

FAKULTETA ZA ZDRAVSTVO
ANGELE BOŠKIN

DIPLOMSKO DELO
ŠTUDIJSKEGA PROGRAMA
PRVE STOPNJE

URŠA MATOH



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZMANJŠEVANJE STIGME DO OSEB Z
DUŠEVNIMI MOTNJAMI V ZDRAVSTVENI
NEGI**

**REDUCING THE STIGMA OF PATIENTS
WITH MENTAL DISORDERS IN NURSING
CARE**

Mentorica: dr. Vesna Čuk, viš. pred.

Kandidatka: Urša Matoh

Jesenice, december, 2017

ZAHVALA

V prvi vrsti se zahvaljujem mentorici, dr. Vesni Čuk, viš. pred., za ves čas, vso strokovno pomoč in usmerjanje pri pisanju diplomskega dela. Prav tako se zahvaljujem recenzentu mag. Branku Bregarju za vse komentarje in popravke ter lektorici Špeli Krivec.

Zahvaljujem se tudi družini in vsem prijateljem, ki so verjeli vame in mi ves ta čas stali ob strani.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Stigmatizacija do oseb z duševno motnjo močno vpliva na posameznikovo kakovost življenja, izpolnitev osebnih ciljev in socialni položaj v družbi, zato je ključno, da problem ozavestimo in ga poskušamo odpraviti. Namen pregleda literature je opredeliti stigmo, tehnike njenega zmanjševanja in poudariti pomen zdravstvene nege.

Metoda: Uporabljen je bil sistematični pregled literature podatkovnih baz PubMed, CINAHL, Obzornik zdravstvene nege in Google scholar. Ključne besede so bile: »stigma of mental illness«, »reducing stigma«, »role of stigma«, »nursing«, »mental health professionals«. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: obdobje od leta 2007 do 2017, celotno besedilo člankov in besedilo v angleškem jeziku. Za pregled literature je bila uporabljena vsebinska analiza prebranega gradiva.

Rezultati: V končni pregled je bilo od 4518 zadetkov v raziskavo vključenih 16 člankov. Glede na analizo vsebine prebranega gradiva smo oblikovali kategoriji, stigma do oseb z duševno motnjo in vloga zdravstvene nege, s pripadajočimi podkategorijami: značilnosti stigme, zmanjševanje stigme in promocija duševnega zdravja.

Razprava: Stigma je predvsem posledica pomanjkanja znanja, ki se odraža v odnosih in vedenju do oseb z duševno motnjo. Ključnega pomena pri zmanjševanju stigme je ozaveščanje celotne populacije o škodljivih predsodkih, posledični diskriminaciji in razširjenosti duševnih motenj, ki lahko doleti vsakega izmed nas. Tu pomembno vlogo igrajo zdravstveni delavci, ki vplivajo na iskanje pomoči posameznika in vključevanje v zdravljenje.

Ključne besede: stigmatizacija, duševna motnja, promocija duševnega zdravja, vloga zdravstvene nege, zmanjševanje stigme

SUMMARY

Theoretical background: Stigmatization towards people with a mental disorder strongly affects the individual's quality of life, accomplishing personal goals and their social position. Therefore, we need to be aware of the problem and try to eliminate it. The purpose of our literature review is to define stigma and its reduction techniques as well as to emphasize the importance of nursing care.

Methods: A systematic literature review was used from the databases PubMed, CINAHL, Google Scholar and Slovenian Nursing Review. The key words used were: »stigma of mental illness«, »reducing stigma«, »role of stigma«, »nursing«, »mental health professionals«. The search restriction criteria were: the period from 2007 to 2017, the full text of the articles and the text in the English language. The content analysis of the read material was used in reviewing the literature.

Results: In the final review, we included 16 articles in the study of 4518 results. The large number is due to a weak methodologically-based research. According to the content analysis of read materials, we have created two categories, stigma towards people with mental illness and the role of nursing care, with associated subcategories: the features of stigma, stigma reduction and promotion of mental health.

Discussion: Stigma is a consequence due to a lack of knowledge, which is reflected in relationships and behaviour towards people with mental illnesses. The key to reducing stigma is to raise awareness of the entire population about harmful prejudices, consequent discrimination and the prevalence of mental illness that each of us can experience. Health care professionals play an important role in help-seeking of an individual and self-treatment involvement.

Key words: stigmatization, mental disorder, health care promotion, health care role, stigma reduction

KAZALO

1	UVOD	1
2	EMPIRIČNI DEL.....	6
2.1	NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	6
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	6
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	6
2.3.1	Metode pregleda literature.....	7
2.3.2	Strategije pregleda zadetkov.....	7
2.3.3	Opis obdelave pregleda literature	8
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature	8
2.4	REZULTATI	9
2.4.1	PRIZMA diagram	9
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	11
2.5	RAZPRAVA.....	17
2.5.1	Kategorija: Stigma oseb z duševno motnjo	18
2.5.2	Kategorija: Vloga zdravstvene nege.....	30
2.5.3	Omejitve diplomskega dela	36
3	ZAKLJUČEK	37
4	LITERATURA	38

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	8
Tabela 2: Hierarhija dokazov	9
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	11
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	16
Tabela 5: Pristopi za prekinitev procesa stigmatizacije	27

KAZALO SLIK

Slika 1: Prikaz poteka iskanja strokovne literature	10
Slika 2: Potek nastanka stigme	19
Slika 3: Model samostigme	21

SEZNAM KRAJŠAV

OMS-HC	Opening Minds Scale for Health Care Providers
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
WHO	World Health Organization

1 UVOD

Pozitivno duševno zdravje pomembno vpliva na kakovost življenja posameznika, človekovo splošno počutje in njegovo zaznavanje ter posledično razumevanje okolice. Duševno zdravje vpliva na vsa življenjska področja, od življenjskega sloga, fizičnega zdravja, zaposlovanja do medosebnih odnosov. Negativni vidiki duševnega zdravja so običajno povezani s simptomi in pogostostjo duševnih motenj. Veliko težavo predstavljajo posamezniki, ki trpijo za duševnimi težavami, vendar se zaradi stigme in predsodkov ne odločijo poiskati strokovne pomoči. Biopsihosocialni model obravnave naj bi zadnja leta v psihiatriji prinašal spremembe. Znanje in razumevanje duševnih motenj se širita tako v zdravstveni negi kot med splošno populacijo. Obstaja in razvija se vedno več alternativ za pomoč osebam in svojem v duševni stiski, ki pripomorejo k zmanjšanju stigme, povezane z duševnimi motnjami (Turk & Albreht, 2010).

Kuklec (2010) opisuje stigmatizacijo kot izraz, ki je posledica odziva okolja na drugačnost. Vpliv stigme čutijo predvsem posamezniki ali skupine, ki ne dosegajo družbenih norm. Družba stigmatiziranim osebam pripiše negativne lastnosti, jih kategorizira in posledično izloči iz socialnega okolja. Stigma je tako predstavljena kot razpoznavni znak, ki vzpostavlja mejo med stigmatiziranimi osebami in drugimi. Stigmatizirane pa niso samo duševne motnje, ampak tudi številne druge, ki predstavljajo neskladnost s socialno normo. Tudi Švabova (2009) se globoko dotakne težave stigme in jo opredeli kot širok koncept, ki vključuje označevanje, stereotipiziranje, kognitivno ločevanje, čustvene reakcije in diskriminacijo. Stigma tako zajame čustveno, kognitivno in socialno komponento. Posledično stigmatizirani posamezniki izgubijo svoj status oziroma položaj v družbi. V ožjem pomenu je status pravni in poklicni položaj znotraj te ali one skupine. V širšem pomenu označuje posameznikov ugled in veljavo.

Stigma postavlja oviro pred okrevanjem oseb s hudo duševno motnjo, saj vodi do oklevanja pred pravočasnim iskanjem pomoči, socialne izolacije, povzroča kronični stres zaradi pričakovanja in izkušenj nepravilne obravnave, zmanjšuje samozavest ter slabša samopodobo. Vse to otežuje dober potek okrevanja, ne glede na to, kako učinkovito je zdravljenje simptomov motnje. Zaradi psihosocialnih vidikov, ki se

povezujejo s stigmo, kot so predsodki in diskriminacija, s katero se morajo soočati osebe s hudo duševno motnjo, družba manj ceni dejanske zmožnosti in večine teh posameznikov, obravnava jih kot manj pristojne ter jim dodeljuje manj pomembno delo in lažje naloge (Wahl, 2012).

Strbad, et al. (2008) trdijo, da sta stigmatiziranost in samostigmatizacija za duševne paciente bolj obremenjujoči kot simptomi bolezni in posledična nezmožnost. Pacientov ne ovirata le pri iskanju pomoči in sodelovanju v psihiatričnem zdravljenju, ampak omejujeta tudi njihove pobude za izboljšanje položaja v skupnosti. Stigmatizacija in samostigmatizacija sta pomembna razloga za zanikanje bolezni in s tem pripadnosti stigmatizirani skupini.

Posledice stigmatizacije zajemajo: brezposelnost, nizek socialni položaj, slabe bivalne razmere, manj možnosti za ustvarjanje družine, manjši dostop do izobraževanja, izpopolnjevanja in druge posledice (Ministrstvo za zdravje, 2009).

Družba oblikuje stereotipne predstave o tem, da so posamezniki z duševno motnjo nevarni in neodgovorni. Negativne predstave vodijo v predsodke o nevarnem in nepredvidljivem vedenju. Posledično se okolica odzove s strahom in diskriminacijskim vedenjem. Stereotipi, predsodki in diskriminacija močno vplivajo na življenje posameznika z duševno motnjo, ga prikrajšajo za številne priložnosti in mu preprečujejo doseganje ciljev (Švab, 2009).

Ministrstvo za zdravje (2009) navaja SZO iz leta 2001, ki stigmatizacijo opisuje kot najhujšo oviro pri izboljšanju duševnega zdravja posameznika z duševno motnjo. Ta namreč povečuje invalidnost in poslabšuje potek bolezni. Ministrstvo za zdravje (2009) opredeli tudi zdravstvene posledice stigme, ki se kažejo predvsem pri oviranem dostopu do obravnave, slabšem zagotavljanju kakovostne obravnave, oviranem okrevanju duševnih pacientov in njihovih družin. Za zmanjšanje socialne izključenosti moramo zagotoviti enak dostop do ekonomskih in družbenih dobrin. Posameznikom se morajo ponuditi možnosti, s katerimi si pridobijo spoštovanje družbe, v njih je treba vzbuditi upanje za kakovostnejše življenje in jih opolnomočiti za razvoj in izpolnitev ciljev.

Eno glavnih meril za zmanjševanje stigme je dostopnost služb in storitev, ki zagotavljajo psihiatrično, socialno in zaposlitveno rehabilitacijo.

Lauber in sodelavci navajajo izsledke iz leta 2006, ki jih je objavilo Ministrstvo za zdravje (2009). Duševne motnje naj bi se začele prepoznavati in obravnavati v zdravstvenih in socialnih službah na primarni ravni ter v šolskem okolju. Tam se duševne motnje pokažejo še v začetnem stadiju in so zato večinoma lažje obvladljive. Zdravstvene, socialne službe in šolski programi zato predstavljajo prvovrstna okolja za izboljševanje duševnega zdravja populacije in zmanjševanje stigme. Da bi duševno stisko hitreje prepoznali in se nanjo ustrezno odzvali, pa so potrebna izobraževanja in učenje strpnosti v zdravstvenih, socialnih in izobraževalnih sistemih. Neznanje, stereotipi in predsodki strokovnih delavcev predstavljajo najpogostejši razlog za odlaganje potrebne pomoči in ukrepanja. Zupančič in Pahor (2014) omenjata izsledke SZO-ja, objavljene leta 2008, ki prav tako poudarjajo, da je za učinkovito izvajanje zdravstvene nege potrebno ustrezno znanje. Zdravstveni delavci si morajo prizadevati za lastno informiranost in poskrbeti, da so njihovi pacienti seznanjeni o svojih pravicah, odgovornostih in možnostih pomoči. Njihova naloga je prepoznati in se odzvati na pacientove potrebe pri individualni in skupnostni obravnavi.

Boj proti škodljivi stigmati in diskriminaciji je v strokovnih službah nujno potreben, če želimo doseči enakovredno in kakovostno oskrbo oseb z duševno motnjo. Ta se ne sme razlikovati od pomoči, nudene vrstnikom s telesno boleznijo (Ministrstvo za zdravje, 2009).

Za krepitev pozitivnega duševnega zdravja, preprečitev bolezni, kakovostno zdravljenje in okrevanje sta temeljni zdravstvena nega in promocija zdravja. Pravice in dolžnosti ponudnikov ter potrošnikov storitev so opredeljene v Zakonu o duševnem zdravju (2008), strokovne dejavnosti multidisciplinarnih timov na področju zdravstvene nege pacientov z duševno motnjo pa so navedene v predlogu Nacionalnega plana duševnega zdravja. Področje dela medicinske sestre se je čez leta spreminjalo. Na začetku je varovala in skrbela za pacientove osnovne življenjske potrebe, sčasoma pa je prevzela izvajanje zdravstvenih intervencij ter kasneje socialnih in terapevtskih dejavnosti. Danes

zdravstvena nega medicinsko sestro v multidisciplinarni tim vključuje v okviru skupnostne psihiatrične psihosocialne obravnave. Sodobna zdravstvena nega sloni predvsem na procesni metodi dela (Čuk, 2007).

V kliničnem okolju je zdravstveni tim pogosto priča stresnim dogodkom, ko se oskrbovanci upirajo in počutijo ogrožene. V izogib nevarnostim v okolju in možnostim poškodb zdravstveno negovalno osebje uporablja predpisane varovalne ukrepe in strokovne intervencije, kar lahko vodi do konflikta strategij in etičnih načel (Jeriček Klanšček, et al., 2009). Kuklec (2010) v pregledu literature navaja Hatlerja, ki je leta 2008 zapisal, da morajo imeti medicinske sestre in zdravstveni tehniki osnovno raven razumevanja pacientov z duševno motnjo. Zdravstveno negovalni kader v psihiatriji bi moral imeti visoko toleranco do pacientov z duševno motnjo, veliko mero potrpežljivosti in občutka empatije. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so namreč pri svojem delu mnogokrat nevede diskriminatorni.

Ena izmed najbolj obetavnih strategij, ki jih lahko uporabimo za zmanjševanje stigme, je povečanje stika s tistimi, ki živijo z duševno motnjo. Odprte interakcije nam omogočajo, da se učimo o pacientovih izkušnjah, vrednotah in pogledih ter tako izboljšamo kakovost oskrbe. Medicinske sestre se morajo izobraževati o dejstvih in mitih duševne motnje ter se zavedati načina besednega in nebesednega izražanja, ki se uporablja, ko govorimo o osebah, ki iščejo pomoč. Medicinske sestre so lahko glavne pobudnice pri izobraževanju širše javnosti o vplivih stigme in se tako zavzemajo za ciljno populacijo s sodelovanjem s partnerji skupnosti pri organizaciji lokalnih prireditev. Teden ozaveščanja o duševni motnji, teden o nacionalnem duševnem zdravju (v maju) in svetovni dan duševnega zdravja (10. oktober) predstavljajo možnosti za medicinske sestre, da se zavzamejo za pošteno, pravično, nemoteno in dostopno oskrbo za vse. Z ukrepi za odpravo zaznamovanosti in reševanjem predsodkov za zmanjšanje bremena tistih, ki živijo z duševno motnjo, lahko medicinske sestre zagotovijo, da se odstrani ena od ključnih ovir za dostop do oskrbe (Tognazzini, et al., 2008).

Čuk (2010) navaja, da si v današnjem času timski pristop v psihiatriji v največji možni meri prizadeva za kakovostno zdravljenje in izboljševanje stanja duševnih pacientov. Še

vedno pa ostajajo številna negativna prepričanja, ki se tičejo predvsem negativnih izkušenj s sprejemi v psihiatrično bolnišnico. Za paciente z duševno motnjo v začetni fazi je pomembno, da so obravnavani v psihiatrični bolnišnici. Vsak posameznik drugače sprejema proces hospitalizacije; nekateri se odzovejo spodbudno, drugi odklonilno. Velik vpliv na posameznikov odziv imajo institucije, odnos družin, okolja, terapevtska komunikacija zdravstvenih delavcev in postopek sprejema. V zdravstveni negi je zaradi posega v avtonomijo pacienta pogosto porušeno zaupanje, zato sta na psihiatričnem področju temeljna terapevtska komunikacija in sposobnost empatije.

Kobal Straus in Vidmar (2010) ugotavljata, da bo naša družba naravnana k zagotavljanju okolja, ki bo človeka vredno, pravično, humano in strpno. Med zdravjem in boleznijo je le tanka ločnica, naj si bo na področju telesnega, socialnega ali duševnega zdravja. Primeri dobrih praks bodo v prihodnosti ključni za nadaljnje učenje in destigmatizacijo.

Stigma do oseb z duševno motnjo je v družbi prisotna že od nekdaj. Ozaveščenost prebivalstva raste počasi, področje raziskovanja stigme pa je v procesu razvoja. Ker je stigma globoko zakoreninjena, zahteva celosten in načrten pristop. Področja obvladovanja problema stigme bomo obravnavali v naši raziskavi.

2 EMPIRIČNI DEL

2.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati značilnosti stigme, vpliv stigmatizacije na osebe z duševnimi motnjami in opredeliti vlogo zdravstvene nege pri zmanjševanju stigmatizacije do oseb z duševnimi motnjami.

Cilji diplomskega dela so:

- predstaviti značilnosti stigme do oseb z duševno motnjo,
- predstaviti oblike zmanjševanja stigme do oseb z duševno motnjo,
- predstaviti pomen promocije duševnega zdravja pri destigmatizaciji oseb z duševno motnjo,
- predstaviti stigmatizacijo pacientov z duševno motnjo v zdravstvu,
- predstaviti vlogo zdravstvene nege pri zmanjševanju stigme do pacientov z duševno motnjo v kliničnem okolju.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi postavljenih ciljev smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- R1: Kakšne so značilnosti stigme do oseb z duševnimi motnjami?
- R2: Kakšno vlogo ima zdravstvena nega pri zmanjševanju stigme do pacientov z duševno motnjo v kliničnem okolju?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo uporabili sistematični pregled literature, analizo in metasintezo pregleda znanstvene in strokovne literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za empirični del diplomskega dela smo pregledali dostopno domačo in tujo literaturo ter primerljive vire. V prvi fazi smo iskali literaturo v slovenskem jeziku s pomočjo Obzornika zdravstvene nege. Uporabili smo ključne besede brez Boolovega operatorja. Ključne besede so bile: »stigma«, »duševno zdravje«. V drugi fazi smo pregledali podatkovne e-baze CINAHL, Medline, PubMed, ProQuest in Google Učenjak. Ključne besedne zveze v angleškem jeziku pri iskanju zadetkov so bile: »stigma of mental illness«, »reducing stigma«, »role of stigma«, »nursing« in »mental health professionals«. Pri iskanju v bazah podatkov smo določili omejitvene kriterije: obdobje od leta 2007 do 2017, celotno besedilo člankov in besedilo v angleškem jeziku. Pri navedbi kombinacij ključnih besed smo uporabili Boolov operator AND. Pri pregledu smo se omejili na omenjene baze podatkov, ker so ponudile največ uporabnih virov.

V PubMedu smo z Boolovim operatorjem iskali pod ključnimi besedami »stigma of mental illness« AND »reducing stigma«.

V CINAHLU smo uporabili ključne besede, ki so bile prav tako navedene z Boolovim operatorjem, in sicer »stigma of mental illness« AND »reducing stigma« ter »role of stigma« AND »nursing«.

V Google Scholarju smo po Boolovem operatorju povezali ključne besede »reducing stigma« AND »mental health professionals«. Zadetke smo morali pregledati ročno, ker iskalnik ni podal omejitve člankov.

2.3.2 Strategije pregleda zadetkov

Po podatkovnih bazah smo z iskanjem pridobili skupno 4518 zadetkov. Z omejitvenimi merili: obdobje od leta 2007 do 2017, celotno besedilo člankov in besedilo v angleškem jeziku, smo število zadetkov zmanjšali na 209. Pregledali smo naslove in izvlečke člankov, tako izločili dvojnike ter s tem izključili neustrezne zadetke. Pregledali smo namen raziskav in ključne ugotovitve. Za analizo po izločitvenih merilih smo skupno

uporabili 16 zadetkov. Pregled poteka iskanja literature je prikazan v PRIZMA diagramu (slika 1).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadelki za pregled v polnem besedilu
Obzornik zdravstvene nege	Stigma, duševno zdravje	43	2
Google Scholar	Reducing stigma AND mental health professionals	3900	3
PubMed	Stigma of mental illness AND reducing stigma	401	8
CINAHL	Stigma of mental illness AND reducing stigma, role of stigma AND nursing	174	3
SKUPAJ		4518	16

2.3.3 Opis obdelave pregleda literature

Pri analizi podatkov iz pregleda literature smo uporabili vsebinsko kvalitativno analizo po usmeritvah Vogrinca (2008). Besedila smo pregledali in prebrali. Ko smo pregledali strokovna besedila, smo vire razdelili glede na raziskovalno problematiko. Končne izsledke raziskav smo kodirali in razdelili po kategorijah in podkategorijah. Z oblikovanimi kategorijami smo želeli odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Za oceno kakovosti pregleda literature smo uporabili usmeritve Polita in Becka (2008). Dobljene raziskave smo razvrstili po hierarhiji dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu, ki se deli na sedem nivojev (tabela 2).

Tabela 2: Hierarhija dokazov

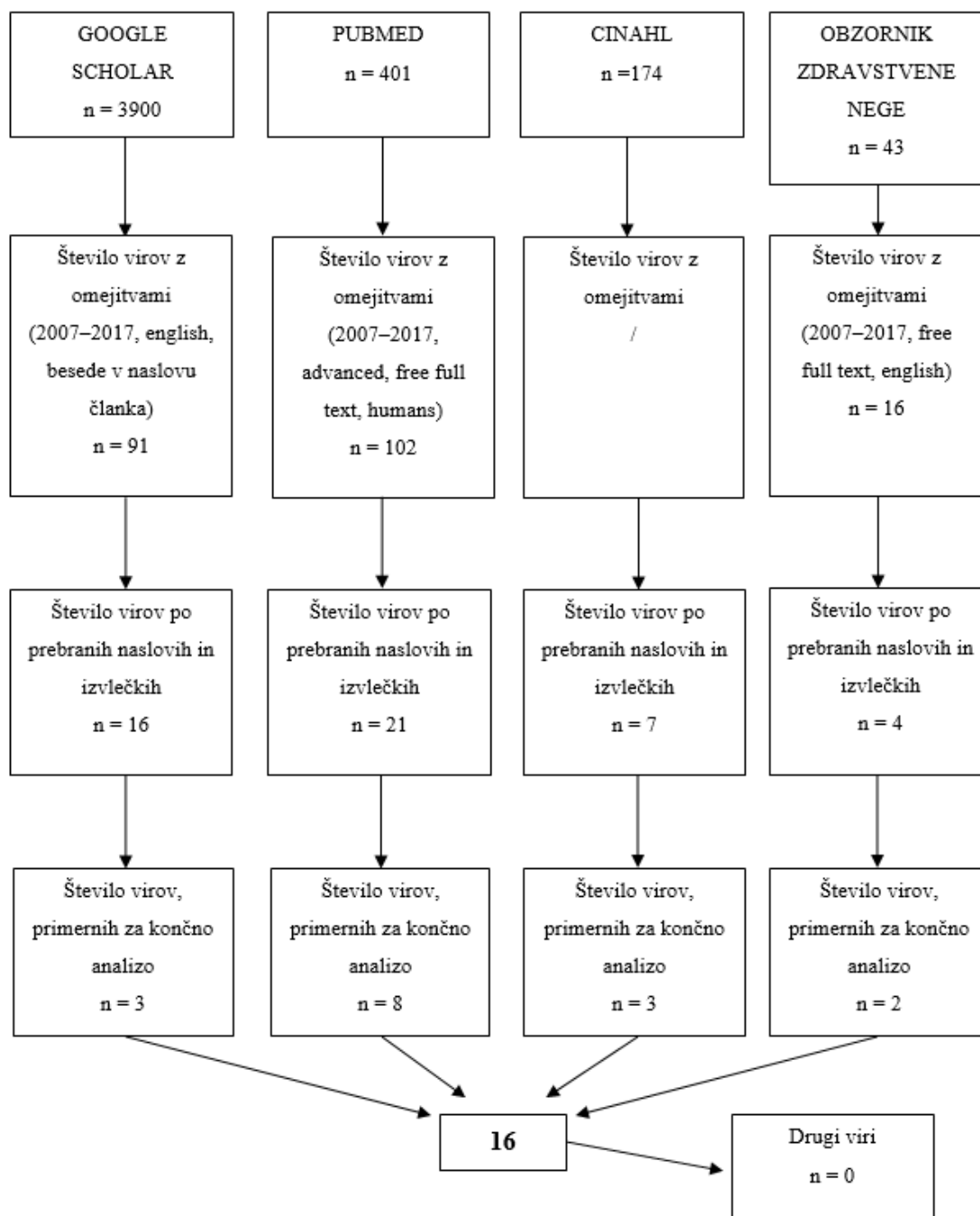
Nivo 1	Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij = 0 Sistematični pregled nerandomiziranih študij = 0
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične študije = 1
Nivo 3	Sistematični pregledi korelacijskih/opazovalnih študij = 0
Nivo 4	Posamezne korelacijske/opazovalne študije = 2 Mešane raziskave = 1
Nivo 5	Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij = 9
Nivo 6	Posamične opisne kvalitativne študije = 0 Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: fokusna skupina, intervju = 1 Število vključenih strokovnih besedil s tehniko zbiranja podatkov: fokusna skupina = 1
Nivo 7	Mnenja avtorjev = 1

2.4 REZULTATI

Rezultati pregleda literature in raziskav so v nadaljevanju prikazani shematsko in vsebinsko.

2.4.1 PRIZMA diagram

S PRIZMA diagramom smo shematsko opisali, kako smo prišli do končnega števila zadetkov, vključenih v analizo in pregled literature (slika 1).



Slika 1: Prikaz poteka iskanja strokovne literature

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 3 smo predstavili ključne ugotovitve in rezultate raziskav, ki smo jih prikazali glede na avtorja, leto objave, raziskovalni dizajn, namen, vzorec in ključna spoznanja. V tabeli 4 smo na podlagi strokovnih besedil določili kategorije in jim pripisali ustrezne kode.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Ungar, et al.	2016	Sistematični pregled literature s kvalitativno analizo	Zagotoviti teoretična dognanja za oblikovanje vodenja in izvajanje anti-stigmatizacijskih intervencij v zdravstvenem varstvu	/	Stigma različno vpliva na različne skupine in posameznike. V članku so predstavljeni uspešni programi proti stigmatizaciji v zdravstvenih storitvah. Pomemben je poudarek na izboljšanju kakovosti oskrbe in terapevtski izkušnji osebe z duševno motnjo.
Reha Bayar, et al.	2009	Kvantitativna raziskava	Raziskovanje učinkovitosti spletnega programa za izobraževanje o stigmatizaciji duševnih motenj za strokovnjake o duševnem zdravju	205 posameznikov (prebivalci in strokovnjaki iz psihiatrije v Turčiji), ki so bili naključno dodeljeni eksperimentalnim in kontrolnim skupinam	Eksperimentalna skupina je pokazala manjši stigmatizacijski odnos v primerjavi s kontrolno skupino. Merjena je bila z internetno anketo, ki je uporabila »socialno razdaljo« za koncept stigme. Raziskava potrjuje učinkovitost anti-stigmatizacijskih kampanj proti boju s stigmo.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Kassam, et al.	2012	Mešana raziskava	Merjenje stigme do oseb z duševno motnjo zdravstvenih delavcev s pomočjo nove lestvice, ki se imenuje Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC)	64 zdravstvenih delavcev in 6 oseb z izkušnjami z duševno motnjo je bilo vključenih v razvoj nove lestvice, ki so jo nato testirali pri 787 zdravstvenih delavcih po vsej Kanadi	OMS-HC je dobro izhodišče za nadaljnjo validacijo, pa tudi orodje, ki bi ga izvajalci zdravstvenih storitev lahko uporabljali za ocenjevanje programov za zmanjšanje stigmatizacije duševne motnje.
Kuklec	2010	Kvantitativna korelacijska raziskava	Ugotoviti prisotnost stigmatizacije pri pacientih z različnimi psihiatričnimi diagnozami	Pregled literature in raziskovalna tehnika anketiranja V raziskavo je bilo vključenih 69 zdravstvenih tehnikov in diplomiranih medicinskih sester, zaposlenih na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana in na Reševalni postaji Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana	Nepoznavanje dejanske problematike in negativen odnos privedejo do predsodkov in diskriminacije tudi zaposlenih v zdravstveni negi. Anketiranci menijo, da so pacienti, odvisni od alkohola, najbolj odgovorni za svoje zdravstveno stanje, zato je stigma do njih večja kot do pacientov s shizofrenijo in pacientov z levkemijo.
Corrigan & Rao	2012	Pregled literature s kvalitativno analizo	Opredelitev koncepta samostigme in predstavitev individualnih ter družbenih metod za zmanjšanje stigmatizacije	/	Ključ za zmanjševanje samostigmatizacije je opolnomočenje oziroma krepitev moči posameznika skozi razkritje. Potrebna so nadaljnja ocenjevanja programov, ki spodbujajo krepitev moči.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Corrigan & Wassel	2008	Pregled literature s kvalitativno analizo	Predstaviti stigmo in strategije za odpravljanje stigmatizacije in samo-stigmatizacije	/	Obravnavanih je bilo nekaj ključnih pristopov za zmanjševanje stigme, npr. identifikacija s skupino oseb z duševno motnjo, stik z osebami z duševno motnjo, opolnomočenje itd. Na dokazih temelječa praksa ni zadostna, saj mora biti proučevana z vidika njihovega vpliva na stigmo.
Shim & Rust	2013	Mnenja avtorjev (na podlagi pregleda virov)	Proučiti pomen primarne zdravstvene nege in pomen osredotočanja na izboljšanje zdravja	/	Integracija duševnega zdravja, primarne zdravstvene oskrbe in javnega zdravja je bistvena pri naših prizadevanjih za doseganje manj stigmatiziranih, bolj optimalnih in pravičnih zdravstvenih ukrepov za vse.
Henders on, et al.	2013	Pregled ugotovitev raziskave	Vloga stigme in diskriminacije pri zdravljenju ter lažjanje dostopa k duševnemu zdravljenju s pomočjo javnozdravstvenega pristopa Predstavitev novih podatkov iz programa »Time to change« (največjega britanskega programa za zmanjšanje stigme do oseb z duševno motnjo)	/	Program »Time to change« je ugotovil, da bi 79 % do 89 % posameznikov poiskalo pomoč, ne glede na sociodemografske značilnosti, izpostavljenosti kampanj in poznavanja osebe, ki se spopada z duševno motnjo.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Barney, et al.	2009	Kvalitativna raziskava, fokusna skupina	Proučiti vpliv stigme na posameznike z izkušnjo depresije	23 posameznikov Avstralije z izkušnjo z depresijo	Večina udeležencev poroča o zaznavi stigmatizacijskih prepričanj in odnosa drugih ljudi. Prav tako so nezaupljivi do zdravstvenih storitev in se bojijo negativnih odzivov stroke.
Kobal Straus & Vidmar	2010	Sistematični pregled literature s kvalitativno analizo	Predstaviti vlogo zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja in dileme, ki se pojavljajo v praksi	/	Vloga zastopnika je precej nekonsistentna – ozko omejeno delovanje in odklonilnost zaposlenih na eni strani in velike potrebe uporabnikov storitev psihiatrije na drugi strani.
Björkman, et al.	2008	Kvantitativna raziskava	Namen študije je raziskati in primerjati odnos zdravstvenih delavcev v splošni in psihiatrični oskrbi do ljudi z duševno motnjo	120 registriranih medicinskih sester, ki so bile anketirane o neposrednih stikih z duševno motnjo in odnosu do sedmih različnih duševnih motenj Raziskava je potekala na Švedskem	Rezultati so pokazali, da je zdravstveno osebje v splošni zdravstveni oskrbi poročalo o večjem obsegu negativnega odnosa do ljudi s shizofrenijo kot negovalno osebje v psihiatričnem okolju. Poklicne izkušnje, intimnost in vrsta organizacije oskrbe so povezane s stališči do duševne motnje. Odnosi med zdravstvenimi delavci so v več pogledih primerljivi z javnimi mnenji o duševnih motnjah in pacientih z duševno motnjo.
Corrigan, et al.	2013	Sistematični pregled literature s kvalitativno analizo	Potrditi vpliv javnega razkritja duševne motnje v boju proti stigmatizaciji in samostigmatizaciji, njene slabosti in koristi ter posledične krepitve moči	/	Za zmanjšanje stigmatizacije bi bilo nujno razkritje posameznikov z duševno motnjo, za kar pa bi potrebovali več sredstev za podporo prihajajočih anti-stigmatizacijskih programov.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Thornicroft, et al.	2008	Sistematični pregled literature s kvalitativno analizo	Opredeliti možne ukrepe za zmanjševanje stigmatizacije in diskriminacije po posameznih ravneh: v družini, na delovnem mestu in v širšem okolju	/	Najmočnejši dokaz, ki prikazuje učinkovitost intervencij, je neposredni družbeni stik z ljudmi z duševno motnjo na individualni ravni in socialni marketing na ravni prebivalstva.
Arboleda Flórez & Stuart.	2012	Sistematični pregled literature s kvalitativno analizo	Prikaz izvora stigme, stigmatiziranega odnosa ponudnikov zdravstvenih storitev in pristopov k zmanjševanju stigme	/	Opisanih je šest pristopov za zmanjševanje stigme: izobraževanje, protest, izobraževanje na podlagi stikov, zakonodajna reforma, zagovorništvo in stigmatizacijsko samoupravljanje. Strokovnjaki za duševno zdravje so pogosto opredeljeni kot del problema, vendar to lahko spremenijo tako, da postanejo pomembni partnerji pri delu proti stigmatizaciji.
Taghva, et al.	2017	Kvalitativna opisna raziskava, fokusna skupina in intervju	Raziskati strategije, ki učinkovito zmanjšujejo stigmatizacijo do ljudi z duševnimi motnjami v Iranu	Udeleženci raziskave o duševnem zdravju so bili pacienti in njihove družine iz Irana Podatki so zbrani z osmimi individualnimi intervjuji, dvema fokusnima skupinama in šestimi pisnimi pripovedmi	Ključni dejavnik za zmanjševanje stigme je poudarek na izobraževanju in spreminjanju odnosov ter kulture v Iranu.
Knaak, et al.	2017	Sistematični pregled literature s kvalitativno analizo	Pregled glavnih ovir za dostop in kakovostno oskrbo, ki jo povzroča stigmatizacija, ter povzetek kanadskih raziskav o obetavnih praksah in pristopih k boju proti stigmatizaciji v zdravstvenih okoljih	/	Približevanje problemu stigmatizacije z vidika organizacijske kulture in perspektive kakovosti nege, razvijanje in izvajanje ustreznih meritev in standardov za izboljševanje modela zdravstvene nege.

V nadaljevanju smo ključne izsledke raziskav kodirali in jih sistematično razdelili po kategorijah in podkategorijah. Opravljen je bil pregled literature glede na raziskovalno problematiko.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorije	Podkategorije	Kode	Avtorji
Stigma oseb z duševno motnjo	Značilnosti stigme	Stigma – pomanjkanje dostopa do oskrbe in strokovne obravnave – vloga družbe – izolacija posameznika – negativni stereotipi – predsodki – diskriminacija – izguba statusa – samostigmatizacija – nizka stopnja iskanja pomoči – socialna marginalizacija – izogibanje označevanju	Kuklec, 2010; Ungar, et al., 2016; Henderson, et al., 2013; Corrigan & Rao, 2012; Kassam, et al., 2012; Thotnicroft, et al., 2008; Björkman, et al., 2008; RehaBayar, et al., 2009; Taghva, et al., 2017; Arboleda Flórez & Stuart, 2012; Barney, et al., 2009
		Število kod = 12	
Stigma oseb z duševno motnjo	Zmanjševanje stigme do oseb z duševno motnjo	Raziskovanje – vloga politike – zakonodajna reforma – zagovorništvo – opredelitev ustreznosti tarif za storitve duševnega zdravja – zagotovitev zadostnih sredstev – obravnavanje socialnih pravic pacientov – določitev mednarodnih standardov za nacionalno politiko – podpora organizacij – vzpostavitev centrov za duševno zdravje – zagotavljanje zaposlitvenih možnosti – izkoriščanje potenciala psihiatričnih zdravstvenih delavcev – vloga institucij – vloga nevladnih organizacij – celostna reforma struktur in politik – ustanovitev odbora in sekretariata	Ungar, et al., 2016; Thotnicroft, et al., 2008; Arboleda Flórez & Stuart, 2012; Kobal Straus & Vidmar, 2010; Taghva, et al., 2017; Corrigan, et al., 2013
		Število kod = 16	

Kategorije	Podkategorije	Kode	Avtorji
Vloga zdravstvene nege	Promocija duševnega zdravja	Izobraževanje javnosti – spodbujanje socialne zavesti – reprezentativno raziskovanje skupnosti – sprememba kulture – vključevanje medijev in socialnih omrežij – uporaba knjig in izobraževalnih gradiv – predšolski, šolski programi – organiziranje festivalov – vloga znanih posameznikov – opolnomočenje – protest – socialni stik – samoupravljanje – kampanje – razkritje posameznikov z duševno boleznijo – podporne skupine	Shim & Rust, 2013; Kuklec, 2010; Barney, et al., 2009; Taghva, et al., 2017; Arboleda Flórez & Stuart, 2012; Ungar, et al., 2016; Corrigan & Rao, 2012; Henderson, et al., 2013; Corrigan, et al., 2013
		Število kod = 16	
	Stigmatizacija pacienta z duševno motnjo v zdravstvu	Kaznovanje – pokroviteljstvo – ponižanje – pripisovanje pomanjkanja odgovornosti – neustrezna komunikacija – izključenje iz zdravljenja – grožnje o prisilnem zdravljenju – zavračanje – »diagnostično zasenčenje« – pomanjkanje interesa – prognostični negativizem – nezadostno informiranje o bolezni in zdravljenju – klavrna uporaba zdravil – pomanjkanje dostojanstva	Thotnicroft, et al., 2008; Arboleda Flórez & Stuart, 2012; Reha Bayar, et al., 2009; Ungar, et al., 2016; Kassam, et al., 2012; Kuklec, 2010; Björkman, et al., 2008, Knaak, et al., 2017
		Število kod = 14	
	Dejavnosti zdravstvene nege za zmanjševanje stigme	Strokovna izobraževanja – zagotavljanje kakovosti poklicnih stikov – usposabljanje na delovnem mestu – preprečevanje izgorevanja – redni nadzor – vključevanje študentov – vodenje in informiranje procesa načrtovanja – humanistične metode preiskovanja – spodbujanje empatije in sočutja – opazovanje vedenja posameznika z duševno motnjo – izboljšanje komunikacijskih veščin – spletno izobraževanje – enotna zdravstvena dokumentacija – sodelovanje v boju proti socialni izključenosti – skupno odločanje pacienta in zdravstvenega delavca – merjenje kakovosti	Arboleda Flórez & Stuart, 2012; Kuklec, 2010; Shim & Rust, 2013; Reha Bayar, et al., 2009; Taghva, et al., 2017; Ungar, et al., 2016; Thotnicroft, et al., 2008; Barney, et al., 2009; Kassam, et al., 2012; Knaak, et al., 2017
		Število kod = 16	

2.5 RAZPRAVA

Pri obravnavi stigme je pomembno, da se zavedamo posledic svojega nezavednega vedenja in odnosa, s katerim lahko povzročimo veliko stisko posameznika z duševno motnjo. Pri opredelitvi kategorij smo se zato najprej osredotočili na opis stigme oseb z

duševno motnjo in šele nato na vlogo zdravstvene nege. S prvo podkategorijo smo odgovorili na prvo raziskovalno vprašanje o značilnostih stigme do oseb z duševno motnjo.

Koncept zmanjševanja stigme je precej širok in zajema spremembe na več različnih ravneh družbe, zato smo se najprej osredotočili na zmanjševanje stigme do oseb z duševno motnjo, ki zajema predvsem državne organe. Ti predstavljajo temelj za nadaljnje spremembe v zdravstvu. Pod tretjo podkategorijo pa smo opisali promocijo zdravja, ki je pomemben povezovalni dejavnik med javnostjo in zdravstvom.

V drugem delu smo natančneje opredelili vlogo zdravstvene nege, da bi odgovorili na drugo raziskovalno vprašanje. S prvo podkategorijo stigmatizacija pacientov z duševno motnjo v zdravstvu smo želeli opredeliti odnos med zdravstvenimi delavci in pacienti. Na to temo nismo našli veliko raziskav in še te so precej vprašljive, saj ni nujno, da so rezultati posameznih raziskav povezani z realnimi izkušnjami v kliničnem okolju. V drugi podkategoriji pa smo obravnavali dejavnosti zdravstvene nege in promocije duševnega zdravja, ki pomembno vplivajo na zmanjševanje stigme.

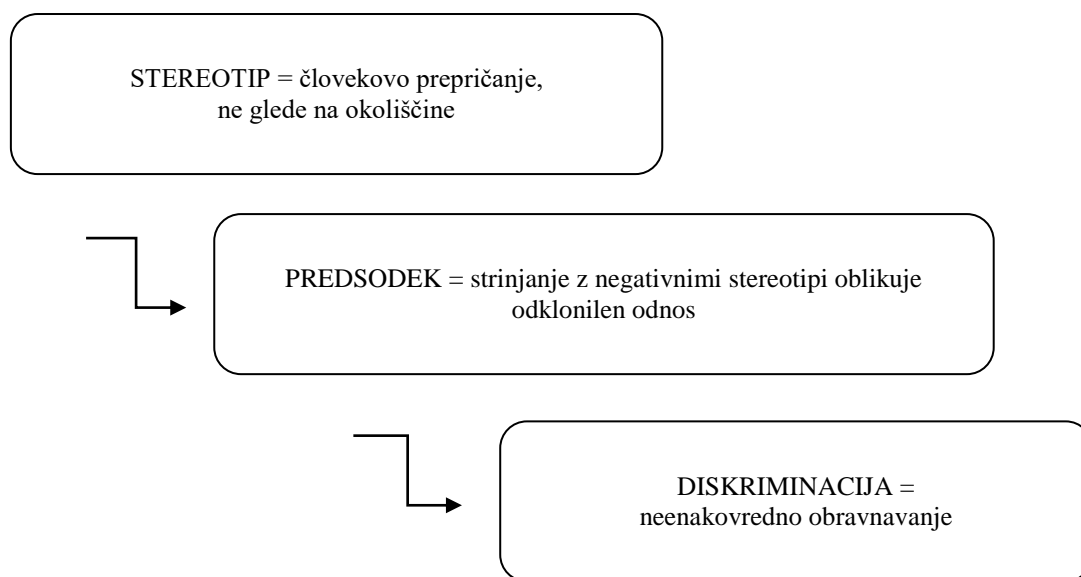
2.5.1 Kategorija: Stigma oseb z duševno motnjo

Stigmo do oseb z duševno motnjo smo razdelili na tri podkategorije, in sicer na: »značilnosti stigme«, »zmanjševanje stigme do oseb z duševno motnjo« in »promocija duševnega zdravja«.

Podkategorija: Značilnosti stigme

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 (Kuklec, 2010). Stigma predstavlja eno izmed glavnih ovir za dostop do oskrbe in kakovostne obravnave (Ungar, et al., 2016). V družbi je stigmatizacija trdno zasidrana, vendar je kljub temu v bolj razvitih državah, kjer ponujajo boljši dostop do

informacij, višjo stopnjo pomoči in zdravljenja, zaznane manj diskriminacije ter nižja samostigma (Henderson, et al., 2013). Na ustvarjanje stigme vpliva vloga družbenih in medsebojnih procesov, ki lahko vodijo do izolacije posameznika in izključitve iz družbe. Stigma nastane iz nekega človekovega prepričanja, ki vodi do neenakovrednega obravnavanja (slika 2). Ljudje izoblikujejo različne stereotipe s tem, da kategorizirajo informacije o posameznikovem stanju. Vendar pa ni nujno, da se s temi stereotipi tudi strinjajo. Tisti, ki se strinjajo z negativnimi stereotipi, oblikujejo negativne občutke in čustvene reakcije ter s tem ustvarjajo predsodke. Na primer posameznik, ki verjame, da so ljudje s shizofrenijo nevarni, lahko občuti strah do teh oseb. Iz te čustvene reakcije se razvije diskriminacija oziroma določen vedenjski odziv, ki vključuje negativne misli in občutke. Posameznik se zato lahko oddalji od osebe z duševno motnjo zaradi strahu (predsodek) in prepričanja (stereotip), da je oseba nevarna (Corrigan & Rao, 2012; Corrigan, et al., 2013). Corriganov model treh komponent navajajo tudi drugi avtorji (Kassam, et al., 2012; Taghva, et al., 2017).



Slika 2: Potek nastanka stigme

Vir: Lasten vir

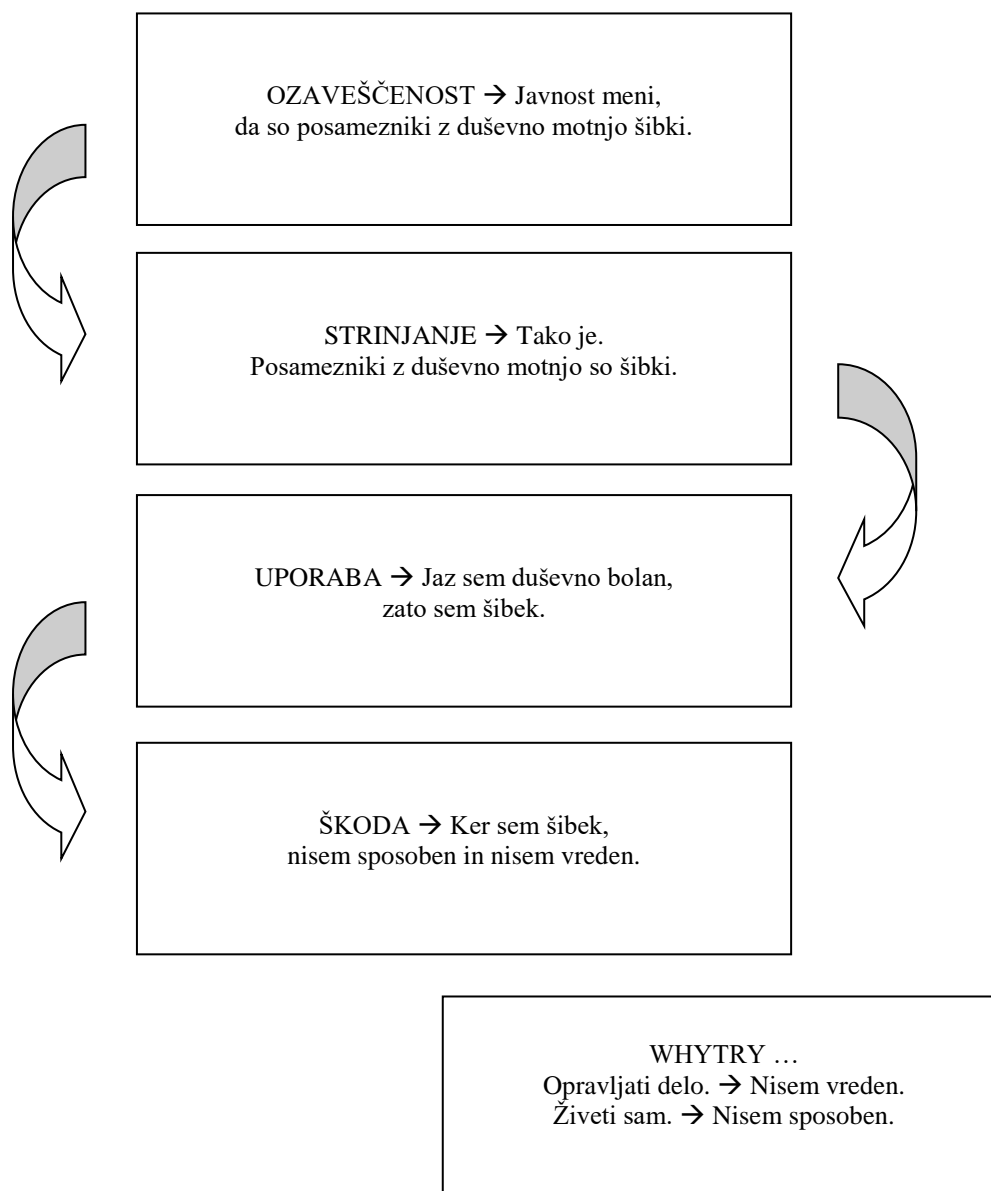
Kassam, et al. (2012) navajajo podobno opredelitev stigme Thornicrofta iz leta 2006, ki je svojo delitev poimenoval tristranski model stigme. Glavni element modela je znanje, ki zajema napačne informacije in razlike v razumevanju, kot posledica kulture in

religije. Temu sledi stigmatizacijski odnos, kot posledica predsodka. Pri splošni populaciji se ta kaže v obliki strahu, anksioznosti, tesnobe, jeze, sovražnosti in gnusa. Predsodek lahko vodi v stigmatizacijsko vedenje, kar pa obravnavamo kot diskriminacijo. Tristranski model stigme navajajo tudi Thornicroft, et al. (2008).

Linkov in Phelanov model iz leta 2001 vsebuje štiri komponente stigme. Te zajemajo označevanje, stereotipizacijo, ločevanje in posledično izgubo statusa oziroma diskriminacijo (Kassam, et al., 2012). Stigma ima torej kognitivno, čustveno in socialno komponento, ki se končno izrazijo tako, da ljudje izgubijo status, ki je posameznikov položaj v družbi (Švab, 2009). Posamezniki z duševno motnjo so zaradi stereotipov in predsodkov zaznani kot nevarni, zastrašujoči, nepredvidljivi, agresivni; pripisujejo jim krivdo, pomanjkanje samokontrole in nezmožnost komuniciranja. Posebej paciente s shizofrenijo povezujejo s pridevnikoma nevaren in nasilen (Björkman, et al. 2008; Kuklec, 2010). Ljudje se posledično posameznikom z duševno motnjo izogibajo, saj so prepričani, da si pacienti ne morejo nikoli popolnoma opomoči in do njih gojijo pomanjkanje družbene odgovornosti, empatije in sočutja (Kassam, et al., 2012).

Strinjanje s stereotipi pri posamezniku z duševno motnjo vodi v samostigmatizacijo. Negativni stereotipi (npr. »Jaz sem nevaren«) ustvarjajo predsodke (npr. »Bojim se samega sebe«) in posledično vodijo v samodiskriminacijo (izoliranje/izključitev iz družbe). Ko oseba ponotranji negativne stereotipe, lahko izzove negativne čustvene reakcije, ki vodijo v pomanjkanje samozavesti in nevrednotenja samega sebe (Watson, et al., 2007; Corrigan & Rao, 2012). Corrigan in Rao (2012) govorita tudi o pomenu »why try« effect, ki se pojavi kot posledica samostigmatizacije in pomembno vpliva na doseganje življenjskih ciljev. Prevod »Zakaj poskusiti« vodi do izogibanja različnim situacijam, ki nastane kot posledica javnega nespoštovanja in razvrednotenja družbe. Tudi druga raziskava Corrigan, et al. (2013) omenja »Why try« učinek.

Na sliki (slika 3) je prikazan model samostigme, povzet po Corrigan in Rao (2012).

**Slika 3: Model samostigme**

Vir: Corrigan & Rao (2012)

Posledice stigmatizacije navaja večina avtorjev zajetih raziskav (Björkman, et al., 2008; Reha Bayar, et al., 2009; Kuklec, 2010; Kassam, et al., 2012; Ungar, et al., 2016; Taghva, et al., 2017). Te zajemajo nizko stopnjo iskanja pomoči, socialno osamitev, zmanjšano samopodobo in samozaupanje, izgubo dohodka, manj možnosti za zaposlitev, simptome depresije, povečano psihološko stisko, slabšo kakovost življenja, omejevanje dostopa do zdravstvene oskrbe, nezadostno zdravljenje, slab terapevtski odnos itd. Zaradi stigmatizacije so posamezniki z duševno motnjo diskriminirani,

marginalizirani, izgubijo volilno pravico, ostanejo brez človekovih in socialnih pravic, ki so za druge samoumevne (Arboleda Flórez & Stuart, 2012).

Raziskava Barneya, et al. (2009) je temeljila na proučevanju stališč v zvezi z depresijo. Ugotovitve so pokazale, da stigma predstavlja precejšnjo oviro za posameznike z izkušnjo depresije, saj večina udeležencev poroča o zaznavi stigmatizacijskih prepričanj in odzivov drugih ljudi. Velika pozornost je temeljila na prepričanju, da drugi ljudje mislijo, da so osebe z depresijo odgovorne za svoje stanje in jih zato obravnavajo kot grožnjo.

Občutek zavračanja in razvrednotenja torej predstavlja resen problem, saj slabša človekovo kakovost življenja.

Podkategorija: Zmanjševanje stigme do oseb z duševno motnjo

Pri zmanjševanju stigmatizacije postaja vse pomembnejši poudarek na raziskovanju. Pomembno vlogo imajo tudi politika, programiranje in intervencijska dela (Ungar, et al., 2016). Treba bi bilo sprejeti vrsto sprememb, ki pokrivajo vladna ministrstva, nevladne in neodvisne sektorje ter uporabnike storitev in strokovne skupine (Thornicroft, et al., 2008). Arboleda Flórez in Stuart (2012) navajata dve strategiji, ki izrecno obravnavata strukturne vidike stigme. To sta zakonodajna reforma in zagovorništvo. Zakonodajna reforma je zasnovana tako, da prepoveduje diskriminacijo zaradi kakršnih koli razlogov, izboljša zaščito oseb z duševno motnjo in nudi pomoč na področju zaposlovanja, izobraževanja in nastanitve (Callard, et al., 2011). Reforma naj bi tako ponujala varstvo pravic in svoboščin pacientov z duševno motnjo, boljši dostop do socialnih pravic in zmanjšanje socialnih neenakosti. Kot učinkovit pristop opišeta tudi zagovorništvo, ki ga v svojem pregledu literature obsežno zajameta tudi Kobal Straus in Vidmar (2010). Zagovorništvo je namenjeno temu, da posamezniki z duševno motnjo dejansko uživajo pravice in svoboščine, ki jih vsebuje zakonodaja, ki hkrati ponuja načine pravnega varstva za nepravilne politike in postopke. Kobal Straus in Vidmar (2010) navajata World Health Organization iz leta 2003, ki opredeljuje zagovorništvo kot sredstvo za ozaveščanje o pomenu vprašanj duševnega zdravja in

zagotavlja, da je duševno zdravje na nacionalni agendi vlad. Zagovorništvo zajema številne tehnike, vključno z ozaveščanjem, širjenjem informacij, izobraževanjem, usposabljanjem, medsebojno pomočjo, svetovanjem, posredovanjem, zagovarjanjem in obtoževanjem. Zagovorništvo je pomembno, saj lahko vodi do neposrednih izboljšav v zakonodaji, politiki in razvoju storitev (Arboleda Flórez & Stuart, 2012). Slovenija se skuša ureditvi v tujini približati s sprejemom Zakona o duševnem zdravju, kjer je vključen tudi nov institut – zastopnik na področju duševnega zdravja. Vloga zastopnika je, da krepi in podpre človeka tam, kjer ostane neprepoznan in neslišan. Zastopnik posluša in govori namesto osebe v stiski (Kobal Straus & Vidmar, 2010).

Hkrati bi bilo treba oceniti in opredeliti ustreznost cen za storitve duševnega zdravja sorazmerno z drugimi zdravstvenimi storitvami, saj naj bi bile nizke cene in stigmatizacija medsebojno povezane. Pomemben je poudarek na dodelitvi zadostnih sredstev za zmanjševanje stigme. Ta sredstva bi lahko uporabili za izdelavo filmov, zgoščenk, pisanje knjig itd. (Taghva, et al., 2017). Prav tako bi bila koristna poteza določitev mednarodnih standardov za nacionalno politiko. World Health Organization je leta 2005 na primer objavila standarde, ki vodijo države pri pripravi in reviziji zakonov o duševnem zdravju. Standardi zajemajo nasvete o: dostopu do oskrbe, zaupnosti, oceni usposobljenosti in zmogljivosti, neprostovoljnem zdravljenju, soglasju, fizičnem zdravljenju, osamitvi, zadrževanju, zasebnosti komunikacije, pritožbah proti pridržanju, postopkih za obvezno pridržanje. Mednarodne organizacije, kot je WHO, lahko prispevajo k boljši oskrbi in manjši diskriminaciji z navedbo potrebe po nacionalnih politikah duševnega zdravja in dajanjem smernic o njihovi vsebini. Leta 2005 je imelo le 62 % držav na svetu politiko duševnega zdravja. V Evropi so ministri za zdravje podpisali Deklaracijo o duševnem zdravju, ki določa naslednje prednostne naloge:

- spodbujati zavedanje o duševnih motnjah,
- odpraviti stigmo, diskriminacijo in neenakost,
- zagotoviti celovite, integrirane sisteme nege,
- podpreti pristojno in učinkovito delovno silo,
- prepoznati izkušnje in znanje uporabnikov storitev in skrbnikov (Thornicroft, et al., 2008).

Socialne pravice pacientov z duševno motnjo se morajo ustrezno obravnavati in spodbujati kakovost življenja za povečanje njihovega dostojanstva v družbi. Podpora organizacij, vzpostavitev posebnih centrov in izkoriščanje potenciala zdravstvenih delavcev na področju psihiatrije pomagajo povečati sodelovanje ter sprejemanje pacientov in njihovih družin. Tu imajo pomembno vlogo tudi različne institucije, še posebej Ministrstvo za zdravje in zdravstveno izobraževanje, ki si mora prizadevati za okrepitev Urada za duševno zdravje. Ne smemo pa pozabiti tudi na vlogo Ministrstva za kulturo, Ministrstva za znanost, raziskave in tehnologijo in Ministrstva za šolstvo, v smislu izobraževanja, zagotavljanja pripravništva in zaposlitvenih možnosti. Veliko potenciala se kaže tudi v nevladnih in vojaških organizacijah, v vrtcih, na seminarjih, preko telekomunikacij, parlamenta, pisateljev, pesnikov itd. Potrebna bi bila celostna reforma struktur in politik z ustanovitvijo odbora in sekretariata. Pomemben temelj za izvedbo vsakega velikega izvršnega ukrepa predstavljajo raziskave, ki mu sledi uporaba modelov v praksi (Taghva, et al., 2017).

Podkategorija: Promocija duševnega zdravja

Duševno in telesno zdravje sta neločljivo povezana. Na žalost pa so umske in vedenjske zdravstvene razmere ločile konceptualne in strokovne divizije. Medtem ko »možganske bolezni« zdravijo nevrologi, se motnje »uma« obravnavajo kot domena psihiatrov (Shim & Rust, 2013). Stigma je socialna krivica in napaka družbe, zato bi moralo biti izkoreninjenje njena odgovornost in prednostna naloga. Če želimo pomagati ljudem premagati samostigmo, morajo zagovorniki poskrbeti, da se stigma ne obravnava kot odgovornost posameznika in se ne enači z drugimi psihiatričnimi simptomi (Corrigan & Rao, 2012). Pomembno je obravnavanje javne stigme, saj bi tako olajšali iskanje pomoči tistim, ki jo potrebujejo, in izboljšali sodelovanje pri oskrbi (Henderson, et al., 2013).

Vzroki za nastanek stigmatizacije na splošno in tudi v zdravstveni negi so nevednost, predsodki in diskriminacija. Ti elementi so posledica težav in/ali pomanjkljivega znanja o problemu ter odnosa oziroma vedenja do ljudi, ki kažejo kakršno koli drugačnost. Natančneje, nepoznavanje dejanske problematike in negativen odnos privedejo do

predsodkov, kar se v končni fazi kaže kot diskriminacija drugih ljudi. Zato je pomembno, da se razvijejo sistematični in dolgoročni izobraževalni programi, ki bi pripomogli k boju proti nevednosti, skupaj z ukrepi za zmanjšanje predsodkov in diskriminacije. Uvesti je treba javne programe vzgoje za zdravje in zdravstvene vzgoje, ki bi pripomogla k boju proti stigmatizaciji in diskriminaciji ciljnih skupin. Vendar pa je osveščanje in ozaveščanje populacije treba začeti premišljeno (Kuklec, 2010). Barney, et al. (2009) prav tako trdijo, da je naše trenutno razumevanje stigme omejeno in da učinkovito izvajanje strategij za zmanjševanje stigme zahteva temeljito razumevanje narave obstoječih prepričanj. Zato se jim zdi pomembno reprezentativno raziskovanje skupnosti, ki zajema raziskovanje stališč ljudi z izkušnjo duševne motnje. Izobraževanje javnosti o tem, kako podpreti osebo z duševno motnjo, bi lahko pomagalo pri zmanjševanju negativnih odzivov, vendar je tu pomembna občutljivost glede kompleksnosti posredovanja informacij in izboljšanja zavesti. Z neustreznostjo podatkov bi namreč lahko povzročili stigmo tam, kjer je prej ni bilo, zato je treba skrbno proučiti občutljivo ravnovesje pri zagotavljanju podrobnosti.

Temeljno načelo izobraževanja je »začeti z učencem«, za kar je potrebno dobro poznavanje njihovih obstoječih prepričanj in vedenja do pacientov z duševno motnjo. Glavna cilja sta kontinuum izobraževanja in »transformacijsko učenje«, ki prispeva k širjenju zavesti s spremembo perspektive in načina pogleda na svet (Ungar, et al., 2016). Tudi Taghva, et al. (2017) poudarjajo pomen javnega in strokovnega izobraževanja, tečajev s področja duševnega zdravja za celotno populacijo študentov ter strukturirane »psihoeukacije« in izobraževanja za družine pacientov, s poudarkom na biološki etiologiji duševnih motenj. Glavna rešitev je socialna zavest, ki jo je treba obuditi že v otroštvu, zato je pomembno zagotavljanje predšolskih in šolskih programov za ustrezno usmerjanje odnosa otrok v zgodnjih starostnih obdobjih.

Privabljanje »učencev« v zgodnji fazi še vedno ostaja izziv. Ungar, et al. (2016) povzemajo raziskavo Weinermana iz leta 2012. Ta je izvedel primer programa, ki je bil na trgu izveden na dva načina. Pri prvem je bil program promoviran kot destigmatizacijska intervencija. Rezultati so pokazali nizko udeležbo. Drugi program pa so poimenovali z imenom »Izobraževanje o nasilju in duševni motnji«. Tu je bila

zaznana višja stopnja udeležbe. S tem so dokazali, da strateški ukrepi pomagajo pri večji udeležbi.

Učinkovito programiranje se začne z merjenjem trenutne vedenjske sposobnosti posameznika. Temu sledi razvrstitev posameznikov v ustrezne skupine, ki ponuja kombinacijo pristopov ter tehnik trženja za usmerjanje stopenj ozaveščenosti, znanja in pripravljenosti za spremembo (Gask, 2013; Ungar, et al., 2016). Pomenu izobraževanja se pridružujeta tudi Shim in Rust (2013). Avtorja poudarjata pomen ozaveščanja posameznikov o zdravem življenjskem slogu in zmanjšanju splošnih dejavnikov tveganja za pojav motnje ponudnikov primarne oskrbe. To naj bi bila učinkovita spodbuda za vzdrževanje duševnega zdravja. Poudarek na spodbujanju duševnega zdravja lahko prispeva k zmanjšanju celotne stigme do duševnih motenj. Izvajalci primarne zdravstvene oskrbe lahko tako z vsemi pacienti razpravljajo o kakovosti življenja, zdravem življenjskem slogu in pomembnosti izogibanja zlorabi škodljivih substanc, pa tudi o povečanju zdravih navad, kot so higiena spanja, telesna vadba, zdrava prehrana in pozitivni, podporni odnosi.

Taghva, et al. (2017) navajajo kar nekaj strategij, ki bi lahko prispevale k zmanjševanju stigme. Te se tičejo ustvarjanja nove kulture s spremembo tradicije, vključevanja medijev in družabnih omrežij, ki bi izpodbijalo napačna prepričanja in spodbujalo zavest. Vključujejo tudi uporabo knjig in izobraževalnih gradiv, pomen kulturnih festivalov z osredotočenjem na določeno ciljno skupino in pomen sodelovanja znanih posameznikov na različnih dobrodelnih dejavnostih. Njihova podpora namreč povečuje družbeno motivacijo in je učinkovita pri spreminjanju odnosov z javnostmi.

V tabeli (tabela 5) so prikazane in opisane strategije zmanjševanja stigme, povzete po Alboreda Flórez in Stuart (2012).

Tabela 5: Pristopi za prekinitev procesa stigmatizacije

STRATEGIJA	MEHANIZEM	CILJNA SKUPINA	ZAŽELENI REZULTATI
Izobraževanje	Nadomestiti mite in napačne informacije z razlago narave in razširjenosti duševne motnje	Splošne skupine ali izbrane podskupine	Boljše znanje, izboljšana pismenost na področju duševnega zdravja, boljše prepoznavanje simptomov, zgodnje iskanje pomoči
Protest	Formalno (pogosto pisno) nasprotovanje negativnim predstavam	Vodje organizacijskih politik, stigmatizatorji (politiki, novinarji idr.)	Zatreti negativen odnos, odstraniti negativne predstave in neprimerno vsebino
Socialni stik	Stik s posamezniki, ki uspešno obvladujejo duševno motnjo, vključujejo možnosti za dejavno razpravo in učenje	Splošna javnost ali izbrane podskupine, običajno srednješolci ali študenti	Zmanjšati stereotipe, izboljšati stališča, zmanjšati željo po medsebojni razdalji
Samoupravljanje	Samoučenje, podpora pri ozdravljenju in zagotavljanje zdravstvenih storitev	Osebe z duševno motnjo ali osebe, ki imajo družinskega člana z duševno motnjo	Zmanjšanje osebnega vpliva stigmatizacije, zmanjšana samostigma, izboljšanje samozavesti, krepitev moči

Vir: Alboreda Flórez & Stuart (2012)

Strategija izobraževanja zahteva pozornost pri podajanju informacij, kar smo v raziskavi že večkrat omenili, saj je predstavitev bolezni z nevrobiološkega vidika lahko povezana s še večjimi negativnimi stereotipi in širšo socialno delitvijo. Tudi glede protestov obstaja tveganje, da bodo pristopi polarizirali perspektive in še bolj poglobili delitve na področju duševnega zdravja. Kljub temu je protest morda učinkovit način spreminjanja organizacijskih politik in praks. Prve tri strategije v svoji raziskavi obravnavajo tudi Corrigan in Wassel (2008) ter Kukec (2010). Četrta strategija samoupravljanja spodbuja storitve in podpira ljudi z duševno motnjo, da premagajo identiteto bolezni, jo presežejo in tako najdejo svoj osebni pomen ter cenjeno socialno vlogo (Arboleda Flórez & Stuart, 2012). Posameznike z duševno motnjo je treba opolnomočiti in jih spodbuditi k dosegu življenjskih ciljev, s pridobitvijo moči in nadzora nad svojim življenjem (Corrigan & Rao, 2012). Tudi Ungar, et al. (2016) navajajo socialni stik kot eno najbolj obetavnih strategij. Pristop naj bi zmanjševal anksioznost zdravstvenih delavcev, povečal empatijo in izboljšal razumevanje bolezni. Ungar, et al. (2016) navajajo vir Allporta iz leta 1954, ki je opredelil štiri optimalne kontaktne pogoje za socialni stik:

- enak položaj med posamezniki,
- sodelovanje,
- delo do skupnega cilja,
- podpora ključnih oseb.

Intervencije v zvezi s stiki bi morale močno poudariti pomen ozdravitve, saj zdravstveni delavci kljub pogostemu stiku kažejo stigmatizacijski odnos, ki je verjetno posledica stika s pacientom z duševno motnjo, ko ima ta najhujše obdobje (Ungar, et al., 2016). Thornicroft, et al. (2008) prav tako kot najmočnejši dokaz za zmanjševanje stigme opisujejo neposreden družbeni stik s posamezniki z duševno motnjo na individualni ravni in navajajo še pomen socialnega marketinga na ravni prebivalstva. Zagovarjajo opolnomočenje posameznika, ki zajema njegovo sodelovanje pri oskrbi, kognitivno-vedenjske terapije, oceno zadovoljstva potrošnikov in sodelovanje pri zdravljenju. Treba bi bilo spodbujati socialno vključevanje oseb z duševno motnjo in ustanoviti programe psihološke in socialne podpore, ki ljudem pomagajo pri iskanju zaposlitve. Corrigan, et al. (2013) se strinjajo z uvedbo kognitivno-vedenjske terapije, s pomočjo katere poskuša oseba z duševno motnjo prevrednotiti samostigmo tako, da prejme povratne informacije drugih. Različni izzivi pomagajo posamezniku prepoznati škodljivo samooznačevanje. Tehnike nato uporabijo vsakič, ko se poskušajo stigmatizirati. Pomembnosti navezovanja socialnega stika se pridružujejo tudi Knaak, et al. (2017).

Način izpodbijanja stigme predstavlja tudi iskanje posameznikov, ki bi bili pripravljeni deliti svojo izkušnjo z duševno motnjo in se razkriti. Čeprav je odločitev o razkritju osebna, zahteva temeljito obravnavo možnih koristi in posledic. Odprtost glede duševne motnje sicer daje drugim občutek moči in nadzora nad svojim življenjem, vendar pa lahko povzroči tudi diskriminacijo javnosti v primeru ponovitve bolezni, ki postane splošno znana. Kot alternativno različico nekateri zato uporabljajo selektivno razkritje, kjer posameznik zasebne informacije razkrije izključno ljudem, ki imajo duševno motnjo (Corrigan & Rao, 2012). Strategijo razkritja Corrigan navaja v več raziskavah. V raziskavi iz leta 2008 Corrigan in Rao naštejeta razkritje kot učinkovito metodo zmanjševanja samostigme ter opišeta prednosti in slabosti, kasneje v študiji iz leta 2013

pa jo Corrigan in sodelavci tudi podrobneje opišejo. Razkritje posameznikov z duševno motnjo ne le zmanjšuje škodljive učinke, ampak tudi vodi do občutka osebne moči in izboljšanja samospoštovanja (Corrigan, et al., 2013).

Ustanavljajo se podporne skupine, ki jih vodijo uporabniki in nudijo spodbudo ljudem, ki se soočajo z duševno motnjo, se bojujejo z zavračanjem ter jim s tem vlivajo občutek skupnosti. Programi podpornih skupin zajemajo različne stanovanjske in zaposlitvene možnosti, zagovorništvo posameznikov, tehnično pomoč, spoprijemanje s krizo itd. (Corrigan & Rao, 2012). Raziskava Hendersona, et al. (2013) temelji na pregledu dokazov o tem, ali bi obsežne kampanje proti stigmatizaciji do duševnih motenj lahko privedle do večje ravni iskanja pomoči. Hkrati ocenjuje dokaze, da lahko pristopi javnega zdravja k stigmatizaciji olajšajo dostop do duševnega zdravja. V raziskavi so predstavljeni podatki evalvacije Time to Change, največjega programa za zmanjševanje stigmatizacije duševne motnje in diskriminacije v Angliji. Z uporabo podatkov iz ankete so ugotovili, da znanje o duševnem zdravju napoveduje večjo namero po iskanju pomoči in razkritju motnje družini in prijateljem. Posamezniki, ki pridobijo znanje, preden se razvije duševna motnja, bodo bolj verjetno poiskali pomoč in se razkrili kot tisti, ki že trpijo za duševno motnjo. Rezultati kažejo, da bi pomoč poiskalo 79–89 % ljudi, ne glede na sociodemografske značilnosti, ozaveščenosti o kampanji in poznavanje nekoga, ki se je spopadel z duševno motnjo. Med poznavanjem kampanj in s tem povezanim večjim iskanjem pomoči niso našli povezave. Rezultati glede razkritja motnje družini in prijateljem so pokazali razmeroma negativne izide. Vendar je kljub temu verjetno, da si bodo tisti, ki o problemu ne želijo razpravljati z družino in prijatelji, bolj zapomnili kampanjo. Bolj pozitivni odnosi so bili ugotovljeni pri ženskah, vendar pa smo dobili negativen odziv starostne skupine od 25 do 34 let. Kljub kampanjam pa negativne izkušnje s strokovnjaki za duševno zdravje posameznika odvrčajo od zdravljenja. S programi, kot je Time to Change, želijo zmanjšati nepoštene obravnave zdravstvenih delavcev, saj bi kljub izboljšanemu javnemu znanju in vedenju negativne izkušnje z zdravstvenimi delavci odvrčale ljudi od nadaljnje obravnave.

Čeprav naj bi bil sistem zdravstvenega varstva eno od ključnih okolij, v katerih osebe z duševno motnjo doživljajo stigmatizacijo, je malo objavljene literature in raziskav o tem, kako

graditi in izvajati uspešne programe proti stigmatizaciji (Ungar, et al., 2016). Programi za promocijo duševnega zdravja morajo prepričati ljudi za spreminjanje njihovih življenjskih navad na način, ki jih ne stigmatizira in je prilagojen posamezniku. Spoznanje ljudi, kako zelo lahko pitje alkohola ogroža njihovo zdravje in življenje, jih lahko privede do odločitve, da bi zmanjšali pitje alkoholnih pijač, kar je v sodobni družbi vse pomembnejše in tudi omogočeno. Eden od možnih ukrepov je tudi dolgotrajna skupinska terapija, ki omogoča vzajemno sodelovanje in delitev izkušenj med pacienti z duševnimi motnjami ali telesnimi boleznimi in zdravstvenim osebjem (Kuklec, 2010). Destigmatizacijski programi morajo obravnavati interese, učne potrebe in značilnosti posameznih skupin, saj imajo različne skupine različne načine utemeljevanja duševne motnje. Ti načini pa naj ne bi zajemali bioloških vidikov duševne motnje, saj ne zmanjšujejo stigme (Ungar, et al., 2016).

2.5.2 Kategorija: Vloga zdravstvene nege

Kategorijo o vlogi zdravstvene nege smo razdelili na dve podkategoriji: »stigmatizacija pacientov z duševno motnjo v zdravstvu« in »aktivnosti zdravstvene nege za zmanjševanje stigme«.

Podkategorija: Stigmatizacija pacientov z duševno motnjo v zdravstvu

Strokovnjaki za duševno zdravje se pogosto ne zavedajo vidikov svojega vedenja, ki prispeva k stigmatizaciji. Posamezniki, ki iščejo storitve na področju duševnega zdravja, pogosto poročajo o najvišje zaznani stigmatizaciji zdravstvenih delavcev (Thornicroft, et al., 2010; Arboleda Flórez & Stuart, 2012; Knaak, et al., 2017). Strokovnjaki za duševno zdravje so v pogostem stiku in posebej usposobljeni za delo z duševnimi pacienti, zato bi lahko domnevali, da bo stigmatizacijski odnos manjši v primerjavi z laiki. Kljub njihovi izobrazbi pa naj bi bil njihov odnos podoben odnosu splošne populacije, iz česar domnevamo, da se znanje o motnji in stalni stiki ne dotikajo problema stigmatizacije (Lauber, et al., 2006; Reha Bayar, et al., 2009).

Čeprav ni veliko literature, ki bi proučevala stigmatizacijski odnos zdravstvenih delavcev in je ta pogosto kvalitativna, se v njih pojavljajo ponavljajoče se teme. Te vključujejo kaznovanje posameznikov z duševno motnjo, občutek pokroviteljstva in ponižanja, strokovnjaki z njimi pogosto govorijo kot z otroki, jim pripisujejo pomanjkanje odgovornosti za svoje življenje in jih posledično izključijo iz odločitev o zdravljenju. Posameznik z duševno motnjo zato ne dobi zadostnih informacij o svoji motnji in možnostih zdravljenja, nekateri celo občutijo grožnjo prisilnega zdravljenja (Thornicroft, et al., 2010; Arboleda Flórez & Stuart, 2012). Posledica neustreznega usposabljanja zdravstvenih delavcev vodi v ignoranco in »diagnostično zasenčenje«, ko so fizične težave pacienta zasenčene zaradi duševne motnje (Kassam, et al., 2012; Ungar, et al., 2016).

Ugotovitve, kot jih osebje v zdravstveni negi negativno razlaga, ne vzbujajo empatije. To prepričanje temelji na preteklih slabih izkušnjah s pacienti s podobnimi diagnozami, kar povzroči vnaprejšnje razvrednotenje posameznika (Kuklec, 2010). Raziskava (Kuklec, 2010) ugotavlja prisotnost stigmatizacije pri pacientih z različnimi diagnozami in ugotavlja, da so osebe, odvisne od alkohola, najbolj stigmatizirane, saj se jim pripisuje odgovornost za svoje zdravstveno stanje. Stigma do njih je bila zato večja kot do pacientov s shizofrenijo in pacientov z levkemijo. V raziskavi (Barney, et al., 2009) so pacienti z depresijo pogosto izrazili pomisleke glede iskanja pomoči in razkrivanja svoje motnje strokovnjakom in neformalnim virom, saj se bojijo negativnih odzivov. Medtem ko so nekateri poročali o pridobitvi spodbude in podpore strokovnjakov, drugi govorijo o slabih izkušnjah.

Björkman, et al. (2008) v pregledu literature navajajo raziskavo iz leta 2006, ki so jo izvedli Lauber in sodelavci. Ti v svoji študiji niso zaznali nobenih razlik v odnosu do ljudi z duševno motnjo med zdravstvenimi delavci in javno populacijo. Poročali naj bi celo o negativnih ugotovitvah glede obravnave posameznikov z duševno motnjo zdravstvenega varstva in izkušenj glede ravnanja s pacienti. Ti so zaznali pomanjkanje interesa, ignorantski odnos do stranskih učinkov zdravil in negativno napoved psihiatrične diagnoze. Avtorji (Björkman, et al., 2008) navajajo podobna odkritja v odnosih v splošni zdravstveni oskrbi, ki so bili raziskani leta 2005 v študiji Legginsa in

Hatcherja. Pacienti so se počutili nespoštovani, ignorirani, na obravnavo so morali čakati dlje kot ostali pacienti, zaznali so celo posmeh in sum, da je njihova bolezen le posledica domišljije. Posledično so Björkman, et al. (2008) podobno raziskali in primerjali odnos zdravstvenih delavcev v splošni in psihiatrični zdravstveni oskrbi pri 120 zdravstvenih delavcih. Negativni odnosi so bili porazdeljeni različno, glede na duševno motnjo. Kot najbolj nevarne in nepredvidljive so opredelili posameznike z odvisnostjo od drog in alkohola ter tiste s shizofrenijo. Za shizofrenijo je bila zaznana višja stopnja odpora pri zdravstvenem osebju v splošni zdravstveni oskrbi, mlajših zaposlenih in pri tistih z manj izkušnjami na področju poklica. Študija je tako pokazala razlike v odnosu do zdravljenja in okrevanja, ki so povezane predvsem s poklicnimi izkušnjami, intimnostjo do duševne motnje in vrsto organizacijske oskrbe. Tudi Arboleda Flórez in Stuart (2012) v svoji študiji navajata več raziskav drugih avtorjev, ki potrjujejo stigmatizacijski odnos zdravstvenih delavcev. Schulze in Angermeyer sta leta 2003 v svoji raziskavi ugotovila, da ljudje pogosto navajajo pomanjkanje zanimanja zanje kot osebe, poročali so o prognostični negativnosti pri navajanju diagnoze, klavni uporabi zdravil, ki so imela družbeno pomembne stranske učinke (kot je na primer povečanje telesne teže), kar je otežilo njihovo družbeno interakcijo in zmanjšalo samozavest. V drugi raziskavi iz leta 2005, izvedeni pod vodstvom Mancinija ter sodelavcev, so udeleženci večkrat navedli, da so zdravstveni delavci trdili, da si ne bodo nikoli opomogli, dobili redne zaposlitve, dokončali šole, postali starši in se udeležili zahtevnih dejavnosti. Avtorja (Arboleda Flórez & Stuart, 2012) sta v raziskavi uporabila tudi študijo Lauberja in sodelavcev iz leta 2006. Ta je celo trdila, da imajo psihiatri bolj stigmatiziran odnos od drugih strokovnih skupin. Thornicroft (2006) tu dodaja, da je do tega morda prišlo zato, ker ti redko vidijo ljudi, ki uspešno obvladujejo svoje duševno stanje. Arboleda Flórez in Stuart (2012) navajata stigmatizacijski odnos tudi iz raziskave Ross in Goldner, ki je bila izvedena leta 2009. Čeprav naj bi bile medicinske sestre na področju psihiatrije in duševnega zdravja manj sovražne in bolj sprejemljive kot splošne medicinske sestre, tu poročajo o zaznanih predsodkih in diskriminatorni obravnavi, zlasti pri pacientih z diagnosticirano mejno osebnostno motnjo. Ti posamezniki so se jim zdeli težki, nadležni in manipulativni. Posamezniki z duševno motnjo in njihove družine pri obravnavi pogosto govorijo o pomanjkanju dostojanstva in popolnem preziru strokovnjakov do njih.

Stigma zdravstvenih delavcev vodi v zmanjšanje dostopa do zdravstvenih storitev in kakovostne oskrbe, zato so dejavnosti zdravstvene nege temeljne pri obravnavi stigme.

Podkategorija: Dejavnosti zdravstvene nege za zmanjševanje stigme

Posamezniki z duševno motnjo so ugotovili, da so zdravstveni delavci ključni dejavniki stigmatizacije in glavne tarče pri destigmatizacijskih intervencijah (Arboleda Flórez & Stuart, 2012). 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 svoje delo namreč pogosto dojemajo kot depresivno in naporno, saj so prisiljeni delati z nevarnimi pacienti (Hatler, 2008; Kuklec, 2010).

Shim in Rust (2013) trdita, da obstaja veliko priložnosti za obravnavo stigme duševnega zdravja s pomočjo storitev javnega zdravja in osnovnih zdravstvenih storitev. Integracijo primarne oskrbe in vedenjskega zdravstvenega varstva naj bi bilo mogoče doseči v okviru primarne, sekundarne in terciarne preventive, ki bi omogočila optimalne zdravstvene izide prebivalstva. Primarna preventiva bi se osredotočila na spodbujanje krepitve moči posameznika in skupnosti, sekundarna in terciarna preventiva pa bi zahtevali učinkovito presejanje in zdravljenje motnje. Motnje bi obravnavali kot dejavnike tveganja, ki jih je mogoče zdraviti in s tem poudarek namenili zdravljenju in ne le zmanjševanju trpljenja. Avtorja (Shim & Rust, 2013) trdita, da bi ta strategija preprečevala neugodne dolgoročne rezultate. Z vključevanjem preventivnih strategij v obstoječi zdravstveni sistem bi lahko zmanjšali stigmo, povezano z diagnozo in zdravljenjem duševnih motenj. Prav tako se strinjata z dognanji Salomona in sodelavcev iz leta 2010, da elektronski zdravstveni zapisi predstavljajo priložnost, da se oddaljijo od stigmatizirane tradicije izoliranja zapisov o duševnem zdravju. Vključevanje vseh zdravstvenih informacij v isti zapis bi lahko učinkovito izenačilo motnje duševnega

zdravja z drugimi fizičnimi boleznimi ter zmanjšalo stigmo v zdravstvenem sistemu. Shim in Rust (2013) še dodajata, da bo, čeprav morajo biti posameznikove težave ustrezno obravnavane, varna komunikacija med kliničnimi delavci, ki imajo popoln dostop do pacientove dokumentacije, pripomogla k večji interdisciplinarni oskrbi na podlagi skupin.

Da bi zmanjšali stigmo zdravstvenih delavcev do pacientov z duševno motnjo, bi morali izboljšati strokovna izobraževanja, s poudarkom na bistvenih sestavinah stigme, zagotoviti kakovost poklicnih stikov in preprečiti izgorevanje z opiranjem na redni nadzor (Lauber, et al., 2006; Reha Bayar, et al., 2009). K pozitivnejšemu odnosu in kakovosti medosebnih stikov med zdravstvenimi delavci in pacienti vodi tudi izboljšanje komunikacijskih veščin. Te zajemajo predvsem izobraževanje zdravstvenih delavcev o tem, kako lahko pomagajo pacientu z duševno motnjo (Ungar, et al., 2016). Spremembe bi bilo treba vključiti v učne programe študentov medicine. Ti morajo pridobiti klinične izkušnje in prakso na psihiatričnih oddelkih pod natančnim nadzorom zdravstvenih delavcev, psihiatrov in psihologov. Odgovornost psihiatrov in psihologov je izboljšati kakovost duševnega zdravja. Koristne bi bile razne delavnice in usposabljanje na delovnem mestu za izvajalce zdravstvenega varstva (Taghva, et al., 2017).

Pomembna je splošna metodološka strategija za vodenje in informiranje procesa načrtovanja. Zdravstveno varstvo uporablja predvsem tehnično-zdravstvene, redukcijske metode za razumevanje in reševanje problemov (izoliranje dejavnikov in njihovo opazovanje). Ti načini so lahko omejeni in nam ne omogočajo razumevanja in obravnavanja zapletenega družbenega fenomena stigme. Posebej pomembne so humanistične metode preiskovanja, ki se močno osredotočajo na etnografske elemente, kot so stališča, vedenje in kultura (Ungar, et al., 2016). Ker se posledice stigme osredotočajo predvsem na individualno raven posameznika z duševno motnjo, je izredno pomemben individualen pristop zdravstvenega delavca (Kassam, et al., 2012). Tudi Ungar, et al. (2016) posebej opisujejo pristop, usmerjen k človeku, ki vključuje človeške dejavnike, spodbujanje empatije in opazovanje vedenja posameznika. Človeški dejavniki vključujejo odnose, interese posameznika, osebno in poklicno motivacijo,

človeške napake in skupinsko dinamiko ter kulturo. Empatija in osredotočenost sta ključnega pomena za razumevanje izkušenj pacientov in njihovih družin.

Reha Bayar, et al. (2009) so v svoji raziskavi izvedli anketiranje o prisotnosti stigme pri zdravstvenih delavcih preko spleta. Ugotavljali so stigmatizacijski odnos kontrolne skupine, ki je prejela samo anketo, in eksperimentalne skupine, ki je morala pred reševanjem ankete prebrati dodano datoteko z naslovom »Stigma«. Rezultati so pokazali, da je razsežnost socialne razdalje eksperimentalne skupine, ki je bila seznanjena z obstojem problema, znatno manjša kot pri kontrolni skupini, čeprav so rezultati lahko napačni, saj se je ankete udeležilo le 22 % anketiranih. Študija je sicer dokaz za izvedljivo in učinkovito strategijo v boju proti stigmati, vendar se pojavi problem, ko skušamo ugotoviti resnično vedenje z uporabo samonadzornih raziskav. Internet tako predstavlja močno orodje za razširjanje informacij, ki je hkrati dostopno in stroškovno učinkovito.

Thornicroft, et al. (2008) poudarjajo pomen neposredne vključenosti zdravstvenih delavcev v medije in njihovega stalnega strokovnega razvoja ter zdravstvene vzgoje. Podpirajo tudi neposredno sodelovanje osebja v boju proti socialni izključenosti, skupno odločanje pacienta in zdravstvenega delavca ter več pozornosti, namenjene dejanskim izkušnjam potrošnikov in družinskih članov z diskriminacijo. Prav tako se marsikomu zdi sporno označevanje depresije kot »duševne bolezni«, zato bi bilo mogoče bolj sprejemljivo uvesti izraz »duševna motnja« (Griffiths, et al., 2006; Barney, et al., 2009). Kassam, et al. (2012) v pregledu literature navajajo program »Opening Minds«, ki ga je razvila Komisija za duševno zdravje v Kanadi, z namenom spremeniti odnos in vedenje kanadskih zdravstvenih delavcev. Glavna komponenta programa so izobraževalne seje s poudarkom na navezovanju stikov, kjer ciljno občinstvo sliši osebne zgodbe posameznikov in z njimi naveže interakcijo. Avtorji so zato sestavili lestvico z imenom »The opening minds scale for Health Care Providers« oziroma OMS-HC z namenom merjenja stigme pri zdravstvenih delavcih, pa tudi kot orodje za vrednotenje programov zmanjševanja stigmatizacije duševne motnje izvajalcev zdravstvenih storitev. Lestvica OMS-HC predstavlja dobro osnovo za nadaljnjo validacijo. Odnos do oseb z duševno motnjo bi bilo treba meriti z uporabo stereotipov: »ljudje z duševno motnjo so nevarni«.

»ljudje z duševno motnjo si nikoli ne opomorejo« itd. in v obliki čustvenih reakcij do teh posameznikov (Corrigan & Watson, 2004; Kassam, et al., 2012).

2.5.3 Omejitve diplomskega dela

Omejitve sistematičnega pregleda literature predstavljajo predvsem pomanjkljivo znanje tekočega angleškega jezika in težave pri določanju metodologije. Članki, zajeti v pregled literature, so razvrščeni od drugega do sedmega nivoja, večina pa jih spada v šesti nivo, kar pomeni, da gre za šibko zasnovane raziskave v znanstveno raziskovalnem smislu. Ugotovitve so zato lahko izhodišče prihodnjih raziskav in kritičnega razmišljanja. Za posplošitev podatkov bi bila potrebna hierarhija višjih nivojev.

3 ZAKLJUČEK

S sistematičnim pregledom literature smo ugotovili, da je tabu duševne motnje v družbi še vedno globoko zakoreninjen in posledično stigmatizacija duševnih pacientov med populacijo neizogibna. Uporabljene raziskave predstavljajo številne uspešne tehnike za zmanjševanje stigme. Najpogosteje so omenjeni pomembnost navezovanja stika, izobraževanje in opolnomočenje posameznikov z duševno motnjo za razkritje in povečanje samopodobe. Kljub različnim pristopom pa stigma duševnih pacientov ostaja nerešen problem, ki bi v prihodnosti potreboval korenite spremembe.

Zmanjševanje stigmatizacije do pacientov z duševno motnjo zajema različne pristope na več področjih. Zmanjševanja stigme se je treba lotiti premišljeno. Treba se je osredotočiti na določeno ciljno skupino, natančno poznati vidike posameznega sektorja in jim posredovati informacije, ki ne bodo še dodatno poglobile problema stigme do oseb z duševno motnjo. Pri izobraževanju splošne populacije bi bil pomemben poudarek na spodbujanju socialne zavesti in zavedanju široko prisotnih duševnih motenj, ki lahko doletijo vsakega izmed nas. Najpomembnejše pa sem nam zdi izoblikovanje prepričanaj v zgodnjih obdobjih človekovega življenja, saj te najbolj vplivajo na nadaljnje odnose do družbe.

Soustvarjalci stigme so tudi zdravstveni delavci, ki po rezultatih iz raziskav ne kažejo nič manj stigmatiziranega odnosa kot javna populacija. Čeprav je malo raziskav, ki preučujejo stigmatizacijski odnos zdravstvenih delavcev, se teme raziskav ponavljajo.

Pri zmanjševanju stigme se nam zdita ključna kontinuirano izobraževanje in predstavljanje izkušenj posameznikov, ki so uspešno premagali duševno motnjo. Zdravstveni delavci se namreč dnevno srečujejo z negativnimi zgodbami posameznikov in tako izgubijo občutek empatije ter sočutja.

4 LITERATURA

Arboleda Flórez, J. & Stuart, H., 2012. From Sin to Science: Fighting the Stigmatization of Mental Illnesses. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), pp. 457-463.

Barney, L.J., Griffiths, K.M., Christensen, H. & Jorm, A.F., 2009. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma. *BMC Public Health*, 9(61), pp. 1-11.

Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M., 2008. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *The Authors Journal compilation*, 22, pp. 170-177.

Callard, F., Sartorius, N., Arboleda Flórez, J., Bartlett, P., Helmchen, H., Stuart, H., Taborda, J. & Thornicroft, G., 2011. *Mental illness, discrimination and the law: fighting for social justice*. London: Wiley-Blackwell.

Corrigan, P.W., Kosyluk, K.A. & Rüsch, N., 2013. Reducing Self-Stigma by Coming Out Proud. *American Journal of Public Health*, 103(5), pp. 794-800.

Corrigan, P.W. & Rao, D., 2012. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), pp. 464-469.

Corrigan, P.W. & Wassel, A., 2008. Understanding and Influencing the Stigma of Mental Illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46(1), pp. 42-48.

Corrigan, P.W. & Watson, A.C., 2004. At issue: Stop the stigma: call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), pp. 477-479.

Čuk, V., 2007. Celostna in kontinuirana obravnava v psihiatriji. In: V. Čuk, ed. *Zbornik prispevkov. Strokovno srečanje, Psihiatrična bolnišnica Idrija, 26. oktober 2007*.

Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.

Čuk, V., 2010. Zdravstvena nega in duševno zdravje. Uvodnik/Leading article. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(3).

Gask, L., 2013. Educating family physicians to recognize and manage depression. Where are we now? *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(8), pp. 449-455.

Griffiths, K.M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A.F. & Nakane, H., 2006. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6(21), pp. 1-21.

Hatler, M.J., 2008. Perceived characteristics of psychiatric nurses: stigma by association. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(1), pp. 20-26.

Henderson, C., Evans Lacko, S. & Thornicroft, G., 2013. Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), pp. 777-780.

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. & Roškar, S., 2009. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, pp. 523-560.

Kassam, A., Papish, A., Modgill, G. & Patten, S., 2012. The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: The opening minds scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*, 12(62), pp. 1-12.

Knaak, S., Mentler, E. & Szeto, A., 2017. Mental illness-related stigma in health care: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), pp. 111-116.

Kobal Straus, K. & Vidmar, T., 2010. Zastopnik pravic oseb na področju duševnega zdravja. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(1), pp. 27-32.

Kuklec, V., 2010. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 44(3), pp. 195-201.

Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C. & Rössler, W., 2006. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 429, pp. 51-59.

Ministrstvo za zdravje, 2009. *Nacionalni program duševnega zdravja (delovno gradivo za koalicijsko usklajevanje)*. [online] Available at: [https://www.fsd.uni-lj.si/mma/Nacionalni-program-du%C5%A1evnega-zdravja-\(gradivo-za-javno-obravnavo\)/2009101706211646/](https://www.fsd.uni-lj.si/mma/Nacionalni-program-du%C5%A1evnega-zdravja-(gradivo-za-javno-obravnavo)/2009101706211646/) [Accesses 14 July 2017].

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Reha Bayar, M., Çağrı Poyraz, B., Aksoy Poyraz, C. & Kemal Arkan, M., 2009. Reducing Mental Illness Stigma in Mental Health Professionals Using a Web-based Approach. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(3), pp. 226-230.

Shim, R. & Rust, G., 2013. Primary Care, Behavioral Health, and Public Health: Partners in Reducing Mental Health Stigma. *American Journal of Public Health*, pp. e1-3.

Strbad, M., Švab, I., Zalar, B. & Švab, V., 2008. Stigma of mental illness: comparison of patients' and students' attitudes in Slovenia. Research article. *Zdravniški Vestnik*, 77, pp. 481-485.

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

Taghva, A., Farsi, Z., Javanmard, Y., Atashi, A., Hajebi, A. & Noorbala, A., 2017. Strategies to reduce the stigma toward people with mental disorders in Iran: stakeholders' perspectives. *BMC Psychiatry*, 17(17), pp. 1-12.

Thornicroft, G., 2006. *Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A. & Lewis, Holmes, E., 2008. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health System*, 2(3), pp. 1-7.

Tognazzini, P., Davis, C., Kean, A., Osborne, M. & Wong, K., 2008. *Reducing the stigma of mental illness*, 104(8), pp. 30-33.

Turk, E. & Albrecht, T., 2010. Ekonomsko breme duševnih bolezni. *Zdravniški Vestnik*, 79(7/8), pp. 531-6.

Ungar, T., Knaak, S. & Szeto, A., 2016. Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care. *Community Ment Health Journal*, 52, pp. 262-271.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Wahl, O.F., 2012. Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), pp. 9-10.

Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E. & Sells, M., 2007. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), pp. 1312-1318.

Zakon o duševnem zdravju, 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 77.

Zupančič, V. & Pahor, M., 2014. Skrb za osebe z depresijo v Sloveniji: pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(2), pp. 136-146.