

UNIVERZA V MARIBORU
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE

STIGMATIZACIJA PACIENTOV S SHIZOFRENIJO

(diplomsko delo)

Maribor, 2014

Maja Hozjan

UNIVERZA V MARIBORU
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE

Mentor: Viš. predav. mag. Klavdija Čuček Trifkovič

Somentor: Predav. Milena Pišlar

POVZETEK

Shizofrenija je huda duševna motnja. Razširjeno je napačno mnenje, da so pacienti s shizofrenijo nevarni, napadalni in nesposobni. Sem spada tudi površno prepričanje, da je bolezen neozdravljiva, čemur hitro sledi sklep, da je pacienta treba izločiti iz družbe.

Pacienti s shizofrenijo so še vedno močno stigmatizirani in izločeni iz družbe, zaradi nepoznavanja in napačne predstave, ki jo imajo ljudje o tej duševni bolezni. V diplomskem delu, ki je teoretičnega značaja, so predstavljeni epidemiologija, pri kateri imajo pri razvoju shizofrenije pomembno vlogo genetski in okoljski dejavniki, etiologija in tipi shizofrenije. Zdravljenje je dolgotrajno, pri njem pa ima tudi pomembno vlogo medicinska sestra, ki med številnimi aktivnostmi zdravstvene nege pacienta vzpodbuja, usmerja ter mu nudi oporo v času zdravljenja. Stigmatizacija pacientov je še zmeraj prisotna v svetu in pri nas. Vzroki stigmatizacije so največkrat neznanje in nepoučenost, strah in odpor pred drugačnostjo ter napačen prikaz in obveščanje medijev. Vse to pa pušča pri pacientu številne posledice, kot so slabša samopodoba, socialna izolacija ter slabše možnosti šolanja ali zaposlovanja. Pomembno vlogo ima pri destigmatizaciji medicinska sestra, ki s svojim znanjem in odnosom do problema vpliva na oblikovanje mnenja obče javnosti.

Ključne besede: stigmatizacija, medicinska sestra, psihiatrija, destigmatizacija.

ABSTRACT

Schizophrenia is a severe mental disorder. It's a common misperception that patients with schizophrenia are dangerous, aggressive and incompetent. This includes a superficial belief that the disease is incurable, which quickly followed by a conclusion that the patient should be removed from society.

Patients with schizophrenia are still heavily stigmatized and excluded from society because of ignorance and misconceptions that people have about this mental illness. In the thesis, which is theoretical are presented epidemiology, in which they play in the development of schizophrenia important role of genetic and environmental factors, etiology and types of schizophrenia. Treatment is long-term, in which has an important role nurse among the many activities of nursing care of the patient encourages, directs, and offers him support during treatment. Stigmatization of patients is still present in the world and in our country. The causes of stigma, which are mostly ignorance and lack of knowledge, fear and dislike of difference and false representation media. All this leaves the patient a number of consequences, such as poorer self-esteem, social isolation and less opportunities for education or employment. The important role in the de-stigmatization has a nurse, which with her knowledge and her attitude to the problem affects to the opinion of the general public.

Keywords: stigma, nurse, psychiatry, de-stigmatizing.

KAZALO

1 UVOD IN OPIS PROBLEM	1
2 NAMEN IN CILJI NALOGE	3
2.1 Namen diplomskega dela	3
2.2 Cilji diplomskega dela.....	3
3 RAZISKOVALNO VPRAŠANJE	4
4 METODOLOGIJA RAZISKOVANJA	5
5.1 Zgodovinski pregled.....	6
5.2 Epidemiologija	7
5.3 Etiologija	7
5.4 Znaki shizofrenije.....	8
5.5 Klinična slika.....	10
5.6 Klinični tipi shizofrenije.....	14
5.7 Postavitev diagnoze.....	16
5.8 Zdravljenje	17
5.9 Vloga medicinske sestre pri zdravljenju	18
6 STIGMATIZACIJA	20
6.1 Stigmatizacija v psihiatriji.....	20
6.2 Vzroki stigmatizacije.....	21
6.3 Posledice stigmatizacije	22
7 STIGMATIZACIJA PACIENTOV S SHIZOFRENIJO	25
7.1 Stigmatizacija pacientov s shizofrenijo v Sloveniji	25
8.2 Stigmatizacija pacientov s shizofrenijo v svetu	25
8 VPLIV MEDICINSKE SESTRE NA ZMANJŠANJE STIGMATIZACIJE	28

8.1 Nevednost in neznanje družbe.....	28
8.2 Vloga medicinske sestre pri delu z družino in širšo skupnostjo.....	28
8.3 Vloga medicinske sestre pri destigmatizaciji	30
8.4 Osveščanje ljudi o shizofreniji	32
8.5 Pomen komunikacije pri pacientu s shizofrenijo	33
9.6 Boj proti stigmatizaciji	34
9 RAZPRAVA	36
10 SKLEP.....	38
LITERATURA	39
PRILOGE	1
Izjava o istovetnosti tiskane in elektronske verzije diplomskega dela in objavi osebnih podatkov diplomatov	1

1 UVOD IN OPIS PROBLEM

Ljudje, ki zbolijo za shizofrenijo, spremlja stigma že vso človeško zgodovino, odnos družbe do njih pa je bil vedno bolj ali manj odklonilen. Ožigosanje ali stigmatizacija je bilo v starogrških časih način označevanja sužnjev, s čimer so jim lastniki pokazali, da so manjvredni. Stigmatizacija je povezana s predsodki, vendar ima širše razsežnosti, saj označuje značilnosti cele družbene skupine. Stigmatizacija vodi v diskriminacijo glede pacientovih pravic pred zakonom, glede zaposlovanja, pravic do urejenega bivanja in vključitve v skupnost (Švab, 2006).

Sama beseda stigma danes pomeni znamenje sramote. Stigma pomeni negativno označevanje osebe le zato, ker ima diagnozo psihične bolezni. Največkrat je povezana prav s shizofrenijo (Špringer, 2005).

Shizofrenija je bolezen, ki v ljudeh zbuja veliko nelagodje, celo strah, z njo pa je povezanih tudi veliko predsodkov. Dejstvo je, da je shizofrenija ena najtežjih duševnih motenj, je kronična in pogosto progresivna bolezen možganov, vendar jo z zdravili, ki so na voljo, lahko v veliki meri obvladujemo in blažimo njene simptome (Švab, 2006).

Moški so prizadeti enako pogosto kot ženske. Simptomi se pri moških prvič pojavijo med 16. in 25. letom, pri večini žensk pa nekoliko pozneje, med 25. in 30. letom. Nekateri pacienti živijo dejavno in zadovoljivo življenje, drugi postanejo odvisni od tuje pomoči in skrbi. Bolezen se pojavlja v epizodah, redko je njen potek stalen. Epizoda se začne z akutno fazo, ko so simptomi najbolj izraziti, in se sklene s fazo, ko se ti ustalijo. Psihoterapija in rehabilitacijske metode v fazi ustalitve bolezni veliko prispevajo k zmanjšanju simptomov ali pa pacienta naučijo, da lažje živi z njimi. Pacienti s shizofrenijo lahko imajo le eno epizodo z duševnimi motnjami, pogosteje pa se jih pojavi več. Med epizodami bolezni lahko živijo pacienti normalno (Tavčar, 2010).

Bolezen shizofrenija je pri večini pacientov dolgotrajna kronična bolezen, tako kot, denimo, zvišan krvni tlak ali sladkorna bolezen. Večina pacientov s shizofrenijo bo verjetno morala vse življenje jemati zdravila in bo potrebovala dodatno skrb. Shizofrenija se ne slabša s staranjem, lahko pa ima drugačne bolezenske znake v starosti (Špringer, 2005). Pomembno je, da se o njej čimbolj temeljito poučijo vsi: pacienti, njihovi svojci in drugi, ki lahko pomembno prispevajo k zmanjšanju stigmatizacije bolezni in pacientov v družbi. Shizofrenija lahko prizadene kogarkoli, ne glede na spol, raso in narodnost. Za bolezen je značilno

izkrivljeno mišljenje, čustva, zaznavanje, in vedenje ob jasni zavesti in tako rekoč nespremenjenih intelektualnih zmožnostih, čeprav se z napredovanjem bolezni začnejo izražati tudi kognitivni (spoznavni) primanjkljaji.

Zaradi svojega strokovnega znanja in narave dela, ki ga opravlja medicinska sestra, je tista, ki s pravilnim pristopom omejuje pacientove težave, ki so posledica duševne motnje. Delo medicinske sestre je oblikovanje odnosa s pacientom, ki ga je treba sprejeti takšnega, kakršen je. Priznanje stigme in predsodkov je prvi korak, da se jih preseže. Boj proti stigmi in njenim posledicam lahko močno izboljša življenje pacientov s shizofrenijo. Če so deležni dostojanstvenega ravnanja in sočutja, lahko živijo bolj polno in plodno življenje. Težko bo popolnoma odpraviti stigmo in diskriminacijo, vendar ju določene intervencije lahko zmanjšajo (Kores Plesničar, 2004).

V diplomskem delu bomo obravnavali problem stigmatizacije pacientov s shizofrenijo. Poiskali bomo glavne vzroke stigmatizacije in opisali vlogo medicinske sestre pri destigmatizaciji.

2 NAMEN IN CILJI NALOGE

2.1 Namen diplomskega dela

Namen diplomskega dela je predstaviti problem stigmatizacije pri pacientih s shizofrenijo ter vlogo medicinske sestre pri destigmatizaciji pacientov s shizofrenijo.

2.2 Cilji diplomskega dela

Cilji so:

- opisati duševno motnjo shizofrenijo,
- predstaviti pojem stigmatizacije,
- opisati glavne vzroke stigmatizacije.

3 RAZISKOVALNO VPRAŠANJE

Zastavili smo naslednje raziskovalno vprašanje:

- Kakšna je prisotnost stigmatizacije pacientov s shizofrenijo v svetu in pri nas ter kateri so najuspešnejši načini destigmatizacije?

4 METODOLOGIJA RAZISKOVANJA

Diplomsko delo je teoretičnega značaja. Uporabili smo deskriptivno metodo dela s študijem literature iz zbirk člankov s celotnimi besedili ter knjig. Pregledali smo razpoložljivo literaturo v domačem in tujem jeziku.

Podatke smo preučili, uredili, analizirali, sistematizirali in jih zapisali v računalniškem programu Microsoft Word.

5 SHIZOFRENIJA

Bolezen shizofrenija je morda najbolj tragična in najskrivnostnejša bolezen, s katero se srečuje človeštvo že od prvih antičnih zapisov dalje. Pacientom in njihovim svojcem povzroča veliko trpljenje.

Ljudje so že dobili informacije o shizofreniji, večinoma po televiziji. Malo ljudi pa ve kaj dejansko ta izraz pomeni. Čeprav je shizofrenija pogosta, jo v medijih prikazujejo napačno. Zato se lahko zdi bolj strah vzbujajoča, kot je. Shizofrenija je motnja, ki jo je mogoče zdraviti, in le redko povzroči, da ljudje postanejo »nevarni ali napadalni«.

Shizofrenija je zapletena motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot splet značilnih simptomov. Tu se izkušnje in resnična doživetja, težko razlikujejo od neresničnih, zato mišljenje ostane brez zanesljivega kompasa in postane nelogično. Pacient s shizofrenijo zaide v psihotičen svet neznanih občutij s čudnimi običaji in zastrašujočo okolico. Zato je razumljivo, da so pacienti v fazi bolezni prikrajšani kot socialna bitja, ker ne morejo gojiti in kazati normalnih čustev do drugih oseb (Špringer, 2005).

Shizofrenija ne pomeni razcepljene osebnosti. Ne povzročajo je osebnostna šibkost, težke okoliščine v otroštvu in lenoba. Ni normalen odziv na nenormalen svet. Shizofrenija se sama od sebe razvije, in noben nima vpliva na to, tudi najožji sorodniki ne. To je pomembna informacija, ker napačna razlaga o bolezni naprti pacientu in njegovim svojcem dodatno trpljenje.

5.1 Zgodovinski pregled

Pionir sodobneje zasnovanega okvira shizofrenije je Emil Kraepelin, ki je leta 1896 uredil množico do tedaj opisanih psihotičnih kliničnih slik, od tistih starejših, Esquirola in Morela (»demenca mlajše dobe«, »pridobljena idiotija«) do hebefrenije«, »katatonije« in »paranoidne demence« do svojih sodobnikov Heckerja, Kahlbauma (Žvan, 1999).

Kraepelin je novo opisano klinično indentiteto opisal, menil je, da je to duševna motnja, ki nastane pri mlajših ljudeh brez zunanjih razlogov, in da so vzroki še neznani, notranji ali endogeni in jo jasno razmejil od manično depresivne psihoze(Žvan, 1999).

Menil je, da bolezenski proces v večini primerov vodi do demence oziroma duševnega propada. Kot pglavitno značilnost je opisal svoje vrstno razrušenje notranjih psihičnih

povezav, kar v skrajni meji privede do duševnega kaosa. Eugen Bleuler je leta 1911 v svoji knjigi »Dementia praecox ali skupina shizofrenij« poglobil Kraepelinov nauk z nekaterimi ugotovitvami Freudove psihoanalize. Poskušal je vsaj del bolezni razumeti tudi po psihološki plati. Dementia praecox je preimenoval v shizofrenijo (schizophrenia; gr.- razcepiti, odtod ime duševna razcepljenost). Bistva bolezni ni videl v mentalnem primanjkljaju kot Kraepelin, ampak vcepitvi psihičnega življenja v anarhične fragmente, predvsem pa v razcepu oziroma nesoglasju med čustvovanjem in mišljenjem. Temeljna postavka Bleulerjevega koncepta shizofrenije pa je delitev simptomatike na osnovne ali elementarne in vzporedne ali ekcesorične znake (Žvan, 1999).

5.2 Epidemiologija

Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je incidenca shizofrenije v svetu približno 30-50 oseb na 100.000 prebivalcev, prevalenca pa okoli 1 % . Zgodi se 1,4-krat pogosteje pri moških kot pri ženskah in običajno se pri moških tudi prej pojavi. Starost, pri kateri najpogosteje nastopi bolezen, je 25 let pri moških in 27 let pri ženskah. Nastop v otroštvu je veliko redkejši kot nastop v srednjih letih ali v starosti. Dejavniki tveganja so lahko različni: lahko so prisotni že dolgo pred izbruhom bolezni (zapleti pred rojstvom in ob njem, geni), lahko so demografski (spol, starost rasa, socialni razred) ali pa se pojavijo tik pred izbruhom bolezni (družinske interakcije, stresni življenjski dogodki, migracije). Če imata shizofrenijo oba starša, imajo otroci približno 35 % ali celo več možnosti, da bodo oboleli za shizofrenijo. Pri otrocih se pred 12. Letom redko pojavijo simpotomi shizofrenije, vendar strokovnjaki domnevajo, da lahko opazimo nekatere značajske poteze iz katerih se bo pozneje razvila shizzofrenija. To so predvsem izogibanje vrstnikom, umikanje vase, sramežljivost, tesnoba, zaprtost vase, preobčutljivost, nizka stopnja samoiniciativnosti, pasivnost in izoliranost (Tavčar, 2010).

5.3 Etiologija

Vzrok shizofrenije ni znan. Obstajajo številne teorije o vzrokih nastanka shizofrenije, ki jih lahko uvrstimo v naslednje skupine (Tavčar, 2010):

- **genetična skupina:** shizofrenija ni dedna bolezen v ožjem pomenu, vendar dednosti vseeno ne moremo izključiti. V nekaterih družinah je pogostejše pojavljanje bolezni. Če je splošno tveganje zbolevanja za shizofrenijo okoli 1 %, imajo otroci pacientov

približno 10-12 % možnosti, da zbolijo. Ob tem ni pomembno, kateri od staršev ima shizofrenijo. Če ima eden od dvojajčnih dvojčkov shizofrenijo, je tveganje zbolevanja sorojenca 12-15 %, pri enojajčnih dvojčkih pa 40- 50 %;

- **biokemična skupina:** že zgodaj so začeli iskati vzroke bolezni v motnjah kemičnih procesov v možganih, zlasti glede posameznih prenašalcev informacij med živčnimi celicami. Mnenja so bili, da gre pri shizofreniji za preveliko delovanje t.i. dopaminskega sistema, kasneje pa so odkrili tudi motnje mnogih drugih sistemov. Zapleti v nosečnosti in poškodbe ploda med porodom lahko povečajo možnost za kasnejši pojav shizofrenije. Podobno velja tudi za okužbo ploda med nosečnostjo. Med temi okužbami so zlasti virusne okužbe dihal, gripa ter okužbe z virusi, ki jih imenujemo počasni virusi;
- **psihosocialna skupina:** Različni psihosocialni stresorji kot so revščina, težave v družini, neustrezne bivalne razmere itd. neposredno povzročali shizofrenijo. Danes psihosocialne vidike omenjajo predvsem kot dodatne, ne pa osnovne vzroke, pa tudi kot posledice bolezni (Tavčar, 2010).

Natančen vzrok shizofrenije še ni znan, največ podatkov kaže na določeno neravnovesje nekaterih kemičnih snovi v možganih, t.i. živčnih prenašalcev ali nevrotansmitorjev. Ti omogočajo medsebojno komunikacijo možganskih celic. Motnje v njihovem sproščanju vodijo v spremenjeno delovanje možganov.

5.4 Znaki shizofrenije

Simptomi se lahko pojavijo v skoraj vsakem obdobju življenja, po navadi pa se prvič razvijejo v pozni mladostniški ali zgodnji odrasli dobi. Pri ženski se pojavijo ponavadi v dvajsetih ali zgodnjih tridesetih letih, pri moških pa nekoliko prej in sicer v poznih najstniških ali zgodnjih dvajsetih letih. Simptomi shizofrenije vplivajo na čustvovanje, mišljenje in ravnanje (Kores Plesničar, 2004).

Pogosto se opisuje shizofrenija na osnovi pozitivnih in negativnih simptomov. Med pozitivne simptome štejemo znake, ki jih ljudje brez motnje običajno ne kažejo, so pa prisotni pri ljudeh s shizofrenijo. Negativni simptomi so primanjkljaji normalnih čustvenih odzivov ali drugih miselnih procesov, imajo večji vpliv na slabo kakovost življenja, funkcionalno sposobnost kot ga imajo pozitivni simptomi.

Pozitivni simptomi

Ti simptomi ne izražajo pozitivnih lastnosti, marveč duševne pojave, kot so halucinacije in blodnje. Pacient goji prepričanja, ki slonijo na nepravilnem doživljanju realnosti: da ga drugi preganjajo, ga opazujejo, mu sledijo in mu želijo škodovati, celo streči po življenju. Strahove vidi vsepovsod, zdi se mu, da mu grozijo celo iz televizije, telefona, sten. Najnevarnejše so tako imenovane ukazovalne slušne halucinacije z jasnimi ukazi, naj se, denimo, ubije. Glasovi ali slušne halucinacije so lahko povsem realni za paciente, ki jih slišijo. Najpogosteje se zdi da prihajajo od zunaj, vendar jih drugi ljudje ne morejo slišati. Lahko ženski ali moški glasovi, lahko so prijetni, vendar v večini primerov so kritični nastrojani, žaljivi in moteči. Pojavijo se kot šumenje ali ropot, lahko se obračajo na osebo, razpravljajo o njej v tretji osebi ali pa glasno ponavljajo njegove misli. Opazne so nenavadnosti v pisanju in govoru. Pacientov način mišljenja se zelo dobro odraža v pisnem razmišljanju. Pojavijo se ohlapne asociacije, misli so nejasne, celo nepovezane, težko jih razberemo in razumemo. Ustvarja lahko nove, drugim nerazumljive besede (Južnič Sotlar, 2009).

Negativni simptomi

Ti simptomi izražajo pacientov primanjkljaj v določenih psihičnih funkcijah. Pacient je povsem brez volje, zaprt vase, umaknjen, brez pobud ali motivacije in socialno izoliran (Južnič Sotlar, 2009). Delna ali popolna brezvoljnost (abulija, hipobulija) pomeni izgubo sposobnosti za začetek v cilje usmerjenega vedenja ali vzdrževanja te dejavnosti; zdi se, kot da bi pacient izgubil spodbudo in voljo. Izgubi zanimanje za okolje. Lahko sicer začne s kakšno dejavnostjo, vendar jo čez čas opusti (npr. začne z delom, čez nekaj dni pa brez razloga odide). Ta simptom pogosto razlagajo kot lenobo, v resnici pa odraža izgubo ali zmanjšanje osnovnih interesov in spodbud ter zmožnosti tvorbe in izvajanja dolgoročnih ciljev (društvo, 2011).

Kognitivni (spoznavni) simptomi

Pacient ima motnje predvsem delovnega spomina, težje se uči, njegova sposobnost koncentracije je zmanjšana (Južnič Sotlar, 2009).

Afektivni (čustveni) simptomi

Čustvena izraznost je zmanjšana ali neustrezna. Odraža se z slabim očesnim stikom, nespremenjeno obrazno mimiko, upočasnjenim govorom. Pacient se ob neustreznih situacijah

smeji ali hitita brez razloga. Izrazita je lahko depresivnost. Pacient pogosto nima uvida v svojo bolezen in se kljub velikim težavam, ki jih ima, teh sploh ne zaveda (Kores Plesničar, 2004).

Pacienti s shizofrenijo lahko doživljajo halucinacije (največ poročajo o prisluhih), blodnje (ki so pogosto preganjalne narave ali pa bizarne) ter neorganiziran govor in mišljenje. Pri neorganiziranemu govoru gre lahko od popolne izgube zmožnosti pogovora do tvorbe stavkov, ki so samo ohlapno povezani med seboj, in v hudih primerih do tako imenovane shizofazije (»besedne solate«). Zapuščenosť v oblačenju in osebni higieni, umik iz družbe ter izguba razsodnosti in motivacije so ravno tako pogosti znaki shizofrenije.

5.5 Klinična slika

Pri shizofrenije je klinična slika zelo pestra in skoraj pri vsakem pacientu naletimo na kaj novega. Zadovoljiti se moremo s simptomatološkim pristopom, kajti do danes zanesljivih biokemičnih kazalcev še ni.

Poglavitni znaki shizofrenije so naslednji:

- motnje mišljenja (vsebinske in formalne),
- motnje zaznavanja,
- motnje čustvovanja,
- katatonski znaki,
- pomanjkanje volje,
- kognitivne motnje,
- pomanjkanje uvida,
- motnje hotenja in depersonalizacija (Faganelj But, 2002).

Motnje mišljenja so:

- **vsebinske motnje mišljenja:** blodnje so lažna prepričanja, nenavadne misli in napačne ideje, ki so osnovane na nepravilnem sklepanju o zunanji resničnosti. Pri njih oseba trdno vztraja ne glede na prepričanja ostalih ljudi in ne glede na neizpodbitne in očitne dokaze o nasprotnem. Tako lahko na primer nekdo verjame, da mu na prižgan radio pošiljamo signale, s pomočjo njih beremo njegove misli, ga snemamo in mu prislušujemo ter v živo oddajamo njegove misli. Človek lahko blodi tako, da indiferentnim dogodkom, besedam in stvarim pripisuje poseben pomen v zvezi s

seboj. Poznamo tudi nihilistične blodnje, ko je pacient prepričan, da je vse propadlo, da ne bo nikoli bolje, da je na smrt bolan, da nima srca - nekateri v svoji blodnjavosti nase prevzamejo celo odgovornost za propad vsega sveta. sem uvrščamo blodnje, ki so pogost in pomemben znak shizofrenije (Frangež-Žigon, 1997);

- **formalne motnje mišljenja:** tukaj opisujemo predvsem shizofrensko miselno disociacijo in miselni blok (miselna zapora, zadruga). Pacientova govorica je lahko v skrajnem primeru bizarna in nerazumljiva. Pri miselni zapori se pri pacientu, ki je pri polni zavesti, miselni tok nenadoma zaustavi in je misel oziroma govorico sposoben nadaljevati šele po določenem času (Žvan, 1999).

Motnje zaznavanja so:

Pri shizofreniji srečujemo vse vrste halucinacij: vidne, slušne, haptične halucinacijel halucinacije vonja, okusa. Halucinacija pomeni, da pacient sliši, vidi ali čuti, česar drugi ob sebi ne morejo (Švab, 2009).

Najpogostejše motnje zaznavanja so:

- **slušne halucinacije:** lahko gre za artikulirano govorico, lahko pa so elementarne. Pacienti s shizofrenijo imajo slušne halucinacije, približni dve tretjini jih ima. Nekaj pacientov ugotavlja, da jih je z zdravili večinoma mogoče izločiti, vendar ne vedno popolnoma. Slušne halucinacije, ki kljub zdravilom vztrajajo, je mogoče prepoznati, obvladovati in zmanjšati vpliv dejavnikov, ki jih povzročajo ali slabšajo (Švab, 2009).
- **halucinacije telesnih občutkov:** pacienti doživljajo najrazličnejše občutke, ki jih označujejo kot žarčenje, mučenje, spolne občutke, elektriziranje, dotikanje, popadke, porod, občutke raznih sprememb na okončinah in notranjih organih in še druge bizarne občutke s površine in notranjosti telesa (Žvan, 1999).

Motnje čustvovanja

Pri večini pacientov je čustvovanje spremenjeno. Najpogostejša čustvena motnja je depresija. Opazimo lahko preveliko razdražljivost in občutljivost ali pa čustveno togost, katera tudi včasih vodi v čustveno plitvost oziroma čustveno apatijo. Motnje čustvovanja so povezane tudi z avtizmom, ki pogojuje izolacijo in socialno pešanje (Žvan, 1999).

V različnih časovnih obdobjih bolezni lahko srečujemo vse motnje čustvovanja, ki jih poznamo iz psihopatologije. Opazujemo preveliko razdražljivost in občutljivost, po eni strani,

po drugi pa pravo čustveno plitvost oziroma sproščenost z majhno amplitudo čustvenih reakcij. Do čustvene atapije ali otopelosti pride pri huje izraženi bolezni. Vse te motnje se lahko združijo s čustveno ambivalentnostjo, kar pomeni istočasno prisotnost raznih nasprotujočih si čustev proti določeni osebi, situaciji ali predmetu, paratimijo in paramimijo, to je z neustrezno čustveno in izrazno reakcijo (Žvan, 1999).

Katatonski znaki

Tukaj prevladujejo psihomotorične motnje (stupor, voščena upogljivost, avtomatično izvrševanje ukazov kogar koli). Pojav katatonija pomeni stanje psihomotorične napetosti. Katatonski znaki shizofrenije se lahko pojavljajo tudi pri drugih oblikah shizofrenije, ni pa nujno (Žvan, 1999).

Običajno nastopijo v akutni fazi bolezni. Ko pa ta preide, lahko povsem izginejo oziroma se precej zmanjšajo ali pa ostanejo bolj ali manj izraženi (Hotujac, 2004).

Med katetonskimi znaki ločimo:

- **Psihomotorične hipokinezije:** te motnje srečujemo v lažji obliki kot psihomotorično okornost, izgubo gracilnosti kretenj in upočasnjenost.
 - **Stupor ali akinezija:** je stanje skrajne motorične zavrtosti. Če je dolgotrajno, lahko ogroža pacientovo življenje. V katatonskem stuporju pacient leži, stoji ali zavzame kak drug položaj in se skoraj ali popolnoma nič ne premika ter je videti kot kip. Na zunanje ter bolečinske dražljaje ne reagira ter ne govori. Tekočine in hrane ne sprejema, tako da ga je potrebno umetno hraniti. Pacient sicer daje videz, da nas ne vidi in ne sliši, vendar je v stanju shizofrenskega stuporja vendarle popolnoma luciden.
 - **Voščena upogljivost:** je pojav, ko se pacient spontano ne giblje, ga pa lahko postavimo v različne, tudi neobičajne drže, v katerih lahko vztraja v nedolged. Možnost obstaja, da kdo drug oblikuje njegovo telo ali ude v poljubne položaje. V teh vsiljenih pozah lahko pacient vztraja zelo dolgo. Če pacient ne izpolnjuje ukazov ali prošenj, govorimo o pasivnem negativizmu. Kadar želimo nekaj od pacienta in ta naredi ravno nasprotno od tega, imenujemo ta pojav, aktivni negativizem. Srečujemo tudi avtomatijo na ukaz, ko pacient z

avtomatično poslušnostjo uboga ukaze ne glede na to, od kod prihajajo (Žvan, 1999).

- **Psihomotorične hiperkinezije:** je stanje katetonskega nemira in hude psihomotorične vznemirjenosti je opazno stanje, ki lahko ogroža pacientovo življenje. Agitiran in hudo vznemirjen pacient izvaja množico pogosto nesmiselnih, brezcijlnih in nesmotrnih gibov. Pogosto krili okoli sebe, vpije, trga obleko in posteljnino, ruši ovire, se zvija in je lahko napadalen. Sem spada stereotipno guganje trupa ali stopicanje, pačenje, kažejo se tudi v posebnostih pričesk in kot svojsko oblačenje (Žvan, 1999).

Pomanjkanje volje

Zaradi abulije oziroma apatije pacient izgubi interes za zunanji svet in je brezvoljen.

Kognitivne funkcije

Je sposobnost možganov, da pridobijo, integrirajo, procesirajo, shranjujejo in zadržijo informacijo. Pacienti s shizofrenijo imajo razvidno slabše rezultate na testih pozornosti, pri reševanju abstraktnih problemov in verbalnem in vidnem spominu (Žvan, 1999).

Pomanjkanje uvida

Praviloma so pacienti neuvidevni oziroma nekritični do tega, da so bolni, in zato ponavadi odklanjajo obravnavo oziroma zdravljenje. Pri takih pacientih je potrebno veliko truda, potrpežljivosti, znanja, da jih prepričamo o nuji zdravljenja. Če je to uspešno, se pacientova kritičnost polagoma vrača (Žvan, 1999).

Motnje hotenja in depersonalizacija

V sklop shizofrenije sodi tudi začasna ali trajna, delna ali popolna brezvoljnost, ki sodeluje pri negativni shizofrenski simptomatiki. Kažejo se kot upad socialnih aktivnosti, osebne higiene in vsakodnevnih dejavnosti.

Depersonalizacijski fenomen sodi med glavne značilnosti, pri katerem gre za, občutke hude lastne spremenjenosti, ki se izražajo v najrazličnejših oblikah. Ne spoznajo se več, prevara jih občutek, kot da ne obstajajo ali da so že celo mrtvi. Včasih govorijo, da imajo drugo poreklo, da je v njih več oseb. Tem navedbam se lahko prilagajajo z govorico in obnašanjem, glasom, lahko si omislijo celo novo ime ter novo identiteto (Žvan, 1999).

5.6 Klinični tipi shizofrenije

V Evropi je razširjena mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) Svetovne zdravstvene organizacije. Shizofrenija se lahko pojavlja v različnih oblikah, kjer je začetek bolezni lahko počasen ali hiter.

Različne podtipi bolezni razlikujemo glede na simptome:

- **Paranoidna shizofrenija**

Je najpogostejša oblika shizofrenije in ima poleg katatonije ugodnejšo prognozo kot druge oblike ter se dobro odziva na zdravljenje. Začetek je nekoliko kasnejši, to je večinoma po 30. letu starosti. Pacienti s paranoidno shizofrenijo lahko dajejo dolgo videz vsaj relativne urejenosti ter osebnostne in čustvene ohranjenosti, nemalokrat pa so sposobni svojo psihotično simptomatiko prikrivati (Žvan, 1999)

Pacient se zdi dolgo kot in čustveno ohranjen in urejen, dokler se ne dotaknemo blodenj. Bolezen nastopi postopoma, pojavljajo se nanašalnost in preganjalne blodnje ter tudi ekspanzivne blodnje. Začne se večinoma po 35. letu starosti. V akutni fazi ima pacient izdelan sistem blodnih idej in nanašalnosti (ga preganjajo, strežejo mu po življenju, mu mečejo polena pod noge). Lahko so nevarni, ker zaradi bolezenskega občutka ogroženosti v samoobrambi lahko ogrozijo nekoga, ki o pacientovi vsebini blodenj ne ve (Frangež-Žigon, 1997).

- **Hebefrenska shizofrenija**

Značilen je zgodnejši začetek bolezni (med 15. in 25. letom). Začetek je pogosto neznačilen in prikrit, pogosto daje videz adolescentne krize. Pri tej obliki večinoma ni prisluhov in blodenj, ampak prevladujejo neobičajne besede, nenavadno vedenje, čustvene motnje (neustreznost, splitvenost čustvovanja) in nenavadne besedne zveze, tako da je lahko govor povsem nerazumljiv (Žvan, 1999).

Pacienti so pogosto nagnjeni k socialni izolaciji. Hiter razvoj negativnih simptomov je značilen, zato je prognoza običajno slaba. Diagnosticira se ponavadi pri mladih ljudeh in v adolescenci (Tavčar, 2008).

Okolica najprej sprejema bolezen kot šolski neuspeh, pubertetno krizo in hipohondrične znake. Značilna je njihova »avšasta« vedrost ali depresivnost, ki nista

čustveno doživeti, ter pacientovo zanimanje se premakne od preproste vsakdanjosti do visokih zdravstvenih problemov. Zasedimo lahko še pojave odtegovanja in simptome depersonalizacije ter vsiljevaje misli (Frangež-Žigon, 1997).

- **Katatonska shizofrenija**

Je zelo redka oblika shizofrenije. Tukaj prevladujeta dve skrajnosti in sicer: negibnost (stupor) in stalno neustavljivo gibanje (hiperkinetičnost). Pacient lahko dolgo vztraja v nenavadnih držah ali stori vse, kar mu naročijo, tudi če je to zanje boleče ali pa neprijetno (Tavčar, 2010).

Spontana aktivnost je običajno minimalna, zato so pacienti običajno v stuporju popolnoma negibni. O agitirani katatoniji govorimo, kadar je klinična dopolnjena še z brezcilnim nemirom. Če nemira ne preprečimo, nastopi smrt. Klinična slika katatonije predstavlja urgentno stanje v psihiatriji (Frangež-Žigon, 1997).

- **Nediferencirana shizofrenija**

Ta tip shizofrenije imenujemo tudi atipično saj ne izpolnjuje kriterijev za druge vrste shizofrenije ali pa hkrati kaže značilnosti več vrst shizofrenije (Tavčar, 2010).

- **Postshizofrenska shizofrenija**

Postshizofrenska depresija, ki je navedena le v tej klasifikaciji, je depresivna epizoda, ki nastopi kot »ostanek« shizofrenije. Simptomi shizofrenije morajo biti prisotni, vendar v klinični sliki ne prevladujejo. Kadar ni več nobenih shizofrenih simptomov, je to »običajna« depresija. Če pa so ti simptomi prisotni, je potrebno klasificirati stanje kot katero od oblik shizofrenije (Tavčar, 1999).

- **Rezidualna shizofrenija**

Je kronično stanje, ki nastane po eni ali več tipičnih shizofrenskih epizodah (aktivni simptomi bolezni se umaknejo ali izgubijo na ostrini), ostaja pa predvsem negativna simptomatika v smislu zmanjšani aktivnosti oziroma neinicijativnosti, psihomotorične upočasnjenosti in čustvene otopelosti oziroma zvođenelosti. Pacienti so miselno osiromašeni, opuščajo higienske razvade, so zanemarjeni, opuščajo stike z okoljem (Frangež-Žigon, 1997).

- **Enostavna shizofrenija**

Pri tej obliki se postopno razvijajo čudaštva v vedenju ob nesposobnosti upoštevanja družbenih zahtev in norm ter padec splošne učinkovitosti. Za primer lahko vzamemo, da prej uspešen študent začne opuščati šolske obveznosti in dejavnosti, se umika v svoj svet, zanemari osebno higieno, ne govori z družinskimi člani. Družina se na spremembe odzove in si v stiski pacientovo vedenje razlaga z brezbriznostjo in lenobo (Tavčar, 2010).

Pacienti se znajdejo med nezaposelnimi delikventi, alkoholiki, prostitutkami, do bolezni pa niso kritični. Enostavna shizofrenija ima prekrit začetek in napredujoč razvoj (Frangež-Žigon, 1997).

5.7 Postavitev diagnoze

Pri shizofreniji diagnozo postavimo na osnovi vseh zbranih podatkov in z upoštevanjem kriterijev v klasifikacijah, saj ne poznamo nobenega testa za določitev shizofrenije. Pomembno je čim prej postaviti diagnozo, saj je potrebno hitro zdravljenje. Najprej je potrebno narediti dobro avto - in heteroanamnezo, nato opraviti psihološki in psihiatrični pregled. Ob pregledu je pomembno narediti osnovne laboratorijske s katerimi izključimo morebitne druge bolezni, ki bi lahko bile podobne shizofreniji. Kadar trajajo simptomi pol leta, se postavi diagnoza shizofrenija.

Ko se zberejo vsi podatki, in se upoštevajo kriteriji v klasifikacijah, se lahko postavi diagnoza. V Sloveniji se uporablja pri ocenjevanju Mednarodna klasifikacija bolezni-verzija 10, ki opredeljuje shizofrenijo kot motnjo, za katero so značilne spremembe na področju čustvovanja mišljenja, zaznavanja in hotenja vsaj v dveh naštetih področjih. Nemški psihiater Kurt Schneider (1959, po Švab, 2006) je opredelil tipične simptome shizofrenije kot listo simptomov prvega reda, ki naj bi močno nakazovali diagnozo shizofrenija.

Schneiderjev seznam tipičnih simptomov je naslednji (Švab, 2006):

- slušne halucinacije, pri katerih se dva glasova prepirata,
- slušne halucinacije, pri katerih pacient sliši svoje misli,
- slušne halucinacije, pri katerih glas razlaga pacientova dejanja,
- halucinacije vplivanja neke zunanje sile,

- vsiljevanje misli;
- odtegotanje misli,
- pacient verjame, da se njegove misli prenašajo preko radia ali televizije,
- vanj se vrivajo nagibi drugih s silo, ki se ji ne more upreti,
- vanj se vrivajo čustva drugih ljudi,
- občuti, kot da njegova dejanja nadzirajo drugi, kot da bi bil stroj,
- nanašalne blodnje, ki dajejo občutek, da imajo običajne pripombe ali dogodki skrivni pomen.

Navedeni simptomi se pojavijo pri več kot treh četrtinah pacientov, vendar danes vemo, da niso dokončni, saj se lahko pojavijo tudi pri drugih boleznih.

Večina psihiatrov ne bo postavila diagnoze ob prvem pregledu pacienta (Švab, 1996). Psihiater se pri pregledu pacienta zanaša na svojo lastno presojo pacientovega vedenja, tega, kar pacient pove in kar navede o svojem doživljanju. Pacient nekatere znake sploh ne more opisati in nekatere znake bolezni lahko prikriva.

5.8 Zdravljenje

V nasprotju s splošnim prepričanjem se shizofrenija dobro zdravi, kar pomeni, da lahko z zdravljenjem in rehabilitacijo odstranimo ali omilimo znake bolezni in tako preprečimo prizadetosti pri večini pacientov. Dokončno in popolnoma pa danes shizofrenije še ni mogoče ozdraviti, saj ne poznamo vseh njenih vzrokov in dejavnikov, ki vplivajo nanjo (Švab, 2006).

S sprejemom v psihiatrično bolnišnico se največkrat zdravljenje začne. To ima dobre in slabe strani. Dobra je, da lahko pacientu omogočimo ustrezno diagnostiko. Z zdravili zdravimo na začetku zdravljenja. V bolnišnici najlažje in najhitreje uvajamo antipsihotična zdravila, preverjamo njihove in stranske učinke in učinkovitost (Švab, 2006).

Antipsihotiki so zdravila za zdravljenje shizofrenije in uravnavajo neravnovesje kemičnih snovi v možganih. Zdravila so namenjena zmanjševanju in odstranjevanju simptomov bolezni. Obstaja več vrst antipsihotičnih zdravil, ki se razlikujejo po delovanju in posledično tudi po nezaželenih učinkih (Tavčar, 2008).

Zdravila so v obliki raztopin, kapljic, tablet lahko pa so v obliki depo injekcij (Švab, 2006).

Vse bolj pogosto se uporabljajo orodisperzibilnih tablet so, katerih je prednost, da se v ustih hitro raztopijo in jih lahko pacient zaužije kadarkoli, in to brez tekočine. Tablete so boljšega vonja in okusa (Tavčar, 2008).

Pri zdravljenju shizofrenije se uporabljajo tudi klasični antipsihotiki ali nevroleptiki, ki pa za razliko od atipičnih niso več prva terapevtska izbira. Ker je na trgu vedno več zdravil, se uporabljajo tudi novejša zdravila, poleg starejših zdravil. Imenujemo jih netipični antipsihotiki ali antipsihotiki druge generacije, za katere je značilno, da imajo manj stranskih učinkov (Kores Plesničar, 2008).

Zdravila delujejo tako, da pomagajo uravnovesiti kemične reakcije v telesu, ki so se začasno ali trajno iztirile (Švab, 2006).

Shizofrenija je bolezen, ki ima korenine v človekovi biološki, socialni in psihološki sferi, in ne more biti dileme, katere metode bomo uporabili pri terapiji in rehabilitaciji. Raziskave že dolgo kažejo, da je edino uspešno farmakološko, integrativno in psihosocialno zdravljenje. Cilj ni le odprava simptomov, ampak človeku zagotoviti čim večjo stopnjo harmonije s samim seboj in v odnosu do zunanjega sveta ter čim boljšo kakovost življenja. Za zdravljenje shizofrenije je edini usposobljen zdravnik psihiater, za uspešno obvladovanje bolezni pa je pomembno sodelovanje pacienta, svojcev, medicinske sestre, psihologa, socialnega delavca, delovnega terapevta in drugih zdravstvenih delavcev v skupini. Zdravljenje je potrebno začeti čim prej (Faganelj But, 2002).

5.9 Vloga medicinske sestre pri zdravljenju

Pri zdravljenju pacienta s shizofrenijo ima pomembno vlogo medicinska sestra. Pomembna je terapevtska komunikacija, ki vključuje medicinsko sestro in pacienta, njun odnos ter sodelovanje in interakcijo med njima. Osnovni namen medicinske sestre je, pacientu pomagati, da bo brez zadržkov izražal svoje potrebe in težave. Pri tem je pomemben dejavnik stopnja pacientove odmaknjenosti od realnosti, ki lahko povzroči popolno odvisnost pacienta od medicinske sestre ali pa le potrebo po usmerjanju pri zadovoljevanju potreb v okviru življenjskih aktivnosti in določeni vzpodbudi (Gorše Muhič, 2009).

Prehajanje na drugo stopnjo zdravljenja, pomeni, da je pacient vodljiv, mirnejši ter se dobro odziva na zdravljenje, se pravi, da postaja mirnejši in bolj vodljiv, ter je ob terapiji že aktivno vključen v proces rehabilitacije, pridobivanja novega, ustreznega načina življenja in pripravo

na vrnitev domov. Medicinska sestra se mora ves čas tega procesa zavedati, da se potrebe pacienta po zdravstveni negi glede na potek in izraženostI bolezni spreminjajo, zato mora nenehno pozorno ugotavljati pacientovo stanje in potrebe ter dinamično prilagajati in spreminjati načrt zdravstvene nege. Zdravstvena nega pacienta z duševno motnjo je usmerjena tudi v podporo na čustvenem področju, in sicer pacientu pomaga, da vzpostavlja odnose z drugimi ljudmi. Uspešnost zdravstvene nege ocenjujemo glede na to, koliko nam je v pacientu uspelo vzbuditi samozaupanje, koliko je uspešnejši v odnosu z drugimi in ga vrniti v realnost. S pacientom mora medicinska sestra vzpostaviti odnos, na podlagi katerega se med njima razvije zaupanje, pri katerem je pomembno da medicinska sestra vztraja, tudi če jo pacient odklanja. Tudi izkazovanje spoštovanja pacientu spodbuja k sprejemljivejšemu vedenju in mu da občutek, da je pomemben. Tudi pri ustvarjanju vzdušja na oddelku ima medicinska sestra pomembno vlogo, kjer naj bi s svojim pristopom, že od sprejema naprej, pacientu pomagala pri razbremenjevanju njegovih strahov, tesnobe, sovražnosti ali nezaupanja. Če je pri tem uspešna, je to zagotovo več kot dobra popotnica za nadaljnje zdravljenje (Žvan, & Gorše, 1987).

Terapevtski odnos je osredotočen izključno na pacientove potrebe, ideje, čustva, in izkušnje. Odnos je zaznamovan z medsebojnim zaupanjem, spoštovanjem pacienta, iskrenostjo, empatijo in samorazkrivanjem enega in drugega udeleženca. Pogoj za terapevtski odnosje uporaba terapevtske komunikacije (Gorše Muhič, 2009).

Vloga medicinske sestre se kaže v strokovni pomoči pacientu s shizofreniji, da lahko le-ta ohranja pozitivne podobe o sebi in svoji družini. V ospredju je medsebojni odnos med medicinsko sestro in pacientom. V procesu zdravljenja medicinska sestra pacienta vodi, da lahko postane čim prej neodvisen pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti kolikor je mogoče (Hrovat, & Žagar, 2014).

6 STIGMATIZACIJA

Sama beseda stigma danes pomeni znamenje sramote. Torej nekaj, kar označuje človeka, da je zaradi svoje določene lastnosti drugačen, slabši od drugih in zato vreden zaničevanja in izrinjanja iz centra družbenega dogajanja. Pomen besede izvira iz daljnje preteklosti, ko so oblastniki sužnjem in kriminalcem v kožo vžigali znamenja, da so jih tako označili in napravili prepoznavne drugim ljudem. V srednjem veku je stigma pomenila tudi telesne posebnosti, znamenja tistih žensk, ki so jih obtožili čarovništva (Bon, 2007).

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je stigma pojasnjena kot znamenje, narejeno pobeglim sužnjem in hudodelcem. V Slovarju tujk o stigmati piše, da je to sramotno znamenje. Stigmatiziranost razumemo kot ožigosanost oziroma zaznamovanost zaradi neke lastnosti, ki posameznika loči od drugih, tako da ima večina in on sam to lastnost za odklonsko ali deviantno. Predmet stigme so lahko telesne pomanjkljivosti ali poškodbe, telesne bolezni (na primer rak, aids), spolna usmerjenost, duševne motnje, kršenje določenih pravil, navad in načel, narodna pripadnost in podobno. Raziskave so izločile tri pomembne sestavine stigme: kognitivno sestavino (stereotipiziranje), čustveno sestavino (strah) in vedenjsko sestavino družbenega nadzora oziroma zadržanosti (Strbad, & Švab, 2005).

Stigmo danes razumemo kot produkt družbenega označevanja in ne kot realno lastnost prizadetega posameznika. Predstavlja eno največjih ovir, s katero se srečujejo psihiatrični pacienti in tisti, ki jim želijo pomagati. Spremljajo jo občutki sramu in krivde, ali pa popolno zanikanje težav, zaradi katerih ljudje težko iščejo pomoč, ali pa sploh težko sprejmejo razlago, da so njihove težave in simptomi posledica duševne motnje (Bon, 2007).

6.1 Stigmatizacija v psihiatriji

Beseda stigma označuje značilnosti, ki človeka močno razvrednotijo. Odnos ljudi do oseb s stigmo je, da takšne osebe niso pravi ljudje. Biti pacient z duševno motnjo je, z izjemo AIDS - a, največja stigma, ki jo človek lahko ima.

V zdravstvu se stigma somatskih bolezni (na primer epilepsije, rak) zmanjšuje, stigmatiziranost ljudi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami (HDM) pa se ohranja. Najpogosteje se uporablja definicija, ki jo je sprejel ameriški Inštitut za duševno zdravje leta 1987, ki opredeli zveze hude in ponavljajoče duševne motnje. Ta razvršča paciente s HDM po diagnozi (funkcionalna diagnoza ali osebnostna motnja), po trajanju

bolezni in zdravljenja, ki morata biti dolga vsaj dve leti, in po manjši zmožnosti oziroma invalidnosti, ki vsebuje tri izmed osmih meril za invalidnost. Vzorčni primer HDM je shizofrenija. Stigmatizacija najbolj ovira skrb za duševno zdravje (Strbad, & Švab, 2005).

Stigmatizacija duševnih motenj ima dolgo zgodovino, razlog za to je industrializacija in urbanizacija družbe, ki od posameznika zahteva čedalje višjo stopnjo izobrazbe, kvalifikacij in prilagajanja v vseh zaposlitvenih sektorjih, vendar se stigma v zadnjih dvesto letih v razvitih državah stopnjuje. Po drugi strani pa opažajo, da je stigmatizacija duševnih motenj prisotna tudi v drugih okoljih, na primer v podeželskih in v državah v razvoju. Prisotna je univerzalno in se še krepi (Strbad, & Švab, 2005).

Temelj obravnave v medicini je diagnoza. Ko jo enkrat pravilno postavimo, je izredno dragocena, ker zdravnikom pomaga pri napovedovanju poteka bolezni in pri izbiri najbolj ustreznega zdravljenja. Je pa na žalost tudi eden od dejavnikov psihiatizacije ekstremov človeškega vedenja in stigmatizacije pacienta. Njen negativni pomen lahko jasno opazimo v novjših trendih obravnave pacientov s shizofrenijo. Pacienti sami in nemedicinske službe, ki jim pomagajo, se danes izogibajo tako diagnozam, kot tudi sami uporabi izraza pacienta in ga nadomeščajo z izrazi, kot so »uporabnik«, »klient« ali »oseba s težavami v duševnem zdravju« (Bon, 2007).

6.2 Vzroki stigmatizacije

V strokovni literaturi se kot razlog za stigmatizacijo največkrat navaja nepoučenost in neznanje. Splošna prepričanja, da so ljudje, oboleli npr. za shizofrenijo, nepredvidljivi, nevarni, da je z njimi težko komunicirati, da drugače čustvujejo, da nikoli ne ozdravijo, kažejo na nizko izobraženost ljudi o duševnih motnjah in njihovih posledicah. Drugi pomemben razlog je zgodovinski. V preteklosti so duševne motnje razlagali demonistično, to je kot obsedenost s hudičem. Nasilne razsežnosti je demonologija dobila v obdobju čarovniških procesov, ki so se najbolj razmahnil v 16. stoletju. Eksorcizem (izganjanje hudiča) ali metoda zdravljenja, je uradno opisana v dokumentarcu *Malleus Maleficarum*. Na grmadah naj bi bilo sežganih več kot 100.000 ljudi (večinoma žensk), med katerimi je bilo zelo veliko ljudi z duševnimi motnjami (Strbad, & Švab, 2005).

Vedenje pacientov z duševno motnjo je lahko velikokrat nepredvidljivo in bizarno, občasno celo nasilno. Morda so obremenjeni z raznimi nenavadnimi prepričanji ali imajo motnje zaznav. Njihova čustva so lahko neskladna z dejansko situacijo. V vsaki človeški kulturi je

prisotna jasna tendenca, da se postavi mejo med bolnimi in zdravimi. Možnost, da duševna motnja nejasno prehaja mejo zdravja in bolezni, pogojuje strah, da lahko tudi sami nekoč prestopimo to mejo. V družbi velja prepričanje, da je duševna bolezen neozdravljiva in doživljenska, čeprav posamezni pacienti tudi po več let lahko nimajo težav. V vsaki kulturi so zelo trdovratni stereotipi o duševnih motnjah, in se jih ne da preprosto spremeniti z racionalnimi argumenti. Pri njihovem spreminjanju še najbolj pomagajo lastne izkušnje in osebni odnos s pacientom (Kuklec, 2010).

Zavajajoče obveščanje medijev je tudi eden od vzrokov stigmatizacije. Mediji prikazujejo ljudi s HDM kot nasilne in nevarne, nemoralne, posiljevalce, morilce z razcepljenimi osebnostmi. Tudi v (dnevno) informativnih oddajah kot tudi v zabavni industriji – filmi in nadaljevanke, velja to. Mediji bi lahko imeli pomembno vlogo pri zmanjševanju stigme, saj imajo veliko moč pri oblikovanju javnega mnenja, obveščanju in izobraževanju javnosti (Strbad, & Švab, 2005).

Na odnos do pacientov z duševno motnjo vplivajo tudi posledice stranskih učinkov zdravil, ki jih ti pacienti prejemajo. Mednje sodijo ekstrapiramidni znaki (distonije, akatizija, parkinsonizem, tardivna diskinezija), ki močno spremenijo njihovo motoriko, povečana telesna teža ter spoznavne in spominske motnje, ki ovirajo njihovo delovanje. Kadar se pacientu postavi diagnoza shizofrenija, ga ljudje, ki imajo stike z njim, začnejo doživljati drugače. Negativne asociacije in predsodke vgradijo v svoje zaznavanje, in ga začnejo zavračati. Izsledki nekaterih raziskav ne potrjujejo, da samo poimenovanje povečuje stigmatiziranost. Predsodki se vgrajujejo tudi v odnose do pacientov z duševno motnjo v psihiatričnih ustanovah, ki se še vedno kažejo v pomanjkljivi skrbi, izključevanju pacientov iz vseh oblik odločanja, v površnih obravnavah in pokroviteljstvu. Primeri za pokroviteljski odnos so omejevanje samostojnosti, toga struktura dejavnosti na oddelkih, tikanje neprimerne psihoterapevtske tehnike, kot so dolge tišine pri še hudo tesnobnih pacientih, uporaba regresivnih terapevtskih tehnik, vsiljevanje oddelčne discipline in zanikanje potrebe po izbiri (na primer hrane) (Strbad, & Švab, 2005).

6.3 Posledice stigmatizacije

Ljudje s HDM so izpostavljeni zapostavljanju, stigmatizaciji in odtrganju na obrobje družbe. Posledično izražajo negativna čustva, kot so krivda, strah, sram, opisujejo negativno samopodobo in se neustrezno vedejo. Mnogo oseb s HDM trdi, da so stigma in z duševnimi

motnjami povezani predsodki enako ali celo bolj obremenjujoči kot sami simptomi bolezni in z njo povezana nezmožnost. Ovira jih pri iskanju zaposlitve, v družbenih stikih in zmanjšuje kakovost njihovega življenja. Stigma slabša samopodobo in niža samospoštovanje ter ovira paciente pri iskanju pomoči in pri sodelovanju v psihiatričnem zdravljenju. Raziskava o medsebojnem vplivu simptomov shizofrenije in drugih pacientovih lastnosti na eni ter stigmatiziranostjo na drugi strani je pokazala, da imajo pacienti, ki se čutijo bolj stigmatizirane, več pozitivnih (sumničavost, blodnje) in negativnih (čustveni in družbeni umik) simptomov. Tudi nekateri drugi simptomi (tesnoba, izogibanje družbenim dejavnostim, somatske težave) so bolj izraženi. Pri pacientih, ki bolj doživljajo stigmatizacijo, je stopnja nezmožnosti večja. Kaže se v slabši komunikaciji, slabši skrbi zase, nemiru, težavah pri druženju in vsakdanjih dejavnostih. Ljudje s HDM, ki živijo v manjših krajih, se čutijo bolj stigmatizirani (pričakovana stigma), čeprav je dejanska stigmatiziranost enaka kot v večjih krajih (Strbad, & Švab, 2005).

Ker sta zdravljenje in skrb nezadostna in pomanjkljiva, pacienti iščejo pomoč pri alternativah in neprofesionalnih zdravilcih, ki lahko s površnimi obravnavami poslabšajo duševno stisko posameznikov ali vsaj povzročijo zakasnitve pri izvajanju ustreznega zdravljenja, kar dokazano slabša napoved duševnih motenj (Strbad, & Švab, 2005).

Stigmatizacija zmanjšuje zmožnosti za izobraževanje in zaposlovanje. Ljudem z duševnimi motnjami se pogosto odreka pravica do izobraževanja in zaposlovanja v javnih službah. Le 10 do 20 % obolelih za shizofrenijo v Evropi je zaposlenih, kar je glavni razlog za to, da živijo ljudje s HDM v najtežjih življenjskih razmerah, pogosto brezposelni, odmaknjeni od družbe (prav tam) .

Državne zakonodaje ljudi z duševnimi motnjami večinoma ne zapostavljajo odkrito, vendar jim postavljajo nepotrebne in neprimerne ovire in bremena za enakopravno vključitev v skupnost. Marsikje (tudi pri nas) zakonodaja na področju duševnega zdravja sploh ni urejena, vendar v nekaterih tudi sprejetje zakonodaje ne zagotavlja zaščite pacientovih pravic. Še več, zakonodajni akti s področja duševnega zdravja v nekaterih državah celo omogočajo sistematično kršenje nekaterih pravic pacientov, kot so pravice do zdravljenja in človekove pravice. V petindvajsetih državah s skoraj 31 % svetovnega prebivalstva zakonodaje na področju duševnega zdravja ni. V Evropi ima 91,7 % držav državno zakonodajo na tem področju, v vzhodni sredozemski regiji pa le 57 %. V polovici držav so zakonodajo na področju duševnega zdravja sprejeli po letu 1990, v 15 % pa je bila sprejeta v šestdesetih letih

20. stoletja, ko večina sodobnih metod zdravljenja ni bila dostopnih. Zakonodaja na področju duševnega zdravja naj se ne ukvarja le z zdravljenjem in skrbjo, temveč naj bo zakonita osnova za urejanje kritičnih problemov duševnega zdravja, kot so dostop do skrbi, rehabilitacije in nadaljevanja zdravljenja, vključevanje ljudi z duševnimi motnjami v skupnost in izobraževanje o duševnem zdravju v družbi (Strbad, & Švab, 2005).

7 STIGMATIZACIJA PACIENTOV S SHIZOFRENIJO

Za paciente z duševno motnjo in tiste, ki jim pomagajo, predstavlja stigmatizacija eno največjih ovir pri zdravljenju, kakovosti življenja in rehabilitaciji (Bon, 2007).

Paciete z duševno motnjo mediji pogosto prikazujejo v povezavi s kaznivimi dejanji, čeprav je dobro znano, da ni pomembne povezave (Hotujac, 2004).

Obstajajo pa tudi kazalci, ki kažejo, da se v posameznih družbah diskriminacija zmanjšuje. K temu prispevat razumevanje in tolerantnost, ki zamenjujeta predsodke in stigmatizacijo.

Nekateri pacienti, ki se že dlje časa zdravijo, povedo, da se odnos družbe do njih izboljšuje. Na tem področju je potrebno še veliko narediti, saj predsodki izvirajo iz slabega poznavanja bolezni, zato je ljudem potrebno posredovati objektivne informacije (Žmitek, 2004).

7.1 Stigmatizacija pacientov s shizofrenijo v Sloveniji

Po navedbah WHO je pojavnost shizofrenije podobna v različnih kulturah. V Sloveniji je približno 20.000 pacientov s shizofrenijo, vsako leto pa diagnosticirajo še najmanj 400 novih pacientov (Kores Plesničar, 2004).

Svetovni podatki navajajo, da je pogostnost shizofrenije med 0,5 in 1 %, kar v praksi pomeni, da jo bo enkrat v življenju razvila ena oseba na sto. V Sloveniji natančnih podatkov, koliko ljudi jo ima, ni, strokovnjaki ocenjujejo, da je pogostnost podobna kot v svetu, kar trenutno pomeni okoli 20.000 pacientov v našem okolju.

8.2 Stigmatizacija pacientov s shizofrenijo v svetu

Po vsem svetu ima okoli 24 milijonov ljudi s shizofrenijo:

- 6 - 12 milijonov ljudi na Kitajskem;
- 4.3 - 8.7 milijonov ljudi v Indiji;
- 3.2 milijonov ljudi v Ameriki;
- 2.2 milijona ljudi v ZDA;
- 285.000 ljudi v Avstraliji;
- preko 280.000 ljudi v Kanadi;

- preko 250.000 diagnosticiranih primerov v Veliki Britaniji (Schizophrenia Facts and Statistics, 2010).

Povsod po svetu je približno 200.000 posameznikov s shizofrenijo ali manično depresijo, ki so brezdomci, in sestavljajo eno tretjino približno 600.000 brezdomne populacije v Ameriki.

V danem trenutku je več ljudi z nezdravljeno hudo duševno motnjo, ki živijo na ameriških ulicah, kot jih prejemajo oskrbo v bolnišnicah. Približno 90.000 posameznikov s shizofrenijo ali manično depresijo je bilo v bolnišnici zaradi zdravljenja bolezni.

V ZDA je bilo leta 2010 približno 397.200 hospitalizacij pacientov s shizofrenijo. Okoli 88.600 (22,3 %) je bilo ponovno sprejetih v bolnišnico v roku 30 dni (Epidemiology of schizophrenia, 2013).

Osebe s shizofrenijo v ZDA so:

- 6 %, so brezdomci ali živijo v zavetiščih;
- 6 % živi v zaporih in zaporih;
- 5 % do 6 % živi v bolnišnicah;
- 10 % živi v domovih za starejše;
- 25 % živi z doma;
- 28 % jih živi neodvisno;
- 20 % živi v nadzorovanih stanovanjih (stanovanjske skupine, itd) (Schizophrenia Facts and Statistics, 2010).

V Indiji je 4000 psihitrij, ki so na voljo za več kot bilijon ljudi. Zatorej je zdravljenje fokusirano primarno na zdravljenje simptomov z zdravili.

V Indiji ni organizirane skupnosti za skrb pacientov s shizofrenijo. Najpogostejše je zdravljenje ljudi v psihiatričnih bolnišnicah, ki so običajno veliki in izolirane od skupnosti.

Spremljanje pacientov v tej državi je težko, ker ne obstajajo evidence o gibanju, nobene registracije primerov in nobene centralizirane baze naslov kamor se bi lahko obrnili. Pacientom je nemogoče slediti, razen če se pacient ali njegova družina odloči, da ostanejo v stiku s storitvenimi institucijam.

Stopnja umrljivosti je precej visoka, s povprečno starostjo pri 34,2 leta, kar je veliko pod povprečno indijsko življenjsko dobo- 60,5 let v letu 2002. Samomori predstavljajo 7 - 16 smrtnih primerov (Schizophrenia in India, 2009).

Na Kitajskem je 6 - 12 milijona ljudi s shizofrenijo. Leta 1999 je bilo 4,77 milijonov ocenjenih primerov shizofrenije in številke iz leta v leto naraščajo. Mnenja so, da se pacienti s shizofrenijo in drugimi duševnimi boleznimi se ne bi smeli poročiti ali imeti otroke, ter niso zaželeni živeti v skupnosti, se vrniti na delo ali obiskovati univerzo. Pacientom s shizofrenijo je težko najti službo ali se poročiti, tako da je velika večina odvisna od svoje družine celo svoje življenje. Zato ni presenetljivo, da družina prelaga zdravljenje in skriva obolelega s shizofrenijo pred svojci in sosedi, ker se bojijo stigmatizacije.

Velika večina bolnišnice je nameščena v velikih urbanih mestih, na podeželju jih je izredno malo, tako da 70 % celotnega podeželskega prebivalstva še vedno nima dostopa do psihiatričnih ustanov. Tiste psihiatrične ustanove, katere so na podeželju pa ne nudijo pravega zdravljenja, zato ker so zaposleni splošni zdravniki in zdravstveni delavci brez ustreznega znanja iz psihiatričnega področja, ter so brez delovnih terapevtov, socialnih delavcev, tako da je zdravljenje zagotovljeno brez ustreznega usposabljanja na psihiatričnem področju (Phillips, 2014).

8 VPLIV MEDICINSKE SESTRE NA ZMANJŠANJE STIGMATIZACIJE

Temeljno načelo je spoštovanje osebnosti in različnosti posameznikov, ki bi se ga moral držati vsak posameznik. Pomembno vlogo pri zdravljenju pacientov s shizofrenijo ter pri destigmatizaciji ima medicinska sestra. Ker je neznanje o vzrokih in poteku shizofrenije glavni vzrok stigmatizacije ima medicinska sestra vlogo, da družbi predstavi shizofrenijo in na ta način zmanjša stigmatizacijo pacientov s shizofrenijo.

Prisotnost duševne motnje je v vseh strukturah družbe, zato bi v javnosti morale biti pogostejše predmet razprav na temo duševnega zdravja, saj to pripomore k destigmatizaciji duševnih bolezni.

V ljudeh je potrebno vzbuditi zavest, da so pacienti s shizofrenijo ljudje, ki potrebujejo še več topline in podpore. Dosegaje teh cilje je dolgotrajen in vztrajen proces.

8.1 Nevednost in neznanje družbe

Neznanje o vzrokih, poteku in trajanju duševne bolezni pogloblja tudi socialno izolacijo. V času izbruha bolezni in hospitalizacije bi morale biti informacije dostopne vsem. Stroka ponuja premalo, tisto kar obstaja pa ni dovolj celovito in dostopno vsem. Družine, skrbniki, svojci ne zmorejo poiskati teh informacij iz različnih virov, še posebej ne takrat, ko se soočajo s hospitalizacijo obolelega (Belak, 2004).

Vzrok za nastanek stigmatizacije so predsodki, nevednost in diskriminacija. Ti elementi so posledica težav in/ali pomanjkljivega znanja o problemu ter odnosa oziroma vedenja do ljudi, ki kažejo kakršno koli drugačnost. Natančneje, nepoznavanje dejanske problematike in negativen odnos privedejo do predsodkov, kar se v končni fazi kaže kot diskriminacija drugih ljudi (Kuklec, 2010).

8.2 Vloga medicinske sestre pri delu z družino in širšo skupnostjo

Delo s svojci je pomemben del celostne obavnave pacientov s shizofrenijo v vseh fazah bolezni. Družina ima pomembno vlogo pri diagnostiki, zdravljenju in pri procesu rehabilitacije.

Pojav shizofrenije je za družino težek dogodek. Družina se srečuje z velikimi obremenitvami, ki se stopnjujejo od faze prepoznavanja bolezni in krize, do faze hospitalizacije in lahko povzročijo prave družinske drame. Družina je sistem, v katerem vsak posameznik pridobi prve socialne izkušnje, občutja (varnost, ljubezen, ljubosumje, jeza, strah, zavist) in doživetja. Ob spreminjanju družinskega člana zaradi shizofrenije se to ravnotežje hitro poruši, njegovo vedenje in misli niso več predvidljive. In zaradi tega prihaja do stisk pri obolelem članu in tudi pri njegovih bližnjih. Da bi oboleli član dobil ponovno svoje mesto v družini, potrebuje podporo družinskih članov in njihovo vzpodbudo ter razumevanje (Pišl, 2009).

Družina pomembno vpliva v naslednjih dejavnikih:

- prepoznavanje bolezni v zgodnji fazi nastanka: je posebej pomembno pri shizofreniji. S tem se svojci rešijo marsikatero skrbi in nepotrebnih zapletov, pomembno pa je tudi začeti s pravočasno terapijo. Neobičajni znaki v obnašanju bi morali biti v opozorilo, da je nekaj narobe. Nespečnost, strah, izolacija, zapiranje v zatemnjene prostore podnevi, neodgovorno obnašanje do obveznosti, izostanek iz šole, pomanjkanje osebne higiene, nesposobnost koncentracije, vztrajanje pri zmotnih prepričanjih, zloraba alkohola in drog, strah pred spremembami, bi morali sprožiti alarm in takojšnje iskanje strokovne pomoči. Pogosto se te znake povezuje s puberteto, zagnanostjo in mladostno trmo (Belak, 2004) ;
- krizna situacija – izbruh bolezni: v tej fazi večini svojcev ni jasno, kaj se dogaja. Prepoznavanje bolezni je redko, kar si razlagamo z neosveščenostjo in nevednostjo, strahom pred mnenjem okolice, ki se odraža v izolaciji in stigmatizaciji in z nezmožnostjo sprejeti dejstvo, da je naš bližnji duševno bolan. Izbruh bolezni postavi pred družino dejstvo, da je potrebno ukrepati. Ker svojci velikokrat ne obvladujejo položaja, jih je strah, so napeti in nemirni, se lahko odzovejo z jezo, nemočjo, agresijo in krivdo, kar krizo pogloblja (prav tam).
- hospitalizacija: kronične bolezni težko sprejemamo. Duševne motnje še dandanes sprejemamo z občutki sramu, strahu in tudi krivde. Upanje, da je posebna oblika doživljanja, odzivanja in vedenja odraz stresa in da se bo z ureditvijo situacije tudi stanje družinskega člana uredilo, je prisotno pri vseh tako pri obolelem kot pri njegovih bližnjih. Kljub ustreznemu zdravljenju družini ne moremo odvzeti skrbi, strahov, žalosti, jeze ter procesa soočanja z motnjo ter pogosto soočanja z njeno kroničnostjo. Šele po sprejetju bolezni jim lahko ponudimo pomoč pri učenju obvladovanja le-te (Pišl, 2009). Ko je pacient sprejet v zdravniško oskrbo, nastopi

druga kriza v družini. Starši si izprašujejo vest, partnerja pogosto poskušata eden drugemu naložiti krivdo zato je partnerski odnos na preizkušnji. Življenje z obolelim svojcem je stresno, prepoznavanje tega je prvi korak k obvladovanju stresa (Belak, 2004);

- vrnitev v domače okolje: po odpustu iz bolnišnice se zdravljenje pacientov nadaljuje ambulantno, kjer je vloga medicinske sestre prav nepogrešljiva. Aktivnosti medicinske sestre so usmerjene k vzpodbujanju in prevzemanju odgovornosti za lastno zdravje, razvijanju življenjskih aktivnosti, ki so zdravju koristne in dejavnosti, ki ga krepijo. Pripomorejo tudi k zmanjševanju stigmatizacije psihiatričnega zdravljenja in duševne bolezni nasploh (Čosić, 2014).

Svojci morajo biti obveščeni, kakšna bolezen je shizofrenija, kakšne so možnosti zdravljenja in rehabilitacije ter kako lahko pomagajo mladostniku, ki je zbolel za to boleznijo. Bolj poznajo bolezen, lažje sodelujejo med bolnišničnim in ambulantnim zdravljenjem ter mladostniku nudijo psihično oporo v obdobju psihične stiske. Prisiljeni so prevzeti vlogo terapevta in vodnika pacientu. Pri tem je pomembno sodelovanje strokovnjakov v smislu informiranja, izobraževanja in podpore (Plibernik, 2006).

V vsakdanjem delu se zdravstveni delavci srečujejo s svojci pacientov in njihovimi pričakovanji, zahtevami in željami, ki se nanašajo na njihove bližnje v zdravniški oskrbi (Pibernik, 2006). Pri delu s pacienti s shizofrenijo spoštujemo načelo pozitivnega in ne obsojajočega odnosa do njih. Isto načelo je včasih težje upoštevati pri delu s svojci, ki nas lahko s svojimi stališči in predvsem odnosom do pacienta razjezijo. Upoštevati moramo, da so vezi med družinskimi člani izredno močne in da je naš stik s pacientom kratkotrajnejši, predvsem pa v osnovi drugačen kot dejanski, vsakodnevni in realni stik družine. Družino moramo podpreti pri podpori njenega obolelega člana ter pri nadaljni oskrbi. Naše strokovno znanje moramo uporabljati previdno in s stalnim zavedanjem, da v realnosti z pacientom živijo njegovi svojci, ki ga tudi najbolj poznajo (Blinc Pesek, 2002).

8.3 Vloga medicinske sestre pri destigmatizaciji

Preprečiti moramo prepričan, ki nam dajejo napačna videnja in nas slepijo o duševni bolezni in o pacientih, ki za njimi zbolijo, je najpomembnejših korakov destigmatizacije. Da bi rešili problema takšnega kompleksa moa biti prisotnost ter argažiranost vseh članov družbe. Ker imajo stereotipi o duševnih motnjah in pacientih, ki za njimi zbolijo, dolgo tradicijo in so se

na nek način zakoreninili v naš dedni zapis, moramo narediti vse kar je v naši moči, da njihov vpliv omejujemo in zmanjšujemo. Pomembno, če že ne odločilno vlogo imajo strokovni oziroma zdravstveni delavci, pri zagotavljanju boljše kakovosti življenja pacientov z duševno motnjo ki se s takšnimi pacienti srečujejo in z njimi delajo. S svojim odnosom in vedenjem do problema vplivamo na oblikovanje mnenja obče javnosti in tega se moremo zavedati. In zato je zelo pomembno, da s svojim znanjem in s pomočjo edukacijskega postopka širimo poglede in nazore med ljudi in tako vplivamo na zmanjševanje prisotnosti stigmatizacije v družbi. Zavedati se je potrebno, da je reševanje problema stigmatizacije v družbi dolgotrajen postopek, katerega rezultat je težko resnično uresničljiv in odmaknjen.

Zaradi strokovnega znanja in narave dela je medicinska sestra tista, ki ga opravlja, velikokrat tista, ki s pravilnim pristopom omejuje pacientove težave, ki so posledica duševne motnje. Tako v zasebnem življenju kot tudi v delovnem procesu širi znanja in si prizadeva k čim bolj osveščeni družbi o duševnih motnjah in pacientih, ki za njimi zbolijo. S pravilnim in vztrajnim delovanjem, se lahko zgodi, da bodo stereotipi o pacientih z duševno motnjo manjši, iluzorno je namreč pričakovati, da bodo popolnoma izginili. V ljudeh je potrebno vzbuditi zavest, da so pacienti z duševno motnjo le ljudje, ki za razliko od nas še toliko bolj potrebujejo toplino in podporo tako ljudi, ki z njimi živijo in delajo, kot tudi družbe kot celote. Da bi dosegli te vrednot, ki bi se zrcalile kot obraz družbe, je potreben vztrajen in dolgotrajen proces.

Povečati je potrebno samospoštovanje in samozavest tako pacientov kot njihovih druž; to dokazano vpliva na socializacijo pacientov, njihovo aktivno sodelovanje pri zdravljenju in rehabilitaciji, in njihovo motivacijo glede skrbi zase.

Zdravstveni tehniki in medicinske sestre morajo imeti osnovno raven razumevanja pacientov z duševno motnjo. Smiselno bi bilo, da bi bili v zdravstveni negi pacientov z duševnimi motnjami zaposleni ljudje, ki so tolerantni do takih pacientov in razumejo njihov položaj. Tudi medicinske sestre in zdravstveni tehniki so lahko nehote diskriminatorni. Zdravstveni delavci, ki delajo s pacienti z duševnimi motnjami (npr. psihiatri, medicinske sestre, psihologi, socialni delavci), žal lahko pripomorejo k nastajanju stigme. Pacienti z osebnostno ali duševno motnjo so manj zaželeni pri psihiatričnem osebju. Vzroki za to nezaželenost so predvsem v njihovem iskanju pozornosti, nadležnosti, njihovi manipulativnosti, iskanju pozornosti itn. Podobno velja tudi za druge diagnoze duševnih motenj: npr. sindrom kronične utrujenosti. Ljudje, ki jim je bila postavljena ta diagnoza, pogosto opisujejo izkušnje zavrnitve

s strani splošne populacije in zdravstvenega osebja v psihiatrični zdravstveni negi (Kuklec, 2010).

8.4 Osveščanje ljudi o shizofreniji

Delo z novinarji in drugimi strokovnjaki iz področja medijev lahko pomaga, da le-ti opustijo načine stigmatizirajočega poročanja. S tem bi ljudje spoznali, da osebe s shizofrenijo niso agresivne, nepredvidljive in nevarne ter da bolezen ne izbira; lahko se zgodi vsakemu od nas.

Za zmanjšanje stigmatizacije je treba vključiti tri vrste strategij. To so: protest, izobraževanje in kontakt. Protest je moralna pritožba proti zaznani stigmatizaciji, ki vključuje preprečevanje stigmatizacije. Izobraževanje je namenjeno seznanitvi ciljne populacije z realnimi dejstvi o duševni bolezni ter odpravljanju obstoječih mitov o njih. Izobraževanje lahko poteka na različne načine, njegovo bistvo je reševanje problema stigmatizacije in virov negativnega dožemanja. Pri tem je smiselno upoštevati nekatere socialnopsihološke spremenljivke, ki lahko vplivajo na stigmatizacijo, kot so npr. socialna oblast, empatija, radodarnost, poznavanje in znanje, ter se zavedati, da na stigmatizacijo lahko vplivajo tudi spol, etnična pripadnost in številni drugi dejavniki, ki so prisotni v skupnosti. Kontakt z osebami, ki imajo podobne probleme, lahko izboljša medsebojni odnos ter sprejemanje lastne bolezni. Na primer: dokazano je bilo, da so formalni stiki s pacienti z duševnimi boleznimi povečali poznavanje in zmanjšali stigmatizacijo (Kuklec, 2010).

Eden izmed ciljev programov za zmanjšanje stigmatizacije in diskriminacije duševnih bolezni je na primer program Svetovne psihiatrične zveze »Odprta vrata«. Program temelji na širjenju informacij za boljše poznavanje duševnih motenj, ki spodbujajo protest proti diskriminaciji duševno bolnih ljudi v medijih in podpirajo osebni stik med zainteresiranimi posamezniki, da se medsebojno spoznajo. Pri odpravljanju diskriminacije pacientov je potrebno uvesti novo dimenzijo – humanizacijo. Zavedati se je treba, da paciente moti, če se z njimi ravna kot z otroci ter se jih na ta način izključuje iz (za njih) pomembnih odločitev. Prav tako neupravičen je pogost pristop zdravstvenih delavcev, ki pacientom pripisujejo pomanjkanje sposobnosti za odgovornost za njihovo lastno življenje. Pacienti se pogosto pritožujejo, da nimajo dovolj informacij o svojem stanju, možnostih zdravljenja ter izražajo strah pred tem, da jih ob nestrinjanju z načinom zdravljenja čaka prisilno zdravljenje. Na potezi je družba, ki bi morala ljudi z duševnimi motnjami prepoznati kot enakopravne člane družbe in jih na ta način rešiti stigme (Kuklec, 2010).

V Sloveniji imamo številne organizacije, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem, kot so: Društvo ŠENT, OZARA Slovenija, Društvo DAM, Slovensko društvo za duševno zdravje otrok in mladostnikov, Slovensko združenje za duševno zdravje, Društvo Novi paradoks, Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami Ljubljana, društvo Altra. Programi, ki jih izvajajo, so: svetovanje in pomoč, skupine za samopomoč, ozaveščanje in obveščanje javnosti, dnevni centri, socialna in delovna vključenost in tako naprej. Te nevladne organizacije naj bi ljudem z duševnimi motnjami nudile ustrezno oporo in zmanjšale škodo zaradi stigmatizacije.

10. oktober je svetovni dan duševnega zdravja. Beležimo ga od leta 1992 na pobudo Svetovne federacije za duševno zdravje. Kampanja poteka vsako leto pod drugačnim geslom. Njen cilj je opozarjati širšo javnost na pomen duševnega zdravja v družbi ter na vse posledice in razsežnosti tega problema. Vladne in nevladne organizacije na ta dan pripravijo številne aktivnosti, ki so vpete v razvoj skrbi na področju duševnega zdravja (Romih, 2014).

8.5 Pomen komunikacije pri pacientu s shizofrenijo

Komunikacija je v zdravstveni negi postala bolj aktualna z razvojem stroke, z uveljavljanjem sodobnih metod dela, ki aktivno vključujejo pacienta. V zdravstveni negi so raven, način in obseg komuniciranja so odvisni od vseh udeležencev. V odnosu zdrav človek – bolan človek, se mora prilagajati medicinska sestra. To velja za vedenje pri komunikaciji, obseg informacij, način govora in uporabo posameznih sredstev (Rumež - Bizjak, 2014).

Standardni negovalni cilji, ki jih pri tem zasleduje, so:

- vzdušje, v katerem se razvija komunikacija,
- podpora in pomoč pri komunikacijskih motnjah,
- nadomestni prevzem manjkajočih funkcij v komunikacijski verigi (Videčnik, 2011).

Pacient in medicinska sestra morata vzpostaviti odnos, ki temelji na zaupanju, razumevanju, spoštovanju, doslednosti, sodelovanju. Dober odnos medicinske sestre in pacienta pomaga do večjega uspeha pri zdravljenju. Pri zadovoljevanju čustvenih potreb pacienta mora biti zdravstvena nega usmerjena v pomoč pri učenju komunikacije in vzpostavljanju odnosov z drugimi ljudmi.

Medicinska sestra mora imeti sposobnost sprejeti pacienta z dobrimi in slabimi lastnostmi. Če ima pacient težave pri komunikaciji, mora medicinska sestra vzpostaviti osebni stik in se približati njegovi ravni funkcioniranja. Pomagamo si tudi s treningom socialnih spretnosti. Uporabljamo lahko različne metode, ki zbližujejo ljudi in pozitivno vplivajo na njihov način komunikacije in vedenja; od preprostih in bolj zahtevnih psihoterapevtskih metod do preprostega gojenja prijateljstva (Gorše Muhič, 2009).

Komunikacija medicinske sestre s pacientom je pomemben del njenega poklicnega delovanja in je terapevtsko sredstvo za pomoč pacientu.

Terapevtska komunikacija je pomembna zaradi treh razlogov (Gorše Muhič, 2009):

- je nosilec terapevtskega odnosa, saj zagotavlja potrebne informacije, preko katerih si medicinska sestra in pacient izmenjujeta svoje občutke in misli,
- je orodje, preko katerega medicinska sestra vpliva na pacientovo vedenje,
- je sredstvo, brez katerega ni možno vzpostaviti terapevtskega odnosa.

Na začetku srečanja s pacientom je cilj vzpostavitev odnosa in ustvarjanje varnega, neogrožajočega okolja. V naslednji fazi se ugotavljajo pacientove potrebe, razjasnjujejo se cilji in pričakovanja. V nadaljevanju se skuša slediti ciljem in zadovoljevanju potreb (Kogovšek, & Škerbinek, 2002).

9.6 Boj proti stigmatizaciji

Po podatkih Svetovne psihiatrične organizacije (WPA) je znano, da posledice stigme in diskriminirajočih ter negativnih stališč družbe pacientov vplivajo na njihov razvoj bolezni, otežujejo sprejetost v družbi ter njihovo zdravljenje (Hotujac, 2004).

Pomembno je zmanjšanje negativnih stališč družbe in stigmatizacije do pacientov z duševno motnjo, saj lahko s tem dosežemo niz izboljšav, kot so boljše prepoznavanje, zgodnejša diagnostika in učinkovitejše zdravljenje. Trajanje in pogostost bolnišničnega zdravljenja se zmanjšuje (prav tam).

Zaradi velikega pomena te problematike za razvoj moderne družbe je WPA leta 1996 ustanovila globalni program za zaščito obolelih za shizofrenijo in drugimi psihičnimi boleznimi, s katerimi se bojuje proti stigmatizirajočim stališčem in diskriminaciji. Pri tem sodelujejo številna psihiatrična društva in organizacije po vsem svetu (prav tam).

Revidirane skupne in temeljne točke programa so (prav tam):

- izboljšanje znanja o psihičnih boleznih v javnosti;
- izobraževanje in podpora družinam obolelih;
- ustvarjalne mednarodne mreže centrov, povezane s skupnim ciljem boja proti stigmati in izboljšanjem kakovosti življenja pacientov s shizofrenijo;
- temeljni cilj mreže je spodbujanje in izmenjava znanj ter izkušenj v zvezi s pacienti z duševno motnjo.

Izvajanja programa mora biti dobra poučenost javnosti, ker sta prav neinformiranost in neznanje temelj kakršnih koli predsodkov. Zato imajo pomembno vlogo mediji, ki z objektivnim prikazovanjem dejstev, namesto senzacionalističnih naslovov in tekstov, znatno pripomorejo k zmanjšanju stigme, vezane na psihiatrijo (Hotujac, 2004).

9 RAZPRAVA

Ljudji, ki zbolijo za različnimi duševnimi motnjami, spremlja stigma že vso človeško zgodovino. Odnos družbe do njih je bil skozi obdobja različen, vedno pa bolj ali manj odklonilen. V moderni družbi je stigmatizacija vseh drugačnih ljudi, ne le pacientov z duševno motnjo, v vsakdanjem pogovoru čedalje bolj nesprejemljiva, vendar se seli na bolj prikriti ravni in najverjetneje celo narašča. Vedno večje število gibanj in društev pacientov, ki se skušajo z združevanjem bolj odločno upreti stigmatizaciji in poskrbeti za upoštevanje svojih pravic in sprejemanje njihovih posebnosti v družbi. Vzporedno s tem so vedno bolj aktivne tudi socialne, zdravstvene in nevladne organizacije, ki izvajajo različne programe destigmatizacije. Nekatere države imajo na področju duševnega zdravja sprejete nacionalne programe destigmatizacije in aktivno spodbujajo prizadete posameznike, da pristopijo k prizadevanjem za spremembo svojega položaja.

V diplomskem delu smo zastavili naslednje raziskovalno vprašanje : Kakšna je prisotnost stigmatizacije pacientov s shizofrenijo v svetu in pri nas ter kateri so najuspešnejši načini destigmatizacije? Ugotovili smo, da je prisotnost stigmatizacije pacientov s shizofrenijo povsod enaka, tako drugje po svetu kot pri nas. Najuspešnejši načini destigmatizacije so, čim bolj vključevati paciente s shizofrenijo v družbo, ter osveščati družbo o shizofreniji, ki pripomore k izboljšanju kakovosti življenja pacientov s shizofrenijo.

Pregled strokovne literature je pokazal, da je stigmatizacija pacientov s shizofrenijo prisotna povsod po svetu. Ljudje so še vedno mnenja da so pacienti s shizofrenijo nevarni.

Rezultati raziskave Odnos družbe do oseb s shizofrenijo, ki jo je opravila Oprešnik v letu 2011 v kraju Črna na Koroškem je pokazala, da je poznavanje shizofrenije slaba ter da se ljudje premalo pogovarjajo o shizofreniji in so premalo seznanjeni o duševnih motnjah. Odnos ljudi do oseb s shizofrenijo je dober, ker so rezultati pokazali, da bi anketiranci sprejel osebo s shizofrenijo v svojo družbo. Družba pa je zaradi slabega poznavanje ter slabe osveščenosti o shizofreniji še vedno zelo diskriminatorno naravnana do oseb z duševno motnjo (Oprešnik, 2011).

Raziskava, ki jo je opravila NAMI (National Alliance on Mental Illness), razkriva globino stigmatizacije pacientov s shizofrenijo v ZDA. Raziskava je pokazala, da 85 % anketirancev razume, da je shizofrenija bolezen in večina od teh ljudi se zaveda, da zdravljenje lahko omogoči samostojno življenje s shizofrenijo. Rezultati so pokazali, da bi samo 43 %

anketiranih povedali svojim prijateljem, da imajo shizofrenijo, 27 % anketiranih je priznalo, da bi bili v zadregi, če bi imel družinski član shizofrenijo. Raziskava NAMI odraža socialne in strokovne izzive, ki jih ljudje s shizofrenijo doživljajo. Predsodki imajo lahko velike učinke na kakovost življenja ljudi s shizofrenijo, skoraj četrtina anketiranih si ne želi imeti sodelavca s shizofrenijo, 34 % si ne želi šefa s shizofrenijo, v osebnem življenju si skoraj polovica anketiranih ne bi želela imeti osebe s shizofrenijo (Brichford, 2012).

Najuspešnejši načini destigmatizacije so vključevati ljudi s shizofrenijo v šole, skupnosti, delovne in druge organizacije, izboljšati njihov dostop do ustreznega usposabljanja, izobraževanja in zaposlovanja. Najuspešnejši način destigmatizacije pa je osveščanje ljudi o duševni bolezni, saj ljudje morejo spoznati, da je shizofrenija bolezen, ki ne izbira koga bo doletela ter lahko zboli kdor koli od nas. Pomembna je komunikacija med medicinsko sestro ter pacientom s shizofrenijo, da ta sprejme svojo bolezen.

Neznanje je eden glavnih vzrokov za stigmatizacijo ljudi s shizofrenijo.

Večja ozaveščenost o shizofreniji lahko izboljša kakovost življenja pacientov s shizofrenijo, kot so odnosi s prijatelji, potencialnimi delodajalci, sodelavci. Večja ozaveščenost vodi k povečanju financiranja raziskav, ki bodo izboljšali možnost zdravljenja za vse, ki imajo shizofrenijo.

Destigmatizacija pacientov s shizofrenijo je dolgotrajen proces, kot navaja destigmatizacijski program "odprimo vrata" oz. "open the doors". Prejšnje izkušnje so pokazale, da je učinek majhen, s ponavljanjem programov in dejavnosti pa se postopoma veča. Destigmatizacijo je najbolje vpeljati kot trajno, dolgoročno aktivnost, ki jo izvajajo vsi posamezniki, ki se strokovno srečujejo s pacienti.

Shizofrenija ni "zelo" pogosta bolezen. Približno 1 % ljudi po vsem svetu trpi zaradi shizofrenije na neki točki v svojem življenju. Najuspešnejši načini destigmatizacije pa so ozaveščanje ljudi o shizofreniji, saj bomo le tako lahko odpravili stigmatizacijo.

10 SKLEP

V moderni družbi je najnevarnejši predsodek, ki obstaja da so osebe s shizofrenijo nevarne, nezmožne vključevati se v družbo, niso sposobne za delo, ter posledično socialno odrinjene. Kljub temu, da večina ljudi s shizofrenijo dobro okreva, večinoma živi normalno življenje, vendar so težje zaposljive in imajo težave pri socialnem življenju.

Pri pregledu literature o shizofreniji smo zasledili, da je o bolezni veliko napisanega. Na voljo so razne priročniki, knjige, članki o bolezni za pomoč družinam pri vsakdanjem življenju z njihovim obolelim ter strokovnjakom.

Ob postavitvi diagnoze se ne spremeni samo življenje posameznika, temveč življenje celotne družine, zato ima družina pomembno vlogo pri diagnostiki, zdravljenju in rehabilitaciji bolezni. Medicinska sestra je tista, ki družini nudi informacije in vse podatke o bolezni in obvladovanju shizofrenije. Družina lažje razume ter rešuje družinske konflikte, kadar imajo dovolj podatkov o bolezni, prav tako čim prej prepozna možna poslabšanja bolezni.

Ugotavljamo, da je odnos družbe do ljudi s shizofrenijo še vedno odklonilen. Tukaj vidimo pomembno vlogo medicinske sestre ter celotnega zdravstvenega osebja, ki ga sestavljajo psihiater, tehnik zdravstvene nege, diplomirana medicinska sestra, psiholog, psihoterapevt, pedagog, socialni delavec, delovni terapevt. Pojasnit je treba, da se bolezen lahko dogodi vsakomur izmed nas.

Okolje se zaveda problema stigmatizacije oseb s shizofrenijo, poznajo duševne motnje in ukrepe, s katerimi bi utegnili doseči destigmatizacijo. Vendar bo največji korak pri reševanju tega problema v nas samih in sicer v spreminjanju našega razmišljanja in sprejemanju ljudi z duševno motnjo.

LITERATURA

- Belak, E. (2004). Vloga družine v psihosocialni rehabilitaciji. V *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana, Slovenija: ŠENT - slovensko združenje za duševno zdravje.
- Blinc Pesek, M. (2002). Delo s svojci oseb s shizofrenijo. Ljubljana, Slovenija: Psihiatrična klinika.
- Bon, J. (3. februar 2007). *Destigmatizacija duševnih motenj*. Prevezeto 20. avgust 2012 iz Ne boj se:
http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=229&Itemid=1&limit=1&limitstart=0,
- Brichford, C. (19. maj 2012). *The Stigma of Schizophrenia*. Prevezeto 5. julij 2014 iz Everyday Health: <http://www.everydayhealth.com/schizophrenia/the-stigma-of-schizophrenia.aspx>
- Čosić, K. (25. maj 2014). *Posebnosti procesa zdravstvene nega v centru za izvenbolnišnične psihiatrične dejavnosti*. Pridobljeno iz Obzornik zdravstvene nege:
<http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Iskanje.aspx>
- društvo, H. p. (12. november 2011). *Razumjeti shizofreniju*. Prevezeto 20. maj 2014 iz EDUKACIJSKI CENTAR: <http://www.psihijatrija.hr/edu/sch.php>
- Faganelj But, M. (2002). Bolniki s shizofrenijo med bolnišnico in družbenim okoljem. *Dnevi mariborske psihiatrije 2002. Zbornik predavanj II*. Maribor, Slovenija: Splošna bolnišnica; Oddelek za psihiatrijo.
- Epidemiology of schizophrenia. (19. september 2013). Prevezeto 25. november 2013 iz Wikipedia: http://en.wikipedia.org/wiki/Epidemiology_of_schizophrenia
- Frangež-Žigon, V. (1997). *Mentalno zdravje*. Maribor, Slovenija: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola.
- Goffman, E. (2008). *Stigma - Notes on the management of spoiled identity*. Maribor, Slovenija: Založba Aristej.
- Gorše Muhič, M. (2009). *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika.
- Hrovat, N., & Žagar, M. (20. Maj 2014). *Zdravstvena nega mladostnika s psihotično motnjo - prikaz problemov po temeljnih življenjskih aktivnostih*. Pridobljeno iz Psihiatrična bolnišnica Begunje: <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Hrovat1351439946227.pdf>
- Hotujac, L. (2004). *Živeti s shizofrenijo*. Ljubljana, Slovenija: Pliva.
- Južnič Sotlar, M. (9. november 2009). *Shizofrenija: s sliko nad glasove*. Prevezeto 20. maj 2014 iz Viva: <http://www.viva.si/Psihijatrija/1698/Shizofrenija-s-sliko-nad-glasove>

- K. B., & Škerbinek, A. (2002). *Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami*. Ljubljana, Slovenija: Tehniška založba Slovenije.
- Kores Plesničar, B. (12. maj 2004). *Ko stene spregovorijo*. Prevezeto 20. avgust 2012 iz Viva: <http://www.viva.si/Psihiatrija/578/Ko-stene-spregovorijo>
- Kores Plesničar, B. (2008). *Osnove psihofarmakoterapije*. Maribor, Slovenija: Medicinska fakulteta, 2008 .
- Kuklec, V. (2010). Stigmatizacije pacietov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 195-201.
- Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana, Slovenija: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (2006). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana, Slovenija: Fakulteta za socialno delo .
- Oprešnik, L. (2011). Odnos družbe do oseb z shizofrenijo. *diplomsko delo*. Pridobljeno iz <http://dkum.uni-mb.si/IzpisGradiva.php?id=19639>
- Phillips, M. R. (23. maj 2014). *Characteristics, experience, and treatment of schizophrenia in China*. Pridobljeno iz Dialogues Clin Neurosci: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181649/>
- Pišl, A. (2009). Vloga družine pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami. V *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana, Slovenija: Psihiatrična klinika.
- Plibernik, L. (2006). *Delo s svojci mladostnikov s shizofrenijo*. Prevezeto 20. maj 2014 iz Psihiatrična bolnišnica Begunje: <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Pibernik1351439955230.pdf>
- Romih, T. (20. maj 2014). *zdravje*. Pridobljeno iz e-utrip.si: <http://www.e-utrip.si/zdravje/3628-10-oktober-2013-svetovni-dan-duevnega-zdravja>
- Rumež - Bizjak, L. (20. maj 2014). *Zdravstvena nega shizofrenega bolnika*. Pridobljeno iz Vita: <http://www.revija-vita.com/index.php?page=6&naslovvita=shizofrenija&iskanje=1>
- Schizophrenia in India. (2. februar 2009). Prevezeto 20. november 2013 iz D+C: <http://www.dandc.eu/en/article/schizophrenia-india>
- Schizophrenia Facts and Statistics. (2010). Prevezeto 25. november 2013 iz schizofrenia.com: <http://www.schizophrenia.com/szfacts.htm#>
- Strbad, M., & Švab, V. (3. april 2005). *Stigmatizacija in psihiatrija*. Prevezeto 20. avgust 2012 iz Medicinski razgledi: http://www.medrazgl.si/e107_files/public/datoteke/mr05_2_03.pdf

- Škerbinek, A. (1999). *Oris zgodovine in razvoj perspektive psihiatrične zdravstvene nege*. Ljubljana, Slovenija: Psihiatrična klinika.
- Špringer, J. (oktober 2005). *Pomurske lekarne*. Prevezeto 20. avgust 2012 iz Zdravilne skrivnosti: <http://www.pomurske-lekarne.si/si/index.cfm?id=1812>
- Švab, V. (1996). *Duševna bolezen v skupnosti*. Radovljica, Slovenija: DIDAKTA.
- Švab, V. (2006). *Priročnik o shizofreniji*. Ljubljana, Slovenija: Didakta, Radovljica v sodelovanju z Organizacijo za duševno zdravje - ŠENT.
- Švab, V. (2009). *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana, Slovenija: ŠENT Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Tavčar, R. (2008). *Shizofrenija in druge psihoze*. Novo mesto: Krka.
- Tavčar, R. (2010). *V skrbi za vaše zdravje : Shizofrenija in druge psihoze*. Novo mesto, Slovenija: Krka.
- Ule Nastran, M. (1999). *Predsodki in diskriminacije*. Ljubljana, Slovenija: Znanstveno in publicistično središče.
- Videčnik, I. (2011). Pomen komunikacije v zdravstveni negi psihiatričnega bolnika. V *Duševno zdravje*. Maribor, Slovenija: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Žvan, V., & Gorše, M. (1987). *Shizofrenske psihoze in zdravstvena nega shizofrenskega bolnika*. Prevezeto 24. november 2013 iz Obzornik zdravstvene nege: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=05c6deab-b66a-48c0-960f-d701013d7076
- Žmitek, A. (12. maj 2004). *Z znanjem nad predsodke*. Prevezeto 20. november 2013 iz Viva: <http://www.viva.si/Psihiatrija/573/Z-znanjem-nad-predsodke>
- Žvan, V. (1999). Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje. *Psihiatrija*.

PRILOGE

Izjava o istovetnosti tiskane in elektronske verzije diplomskega dela in objavi osebnih podatkov diplomatov