

Stigmatizacija bolesnika oboljelih od shizofrenije

Želježić, Marina

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:063623>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-03**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**STIGMATIZACIJA BOLESNIKA OBOLJELIH OD
SHIZOFRENIJE**

Završni rad br. 33/SES/2019

Marina Želježić

Bjelovar, rujan 2019.



Veleučilište u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Želježić Marina**

Datum: 08.05.2019.

Matični broj: 001612

JMBAG: 0314015939

Kolegij: **PSIHIJARIJA I MENTALNO ZDRAVLJE**

Naslov rada (tema): **Stigmatizacija bolesnika oboljelih od shizofrenije**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Psihijatrija**

Mentor: **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor**
3. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 33/SES/2019

U radu je potrebno:

- prikazati osnove epidemiologije, kliničke slike i zdravstvene njege oboljelih od shizofrenije
- prikazati koncept stigme kao jednog od najznačajnijih prepreka u terapijskom procesu i vraćanju bolesnika u društveni život
- objasniti samostigmu pacijenta u odnosu na stigmatizaciju bolesnika od strane okoline
- prikazati ulogu medicinske sestre u prevenciji stigmatizacije

Zadatak uručen: 08.05.2019.

Mentor: **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević**



ZAHVALA

Zahvaljujem se svim profesorima, predavačima i suradnicima Stručnog studija sestrinstva Veleučilišta u Bjelovaru na prenesenom znanju. Hvala mentorici prof. dr. sc. Mariji Kudumiji Slijepčević, dr. med. na pomoći tijekom izrade ovog rada.

Veliko hvala mom zaručniku Kristijanu koji mi je bio najveća podrška tijekom studiranja, hvala Ti na strpljenju, pomoći i motivaciji.

Najveće hvala mojoj obitelji kojoj i posvećujem ovaj rad – roditeljima Dragici i Josipu, bratu Danijelu i pokojnom bratu Davoru. Hvala Vam što ste mi omogućili da dođem do ove faze u životu da pišem ovaj rad, što ste me poticali da dajem sve od sebe, što ste mi bili podrška i nepresušna motivacija i što ste me naučili da se trud i upornost uvijek isplate.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	2
3. METODA RADA	3
4. SHIZOFRENIJA	4
4.1. Povijest shizofrenije	4
4.2. Epidemiologija.....	5
4.3. Etiologija	5
4.4. Razvoj shizofrenije	6
4.5. Simptomi i znakovi bolesti	6
4.6. Vrste shizofrenije.....	8
4.6.1. Ketatona shizofrenija.....	8
4.6.2. Paranoidna shizofrenija	8
4.6.3. Dezorganizirana shizofrenija.....	8
4.7. Tijek i prognoza.....	9
4.8. Liječenje	9
4.8.1. Liječenje lijekovima	9
4.8.2. Rehabilitacija i potporne aktivnosti zajednice	10
4.8.3. Psihoterapija	10
4.9. Teorijska stajališta	10
4.9.1. Psihodinamsko stajalište	10
4.9.2. Stajališta teorije učenja.....	11
4.9.3. Sociokulturalno stajalište	11
4.9.4. Biološki faktor rizika.....	11
4.9.5. Dopaminska teorija	12
5. STIGMA	13
5.1. Istraživanje stavova prema psihički oboljelim osobama	14

5.2.	Samostigmatizacija ili internalizirana stigma.....	15
5.3.	Reakcije oboljelih na stigmu i diskriminaciju	16
6.	STIGMA I ZDRAVSTVENI DJELATNICI.....	17
6.1.	Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima (1948.)	18
6.2.	Uloga medicinskih djelatnika u provedbi načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika.....	20
6.3.	Medicinski djelatnici – prevencija i prepoznavanje stigme.....	20
7.	ANTISTIGMA - PROGRAM ZA BORBU PROTIV STIGME KOD SHIZOFRENIH BOLESNIKA	22
7.1.	Utjecaj medija.....	23
7.2.	Metode borbe protiv socijalne stigme i diskriminacije	23
7.3.	Važni međunarodni datumi	24
8.	ZAKLJUČAK.....	25
9.	LITERATURA	26
10.	OZNAKE I KRATICE.....	28
11.	SAŽETAK.....	29
12.	SUMMARY	30

1. UVOD

Riječ stigma je imenica grč. podrijetla i značenja je „naglasiti, označiti, istaknuti“, a znači negativno obilježiti psihički oboljele osobe i gotovo uvijek se radi o shizofreniji. Osobe sa shizofrenijom stoljećima su izložene predrasudama i negativnim stavovima. Stigma je duboko ukorijenjena u našem društvu, a postoje različita značenja riječi stigma kroz povijest (1).

Pojam „shizofrenija“ je uveo švicarski psihijatar Eugen Bleuler, a još se prevodi i kao „rascjep ličnosti“ tj. kao da u tijelu žive dvije potpuno drugačije osobe. Psihijatar Asmus Finzen je pretražujući dnevne njemačke došao je do otkrića da riječ „shizofrenija“ ili „shizofren“ uvijek imaju negativno značenje. Kada se željelo nešto označiti kao pogrešno reklo bi se „To je shizofreno“. Osobe koje su bolovale od shizofrenije i one s mentalnom retardacijom smatrane su „seoskim ludama“. Zbog pogrešnog korištenja naziva ove bolesti nastale su stigme koje je teško iskorijeniti, te upravo zbog tih negativnih konotacija koje ta riječ nosi liječnici je često puta izbjegavaju i koriste riječ „psihoza“ (2).

Unatoč svemu što se poduzima kako bi se smanjila stigmatizacije i dan danas je prisutan veliki strah i otpor prema oboljelima. Postoje programi koji se potiču na borbu protiv predrasuda i skidanja negativnih oznaka. Cilj im je vraćanje dostojanstva bolesnicima, kao i ustanovama u kojima borave. Upravo u tom segmentu je bitan utjecaj medija. Potrebno je prije svega educirati populaciju, a mediji u tome mogu pomoći zbog svog direktnog utjecaja na veliku masu ljudi (3).

Činjenica je da stigma preživljava usprkos napretku društva i medicine.

1. CILJ RADA

Ciljevi završnog rada su predstaviti shizofreniju i stigme odnosno predrasude koje ju prate, a utemeljene su na neznanju i strahu. U ovom radu поближе će biti prikazan način života oboljelih od shizofrenije i prepreke na koje nailaze u svakodnevnom životu.

Prikazati negativan utjecaj koji predrasude imaju na život oboljelih i članove njihovih obitelji. Načini kako uspješno otkloniti stigme, te koliko je bitno da se borimo protiv njih kako bi oboljeli imali priliku za boljom kvalitetom života.

2. METODA RADA

Za izradu završnog rada *Stigmatizacija bolesnika oboljelih od shizofrenije* i obradu teme korištena je stručna i znanstvena literatura vezana uz psihijatrijske bolesti iz Gradske knjižnice grada Virovitice.

Korišteni su stručni radovi iz baza repozitorija.

Podatci su također prikupljeni putem internetskih stranica, stručnih radova s Google znalac i online izdanja stručnih časopisa.

3. SHIZOFRENIJA

Shizofrenija je izrazito teška psihijatrijska bolest do koje dolazi kada se jave biokemijski poremećaji u mozgu i dovedu do poremećaja ponašanja i važnih psihičkih funkcija, uzrokuje oštećeno socijalno, funkcionalno, društveno i obiteljsko funkcioniranje.

3.1. Povijest shizofrenije

Uvođenjem nozološke klasifikacije i razvojem moderne medicine shizofrenija je u polovici prošlog stoljeća sve više počela privlačiti pažnju zbog svoje nepoznate etiologije. Bolest koju danas nazivamo shizofrenija prvi je prepoznao Benedict Morel (1809.-1873.), belgijski psihijatra 1852. godine i naziva ju "démence précoce" (4).

Emil Kreapelin (1856–1926) njemački psihijatar 1896. godine primjenjuje izraz "dementia precox" za grupu bolesti koje se javljaju tijekom adolescencije i dovode do demencije, tzv. mladenačko ludilo (4). Kreapelin je smatrao da oboljenje počinje tijekom mladosti i uzrokuje duševno propadanje, opisao je glavne simptome poput iluzija, halucinacija, poremećaja pozornosti, negativizma, emocionalnu disfunkciju i stereotipno ponašanje. Naime, on je simptome razvrstao u 36 kategorija i svaku potkrijepio stotinama simptoma . Nije se trudio kategorije međusobno povezati već govori da se svi simptomi javljaju kao odraz demencije i gubitka uobičajenoga mišljenja, osjećaja i djelovanja (4).

Paul Eugen Bleuler (1857–1939) je švicarski psihijatar koji 1911. godine uvodi naziv "shizofrenija", od starogrčkog schizein (rascijepiti) i phren (um, tijelo). Navodi kako ne postoje specifični znakovi i simptomi nego se dijagnoza postavlja kada je prisutna skupina karakterističnih nalaza. Uvodi skup dijagnostičkih podataka koji se nazivaju "četiri A", a odnose se na poremećene asocijacije i afekt, ambivalencija i autizam (4).

Kurt Schneider (1887–1967) je 1959. godine klasificira bolest simptomima prvog te drugog reda. Simptomi se službeno uvede u dijagnostički i statistički priručnik duševnih poremećaja (DSM) Američkog psihijatrijskog udruženja i Međunarodnu klasifikaciju bolesti Svjetske zdravstvene organizacije (MKB) (5).

Ewald Hecker (1843. – 1909.), učenik Karl Ludwih Kahlbauma (1828. – 1899.), opisuje (1871.) uvode pojam „paraphrenia hebetica“ ili „hebephrenia“ koji je danas poznat kao schizophrenia hebephrenica. (5).

K.L. Kahlbaum zaslužen je za pojam „vesania typica“ koji danas koristimo kod kronične shizofrene psihoze i „katatonia“ koja se klasificira kao schizophrenia catatonica.

D.B. Morel (1809.-1873.) imao je veliki utjecaj na intelektualni svijet, 1851. godine je opisao duševne bolesti u adolescenciji i ranom djetinjstvu koji oboljevaju zbog smanjenih intelektualnih sposobnosti te je uveo pojam dementia praecox (5).

Nažalost, kroz cijelu povijest otkako je čovječanstva psihijatrijski bolesnici su prolazili većinom kao ne shvaćeni i neadekvatno liječeni. Do 19. stoljeća o njima su vodili brigu tzv. čuvari, a 1880. godine u Sjedinjenim Američkim Državama započeta je formalna edukacija medicinskih sestara (5).

3.2. Epidemiologija

Prema podacima koje ima Svjetska zdravstvena organizacija, SZO (*eng. World Health Organization, WHO*) danas je u svijetu shizofrenije dijagnosticirana kod 7,5 milijuna ljudi. U Hrvatskoj se taj broj kreće oko 18 000. Rizik oboljenja je 0,4-1%, a svake godine se registrira 2-4 slučaja novooboljelih na 10 000 stanovnika, odnosno 1% svjetske populacije (6).

Što se tiče spola, učestalost pojave ove bolesti jednaka je kod žena kao i kod muškaraca, muškarci oboljevaju između 15.-24. godine, a žene između 25.-34. godine. Zbog kasnijeg početka bolesti kod žena prognoza je bolja. Postoje tvrdnje da je veća učestalost pojave shizofrenije kod osoba koje su rođene u zimi, te kod kojih je došlo do intrauterinih i perinatalnih oštećenja mozga s virusnim infekcijama, niskim temperaturama i hipovitaminozom (6).

Po kriteriju socijalno-ekonomske varijacije češća je pojava shizofrenije u razvijenim industrijskim zemljama kod osoba nižeg socio-ekonomskog statusa.

Danas je velika važnost daje biološkim čimbenicima, no sigurno je da psihološki i socijalni čimbenici imaju važnu ulogu u nastanku bolesti. Biološki čimbenici će nam otkriti sklonost nastanku shizofrenih poremećaja, a mogu biti genetski i virusni, prenatalni i porođajna oštećenja mozga (7).

3.3. Etiologija

Zbog prognostičkih i heterogenih simptomatskih očitovanja shizofrenije niti jedan etiološki čimbenik se ne smatra uzročnim. Najčešće je rabljen model stres-dijateza, a prema njemu osoba ima specifičnu biološku osjetljivost koja se aktivira pod utjecajem stresa i dovodi do pojave simptoma shizofrenije. Stres je dijeli na biološki, genetski, okolinski i psihosocijalni (3).

Postoje teorije koje govore da bolest vuče genske korijene, međutim dosadašnja istraživanja nisu dala konkretne rezultate. Rizik pojave shizofrenije je veći kod osoba koji imaju bliske srodnike koji boluju od shizofrenije. Trenutno se istražuju kromosomi 6, 8 i 22, smatra se da je bolest poliogetske etiologije (6).

3.4. Razvoj shizofrenije

Shizofrenija je teški duševni poremećaj koji nastaje kada dođe do narušavanja biokemijskih procesa u mozgu; obilježava je skupina psihotičnih poremećaja kao što su manjak percepcije, poremećaji mišljenja u kojem ideje nisu povezane logikom, poremećaji ponašanja i ideja, iskrivljena stvarnost, te su prisutni bizarni poremećaji motorike te neprimjereni i površni osjećaji (5). To je kroničan poremećaj koji se dijeli u nekoliko faza, a u svakoj fazi se javljaju različiti simptomi, a dijele se u tri faze:

- Premorbidna faza – sramežljivost, ne društvenost, nesigurnost, anksioznost, razdražljivost i preosjetljivost.
- Prodromalna faza – dolazi do promjena u ponašanju i raspoloženju, osoba se počinje čudno ponašati, nije sklona socijalnom kontaktu, zanemaruje osobnu higijenu i svoj izgled. Kod pojave ovih simptoma, bitno je reagirati kako bolesnik ne bi napredovao u sljedeću fazu.
- Aktivnu fazu sa sumanutosti, halucinacijama ili oboje
- Ostatnu/rezidualnu fazu u kojoj je poremećaj u remisiji

Kod određenog broja bolesnika ti simptomi se mogu staviti pod kontrolu te oni mogu voditi i dalje aktivan život, dok drugi potpuno ovise o tuđoj pomoći i brizi.

Bolesnici se često povlače od stvarnosti u samoću u svoj svijet mašte, sumanutih ideja i halucinacija. Dolazi do narušavanja socijalnih, radnih i obiteljskih načina funkcioniranja (5).

3.5. Simptomi i znakovi bolesti

Najpoznatija podjela simptoma je primarne i sekundarne ili simptome prvog i drugog reda. Prvi red simptoma po Schneideru su: (7)

- Halucinatorna ozvučenost vlastitih misli
- Osjećaj nametanja misli
- Slušne halucinacije u kojima se govori o ponašanju i nekom postupku pacijenta
- Cenestetske halucinacije vanjskih utjecaja na tijelo
- Osjećaj oduzimanja misli

- Slušne halucinacije koje se odvijaju kao dijaloga
- Bolesnik ima osjećaj da okolina zna što on misli, tj. Čita mu misli
- Sumanuto opažanje
- Nametnuti ili kontrolirani porivi
- Nametnuti ili kontrolirani osjećaji
- Nametnuta ili kontrolirana volja

Bleurer dijeli simptome na osnovne ili fundamentalne i sporedne ili akcesorne. Fundamentalni ne dominiraju kliničkom slikom, ali su važni za postavljanje dijagnoze shizofrenije, a nalazimo ih pod nazivom "četiri A": (7)

- Asocijalna slabost - gubi se asocijativni slijed, mišljenje se cijepa ili prekida te postaje neadekvatno i bizarno
- Afektivna neadekvatnost – afektivnost bolesnika postaje ne primjerena misaonom sadržaju i ambijentnoj situaciji
- Ambivalencija – obilježava se afektivnom, voljnom i misaonom planu s prisutnošću suprotnih odnosno kontradiktornih mišljenja, npr. prihvaćanje i odbijanje, ljubav i mržnja, bolesnik nešto hoće i neće
- Autizam – prekid komunikacije sa stvarnošću i povlačenje u svoj svijet fantazije.

Sporedni simptomi su sumanute ideje, halucinacije, obmane opažanja, smetnje pamćenja i verbalnog izražavanja.

U današnje vrijeme simptome dijelimo na negativne i pozitivne.

Pozitivni simptomi odnose se na iskrivljavanje stvarnosti i psihološke funkcije (halucinacije i sumanute ideje), smeten govor zbog slabljenja veze među asocijacijama (skretanje s kolosijeka) i oni dominiraju u akutnim fazama bolesti.

Negativni simptomi se očituju kao posljedice gubitka ili smanjenja normalnih psihičkih funkcija ili aktivnosti (abulija, ahedonija, alogija) i specifični su za kroničnu fazu bolesti (7).

U treću skupinu simptoma spadaju kognitivni simptomi koji se odnose na slabije funkcioniranje osoba oboljelih od shizofrenije. Mnoge osobe kojima je dijagnosticirana shizofrenija imaju sumanute ideje i deluzije, kao što su deluzije veličine, odnosa i proganjanja. Recimo osoba može misliti da je Isus, može imati nelogične planove o spašavanju svijeta, odnosno da je osoba s posebnom misijom, Također im se javljaju ideje o proganjanju, vjeruju da ih traže neke tajne službe ili mafija. Shizofrene osobe mogu vjerovati da boluju od neke grozne bolesti, da one ili

svijet uopće ne postoji ili da su učinili neka grozna dijela. Njihova percepcija često uključuje halucinacije – pojavljuju se bez vanjskih utjecaja, no vrlo su realne. Motorika može biti vrlo aktivna i divlja ili upravo suprotna; od usporenosti do stupora. Postoji mogućnost za pojavu nedefiniranih pokreta i izraza lica. Emocije su plitke, neodređene, otupljene i neprikladne. Primjerice smijanje na neku lošu vijesti (7).

3.6. Vrste shizofrenije

Razlikujemo nekoliko vrsta shizofrenije: ketatona, paranoidna i dezorganizirana (8).

3.6.1. Ketatona shizofrenija

Kod ketatone shizofrenije dolazi do poremećaja motorike. Očituje se kao usporeno motoričko ponašanje, iako može brzo prijeći u fazu uzbuđenog brzog kretanja. Najupečatljivija osobina je voštana savitljivost odnosno fleksibilnost, osoba može zadržati bilo koji položaj u koji ju stavimo. Također se može javiti i mutizam, no kad progovore tvrde da su cijelo vrijeme bili svjesni i čuli sve oko sebe (9).

3.6.2. Paranoidna shizofrenija

Osobe s ovom vrstom shizofrenije imaju sustavne sumanute ideje, a sa njima i slušne halucinacije. Javljaju se deluzije o proganjanju, sumanute ideje ljubomore, vjeruju da im je bračni partner nevjeran. Vrlo često su uzbuđeni, ustrašeni, zbunjeni i halucinacije su im u vezi s deluzijama (9).

3.6.3. Dezorganizirana shizofrenija

Glavna obilježja ovog tipa su nesuvislo, nedosljedno i dezorganizirano ponašanje, labave asocijacije, nepotpune deluzije, dezorganizirane sumanute ideje, plitke i neprikladne emocionalne reakcije. Izraženo je oštećeno socijalno ponašanje. Osoba se može ponašati budalasto, luckasto, hihotati se i besmisleno brbljati. Zanemarena je osobna higijena i izgled, te se gubi kontrola nad eliminatornim funkcijama (9).

3.7. Tijek i prognoza

Početak shizofrenije može biti akutan ili šaljajući, a obično mu prethode anksioznost, smetenost, depresija, odnosno prodromalni simptomi. Tim simptomima mogu biti prisutni i nekoliko mjeseci prije postavljanja konačne dijagnoze. Okidač za početak bolesti često budu neke emocionalne traume, odvajanja tzv. precipitirajući događaji. Takvi bolesnici su posebno osjetljivi na stres tijekom cijelog života, rezidualno se javljaju depresivne epizode, pozitivni simptomi mogu slabiti, ali negativni se mogu pogoršati. Pokušaji samoubojstva je na visokih 50% bolesnika i to obično u fazi kada dođe do poboljšanja njihova zdravstvena stanja iz razloga što shvate ozbiljnost i težinu svoje bolesti. Od 50% pokušaja, 10% ih uspije u naumu (3).

Rizik za iznenadnu smrt je povećan isto kao i pogoršanje zdravstvenog stanja i kraćeg životnog vijeka. Otprilike trećina bolesnika živi normalnim životom, jedna trećina ima određene simptome ali djeluje u društvu, dok zadnja trećina bude često hospitalizirana i ima veća oštećenja, oko 10% zadnje trećine zahtjeva trajnu hospitalizaciju, odnosno smještaj u ustanovu (3).

3.8. Liječenje

Ciljevi liječenja su da se smanji težina psihotičnih simptoma, te spriječiti pojavu simptomatskih epizoda i pogoršanja u funkcioniranju. Potrebno je osigurati potporu koja će pomoći u funkcioniranju na najvećoj mogućoj razini. Glavne sastavnice liječenja su antipsihotici, rehabilitacije, aktivna potpora zajednice, psihoterapija (9).

3.8.1. Liječenje lijekovima

Antipsihotički lijekovi uvelike pomažu u smanjenju simptoma tipa halucinacija, deluzija i neorganiziranog mišljenja. Iako imaju značajne nuspojave tipa smirivanja, mišičinu ukočenost, tremor i dobivanje na težini neophodni su u liječenju. Mogu uzrokovati diskineziju, poremećaj nevoljnog pokretanja, najčešće usana, jezika i savijanje nogu i ruku (9).

Oko 75% ljudi reagira dobro na antipsihotične lijekove: klorpromazin, flufenazin, haloperidol ili tioridazin. Polovica od ostalih 25% može dobro reagirati na novi lijek klopazin, iako može uzrokovati epileptične napadaje smrtonosnu supresiju koštane moždine. Rabe se samo za bolesnike koji ne reagiraju na druge lijekove. Osobe koje uzimaju klopazin moraju redovito provjeravati broj bijelih stanica u krvi (9).

Radi se na razvijanju lijekova koji ne bi imali neke ozbiljne nuspojave, dostupan je risperidon, dok neki lijekovi čekaju na odobrenje (9).

3.8.2. Rehabilitacija i potporne aktivnosti zajednice

Ovaj način pomoći oboljelima pomaže u učenju vještina koje su im potrebne kako bi preživljavali u zajednici. Vještine koje uče osposobljavaju ih za rad, kupovinu, brigu o kućanstvu, brigu o sebi i da se slažu s ostalima. Opći cilj je postići da ljudi sa shizofrenijom žive u zajednici, iako je za vrijeme težih recidiva potrebna hospitalizacija, nekada i nedobrovoljna. Kako bi se postigao taj cilj postoje nadgledani stanovi ili zajedničke kuće u koji oboljeli žive i u kojima se netko brine za to da li uzimaju redovito i pravilno lijekove. Vrlo mali broj oboljelih ne može živjeti samostalno, u slučajevima kada su prisutni teški simptomi, te ne posjeduju vještinu za samostalan život u zajednici. Takvi pacijenti trebaju imati cjelodnevnu skrb i smještaj u ustanove koje im pružaju sigurno i umirujuće okruženje (9).

3.8.3. Psihoterapija

Drugi najvažniji aspekt u liječenju. Psihoterapija za cilj ima uspostaviti suradnju između liječnika, pacijenta i obitelji. Upravo tako pacijent uči razumjeti i upravljati svojom bolešću, kako uzimati lijekove, i kako savladati strahove koji mogu pogoršati stanje (9).

3.9. Teorijska stajališta

Dugo se istraživalo koji su čimbenici nastanka shizofrenije, a psiholozi su se posebno time bavili (8).

3.9.1. Psihodinamsko stajalište

Shizofrenije je posljedica pobjede seksualnih ili agresivnih impulsa iza nad egom. Ti impulsi ugrožavaju ego i uzrokuju intenzivni intrapsihički konflikt. Ugroženost izaziva regresiju, osoba se povlači u oralnu fazu, odnosno u fazu u kojoj dijete još ne razlikuje sebe od okoline. Primitivni impulsi postaju najvažniji, važniji od socijalnih normi. Fantazija je pomiješana s realnošću, izazivajući halucinacije i deluzije. Kritičari ovog stajališta kažu da se dječje i shizofreno ponašanje ne može izjednačavati. Također, psihoanalitičari ne mogu na temelju teorijskih postavki o dispoziciji stečenoj u ranom djetinjstvu predvidjeti shizofreniju (8).

3.9.2. Stajališta teorije učenja

Shizofrenija se tumači procesima uvjetovanja i učenja promatranjem. Prema ovoj teoriji ljudi pokazuju shizofreno ponašanja tada kada već postoji mogućnost da će baš to ponašanje biti potkrepljeno. To se događa kada je osoba odgojena bez socijalnih potkrepljenja, s puno kažnjavanja, pa su joj fantazije davale više potkrepljenja od socijalne realnosti. Osobe koje su u psihijatrijskim ustanovama mogu naučiti što se očekuje od njih promatranjem drugih osoba. Medicinsko osoblje potkrepljuje shizofreno ponašanje tako što više pažnje poklanja osobama koje imaju bizarno ponašanje. Slično kao kada učitelj poklanja više pažnje učenicima koji ometaju nastavu nego dobrom djetetu.

Kritičari kažu kako smo mnogi odgajani u strogoj sredini s kažnjavanjem, ali da se ipak nismo odrekli socijalno prihvatljivog ponašanja. No, postoje shizofrene osobe koje nikada nisu imale priliku vidjeti druge osobe koje boluju od shizofrenije (8).

3.9.3. Sociokulturalno stajalište

Istraživači su se bavili time da li socijalni i kulturalni čimbenici kao što je siromaštvo, prekomjerna napučenost i diskriminacija mogu pridonijeti nastanku shizofrenije, naročito kod genetski osjetljivijih. Teoretičari kažu kako "tretman" shizofrenije ne traži promjenu pojedinaca nego promjenu društva kako bi se iskorijenila socijalna nepravda. Ukazuju na činjenicu kako se shizofrenija vrlo često pojavljuje kod osoba nižeg socioekonomskog statusa.

Kritičari smatraju da je niži socioekonomski status posljedica, a ne prethodnik bolesti. oboljele osobe padaju na društvenoj i ljestvici jer im padaju socijalne i društvene vještine.

Budući da stres izazvan siromaštvom može igrati veliku ulogu u nastanku bolesti, mnoge istraživače zanima moguća veza između bioloških čimbenika i psihosocijalnih stresora (8).

3.9.4. Biološki faktor rizika

Istraživanja ukazuju na tri faktora rizika za nastanak shizofrenije: naslijeđe, komplikacije tijekom trudnoće i poroda i rođenje djeteta tijekom zime.

Shizofrenija može biti kao i drugi psihološki poremećaji, obilježje nekih obitelji. Shizofrene osobe zauzimaju 1% svjetske populacije, od čega je 10% rizik da dijete osobe oboljele od shizofrenije također oboli. Ako su oba roditelja boluju od shizofrenije vjerojatnost je 30-40%.

Veliki broj podataka pokazuje da je velik broj majki oboljelih od shizofrenije tijekom trudnoće, točnije tijekom šestog ili sedmog mjeseca trudnoće prebolio gripu. Isto tako može djelovati i neishranjenost majke (8).

3.9.5. Dopaminska teorija

Postoji velik broj kemijskih supstanci koje bi mogle biti potencijalni aktivatori shizofrenije. Suvremena istraživanja usmjeruju na neurotransmiter dopamina. Po dopaminskoj teoriji shizofrene osobe koriste više dopamina nego drugi ljudi, a ne proizvode ga više od drugih. Moguće je da oboljeli imaju više dopaminskih receptora ili su aktivniji. Ove tvrdnje potkrepljene su post mortum istraživanjima mozgova shizofrenih osoba (8).

Mnogi istraživači danas preferiraju multifaktorski model shizofrenije, prema njemu genetski čimbenici određuju predispoziciju, a ta genetska ranjivost kada dođe u kombinaciju s ostalim navedenim čimbenicima konačno dovodi do razvoja bolesti (8).

4. STIGMA

Riječ stigma je imenica grč. podrijetla i značenja je „naglasiti, istaknuti, označiti“, a ona znači obilježavanje psihički oboljele osobe u negativnom kontekstu i gotovo uvijek se odnosi na shizofreniju (1).

Isto tako se navodi da riječ stigma (grč.) znači ubod, žig, znamen; preneseno značenje: ljaga, sramota, ruglo. U davnim vremenima navedeni pojam koristio se kod označavanje rana dobivenih u vojsci, a u ranom kršćanstvu postao je povezan s Kristovim ranama. U latinskom jeziku također se pojavljuje u negativnom značenju i označava sram i degradaciju, te se pojavljuje kao znak koji obilježava lopove i robove. Danas predstavlja znak srama i diskriminacije prema osobama oboljelih od psihičke bolesti, osobito od shizofrenije. Definira se kao spoj tri glavna problema: problem stava (predrasude), problem znanja (neznanje) i problem ponašanja (diskriminacija).

Stigma ili predrasuda je pojam koji se odnosi da negativno etiketiranje psihički oboljelih osoba i iza sebe ne drži čvrsti temelj, odnosno neutemeljena je. Osnovana je na krivim informacijama i neznanju. Uz njih se vežu jake i žestoke emocije koje se brane bez obzira ne sve. U današnje vrijeme povezuje se s: (11)

- Sramom
- Bolešću
- Slabošću
- Krivnjom
- Izolacijom
- Socijalnim isključenjem
- Stereotipima
- Diskriminacijama
- Predrasudama

Psihički oboljele osobe oduvijek i u svim kulturama izložene su stigmati i negativnim stavovima. Stigma je duboko ukorijenjena i prenosi se dalje s generacije na generaciju, bez razmišljanja o posljedicama tih negativnih stavova, a stavovi su dio našeg funkcioniranja, naših vrijednosti, oni su naš osobni pečat te drugima daju sliku o nama. Naši stavovi mogu privući ili odbiti ljude od nas (11).

Predrasude uglavnom odbijaju ljude, smanjuju našu slobodu komunikacije i čine nas manje tolerantnim. Pošto su zasnovane na krivim vjеровanjima one čine nepravdu ljudima prema kojima

ih se upućuje i koče nas da bolje upoznamo osobe ili situacije koje se stigmatiziraju. Stigme me se mogu razviti kao obrambena reakcija jer nas to nešto plaši ili kao nametnuto razmišljanje (11).

Stigma se dijeli u četiri komponente. U prvoj su ljudi koji razlikuju i etiketiraju druge ljude koji su različiti, u drugu pripadaju dominantna kulturna vjerovanja ispunjena negativnim stereotipima. Treća komponenta stavlja osobu koja je žrtva stigme u posebnu kategoriju u kojoj je razdvojena od svih ostalih, a u četvrtoj osoba gubi svoj status i doživljava nejednakost (11).

Svatko od nas se tijekom života susreo sa stigmom, zapravo sve počinje već u djetinjstvu i nažalost uzima se zdravo za gotovo. Kada smo odrasli stavove možemo provjeriti i osloboditi ih se, a oslobođenje negativnih stavova čini nas humanijima i ispunjenijima (11).

4.1. Istraživanje stavova prema psihički oboljelim osobama

Brojna istraživanja pokazala su vrlo veliku raširenost negativnih stavova prema psihički oboljelima (Pescosolido i sur. 2010) što nam govori da će još dugo postojati i da će je biti teško iskorijeniti. No, bitno je da se bolesnici i njihove obitelji zaštite od utjecaja tih negativnih stavova kako bi se smanjio njihov utjecaj na život (11).

Najviše stigme imaju bolesnici oboljeli od ovisnosti o alkoholu i drogama i bolesnici oboljeli od shizofrenije. Tijekom provedenog istraživanja koje su proveli Penn i sur., 1994; Link i sur., 1999; Crisp i sur., 2000; Angermayer, 2000;2004. pokazalo se da javnost shizofrene bolesnike smatra: (11)

- opasnima,
- nesposobnima za samostalni život,
- nesposobnima za privređivanje,
- nesposobnima da sami donose svoje odluke,
- slabim osobama koje su si same krive za svoju bolest,
- lijenima,
- neizlječivima.
- smatra ih se nepredvidivima
- osoba s kojima se teško komunicira.

Te negativne etikete shizofrene pacijente još više potiču da se osamljuju i pridonose razvoju depresivnih i anksioznih poremećaja. Kako bi zaštitila sebe i bolesnog člana obitelji će često

pokušati sakriti informacije o bolesti, ali s time dolazi i do izostajanja mreža podrške koje su potrebne za oporavak (11).

Sljedeći primjer pokazuje uspješnu reakciju oboljele na stigmatu od strane kolegica:

Primjer 1.

Osoba oboljela od shizofrenije se nakon izostanka s posla vraća u svoje radno okruženje. Istog trenutka doživljava diskriminaciju, očito izbjegavanje, predrasude, smijanje iza leđa te joj je u nekoliko navrata rečeno kako se njeno mišljenje ne može uvažiti i shvatiti ozbiljno jer se je liječila na psihijatriji. Pacijentica se odlično snalazi te odgovora svojim kolegicama kako je danas liječenje od shizofrenije vrlo uspješno te postoje jako dobri lijekovi, ali joj je izrazito žao što još uvijek ne postoje lijekovi za ljudsku glupost.(13).

Danas stigmatiziraju svi, od okoline do zdravstvenih djelatnika koji se susreću i rade s oboljelima od shizofrenije. U Velikoj Britaniji napravljen je program po nazivom "Vrijeme za promjenu", u programu su sudjelovali studenti, poslodavci, mediji i pacijenti. Program je obuhvatio edukaciju i omogućio kontakt sa psihički oboljelima. Nakon programa bolesnici su izrazili da ih se manje diskriminira, a poslodavci veću spremnost pri zapošljavanju psihički oboljelih. Nažalost, nakon ponovljenog istraživanja sve se to izgubilo. Međutim, ovaj program nosi jednu bitnu poduku, a to je da je neznanje najveći problem te da konkretnom edukacijom i osviještenošću se stigme mogu otkloniti (11).

4.2. Samostigmatizacija ili internalizirana stigma

Samostigmatizacija ili internalizirana stigma nazivi su za proces prihvaćanja stavova koji se odnose na psihičku bolest, a uzrokuju smanjenje samopoštovanja i samo učinkovitosti. Veliki broj osoba koje doživljavaju neki oblik stigme, razvit će samostigmatizaciju, upravo to dovest će do razvoja bespomoćnosti, povlačenja, odustajanja od aktivnosti i pasivnosti. Doživljavat će se kao neadekvatnima i slabima. Povlačenje iz društva najgore je rješenje jer se upada u začarani krug (11).

Bolesnik gubi svoj identitet kada počinje sebe gledati samo kao bolesnu osobu, a ne vidi svoj raniji i željeni identitet (uloga radnik, roditelja, studenta itd.). Dolazi do zamjene identiteta osobe s identitetom bolesnika. Kada dođe do te zamjene prepoznati ćemo ju tako što će se bolesnik predstavljati kao osoba koja boluje od određene bolesti tj. isticat će ju kao svoju glavnu karakteristiku i reći će "ja sam shizofreničar", a zanemarivat će druge karakteristike ličnosti. Identitetu bolesnika potrebno je puno pažnje kako bi se pozitivno utjecalo na oporavljanje kod

oboljenja od psihičke bolesti. Kod terapijskog pristupa potrebno je promijeniti negativnu percepciju i kreirati terapijsku sredinu koja potiče oporavak.

Postoje programi koji se bave samostigmatizacijom, oni žele da se oboljeli nauče nositi sa svojom bolešću.

Želi se postići: (14)

- 1) Pacijentovo prihvaćanje bolesti i stava da njegova bolest nije sramota, nego je sramota optuživati osobe koje imaju neko psihičko oboljenje
- 2) Prepoznavanje i reagiranje na diskriminaciju
- 3) Educiranje okoline o psihičkim bolestima i smanjivanje predrasuda
- 4) Procjenom šteta i koristi od otkrivanja bolesti
- 5) Oboljela osoba mora prije svega shvatiti vlastite stavove u svrhu shvaćanja kako je lako zauzeti loše stavove

4.3. Reakcije oboljelih na stigm i diskriminaciju

Pojedini oboljeli sami sebe stavljaju u grupu stigmatiziranih bolesnika bez obzira da li se radi o vidljivoj ili nevidljivoj stigmati. Često se nalaze pod stresom koji im može uzrokovati ozbiljne posljedice te narušiti njihovo samopouzdanje i samopoštovanje. Kao posljedica toga dolazi do izolacije i osamljivanja. Promjeni se slika o sebi i okolini koja ih okružuje i to dovede do depresije i tjeskobe s pojačanom osjetljivošću.

Socijalno izbjegavanje psihički oboljelih je stvarnost a ne samo percepcija, zato će poneki oboljeli misliti da je prisutna čak i kada je nema. Zbog negativnih iskustava i doživljaja razvija se taj skepticizam da je stigma uvijek prisutna. Istraživanja pokazuju da je veliki broj oboljelih osoba odustao od traženja posla zato što misle da ga ionako neće dobiti zbog svoje bolesti. slična je stvar i s intimnim vezama.

Veliki broj osoba odustat će od svojih snova, planova i ciljeva jer vjeruju da ih neće uspjeti ostvariti zbog stigme i diskriminacije. Upravo zato su nužni programi koji bi potakli ljude da rade na ostvarivanju svojih ciljeva kada za to imaju sposobnost. Potrebno je prepoznati kada dolazi do povlačenja od zajednice zbog prepreka s kojima se suočavaju oboljeli, a odnose se na stigm (11).

5. STIGMA I ZDRAVSTVENI DJELATNICI

Komunikacija između zdravstvenih djelatnika i oboljelih od shizofrenije vrlo je bitna. Ona utječe na bolesnikovo samopoštovanje, na dobru suradnju između bolesnika i zdravstvenih djelatnika te na prihvaćanje bolničke sredine i uspješnost liječenja. Kako bi ta komunikacija bila što kvalitetnija svaki zdravstveni djelatnik bi trebao imati pozitivan stav bez predrasuda.

Svaki zdravstveni djelatnik svoje stavove može ispitati određenim metodama. Neke od metoda za promjenu stavova su: (6)

- Introspekcija odnosno samoopažanje svojih vlastitih iskustva koje osoba može promijeniti samo unutar sebe same.
- Rasprava koja se upotrebljava kao metoda timske rasprave o događajima. Kako bi rasprava bila uspješnija bitna je prilagođena okolina, povezanost osoblja te poštovanje ostalih članova u timu.
- Širenje iskustva prilikom trajne edukacije, posjete ustanovama i želju za napretkom i postignućem.
- Igranje uloga gdje se zamjenjuju karakteri što znači da bi mirna osoba trebala igrati ambicioznu ulogu, tj. preuzima se ulogu koja nije uobičajena u svakodnevnom funkcioniranju.

U Kini je provedeno jedno istraživanje o stavovima medicinskog osoblja čiji rad se bazira na psihijatrijskim pacijentima u zajednici, te je pokazalo „relativno visoku razinu stigme“ prema bolesnicima koji imaju duševna oboljenja. Dok istraživanje koje je provedeno u Danskoj pokazuje „relativno nisku razinu stigmatizirajući stavova“ medicinskog osoblja koje radi na psihijatriji prema oboljelim od shizofrenije. Isto tako je navedeno da ovakav rezultat ne prati međunarodna istraživanja koja pokazuju puno višu razinu stigme i diskriminacije. Sve se to tumači kao rezultat toga kako se pristupa liječenju i da li je orijentirano prema što bržem oporavku. (15).

Najmanje negativnih stigmati pokazale je osoblje ženskog spola koje rade s oboljelima od shizofrenije. U Azijskim zemljama je stigmatizacija izraženija od zapadnih zemalja zbog kulturoloških razlika.

U istraživanju u Hrvatskoj koje je provedeno od strane Jokić-Begić i sur., 2005. na srednjoškolicima, studentima, zdravstvenim djelatnicima i općoj populaciji, zdravstveni djelatnici su naveli da s bolesnicima s odjela ne bi gradili prijateljski odnos kako ne bi izgubili

profesionalni. Nitko od ispitanika nije spreman ostvariti emocionalnu vezu s oboljelima od psihičke bolesti, ako to nije ostvareno prije razvoja bolesti. također, zdravstveni djelatnici koji rade na odjelima sa psihički oboljelima navode da konstantno provjeravaju vlastitu djecu, te se to negativno odražava na njihov odnos. Medicinski djelatnici koji dugo rade na psihijatriji navode kako svoju djecu stalno „testiraju“, stalno se brinu za njih i nikada ne mogu biti bezbrižni kao ostali roditelji koji se ne susreću s takvim stvarima (15).

Najčešće stigmatiziraju zdravstveni djelatnici koji ne rade na odjelu psihijatrije, zbog straha i nesigurnosti kako pristupiti takvim pacijentima. Shizofreni pacijenti smatraju se opasnim, agresivnim i zahtjevnijim.

U daljnjem tekstu ćemo to potkrijepiti primjerom iz prakse:

Primjer 2.

Na odjel ortopedija javljeno je da dolazi pacijentica koja je slomila bedrenu kost je potrebno pripremiti sobu za njen prijam, također se navodi kako ima postavljenu dijagnozu shizofrenije. Medicinska sestra koja je u tom trenutku prisutna te odrađuje smjenu je vidno uzrujana kada primi tu informaciju te istog trena odlazi kod glavne sestre odjela. Vrlo uznemireno verbalizira svoje negodovanje zbog dolaska navedene pacijentice i govori kako ne zna kako će se brinuti za nju jer će ona sigurno raditi probleme svima, kako osoblju tako i pacijentima. Sigurno će „divljati“ po odjelu i sve uznemiravati. Medicinska sestra navodi svoj zahtjev za povećanjem broja osoblja u smjenama kako bi se što uspješnije mogla obuzdati pacijentica.

Upravo u ovom primjeru je vidljiv taj određeni stav medicinskog osoblja prema oboljelima. Nameće se pitanje tko bi se trebao osjećati ugodnije, medicinsko osoblje ili bolesnici? Da li se razvije svijest o tome kako je oboljelima kada se skrbimo za njih s određenom distancom, obavljamo li svoj posao kako je nama ugodnije ili kako bi ugodili pacijentima. Hospitalizacija je veliki izvor stresa za svakog pacijenta bez obzira na njegovu dijagnozu i upravo zato je bitno da zdravstveni djelatnici imaju ispravan i holistički pristup prilikom kojeg se uvažavaju sve pacijentove potrebe; gledajući ga kroz cjelovit pristup, a ne kao dijagnozu (16).

5.1. Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima (1948.)

Etičke smjernice nam govore da je svakog pacijenta potrebno tretirati s poštovanjem, s dostojanstvenim uvažavanjem, autonomijom i integritetom (17). Dostojanstvo čovjeka izlazi iz njegove biti, te je ono temelj i pretpostavka ljudskih prava. Jednakost i pravda da su temeljna

prava osnovnih ljudskih prava. Svako kršenje nekog od tih prava dovodi do kršenja osnovnih ljudskih prava (18).

Upravo to nam govori da je stigmatizacija kršenje osnovnih ljudskih prava, njegovog dostojanstva i njegove slobode, upravo tako i piše u Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima (1948.)

Primjeri članak iz Univerzalne deklaracije o ljudskim pravima: (18)

Članak 1.

Sva ljudska bića se rađaju kao slobodna i jednaka u pravima i dostojanstvu. Sva bića obdarena razumom i sviješću te trebaju jedna prema drugima postupati u duhu bratstva.

Članak 2.

Svatko ima pravo na sva prava i slobode utvrđene u ovoj Deklaraciji bez razlike bilo koje vrste, kao što je boja kože, rasna pripadnost, spolna pripadnost, materinji jezik, vjera, političko opredjeljenje, nacionalno podrijetlo, imovinski status, rođenje i ostalo. Nadalje, nije dopušteno praviti nikakve razlike temeljene na političkom, pravnom ili međunarodnom statusu zemlje ili područja iz koje neka osoba dolazi, bilo ono neovisno ili pod starateljstvom, ne-samoupravno, ili mu je na neki drugi način ograničen suverenitet.

Članak 3.

Svatko ima pravo na svoj život, vlastitu slobodu i osobnu sigurnost.

Članak 7.

Svi ljudi su jednaki pred zakonom i svi imaju jednako pravo na pravnu zaštitu, bez bilo kakve diskriminacije. Svi imaju pravo na zaštitu od svih vrsta diskriminacije kojima dolazi do kršenja ova Deklaracija, kao i na zaštitu od onih koji potiču na takvu diskriminaciju.

Stavovi medicinskog osoblja koje ima predrasude mogu iznimno narušavati ova prava te dovesti do odbijanja pomoći, nesuradnje i lošeg ishoda liječenja.

5.2. Uloga medicinskih djelatnika u provedbi načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika

Uloga svakog zdravstvenog djelatnika je provođenje i držanje načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika i ona trebaju biti polazište za provođenje svake sestrinske intervencije. Načela su takoreći pravila ponašanja koja moraju biti isprepletana kroz sestrinski rad (6).

Načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika: (6)

- Holistički pristup – poimanje oboljelih u smislu cjelovitog bića u socijalnom i kulturnom okruženju.
- Poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića – prihvaćanje oboljelih kao jedinstvene ljudske jedinice, onakvim kakav jest sa svim različitostima, vrijednostima i osobinama.
- Privatnost i dostojanstvo – uvažanje slobode izbora, čuvanje tajne i podržavanje samopoštovanja.
- Terapijska komunikacija – razvoj partnerskog odnosa i odnosa povjerenja, potrebno dobro razvijene komunikacijske vještine kako bi mogli pružiti oboljelome podršku, savjet, prihvaćenost uvjete za promjenu ponašanja i negativnih stavova.
- Bezuvjetno prihvaćanje – pružanje pomoći bez predrasude i osude.
- Uključivanje klijenta – naglašavanje jake strane bolesnika i mogućnosti, a ne slabosti i nedostatke, poticanje potencijala.
- Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi – pružanje pomoći pri prilagodbi, usvajanje poželjnih ponašanja i stvaranje terapijskog okruženja.

Kako bi se načela pravilno provodila zdravstveni djelatnici ih moraju prihvatiti kao sastavni dio svoje prakse. Potrebno je osigurati uvjete za pravilnu provedbu i uvijek ih braniti u interesu bolesnika. Vrlo bitno je da se prepozna kada se ona krše i zašto se krše, da li se krše u interesu zaštite drugih ljudi i zajednice, te prestanak razloga za kršenje (6).

5.3. Medicinski djelatnici – prevencija i prepoznavanje stigme

Medicinske sestre/tehničari su najbrojniji zdravstveni djelatnici na odjelu i najviše vremena provedu s bolesnicima. Upravo zato imaju veliku odgovornost za to kakva će biti klima na odjelu, potrebno je da se pobrinu da bude pozitivno psihosocijalno okruženje. Tijekom boravka na odjelu medicinska sestra/tehničar potrebno je poticanje bolesnika da izrazi svoje osjećaje, emocije i potrebe. Od izuzetne je važnosti da se uspostavi odnos povjerenja kako bi se dobila percepcija bolesnikova razmišljanja i stvorila sigurna okolina. Psihijatrijska sestra uspostavlja terapijski

odnos i komunikaciju s bolesnicima i pri tome mora biti oslobođena svih stigma i predrasuda. Tijekom uspostave odnosa potrebno je procjenjivati kako se djeluje na bolesnika. Uspješnost sestre najviše ovisi o njenim stavovima i o tome koliko ih je svjesna. Potrebno je stalno razmišljati kako je određeno ponašanje može utjecati na bolesnika. Stavovi su nešto stečeno što je zapravo relativno trajno i teško se mijenjaju, ali se mogu promijeniti. Dije se na tri komponente (6):

- Kognitivna – ono što se zna o objektu stava i kako se vrednuje.
- Emocionalna – osjećajni odnos prema objektu.
- Konativna – spremnost na akciju.

Predrasude su zapravo stavovi i mišljenja o nečemu koje su negativne, a formirane su prije ili bez posjedovanja objektivnih informacija o predmetu stava i često su upravo te predrasude vrlo otporne na promjene. Postoji nekoliko načina kojima se stavovi mogu promijeniti (6):

- Introspekcijom ili samoopažanjem
- Raspravom
- Proširenjem iskustva
- Igranjem uloga

Moralna obaveza svih zdravstvenih djelatnika je borba protiv stigma, odnosno predrasuda. Ta tvrdnje se ne veže samo na djelatnike koji su zaposleni na psihijatrijskim odjelima nego i na ostale koji doprinose mentalnom zdravlju populacije. Osim bolesniku, pruža se emocionalne podrške i pomoći i obitelji oboljeloga.

Iako je donesen zakon koji štiti psihijatrijske bolesnike i dalje prisutna velika količina stigmatizacije. Zato je potrebno provoditi edukacijske programe. Medicinska sestra/tehničar može sudjelovati u izvaninstitucionalnoj skrbi u sklopu izvanbolničkih programa zaštite mentalnog zdravlja.

6. ANTISTIGMA - PROGRAM ZA BORBU PROTIV STIGME KOD SHIZOFRENIH BOLESNIKA

Stigma je velika prepreka u životu oboljelih od shizofrenije i potrebno je kontinuirano raditi da tome da ima što manje negativnih posljedica. Često je glavna prepreka u liječenju i vođenju zadovoljavajućeg načina života. Antistigma programi se ne odnose samo na humanistički pristup u zaštiti ljudskih prava već i na borbu protiv diskriminacije. Potrebno je osobno angažiranje osoba sa psihičkim oboljenjem u zaštiti i promociji zdravlja (11).

Ovaj program pokrenut je pod pokroviteljstvom Globalnog programa Svjetske asocijacije psihijatarata (WPA), a naziva se još i "Schizofrenia - open the doors" - "Shizofrenija - otvorite vrata".(10)

Kako bi se postigli rezultati ovaj program mora biti uporan i ustrajan, dr. Ljubičića nam govori kako se Božja kola voze polako – mi smo svjesni da moramo premješati brda, te da je to posao koji će se mjeriti jako dugo vremena (10).

Pritom moramo biti svjesni da se moramo zajedno boriti s ukorijenjenim predrasudama, s tabuima, mitovima, usađenim strahovima i neznanjem onih koji ne boluju od određenih bolesti. Psihijatar doc. dr. sc. Eduard Pavlović govori kako se osobe koje su pogođene s tom bolešću nose se s "ljagom, žigom, biljegom" i kako se konstantno odguravaju na rub ljudske zajednice (10).

Cilj projekta je da se smanji stigma oboljelih i njihovih obitelji. Edukacijom je potrebno dati informacije koje će pobiti pogrešna vjerovanja i mitovima koji su izvori raznih stigmati i ponašanja, te oboljelima omogućiti život bez straha i predrasuda, bolji tretman društva, bolju kvalitetu života i resocijalizaciju. Kroz edukaciju bitan je kontakt s oboljelim osobama, jer upravo taj kontakt omogućuje otklanjanje straha i otpora prema shizofrenim bolesnicima (10).

Preporuke za provođenje programa: (11)

- Kontinuiranost, a ne kampanja. Sve što se postiže kampanjom brzo se gubi.
- U sredini u kojoj se provodi mora biti istaknuta velika važnost. Sredina mora biti zainteresirana za provođenje i pozitivne rezultate.
- Povezanost s problemima koje doživljavaju oboljeli i njihova obitelj.
- Program mora biti rezultat rada više službi, a rad mora biti timski.
- Program treba aktivno uključiti oboljele i članove obitelji.
- Program mora biti razumljiv i sadržavati elemente za evaluaciju.

- Program mora imati metode protiv sagorijevanja provoditelja.
- Program je potrebno provoditi na nacionalnoj razini.

6.1. Utjecaj medija

Dužnost svakog zdravstvenog djelatnika je rad na antistigma programu. Kroz medije se najčešće sve stigme koje su prisutne u društvu dodatno podržavaju i potiču, uglavnom se radi o stigmatizaciji opasnosti. Radi se o senzacionalističkim natpisima koji prodaju novine, te se jedna izdvojena situacija odrazi na sve oboljele.

Danas se u Hrvatskoj rijetko može pronaći osoba koje će otvoreno, bez zamućenog identiteta govoriti o svojoj bolesti i time se braniti od stigme, smatra se da bi im to donijelo nove probleme. Dobra je vijest da se radi na tome i da se razvijaju antistigma programi koji donose pozitivne rezultate.

Kako niti jedna druga, tako niti psihička bolest nije sramota. Etička obaveza svakog zdravstvenog djelatnika je da radi na borbi protiv stigme. Psihička bolest ne određuje karakter osobe niti ne umanjuje njegove vrijednosti (19).

6.2. Metode borbe protiv socijalne stigme i diskriminacije

Većinom autori navode tri strategije: edukacija, prosvjed i kontakt s predstavnicima stigmatizirajuće skupine – oboljeli od psihičke bolesti. Sve tri metode se moraju međusobno kombinirati kako bi bile djelotvorne jer se ni jedna pojedinačno nije pokazala uspješnom. Edukacija ima za cilj povećati znanje populacije o bolesti i važnost suprotstavljanja netočnim informacijama koje su raširene u društvu jer predstavljaju opasnost za sve oboljele. Obično su stavovi društva prema oboljelima pozitivniji ako je postojao određen kontakt s osobama koje boluju od shizofrenije ili su na neki način imali informacije o oboljelima i njihovom životu nakon liječenja. Tijekom edukacije je najvažnije da se netočnim informacijama suprotstavi s točnim činjenicama. Dosadašnja istraživanja pokazuju da je potrebno pomno planirati, te pažljivo izabrati sadržaj edukacije i kontinuirano ga ponavljati kako bi edukacija bila uspješna (11).

Kontakt oboljelih osoba s društvom izrazito je bitan za reduciranje stigme. Istraživanja govore da dovodi do smanjenja stigmatizacije. Dolazi do poboljšanja stavova osobito ako se radi o oboljelima koje funkcioniraju kao punopravni član društva, rade i žive kao dobri susjedi u zajednici (11). upravo taj kontakt stavlja u prvi plan osobu, a ne bolest. On može biti izravan, licem u lice i posredan, putem medija. Učinak će biti bolji ako je prisutna statusna jednakost, institucionalna potpora, interakcija i učestali kontakti. Kada se uključuju oboljeli njihovo sudjelovanje mora biti

dobrovoljno. Ako osobe imaju osjećaj da su prisiljene davati osobne informacije to može imati negativne posljedice za njih (11).

Prosvjed ima cilj utjecati na medije, a kojemu je poruka STOP prikazivanju netočnih informacija i širenju negativnih stavova o psihičkim bolestima. Međutim prosvjed nema mogućnost potkrijepiti negativne stavove s činjenicama. Mogu imati dvije poruke: jedna se odnosi na pogrešno predstavljanje psihičkih bolesti, a druga na negativna vjerovanja o njima.

Intervencije na razini vlade odnose se na nacionalne strategije i politike koje bi štatile ljudska prava oboljelih i stigmatiziranih. Važno je da se prepozna stigmatizacije i nepravedno ponašanje prema oboljeloj osobi jer takvo ponašanje dovodi do kršenja ljudskih prava. Za prevenciju i diskriminacije i zaštitu prava važan je rad institucija kao što su ured pučkog pravobranitelja, pravobranitelja osoba s invaliditetom i poznavanje programa koji pomažu oboljelima da zaštite svoja prava.

Krajnji cilj svega je: povećati znanje, promjena stava i ponašanja, utjecaj na vlastite vrijednosti, self koncept, poboljšati samopouzdanje, osnaživanje, pružanje ekonomske pomoći.

6.3. Važni međunarodni datumi

Diljem svijeta 10. listopada se održava Svjetski dan mentalnog zdravlja. Cilj je podići svijest javnosti o rastućem broju mentalnih oboljenja koje nastaju kao posljedica stresa, nezdravih navika i ubrzanog načina života. Svake godine organiziraju se razni programi koji pomažu u edukaciji i borbi protiv diskriminacije, te se baziraju na određeno oboljenje pa je tako 2014. godina bila je posvećena shizofreniji (20).

Mentalno zdravlje je vrlo bitno i o tome nam govori definicija koju je 1926. godine dao dr. Andrija Štampar, a ona nam govori o tome da je zdravlje stanje potpunog psihičkog, fizičkog i socijalnog blagostanja, a ne znači samo trenutno odsustvo bolesti (20). Mentalna otpornost gradi se od najranije dobi i konstantno se radi na prevenciji, liječenju i pomoći oboljelima.

Zelena vrpca je međunarodni simbol i znak solidarnosti i potpore mentalnom zdravlju, te za osnovni cilj ima smanjenje stigme i diskriminacije.

Svjetski dan shizofrenije obilježava se 24. svibnja s ciljem senzibilizacije javnosti prema ovoj ozbiljnoj bolesti.

7. ZAKLJUČAK

Shizofrenija je jedna od najtežih psihičkih bolesti. Povijesno gledajući shizofrenija je jedna od bolesti koja je javnosti ostala jedna od rijetkih koja uz čiji se spomen automatski povezuje osjećaj neugodne, straha, neupućenosti i distanciranja. Kombinacija svega navedenog može biti pogubna za oboljele, jer ne samo da se suočavaju s tom teškom bolešću, nego se suočavaju istovremeno s puno predrasuda od strane okoline. Često smatrani opasnim, nesposobnima za rad i lijenima oboljeli se povlače u sebe i samoću koja uzrokuje depresivne poremećaje. Velik broj mladih osoba koje obole od shizofrenije, u fazi kada dođe do poboljšanja općeg stanja počini samoubojstvo. Upravo zato što shvate s kojom bolešću će se morati nositi i počnu nailaziti na predrasude okoline.

Osim podrške obitelji i edukacije bitno je stvoriti što bolju okolinu za oboljele. Provodeći kontinuirane antistigma programe, obrazovati populaciju, pružati podršku oboljelima, upućivati ih na društvene aktivnosti i koristiti medije kao glavno sredstvo može se promijeniti i utjecati na negativna stajališta koja su raširena i ukorijenjena.

Kao društvo dužnost nam je zalagati se za nultu toleranciju prema diskriminaciji psihički oboljelih osoba.

8. LITERATURA

1. Online rječnik. Dostupno na: <https://www.xn--rječnik-k2a.com/stigma> (22.07.2019)
2. Luderer H. J. Shizofrenija - kako naučiti nositi se s bolešću. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
3. Horvat M. Stigmatizacija psihički oboljelih osoba (završni rad). Sveučilište Sjever. Varaždin: 2016.
4. Kaplan H. I., Sadock B. J.: Priručnik kliničke psihijatrije (prijevod drugog izdanja). Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
5. Muačević V. i suradnici: Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 1995.
6. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zdravstveno veleučilište. Zagreb: 2007.
7. Mojsević Z. Sestrinstvo u zajednici. Visoka zdravstvena škola. Zagreb: 2007.
8. Rathus S. A. Temelji psihologije (prijevod 5. Izdanja). Zagreb: Naklada Slap, 2000.
9. MSD Medicinski priručnik za pacijente. Split: Placebo d.o.o., 2008.
10. Ljubičić Đ., Vulek M., Grce M. Otvorite vrata oboljelima [Online]. Narodni zdravstveni list: siječanj – veljača 2001. Dostupno na: <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/7/antistigma.htm> (11.08.2019)
11. Štrkalj – Ivezić S. Život bez stigme psihičkih bolesnika. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
12. Milačić – Vidojević I., Dragojević N. Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica. Specijalna edukacija i rehabilitacija. 2011; Vol. 10, br. 2. 319-337.
13. Štrkalj- Ivezić S. Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj: psiho edukacija između informacije i psihoterapije. Klinika za psihijatriju Vrapče. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
14. Mimica N., Jukić V. Knjiga postera stručnjaka Psihijatrijske bolnice Vrapče 1978. - 2006., 26 izdanje. Psihijatrijska bolnica Vrapče. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče, 2006. str. 487; 509.
15. Iljkić Güttler J. Stigmatizacija psihijatrijskih pacijenata od strane medicinskih sestara (diplomski rad). Sveučilište u Zagrebu medicinski fakultet, Zagreb: 2015.

16. Čukman I. Sestrinski doživljaj pacijenta u skrbi; između stigmatizacije i dostojanstvenog uvažavanja (diplomski rad). Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Sveučilišni diplomski studij sestrinstva, Zagreb: 2015.
17. HKMS. Etički kodeks medicinskih sestara. Zagreb: 2005. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf (26.0.2019)
18. Ujedinjeni narodi. Opća deklaracija o ljudskim pravima. Pariz: 1948. Dostupno na: https://www.pariter.hr/wp-content/uploads/2014/10/opca_deklaracija_o_ljudskim-pravima.pdf (26.08.2019)
19. Zlopaš M. Psihijatrija u zajednici (završni rad). Sveučilište u Dubrovniku, Odjel za stručne studije. Preddiplomski stručni studij sestrinstvo, Dubrovnik: 2018.
20. Maričić L. Svjetski dan mentalnog zdravlja, 10. Listopad [Online]. Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar. Dostupno na: <http://www.stampar.hr/hr/novosti/svjetski-dan-mentalnog-zdravlja-10-listopada> (27.08.2019)

9. OZNAKE I KRATICE

WHO – World Health Organization

MKB - Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

DSM - Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

10. SAŽETAK

Shizofrenija je izrazito teška psihička bolest koja oboljelima potpuno mijenja život, isto kao i njihovim obiteljima, radnoj i društvenoj okolini. Uzrok nastajanja shizofrenije nije još potpuno jasan. Neki čimbenici za rizik nastajanja shizofrenije pojavljuju se već tijekom intrauterinog života i naravno genetika. Tijekom života najčešći okidač je stres. Bolest se liječi antipsihoticima koji daju odlične rezultate, ali uz lijekove vrlo je bitno posvetiti se edukaciji oboljelih i njihovih obitelji, terapijskoj zajednici, rehabilitaciji, aktivna potpora zajednice i psihoterapiji.

Stigma je nakon postavljanja dijagnoze i suočavanja s njom, druga najteža stvar s kojom se oboljeli moraju nositi. Svo to negativno etiketiranje, predrasude i izbjegavanje osoba koje su oboljele od shizofrenije znatno utječe na njihovo kako emocionalno tako i psihičko stanje. Dolazi do povlačenja u svim aspektima života i zapravo oboljelima kao društvo ostaje jedino njihova bolest s kojom se izoliraju od svih drugih ljudi. Kroz cijelu povijest pa sve do danas oboljeli od psihičkih bolesti su stigmatizirani, čovječanstvo napreduje u svemu no pitanje stigme zauvijek ostaje isto.

Ljudi danas stigmatiziraju iz neznanja, straha i zbog onoga što im se medijski daje. Mediji imaju jaku moć nad provođenjem stigme, a isto tako i antistigme. Korištenjem medija, obrazovanjem i upoznavanjem oboljelih može se utjecati na broj osoba koji stigmatiziraju kako bi imali kvalitetniji i dugotrajniji život.

Ključne riječi: shizofrenija, oboljeli, zdravstveni djelatnici, stigma, predrasude, stigmatizacija, antistigma, psihijatrija

11. SUMMARY

Schizophrenia is a very serious psychiatric illness that completely changes the lives of patients, as well as their families, work and social environment. The cause of schizophrenia is not yet clear. Some risk factors for schizophrenia occur during intrauterine life and of course genetics. During life, the most common trigger is stress. The disease is treated with antipsychotics that produce great results, but with medication it is very important to focus on educating the sick and their families, the therapeutic community, rehabilitation, active community support and psychotherapy.

Stigma, after being diagnosed and confronted with it, is the second most difficult thing for patients to deal with. All of this negative labeling, prejudice and avoidance of people with schizophrenia significantly affects their emotional and mental state. There is a withdrawal in all aspects of life and in fact the diseased as a society remains their only disease with which they isolate themselves from all other people. Throughout history and to this day, people with mental illness have been stigmatized, however humanity is making progress but the issue of stigma remains forever.

People today are stigmatized out of ignorance, fear and because of what is being given to them by the media. The media has a strong power to enforce stigma, as well as antistigma programs. Using the media, educating and getting to know the sick people can affect the number of people who are stigmatized to have a better quality and longer life.

Keywords: schizophrenia, diseased, health professionals, stigma, prejudice, stigmatization, antistigma, psychiatry

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>18.09.2019</u>	Žežević MARINA	Žežević Marina

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

Žeježić MARINA

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 18.09.2019

Žeježić Marina
potpis studenta/ice