

Stigmatizacija psihički oboljelih osoba

Horvat, Maja

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:564832>

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

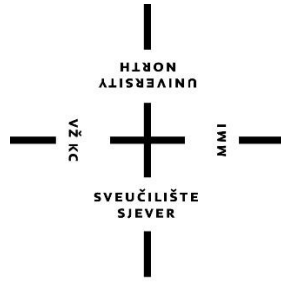
Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





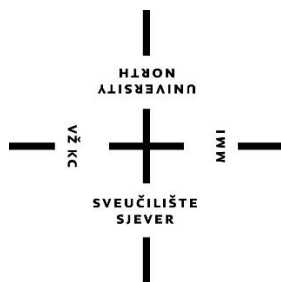
Sveučilište Sjever

Završni rad br.756/SS/2016

Stigmatizacija psihički oboljelih osoba

Maja Horvat, 5388/601

Varaždin, rujan 2016. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 756/SS/2016

Stigmatizacija psihički oboljelih osoba

Student

Maja Horvat

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2016. godine

Predgovor

Zahvaljujem se svojoj mentorici Mariji Božičević, mag.med.techn., na podršci i danim savjetima prilikom izrade završnog rada.

Zahvaljujem se obitelji i prijateljima na pruženoj podršci i pomoći tijekom studiranja.

Sažetak

Počeci psihijatrije sežu u daleku prapovijest. Iako se znanstvena psihijatrija javlja tek u 19. stoljeću, može se reći kako je diskriminacija i stigmatizacija prisutna od samog početka. Kroz povijest se na uzroke psihijatrijskih poremećaja gledalo drugačije te je tako gotovo svako stoljeće obilježeno nekim specifičnim shvaćanjem. Tako je Stari vijek obilježen trepanacijom i metodama koje su provodili razni vračevi, a Srednji vijek utjecajem crkve. Osobe oboljele od shizofrenije te one sa mentalnom retardacijom bile su 'seoske lude'. Tek se u 18. stoljeću nazire svijetla točka u psihijatriji, skidanjem okova i lanaca sa oboljelih. Također, ovdje se na uzroke psihijatrijskih bolesti gleda kroz psihološke čimbenike. Uz to, psihijatrijske su ustanove uvijek smještane izvan gradove, na planine, daleko od ostalih ljudi. To se može vidjeti još i danas. Svi ovi faktori pridonijeli su stvaranju stigmatizacije ne samo među općom populacijom već i među zdravstvenih djelatnicima. Na psihijatrijske se pacijente oduvijek gledalo kao na opasne i kriminalce. U prilog tome govori i činjenica da su ovakve osobe bivale mučene po raznim logorima, omalovažavane i etiketirane. Unatoč naporima koji su uloženi u smanjenje stigmatizacije među općom populacijom još je i danas prisutan strah i oprez prilikom kontakta s psihijatrijskim pacijentima. Ohrabrujuća je činjenica da se zbog sve većeg broja psihičkih oboljenja žele izraditi programi za borbu protiv stigmatizacije. Cilj ovakvih programa je vraćanje dostojanstva oboljelih, ali i ustanova u kojima borave. Mediji uvelike pridonose stigmatizaciji te je cilj navedenih programa upravo utjecaj na medije kako bi se stvorila pozitivna slika o psihički oboljelim osobama. Uz neznanje, strah i neprijateljstvo prema psihijatrijskim pacijentima veliki problem u liječenju predstavlja i samostigmatizacija.

Ključne riječi: psihijatrijski pacijent, stigmatizacija, samostigmatizacija, anti-stigma program

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Povijest psihijatrijske medicine.....	3
3. Povijest psihijatrijske medicine u Hrvatskoj	13
3.1. (Neuro) psihijatrijski odjeli u sklopu Općih bolnica u Hrvatskoj	15
3.2. Psihijatrijske klinike u Hrvatskoj	15
4. Povijest psihijatrijskog sestriinstva	17
5. Zakon o zaštiti psihijatrijskih pacijenata	19
6. Stavovi i predrasude	21
7. Stigmatizacija	22
8. Stigmatizacija i zdravstveni djelatnici.....	25
9. Antistigma program.....	26
10. Uloga medicinske sestre u radu s psihijatrijskim pacijentima	28
11. Zaključak.....	32
12. Literatura	33

1. Uvod

Kroz povijest pojavila su se brojna shvaćanja bolesti, no izgleda da se stav prema psihijatrijskim bolesnicima nije uvelike promijenio. Iako je u nekim razdobljima došlo do revolucionarnih promjena u psihijatriji, stav prema oboljelima ostao je isti. I dalje se smatraju čudnima, opasnima, potencijalnim kriminalcima. Ovakvih se osoba valja čuvati jer se nikad ne zna što im je na umu. Ovakve i slične izjave postaju svakodnevice. Okolina je sklona svako socijalno neprihvatljivo ponašanje prozvati nepoželjnim i poremećenim. Na psihijatrijsku se bolest ne gleda kao na izlječivu bolest. Oboljele osobe vrlo su često etiketirane za cijeli život. U novinskim člancima svakodnevno se mogu pročitati naslovi kako je neka osoba sa psihičkim poremećajem 'monstrum' i slično. Sve ove činjenice utječu na percepciju javnosti o psihijatrijskim pacijentima. Za njih su oni i dalje 'opasni monstri' koje valja zatvoriti i izolirati od ostalih u zajednici. Tako psihijatrijske ustanove vrlo često budu izgrađene van naseljenih mjesta što dodatno pridonosi stigmatizaciji oboljelih. Nadalje, psihijatrijski pacijenti uglavnom se nisu liječili već su bili prepušteni svojim obiteljima, no izgradnjom prvih psihijatrijskih ustanova to se donekle promijenilo. Iako se homoseksualna orijentacija više ne smatra poremećajem, u Drugom svjetskom ratu to nije bio slučaj. Ovakve su osobe zatvarane u logore, mučene i omalovažavane. Nad njima su provođene razne torture. Također, obilježavani su ružičastim trokutima ne bi li bili uočljiviji. Ove činjenice iz ne tako davne povijesti govore u prilog prisutnosti primitivnih stavova u društvu. U to vrijeme učinjeni su prvi pokusi sa psihijatrijskim bolesnicima. Otkriće i razvoj psihofarmaka pridonio je liječenju nekih psihijatrijskih poremećaja. Stoga ostaje nada da će se daljnjim razvojem psihofarmaka i pružanjem izvaninstitucionalne skrbi stav okoline prema psihijatrijskim pacijentima promijeniti.

Veliki problem predstavlja i samostigmatizacija gdje oboljela osoba prihvaća stavove koje mu nameće okolina. Sama stigmatizacija započinje pripisivanjem neke psihijatrijske dijagnoze. Uz to, negativni stavovi okoline djeluju na percepciju oboljelog. Gleda na sebe, kao što i okolina gleda, kao na nesposobnu osobu koja je manje vrijedna od drugih. To postaje razlog više za depresivno raspoloženje. Može se reći kako oboljeli time 'padaju u začarani krug'. Osim utjecaja na oporavak, negativni stavovi utječu i na kvalitetu života oboljele osobe koja je upitna. Upitna je također i mogućnost zapošljavanja i normalnog funkcioniranja nakon otpusta iz psihijatrijske ustanove.

Poznata je činjenica kako je neznanje izvor predrasuda. Prvenstveno je potrebna edukacija zdravstvenih djelatnika koji pružaju skrb psihijatrijskim pacijentima, a koji su skloni stigmatizaciji. Uz edukaciju osoblja, potrebna je i edukacija obitelji oboljelog. Način na koji oni gledaju na oboljelog člana od izuzetne je važnosti u procesu oporavka. Utjecajem medija i iznošenjem pozitivnih stavova može se pridonijeti promjeni stavova kod opće populacije.

U radu se namjeravaju prikazati istraživanja koja govore u prilog stigmatizaciji.

Neminovna je uloga medicinske sestre u skrbi za osobe s psihijatrijskim oboljenjem. Osim fizičkog zbrinjavanja, važnu ulogu imaju u pružanju podrške i informacija oboljelom i njegovoj obitelji. Upravo su medicinske sestre te koje prve uočavaju promjene na oboljelom. Svojim stavovima i empatičnom komunikacijom uvelike mogu smanjiti strah i sram koji je prisutan prilikom prijema, ali i tijekom boravka na psihijatrijskom odjelu. Stoga je važno zadovoljiti četrnaest osnovnih ljudskih potreba, a pritom poštivati osnovna načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika.

Uz to, 29. rujna 1997. godine u Republici Hrvatskoj donesen je Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Svrha ovog zakona je zaštita psihijatrijskih pacijenata, ali i zaštita cjelokupnog društva od psihijatrijskih pacijenata u slučajevima njihove ugroženosti. [SEDIĆ]

Usprkos donesenom zakonu kojim se štiti psihijatrijske pacijente, i dalje je prisutna stigmatizacija od strane okoline i zdravstvenih djelatnika. Brojna istraživanja govore o visokom postotku negativnih stavova medicinskog osoblja. Stoga je važno provoditi edukacijske programe kako bi se osvijestili negativni stavovi i ispravili.

2. Povijest psihijatrijske medicine

Povijest psihijatrije seže još u prapovijest. Iako nema mnogo dokaza iz toga vremena, smatra se da su primitivna plemena na duševnu bolest gledala kao na višu silu. Duševnu bolest nije bilo moguće promijeniti. Izolacija ovakvih pacijenata veže se još uz to doba. Duševni bolesnici toga doba nisu mogli pridonijeti aktivnostima plemena te su iz toga razloga bili prepušteni samima sebi ili zlim odnosno dobrim duhovima koji su krivi za njihovo stanje. [2] Tako su u predantičko doba duševni bolesnici bili prepušteni plemenskim vječevima ili svećenicima koji bi iz njih ritualno istjerivali zle duhove. Bili su podvrgavani različitim postupcima kao što su fizičko mučenje, dugotrajno izgladnjivanje, zastrašivanje, puštanje krvi i probijanje otvora na lubanji. Iste tehnike primjenjivali su Kinezi, Egipćani te Židovi. Sukladno tome, vladalo je animističko- magijsko mišljenje koje je poremećeno ponašanje tumačilo kao opsjednutost. [3] Uz to, postojala su mišljenja da na pojavu psihičkih poremećaja utječu nebeska tijela točnije Sunce i Mjesec. [1] Prema zapisima iz 860. godine prije Krista u Egiptu su psihijatrijske pacijente odvodili u hramove Saturna. S druge strane, u Grčkoj je Eusklepije oboljele pacijente također vodio u hramove koji su većinom bili smješteni u planinama. Već su u to vrijeme korištene metode kao što su sugestija, ljubaznost, okupacija, glazba i rekreacija. Prvi upitnik za mentalno oboljele izradio je Marcus Ciceron koristeći se biografskim podacima kako bi odredio adekvatan način psihološkog tretmana i njege. Upravo se u ovim zapisima mogu vidjeti počeci liječenja i zdravstvene njege psihički oboljelih osoba. [4]

Početak Starog vijeka smatra se pronalaskom pisma 3 500 godina prije Krista pa sve do propasti Rimskog Carstva 476. godine poslije Krista. Ovo doba tumači duševne poremećaje kao mistične i spektakularne. Ovakvim pacijentima bavili su se svećenici. [2] Upravo je, antičko doba, u Staroj Grčkoj bila prekretnica u shvaćanju nastanka i liječenja duševnih poremećaja. Odbacuje se animistički pristup, a duševni poremećaj se definira racionalno uz primjenu razumskog postupka. [3] Hipokrat prvi zastupa koncept somatogeneze, gdje tjelesne promjene mogu uzrokovati duševne poremećaje. Također, prvi tvrdi kako duševni poremećaji imaju isti uzrok kao i tjelesne bolesti, a oboje ovise o sredini u kojoj osoba živi. [2] Prema njemu mozak je najvažniji unutarnji organ koji je središte inteligencije, pokreta i emocija. [3] Smatra kako je odgoj važan u prevenciji duševnih poremećaja, a u liječenju preporuča blagi postupak prema oboljelima. Liječenje podrazumijeva aktivnu somatsku terapiju, obloge i masažu, emetike, purgative i opijum te puštanje krvi. Nadalje, potrebno je jačati cijeli

organizam. [2] Hipokrat kao uzrok mentalne bolesti smatra neravnotežu četiriju tekućina u tijelu. [5] Neke njegove teorije bile su prihvaćene od strane kasnijih naraštaj liječnika, no neke nisu. [2]

Rimski liječnik Asklepije zastupa mišljenje da su tjelesne bolesti uzrok duševnih poremećaja. Također, u liječenju preporuča blagi i humaniji pristup kao i boravak u osvjetljenim i prozračnim prostorijama, primjenu glazbe, putovanja i radne terapije. [2] Među najistaknutijim liječnicima toga vremena bio je Celsus koje se najviše bavio duševnim bolestima. Celsus smatra kako terapija ovisi o vrsti bolesti. Tako je za jedna oboljenja preporučio vezivanje u lance, gladovanje i batine, dok je za druga preporučio razonodu, sport i glazbu. Osim Asklepija i Celsusa, istaknuli su se rimski liječnici Aretej, Soran iz Efeza Galen, Tit. Njihovi stavovi o liječenju bili su napredniji. [3] Aretej iz Kapadokije opisao je melankoliju, te ukazuje na razliku između manije i senilne psihoze. Aretej se smatra utemeljiteljem psihogeneze, smatrajući da na pojavu tjelesnih poremećaja utječu emocionalna stanja. Soran iz Efeza zagovara uporabu psiholoških metoda liječenja, razgovor s bolesnicima i korištenje prikladne literature. [2] Galen isto kao i Hipokrat kao uzrok melankolije navodi neravnotežu četiriju tekućina u tijelu. [5] Već u to vrijeme uvidjela se potreba za zaštitom duševnih bolesnika. Rimskim pravom duševni bolesnici nisu imali pravno slobodnu volju pa samim time oboljela osoba ne može odgovarati za kazneno djelo. Uz to, nije u mogućnosti sklopiti brak niti pravno valjane poslove. Rimsko pravo uvažava remisije kao razdoblja poslovne sposobnosti. [3]

Srednji vijek, često nazivan i mračnim dobom, obuhvaća razdoblje od propasti Rimskog Carstva 476. godine pa sve do velikih zemljopisnih otkrića u 15. stoljeću.

Nakon propasti Rimskog Carstva sva do tad stečena znanja iz grčke, rimske i arapske medicine postaju zanemarena. [3] Medicina toga vremena zaostaje u svom razvoju. Na duševne poremećaje ponovo se gleda kroz misticizam i animističko tumačenje. [2] Bolesnici opet postaju opsjednuti zlim duhovima odnosno vragom koji upravljaju njihovim ponašanjem. [3] Zbog sve većeg utjecaja crkve psihičke bolesnike gledalo se kao osobe opsjednute demonima te ih se optužuje za vampirizam, bacani su u mračne tamnice i vezani lancima. Također, oboljele se smatra vješticama koje su sklopile sporazum s đavlom. [1] Važnu ulogu u liječenju psihičkih bolesti imaju i svećenici. Torturom svećenici pokušavaju istjerati sotonu iz oboljele osobe, a ukoliko ne uspiju istjerati osobu spaljuju na lomači prema uputama priručnika 'Maleus maleficarum' iz 1487. godine. [3] Neka grčko- rimska razmišljanja

zadržana su u srednjem vijeku. Tako primjerice Aleksandar iz Tralesa (VI. stoljeće) i Joannes Actuarius (XIII. stoljeće) navode da su psihičke bolesti tjelesno uzrokovane, preporučujući somatsku terapiju. [1] Tijekom 13. stoljeća kršćanstvo je imalo najveći utjecaj na liječenje psihijatrijskih pacijenata. Tako bi svaka oboljela osoba imala svog dušebrižnika. Glavna zadaća dušebrižnika bila je podrška melankoličnima i duševno oboljelima s ciljem nastanka intimnog duševnog zajedništva. Danas se na dušebrižnike gleda kao na preteču prvih modernih medicinskih sestara. [4]

Najznačajniji arapski liječnik bio je Avicenna, koji za psihički oboljele preporuča psihoterapiju pjesmom i razgovorom kao i terapiju radom. [2] Srednji vijek, poznat po mnoštvu križarskih ratova, pružao je ranjenicima i bolesnicima utočište u Salernu kod Napulja. Kasnije je ovdje osnovana medicinska škola (Scuola medica Salernitana) koja je objedinila najbolja dostignuća grčke i arapske medicine. [3] Iako nazivano mračnim dobom, u srednjem vijeku se ipak izgrađuju prve bolnice za duševno oboljele kao i azili. [2] Arapi su 875. godine osnovali prvu psihijatrijsku bolnicu. Prva europska psihijatrijska bolnica osnovana je tek 1409. godine u Valenciji. Uz to, osnovani su azili za duševno oboljele u Metz u oko 1100. godine, Gandu oko 1200. godine, Hamburgu 1375. godine te Padovi 1410. godine. U blizini Londona osnovana je bolnica St. Mary of Betlehem Hospital 1247. godine. Ista je preuređena 1676. godine kako bi u njoj boravile samo duševno oboljele osobe. Prihodima od znatizeljnih posjetitelja uzdržavalo se oboljele osobe. Isto tako i u bolnici Narrenturm koju je osnovao car Josip II. 1784. godine. [2] Ponekad su duševni bolesnici smješteni u samostane zajedno sa nemoćnim i slaboumnim osobama. Unatoč tome duševni bolesnici najčešće su bili zatvarani sa raznim kriminalcima i beskućnicima u mračne podrumne zatvora. U Belgiji je osnovano svetište, na mjestu Gheel, posvećeno Svetoj Dimfni današnjoj zaštitnici duševno oboljelih. [3]

Novi vijek s početkom u 16. stoljeću obilježen je razvojem znanosti pa tako i medicine, iako razvoj psihijatrije i dalje zaostaje za somatskom medicinom. Unatoč tome postoje liječnici koji se bave duševnim poremećajima. Ovo razdoblje često se naziva i medicinskom renesansom iz razloga što napredci u znanosti utječu na razvoj medicine. [2]

Najistaknutiji liječnik toga vremena, ali i povijesti cijele medicine, bio je Paracelsus koji je napisao prvi klasični spis o duševnim bolestima. Također, dokazuje kako duševne bolesti nisu uzrokovane demonskim silama. Paracelsus smatra da su kemijski procesi u tijelu uzrok psihičkih poremećaja, pa ih sukladno tome liječi kemijskim tvarima. Istraživao je histerije i

epilepsiju, a napravio je i novu klasifikaciju duševnih bolesti. [2] Osim Paracelsusa, u 16. stoljeću istaknuo se njemački liječnik Weyer. Navodi da su vještice i opsjednute osobe psihički bolesnici koji zahtijevaju liječenje i humani pristup. Mnogi ga iz tog razloga smatraju utemeljiteljem moderne psihijatrije. [1]

17. i 18. stoljeće obilježeno je mijenjanjem stavova o uzroku i liječenju bolesti, iako su do druge polovice 18. stoljeća duševno oboljele osobe bile ponižavane i kažnjavane osobito u seoskim sredinama i manjim gradovima. Osobe oboljele od shizofrenije i osobe s mentalnom retardacijom bile su 'seoske lude'. Brigu za takve osobe preuzeo bi azil ukoliko obitelj to nije u mogućnosti. [3] Kao što je već navedeno 17. stoljeće nije obilježeno većim pomacima u shvaćanju psihičkih poremećaja, no duševnim se bolestima posvećuje pažnja u protestantskim zemljama. Neki liječnici toga doba osobito su se istakli. Tako je primjerice Felix Plater prvi opisao kliničku sliku psihoze, iako je još uvijek vjerovao da podrijetlo bolesti leži u nadnaravnom. [1] Nadalje, Thomas Sydenham proučava histeriju a kao uzrok navodi humoralnu patologiju. [2] Istu je smatrao najraširenijom bolešću. [1] Thomas Willis također promatra histeriju, no dolazi do zaključka kako histerija nije uzrokovana kretanjem maternice po organizmu već da je to bolest mozga. [2] U ovo vrijeme pojavljuje se mistična teorija koju je razvio Jean Baptiste van Helmont smatravši kako psihičke bolesti nastaju pod utjecajem afekata na archaeus, koji je smatran regulatorom svih životnih funkcija. Lauzare Riviere pak smatra otrovanja uzrokom psihičkih oboljenja. [1]

Što se tiče samih spoznaja u 18. stoljeću, Ernst Stahl utemeljio je animizam, smatrajući psihološke čimbenike uzrokom psihičkih oboljenja. Potom, William Cullen uvodi naziv 'neuroza' dajući značaj živčanom sustavu u nastanku bolesti. [1]

Krajem 18. stoljeća pojavljuju se tri koncepta. To su animalni magnetizam, frenologija i homeopatija. Tvorcem animalnog magnetizma smatra se Franz Anton Mesmer, bečki liječnik, koji je dovodio bolesnike u stanje somnambulizma. Ovo stanje postigao je uvjeravanjem bolesnika da posjeduje magnetske snage. Pacijente bi dodirivao rukama i na taj način u labilnih osoba postigao napredak. Osnivačem frenologije smatra se Franz Joseph Gall, pariški liječnik, smatrajući da su duševna svojstva smještena u pojedinim dijelovima mozga koji mogu biti manje ili više razvijeni. Iznad razvijenijih dijelova lubanja je izbočenija. Tvorcem homeopatije smatra se njemački liječnik Samuel Hahnemann. [2] Također, krajem 18. stoljeća točnije 1769. godine talijanski liječnik Morgagni proučava mentalne poremećaje te zaključuje kako se ne radi isključivo o samo jednom psihijatrijskom poremećaju već o više njih. Time

započinje razmišljanje o klasifikaciji psihijatrijskih poremećaja. Nakon toga grupa liječnika zaključuje kako se uzrok mentalnih bolesti nalazi u mozgu gdje se nalazi središte misli. Uz to, promatrali su i obitelji u kojima su se javljali neki psihijatrijski poremećaji. [5]

Znanstveno doba psihijatrije započinje početkom 19. stoljeća, ponajprije u Francuskoj. I u ovome razdoblju znanstvena postignuća potiču razvoj psihijatrije. Najpoznatiji psihijatar toga vremena Philippe Pinel u pariškoj psihijatrijskoj bolnici Bicetre skida lance i okove s duševnih bolesnika 1792. godine. Može se reći kako je ovime započela revolucija unutar psihijatrije. [2] Osim toga, zagovara vanjske uzročnike duševnih poremećaja kao što su pogrešan odgoj, neuredan život i alkoholizam, febrilna stanja, traume glave, razni afekti. U liječenju ovakvih osoba primjenjuje psihoterapiju te radnu terapiju. Dopuštena je samo uporaba stezulje kod nemirnih bolesnika, a ostale surove metode se napuštaju. [1] Val skidanja lanaca osim što je obuhvatio ostale europske zemlje, širi se i na preostale kontinente. Ovo skidanje lanaca doprinijelo je pozitivnim promjenama na samim pacijentima. [3] Tako se Pinel smatra osnivačem humanističke psihijatrijske revolucije. Tako je primjerice Vincenzo Chiarugi, talijanski liječnik, skinuo okove sa pacijenata u psihijatrijskoj bolnici Bonifaccio kod Firenze. Uz to, engleski liječnik John Conolly ukida sva prisilna i mehanička sredstva smirivanja pacijenata. [2] Francuski psihijatra Morel smatra kako vanjski faktori, prvenstveno siromaštvo, dovode do organskih promjena u mozgu što se može prenijeti i na idući naraštaj. Zagovarao je mišljenje da se mentalni poremećaji razlikuju u težini, no ne i po uzroku. Ovakav pesimističan stav vodio je tome da se oboljele osobe izdvajalo iz zajednice. [5] Još je kralj Jakob I. 1723. godine u Engleskoj donio zakon da se formira povjerenstvo koje je štitalo interese duševno oboljelih osoba. Osamdesetak godina kasnije, točnije 1808. godine, u Engleskoj izlazi Wynov zakon kojim je definiran način zbrinjavanja duševno oboljelih. Nadalje, 1815. godine utemeljen je specijalni odbor kojemu je zadatak ispitivanje stanja u psihijatrijskim bolnicama diljem Engleske. Također, 1828. godine počinju se nadzirati domovi u kojima su smješteni psihijatrijski bolesnici, dok je zalaganjem Dorothee Dix 1855. godine formirano povjerenstvo kojemu je zadatak ispitati stanje duševnih bolnica. Krajem 18. stoljeća duševni bolesnici se odvajaju od kriminalaca otvaranjem psihijatrijskih bolnica u Pragu 1783. godine i Beču 1784. godine. No, u tim se bolnicama još uvijek primjenjuju metode koje slične onima iz srednjeg vijeka. Humanizirani odnosi prema pacijentima vidljivi su u Rusiji i Americi. Kasnije se psihijatrija u navedenim državama razvija samostalno uz izgradnju vlastitih psihijatrijskih škola. [2]

Na početku 19. stoljeća osnivaju se azili. Zapisi iz toga vremena govore da je ludilo posljedica ekscesivne iritacije živčanog sustava stoga se preporuča umirujuća okolina. Privatni azili bili su smješteni na obroncima planina uz jezero, a nalikuju kućama za odmor. Prvenstveno su u takve azili bili smješteni pojedinci iz bogatih obitelji. Ovakve kuće nazivaju se i 'Pansioni za oporavak živčanih bolesnika', 'Bolnice za psihološki oporavak' ili pak 'Pansioni za histeriju'. [3] Tijekom 19. i 20. stoljeća vidljiv je napredak u razvoju psihijatrije. Tim napretkom promijenjen je položaj psihički oboljelih osoba. Sustav sputavanja ukinut je u velikoj većini zemalja. [2] Kako je već navedeno psihijatrijski su se bolesnici obično izdvajali u velike ustanove van zajednice. U tim ustanovama često je boravilo i nekoliko tisuća oboljelih, a brigu o njima su preuzela dva ili tri liječnika. Glavni cilj takvih ustanova bio je čuvanje i izolacija psihički oboljelih osoba. Često u takvim ustanovama nije bilo medicinskih sestara već samo čuvari koji su održavali red. Ovakvim načinom smještaja oboljele osobe se udaljavalo od njihovih obitelji, što je pogodovalo razvitku hospitalizma i otporu povratka kući. Zatvoreni sustav ili restraint system, koji je bio restriktivan, polako se zamjenjuje poluotvorenim sustavom. Potom se uvodi otvoreni sustav ili open door system u kojem se psihijatrijski bolesnici mogu slobodno kretati ili pak zapošljavati. [5] Zapošljavanje je podrazumijevalo rad na poljoprivrednim dobrima ili neko drugo jednostavnije zaposlenje. [1] Upravo se zdravstvenoj njezi i liječenju psihijatrijskih bolesnika daje sve veća pažnja otvaranjem specijaliziranih institucija za pojedine kategorije psihijatrijskih bolesti, primjerice za osobe oboljele od epilepsije, ovisnike i duševno zaostale. Zastupljen je paviljonski tip gradnje psihijatrijskih bolnica. Također, kako bi se psihijatrijske pacijente resocijaliziralo osnivaju se kolonije za duševno oboljele. [2]

Glavno obilježje psihijatrije 19. stoljeća bila je podjela psihijataru na somatičare i psihičare. Stav somatičara je utemeljen na kemiji, anatomiji i fiziologiji te funkcionalnoj organizaciji mozga, te je vidljivo kako naginju medicinskom modelu bolesti. [3] Uzrokom psihijatrijskih poremećaja smatraju se oštećenja pojedinih dijelova mozga. Prema tome ovaj smjer shvaćanja bolesti se još naziva i somatskom cerebralnom psihijatrijom. [2] S druge strane stav psihičara ističe psihosocijalnu dimenziju psihijatrijskih poremećaja i zagovara se psihosocijalni model shvaćanja bolesti. [3] Ovaj model razvio se u Njemačkoj, gdje se na duševnu bolest gledalo kao posljedicu grijeha. [2] Također, uzrokom se smatra priklanjanje zlu, egoizam, strast, oholost i religijski prijestupi. [3] Preporučivana je vjera u Boga i pobožan način života. [2] Potiče se primjena psihoterapije s naglaskom na obnovu morala. Među psihičarima istaknuli su s Georg Ernst Stahl, Johan August Uncer, Johann Christian August

Heinroth. S druge strane, među predstavnicima somatičara istaknuo se Wilhelm Griesinger koji zagovara empirijska ispitivanja u psihijatriji i određuje neuropatološki smjer u psihijatriji. Ovaj smjer slijede Otto Carl Westphal, Theodor Hermann Meynert, Carl Wernicke i Karl Bonhoeffe. [3] Wilhelm Griesinger u ispitivanju psihijatrijskih oboljenja koristi neurološke metode te ih povezuje s primijećenim patofiziološkim i neurološkim promjenama. Upravo povezivanje neurologije s psihijatrijom rezultira otvaranjem neurološko- psihijatrijskih klinika i odjela smještenim u općim bolnicama. Nekoliko autora zaslužna su za stvaranje neuropatološkog smjera u psihijatriji. Tako Karl Westphal uvodi precizna psihička i neurološka ispitivanja funkcija, Theodor Meynert duševne simptome povezuje sa vazomotornim poremećajima u mozgu, a Karl Wernicke također duševna oboljenja povezuje sa neurološkim poremećajima. [2]

Esquirol polovicom 19. stoljeća pokazuje interes za svakog oboljelog pojedinca te smatra kako su u nastanku psihičkih poremećaja jednako važni i psihički i fizički faktori. Tako je napravio razliku između predisponirajućih i precipitirajućih faktora, a nasljeđu pridodaje veliku važnost. Također povezuje dob sa nastankom različitih psihijatrijskim poremećajima, a osobnost pojedinca navodi kao predisponirajući faktor za nastanak određenog poremećaja. [5] Potkraj 19. stoljeća mnogi autori se slažu oko mišljenja da psihičku bolest izaziva više faktora.

U to vrijeme još uvijek se teže psihički oboljele osobe smještalo u razne azile, dok bi se neuroza, histerija, hipohondija i blaža depresija liječili kod liječnika obiteljske medicine. [5]

Tako je sljedbenik Esquirola, Jean Martin Charcot smatrao da je histerija funkcionalna bolest mozga i da ju je moguće izliječiti hipnozom. [5] Sigmunda Freuda boravak u bolnici kod Charcota navodi na mišljenje da se u pozadini histeričnih tjelesnih simptoma krije emocionalni konflikt. Ujedno Freud je utemeljitelj psihodinamske psihijatrije i psihoanalize. Svoj veliki doprinos daje opisom strukturne teorije ličnosti. [3] Ista podrazumijeva podjelu ličnosti na id, ego i superego. Tako smatra da je id nesusvjesni dio ličnosti kojim upravljaju nagoni prvenstveno seksualni. Ego podrazumijeva svjesni dio ličnosti kojemu je uloga da korespondira s okolinom i testira stvarnost. Superego opisuje kao savjest svake osobe odnosno kombinaciju svjesnog i nesusvjesnog dijela ličnosti koji uključuje ograničenja i zabrane nametnute od strane društva. Brojne spoznaje do kojih je došao Freud korisne su još i danas. [2] Nadalje, Emil Kraepelin ističe važnost kliničkog promatranja te psihološkog pokusa. [1] Tvorac je moderne klasifikacije duševnih bolesti. [2]

Iz svega navedenog vidljivo je 20. stoljeće obilježeno znatnim razvitkom psihijatrije te odnosa prema duševno oboljelima.

U povijesti psihijatrije postoje četiri psihijatrijske revolucije. Prva revolucija započela je nakon Pinelovog skidanja lanaca 1793. godine. Otkrićem inzulinskih šokova, barbiturata i elektrokonvulzivne terapije započela je Druga psihijatrijska revolucija. [3] Manfred Sakel 1935. godine liječi shizofreniju uz pomoć inzulinskih šokova. Iako su barbiturati otkriveni već 1862. godine, švicarski psihijatar Jakob Klaesi 1923. godine počinje upotrebljavati barbiturate kako bi održavao san u metodi zvanj dugotrajno spavanje. Ovo razdoblje obilježio je Mađar Ladislav Meduna koji 1934. godine shizofene bolesnike liječi konvulzijama izazvanim kardijazolom. Ugo Cerletti i Lucio Bini 1937. godine umjesto kardijazola koriste električnu struju čime se razvija elektrokonvulzivna terapija. [2] Treća psihijatrijska revolucija veže se uz otkriće psihofarmaka pa se stoga naziva i psihofarmakološka. [3] Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji psihofarmaci se definiraju kao sredstva koja imaju učinak na psihičke funkcije, ponašanja i doživljavanje oboljelih. Ovaj pomak u liječenju psihijatrijskih bolesnika započeo je 1952. godine pojavom klorpromazina, kojeg su primijenili Jean Delay i Pierre Deniker. [2] Četvrta ili socijalno- psihijatrijska revolucija počinje razvitkom socijalne psihijatrije. [3]

Utemeljitelj mentalne higijene, novog smjera u medicini, bio je Clifford Beers. Bio je duševni bolesnik koji je liječen u brojnim psihijatrijskim bolnicama te tamo doživio mnogobrojna poniženja i nehumane postupke. Upoznavši javnost sa teškim uvjetima sa kojima se susretao, pokreće javno mnijenje u SAD-u. Time želi humanizirati život psihijatrijskih pacijenata. S druge strane, Egaz Moniz 1936. godine izveo je prvi psihokirurški zahvat nazvan leukotomija. Za ovaj zahvat 1949. godine dobiva Nobelovu nagradu. Ovaj postupak uvelike se upotrebljavao po cijelom svijetu, posebice Americi. Pošto se ova metoda pokazala vrlo agresivnom i nesigurnom, iz etičkih je razloga izbačena iz uporabe. Pokret koji je i danas aktivan traži posthumno oduzimanje Nobelove nagrade Monizu. [2]

Kao što je već navedeno psihofarmaci se pojavljuju 50- ih godina prošlog stoljeća.

Ovim otkrićem sve se više psihijatrijskih pacijenata otpušta iz ustanova i liječi ambulantno. To je pridonijelo deinstitucionalizaciji, dok uporaba novih atipičnih psihofarmaka dovodi ne samo do smanjenja broja psihijatrijskih kreveta diljem svijeta i deinstitucionalizacije, već i do rehabilitacije i uključivanja oboljelih u sve aspekte društvenog života. Paralelno s ovime razvijala se i psihoterapija. Prema službenim podacima postoji više

od 400 psihoterapijskih teorija, postupaka i smjerova. Među najistaknutijima su psihodinamski orijentirana psihoterapija, psihoanaliza, grupna analiza, bihevioralna psihoterapija, obiteljska psihoterapija, kognitivno orijentirane psihoterapije, transakcijska psihoterapija, gestalt- psihoterapija te integrativna psihoterapija. U posljednjih 50- ak godina u svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi koriste se socioterapijske i radno okupacijske metode liječenja. Uz to, psihoterapija se često zloupotrebljavala tijekom povijesti posebice u totalitarnim režimima komunizma, nacizma i fašizma. Tako bi neistomišljenici često završavali u psihijatrijskim bolnicama. Širenjem raznih eugeničkih teorija mnogi psihijatrijski bolesnici bili su ubijeni, tako je primjerice u sklopu nacističkog režima ubijeno oko 200 000 psihijatrijskih bolesnika. [2] Neki podaci govore da je čak 300 000 duševno oboljelih i slaboumnih osoba ubijeno u nacističkoj Njemačkoj. U pet njemačkih psihijatrijskih bolnica prvi puta se pojavljuju plinske komore, a u nacionalsocijalističku partiju upravo se najviše psihijataru učlanjuju. [3] Upravo se iz ovih razloga krajem 60-ih i početkom 70- ih godina 20. stoljeća osniva antipsihijatrijski pokret čiji su glavni predstavnici bili Ronald Laing, David Cooper, Thomas Szasz i Franco Basaglia. Ovim pokretom zapadni intelektualci prihvaćaju njegove teorijske postavke, no nema značajnijeg utjecaja na samu psihijatrijsku praksu. [2]

Psihijatri diljem svijeta još su i danas izloženi političkim pritiscima i stigmati, no Svjetsko psihijatrijsko društvo 2005. godine u Cairu u reviziju Madridske deklaracije uvodi zaseban članak o 'Pravo psihijataru da odbiju pritisak koji na njih vrše vladajući režimi kako bi preko njih postigli svoje političke ciljeve'. [3] Isto tako posljednjih se desetljeća sve veća pažnja pridaje psihijatriji u zajednici. Kako zbog ekonomskih razloga tako i otkrićem psihofarmaka sve se više potiče otpust psihijatrijskih pacijenata iz ustanova i liječenje u socijalnoj sredini. Zbog smanjenja broja psihijatrijskih postelja na broj stanovnika dolazi do preranog otpusta oboljelih. Ovakvi neizliječeni pacijenti čine razna kaznena djela te se nakon sudskih procedura smještavaju na forenzičko- psihijatrijske odjele. Ove činjenice govore u prilog porasta broja 'forenzičkih (sudskih) pacijenata'. [2]

Kao što je već navedeno psihijatrija u samoj zajednici razvila se 60- ih godina 20. stoljeća iz pokreta za deinstitucionalizaciju i zatvaranja azila te iz pokreta koji promiče prava psihijatrijskih pacijenata. No, sami počeci psihijatrije u zajednici naziru se već u 18. stoljeću kada nastaje moralni tretman. Ovaj termin označava humaniju skrb za oboljele i bliski odnos između pacijenata i osoblja. Moralni tretman utemeljen je na učenjima Philippea Pinela. Također 60-ih godina 20. stoljeća u Europi se javlja pokret za deinstitucionalizaciju duševnih pacijenata i reformu psihijatrijske službe. Kao primjer ovog pokreta je reforma u Italiji 1968.

godine kojom se na inicijativu građana zatvaraju azili što je dokaz da se duševni pacijenti mogu liječiti u zajednici. Među najistaknutijima u antipsihijatrijskom pokretu bio je Franco Basaglia koji je izbacio institucionalne barijere i restriktivne postupke, otvorio sve odjele. Omogućio je slobodno kretanje pacijenata, a oni sami organiziraju slobodne aktivnosti. [5]

Nakon što je Basaglia 1971. godine u Trstu zatvorio psihijatrijsku ustanovu uslijedilo je otvaranje mreže institucija koje su zbrinjavale duševno oboljele. Uz to, 1973. godine osniva Društvo za demokratsku psihijatriju s ciljem postizanja nacionalne reforme. Ovo društvo je doprinijelo promjeni zakona, zatvaranju psihijatrijskih ustanova zabranom novih prijema, izvaninstitucionalnoj skrbi. Tako se primjerice osobe prisilno hospitaliziraju samo u iznimnim slučajevima. Tako se 1963. godine uz podršku predsjednika J. F. Kennedyja pokreće zakonska podloga za savezno financirani sustav centara za mentalno zdravlje u zajednici. Isto tako organizirano je 758 centara, od predviđenih 2000, što je obuhvatilo 52 % populacije. Osim dobrih strana ove reforme, postoje i neke loše. Skrb je bila usmjerena samo na najhitnije intervencije, a izostala je i kvalitetna rehabilitacija. Osamdesetih godina javljaju se zahtjevi za sveobuhvatnom psihijatrijskom službom koja bi trebala osigurati stalnost skrbi kroz psihijatriju u zajednici, prevenciju preko edukacije, rane intervencije i otklanjanje stigme s oboljelih, minimaliziranje zakonskog upletanja, edukaciju stručnjaka za rane intervencije, izvaninstitucionalno liječenje te prijelazno i zaštićeno stanovanje. [5]

3. Povijest psihijatrijske medicine u Hrvatskoj

Postoji malo podataka o brizi za duševno oboljele osobe prije izgradnje prve psihijatrijske bolnice krajem 19. stoljeća. Bolesnici su bili prepušteni samima sebi i svojim obiteljima s obzirom da nije postojala nikakva organizirana služba koja bi oboljelima pružila potrebnu skrb. No, početkom devetnaestog stoljeća pojavila se praksa da se teške psihijatrijske bolesnike hospitalizira u ustanove na području Austrije i Mađarske. O nepostojanju organizirane psihijatrijske skrbi u doktorskoj disertaciji 1959. godine piše Ladislav Glesinger. Navodi kako se skrb o psihijatrijskim bolesnicima počela razvijati osnivanjem zavoda u Stenjevcu kod Zagreba 1879. godine te u Šibeniku 1884. godine. Poznati su podatci da je prvi stacionar na području Hrvatske bio osnovan 1804. godine u Dubrovniku. Ovaj stacionar još se naziva 'Mala stanica', a mogao je zbrinuti desetak osoba. U prvoj polovici 19. stoljeća, točnije 1823. godine, u Belom Kamniku pokraj Rijeke u sklopu ubožnice otvoren je odjel koji se može smatrati prvim psihijatrijskim odjelom na području Hrvatske. Također, poznat je podatak kako se mali odjel za psihijatrijske bolesnike nalazio u sklopu Zakladne bolnice Milosrdne braće u Zagrebu, na Harmici, tijekom devetnaestog stoljeća. Odjel se nazivao XIII. 'luđački' odjel. [2]

Povijest hrvatske psihijatrije počinje se znatnije razvijati izgradnjom Klinike za psihijatriju Vrapče. Do tada se bolnica nazivala Zavod za umobolne Stanjevec. Izgradnja klinike započela je 1877. godine, a prvi bolesnici su tamo smješteni 15 i 16. studenog 1879. godine. Ubrzo je uslijedilo i proširenje bolnice s obzirom da je predviđeno da se u bolnicu smjesti tristotinjak bolesnika, ali broj oboljelih bio je znatno veći. Već je 1932. godine bolnica bila prisiljena osnovati stacionar u Jankomiru u Zagrebu. Stacionar je mogao zaprimiti oko 130 oboljelih, a oni su se bavili poljoprivrednim radovima i prehranom svinja, krava i peradi. Upravo bolnica Vrapče predvodi u stručno- znanstvenom i humanom pristupu te se ovdje educiraju prvi hrvatski psihijatri koji kasnije u Hrvatskoj organiziraju psihijatrijsku službu i skrb o psihijatrijskim bolesnicima. Danas Klinika za psihijatriju Vrapče može smjestiti oko 800 psihijatrijskih bolesnika. [2]

Uz bolnicu Vrapče, 1905. godine osnovana je psihijatrijska bolnica u Pakracu koja je zapimala stotinu oboljelih. Sedamdesetih godina postaje dio Opće bolnice Pakrac, dok je prvotno bila depandansa Bolnice u Vrapču. Tijekom ratnih zbivanja 1991. godine, pacijenti su iz ove ustanove premješteni, a nakon završetka rata više se u nju nisu vraćali. [2]

Također, Ivan Barbot osniva 1934. godine psihijatrijsku bolnicu u dvorcu u Popovači. Krajem 20. stoljeća bolnica je primila 900 oboljelih, dok danas prima oko 650 pacijenata. [2]

U blizini Zadra, u Zemuniku Donjem osniva se 1938. godine psihijatrijsku odjel u gospodarskoj zgradi (štali) koji je primao 80 oboljelih osoba. Kasnije je postao dio OPće bolnice Zadar, dok je prvotno bio u sklopu depandansa šibenske psihijatrije. Nakon toga postaje samostalna bolnica s kapacitetom od oko 250 kreveta. Zbog ratnih okolnosti bolnica se zatvara. [2]

Na otocima, Rabu i Ugljanu 1955. godine osnovane su psihijatrijske bolnice koje su još i danas u funkciji, iako se često postavlja pitanje opravdanosti njihova opstanka. Bolnice su osnovane u napuštenim vojarnama, a svaka ima kapacitet od 450 kreveta. [2]

Godine 1958. bolnica na Jankomiru postaje samostalna Psihijatrijska bolnica Jankomir. Do tada je bila u sklopu Bolnice Vrapče za kronične psihijatrijske bolesnike. Danas se ova bolnica naziva 'Sveti Ivan'. [2]

U Lopači kraj Rijeke 1966. godine osniva se socijalno- zdravstvena ustanova za duševno oboljele. Jedan dio bolnice je posljednjih godina preuređen u bolničku jedinicu. [2]

Današnji psihijatrijski odjel u Šibeniku osnovan je još 1883. godine. No, tek je od 1926. godine u sastavu Opće bolnice u Šibeniku, iako se ovu bolnicu još dugo zbog njenog značaja doživljavalo kao samostalnu ustanovu. [2]

3.1. (Neuro) psihijatrijski odjeli u sklopu Općih bolnica u Hrvatskoj

Usljed razvoja psihijatrije u Hrvatskoj i otkrića psihofarmaka, šezdesetih i sedamdesetih godina prošlog stoljeća osniva se većina (neuro) psihijatrijskih odjela u sklopu općih bolnica. Ovi neuropsihijatrijski odjeli u pravilu su kasnije podijeljeni na neurološke i psihijatrijske. Odjeli u Puli i Šibeniku jedini nisu nastali dijeljenjem neuropsihijatrijskih odjela. Tako je primjerice psihijatrijski odjel u Našicama u sklopu interne, što se očekuje i za odjel u Gospiću. Isto tako i u Ogulinu gdje je psihijatrijski odjel formiran 1975. godine. Nakon toga krenuo je val osamostaljenja psihijatrijskih odjela 1980. u Zadru, 1981. u Koprivnici, 1982. u Varaždinu, 1985. u Dubrovniku, 1990. u Karlovcu i Vinkovcima, 1992. u Požegi, 1993. u Čakovcu, 1996. u Novoj Gradiški, Bjelovaru te Klinička bolnica Dubrava Zagreb, 1997. u Virovitici, 1999. u Vukovaru te 2001. u Slavonskom Brodu. Također, u Petrinji je osnovan 1972. godine psihijatrijski odjel koji nakon ratnih zbivanja više nije obnovljen. Stoga se svi oboljeli s toga područja zbrinjavaju u Psihijatrijskoj bolnici Popovača. [2]

3.2. Psihijatrijske klinike u Hrvatskoj

Prva neuropsihijatrijska klinika osnovana je 1923. godine kao klinika Medicinskog fakulteta. Ona je od samog početka postojala kao klinika, dok su sve druge kasnije bile neuropsihijatrijski odjeli koji su dobili status klinika. Od 1943. godine Klinika Medicinskog fakulteta Zagreb nalazi se u Bolnici na Rebru, koja je danas Klinički bolnički centar Zagreb. [2]

Medicinski fakultet u Zagrebu dobiva i drugu kliniku u Bolnici Vrapče 1993. godine. Prvotno je samo dio bolnice dobio status klinike dok je od 2010. godine ova bolnica u cjelini klinika. [2]

Godine 1971. osniva se neuropsihijatrijska klinika Stomatološkog fakulteta u Zagrebu, dok se 1995. godine ista osamostaljuje u Kliniku za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Sestre milosrdnice. Ova klinika posebno zastupa socijalnu psihijatriju te proučavanje i liječenje ovisnosti. Klinika pri Medicinskom fakultetu u Rijeci nakon što je osnovana 1973. godine, ukinuta je zbog kadrovskih teškoća. Ponovo je uspostavljena devedesetih godina. [2]

Psihijatrijski odjel u Splitu koji se osamostalio iz neuropsihijatrijskog odjela 1980. godine, osnivanjem Medicinskog fakulteta 1986. godine postaje klinika. [2]

Neuropsihijatrijski odjel u Osijeku osnovan je 1940. godine, dok se osamostalio 1987. godine. Godinu kasnije, 1988., formirana je Klinika za psihijatriju Medicinskog fakulteta Osijek. [2]

Klinika za psihijatriju Zdravstvenog veleučilišta u Zagrebu osnovana je iz psihijatrijskog odjela Kliničke bolnice Dubrava krajem prvog desetljeća ovog stoljeća. [2]

Može se reći da se psihijatrija u Hrvatskoj razvijala u korak sa onom u svijetu. Razvoj je obilježen četirima razdobljima koja zaostaju za onima u razvijenim zemljama. Prvo razdoblje je razdoblje klasične psihijatrijske službe gdje su se oboljeli zbrinjavali u azilima. Ovo se razdoblje preklapa sa izgradnjom prvih psihijatrijskih ustanova 19. stoljeća. Vidljiva je prisutnost elemenata ovog razdoblja još i danas. Drugo je razdoblje obilježeno zbrinjavanjem oboljelih s obzirom na trajanje i težinu same bolesti. Osnivanjem neuropsihijatrijskih odjela u općim i kliničkim bolnicama započinje ovo razdoblje. Ono traje od druge polovine prošlog stoljeća pa sve do danas. Treće razdoblje prisutno je posljednjih četrdesetak godina, a obilježeno je socijalno- psihijatrijskom službom. Posljednje razdoblje obilježava psihijatrija u zajednici. Može se reći da je ovo razdoblje tek u svom razvitku posljednjih dvadesetak godina. [2]

Osim toga, vidljivo je kako osnivanje mnogih psihijatrijskih ustanova nije bilo planirano ni promišljeno. Tako bi se u nekim krajevima ustrajalo na osnivanju psihijatrijske ustanove kako bi se zaposlilo lokalno stanovništvo ili ispunio slobodan i napušten prostor. Uz to, broj kreveta u ustanovama se kroz povijest mijenjao te je svoj vrhunac doživio 1990. godine s kapacitetom od čak 5800. Prije toga, šezdesetih je godina iznosio ukupno 4150 kreveta. Posljednjih se dvadeset i pet godina nastoji smanjiti broj postelja kako bi se ujedno i dalje razvijala već spomenuta psihijatrija u zajednici. Ista bi u skoroj budućnosti trebala kompenzirati određeni broj kreveta. [2]

4. Povijest psihijatrijskog sestrinstva

Medicinske sestre u psihijatriji javljaju se tek 1808. godine kada se uvidjela potreba za njihovim uključivanjem u skrb za duševno oboljele. Kako je sama psihijatrija postala specijalizirana struka, tako se potiče obrazovanje medicinskih sestara. Medicinske sestre se smatralo 'čuvarima poludjelih'. Liječnik William Ellis u svojoj publikaciji 1936. godine zastupa stav kako upravo medicinske sestre smiruju depresivne pacijente i daju nadu oboljelima. Međutim, u to vrijeme medicinska sestra je bila rijetko dostupna psihički oboljelim osobama. Oboljele bi zbrinjavali njihove obitelji ili siromašniji rođaci. Opasni pacijenti su se smještali u zasebne zatvore većinom odvojene od naselja. U Sjedinjenim Američkim Državama u Hamiltonu je 1876. godine izgrađena prva psihijatrijska bolnica, a u sklopu nje 1902. godine osnovana škola za obuku psihijatrijskih medicinskih sestara. Škola je akreditirana 1924. godine, a u njoj je diplomiralo ukupno 240 psihijatrijskih sestara. Već je 1882. godine u bolnici Mc Lean u Massachusettsu utemeljena prva škola za obuku psihijatrijskih medicinskih sestara koja priznaje i muškarce. Međutim, prva specijalizirana škola za medicinske sestre iz psihijatrijske zdravstvene njege bila je na Boston City Collegue-u 1882. godine. Predvodnica ove škole bila je Linda Richards. Osnivanje ovih škola utjecalo je na promjenu mišljenja kako žene ne treba uključiti u medicinu. Prvi priručnik za njegovatelje izdalo je medicinsko- psihološko udruženje 1885. godine na Novom Zelandu. Neki liječnici započinju sa obukom osoblja u azilima 1890. godine. Prvi registar sestara općeg smjera izradila je Grace Neill. Promicala je edukaciju psihijatrijskih medicinskih sestara. Medicinske sestre koje su završile program obuke 1907. godine, a zatim 1908. godine upisane u novi Registar smatraju se prvim profesionalnim medicinskim sestrama. Zbog postojećih stavova Parlamenta o mentalnim bolestima ove medicinske sestre imale su slabiji status nego li ostale medicinske sestre. U isto vrijeme u Aziji još uvijek psihijatrijsku njegu pacijenata obavljaju sestre općeg smjera. Iz svega navedenog vidljivo je da je do 19. stoljeća bila prepoznata potreba za drugačijom njegom mentalno oboljelih osoba uz razvijene specifične vještine medicinskih sestara. Međutim, procvat psihijatrijskog sestrinstva dogodio se u 20. stoljeću, gdje se psihijatrijsko sestrinstvo priznaje kao zasebna profesija. Na Jones Hopkins University 1913. godine uveden je kolegij sestrinstva u psihijatriji kao dio općeg curriculumu. U Indiji se 1921. godine organiziraju tečajevi u trajanju od 3- 6 mjeseci. Mogućnost daljnje izobrazbe psihijatrijskim medicinskim sestrama postoji od 1967. godine. U Irskoj smjer psihijatrijskog sestrinstva pojavljuje se od 1984. godine. Najveći napredak u obrazovanju

psihijatrijskih sestara vidljiv je u Sjedinjenim Američkim Državama. Najprije je 1913. godine osnovan prvi studijski program za psihijatrijske medicinske sestre. Ovaj program pokrenula je Euphenia Jane Taylor na Yale Schoole of Nursing. Također, ona je prvi profesor psihijatrijskog sestrinstva na svijetu. Prvi psihijatrijski sestrinski članak pod nazivom 'Nursing mental disease' objavila je Harriet Bailey 1920. godine. Ujedno, Bailey je izdala prvi psihijatrijski sestrinski priručnik nazvan 'Nursing in mental disease'. Hildegard Peplau 1952. godine objavljuje publikaciju 'Interpersonal relations in nursing'. Uz to, 1954. godine osnovan je prvi diplomski program za psihijatrijske medicinske sestre na Rutgers University. Nadalje, psihijatrijski sestrinski časopisi 'Perspectives in Psychiatric Care' i 'Journal of Psychiatric Nursing' prvi su puta objavljeni 1963. godine. Prvi standardi psihijatrijske sestrinske prakse objavljuje Američko udruženje sestara 1967. godine. Uz to, objavljuju i certifikate iz specijalizacije psihijatrijskog mentalnog sestrinstva. Unatoč razlikama u obrazovanju psihijatrijskih medicinskih sestara važno je istaknuti da se psihijatrijsko sestrinstvo odvojilo od općeg smjera sestrinstva. [4]

Formalno školovanje za psihijatrijske medicinske sestre započinje tek 2009. godine prvim diplomskim specijalističkim studijem u Zagrebu. Osoba koja je znatno utjecala na razvoj psihijatrijskog sestrinstva u Hrvatskoj je Darja Benussi. [4]

5. Zakon o zaštiti psihijatrijskih pacijenata

Vidljivo je da se zadnjih tridesetak godina sve veća pažnja pridaje zaštiti prava psihijatrijskih bolesnika. U prilog tome govori podatak da u gotovo svim zapadnim zemljama postoje zakoni o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Kako se razvijala svijesti o važnosti poštivanja ljudskih prava, tako se mijenjao i odnos prema psihički oboljelim osobama. Unatoč tome mnogi oboljeli ostaju bez adekvatnog liječenja i samim time nezaštićeni. [2]

U Republici Hrvatskoj prava psihijatrijskih pacijenata regulirana su Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i to člankom 11. koji glasi: 'Svaka osoba s duševnim smetnjama dobrovoljno ili prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu ima pravo': [6]

- 1) Biti upoznata u vrijeme prijema, a kasnije na svoj izričit zahtjev, sa svojim pravima i dužnostima te poučena o tome kako može svoja prava ostvariti,
- 2) Biti upoznata s razlozima i ciljevima njenog smještaja te sa svrhom, prirodom, posljedicama, korisnošću i opasnostima provedbe predloženog oblika liječenja kako i s korisnošću i opasnostima provedbe drugih mogućosti liječenja,
- 3) Djelatno sudjelovati u planiranju i provođenju svojega liječenja, oporavka i resocijalizacije,
- 4) Obrazovati se i radno osposobiti prema općem programu ili posebnom programu za osobe s poteškoćama u učenju,
- 5) Na odgovarajuću novčanu naknadu za rad u radno- terapijskim poslovima od kojih ustanova u kojoj se nalaze na liječenju ostvaruje prihod,
- 6) Podnositi pritužbe izravno ravnatelju psihijatrijske ustanove ili predstojniku odjela glede oblika liječenja, dijagnosticiranja, otpusta iz ustanove i povrede njezinih prava i sloboda,
- 7) Postavljati zahtjeve i izjavljivati bez nadzora i ograničenja prigovore, žalbe i druge pravne lijekove nadležnim pravosudnim i državnim tijelima,
- 8) Savjetovati se o svom trošku na samo s liječnikom ili odvjetnikom po svom izboru,
- 9) Družiti se sa drugim osobama u psihijatrijskoj ustanovi i primati posjete,
- 10) O svom trošku slati i primati bez nadzora i ograničenja poštu, pakete i tiskovine te telefonirati,
- 11) Pratiti radio i televizijske programe,

- 12) Posjedovati predmete za osobnu uporabu,
- 13) Sudjelovati po svom izboru u vjerski aktivnostima u okvir mogućnosti psihijatrijske ustanove,
- 14) Predlagati premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu,
- 15) Biti otpuštena iz ustanove uz osiguranu podršku za prihvata u zajednici.

(2) Obavijesti iz stavka 1. točke 1. i 2. ovoga članka unose se u liječničku dokumentaciju osobe s duševnim smetnjama. [6]

(3) Prava iz stavka 1. točke 1., 2., 3., 5., 6., 7. i 14. ovoga članka mogu u ime osobe s duševnim smetnjama mogu ostvariti članovi obitelji ili druge osobe koje djeluju u njezinom interesu. [6]

(4) Prava iz stavka 1. točke 9., 10., 11. i 12. Ovoga članka mogu se ograničiti kada postoji osnovana sumnja da osoba s duševnim smetnjama nastoji pribaviti oružje ili drogu, dogovara se o bijegu ili počinjenju kaznenog djela ili kada to zahtijeva zdravstveno stanje osobe. [6]

No, osim toga moguća je prisilna hospitalizacija psihijatrijskog pacijenta. Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama to je moguće ako: 'osoba s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba, može se smjestiti u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanka po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj.' [3]

Prisilna hospitalizacija može trajati najviše 72 sata od trenutka dolaska ili dovođenja osobe u psihijatrijsku ustanovu. Ustanova u kojoj je osoba smještena ima obavezu obavijestiti nadležni županijski sud u roku od 12 sati od donošenja odluke o prisilnoj hospitalizaciji. [3] Unatoč tome, nužno je poštivati sva prava pacijenta određena zakonom.

6. Stavovi i predrasude

Za medicinsku sestru u radu sa psihijatrijskim pacijentima važna je uspostava adekvatnog terapijskog odnosa i komunikacije s oboljelima. Istovremeno, potrebno je procijeniti utjecaj na pacijenta svojim ponašanjem i intervencijama. Da bi medicinska sestra bila uspješna u radu s oboljelima važni su njeni stavovi prema psihijatrijskim pacijentima, ali i svijest o vlastitim stavovima. Stav se definira kao 'stečena, relativno trajna i stabilna organizacija pozitivnih i negativnih emocija, vrednovanja i reagiranja prema nekom objektu'. Stavovi su podložni promjenama, iako su vrlo često dugotrajni i otporni na promjene. Stjecanjem novih iskustava stav je moguće promijeniti. Stav se može podijeliti na tri komponente a to su: kognitivna, emocionalna i konativna komponenta. Kognitivna komponenta odnosi se na znanje o objektu stava i njegovo vrednovanje. Emocionalna komponenta podrazumijeva emocionalni odnos prema objektu stava. Konativna komponenta pak predstavlja spremnost osobe na aktivnost. [1]

Vrijednosti se definiraju kao ukupnost stavova i mišljenja o stvarima koje su dobre, poželjne i prihvatljive. [1]

Ukoliko se neka mišljenja i stavovi stvore bez objektivnih informacija o objektu tada se govori o predrasudama. One predstavljaju uvjerenja o ljudima, idejama ili određenim skupinama koje čine zajednicu. Predrasude su najčešće negativne i vrlo otporne na bilo kakvu promjenu. [1]

Svaka medicinska sestra može pojedinim metodama ispitati vlastite stavove. Neke od navedenih metoda su: [1]

- 1) Introspekcija koja se definira kao samoopažanje, odnosno vlastita unutarnja iskustva koje osoba može osvijestiti samo unutar sebe same.
- 2) Rasprava koja se može upotrijebiti kao metoda za timsku raspravu o različitim događajima. Da bi rasprava bila uspješna potrebno je adekvatna okolina, povezanost te uvažavanje ostalih članova tima.
- 3) Proširenje iskustva kroz trajnu edukaciju, posjete ustanovama i želju za postignućem.
- 4) Igranje uloga gdje naizgled mirna osoba igra ambicioznu ulogu, odnosno preuzima ulogu koja nije uobičajena u svakodnevnom funkcioniranju.

7. Stigmatizacija

Riječ stigma grčkog je podrijetla što u prijevodu znači 'naglasiti, istaknuti, označiti'. [7] Ova se riječ u povijesti najčešće upotrebljavala za označavanje pripadnosti nekoj skupini dvojnog morala, odnosno one skupine koju u javnosti valja izbjegavati. U srednjem se vijeku ovaj pojam proširio i na neka tjelesna oboljenja primjerice lepru. Stigmatiziranje oboljelih proteže se kroz sve kulture. Tako ovaj pojam još i danas ima negativno značenje. U povijesti, ali i danas osobe se stigmatizira na temelju njihove rasne pripadnosti, etniciteta, spola, socijalnog statusa, spolne orijentacije, tjelesnog i mentalnog funkcioniranja. Negativniji stav uočljiviji je prema osobama oboljelim od psihičke bolesti nego li prema osobama koje imaju neko tjelesno oboljenje. Sinonim za zanemarivanje, zatvor i okrutnost još i danas predstavlja 'ludnica'. Tome je još više pridonijela veličina samih ustanova kao i česta izolacija ustanova van naseljenog područja. Ljudi postaju zabrinuti oko činjenice što je normalno a što poremećeno psihičko stanje. Stigma je usko povezana sa pojmom etiketiranja koji označava dodavanje etiketa određenoj skupini ljudi od strane okoline. Etiketiranjem se pravi razlika između pojedinih skupina koja objektivno ne mora postojati. Tako se ne može odrediti jasna granica između duševnog zdravlja i bolesti. No, stigmatizacija se kroz vrijeme mijenja pa ono što je obilježavala stigma danas više ne mora označavati. Kao primjer su osobe oboljele od shizofrenije za koji okolina često koristi naziv 'shizofreničar', dok s druge strane ukoliko je osoba oboljela od neke tjelesne bolesti često se govori da 'ova osoba ima karcinom'. [5] Iz navedenoga je vidljiv drugačiji odnos prema duševno oboljelima koje se svrstava u neku drugu skupinu.

Erving Goffman navodi da su stigmatizirane osobe manje vrijedne i manje ljudske. Kao primjer navodi da se stigmatizacija psihijatrijskih pacijenata temelji na 'teoriji' takozvane moralne slabosti, opasnosti, zaraznosti te krivnje za vlastitu bolest. [5]

Prema konceptu Patricka Corrigan temelj svake stigmatizacije su razni stereotipi. U medijima postoje tri stereotipa vezana za psihijatrijske pacijente. Navode da su psihijatrijski bolesnici: manijaci i potencijalni ubojice kojih se treba bojati; buntovnici koji se nikako ne uklapaju u društvena pravila; djetinjasti koji posjeduju nerealna mišljenja o svijetu. Uz to, prisutno je mišljenje kako su psihijatrijski pacijenti sami odgovorni za svoje stanje. Bolesti ovisnosti se najviše povezuju sa ovakvim stavovima. [5]

Vrlo često se uz stigmatizaciju veže i diskriminacija koja proizlazi iz navedenih stereotipa. Na taj način oboljeli se teže zapošljavaju ili unajmljuju stan. Uz to, oboljele je lakše optužiti za neko kazneno djelo i uskratiti im pomoć. Prema navedenom konceptu, ukoliko osoba prihvati predrasude i stavove koji joj se nameću te se ponaša u skladu s njima razvija se stigma. Oboljela osoba može razviti određene emocionalne reakcije kao što su sram i nisko samopoštovanje ukoliko i sam vjeruje da je nesposoban, opasan i slab. Stoga, stigmatizacija može biti društvena i osobna. [5]

Posljedice stigmatizacije ne moraju uvijek biti negativne, kao primjer navodi se stigmatizacija manjina koje mogu podići vlastito samopoštovanje. Stigmatizacija ima za posljedicu guranje osobe u određenu skupinu. Ukoliko osoba ne prihvaća pripadnost skupini koju joj nameću ona postaje ravnodušna i beznačajna je za nju. S druge strane ukoliko osoba prihvaća biti pripadnik određene etiketirane skupine osoba će imati nisko samopoštovanje. Ako osoba doživljava etiketiranje kao nepravdu reagirat će ljutnjom koja može prerasti u borbu za prava pacijenata. Osim što se oboljela osoba mora boriti sa tjelesnim simptomima koje ima, a koji utječu na kvalitetu života, okolina svojim nerazumijevanjem potiče razvoj stigmatizacije. Kao što je već navedeno, zbog ovakvog nerazumijevanje okoline oboljele osobe imaju poteškoća u pronalasku posla ili vraćanju na staro radno mjesto. Poslodavci vrlo često oboljele diskriminiraju. Mnogo manja sredstva izdvajaju se za psihijatrijske programe i liječenje nego za neka druga oboljenja. Upravo zbog postojanja stigmatizacije u društvu prema duševnim bolestima vrlo često osobe ne traže stručnu pomoć iako je neophodna. [5] S druge strane stigmatizacija povećava rizik za oboljenje od depresije, a oporavak može dulje trajati. [2]

Unatoč velikim naporima da se stigmatizacija smanji ona je još i danas prisutna. Veliki problem predstavlja prisutnost stigmatizacije među zdravstvenim djelatnicima. U prilog tome govore brojna istraživanja. I dalje se duševne bolesnike smatra opasnima. Kroz dulje vrijeme nastojalo se promicati medicinski model duševnih poremećaja prema kojem su uzrok psihijatrijskih bolesti genetički i neurofiziološki faktori. Ovaj model trebao je utjecati na promjenu stava okoline prema psihijatrijskim bolesnicima, no izazvao je izolaciju psihijatrijskih bolesnika sa stvaranjem stava da je psihijatrijska bolest neizlječiva i nasljedna. Također, psihijatrijski bolesnici su smatrani manje vrijednima, lijenima, nepredvidivog ponašanja i nepoželjni su za prijatelja, susjeda, poslovnog partnera ili supružnika. Upravo iz tih razloga okolina oboljele pacijente omalovažava, prezire, ogovara ili im se pak ruga. Smatra se da su nesposobni za obavljanje bilo kakvih poslova, izbjegava se kontakt s njima,

ignorira ih se, izolira, ne prihvaća u društvo, odbacuju ih i pretjerano kontroliraju te ih društvo sažalijeva i smatra da boluju od neizlječive bolesti. Oboljele osobe se onda u neugodnoj situaciji koju prouzroče njihovi prijatelji, susjedi, kolege na radnom mjestu ili čak zdravstveni djelatnici. Tako su Sartorius i Shultze 2005. godine izradili model razvoja stigmatizacije putem stigmatizacijskih ciklusa. Početak svake stigmatizacije je prepoznatljivo obilježje u ovom slučaju je to dijagnoza psihijatrijske bolesti. Ovom obilježju se zatim pridodaju negativni stavovi i predrasude od strane okoline i podaci o psihijatrijskoj bolesti prikupljeni iz medija ili literature. Ovako nastaje stigma neke osobe koja vodi u negativnu diskriminaciju. Upravo ova negativna diskriminacija ograničava osobu da ispuni dugoročne i kratkoročne socijalne ciljeve što za posljedicu ima nisko samopouzdanje, osjećaj krivnje i smanjenih sposobnosti. Time osoba sama sebe još dodatno stigmatizira, a stigmatizacijski ciklusi se izmjenjuju u krug pojačavajući stigmom. Kako se stigma pojačava oboljela osoba svojim ponašanjem postaje uočljivija u društvu. Tu se nameću problemi koji se javljaju u obitelji stigmatizirane osobe. Obitelj se stidi, osjeća krivnju i zabrinutost. Kao posljedica toga je disfunkcionalna obitelj koja više nije otporna na opterećenja iz okoline. Samim time obitelj više ne pruža potporu oboljeloj osobi. Kako osobi nedostaje podrške iz obitelji simptomi njene bolesti mogu se dodatno pogoršati. Isto se događa i psihijatrijskim ustanovama. One su u društvu obilježene kao neučinkovite ustanove. Time se smanjuje novčana potpora društva takvoj ustanovi što za sobom povlači loše uvijete rada za djelatnike, porast nezadovoljstva među osobljem, a kvaliteta pruženih usluga se smanjuje. No, ukoliko osobe razviju svijest o tome moguće je adekvatnim mjerama djelovati na bilo koju točku u ciklusu. Problem je i smještaj psihijatrijskih ustanova u Hrvatskoj. Obično su loše opremljene, a nalaze se u podrumima ili barakama. Također, smještene su na rubnim dijelovima bolničkog kruga ili izvan njega ili čak van naseljenih područja. Oni ljudi koji su odgovorni za psihijatrijske ustanove i njihov smještaj najčešće smatraju da su to mjesto namijenjeno za čuvanje psihijatrijskih bolesnika ili osoba koje su potencijalno opasne za društvo. Upravo autori Sartorius i Shultze naglašavaju problem stigme u društvu. Oni smatraju da je stigma glavna prepreka boljem liječenju i kvaliteti života ne samo oboljelih već i njihovih obitelji, okoline te ustanova i osoblja koje u njima radi. Iako se paralelno s razvojem medicine razvijala i psihijatrija stigma se nije smanjila, naprotiv, ona se sve više povećava. Kako stigma raste posljedice za pacijenta, obitelj i cjelokupnu zajednicu su sve veće. Stoga se smatra da je stigma vrlo primitivna i neprihvatljiva za današnji stupanj kulturnog razvoja ljudi. Važno je napomenuti snažan utjecaj stigme na javno mišljenje što samim time izaziva primitivne reakcije i stavove u javnosti. [3]

8. Stigmatizacija i zdravstveni djelatnici

Stigmatizacija postaje ozbiljan zdravstveni problem u trenutku kada pacijent počinje odbijati odlazak liječniku ili prekrivati svoju bolest kako bi izbjegao negativne stavove okoline. Ujedno, strah od diskriminacije i socijalne izolacije smanjuje njegovu motivaciju za liječenjem. Tako se oboljeli najčešće javljaju u uznapredovaloj fazi bolesti sa pogoršanjem simptoma. Na psihijatrijske se ustanove gleda kao na mjesta u kojima se provode različite mjere fizičkog ograničavanja pacijenata ili pak pretjerane sedacije. Također, vrlo često može se čuti kako se u ovakvim ustanovama liječe opasni ljudi. Problem postaje veći zbog stigmatizirajućeg stava osoblja sa psihijatrijskih odjela. U istraživanju koje je provedeno među osobama koje rade na nekom psihijatrijskom odjelu, njih 60 %, i onima koji rade na nekom od somatskih odjela, njih 40%, ispitivani su stavovi prema psihijatrijskim pacijentima. U istraživanje je bila uključena 171 osoba. Tako 64 % osoba smatra kako se psihijatrijski pacijenti ne mogu oporaviti toliko dobro da imaju zadovoljavajuću kvalitetu života. Također 60 % ispitanika smatra psihijatrijske pacijente opasnima. Najveći broj ispitanika, njih 70 % odgovara kako bi somatske smetnje primjerice bol u prsima pripisalo psihijatrijskoj bolesti. Gotovo 72 % ispitanika navodi kako bi u razgovoru s kolegama koristilo naziv 'prolupao' prilikom opisa psihijatrijskih pacijenata koje su susretali. Također, više od 50 % ispitanika ne bi se povjerilo prijatelju ili kolegi s posla ukoliko bi bolovao od neke psihijatrijske bolesti zbog straha da ne promijene odnos prema njemu. Isto tako 60 % ispitanika navodi kako uče o mentalnom zdravlju samo onda kada moraju te da se ne žele opterećivati dodatnim učenjem. [10]

Svi ovi podaci zabrinjavajući su iz razloga što govore u prilog postojanju negativnih stavova prema psihijatrijskim pacijentima od strane zdravstvenog osoblja.

9. Antistigma program

Zbog sve veće učestalosti psihijatrijskih oboljenja u velikom se broju zemalja pokreću razne akcije za borbu protiv stigmatizacije psihijatrijskih pacijenata. Cilj ovakvih programa je vraćanje dostojanstva oboljelima i ustanovama u kojima borave. [3] Nastojanja da se osnuju akutni odjeli u sklopu općih bolnica kako bi se smanjila stigmatizacija duševno oboljelih nisu pokazala zadovoljavajuće rezultate. Tako je na mjestima gdje nije bila osnovana adekvatna izvanbolnička skrb i dalje postojao strah od mentalno oboljelih koje se i dalje smatra agresivnima. U moderno doba sve se više promiču programi borbe protiv stigmatizacije. Stigmatizaciji izrazito pridonose neznanje i strah te neprijateljstvo prema oboljelima. Stoga je glavni cilj ovih programa utjecaj na navedene čimbenike. Neznanje je moguće ispraviti edukacijom o psihijatrijskim poremećajima. [5] Edukacijom je potrebno pružiti informacije koje će se suprotstaviti pogrešnim vjerovanjima ili mitovima iz kojih proizlaze razne predrasude i ponašanja. [2] Uz to, važno je utjecati na strah smanjujući ga kao i stvaranje pozitivne slike o oboljelima čime se smanjuje neprijateljstvo. Vrlo se često mediji povezuju sa stigmatizacijom pa je javnost podložna prihvaćanju stavova koja nameću razni mediji. Upravo se programima nastoji utjecati na medije kako bi se smanjila stigmatizacija. Isto tako, vrlo se često mogu čuti pogrdni nazivi za oboljele iz medija. Djelovanje različitih udruga može pridonijeti većoj zainteresiranosti javnosti za ovaj problem. U središtu aktivnosti koje se provode protiv stigmatizacije su edukacijski programi. Cilj ovakvih programa je smanjenje stereotipa i predrasuda o psihički oboljelim osobama. Uz edukaciju potrebno je naglasiti važnost kontakta sa psihijatrijskim pacijentima. Kontakt se posebice odnosi na edukaciju medicinskih djelatnika tijekom njihova obrazovanja. Svrha kontakta s oboljelima je smanjenje straha i otpora. S druge strane uspjeh ovih metoda može biti ograničen. Unatoč sustavnoj primjeni posljedice mogu biti povećanje otpora i straha prema psihijatrijskim bolesnicima. [5] Uz sve navedeno vrlo se često javlja samostigmatizacija. Veliki broj psihički oboljelih osoba prihvaća stavove koji su stigmatizirajući. Kako bi se izbjegla samostigmatizacija važno je uključiti psihosocijalne metode koje pridonose osnaživanju pojedinca. Također je važno spominjati stigm u sklopu psihoedukacijskih programa, ali i u raznim postupcima koji se koriste u rehabilitaciji. [2] Samostigmatizacija je utoliko teža iz razloga što oboljele osobe doživljavaju simptome slične depresivnim, a mogu biti prisutne i suicidalne misli. [8]

Programima protiv samostigmatizacije moguće je na nju utjecati. Programima se želi potaknuti oboljele da se nauče nositi s ovim problemom.

Ovo se može postići: [9]

- 1) Pacijentovim prihvaćanjem bolesti i zauzimanjem stava kako ona nije sramotna, već da je sramotno optuživati osobu oboljelu od psihičke bolesti
- 2) Prepoznavanjem i reagiranjem na diskriminaciju
- 3) Provođenjem edukacije okoline o psihičkim bolestima te tako smanjiti predrasude
- 4) Procjenom šteta i koristi od otkrivanja bolesti
- 5) Uviđanjem vlastitih stavova prije samog oboljenja u svrhu sagledavanja kako je lako zauzeti negativne stavove

10. Uloga medicinske sestre u radu s psihijatrijskim pacijentima

Medicinska sestra provodeći najviše vremena s oboljelim sudjeluje u zdravstvenoj njezi i komunikaciji kao najosjetljivijem području rada. Upravo se ističe uloga medicinske sestre u terapijskom susretu s oboljelom osobom koji dolaskom u bolnicu napušta svoju obitelj. Psihijatrijskom sestrom najčešće se smatraju sestre koje rade na psihijatrijskim odjelima, međutim ovaj naziv odnosi se i na one koje sudjeluju u skrbi za mentalno zdravlje populacije. Kao što je već navedeno, medicinske sestre bile su smatrane čuvaricama psihijatrijskih pacijenata, dok je danas ta uloga znatno promijenjena. Tako se medicinska sestra uključuje u unaprjeđenje mentalnog zdravlja pa sve do rehabilitacije kronično oboljelih osoba. [5] Tako sudjeluje u unapređenju i zaštiti mentalnog zdravlja. Medicinska sestra pronalazi osobe s visokim rizikom za poremećaj mentalnog zdravlja, upućuje ih na medicinske preglede te pruža adekvatnu skrb. [11] Oboljele osobe vrlo su često kod samog prijema u strahu te je već ovdje vidljiva neophodna uloga medicinske sestre. Upravo taj prvi susret utječe na stvaranje osjećaja povjerenja, empatije i sigurnosti. Psihijatrijski pacijenti vrlo su često opterećeni vlastitim unutarnjim strahovima i dvojabama. Osim toga prisutni su i brojni emocionalni problemi. Od izuzetne je važnosti uspostava odnosa povjerenja kako bi se osigurala sigurna okolina ali i uspostava razumijevanja za pacijentovu promijenjenu percepciju okoline i stvarnosti. Da bi početna komunikacija bila uspješna medicinska sestra mora pažljivo birati pitanja, slušati i pokazati razumijevanje. Uz to, medicinska sestra mora pratiti neverbalnu komunikaciju pacijenta. Uspostavi dobrog odnosa pomaže osjećaj pacijenta da ga medicinska sestra sluša s razumijevanjem, da je iskrena te ga poštuje i prihvaća. [5]

Prilikom boravka na odjelu medicinska sestra trebala bi poticati pacijenta na izražavanje misli, emocija i želje. Tako se stvara dobar odnos s pacijentom, a nakon toga medicinska sestra može imati ulogu u zagovaranju bolesnikovih interesa. Medicinska sestra mora znati da pacijent njene geste tumači na sebi svojstven način te zbog toga ne smije na pacijentove reakcije gledati kao napad na nju. Također, sestra mora imati određene vještine i sposobnosti kako bi u neugodnim reakcijama pacijenta mogla adekvatno reagirati. Posao medicinske sestre na psihijatrijskom odjelu većinom nije fizičke prirode, već se sastoji od pružanja 'psihičke' njege. U psihičku njegu uključuje se ličnost medicinske sestre kao i njeno iskustvo, stavovi i predrasude. Iako psihička njega ima utjecaj na privatni život medicinske sestre s druge strane omogućuje njen osobni rast i razvoj. Uloga medicinske sestre značajna je u provođenju dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Ona najviše vremena provodi s pacijentom

te može uočiti bilo kakve promjene u ponašanju koje mogu biti značajne u dijagnostici psihijatrijske bolesti. Vidljiva je sve veća važnost sestre u terapijskom procesu kroz mnoge oblike okupacijske terapije i socioterapije što od nje zahtijeva neprestanu edukaciju. Osim što pruža emocionalnu podršku pacijentu, potrebno je pružiti pomoć i podršku obitelji oboljelog. [5]

U izvaninstitucionalnoj skrbi medicinska sestra može djelovati u sklopu izvanbolničke zaštite mentalnog zdravlja. Tako može biti supervizor, odnosno organizator ili voditelj grupa samopomoći ili raznih klubova. [5]

Iako današnja klasifikacija na homoseksualnost ne gleda kao na poremećaj, u vrijeme nacističke Njemačke to nije bio slučaj. Ovakve su osobe smatrane nepoželjnim, odvođeni u logore te mučeni. [12] Ovakve se osobe smatralo prijetnjom ne samo za Treći Reich već i za cijeli svijet. [13] Smatra se da u općoj populaciji postoji 4- 5 % osoba ove orijentacije. Prema pretpostavkama u tadašnjoj Njemačkoj ih je živjelo oko dva milijuna, a u logorima je završilo njih nekoliko stotina tisuća. Obilježavani su ružičastim trokutom te podvrgavani raznim eksperimentima. Svaka 'skupina' logoraša imala bi na sebi trokut različite boje, ružičasti trokut bio bi nekoliko centimetara veći od ostalih ne bi li bio uočljiviji izdaleka. Tako su primjerice obavljane operacije nad ovakvim osobama. Podvrgnuti su zahvatu gdje bi im se ugrađivala kapsula muškog spolnog hormona testosterona. Cilj ovog zahvata bio je otpuštanje testosterona ne bi li osoba postala heteroseksualnom i da bi se na taj način pronašlo medicinsko rješenje. Mnoge osobe bi tijekom ovog zahvata preminule. Prema svjedočanstvu jednoj preživjelog homoseksualca koji je nakon izlaska iz koncentracijskog logora predao zahtjev za rehabilitacijom vlasti su ovaj zahtjev odbile. I dalje se osobe s ružičastim trokutom smatralo kriminalnim zatvorenicima. [12]

Uz to, Victor Frankle tri je godine proučavao ponašanje zatočenika u logoru Auschwitz. Boravak u logoru omogućio mu je razvoj psihoterapijske metode nazvane logoterapija. [13]

Studija učinjena u Češkoj govori u prilog samostigmatizacije kod pojedinih pacijenata. Istraživanje je provedeno na 332 pacijenta oboljelih od depresivnog poremećaja, bipolarnog poremećaja, anksioznog poremećaja, shizofrenije, poremećaja ličnosti i ovisnosti o drogama. [14] Tako primjerice žene pokazuju nešto višu razinu samostigmatizacije. Isto tako osobe nižeg stupnja obrazovanju pokazuju veću sklonost samostigmi od visokoobrazovanih pojedinaca. Također, veća samostigmatizacija je utvrđena kod osoba koje nemaju partnera od onih koje imaju. [15]

Prema istraživanju provedenom u Psihijatrijskoj bolnici Ugljan sudjelovalo je 109 pacijenata oboljelih od poremećaja iz spektra shizofrenije. Istraživanje pokazuje da muškarci procjenjuju kako doživljavaju više stigme sada (pacijenti su ispitivani neposredno prije otpusta iz bolnice). Uz to, muškarci su više skloni samostigmatiziranju od žena. Razlika u doživljavanju stigme prije liječenja nisu uočene. Ovim istraživanjem dobiveni su podaci da osobe mlađe od 40 godina sebe više samostigmatiziraju od osoba starijih od 60 godina. [16]

Međutim, mnoge studije govore u prilog prisutnosti stigme još i danas među psihijatrijskim pacijentima. Istraživanje provedeno u Njemačkoj 1990. i 2011.godine pokazuje da je stav okoline prema pacijentima oboljelima od shizofrenije danas još više negativniji nego što je bio prije dvadeset godina. [16]

Istraživanje provedeno među srednjoškolcima triju medicinskih škola u Zagrebu govori kako učenici koji su postigli veći rezultat na testu znanja imaju pozitivnije stavove prema psihijatrijskim pacijentima. [17]

Provedena su brojna istraživanja koja iznose zabrinjavajuće podatke o utjecaju medija na stvaranje negativnog stava prema psihijatrijskim pacijentima. Mediji imaju znatan utjecaj na stava okoline iz razloga što predstavljaju glavni, a ponekad i jedini, izvor informacija o psihički oboljelima. Ovu činjenicu potvrđuje i istraživanje provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama gdje je za 87 % ispitanika televizija jedini izvor informacija. Njih 51 % informacije prikuplja od svojih prijatelja, dok samo njih 29 % kao izvor informacija navodi medicinske stručnjake. Australijsko pak istraživanje govori da se psihijatrijske pacijente u novinskim člancima najvećim dijelom prikazuju kao opasne u njih čak 61 %. Također, 47 % novinskih članaka psihijatrijske pacijente opisuje kao izvršitelje kriminalnih djela, a 24 % kao nepredvidive. Dokumentarne emisije isto tako iskazuju negativan stav prema psihičkim oboljelim osobama gdje se u čak 66 % njih govori o povredama koje su psihijatrijski pacijenti nanijeli drugim osobama. Vrlo malo emisija, njih 18 %, prikazuje liječenje i oporavak oboljelih. Rezultati istraživanja u Južnoafričkoj Republici ističu da je visok stupanj stigmatizacije usmjeren prema shizofrenim pacijentima. Prema istraživanju provedenom u Njemačkoj studenti koji su čitali literaturu o psihičkim bolestima pokazuju negativniji stav prema osobama s nekom od psihijatrijskom bolesti. Uočeno je da mediju potiču držanje distance od psihijatrijskih pacijenata, a autori smatraju da bi u medijima češće trebali biti prisutni sadržaji koji prikazuju psihijatrijske pacijente koji dobro žive i funkcioniraju unatoč bolesti. Rezultati istraživanja provedenog na Splitskom veleučilištu provedenom među

studentima treće godine preddiplomskog studija sestrinstva ukazuje da su stavovi studenata manje negativniji prema psihički oboljelim osobama nakon provedene edukacije u sklopu kolegija Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. [18]

11. Zaključak

Osim samog oboljenja, stigmatizacija i etiketiranje za psihijatrijske pacijente predstavljaju još jedan dodatan problem s kojim se moraju nositi. U raznim se medijima mogu čuti razni pogrdni nazivi za psihički oboljele osobe. Mnogi stručnjaci upravo medije smatraju ključnima za nastanak stigmatizacije. U prilog tome govore i brojna istraživanja koja to potvrđuju. Vrlo često više od polovine ispitanika kao glavni izvor informacija o psihijatrijskim bolestima navodi televiziju. Stoga je u suzbijanju stigmatizacije važna edukacija cjelokupne populacije putem medija. Oni pridonose stvaranju pozitivne slike o psihijatrijskim pacijentima. Psihijatrijske je bolesti moguće izliječiti kao i druge tjelesne bolesti. No, ovakvim negativnim stavovima krše se prava psihijatrijskih bolesnika te smanjuje kvaliteta njihova života. Sve navedene činjenice uvelike otežavaju oporavak psihijatrijskih pacijenata. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji u narednim se godinama očekuje veliki porast psihičkih oboljenja, prvenstveno depresije. Zbog ove činjenice u porastu je interes javnosti za mnoge psihijatrijske bolesti. Upravo to postaje prilika za mijenjanje stavova javnosti. Mnogim programima to je moguće postići. Osim obitelji, važnu ulogu imaju i medicinske sestre u skrbi za psihijatrijske pacijente. Cjeloživotno obrazovanje osoblja uvelike pomaže u suzbijanju negativnih stavova. Medicinsko osoblje svojom podrškom i empatičnom komunikacijom pridonose sprečavanju samostigmatizacije kod oboljelih. Uz to, ohrabrujuća je činjenica porast interesa za izvaninstitucionalnu skrb. Važno je uključivanje pacijenata u razne udruge nakon otpusta iz psihijatrijske ustanove. Dan prava osoba s duševnim smetnjama obilježava se 6. lipnja.

12. Literatura

- [1] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007.
- [2] D. Begić, V. Jukić, V. Medved: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
- [3] P. Filaković i suradnici: Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, Osijek, 2014.
- [4] M. Božičević, Z. Bradaš: Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi psihijatrijskog bolesnika, HUMS, 2011.
- [5] T. Frančisković, Lj. Moro i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
- [6] <http://bolnica-vrapce.hr/web/wp-content/uploads/2013/11/ZAKON-O-ZASTITI-OSOBA-S-DUSEVNIM-SMETNJAMA1.pdf>, dostupno 16.08.2016.
- [7] T. Frančisković, Lj. Moro i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [8] A. Pokos: Stigma psihički oboljelih osoba, Završni rad, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2015
- [9] Mimica N., Jukić V.: Knjiga postera stručnjaka Psihijatrijske bolnice Vrapče 1978. – 2006., 26 izdanje, Zagreb, Psihijatrijska bolnica Vrapče, 2006. Str. 487; 509
- [10] J. L. Guttler: Stigmatizacija psihijatrijskih pacijenata od strane medicinskih sestara, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2015.
- [11] Zorka Mojsović i sur.: Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007.
- [12] H. Heger: Muškarci s ružičastim trokutom- Svjedočanstva homoseksualaca o zatočeništvu u koncentracijskim logorima 1939.- 1945., Domino, Zagreb, 2008.
- [13] C. Bernadac: Liječnici nemogućeg- Medicinski eksperimenti na ljudima u koncentracionim logorima, Globus, Zagreb, 1981.
- [14] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27524884>, dostupno 17.08.2016.
- [15] <https://www.dovepress.com/connection-between-self-stigma-adherence-to-treatment-and-discontinuat-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>, dostupno 17.08.2016.

[16] B. Babić: Stavovi psihijatrijskih bolesnika prema samima sebi i njihova percepcija diskriminacije ljudi s psihijatrijskim oboljenjem, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2013.

[17] K. Brajković: Stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika od strane učenika medicinskih škola, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2015.

[18] M. Šarić: Stavovi studenata sestrinstva prema psihijatrijskim bolesnicima, Diplomski rad, Sveučilište u Splitu, Split, 2015.

IZJAVA O AUTORSTVU

I

SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, MAJA HORVAT (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom STIGMATIZACIJA PSIHICKI OBOLELIH (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Maja Horvat
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, MAJA HORVAT (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom STIGMATIZACIJA PSIHICKI OBOLELIH (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Maja Horvat
(vlastoručni potpis)