati kot enakopravne člane družbe in jih na ta način rešiti stigme (Kuklec, 2010).

Kobal - Straus in Vidmar (2010) poudarjata, da ostaja upanje, da bo tudi naša družba rasla, se vedno bolj zavedala tanke meje, ki loči med zdravjem in boleznijo tako na področju telesnega, socialnega kot tudi duševnega zdravja, in bo stremela k temu, da za vse svoje člane zagotovi strpno, humano, pravično in človeka dostojno okolje, praksa pa bo pokazala dejstva, na katerih se bomo vsi učili.

Raziskovalni prispevek o primerjavi stališč med študenti Univerze v Ljubljani in uporabniki je pokazala, da imajo pacienti z duševnimi motnjami bolj stigmatizirajoč odnos do drugih ljudi z duševnimi boleznimi kot študenti. Pacienti se skušajo distancirati od drugih duševnim pacientov, tako da izražajo visok odpor do svoje skupine. Pripadnost stigmatizirani skupini duševno bolnih ponuja malo možnosti za socialno integracijo in zaposlitev ter onemogoča dostop do drugih bolj privilegiranih družbenih skupin. Rezultati govorijo v prid terapevtskim postopkom in družbenim dejavnostim, ki krepijo moč skupine ter izboljšujejo njen družbeni in ekonomski položaj (Strbad et al., 2008).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je ugotoviti, ali je stigma ljudi z duševno motnjo še prisotna v današnji družbi, koliko so bodoči zdravstveni tehniki seznanjeni s problemom stigme v srednjih šolah ter predstaviti mnenja dijakov 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana o ljudeh z duševnimi motnjami.

Cilji:

Cilj 1: Predstaviti stigmo in pomen duševnih motenj.

Cilj 2: Ugotoviti, kakšno je trenutno znanje dijakov 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana o duševnih motnjah.

Cilj 3: Ugotoviti, ali je pri odnosu dijakov 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana do psihiatričnih pacientov prisotna stigmatizacija.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi postavljenih ciljev smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako se odraža prisotnost stigmatizacije ljudi z duševno motnjo v današnji družbi?
- Kakšno je mnenje dijakov 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana o pacientih z duševnimi motnjami? So dovolj osveščeni o duševnih motnjah?
- Je pri dijakih 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana prisotna nagnjenost k stigmatiziranju oseb z duševnimi motnjami?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Uporabili smo opisno neeksperimentalno kvantitativno raziskovalno metodo. To pomeni, da smo preučevali na nivoju opisnega razlaganja, oziroma iskanja odgovorov na vprašanja s pomočjo strukturiranega vprašalnika. V teoretičnem delu diplomskega dela je bila uporabljena metoda preučevanja domače in tuje literature. Zbrali smo strokovno literaturo, ki je dostopna v splošnih in strokovnih knjižnicah, v pomoč pa nam je bila tudi virtualna knjižnica Cobiss. Uporabljeni so bili tudi strokovni članki s področja zdravstvene nege na področju psihiatrije in diplomska dela. Podatki so bili pridobljeni tudi s pomočjo podatkovnih zbirk CINAHL, PUB MED in MEDLINE. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: stigma, zgodovina stigme, shizofrenija, depresija, bipolarna motnja, psihiatrična zdravstvena nega; stigma, history of stigma, schizophrenia, depression, bipolar disorder, psychiatric nursing. Raziskavo smo osnovali na kvantitativnem raziskovanju z deskriptivno metodo, uporabili smo vprašalnik v pisni obliki.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Kot raziskovalni inštrument za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik zaprtega tipa, ki smo ga izdelali na osnovi študija literature o stigmatizaciji v psihiatrični zdravstveni negi nekoč in danes. Vprašalnik je vseboval 25 vprašanj zaprtega tipa in je bil sestavljen na osnovi literature (Gnezda, 2009; Kores - Plesničar 2011; Švab, 2009). Sestavljen je bil iz treh sklopov. Prvi sklop je zajemal demografska vprašanja oz. vprašanja o dosedanjem znanju o duševnih motnjah, drugi sklop o stigmatizaciji v psihiatriji in dodatnem izpopolnjevanju oziroma izobraževanju na to temo, tretji sklop pa se je nanašal na mnenja o ljudeh z duševnimi motnjami. Vprašalnik je bil prirejen samo za nelaično populacijo in je zajemal samo dijake 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana, kjer smo ankentirali v šolskem okolju. Tako populacijo statistično imenujemo tudi realna populacija, saj smo ji lahko izračunali s programom SPSS določene parametre.

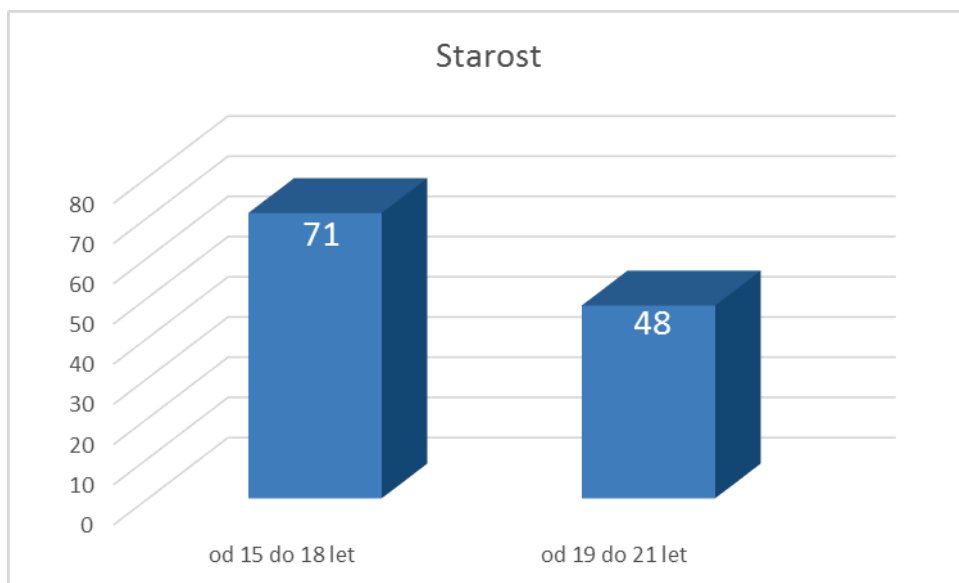
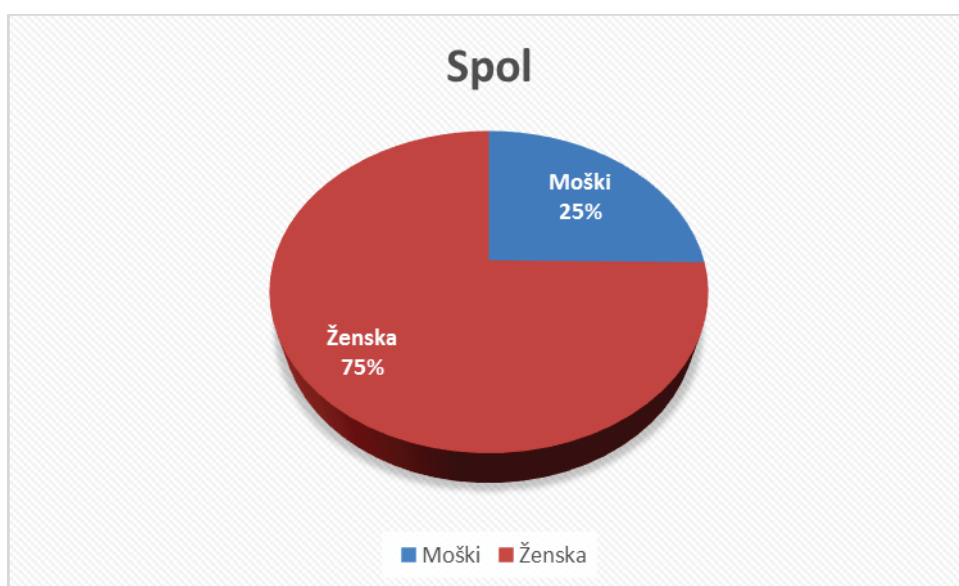
Pri izdelavi vprašalnika nam je bil v pomoč članek Kobentar, Avguštin (2009), ki sta se osredotočili bolj na laično populacijo in sta uporabili devet stopenjsko Likertovo lestvico. Ker smo se želeli prepričati o razumevanju vprašalnika smo razumljivost preverjali s petimi dijaki 4. letnika Srednje Zdravstvene šole Ljubljana, ki so že opravili praktični pouk in preverjanje znanja iz učnega predmeta Zdravstvena nega v psihiatrični dejavnosti. Spremembe vprašalnika niso bile potrebne, saj jim je bil vprašalnik jasno in razumljivo sestavljen.

Za analizo resničnosti odgovorov v vprašalniku smo uporabili Cronbachov koeficient alfa. Vrednosti, ki jih je Cronbachov test lahko zavzame so lahko med 0 in 1. Če je ta večji od 0,8 pomeni, da gre za visoko zanesljivost vprašalnika, če je med 0,6 in 0,8 gre za srednjo zanesljivost vprašalnika. Število 0,6 pa predstavlja, da je zanesljivost vprašalnika zelo nizka. V našem primeru je zanesljivost vprašalnika prav tako nizka 0,271.

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo neslučajni priročni vzorec. Vzorčenje je potekalo v mesecu marcu 2013. Število vprašalnikov smo določili na osnovi podatka o številu dijakov 4. letnikov Srednje zdravstvene šole Ljubljana. Podatke smo pridobili na njihovi šolski spletni strani in preko elektronske pošte, ki nam jo je posredovala ravnateljica Srednje zdravstvene šole Ljubljana. V raziskavi smo anketirali dijake 4. letnikov. Anketiranci so bili predhodno obveščeni in so na anketiranje prostovoljno pristali. Razdelili smo 119 anketnih vprašalnikov, vrnjenih je bilo prav tako 119 anketnih vprašalnikov, kar pomeni 100 % realizacijo vzorca.

Največ anketirancev je bilo starih od 15 do 18 let 59,7 % (71), sledili so dijaki, stari od 19 do 21 let s 40,3 % (48). Dijakov, starih več kot 21 let, v raziskavi ni bilo, kar prikazuje slika 1. Ženskega spola je bilo 74,8 % (89) anketirancev, moškega pa 24,2 % (30), kar je razvideno v krožnem diagramu slika 2.

**Slika 1: Starost anketirancev****Slika 2: Spol anketirancev**

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred raziskavo smo pridobili odobritev vodstva zavoda za izvedbo raziskave. Raziskava je potekala v mesecu marcu 2013. Ankentiranje je potekalo v posameznem razredu 4. letnikov, vprašalnike smo razdelili v času dopoldanskega pouka z pomočjo vodstva šole.

Podatke, ki smo jih pridobili na podlagi vprašalnika, smo obdelali v sistemu Windows XP s programskim orodjem Microsoft Office Excel 2007, Microsoft Word 2010 in s programom SPSS verzija 18. 0. Zanesljivost vprašalnika smo merili z Cronbach alfa testom. Trditve od 8. do 14. vprašanja smo rekodirali, tako da imajo obrnjeno lestvico: 1 – Se ne strinjam, 2 – Nikakor se ne strinjam, 3 – Delno se strinjam, 4 – Se strinjam, 5 – Popolnoma se strinjam.

Pri statistični analizi podatkov smo uporabili aritmetično sredino - povprečje, standardni odklon - deviacijo in Pearsonovo korelacijo za primerjavo relativne variabilnosti dveh porazdelitev, ki je vidno v Tabeli 3. V našem primeru dijaki, ki so imeli prakso in tisti, ki jo še niso imeli. Koeficient korelacije po Pearsonu ima lahko vrednost med - 1 in + 1. Vrednost - 1 dobimo, če gre za največjo negativno korelacijo, vrednost + 1 pa pri največji pozitivni korelaciji. Če je koeficient korelacije enak 0, pomeni, da med obema spremenljivkama ni nobene povezanosti.

3.4 REZULTATI

Prvi sklop vprašalnika je vseboval demografske podatke, ki so opisani v vzorcu raziskave (Slika 2). V drugem sklopu so dijaki 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana odgovarjali na vprašanja o svojem dosedanjem znanju o duševnih motnjah (Tabela 2). Med klinično prakso/počitniškim delom se je srečalo s pacienti z duševno motnjo 59, 7 % (71) dijakov, 40, 3 % (48) dijakov pa se z njimi ni srečalo. Kaj je bipolarna motnja razpoloženja, ve 81, 5 % (97) dijakov, 18, 5 % (22) pa tega ne ve. Da bipolarna motnja vključuje razpoloženje od globoke žalosti do pretiranega veselja z neizmerno energijo, ve 79, 8 % (95), 20, 2 % (24 dijakov) pa tega ne ve. Da je depresivna motnja lahko povezana s telesnimi obolenji, ve 85, 7 % (102) dijakov, 14, 3 % (17) dijakov pa tega ne ve. Pri trditvi, da se depresivna motnja pogosto konča s samomorom obolelega, je 51, 3 % (61) dijakov obkrožilo trditev da, trditev ne pa 48, 7 % (58) dijakov. S trditvijo, da depresivne motnje ni mogoče premagati z močno voljo, se strinja 53, 8 % (64) dijakov, 46, 2 % (55) dijakov pa se s tem ne strinja. Bolezenske znake shizofrenije pozna 66, 4 % (79) dijakov, ne pozna pa jih 33, 6 % (40) dijakov.

Razen enega dijaka (0, 8 %), ki tega ne ve, vseh ostalih 118 dijakov (99, 2 %) ve, kaj so halucinacije in blodnje. Z osebo s shizofrenijo se je srečalo 23, 5 % (28) dijakov, 76, 5 % (91) dijakov pa se s tako osebo še ni srečalo.

V tretjem sklopu so anketiranci odgovarjali na vprašanja o duševnih motnjah in stigmatizaciji v današnji družbi. Trditve so prikazane v Tabeli 3. S trditvijo, da duševna motnja ni bolezen, ampak se ljudje taki rodijo, se je popolnoma strinjalo 3, 4 % (4) dijakov, 16, 8 % (20) se je delno strinjalo, 4, 2 % (5) se je s trditvijo strinjalo, nikakor se ni strinjalo 23, 5 % (28), ni se strinjalo pa 52, 1 % (62) dijakov. S trditvijo, da je duševna motnja nekaj nenormalnega in nesprejemljivega se je popolnoma strinjalo 4, 2 % (5) anketirancev, delno se je strinjalo 6, 7 % (8), 10, 9 % (13) se je s trditvijo strinjalo, nikakor se ni strinjalo 20, 2 % (24) anketirancev, strinjalo pa se je kar 58 % (69) anketirancev. S trditvijo, da so duševno bolne osebe nevarne in nasilne, se je popolnoma strinjalo 2, 5 % (3) dijakov, delno se je strinjalo 31, 1 % (37), strinjalo se je 25, 2 % (30), nikakor se ni strinjalo 23, 5 % (28), strinjalo pa se ni 17, 6 % (21) dijakov. S trditvijo, da ob srečanju z duševno bolnim občutijo strah, se je popolnoma strinjalo 4, 2 % (5) anketirancev, delno se je strinjalo 23, 5 % (28), strinjalo se je 12, 6 % (15), nikakor se ni strinjalo 28, 6 % (34), ni se strinjalo pa 31, 1 % (37) anketirancev. S trditvijo, da ne bi imel nič proti, če bi se zaposlil v psihiatrični bolnišnici, se je popolnoma strinjalo 39, 5 % (47) dijakov, delno se je strinjalo 19, 3 % (23), strinjalo se je 21, 0 % (25), nikakor se ni strinjalo 9, 2 % (11), 10, 9 % (13) pa se s trditvijo ni strinjalo. S trditvijo, da bi o duševnih motnjah želel/a izvedeti kaj več, se je popolnoma strinjalo 28, 6 % (34) dijakov, delno se je strinjalo 39, 5 % (47), strinjalo se je 22, 7 % (27), nikakor se ni strinjalo 5, 0 % (6), 4, 2 % (5) pa se s trditvijo ni strinjalo. S trditvijo, da je delo z duševno bolnimi stresno, se je popolnoma strinjalo 15, 1 % (18), delno se je strinjalo 42, 9 % (51), strinjalo se je 26, 9 % (32), nikakor se ni strinjalo 10, 9 % (13), 4, 2 % (5) pa se s trditvijo ni strinjalo. S trditvijo, da je stigma duševno bolnih oznaka sramote ali osramočenosti, se je popolnoma strinjalo 10, 1 % (12), delno se je strinjalo 26, 1 % (31), strinjalo se je 21, 0 % (25), nikakor se ni strinjalo 17, 6 % (21), 25, 2 % (30) pa se s trditvijo ni strinjalo. S trditvijo, da je stigma duševno bolnih in njihovih svojcev še vedno prisotna, se je popolnoma strinjalo 8, 4 % (10), delno se je strinjalo 43, 7 % (52), strinjalo se je 27, 7 % (33), nikakor se ni strinjalo 13, 4 % (16), 6, 7 % (8)

pa se s trditvijo ni strinjalo. S trditvijo, da bi družba morala ljudi z duševnimi motnjami prepoznati kot enakopravne člane, se je popolnoma strinjalo 30,3 % (36), delno se je strinjalo 26,9 % (32), strinjalo se je 24,4 % (29), nikakor se ni strinjalo 14,3 % (17), 4,2 % (5) pa se s trditvijo ni strinjalo.

Tabela 2: Seznanjenost dijakov z duševnimi motnjami

Vprašanje	Da (%)	Ne (%)
Ali ste se med klinično prakso/počitniškim delom srečali s psihiatričnimi pacienti?	59,7	40,3
Vem, kaj je bipolarna motnja razpoloženja.	81,5	18,5
Vem, da bipolarna motnja vključuje razpoloženja od globoke žalosti do pretiranega veselja z neizmerno energijo.	79,8	20,2
Vem, da je depresivna motnja lahko povezana z telesnimi obolenji.	85,7	14,3
Depresivna motnja se pogosto konča s samomorom obolelega.	51,3	48,7
Depresivne motnje ni mogoče premagati le z močno voljo.	53,8	46,2
Poznam bolezenske znake shizofrenije.	66,4	33,6
Vem, kaj so halucinacije in blodnje.	99,2	0,8
Srečal sem se že z osebo s shizofrenijo.	23,5	76,5

Tabela 3: Rezultati, ločeni po dijakih, ki so že imeli prakso, in tistih, ki je še niso imeli, skupaj s Pearsonovim koeficientom korelacije

Trditve	Vsi (N=119)		Imeli prakso (N=71)		Niso imeli prakse (N=48)		Pearsonov koeficient korelacije
	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Aritmetična sredina	Standardni odklon	
Duševna motnja ni bolezen, ampak se ljudje takšni rodijo.	4,04	1,245	3,96	1,314	4,17	1,136	0,08
Duševna motnja je nekaj, kar je nenormalno in nespremenljivo.	4,21	1,141	4,08	1,168	4,40	1,086	0,13
Duševne motnje so nekaj najhujšega, kar prizadene človeka.	2,89	1,261	2,89	1,271	2,90	1,259	0,00
Duševno bolne osebe so nevarne in nasilne.	3,23	1,146	3,21	1,120	3,25	1,194	0,02
Ob srečanju z duševno bolnim občutim strah.	3,59	1,265	3,76	1,201	3,33	1,326	-0,17
Duševne bolezni se ne da pozdraviti.	3,90	1,196	3,72	1,289	4,17	0,996	0,185*
Duševna motnja je dedna in se prenaša iz roda v rod.	3,91	1,127	3,66	1,230	4,27	0,844	0,266**
Nič ne bi imel proti, da bi se zaposlil v psihiatrični bolnišnici.	3,69	1,364	3,68	1,318	3,71	1,443	0,01

*pozitivna korelacija značilna pri stopnji 0. 05, ** pozitivna korelacija, ki je značilna pri stopnji 0. 01, nepovezani oz.nekolerirani spremenljivki p = 0, 00, p < 0 = negativna korelacija

Trditve	Vsi (N=119)		Imeli prasko (N=71)		Niso imeli prakse (N=48)		Pearsonov koeficient korelacije
	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Aritmetična sredina	Standardni odklon	
O duševnih motnjah bi želel izvedeti kaj več.	3,66	1,076	3,69	1,008	3,63	1,178	-0,03
Menim, da sem dovolj seznanjen z duševnimi motnjami in njihovim nastankom.	2,76	1,157	2,96	1,075	2,46	1,220	-0,213*
Delo z duševno bolnimi je zelo stresno.	3,38	1,008	3,46	0,983	3,25	1,042	-0,10
Stigma duševno bolnih je oznaka sramote ali osramočenosti.	2,73	1,319	2,80	1,305	2,63	1,347	-0,07
Stigma duševno bolnih in njihovih svojcev je še vedno prisotna.	3,18	0,997	3,25	0,921	3,06	1,099	-0,09
Družba bi morala ljudi z duševnimi motnjami prepoznati kot enakopravne člane.	3,62	1,179	3,66	1,121	3,56	1,270	-0,04

*pozitivna korelacija značilna pri stopnji 0. 05, ** pozitivna korelacija, ki je značilna pri stopnji 0. 01, nepovezani oz. nekolerirani spremenljivki $p = 0, 00$, $p < 0$ = negativna korelacija

S trditvijo, da so duševne motnje nekaj najhujšega, kar prizadene človeka, se je popolnoma strinjalo 11, 8 % (14) anketirancev, delno se je strinjalo 31, 9 % (38), 29, 4 % (35) se je strinjalo, nikakor se ni strinjalo 9, 2 % (11), 17, 6 % (21) pa se s trditvijo ni strinjalo. Pri teh trditvah opazimo, da sta spremenljivki nepovezani, nekolerirani. (Sig. =

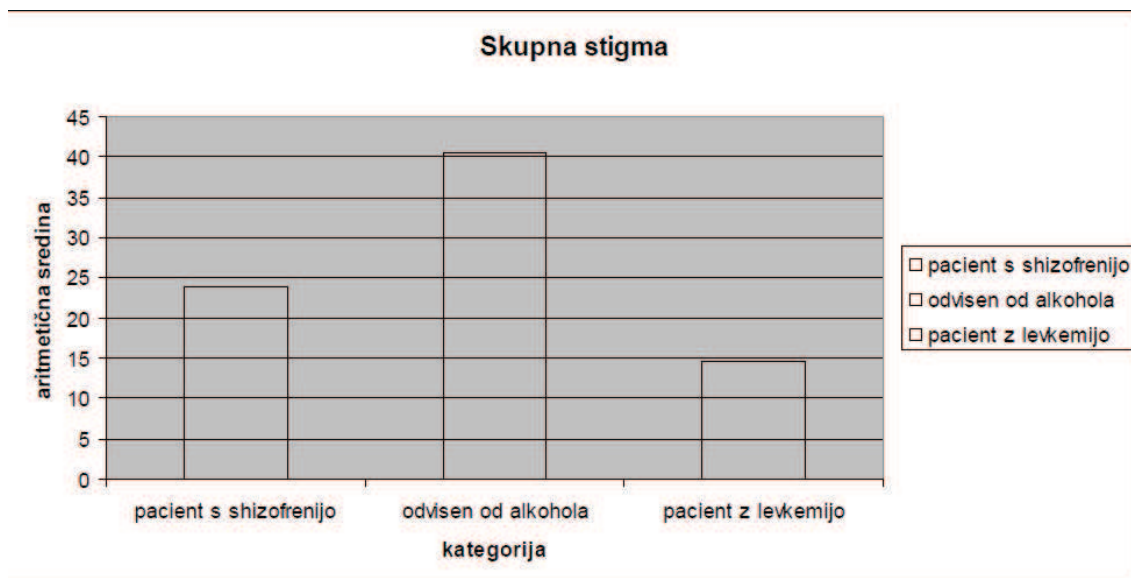
0, 00). S trditvijo, da se duševne bolezni ne da pozdraviti, se je popolnoma strinjalo 2, 5 % (3) dijakov, delno se je strinjalo 16, 8 % (20), strinjalo se je 10, 9 % (13), nikakor se ni strinjalo 27, 7 % (33), 42, 0 % (50) pa se s trditvijo ni strinjalo. Pojavi se statistična povezanost med spremenljivkama pozitivna korelacija po Pearsonu, kar se vidi v tabeli 3 označena z zvezdico (Sig. = 0, 185* > 0, 05). S trditvijo, da je duševna motnja nekaj, kar je dednega in se prenaša iz roda v rod, se je popolnoma strinjalo 2, 5 % (3) dijakov, delno se je strinjalo 10, 9 % (13), strinjalo se je 20, 2 % (24), nikakor se ni strinjalo 26, 1 % (31), 40, 3 % (48) pa se s trditvijo ni strinjalo. Pojavi se statistična nizka linearna povezanost med spremenljivkama, kar se vidi v tabeli 2 označena z dvema zvezdicama (Sig. = 0, 266** > 0, 01). S trditvijo „Menim, da sem dovolj seznanjen z duševnimi motnjami, kaj so in kako nastanejo“ se je popolnoma strinjalo 4, 2 % (5) dijakov, delno se je strinjalo 37, 0 % (44), strinjalo se je 23, 5 % (28), nikakor se ni strinjalo 14, 3 % (17), 21, 0 % (25) pa se s trditvijo ni strinjalo. Pojavi se statistična povezanost med spremenljivkama negativna korelacija po Pearsonu, kar je vidno na drugem listu tabele 3 označeno z zvezdico in minusom (Sig. = - 0, 213*).

3.5 RAZPRAVA

Raziskovalno vprašanje: Kako se odraža prisotnost stigmatizacije ljudi z duševno motnjo v današnji družbi?

Na raziskovalno vprašanje smo odgovorili v teoretičnem delu naloge in z raziskavo avtoric Kobentar in Avguštin (2009).

Raziskava avtoric Kobentar in Avguštin (2009) je potrdila predpostavke, da so osebe z motnjami v duševnem zdravju bolj stigmatizirane od oseb z drugimi boleznimi (v tem primeru so izpostavljeni pacienti z levkemijo).



Slika 3: Delež skupne stigme

Vir: Kobentar, Avguštin (2009, str. 6).

Pri raziskovanju stigme laične populacije do pacientov z duševno motnjo so ugotovili, da bi bila potrebna poglobljena analiza pri različnih strukturah pribivalstva. V prihodnosti bi potrebovali veliko več znanja o duševnih motnjah, da bi lahko udeleženi destigmatizacijske programe, izboljšali senzibilnost, kakor tudi povečali stopnjo tolerantnosti za boljšo kakovost življenja teh ljudi v skupnosti pacientov z duševno motnjo.

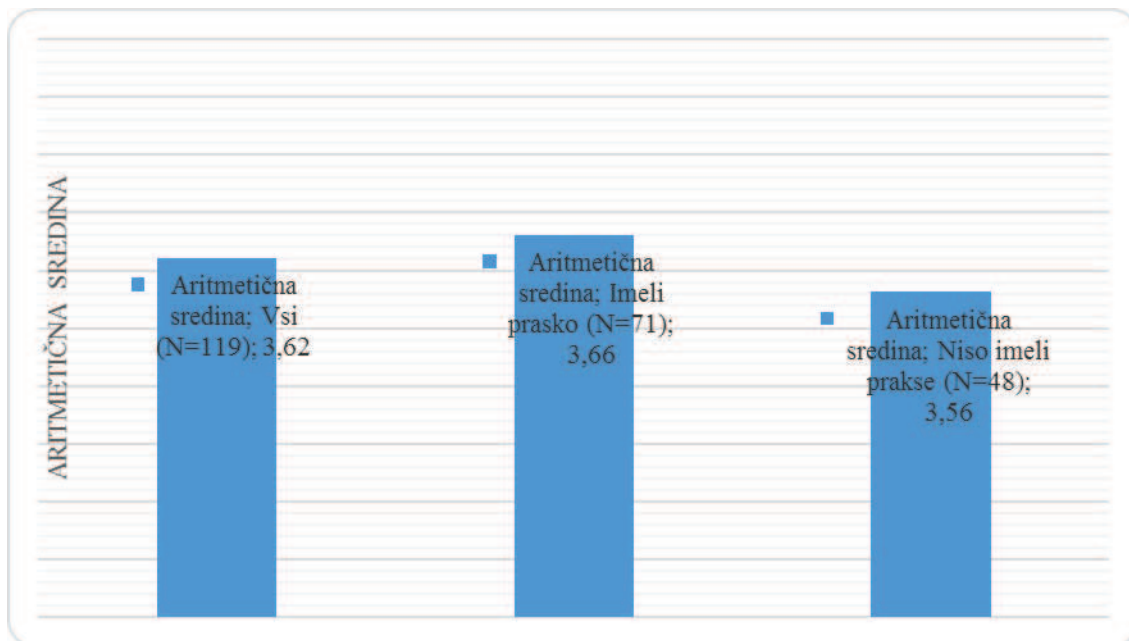
Raziskovalno vprašanje: Kakšno je mnenje dijakov 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana o pacientih z duševnimi motnjami? So dovolj osveščeni o duševnih motnjah?

Dijaki menijo, da niso dovolj seznanjeni oz. osveščeni o duševnih motnjah ter o tem, kaj so in kako nastanejo. Statistično pomembna značilnost se pojavi tudi pri trditvi o dednosti duševnih bolezni in njenem prenašanju iz roda v rod ter pri trditvi, da se duševne bolezni ne da pozdraviti. Rezultati kažejo, da so dijaki 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana dovolj osveščeni o duševnih motnjah, le primanjkuje jim znanja o stigmati ljudi z duševno motnjo, saj niso poznali pomena besede.

Raziskovalno vprašanje: Je pri dijakih 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana prisotna nagnjenost k stigmatiziranju oseb z duševnimi motnjami?

Ugotovljeno je bilo, da se mnenja dijakov 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana, ki so že imeli prakso, o pacientih z duševnimi motnjami močno razlikujejo od mnenja tistih dijakov, ki prakse še niso imeli. Duševnih motenj ne sprejemajo kot nekaj nenormalnega in nesprejemljivega in se v velikem odstotku ne strinjajo s tem, da se ljudje takšni rodijo. To pomeni, da je močna povezanost med odgovori in da imajo dijaki kar precej znanja o tej temi. Ugotavljamo, da bodoča nelaična populacija slabo pozna stigmo. Pri trditvi, da je stigma duševno bolnih oznaka sramote ali osramočenosti, so imeli dijaki zelo veliko vprašanj med reševanjem vprašalnika, saj niso niti poznali besede stigma, kar je razvidno tudi iz statistične analize vprašalnika. Sklepamo torej, da bodo kot bodoči zdravstveni delavci potrebovali več znanja, da bi lahko prispevali k destigmatizaciji ljudi z duševno motnjo. Na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana je pred začetkom opravljanja kliničnih vaj v psihiatričnih ustanovah, dijakom nujno potrebo bolj podrobno obrazložiti pomen stigme pri pacientih z duševno motnjo. Po obrazložitvi pomena besede stigma se je čutila močna povezanost odgovorov pri, da je stigma duševno bolnih in njihovih svojcev še vedno prisotna. Kasneje se je pokazalo boljše poznavanje stigme, kar se prav tako vidi v statistični analizi.

Stigmatiziranje ljudi z duševno motnjo pri dijakih 4. letnika Srednje zdravstvene šole ni prisotno. Ob srečanju z duševno bolnim človekom večina dijakov ne čuti strahu ter ne bi imela nič proti, če bi se zaposlila v psihiatrični bolnišnici. Dijaki sprejemajo duševne motnje kot bolezen, ki lahko prizadene vsakega posameznika. Med dijaki, ki so se že srečali s pacienti z duševnimi motnjami, in tistimi, ki jih še nikoli niso imeli priložnosti spoznati, pri odgovorih ni pomembnih razlik.



Slika 4: Družba bi morala ljudi z duševnimi motnjami prepoznati kot enakopravne člane

Bodoče nelaične osebe (dijaki 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana) očitno paciente z duševnimi motnjami veliko manj stigmatizirajo kot laične osebe, kar je razvidno iz tabele 3.

4 ZAKLJUČEK

Na podlagi raziskave, ki smo jo izvedli med dijaki 4. letnika Srednje zdravstvene šole Ljubljana, lahko trdimo, da je poznavanje duševnih motenj zelo dobro in da je srednješolsko izobraževanje na Srednji zdravstveni šoli Ljubljana zelo kvalitetno, saj so se dijaki zelo dobro odrezali pri različnih vprašanjih na področju poznavanja duševnih motenj. Dobro bi bilo, če bi jih malo bolj osveščali o stigmatizaciji bolnikov z duševnimi motnjami, saj besede stigma niso razumeli oz. je niso poznali. Rezultati pričujoče raziskave lahko prispevajo k še bolj kakovostnemu poučevanju dijakov pri predmetu Zdravstvena nega v psihiatrični dejavnosti. Po nekaj letih bi bilo smiselno še enkrat anketirati enak vzorec srednješolcev samo na temo stigme in s tem ugotoviti, ali imajo kaj več znanja. Seveda pa je poučenost na tem področju odvisna od vsakega posameznika in od tega, koliko zanimanja pokaže za ta strokovni predmet.

Vtisi dijakov na praktičnih vajah med šolanjem so bili zelo raznoliki. Potrebno bi bilo veliko več izobraževanja bodočih medicinskih sester tudi o komunikaciji s pacienti z duševno motnjo. Tudi tako bi lahko prispevali k rehabilitaciji pacientov in k odpravljanju stigme v psihiatriji.

Stigma do ljudi z duševno motnjo še vedno prisotna v današnji družbi, nekoliko manj kot v zgodovini. Potrebno je usmerjati svoje znanje v destigmatizacijo in ga širiti med ljudi, jih izobraževati na tem področju, saj psihiatrični pacienti vedno bodo. Ljudem z duševno motnjo pa je potrebno nuditi oporo in jih po končanem zdravljenju usmerjati v čim bolj normalno življenje, jim nuditi oporo in ne dovoliti, da bi se zgodovina ponavljala.

5 LITERATURA

Agović E. Stališča študentov zdravstvene nege do ljudi odvisnih od alkohola in do ljudi s shizofrenijo: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta; 2012: 20-4.

Bon J. Destigmatizacija duševnih motenj; 2007. Dostopno na: http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=229&Itemid=1 (22. 3. 2013).

Čuček-Trifkovič K, Pišlar M. Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. Kores-Plesničar B, eds. Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2011:14-6.

Erzar T. Duševne motnje. Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2007: 195–203.

Faganelj But M. Razpoloženske (afektivne motnje). In: Kores Plesničar B, ed. Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo; 2003: 52-5.

Farmer A, Jablensky A, Essential Psychiatry, eds. Current approaches to classification. New York: Cambridge University Press; 2008: 45.

Gnezda S. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 14-8.

Gorše-Muhič M. Zdravstvena nega pacienta s shizofrenijo. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2009: 179-90.

Kegl K. Psihoedukacija pri pacientih z bipolarno motnjo razpoloženja: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010: 12-25. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=12966> (20. 12. 2012).

Kobal-Straus K, Vidmar T. Zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja. *Obzor Zdr N.* 2010;44(1):27-32.

Kobentar R, Avguštin B. Kristalni paravan med družbo in samoto: stigma z vidika laične populacije. Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije; 2009;142F. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/142F.pdf (22. 3. 2013).

Koprivšek J. Shizofrenija in druge psihotične motnje. In: Kores-Plesničar B, eds. *Duševno zdravje in zdravstvena nega.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011: 48-51.

Kores-Plesničar B. *Duševno zdravje in zdravstvena nega.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Kores-Plesničar B. Epidemiologija, etiologija, klinična slika in diagnostika depresije. *Farm Vestn.* 2006;57(4):241-4. Dostopno na: <http://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-P68OI2VH> (20. 12. 2012).

Križanec D. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: Kores-Plesničar B, eds. *Duševno zdravje.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2011: 10-2.

Kuklec V. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N.* 2010;44(3):195-2.

Macinnes DL. The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Psychiatric Nursing;* 2008;15(8):59-65.

Mas Ayu S. Stigma in Mental Illness. Attitudes of Medical students Towards Mental Illness. *Med J Malaysia.* 2002;57(4):433-4.

Milačić-Vidojević I, Dragojević N. Specialna edukacija I rehabilitacija; 2011;10(2):327. Dostopno na:

http://www.casopis.fasper.bg.ac.rs/izdanja/SEIR2011/2Spec_Edu_i_Reh_TEORIJSKI_KONCEPTUALNI_OKVIRI/005-Ivona_Milacic_Vidojevic-Nada_Dragojevic.pdf (22. 3. 2013).

Murray R, Dean K. Essential Psychiatry. Schizophrenia and related disorders. New York: Cambridge University Press; 2008: 284-319.

Novak Grubič V. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Shizofrenija. Ljubljana: Rokus Klett; 2009: 169-81.

Nunčič P. Zdravstvena nega bolnika z bipolarno motnjo. In: Kores Plesničar B, eds. Funkcionalno izboraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo; 2003: 122-6.

Porenta K. Stigma duševne bolezni: [diplomsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2007. Dostopno na: <http://dk.fdv.uni-lj.si/diplomska/pdfs/porenta-katja.pdf> (20. 12. 2012).

Price AL, Marzani-Nissen GR. Bipolar disorders. American Family Physician; 2012;85(5):483-93.

Rifel J, Rotar-Pavlič D, Selič P, Serec M, Švab I. Sodelovanje med zdravniki družinske medicine in specialisti psihiatri pri zdravljenju bolnikov z depresijo. Zdr Vestn. 2011;80(10):734. Dostopno na: http://www.szid.si/user_files/vsebina/Zdravniki_Vestnik/2011/oktober/734-9.pdf (20. 12. 2012).

Sartorius N. One of the Last Obstacles to Better Mental Health Care: The Stigma of Mental Illness. In: Guimón J, Fischer W, Sartorius N, eds. The Image of Madness. Basel: S. Karger; 1999: 96-104.

Slovar slovenskega knjižnega jezika. Ljubljana: DZS; 2000. Dostopno na: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> (20. 12. 2012).

Strbad M, Švab V. Stigmatizacija in psihiatrija. *Med Razgl.* 2005;44(2):147-54.

Strbad M, Švab I, Zalar B, Švab V. Stigma duševne bolezni. Primerjava stališč bolnika in študentov v Sloveniji. *Zdrav Vestn.* 2008;77:482. Dostopno na: <http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dlib.si%2Fstream%2FURN%3ANBN%3ASIA%3Adoc-3B1T2M2R%2Fd0391cdd-66f0-42fa-a165-8a42af9f68d6%2FPDF&ei=-jvoUOu9E4fL4AS8j4FY&usg=AFQjCNG7tKdtebC6sFNMcCqkzXqCYE-VzQ&sig2=1lEd62qLxeoMaa3LBlgm6w&bvm=bv.1355534169,d.bGE> (20. 12. 2012).

Štiglic V. Zdravstvena nega bolnika z depresijo. Kores Plesničar B, ed. Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, Oddelek za psihiatrijo; 2003: 69-73.

Švab V. Duševna bolezen in stigma. Ljubljana: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje; 2009: 21.

Videčnik I. Pomen komunikacije v zdravstveni negi psihiatričnega pacienta. Kores Plesničar B, ed. Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2011: 201-05.

Žvan V. Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje. Ljubljana: DZS; 1999: 179.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Priloga 1: Anketni vprašalnik

Spoštovani!

Moje ime je Lamija Huseinović, sem izredna študentka 3. letnika Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom Prisotnost stigme do ljudi z duševno motnjo v današnji družbi. V sklopu diplomskega dela je predviden vprašalnik za dijake Srednje zdravstvene šole Ljubljana. Vprašalnik vsebuje različne trditve, ki se nanašajo na vaše dosedanje znanje o stigmatizaciji in duševnih motnjah ter na vaše mnenje o ljudeh z duševnimi motnjami. Za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo strinjanja z ocenami od 1 do 5, kjer pomeni: 1 – Popolnoma se strinjam, 2 – Delno se strinjam, 3 – Se strinjam, 4 – Nikakor se ne strinjam, 5 – Se ne strinjam, ali pa z odgovorom da ali ne. Vprašalnik je anonimen in če želite, ga lahko odklonite. Rezultate vprašalnika bom uporabila izključno za izdelavo diplomskega dela. Za sodelovanje, Vaš čas in trud se Vam lepo zahvaljujem.

1. Spol (obkrožite): moški ženska

2. Starost (obkrožite):
 - a) od 15 do 18 let
 - b) od 19 do 21 let
 - c) od 22 do 25 let

3. Ali ste se na klinični praksi/počitniškem delu srečali s psihiatričnimi pacienti (obkrožite):

a) da

b) ne

4. Vem, kaj je bipolarna motnja razpoloženja (obkrožite):

a) da

b) ne

5. Vem, da bipolarna motnja vključuje razpoloženje od globoke žalosti do pretiranega veselja z neizmerno energijo (obkrožite):

a) da

b) ne

6. Vem, da je depresivna motnja lahko povezana s telesnimi obolenji (obkrožite):

a) da

b) ne

7. Depresivna motnja se pogosto konča s samomorom obolelega (obkrožite):

a) da

b) ne

8. Depresivne motnje ni mogoče premagati le z močno voljo (obkrožite):

a) da

b) ne

9. Poznam bolezenske znake shizofrenije (obkrožite):

a) da

b) ne

10. Vem, kaj so halucinacije in blodnje (obkrožite):

a) da

b) ne

11. Srečal sem se že z osebo s shizofrenijo (obkrožite):

a) da

ne TRDITVE	Popolnoma se strinjam	Delno se strinjam	Se strinjam	Nikakor se ne strinjam	Se ne strinjam
Duševna motnja ni bolezen, ampak se ljudje takšni rodijo	1	2	3	4	5
Duševna motnja je nekaj, kar je nenormalno in nespremenljivo	1	2	3	4	5
Duševne motnje so nekaj najhujšega, kar prizadene človeka	1	2	3	4	5
Duševno bolne osebe so nevarne in nasilne	1	2	3	4	5
Ob srečanju z duševno bolnim občutim strah	1	2	3	4	5
Duševne bolezni se ne da pozdraviti	1	2	3	4	5
Duševna motnja je nekaj, kar je dednega in se prenaša iz roda v rod	1	2	3	4	5
Nič ne bi imel proti, da bi se zaposlil v psihiatrični bolnišnici	1	2	3	4	5
O duševnih motnjah bi želel/a izvedeti kaj več	1	2	3	4	5
Menim, da sem dovolj seznanjen z duševnimi motnjami, kaj so in kako nastanejo	1	2	3	4	5
Delo z duševno bolnimi je zelo stresno	1	2	3	4	5
Stigma duševno bolnih je oznaka sramote ali osramočenosti	1	2	3	4	5
Stigma duševno bolnih in njihovih svojcev je še vedno prisotna	1	2	3	4	5
Družba bi morala ljudi z duševnimi motnjami prepoznati kot enakopravne člane	1	2	3	4	5