

# STAV PATRONAŽNIH SESTARA PREMA PSIHIČKI OBOLJELIM OSOBAMA

---

**Baljak, Radmila**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2020**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:168589>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-06-16**

*Repository / Repozitorij:*

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO –  
MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Radmila Baljak

STAV PATRONAŽNIH SESTARA PREMA PSIHIČKI OBOLJELIM  
OSOBAMA

Diplomski rad

Rijeka, 2020

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING – HEALTHCARE  
MANAGEMENT

Radmila Baljak

HEALTH VISITORS ATTITUDE TOWARDS MENTALLY ILL  
PERSONS

Final work / final thesis

Rijeka, 2020

Mentor rada: doc.dr.sc. Ana Kaštelan, dr.med

Rad ima:

57 stranica

3 tablice

11 slika

Diplomski rad obranjen je dana \_\_\_\_\_ u/na \_\_\_\_\_, pred  
povjerenstvom u sastavu:

1. izv. prof. dr. sc. Mirjana Graovac, dr. med.

2. doc. dr. sc. Jasna Grković, dr. med.

3. doc. dr. sc. Ana Kaštelan, dr. med.

## **Zahvale**

*Zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Ani Kaštelan, dr. med. na uloženom trudu i vremenu koji je uložila pri nastajanju ovog rada.*

*Mojoj glavnoj sestri Rozmari Tusić, mag. med. techn. zahvaljujem na poticaju i podršci za vrijeme studiranja, te kolegicama patronažnim sestrama koje su se potrudile sudjelovati u provedenoj anketi istraživanja i tako doprinijele izradi ovog rada skupa s voditeljicom patronažne službe Ivankom Peranić, mag. med. techn..*

*Na kraju, hvala mojoj obitelji za strpljenje i podršku za vrijeme izrade ovog rada kao i trajanja studija.*

## Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

<b>Sastavnica</b>	<b>Fakultet zdravstvenih studija</b>
<b>Studij</b>	Sveučilišni diplomski studij sestrinstva – menadžment u sestrinstvu
<b>Vrsta studentskog rada</b>	Diplomski rad
<b>Ime i prezime studenta</b>	<b>Radmila Baljak</b>
<b>JMBAG</b>	

Podatci o radu studenta:

<b>Naslov rada</b>	<b>Stav patronažnih sestara prema psihički oboljelim osobama</b>
<b>Ime i prezime mentora</b>	Doc.dr.sc. Ana Kaštelan
<b>Datum zadavanja rada</b>	01.05.2020
<b>Datum predaje rada</b>	06.07.2020.
<b>Identifikacijski br. podneska</b>	1354041184
<b>Datum provjere rada</b>	06.07.2020.
<b>Ime datoteke</b>	DIPLOMSKI RAD BALJAK RADMI...
<b>Veličina datoteke</b>	297.46K
<b>Broj znakova</b>	90,468
<b>Broj riječi</b>	14,701
<b>Broj stranica</b>	65

Podudarnost studentskog rada:

<b>PODUDARNOST</b>	<b>8%</b>
<b>Ukupno</b>	8%
<b>Izvori s interneta</b>	6%
<b>Publikacije</b>	1%
<b>Studentski radovi</b>	4%

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

<b>Mišljenje mentora</b>	
<b>Datum izdavanja mišljenja</b>	06.07.2020.
<b>Rad zadovoljava uvjete izvornosti</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)</b>	

Datum

Potpis mentora

06.07.2020.

# SADRŽAJ

1	Uvod i pregled područja istraživanja .....	1
1.1	Sestrinstvo .....	1
1.1.1	Sestrinstvo u zajednici.....	2
1.1.2	Razvoj sestrinstva u zajednici i patronažne službe .....	3
1.1.3	Opći modeli u sestrinstvu.....	5
1.1.4	Komunikacija u sestrinstvu .....	6
1.2	Patronažna sestrinska skrb.....	8
1.2.1	Sestrinska skrb za psihijatrijske pacijente.....	9
1.2.2	Sestrinske intervencije za osobe u stresu i osobe s anksioznim poremećajima .....	11
1.2.3	Sestrinske intervencije za ovisnike .....	13
1.2.4	Sestrinske intervencije za oboljele od poremećaja raspoloženja.....	14
1.2.5	Sestrinske intervencije za oboljele od shizofrenije i shizofreniji sličnih poremećaja 15	
1.2.6	Sestrinske intervencije za prevenciju agresivnog ponašanja.....	17
1.3	Stigma.....	18
1.3.1	Stigma prema psihički oboljelim osobama .....	19
1.3.2	Stigma zdravstvenih djelatnika prema psihički oboljelim osobama .....	22
2	Cilj istraživanja i hipoteze.....	25
2.1	Ciljevi .....	25
2.2	Hipoteze.....	25
3	Ispitanici i metode .....	26
4	Rezultati .....	28
5	Rasprava .....	42
6	Zaključak.....	47
7	Sažetak .....	48

8	Abstract .....	49
9	Literatura .....	50
10	Prilozi .....	53
11	Životopis pristupnika.....	57



## POPIS KRATICA

SZO – SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA

SAD – SJEDINJENE AMERIČKE DRŽAVE

PTSP – POSTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

OKP - OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ

MICA-2 - LJESTVICA STAVOVA KLINIČARA PREMA MENTALNIM BOLESTIMA  
(*MENTAL ILLNESS: CLINICIANS' ATTITUDES SCALE* )

(X) – ARITMETIČKA SREDINA

(SD) – STANDARDNA DEVIJACIJA

SPSS 16 – STATISTIČKI PROGRAM ZA OBRADU PODATAKA (*STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES, VERSION 16.0., SPSS INC, CHICAGO IL*)

# UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA

## 1.1 Sestrinstvo

Sestrinstvo je, unatoč činjenici da je pojam njege bolesnih, bespomoćnih i ranjenih poznat od davnina, mlada disciplina. Razvoj sestrinstva pratimo od kraja 19. Stoljeća, a od sredine 20. stoljeća ta disciplina doživljava stalni i ubrzani razvoj.

Definiranje sestrinstva nije lagana zadaća jer je teško odrediti što to sestra samostalno i odgovorno radi unutar sustava zdravstvene zaštite. Sestrinstvo kao samostalna disciplina oslanja se na sposobnost kvalificiranih sestara da ponude rješenja u kontekstu sestrinske skrbi. Sestra će pri tome pokazati perspektivu različitu od drugih djelatnika zdravstvenog tima (1). Sestrinstvo ima zadaću pomoći ljudima u ostvarivanju zdravog i produktivnog života.

Sestrinska skrb ili zdravstvena njega su sustavne i planirane aktivnosti koje sestra provodi u okviru svoje profesionalne djelatnosti. Kao i medicina, i sestrinstvo je usmjereno na brigu za bolesne, rehabilitaciju, na unapređenje i održavanje zdravlja. Između ostalog, sestre se bave tretiranjem emocionalnih i tjelesnih reakcija bolesnika na bolest i liječenje. Područje sestrinske skrbi obuhvaća prevenciju bolesti i ozljeda, promidžbu, održavanje zdravlja i ozdravljenje. Sestra je odgovorna za skrb koju pruža te je ovlaštena za samostalno pružanje skrbi prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) (1).

Prema poznatoj teoretičarki sestrinstva W.Henderson: “Sestra ima jedinstvenu ulogu pomagati pojedincu, koji može biti zdrav ili bolestan, te mu treba pomagati u obavljanju onih aktivnosti koji pridonose zdravlju, oporavljanju od bolesti ili mirnoj smrti, a koje bi pojedinac obavljao sam kad bi imao potrebnu snagu, volju, ili znanje“ (1). Temeljni cilj sestrinske skrbi je osposobiti pacijenta za samostalni život. Funkcije sestre proizlaze izravno iz socijalne uloge sestrinstva; te funkcije su stalne bez obzira na zdravstveni status pojedinca, mjesto ili vrijeme pružanja skrbi ili količini raspoloživih sredstava. Postoje četiri glavne funkcije sestre: pružanje i organiziranje skrbi; edukacija korisnika i zdravstvenih djelatnika; sudjelovanje u timskom radu; i rad na razvijanju sestrinske prakse kroz istraživanja i analize (1).

Za razvoj suvremene sestrinske prakse je važno da se sestrinstvo razvija kao znanstvena disciplina. Profesionalno sestrinstvo izrasta u znanstvenu disciplinu integracijom prakse, teorije i istraživanja. Svoj razvoj temelji na sintezi humanističkih, biheviorističkih i biofizičkih znanosti.

Na osnovi tih saznanja nastaju različite teorije sestrinstva koje traže odgovor na pitanja koje su aktivnosti sestre, što je bitno u djelovanju sestre, tko je korisnik sestrinske skrbi, u kojem okruženju se odvija skrb i koja je uloga sestara u ostvarivanju zdravlja.

Florence Nightingale je začetnica teorija u sestrinstvu. Početkom dvadesetog stoljeća, ona pokušava kroz opisivanje sestrinske skrbi za ranjene i bolesne definirati sestrinstvo i osnovna načela sestrinske skrbi. Do šezdesetih godina prošlog stoljeća sestrinstvo se promatralo kroz usmjerenost na medicinsku dijagnozu i patološki proces. Jedan manji broj sestara koje su bile u javnom zdravstvu i patronažnoj službi bile su orijentirane na očuvanje zdravlja.

Počeci znanstvenog pristupa sestrinstvu datiraju od 60-tih godina 20. stoljeća. Tada nastupa niz autorica koje se bave proučavanjem sestrinske prakse i umijeća. U središtu poučavanja je korisnik usluga i odnos pacijent - sestra. Tada nastaju različiti modeli skrbi koji su i danas značajni u studijama sestrinstva. Neki od modela su: razvojni model (potrebe koje nastaju tijekom razvoja pojedinca), sistemski model (korisnik je sustav, podijeljen na podsustave), interakcijski model (međusobno djelovanje između pacijenta i sestre) (1).

### **1.1.1 Sestrinstvo u zajednici**

Sestrinstvo u zajednici je onaj dio sestrinstva koji se obavlja u zajednici odnosno izvan zdravstvenih institucija. Sestrinstvom u zajednici usluge se pružaju u sredini u kojoj korisnici žive ili rade. Zajednica je socijalna skupina koja međusobno dijeli fizičko okruženje te ima zajedničke interese ili vrijednosti. Korisnik je primatelj sestrinske skrbi, prepoznat po određenim potrebama. Termin "korisnik" podrazumijeva pojedinca, obitelj ili zajednicu. Poslanstvo sestrinstva u zajednici je pomaganje pojedincima unutar zajednice u kojoj žive. Od sestara se očekuje da promiču zdravlje, svojim djelovanjem spriječe bolest i da održavaju zdravlje (SZO, 1993.) (1). Također se pokušava pronaći veza između oboljenja i životnog ili radnog okruženja korisnika, kao i otkriti okolišne i druge čimbenike bitne za očuvanje zdravlja.

Danas sestrinstvo ima snažno uporište u politici usmjerenoj na zdravlje i zdravstvenu zaštitu u primarnoj zdravstvenoj djelatnosti. Tako SZO 1974.g. definira sestrinstvo u zajednici kao sestrinstvo koje brine o zdravlju pojedinca i populacije odnosno zajednice. Svoju djelatnost sestre u zajednici obavljaju ponajprije očuvanjem zdravlja populacije na svom području, pri tome poštivajući načela primarne zdravstvene zaštite.

Sestrinsku skrb u zajednici u Hrvatskoj pružaju Služba zdravstvene njege u kući i Patronažna služba, a te službe razlikuju se po ciljevima i načinu rada.

### **1.1.2 Razvoj sestrinstva u zajednici i patronažne službe**

Suvremeno sestrinstvo se počelo razvijati 1860.g. u Londonu kada je Florence Nightingale otvorila školu za sestre. Već 1873.g. otvorene su slične škole u SAD-u. Tadašnja glavna zadaća medicinskih sestara bila je njega oboljelih što se u mnogim zemljama smatralo dijelom terapijskog procesa. Glavna odgovornost za liječenje pripadala je liječnicima, a sestre su imale ulogu njihovih pomoćnica (1). Sestrinstvo u zajednici također bilježi svoje početke u Velikoj Britaniji. Filantrop Wiliam Rathbone, brodovlasnik iz Liverpoola želio je pomoći bolesnima i potrebitima preko službe sestara. Za savjet se obraća F. Nightingale i prema njenoj preporuci otvara školu za medicinske sestre „*The Training School and Home for Nurses*“. Rasporedio je da u svakom od 18 gradskih okruga radi po jedna školovana sestra. Ta je služba, osnovana 1876.g., nazvana je „*Distrikt Nursing Service*“. Ovaj se model poslije koristi i u drugim zemljama. Sestre su tada obavljale i posao socijalnog radnika u obiteljima gdje je to, prema njihovoj procjeni, bilo potrebno. Uz tzv. okružne sestre pojavljuju se i sestre posjetiteljice (engl.: *visiting nurses*) koje su u nas poznate pod nazivom patronažne sestre. One su imale ulogu supervizora, menadžera i edukatora. Termin *visiting nurses* se prvi put pojavljuje 1885.g. u SAD-u. Tijekom 20-tih i 30-tih godina 20. stoljeća vlade SAD-a planira i provodi preventivne zdravstvene akcije na razini zajednice. Nakon 1945. g. kreće sveučilišni program koji podučava i problematiku javnog zdravlja. Sestre koje su radile u zajednici bile su daleko samostalnije u svom radu. Postavljale su vlastite dijagnoze i samostalno su utvrđivale prioritete (1).

U velikom broju zemalja se u posljednjim desetljećima, pod utjecajem politike Svjetske zdravstvene organizacije, sestrinstvo razvija u smjeru koji je orijentiran na zdravlje, a ne na bolest. Uslijed rastućih potreba za znanjem i stručnošću, u sestrinskoj profesiji danas se nakon srednjoškolskog obrazovanja sestre upisuju na trogodišnji studij u većini europskih zemalja. Nakon završenog trogodišnjeg studija imaju mogućnost daljnjeg školovanja. Kroz takav sustav obrazovanja su se stekli uvjeti za daljnji razvoj profesionalne autonomije. Trogodišnji studij u Velikoj Britaniji, četverogodišnji studij u SAD-u, uz poslijediplomske studije i znanstvena istraživanja, omogućili su temelje za razvoj sestrinstva u smjeru profesije (1).

Međunarodna udruga sestara nastala je kao rezultat potrebe profesionalizacije sestrinstva. U mnogim zemljama se osnivaju razne udruge sestara koje promiču struku i štite interese određenih segmenata sestrinstva (zdravstvena njega u kući, udruge patronažnih sestara) (1).

Razvijanje sestrinstva kao struke u Hrvatskoj se može promatrati usporedno s razvojem obrazovanja sestara. Počeci su vezani za liječnike među kojima su najzaslužniji Andrija Štampar i Vladimir Čepulić. Na njihovu inicijativu 1921. g. osnovana je „Škola za sestre pomoćnice“ u Zagrebu. Potreba za kvalificiranim sestrama proizlazila je iz tada vodećih zdravstvenih problema kao što su tuberkuloza, crijevne i druge zarazne bolesti. Dr. Andrija Štampar je osnovao i radio na razvijanju zdravstvenih službi i zdravstvenih ustanova slijedeći načela javnog zdravstva. Također je 1953. inicirao otvaranje „Više škole“ za sestre koja je radila po europskom modelu obrazovanja (1).

U povijesti sestrinstva u Hrvatskoj, posebno patronažnog rada, veliku ulogu su imale sestre: Hedviga Lovit-Pavačić, Lujza Wagner Janović, Anica Kačević i Štefanija Papailiopulos. Lujza Wagner Janović (1907-1945) jedna je od najvažnijih osoba u hrvatskom sestrinstvu. Nakon povratka iz *Toronta*, gdje je diplomirala 1928., aktivna je u pokretanju „Središta za socijalno – higijenski rad“. Bila je i glavna urednica časopisa „Sestrinska riječ“. Radila je na uspostavljanju suradnje na međunarodnoj razini te je poticala školovanje sestara u inozemstvu (1).

Štefanija Papailiopulos je osmislila domaćinsko – higijenske tečajeve koji su se održavali među seoskom populacijom. Sudionice tečaja učila je održavanju higijene u domaćinstvu, čuvanju namirnica i higijensko postupanje s njima. Prvi takav tečaj je održala u Mraclinu 1927.god., naselje u blizini Zagreba, kamo je i osnovana prva Zdravstvena stanica, 1926.u Mraclinu. Zdravstvena stanica je djelovala na suzbijanju zaraznih bolesti, smanjivanju mortaliteta kod dojenčadi te podizanju razine kulture življenja i zdravstvene svijesti (1).

U razdoblju između dva svjetska rata u Hrvatskoj djeluje znatan broj medicinskih sestara koje su se vratile sa školovanja iz SAD-a i Kanade, te su bile visokoobrazovane. U to vrijeme razvijao se socijalno-zdravstveni pokret i socijalno-medicinska misao što je bio preduvjet razvoja patronažne službe. Osnivanje „Središta sestara“ (1930.) u Zagrebu bilježi se kao početak razvoja patronažne službe. Središte sestara je bila samostalna, polivalentna služba koja je radila po teritorijalnom načelu. Uz zdravstvene, sestre su rješavale i mnoge socijalne probleme. Bila je to jedina ustanova

kojom je rukovodila sestra i u kojoj su bile zaposlene samo sestre. Pokretač i autor koncepcije bila je Lujza Wagner Janović.

U Hrvatskoj je dugo postojao različit pristup patronažnoj službi. Ponegdje se monovalentni tip patronažne službe zadržao sve do 1980.god.. Takav način rada podrazumijeva da patronažna sestra pripada određenom dispanzeru i pruža skrb samo pripadajućoj populaciji. Takav tip patronažne službe nije mogao opstati iz razloga što je bio u suprotnosti s holističkim percipiranjem pojedincu i obitelji. Veći broj Domova zdravlja zadržao je polivalentni pristup koji je započeo djelovanjem „Središta sestara“. Taj način organiziranja podrazumijevao je da svaka patronažna sestra skrbi za svoje područje (geografski teritorij). Sestra bi najčešće počinjala skrbiti o najpotrebitijem članu obitelji (novorođenče, dojenče, oboljeli), a onda bi se, po potrebi, zaštita širila na cijelu obitelj. Takav način patronažne skrbi se zadržao do danas.

Devedesetih godina 20. stoljeća patronažna služba opet dobiva povećanu samostalnost u obavljanju posla. Služba funkcionira po načelu cjelokupnog zbrinjavanja obitelji s naglašenim preventivnim djelovanjem i suradnjom s ostalim stručnjacima u timu. Svaka patronažna sestra pokriva područje od oko 5000 stanovnika. Njeno djelovanje je usmjereno na pojedinca, obitelj i na lokalnu zajednicu. Međutim, patronažna služba ne funkcionira potpuno samostalno jer nije ustanovljena njena pravna, financijska i organizacijska neovisnost (1).

### **1.1.3 Opći modeli u sestrinstvu**

H. E. Peplau je još 1952 godine pisala o sestrinstvu kao o inter-personalnom procesu pacijent - sestra. Među prvima je razvila model koji je prije svega namijenjen skrbi za mentalno oboljele. U modelu je bitan element odnos sestra - pacijent i razvoj tog odnosa. Autorica je o ovom odnosu govorila kao o psihodinamičnom sestrinstvu. Naglašava se važnost sposobnosti razumijevanja vlastitog ponašanja kako bi to znanje i umijeće i korisnicima pomoglo u prepoznavanju svog problema. U sestrinstvu je bitan međusobni i edukativni proces. Tijekom tog procesa sestra pomaže pacijentu da prepozna svoje probleme i potrebe, te da ih uspješno definira i riješi (1).

Model Betty Neuman je model kompleksnih sustava koji je fokusiran na stres pojedinca i njegovu sposobnost da se odupre stresorima. Kroz razne prilagodbe i interakcije pojedinac uspijeva u održavanju harmonije i ravnoteže sustava. U ovom modelu sestrinstvo se definira kroz pružanje pomoći korisniku da on održi svoju stabilnost (1974, 1982, 1989.god) (1).

K.Chalmers sestrinstvo promatra kroz odnos sestra – korisnik. Razlikuje tri faze odnosa: početna faza, faza promocije zdravlja te završna faza. Tijekom tih faza traje psihosocijalna interakcija korisnika i sestre, koja se odvija putem davanja i primanje informacija. Pozitivna reakcija je dogovorena suradnja u budućnosti, a negativna je okončanje posjeta bez ikakvog dogovora za nastavak suradnje (1).

C. Robertson je definirala model zdravstvenih potreba obitelji. Razlikuje četiri područja djelovanja: okolina, fizičko zdravlje, emocionalno zdravlje i socijalni aspekti zdravlja. Prema ovom modelu sestra će isplanirati intervencije za pojedinca uzimajući u obzir sva četiri područja (1).

Neki od autora su istaknuli da je potrebno primijeniti više raznih modela, odnosno njihovih dijelova. Osobito su važni oni dijelovi u modelima koji su značajni za odnos korisnik-sestra, ili za razumijevanje pojedinca i njegovog okruženja. Takav je dinamični model (1). U dinamičnom modelu sestrinstvo se definira kao pružanje pomoći i pojedincu i zajednici. Sestrinstvo ima za cilj promicanje i održavanje zdravlja kroz provođenje primarne, sekundarne i tercijarne djelatnosti. Patronažna sestra procjenjuje zdravstvene potrebe pojedinca, obitelji i šire zajednice.

Ne postoji jedinstveni model primjenjiv na sestrinstvo u zajednici. Neki preporučuju da se koristi model usredotočen na odnos korisnik - sestra, dok drugi ističu važnost razumijevanja okoline, osobito obiteljskog okruženja korisnika. U praksi je moguće primijeniti dijelove pojedinog modela u sklopu provođenja glavnog modela (1).

#### **1.1.4 Komunikacija u sestrinstvu**

Komunikacija je vrlo složen proces prenošenja i primanja informacija od pošiljaoca do primaoca poruke. Poruke koje prenosimo mogu sadržavati stavove, raspoloženje ili odnos prema sugovorniku. Patronažna sestra koja dolazi kod korisnika, u njegov dom mora stvoriti odnos povjerenja i suradnje. Ulaženje u dom korisnika može biti prednost, ali i otežavajuća okolnost. U domu korisnika najčešće je lakše stvoriti odnos prisnosti i povjerenja, korisniku je lakše komunicirati „na svom terenu“. Međutim, takva situacija može biti i nepovoljna. Korisnik je u svom domu, više je otvoren i pri izražavanju svog otpora liječenju i intervencijama sestre. Neki korisnici gube distancu u emocionalnom povezivanju sa sestrom. U takvim situacijama potrebno je koristiti komunikacijske vještine za rješavanju problema. Medicinske sestre, a posebno

patronažne, trebale bi biti vješte i uspješne u komunikaciji, te biti osposobljene za terapijsku komunikaciju (1).

Neverbalna komunikacija je potvrda verbalnoj komunikaciji - tek kad se svojim ponašanjem i stavom potvrdi verbalna komunikacija, ona postaje uvjerljiva. Postoji i paralingvistička komunikacija (ton i boja glasa, stanke u govoru, jasnoća izrečenoga), te ekstralingvistička (položaji tijela, kontakt očima, izrazi lica, vanjski izgled sugovornika) (1). Empatija je razumijevanje tuđih osjećaja, razmišljanja, ponašanja i iskustava. Empatičnom komunikacijom medicinska sestra sebi olakšava posao jer takva komunikacija doprinosi stvaranju prisnog odnosa i povjerenja. Pri tome je potrebno naglasiti da sestra mora pokušati razumjeti pacijentovo iskustvo bez osude. Da bi razumjela pacijenta, sestra mora dobro pratiti pacijentovu verbalnu i neverbalnu komunikaciju te uvijek provjeriti s pacijentom je li dobro razumjela izrečeno. Empatija se može iskazati neverbalno i verbalno. Verbalno izraziti empatiju medicinska sestra može iskazati tako da riječima točno iskazuje ono što je pacijent mislio ili osjećao. Neverbalno se empatija iskazuje znakovima interesa za ono što pacijent govori, na primjer laganim klimanjem glave. Ponekad je i šutnja dobar iskaz neverbalne empatije.

Prema *Paket Lemonu* (1998.) asertivnost je način ponašanja kojim se jasno iskazuju vlastiti osjećaji i ideja, a da se pri tome ne ugrožavaju prava drugih osoba. Pravilo kod asertivnog ponašanja je da imate pravo na vlastite osjećaje i ne krivite druge za to. Asertivno prigovaranje podrazumijeva korištenje Ja-poruka (ja osjećam, ja prihvaćam, ja mislim). Konstruktivan prigovor nije usmjeren na osobine pacijenta već na činjenice i ponašanje pacijenta.

Komunikacija kojom pomažemo drugima ima terapijsku vrijednost. Terapijska komunikacija pomaže pacijentu pri donošenju planova, rješavanju problema te ublažavanju negativnih emocija. Svaka komunikacija ostvarena u interakciji s pacijentom može biti i terapijska, bilo da je riječ o kratkom telefonskom pozivu, uzimanju anamneze ili slično (1).



## 1.2 Patronažna sestrinska skrb

Riječ patronaža označava pokroviteljstvo i zaštitu. U počecima sestrinstva u zajednici upravo su se te uloge i kompetencije zahtijevale od medicinske sestre. Patronaža je pružanje sestrinske skrbi izvan institucije, odnosno u domu korisnika ili zajednici. Engleski naziv za patronažnu sestru je *health visitor* - zdravstveni posjetilac, nadzornik, inspektor. Svjetska zdravstvena organizacija, patronažnoj službi daje središnju ulogu u ostvarivanju zdravlja za sve. Glavna obilježja patronažne sestre su: pružanje usluga izvan zdravstvenih ustanova i djelovanje na preventivnoj razini. Patronažna služba djeluje na načelima primarne zdravstvene zaštite. Osim što pružaju skrb u zajednici, patronažne sestre pronalaze korisnike koji imaju potrebu za zdravstvenom i socijalnom zaštitom (1). Kroz svoje djelovanje sestra koja djeluje u zajednici je skrbnica, edukatorica, vođa, menadžer, odvjetnica korisnikovih interesa te zastupnica promjena.

Brojne su kompetencije i zadaće patronažne sestre. Ona procjenjuje tjelesne, psihičke, duhovne i socijalne potrebe pojedinca, obitelji i zajednice u cjelini; uočava čimbenike koji pridonose zdravlju pojedinca ili zajednice, kao i čimbenike koji mogu utjecati negativno na zdravlje; procjenjuje potrebu za edukacijom korisnika; pronalazi bolesne i potrebite; procjenjuje potrebe za otvaranjem zdravstvene njege u kući; nadzire kvalitetu pruženih usluga; potiče organiziranje samozaštitnih skupina, prema potrebi i sudjeluje u njihovom radu (1).

Patronažna sestra kroz dolaske u posjete upoznaje obitelj, njihove zajedničke interese i potrebe. Tako se prikupljaju podatci za procjenu koliko je nekom članu obitelji potrebna zdravstvena skrb. Patronažna sestra procjenjuje: sastav obitelji, financijsku platformu obitelji, podjelu rada, definiranje uloga unutar obitelji i niz drugih podataka. Ona promatra i procjenjuje način komuniciranja obitelji, način rješavanja konflikta unutar obitelji, stupanj autonomije svakog pojedinog člana obitelji. Informira se i o kontaktima obitelji s bližim i daljim rođacima te susjedima i prijateljima. Procjenjuju se i uvjeti života obitelji, utjecaj okoliša, opasnost od štetnih utjecaja te opasnosti od mogućih nesreća (2).

Jedan od oblika rada patronažne sestre je i posjet kroničnom bolesniku. Cilj takve posjete je pružanje pomoći u svakodnevnom funkcioniranju, omogućavanje sigurne okoline, umanjivanje komplikacija osnovne bolesti. Procjena stanja kod kroničnih bolesnika obuhvaća tjelesno, psihičko, emocionalno odnosno sveukupno zdravstveno stanje pacijenta. Patronažna sestra prikuplja sve podatke i dokumentira u sestrinsku dokumentaciju. Na temelju dobivenih podataka

planira i provodi razne edukacije (uzimanje terapije, vrsti prehrane, njezi i higijeni tijela) i demonstrira postupke (prevencija komplikacija kod dugotrajnog ležanja) (2).

Provođenjem zdravstvenog odgoja patronažna sestra promiče zdravlje u svojoj zajednici. Kronične bolesti, uključujući ovisnosti, moraju se dugotrajno pratiti. Prema nekim iskustvima, za takvo praćenje predlaže se osnivanje samozaštitnih grupa. Grupe imaju za cilj poboljšanje uvjeta života korisnika. U takvoj grupi poželjno je da djeluje stručna osoba, to može biti patronažna sestra koja djeluje terapijski unutar grupe. Patronažna sestra povezuje grupu s vanjskim suradnicima kao vid interdisciplinarnе suradnje (2).

### **1.2.1 Sestrinska skrb za psihijatrijske pacijente**

Do 19. stoljeća u zemljama zapadne civilizacije psihički oboljele osobe su bile izdvajane iz obitelji i gradova. Tadašnje bolnice i azili imali su i po nekoliko tisuća bolesnika uz mali broj medicinskog osoblja. Osim par liječnika, drugo medicinsko osoblje nije ni postojalo jer se smatralo da su prvenstveno potrebni čuvari koji bi odražavali red. Takav smještaj bolesnika je udaljavao od društva i njihovih obitelji te se kod mnogih razvio otpor prema povratku u obitelj i društvo. Takvi, zatvoreni sistemi postupno su zamijenjeni poluotvorenim odjelima, te na kraju i otvorenim sustavom (*open-door-system*) (3).

Danas se vrijeme provedeno u bolnici za bolesnika smatra terapijski važnim. Prema *M. Jonesu*, američkom psihijatru, terapijsku zajednicu čine bolesnici i osoblje. U terapijskoj zajednici bitan je svaki detalj života u bolnici, neizostavno uključujući ponašanje i stav osoblja prema bolesnicima. U terapijskoj zajednici je cilj da bolesnik prihvati svoju ulogu u društvu te da to ne osjeća to kao prisilu (3).

Najčešće se duševni bolesnik ili njegova obitelj obrate izabranom obiteljskom liječniku. Procjenjuje se da oko jedna trećine osoba s psihijatrijskim poremećajem ne bude prepoznata na razini primarne zdravstvene zaštite (3). Često je za bolesnika prihvatljivije da ga liječi njegov izabrani liječnik obiteljske medicine iz razloga što ga poznaje i zbog stigme koja prati psihijatrijske pacijente. Medicinska sestra je uključivanjem u terapijske zajednice sredinom 20.st. dobila značajniju terapijsku ulogu. Za medicinsku sestru u radu s duševnim bolesnicima neophodno je znanje i vještine u komunikaciji. Upravo ta sposobnost djelotvorne komunikacije s bolesnikom je ključ njenog terapijskog djelovanja (3).

Duševno zdravlje podrazumijeva uspješnu prilagodbu na promjene i uspješno održavanje odnosa. To znači biti sposoban za rad, ljubav, prilagodbu na okruženje. Prilagodba je posljedica uspješnog rješavanja problema i konflikata u životu. Duševno zdrave osobe se prilagođavaju i samostalno funkcioniraju bez većih poteškoća u svojoj okolini. Duševno zdrava osoba ima pozitivnu sliku o sebi, prihvaća odgovornost za svoje postupke, ima zadovoljavajuće emocionalne odnose, uspijeva u svladavanju stresa i kriznih situacija. Na duševno zdravlje utječu naslijeđe, životni stil i okolina, to je dinamično stanje. Za vrijeme kriznih zbivanja može se smanjiti razina funkcioniranja zbog prilagodbe na stresore. Sposobnost prilagodbe na različite stresore kod svakog pojedinca je drukčija. To ovisi o nizu čimbenika kao što su iskustva iz djetinjstva, naslijeđe, fizičko zdravlje, utjecaji iz okoline. Za osobu koja izgubi mogućnost prilagodbe na okolinu možemo reći da je duševno bolesna. Duševna bolest podrazumijeva postojanje teškoća u mišljenju, aktivnostima, dužnostima i radu. Takve osobe imaju posebne psihosocijalne probleme i potrebe koje proizlaze iz tih problema (4). Pristup patronažne sestre ovisiti će i o tipu psihijatrijskog poremećaja.

Dugi niz godina kvaliteta života se mjerila duljinom prosječnog životnog vijeka. Međutim, od 1998., prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, kvaliteta života se počela mjeriti raznim vrstama nesposobnosti koje oduzimaju kvalitetne godine života radno sposobne populacije. Tako se na popisu najčešćih bolesti nalazi pet duševnih, od kojih su na vrhu popisa depresija i alkoholizam. Iz tog razloga Odjel za mentalno zdravlje pri Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (1997.) je pokrenuo program koji upozorava na veliki problem i učestalost mentalnih bolesti i njihovih posljedica. Ciljevi programa su podrška u razvoju duševnog zdravlja pri čemu je naglašeno duševno zdravlje u zajednici. Prema tom konceptu svaki član kao dio zajednice pridonosi uključivanju osobe s mentalnim poremećajem u socijalni život zajednice. Prema SZO i njihovim podacima čak 40 % troškova vezano je za probleme s mentalnim zdravljem (stres, depresija i drugi mentalni poremećaji).

Patronažna sestra ima niz bitnih i odgovornih uloga u brizi za duševno zdravlje svojih korisnika. Patronažna sestra će biti prva koja će primijetiti promjene u ponašanju kod pacijenata i njenom pravodobnom reakcijom mogu se spriječiti teže komplikacije bolesti. Bitno je da zna pomoći u kriznim situacijama, da potiče ispravan način življenja i pomaže reintegraciji bolesnika u zajednicu. Važni ciljevi su planiranje preventivnih akcija u svojoj zajednici i šire, zaštita ljudskih

prava kao preduvjet duševnog zdravlja, poticanje na zdrav način života, pravodobno uočavanje bolesti i upućivanje bolesnika na korištenje profesionalnih oblika pomoći, postizanje holističkog, timskog multidisciplinarnog pristupa u rehabilitaciji, te stvaranje uvjeta za cjelovitu integraciju bolesnika u zajednicu (4).

### **1.2.2 Sestrinske intervencije za osobe u stresu i osobe s anksioznim poremećajima**

Razni životni događaji mogu biti doživljeni kao prijetnja vlastitoj dobrobiti i zdravlju. Takve događaje nazivamo stresorima, a stres je odgovor na stresore. Stres je skup fizičkih i psihičkih reakcija. Razina stresa ovisi o kvaliteti i broju stresora, osobnom doživljaju i interpretaciji događaja, socijalnoj podršci i sposobnosti savladavanja teškoća. U bitne stresore se ubrajaju bolesti, osobne ili člana obitelji, rođenje djeteta, smrt u obitelji, gubitak posla, polaganje završnog ispita. Za takva stanja koristimo izraz krizno razdoblje. Životne krize imaju jedinstvena obilježja, ali ih svatko različito doživljava. U životne krize ubrajamo; situacijske krize (neočekivan događaj npr.: napad, gubitak posla, zdravstveni problemi, smrt u obitelji); krize sazrijevanja, su posljedica odrastanja i starenja (npr. adolescencija), a razvojne krize se događaju kod životnih promjena kao što su vjenčanje, roditeljstvo, umirovljenje. Kod razvojnih kriza razlikujemo glavne čimbenike koji su bitni za razvoj kriznog razdoblja, kao što su izostanak kontinuiteta (završetak školovanja i potraga za poslom), ili manjak nužnih vještina za uspješan prijelaz (majka se ne osjeća kompetentnom za skrb o svom novorođenčetu). Neprihvatanje prijelaza je također čimbenik koji pridonosi razvoju krize (npr. umirovljenje, menopauza). Krize zbog iznenadnih katastrofa (potresi, poplave, orkanske oluje) se teže podnose jer čovjek nema kontrole nad takvim događajima. Kraj krize je obilježen prestankom djelovanja stresora ili osoba prihvati novu situaciju. Posttraumatski stresni poremećaj može se shvatiti kao odgovor na neriješenu krizu (4).

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) se očituje se simptomima ponovnog proživljavanja traume, pretjerane pobuđenosti i simptomima izbjegavanja ili emocionalne otupjelosti. Kod većine pacijenata simptomi traju do godine dana, postoji i mogućnost da traju i više desetaka godina. Uzroci posttraumatskog stresa mogu se događati u ratno i mirnodopsko doba, osoba može doživjeti jednu ili više trauma. Politraumatizirane osobe, kao što su to ratni veterani, često imaju kronični i komplicirani PTSP. Prevencija pojave simptoma je uključivanje pojedinca u socijalnu sredinu. Bitno je da obitelj i okruženje razumiju stanje pojedinca te da znaju kako pomoći. Ignoriranje problema može prouzročiti alkoholizam, agresivno ponašanje te čak i suicid (4).

Poremećaji prilagodbe su karakterizirani pojavom psihijatrijskih simptoma (najčešće anksioznih i depresivnih) kao rezultat loše prilagodbe na novonastalu situaciju. Simptomi se javljaju unutar tri mjeseca od pojave stresora (4).

Patronažna sestra može imati veliku ulogu u prevenciji, kao i u liječenju oboljelih. Prevencija tih poremećaja je u edukaciji, prepoznavanju i uklanjanju čimbenika povezanih s pojavom odrađenih stresora. Bitna je identifikacija rizičnih skupina (policija, vojska, vatrogasci) te prevencija u radu s tim skupinama. Važno je pripremit ih na krizne situacije edukacijom o poduzimanju potrebnih mjera u slučaju loših događaja te ih educirati o reduciranju svakodnevnog stresa (4).

Anksiozni poremećaji su vrlo česti u općoj populaciji. Anksioznost ili tjeskoba je neizbježna svakodnevna pojava u životu, ona je prirodna, urođena reakcija na opasnost bilo koje vrste. Anksioznost se javlja u većini psihijatrijskih poremećaja, u anksioznim poremećajima ona je vodeći simptom. Najčešći anksiozni poremećaji su: agorafobija (anksioznost na otvorenim prostorima), socijalne fobije (anksioznost u socijalnim situacijama), opći anksiozni poremećaj (anksioznost prožima sveukupno funkcioniranje), panični poremećaj (napadi panike koji se ponavljaju) i opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP, nametnute ponavljajuće misli i radnje). Prevalencija općeg anksioznog poremećaja tijekom života je oko 5%, paničnog poremećaja između 1,5 do 3%, socijalne fobije 1,5 do 4,5%, OKP-a 2,5%. Često je prisutan komorbiditet s drugim anksioznim poremećajima i depresijom (5).

Velika većina osoba oboljelih od anksioznih poremećaja može funkcionirati uz pravilno liječenje i najčešće ne trebaju posebnu patronažnu skrb. Kod nekih, smetnje su toliko intenzivne da su gotovo sve razine funkcioniranja oštećene. Zadaće sestre su: procijeniti stupanj anksioznosti; procijeniti pacijentove metode suočavanja; otkriti provocirajuće čimbenike; utvrditi postoje li znaci samoozljeđivanja. Intervencije i ciljevi su: stvoriti profesionalan empatijski odnos, osjećaj sigurnosti i povjerenja; opaziti neverbalne izraze anksioznosti; potaknuti da potraži pomoć od stručnih osoba i da prepozna okidače anksioznosti; podučiti pacijenta postupcima smanjivanja anksioznosti; poučiti i nadzirati pacijenta u uzimanju anksiolitika; uz još niz drugih intervencija (6).

### 1.2.3 Sestrinske intervencije za ovisnike

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji ovisnost je definirana kao fizičko i psihičko stanje koje nastaje kao međudjelovanje živog organizma i sredstava ovisnosti. To je stanje koje je obilježeno promjenama u ponašanju, psihološke reakcije koju uključuju prisilu za uzimanjem sredstava ovisnosti koja može biti povremena ili stalna. Potreba za uzimanjem sredstava ovisnosti nastaje zbog postizanja učinka te da bi se ublažila nelagoda apstinencijske krize. Opojne droge su supstancije koje uzrokuju ovisnosti, imaju psihoaktivni efekt, uzrokuju zdravstvene i socijalne poteškoće, štetne su i zdravstveno i socijalno (4). Prema SZO, alkoholičar je ona osoba koja je trajnom i neprekidnom konzumacijom alkoholnih pića oštetila svoje zdravlje, socijalno i ekonomsko stanje ili postoje predznaci takvih oštećenja. Mogući rani znaci alkoholizma su uzimanje veće količine alkohola, gubitak osobne kontrole, česta opijanja, prigovori obitelji. Poremećaji koji se mogu javiti kod alkoholičara su tjelesna oštećenja, psihički poremećaji, oštećenje živčanog sustava.

Važan je obiteljski pristup liječenju, bilo da se liječenje odvija u bolnički ili izvanbolnički. Uloga patronažne sestre je tu vrlo bitna, posebno u postizanju što duže apstinencije. Da bi se taj cilj postigao patronažna sestra mora poznavati okruženje u kojem živi ovisnik, uz postizanje uvida u stvarne odnose u obitelji. Trebalo bi uočiti čimbenike u obitelji koji su doveli do alkoholizma ili ga podržavaju. Bitno je da svi članovi obitelji daju podršku apstinenciji te da se dogovore pravila ponašanja. Prevencija alkoholizma se odnosi na suzbijanje pijenja alkoholnih pića. Trebalo raditi na promjeni stava kod svih članova obitelji. Društveno konzumiranje alkohola u našem društvu ima izrazitu tradiciju što nekad rezultira i povećanom tolerancijom prema alkoholičaru koji nastavlja konzumirati alkohol. Promjenu stava bi trebalo ostvarivati i preko socijalnih službi, škola, vjerskih organizacije te sportskih društava (4).

Patronažna sestra može imati veliku ulogu kroz suradnju s drugim stručnjacima te direktnim radom zajednici. Konkretno sestrinske intervencije u tom smislu su prikupljanje podataka (uzimanje anamneze, heteroanamneze od obitelji, škole i drugih u okruženju ovisnika). Bitne su i intervencije u pružanju pomoći u organizaciji slobodnog vremena ovisnika (sport, razne udruge i slično). Patronažna sestra će pomoći obitelji da se uspostavi često poremećena komunikacija (roditelj – dijete), objasniti način liječenja te upućivanje u centre za liječenje ovisnosti i praćenje, uz pružanje podrške pri liječenju (4).

#### 1.2.4 Sestrinske intervencije za oboljele od poremećaja raspoloženja

Poremećaji raspoloženja su odavno poznati pa se tako već je Hipokrat prepoznao i opisao melankoliju. U današnje vrijeme poremećaji raspoloženja pripadaju među najučestalije psihijatrijske poremećaje. Prema podacima iz Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje veća je stopa izostanka s posla zbog depresije nego zbog hipertenzije. Osim toga, depresija je praćena i visokom stopom smrtnosti zbog suicida (4).

Depresivna osoba je stalno potištena, bez interesa i volje, s izraženim osjećajem krivnje, gubitkom apetita, poremećajem spavanja te suicidalnim mislima, na kraju i pokušajima suicida. Međutim, treba razlikovati stanje između tugovanja i depresije. Za razliku od tugovanja, depresija nema određeno vrijeme trajanja, bez profesionalne pomoći simptomi depresije se neće povući, a za bolesnike je opasna zbog suicidalnih misli. Raspoloženje kod depresivnih osoba se opisuje kao konstantno tužno, beznadno, utučeno, depresivno. Neki se žale na osjećaj ispraznosti, neki na osjećaj anksioznosti. Kod takvih osoba je prisutan gubitak zanimanja za sve. Obitelj navodi da primjećuje socijalno povlačenje i nedostatka interesa za sve ono što je prije tu osobu veselilo. Promjena na težini također je jedan od simptoma. Može se manifestirati kao gubitak na težini ili dobivanje na težini i to više od 5% na ukupnu tjelesnu masu u samo mjesec dana. Od ostalih simptoma treba spomenuti gubitak energije, umor, osjećaj bezvrijednosti, krivnje i smanjena sposobnost razmišljanja odnosno koncentracije. Ponavljajuća razmišljanja o smrti su često prisutna. Osobe koje imaju jače izražene suicidalne ideje mogu nabaviti i sredstvo izvršenja suicida (vatreno oružje, konop i slično). Iako se takva razmišljanja statistički značajno mogu povezati sa samim pokušajem suicida ipak se teško može predvidjeti dali će i kada će to suicidalna osoba zaista i napraviti. Liječenje je multidisciplinarno pa tako primjenom socioterapijskih i psihoterapijskih metoda uz medikamentoznu podršku, mogu se postići dobri rezultati (4).

Sestra će u komunikaciji biti strpljiva i osigurati dovoljno vremena. Treba poticati druženje bolesnika s ostalim članovima u obitelji i zajednici, brinuti o bolesnikovoj pravilnoj i redovitoj prehrani i tjelesnoj aktivnosti, preusmjeravati bolesnikove negativne misli ka pozitivnim aktivnostima, te pomno pratiti sve što može upućivati na suicidalnost. Obitelj ima vrlo važnu ulogu u liječenju, treba ih educirati i podržati. Sestra je zadužena i za zbrinjavanje autodestruktivnog ponašanja u što će postepeno uputiti i obitelj. Posebno se trebaju pratiti

promjene iznenadne promjene raspoloženja, problemi s usnivanjem, rano buđenje te planiranje i najava suicida. Da bi se uočile te promjene neophodno je puno strpljenja i znanja koje sestra mora imati (4).

Manični bolesnici su povišenog, maničnog raspoloženja, s viškom energije, smanjenom potrebom za odmorom i spavanjem, euforični, radosni. Osobe koje pate od maničnog raspoloženja često započinju duge i intenzivne razgovore s potpunim strancima. Često je prisutno napuhano samopoštovanje, precjenjivanje samog sebe. Sestrinska skrb se sastoji od zadovoljenja bolesnikovih potreba, smanjivanja simptoma te zaštite bolesnikovog okruženja. Kroz prikupljanja podataka medicinska sestra će doznati podatke o mogućem stresoru, o organskim oštećenjima, uobičajenim svakodnevnim aktivnostima, uočiti će znakove hiperaktivnosti te prepoznati moguću manipulaciju. Sestrinske intervencije se baziraju na aktivnom slušanju bolesnika, preveniranju netrpeljivosti okoline prema bolesniku, organiziranju nadzora bolesnika, poticanje bolesnika na uključivanje u terapijske skupine, edukacija bolesnika o uzimanju terapije, nuspojavama terapije, načinu kanaliziranja hiperaktivnosti (4).

### **1.2.5 Sestrinske intervencije za oboljele od shizofrenije i shizofreniji sličnih poremećaja**

Daleke 1961., Hrvatski zavod za javno zdravstvo utemeljio je „Registar za psihoze Hrvatske“. U Registru se prate podaci o oboljelima od shizoafektivnih poremećaja i shizofrenije koji su bolnički liječene. Za svaku osobu koja je bila hospitalizirana zbog mentalnih poremećaja popunjava se Psihijatrijski obrazac. Od početka vođenja Registra raste broj prijema i broj otpusta. Bolničko liječenje je češće i sve kraće. Posljednjih godina bilježi se pad u broju hospitalizacija i prvih hospitalizacija. Taj trend odraz je intenzivnog pristupa u liječenju, porasta broja dnevnih bolnica i izvanbolničkog liječenja (7). U Hrvatskoj ima oko 19 000 oboljelih od shizofrenije (3). Nešto češće se pojavljuje u Istri i Primorju, u Europi se češće pojavljuje u Irskoj i Švedskoj. U jednakoj mjeri se pojavljuje kod oba spola.

Shizofrenija oštećuje brojne mentalne funkcije: kogniciju, afekt, motivaciju i raspoloženje. Uzrok nije utvrđen, smatra se da je bolest uvjetovana naslijeđem i okolinskim čimbenicima. Oko 30% bolesnika se oporavi što znači da shizofrenija nije nužno kronična bolest. Bolju prognozu imaju bolesnici kod kojih je bolest počela u kasnijim godinama, akutno, s postojećim stresorom i sa stabilnim socijalnim okruženjem. Lošiju prognozu imaju oni kod kojih je poremećaj počeo ranije, s gotovo neprimjetnim simptomima, kod onih koji žive u nestabilnom okruženju, i imaju



pozitivan hereditet za shizofreniju i shizofreniji slične poremećaje (3). Učestalost suicida kod oboljelih od shizofrenije je 10-25%, podjednako u oba spola. Razlikuje se više vrsta suicida, kao što je izvršenje suicida zbog imperativnih halucinacija, izvršenje suicida u katatonoj pomami (krajnjem nemiru, agitaciji) te bilansni suicid u fazi djelomične ili dobre remisije (4).

Shizofrenija nema jedinstvenu kliničku sliku. Podtipovi u shizofreniji su dezorganizirani ili hebefreni, katatoni, paranoidni, nediferencirani, i jednostavni tip (3). Dezorganizirani tip (hebefreni) se pojavljuje između 16. i 30. godine života. Ponašanje je neodgovorno, nepredvidivo, halucinacije su prolazne, raspoloženje je neprimjereno, a mišljenje dezorganizirano. Prognoza bolesti nije dobra. U katatonom tipu su izraženi simptomi od hiperkinezije do stupora ili automatske poslušnosti. Kod takvih bolesnika je karakteristično zadržavanje u jednom položaju bez očiglednog zamora mišića (3). Paranoidni tip se pojavljuje između 30. i 40. godine života. Oboljeli su zaokupljeni više ili manje sistematiziranim sumanutostima i slušnim halucinacijama (3). Jednostavna ili simplex shizofrenija počinje polako, „šaljajući“. U kliničkoj slici dominiraju tzv. „negativni“ simptomi: povlačenje iz sredine, osiromašenje misli (govora) i afektivnog života (3). Oboljeli od shizofrenije teško funkcionira a često tome pridonosi i nedostatak tolerancije od obitelji. Zadaća sestre je prepoznati te okolnosti i osigurati optimalne uvjete za život (4). Sestrinska skrb ima za svrhu poticanje socijalizacije bolesnika u njegovu zajednicu, povećanje psihološke stabilnosti, zaštitu bolesnika, poticanje okoline da oni potiču bolesnikovu samostalnost i zadovoljstvo (4).

Sestrinske intervencije doprinose rješavanju raznih bolesnikovih tegoba i problema. Kod promijenjenih procesa razmišljanja i razumijevanja intervencije su: aktivno slušanje bolesnika, odbijanje rasprave na osnovi dezorganiziranog mišljenja, terapijska komunikacija, usmjeravanje pacijentovog tijeka misli. Kod poremećenog senzoričkog funkcioniranja (panične atake, halucinacije, iluzije) intervencije su: orijentiranje bolesnika i komunikacije na stvarnost, upotrebljavanje distraktora (televizija, radio), upozoravanje bolesnika da nas njegovo ponašanje plaši, slušanje bolesnika i osiguravanje sigurnog okruženja. Ako pacijent opisuje beznade, negativne percepcije o sebi, bezvrijednost - govorimo o smanjenom samopoštovanju. Tada medicinska sestra potiče bolesnika na uredan izgled, objašnjava mu povezanost negativnih osjećaja i samopoštovanja, ohrabruje i potiče bolesnika u aktivnostima u kojima je vješt, sluša bolesnika i ima strpljenja za komunikaciju (4). Ako bolesnik ima izraženi tjeskobu ili strah od

gubitka kontrole, od drugih gubitaka, ako je oskudnog kontakta s okolinom, usmjeren na samog sebe, intervencije medicinske sestre su: uspostavljanje povjerenja, poticanje bolesnika na verbalizaciju strahova, poticanje na razne tehnike relaksacije (4).

Kod bolesnika koji su rizični za nasilno ponašanje prema sebi ili drugome, medicinska sestra će naglasiti bolesniku da je siguran, voditi će računa o znakovima koji upućuju na agresivno ponašanje, biti će pažljiva u fizičkom kontaktu s bolesnikom i koristiti se prikladnim mjerama smirivanja (4).

Kod bolesnika koji imaju smanjenu mogućnost brige o sebi, sestra će pomoći bolesniku da razvije plan o održavanju osobne higijene, poticati će na oblačenje čiste odjeće vedrijih boja, upućivati će bolesnika na razne dnevne aktivnosti, educirati ga o preporučenoj prehrani (4).

### **1.2.6 Sestrinske intervencije za prevenciju agresivnog ponašanja**

Agresija je način ponašanja u kojoj se neprijateljski ili destruktivno djeluje na stvari ili osobe. Agresija se može pobuditi kod osobe zbog osjećaja vlastite ugroženosti, zbog konflikta ili suočavanja s raznim zaprekama. Da bi se pojavila agresija, treba postojati i poticaj. To može biti majčinski nagon ili čuvanje svojeg vlasništva. Na pojavu agresije može se djelovati preventivno, edukacijom i poboljšanjem komunikacije u zajednici. Agresija je uvijek praćena i fizičkim promjenama na izgledu osobe. Pojavi se crvenilo lica, ubrzano disanje, širenje zjenica, znojenje. U takvom raspoloženju osoba prvo djeluje kaotično, da bi zatim u akciji djelovala fokusirano i sigurno. Onaj tko je agresivno reagirao u prošlosti, opet može to ponoviti. Osoba se osjeća ugroženo i jedini način da se zaštiti je uništavanje ljudi ili okoliša.

Sestrinski ciljevi se sastoje od ponovne integracije osobe u zajednicu, poticanje odnosa s drugim osobama. Patronažna sestra će kroz svoje intervencije osigurati stvaranje terapijskog okruženja, primjenjivati će individualni pristup, ukloniti će objekte iz okoline koji su izvor straha za osobu, razvijati će odnos u kojem se pacijent može izraziti bez upotrebe agresije, smanjiti će rizik za moguće ozljede. Pri komunikaciji medicinska sestra će voditi računa da ne izaziva pacijenta, da ne pokazuje strah, izbjegavati će nagle pokrete i uvijek će voditi računa o vlastitoj sigurnosti (4).

### 1.3 Stigma

Prema definiciji u Hrvatskom strukovnom nazivlju stigma je stereotipna, negativna, obilježena pojedinca na temelju njegovih osobina ili ponašanja koji se smatraju društveno neprihvatljivima (8). Negativan stav ili stigma je negativna obilježena osoba zbog neke karakteristike koju osoba posjeduje. U staroj Grčkoj robovi i kriminalci su bili obilježeni porezotinom ili opeklinom da bi se društvu prikazali kao manje vrijedne osobe (9).

Stigmatizirane osobe imaju obilježje koje socijalna zajednica percipira kao negativno i zbog kojeg ih društvo isključuje iz zajedničkog života. Prema Goffmanu (1963), tri su vrste stigme; plemenska (etnička ili rasna pripadnost), tjelesna (invaliditet, unakaženost, tetovaža), te neprihvatljiva osobna obilježja (ovisnost, agresivnost, duševno oboljenje) (9).

Ako govorimo o vidljivim značajkama osobe tada se vrlo brzo aktivira procjena te osobe, te se s time usklađuju emocije i stav prema toj osobi. To se događa automatski i bez kognitivnog napora. Kada se govori o osobama čiji se invaliditet ne vidi, tada je prvi dojam pozitivan sve dok se ne sazna za značajke koje su socijalno neprihvatljive (9).

Prema suvremenim autorima postoje dvije osnovne vrste stigme: „public“ ili javna stigma – otvorena društvena stigmatizacija određene grupe ljudi (npr. psihički oboljelih osoba); i „self-stigma ili autostigma - predrasude koje imaju same oboljele osobe. Smatra se da je stigma sastavljena od tri komponente; stereotipa, predrasuda i diskriminacije. Negativna uvjerenja o osobi ili grupi ili samom sebi (stereotipi), mogu izazvati negativne emocije (predrasude), koje onda vode do određenih oblika ponašanja (diskriminacija) (10).

Mogući oblik manifestiranja stavova je izbjegavanje kontakta s pripadnicima različitih skupina. Na socijalnu distance utječe niz čimbenika, od općih do osobnih (11). Jedan od najstarijih, ali još uvijek korištenih instrumenata za mjerenje predrasuda i negativnih stavova je Bogardusova ljestvica socijalne distance koju je konstruirao Emery Bogardus, davne 1925. Tim instrumentom je želio izmjeriti socijalnu distancu u sedam tipova međuljudskih odnosa. U ljestvici ispitanik obilježava na skali od 1-7 u kojoj mjeri bi određena grupa ljudi njemu bila prihvatljiva u određenim odnosima (1 - ne pokazuje socijalnu distancu, 7 - najveća socijalna distanca). Primjeri određenih odnosa su: kao supružnik bliskog rođaka; kao bliski osobni prijatelji; kao susjedi; kao suradnici u istom zanimanju itd. Bogardusova socijalna ljestvica udaljenosti kumulativna je

ljestvica. Za Bogardusa je socijalna distanca funkcija afektivne udaljenosti između članova različitih skupina što znači da je socijalna distanca mjerilo koliko simpatije ili antipatije članovi neke grupe osjećaju prema drugoj grupi. Najčešće se ova ljestvica koristi za istraživanje etničke distance, no uz modifikacije može se primijeniti prema bilo kojoj drugoj grupi. Jokić-Begić i sur. (2005.) su istražili stigmatizaciji duševno bolesnih osoba tom ljestvicom, ali su za potrebe tog istraživanja koristili dio koji se odnosi samo na bliske odnose (12).

### **1.3.1 Stigma prema psihički oboljelim osobama**

Interes za stav prema psihički oboljelom bolesniku se pojavljuje pedesetih godina 20. stoljeća. Prema prvim istraživanjima ispitanici su iskazivali odbojnost i strah prema duševnim bolesnicima. Uočena je velika razlika u stavovima ispitanika prema duševno oboljelima u odnosu na tjelesno oboljele osobe. Tijekom šezdesetih godina 20.st. istraživanja potvrđuju postojanje odbojnosti prema duševnim bolesnicima, bez obzira na dob ili obrazovanje ispitanika (3). Nakon 23 godine ponovljeno je navedeno ispitivanje no dobiveni su tek neznatno bolji rezultati. Utvrđeno je da se u Velikoj Britaniji putem medija kreiralo negativno javno mnijenje o psihičkim bolesnicima koji su često prezentirani kao kriminalci ili su bili izvrgnuti ruglu (3).

Stigmatizacija je problem za duševne bolesnike gotovo jednake težine kao i sama bolest. Može se reći da je stigma kulturološki inducirana prepreka opravku psihički oboljelih osoba. Zbog stigme se događa socijalna izolacija koja dodatno demoralizira bolesnike. Socijalna se stigma prepoznaje u raznim oblicima, od izbjegavanja osobe do izrugivanja.

Postoji nekoliko tumačenja nastanka stigme duševno oboljelih osoba. Ponašanje duševnih bolesnika promatra se kao devijantno i neprihvatljivo za zajednicu. Kroz odgoj okolina nameće društvena pravila ponašanja i usmjerava pojedinca da prihvati društveno prihvatljive norme ponašanja. Ako osoba krši socijalne norme i ne prilagođava se, okolina razvija strah prema takvim osobama. Posljedica tog straha je izolacija neprilagođene osobe i etiketiranje (stigmatiziranje).

Osobe u zajednici funkcioniraju po pravilima odgovornosti za sebe i svoje postupke, mogućnost samokontrole je bitno obilježje civiliziranog ponašanja. Osoba koja nema sposobnost samokontrole može u ostalih ljudi izazvati strah (3). Kod nekih osoba će osjećaj straha provocirati agresivno ponašanje tako da je moguća i agresija prema duševnom bolesniku od

strane društva. Tu se bolesnik pojavljuje u ulozi žrtvenog jarca i postaje meta agresije ostalih ljudi u zajednici. Događa se da sam bolesnik sebe smatra krivim te se „kažnjava“ izolacijom.

Duševno bolesni dožive negaciju svojih vrijednosti u društvu i posljedičnu degradaciju položaja u društvu. To se posebno ističe u srednjim i višim socioekonomskim slojevima društva. Članovi obitelji višeg socioekonomskog statusa imaju osjećaj srama i krivnje zbog svog oboljelog člana, dok se u obiteljima nižeg socioekonomskog statusa češće javlja ljutnja i strah (3).

Stigma je prisutna i u krugu obitelji. Sama reakcija na saznanje da je član obitelji obolio od psihičke bolesti izaziva različite emocije. Trajanje i intenzitet reakcije na saznanje se može razlikovati od obitelji do obitelji. U obitelji se razvija osjećaj srama zbog ponašanja njihovog oboljelog člana. Oni svjesno izbjegavaju pojavljivanje u javnosti s oboljelim članom jer se boje nepredvidivosti ponašanja, te na kraju i odbacivanja od zajednice. Može se reći da obitelji imaju različit stav te da razvijaju različite emocije od tuge, ljutnje, straha, do iscrpljenosti i gubitka motivacije. Članovi obitelji se suočavaju sa stresom koji može utjecati na ishod liječenja oboljelog člana, ali se pojavljuje i rizik od obolijevanja drugih članova obitelji. U prvim reakcijama obitelji očitava se vjerovanje da će bolest biti prolazna, tek kada se prihvati da je bolest kronična, nekad i neizlječiva, obitelj se suočava s tugom, strahom, ljutnjom i sramom. Zbog dugotrajnosti tijeka liječenja može se dogoditi da obitelj bude suočena s različitim emocijama od nezadovoljstva do iscrpljenosti te na kraju izolacije cjelokupne obitelji. Štrkalj-Ivezić i Martić-Biočina zaključuje da je bitno, upravo zbog dugotrajnosti bolesti, raditi s obiteljima da bi se omogućila bolja prognoza bolesti, manji broj hospitalizacija oboljeloga, te bolja psihička kondicija obitelji (13). U indijskoj državi Karnataka (2019) provedeno je istraživanje o stavovima prema mentalno oboljelim među tamošnjom općom, većinom ruralnom populacijom. Ispitanici su bili rođaci oboljelih hospitaliziranih psihijatrijskih bolesnika. Najviše ispitanika, 39% od ukupno 300 ispitanika, odgovorila je da je mentalna bolest, bolest mozga, dok 22%, smatra da je bolest Božja kazna. Gotovo polovica je izjavila da ne bi željeli da se dozna da su mentalno oboljeli, a manje od jedne petine misli da je moguć oporavak od mentalnih bolesti. U zaključku istraživanja se navodi da je neophodna edukacija, veća dostupnost usluga mentalnog zdravlja, te provođenje programa o mentalnom zdravlju (14).

Jedan od većih problema je i taj što i sami bolesnici preuzimaju stav okoline što čini prepreku integraciji u socijalnu sredinu i pogoduje još većoj izolaciji. Autostigma ili self-stigma priječi

bolesnika da na vrijeme potraži pomoć i da se redovito liječi. Ona ga može spriječiti da potraži posao, započne novi hobi, potraži prijatelje. Autostigma je velika prepreka uspješnom liječenju (13). Kao posljedicu, veliki dio oboljelih prihvaća negativnu obilježenost kao percepciju zajednice te se kod njih javlja osjećaj manje vrijednosti, te da su nesposobni brinuti se za sebe (15).

Negativna obilježenost ili stigma psihičkih oboljelih osoba postoji i danas unatoč napretku liječenja. Brojna istraživanja potvrđuju da je stigma sveprisutna. Negativni stavovi su najviše izraženi prema oboljelima od shizofrenije. Stavovi prema oboljelima od depresije ukazuju da se ta bolest shvaća kao labilnost karaktera ili se bolest u potpunosti negira (13).

Jokić-Begić i sur. (2005.) su istražili stereotipe, uvjerenja, atribucije i stavovi prema psihičkim bolesnicima. Ispitali su 356 učenika, studenata i odraslih građana u Zagrebu. Rezultati su ukazali na široko prisutne negativne stereotipe o psihičkim bolesnicima. Ustanovljeno je da stavovi variraju od neutralnih do pozitivnih, no čak više od pola ispitanika želi veću socijalnu distancu prema njima. Također je ustanovljeno da više znanja o psihičkim bolesnicima podrazumijeva pozitivnije stavove i bolje prihvaćanje tih osoba (12).

U intervjuu koji dao za zakladu „*White Swan*“ dr. *Norman Sartorius* navodi da je stigma najveća prepreka uključivanju oboljelih u život u zajednici i korištenju zdravstvene skrbi. Navodi da je stigma prisutna kako među javnim službama tako i u općoj populaciji. Svi se u svom ponašanju vode osjećajima da su mentalno oboljeli opasni za društvo te da oboljeli ima male šanse za oporavak. Dok se to ne promijeni nema ozbiljnih mogućnosti za stvarno napredovanje. Iznimno je važno da se mentalno oboljele osobe zapošljavaju i da ostvaruju socijalne kontakte. Kroz takav pristup će se opća populacija najbolje osvjedočiti o funkcioniranju oboljelih. U članku se naglašava da se nikako ne smiju zaboraviti članovi obitelji koji njeguju i brinu o svom članu (16).

U razgovoru za časopis „*Medix*“, dr. *Hugo Koetsier*, navodi ja bitno da se vodimo mišlju da smo svi ljudska bića. Svi imamo zadatak, kao zajednica, pronaći način kako pomoći mentalno oboljelima i njihovim obiteljima. Dr. *Koetsier* je savjetnik za „*Twining projekt*“ koji ima za cilj unaprijediti zaštitu mentalnog zdravlja u Hrvatskoj (17). *Patrick W. Corrigan* i *Amy Watson* (2002, *World Psychiatry*) u svom članku o utjecaju stigme na liječenje mentalno oboljelih ističu, da je stigma prisutna u svim strukturama društva, od zakona, socijalnih usluga do pravosudnih

struktura. Zaključuje da je od izuzetnog značaja usredotočiti antistigma programe upravo na te društvene strukture (18).

### **1.3.2 Stigma zdravstvenih djelatnika prema psihički oboljelim osobama**

Na stigmom nisu imuni niti profesionalci. U Singapuru je 2017.god., provedeno istraživanje među zdravstvenim profesionalcima i općom populacijom. Sudjelovalo je 379 ispitanika. U odnosu na opću populaciju zdravstveni profesionalci su imali pozitivniji stav prema mentalno oboljelim, ali se nisu razlikovali u razini socijalne distance od ispitanika iz opće populacije. Analiza podataka je pokazala da ispitanici u bračnoj zajednici i nižeg obrazovanja imaju negativnije stavove. Pozitivniji stav su pokazivali oni koji su imali nekog bliskog oboljelog od psihičke bolesti (19).

U Brazilu (2013.) je ispitano 246 zdravstvenih radnika. Rezultati pokazuju da postoji paleta stavova koji se kreću od pozitivnih do negativnih. Negativni stav je povezan s nižim obrazovanjem zdravstvenih radnika, kao i s manje iskustva u radu s psihički oboljelima. U raspravi zaključuju da njihovi ispitanici imaju u prosjeku pozitivnije stavove u usporedbi sa zdravstvenim djelatnicima iz drugih zemalja. U zaključku navode da se trebaju provoditi učestali obrazovni programi koji će raditi na ojačavanju pozitivnih stavova (20). Istraživanje u Kini (2018.) imalo je za cilj istražiti stav zdravstvenih radnika koji pružaju zdravstvenu zaštitu u ruralnim zajednicama u primarnoj djelatnosti. Uključen je 361 zdravstveni radnik. Rezultati upućuju na postojanje negativnog stava. Većina ispitanika smatra da su mentalni bolesnici skloni čestim, impulzivnim uništavanjima imovine te da su opterećenje za sebe i za svoju obitelj (21).

Analiza jedanaest stručnih i znanstvenih članaka pregledanih u lipnju 2017.god., pokazala je da liječnici u ustanovama primarne djelatnosti često stigmatiziraju psihički oboljele osobe, a to je više izraženo u liječnika s duljim radnim stažem. Liječnici smatraju da je potrebno više informacija, edukacije i obuke o mentalno oboljelim osobama da bi se smanjila prisutna stigma (22).

Prema istraživanju koje je provedeno među medicinskim sestrama primarne zdravstvene zaštite u Primorsko goranskoj županiji, analizom dobivenih podataka ustanovljeno je da postoji stigma prema mentalno oboljelim osobama. Kao moguće objašnjenje navodi se stav opće populacije koja onda ima utjecaj i na medicinske sestre. Potrebna je kontinuirana edukacija i jačanje društvenih udruga koje će pružiti potporu u borbi protiv stigme (23).

Veliko istraživanje (2009.) provedeno je u pet Europskih zemalja (Finska, Litva, Irska, Portugal, Italija). Cilj ovog istraživanja je bio ustanoviti pojavu stigme kod medicinskih sestara koje rade s psihičkim oboljelim osobama, sudjelovalo je 810 medicinskih sestara. Rezultati su pokazali da su stavovi medicinskih sestara uglavnom pozitivni te da medicinske sestre iz Portugala imaju značajno pozitivniji stav u usporedbi s medicinskim sestrama iz Litve, što ukazuje na vjerojatan sociokulturni utjecaj na stigmu (24).

Istraživanje provedeno u *Taiwanu* (2015.) imalo je za cilj istražiti stav prema mentalno oboljelima u 180 medicinskih sestara zaposlenih na psihijatrijskim odjelima. Negativni stavovi su prisutni prema ovisnicima o drogama, a manje negativan stav prema osobama oboljelim od shizofrenije ili depresije. Medicinske sestre koje su imale više iskustva u radu odnosno više radnog staža s psihički oboljelim osobama su bile više empatične i imale su manje negativnih stavova. Zaključno, navodi se, da trajanje prakse ili kliničkog iskustva s psihički oboljelim osobama utječe na stavove o psihički oboljelima (25).

U Finskoj je provedeno istraživanje (2016.) s medicinskom sestrama koje rade u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Rezultati govore o pozitivnijem stavu kod medicinskih sestara starije dobi i s duljim radnim stažem. Kod mlađih sestara se primjećuje strah od mentalno oboljelih pacijenata. Rezultati ukazuju na važnost edukacije mlađih medicinskih sestara (26).

Istraživanje koje je provedeno u Švedskoj (2014.) uključilo je 256 medicinskih sestara zaposlenih u 10 općina. Rezultati su pokazali da je stav medicinskih sestara prema mentalno oboljelim osobama pozitivniji što je njihovo znanje veće, ovisi o njihovom radnom mjestu, kao i o tome imaju li nekoga bliskoga s psihičkim poremećajem. U zaključku se navodi da je bitno razvijanje pozitivnijih stavova među zaposlenicima. Osoblju se treba omogućiti edukacija, informacije, znanje i nadzor koji će doprinijeti osporavanju negativnih stavova (27).

U Karlovcu (2015.) je provedeno istraživanje među izvanrednim studentima sestrinstva. Rezultati ukazuju da je stigma kod oba spola jače izražena prema shizofreniji nego prema depresiji i PTSP-u. Između PTSP-a i depresije nije bilo razlike u stavovima. Stariji studenti su imali negativniji stav od mlađih (28). Istraživanje provedeno u *Pittsburgh-u* (SAD, 2015), na uzorku od 113 studenata psihologije, fizikalne terapije i radne terapije, pokazalo je da najmanje stigmatiziraju studenti psihologije (29). Istraživanje koje je provedeno na Sveučilištu Sjever, Sveučilišni centar



Varaždin (2017), među studentima sestinstva pokazuje da na pojavu stigme ne utječu ni dob ni spol. U zaključku autor navodi za potrebno da se među studentima sestinstva edukacijama razvija strategija borbe protiv stigme (30).

Jedan od češće korištenih samoprocjenskih instrumenata za procjenu stavova zdravstvenih stručnjaka prema psihijatrijskim pacijentima je Ljestvica stavova kliničara prema mentalnim bolestima (*Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale, MICA-2*). Ljestvica MICA-2 ima 16 čestica, ispitanici odgovaraju na 6-bodnoj ljestvici Likertovog tipa. Korištena je na uzorcima različitog geografskog, društvenog i kulturnog podrijetla. Unutarnja konzistentnost skale u cjelini je visoka, ima odgovarajuću valjanost (31,32)

## CILJ ISTRAŽIVANJA I HIPOTEZE

### 1.4 Ciljevi

- 1) Cilj ovog istraživanja je analiza stavova patronažnih sestara prema psihički oboljelim osobama.
- 2) Ispitati postoji li povezanost dobi i trajanja radnog staža, i negativnog stava patronažnih sestara prema psihički oboljelim osobama.
- 3) Ispitati postoji li povezanost iskustva rada s psihički oboljelim osobama i negativnog stava patronažnih sestara prema njima.
- 4) Ispitati postoji li povezanost stručne spreme i negativnog stava patronažnih sestara prema psihički oboljelim osobama.
- 5) Ispitati postoji li povezanost drugih sociodemografskih obilježja (bračno stanje, mjesto boravka) i negativnog stava patronažnih sestara prema psihički oboljelim osobama.
- 6) Ispitati postoji li povezanost negativnog stava patronažnih sestara i dijagnosticiranom psihijatrijskom poremećaju oboljele osobe.

### 1.5 Hipoteze

- 1) Patronažne sestre imati će negativne stavove prema psihički oboljelim osobama.
- 2) Patronažne sestre starije životne dobi i one s duljim radnim stažem imati će negativnije stavove prema psihički oboljelim osobama.
- 3) Patronažne sestre koje imaju iskustvo rada s psihički oboljelim osobama imati će manje negativne stavove prema njima.
- 4) Patronažne sestre koje imaju višu stručnu spremu imati će manje negativne stavove prema psihički oboljelim osobama.
- 5) Život u ruralnoj sredini i život u bračnoj zajednici biti će povezan s negativnijim stavovima prema psihički oboljelim osobama.
- 6) Patronažne sestre će imati različito izražen negativan stav prema oboljelima ovisno o psihijatrijskom poremećaju od kojeg boluju.

## ISPITANICI I METODE

Istraživanje se provodilo od 18. 5. - 30. 5. 2020.god. Ispitanice su bile patronažne sestre Doma zdravlja Primorsko goranske županije. Kontaktirano je 66 patronažnih sestara, od kojih je upitnik ispunilo 50. Svaka patronažna sestra je zamoljena za sudjelovanje u istraživanju putem službene e-pošte. U prilogu poruke su odmah dostavljeni i upitnici. Istraživanje je provedeno poštujući načela dobrovoljnosti i anonimnosti što je navedeno i u uvodnom dijelu upitnika.

Patronažne sestre ispunjavale su upitnik o općim sociodemografskim podacima. Prikupljeni su podaci o dobi, stručnoj spremi, mjestu prebivališta, trajanju radnog staža u patronažnoj službi, postojanju iskustva rada na psihijatrijskom odjelu ili ambulanti.

Socijalna distanca prema psihički oboljelim osobama mjerena je Bogardusovom ljestvicom socijalne distance mjeri se stupanj prihvaćanja psihički oboljelih osoba (33). Na svaki tip socijalnih interakcija s psihički oboljelim osobama, bilo je moguće odgovoriti pomoću pet stupnjeva odgovora (od „potpuno se slažem“ do „uopće se ne slažem“). U ovom istraživanju koristio se zbroj rezultata, viši zbroj ukazivao je i na veću socijalnu distancu prema psihički oboljelim osobama.

Ispitanice su ispunile Ljestvicu stavova kliničara prema mentalnim bolestima (Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale, MICA-2) koja se koristi za utvrđivanje i mjerenje stavova kliničara prema psihičkim poremećajima (31, 32) . Ljestvica MICA-2 sadrži 16 tvrdnji i za svaku tvrdnju su ponuđeni odgovori od „potpuno se slažem“ (s navedenom tvrdnjom) do „uopće se ne slažem“. Svaki odgovor se boduje, mogući ukupan zbroj bodova od 16-96. Viši konačni zbroj bodova odražava negativnije stavove prema psihički oboljelim osobama. Suglasnost za korištenje skale MICA-2 dobivena je 21. 2. 2020. putem elektroničke pošte, od autora Grahama Thornicrofta.

Istraživanje je odobreno od Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Primorsko goranske županije 13. 5. 2020. (Broj: 01-7/2-3-20).

Prikupljeni podaci statistički su obrađeni i prikazani kao apsolutne i postotne vrijednosti, te kao aritmetička sredina ( $\bar{X}$ ) i standardna devijacija (SD). Premda rezultati na svim skalama zadovoljavaju uvjet normalnosti distribucije (Kolmogorov Smirnov test), zbog malog broja ispitanika u pojedinim podjelama korišteni su neparametrijski testovi za usporedbu između nezavisnih skupina. Mann Whitney U test je primijenjen je ispitivanje između dviju skupina

odnosno Kruskal Wallis za usporedbu između dvije ili više skupina. Povezanost između ispitivanih varijabli ispitana je putem Pearsonova koeficijenta korelacija. Statistička značajnost određena je na  $p < 0,05$ . Obradu i analizu podataka provela je Aleksandra Stevanović, prof.psih., koristeći SPSS 16 (Statistical Package for the Social Sciences, version 16.0., SPSS Inc, Chicago IL) statističkog programa.

## REZULTATI

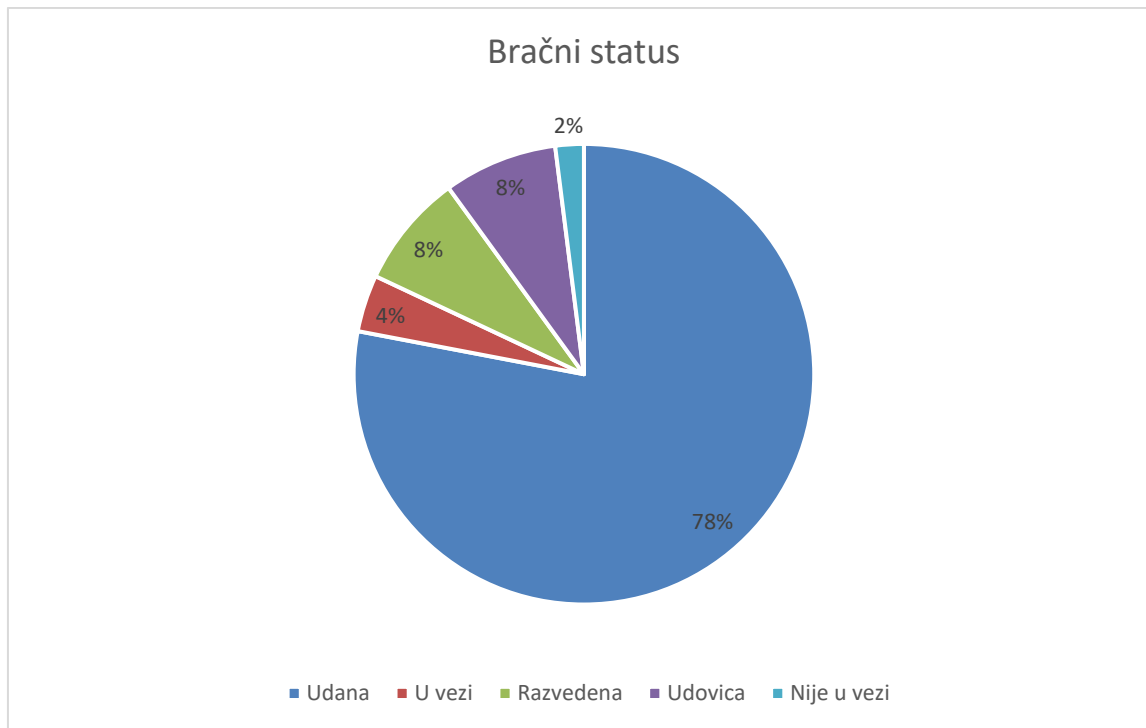
U istraživanju je ukupno sudjelovalo 50 patronažnih sestara. Prosječan dob ispitanica je 48,7 godina (raspon od 29 do 64 godine). Prosječno trajanje radnog staža u zdravstvu iznosi 27,1 godina (raspon od 7 do 44) od čega u patronaži u prosjeku 9,5 godina (raspon od 1 do 32 godine). Deset (20%) ispitanica je tijekom radnog vijeka bilo zaposleno na psihijatrijskom odjelu ili ambulanti. Prosječno trajanje radnog staža na psihijatrijskim odjelima ili ambulantama iznosi 9,5 godina uz raspon od 1 do 26 godina.

Većina ispitanica, njih 38 (76%) su prvostupnice sestrinstva, a 12 (24%) su magistre sestrinstva (Slika 1.)



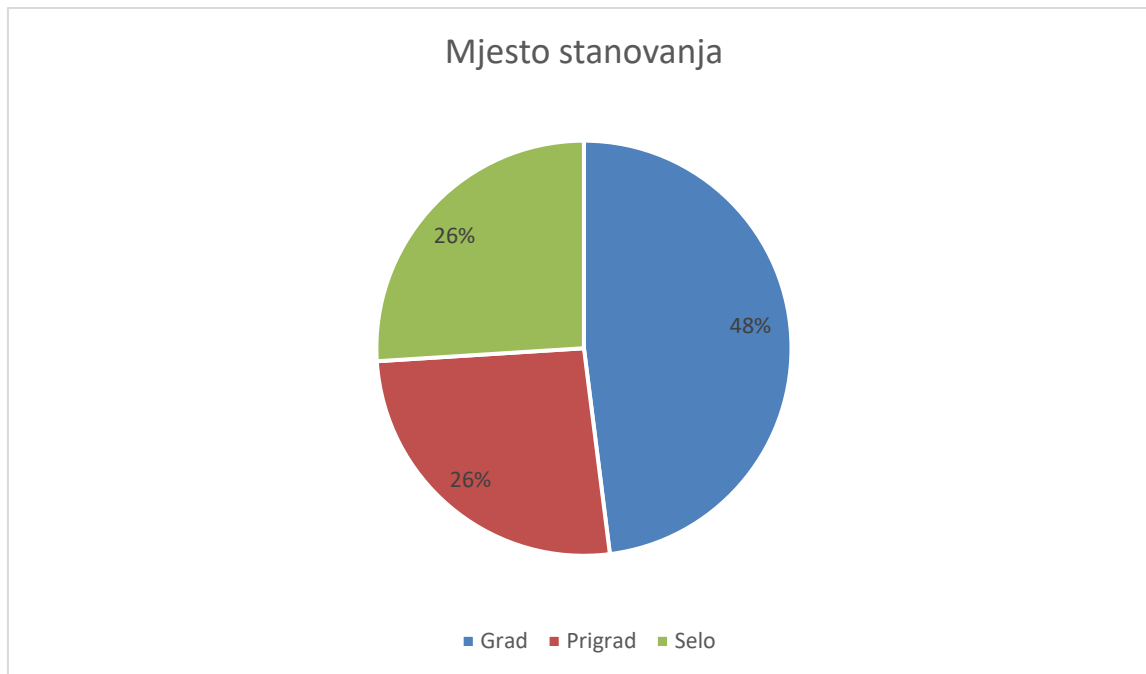
Slika 1. Udio ispitanica prema stručnoj spremi

Većina ispitanica je u braku, njih 39 (78%) dok su dvije u vezi (4%). Od 9 ispitanica koje nisu u trenutnom partnerskom odnosu, četiri su razvedene (8%), a četiri (8%) su udovice (Slika 2). Sve ispitanice imaju djecu.



Slika 2. Udio ispitanica prema bračnom statusu

S obzirom na mjesto stanovanja, gotovo polovica ispitanica (48%) živi u gradu, 13 (26%) živi u prigradu, i 13 (26%) živi na selu (Slika 3.).



Slika 3. Udio ispitanica prema mjestu stanovanja

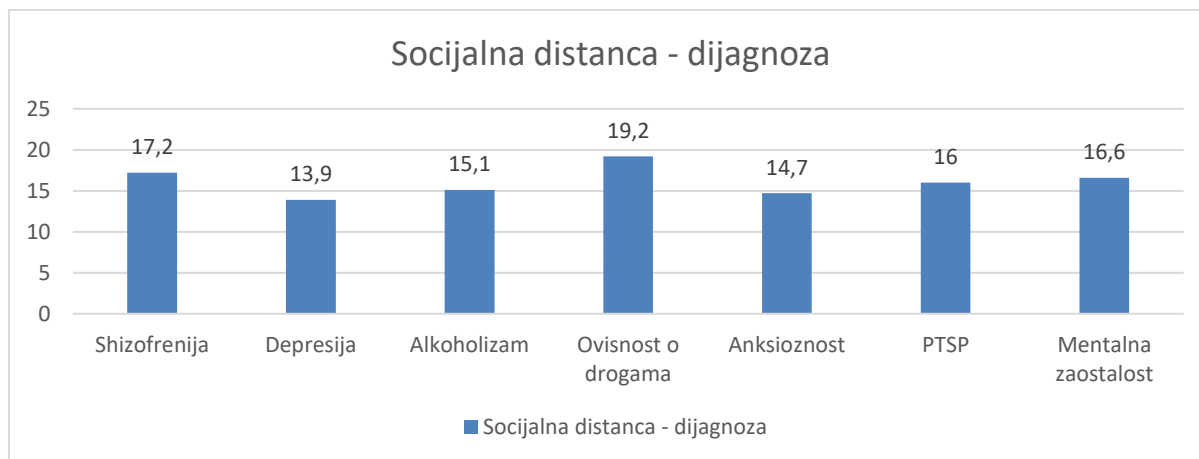
Ukupan zbroj bodova svih čestica na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance je 112,8 bodova (najmanji mogući zbroj je 42, najveći 210, srednja vrijednost bi bila 126). Dobiveni rezultat je nešto ispod srednje vrijednosti mogućih rezultata.

Analizom rezultata dobivenih na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance u odnosu na pojedinu psihijatrijsku dijagnozu (mogući raspon 6 do 30), vidljivo je da patronažne sestre najveću socijalnu distancu imaju spram ovisnika o drogama ( $19,2 \pm 4,95$ ), zatim prema oboljelima od shizofrenije ( $17,2 \pm 4,15$ ). Manju socijalnu distancu imaju spram osoba koje se liječe zbog anksioznosti ( $14,7 \pm 5,45$ ) i depresije ( $13,9 \pm 5,06$ ) (Tablica 1, Slika 4, Slika 5)

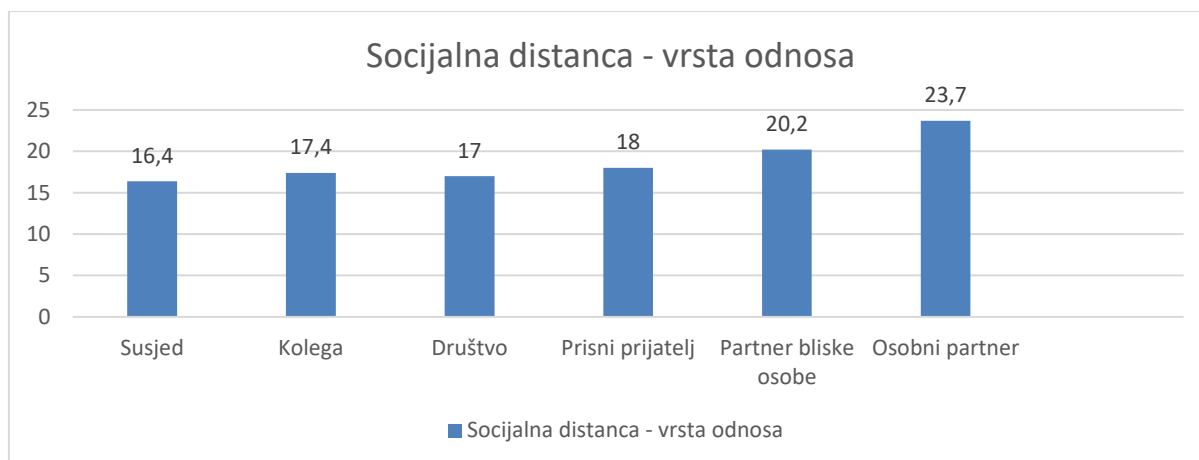
Tablica 1. Socijalna distanca prema psihijatrijskim bolesnicima mjerena Bogardusovom ljestvicom socijalne distance

	MIN	MAX	X	SD
<i>Socijalna distanca ovisno o dijagnozi</i>				
Shizofrenija	6	25	<b>17,2</b>	4,15
Depresija	6	27	<b>13,9</b>	5,06
Alkoholizam	6	27	<b>15,1</b>	5,33
Ovisnost	6	30	<b>19,2</b>	4,95
Anksioznost	6	27	<b>14,7</b>	5,45
PTSP	6	30	<b>16</b>	2,29
Mentalna zaostalost	6	24	<b>16,6</b>	4,26
<i>Socijalna distanca ovisno o odnosu</i>				
Susjed	7	29	<b>16,4</b>	4,94
Kolega	7	30	<b>17,4</b>	5,03
Društvo	7	30	<b>17</b>	5,26
Prijatelj	7	30	<b>18</b>	5,5
Partner bliskoj osobi	7	29	<b>20,3</b>	5,55
Partner osobno	9	35	<b>23,7</b>	5,16



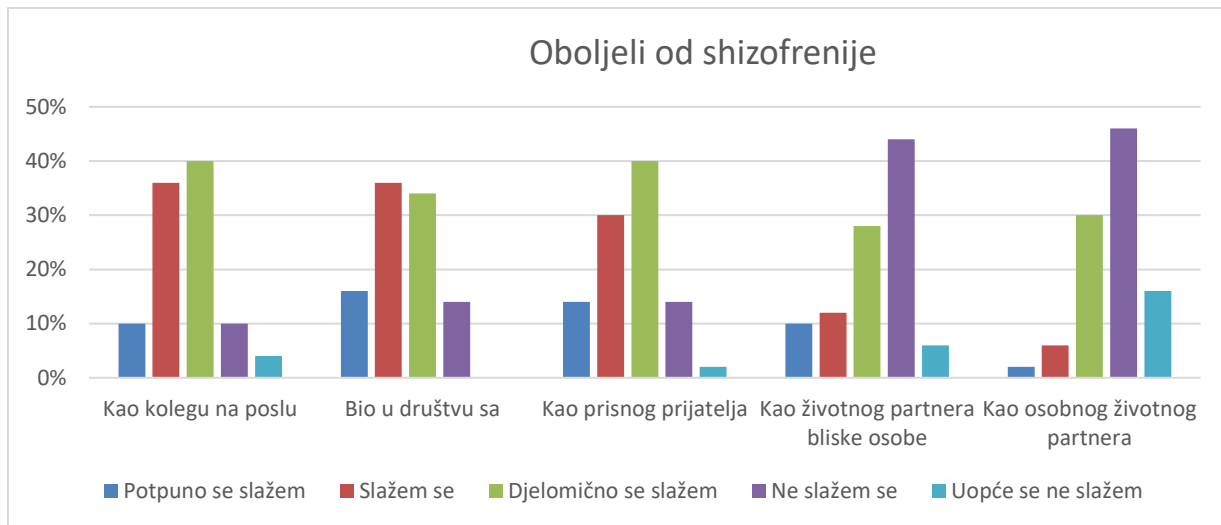


Slika 4. Prosječne vrijednosti na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance prema psihijatrijskim dijagnozama

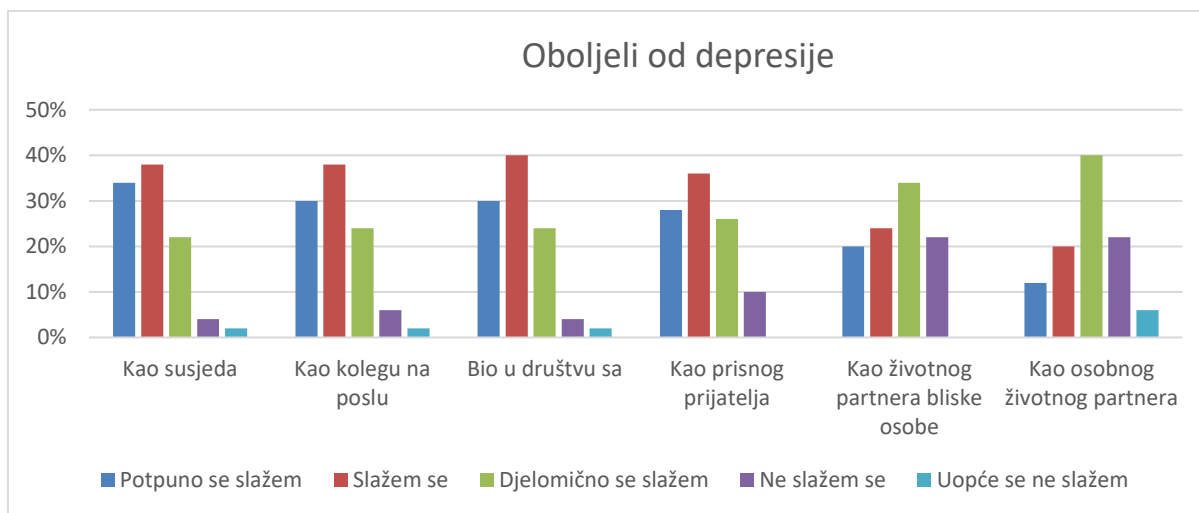


Slika 5. Prosječne vrijednosti na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance prema vrsti odnosa

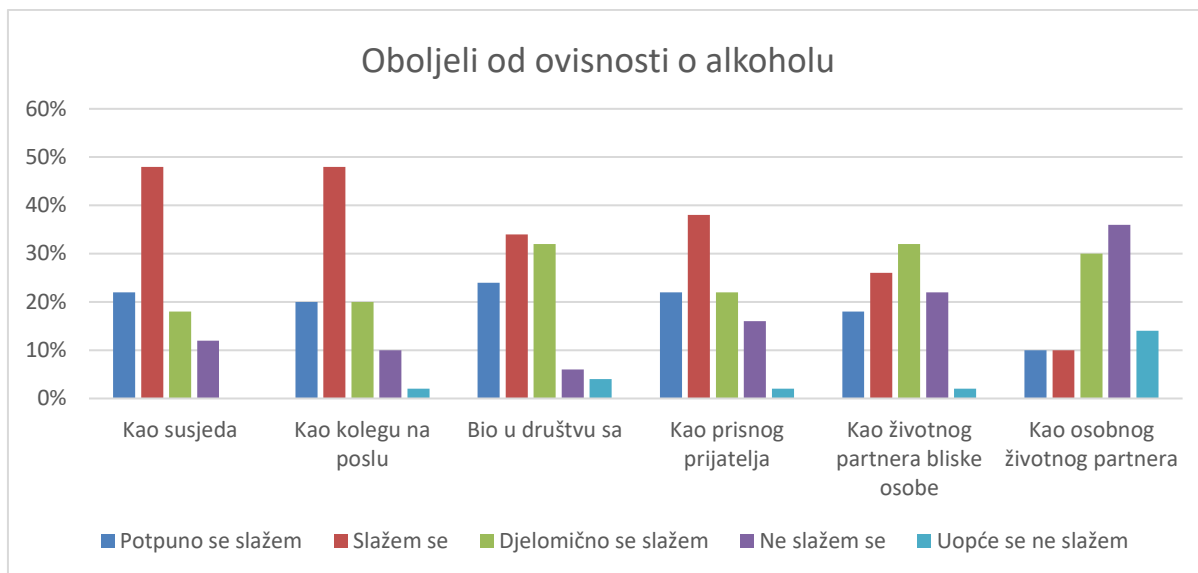
Na Slikama od 6. do 12. prikazane su učestalosti odgovora na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance za svaki od ispitivanih psihijatrijskih poremećaja. Općenito je vidljivo da ispitanice uglavnom prihvaćaju psihički oboljele osobe kao susjeda, kolegu na poslu, u društvu i kao prisnog prijatelja, a u manjoj mjeri kao partnera bliske osobe ili osobnog životnog partnera. Kao partnera bliske osobe ili osobnog životnog partnera u najmanjoj mjeri bi prihvatile oboljele od shizofrenije (62% odgovora „ne slažem se“ i „uopće se ne slažem“) i oboljelog od ovisnosti o drogama (70% odgovora „ne slažem se“ i „uopće se ne slažem“). Najveći stupanj prihvaćanja kroz sve ispitivane uloge je za oboljele od anksioznosti a najmanji kroz sve ispitivane uloge za oboljele od ovisnosti o drogama (Slika 6, Slika 7, Slika 8, Slika 9, Slika 10, Slika 11, Slika 12).



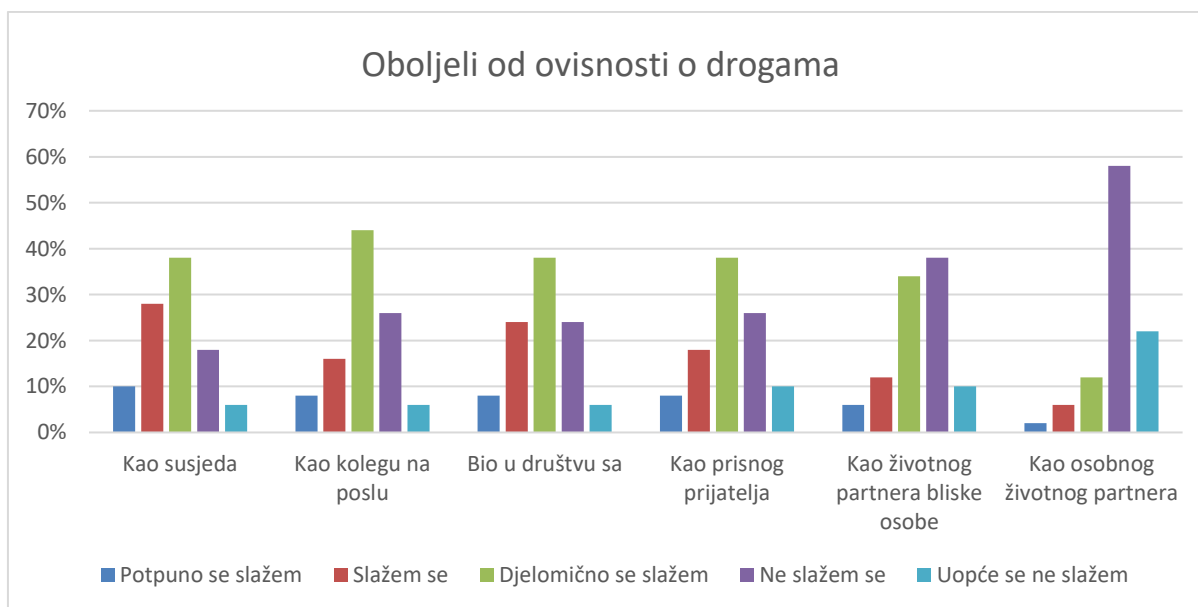
Slika 6. Učestalost odgovora u postocima na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance prema oboljelima od shizofrenije



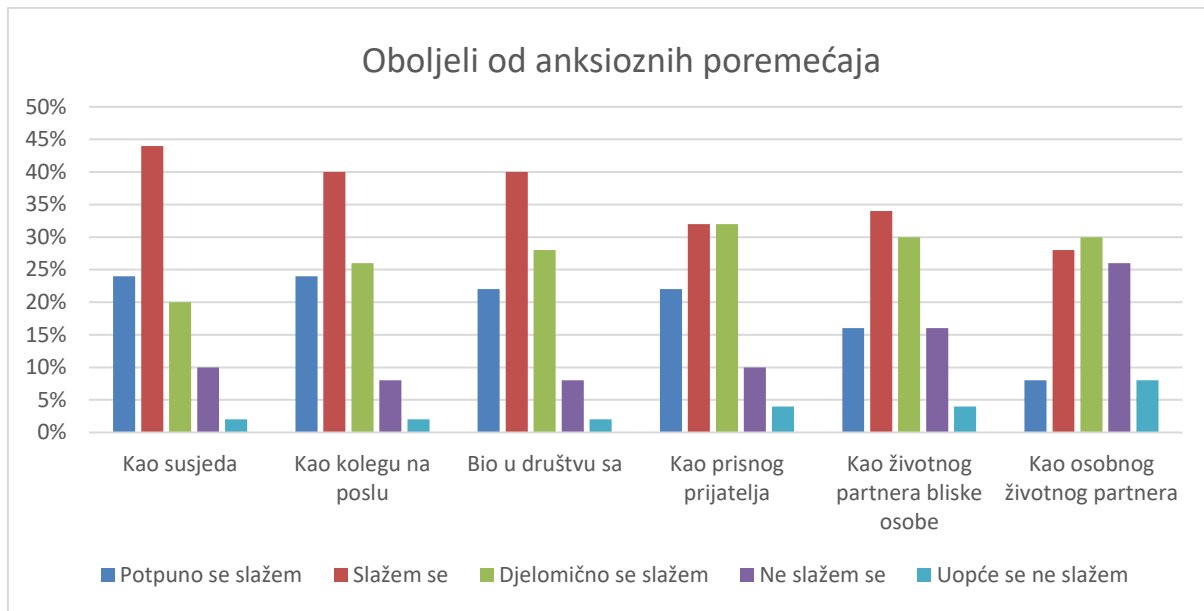
Slika 7. Učestalost odgovora u postocima na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance prema oboljelima od depresije



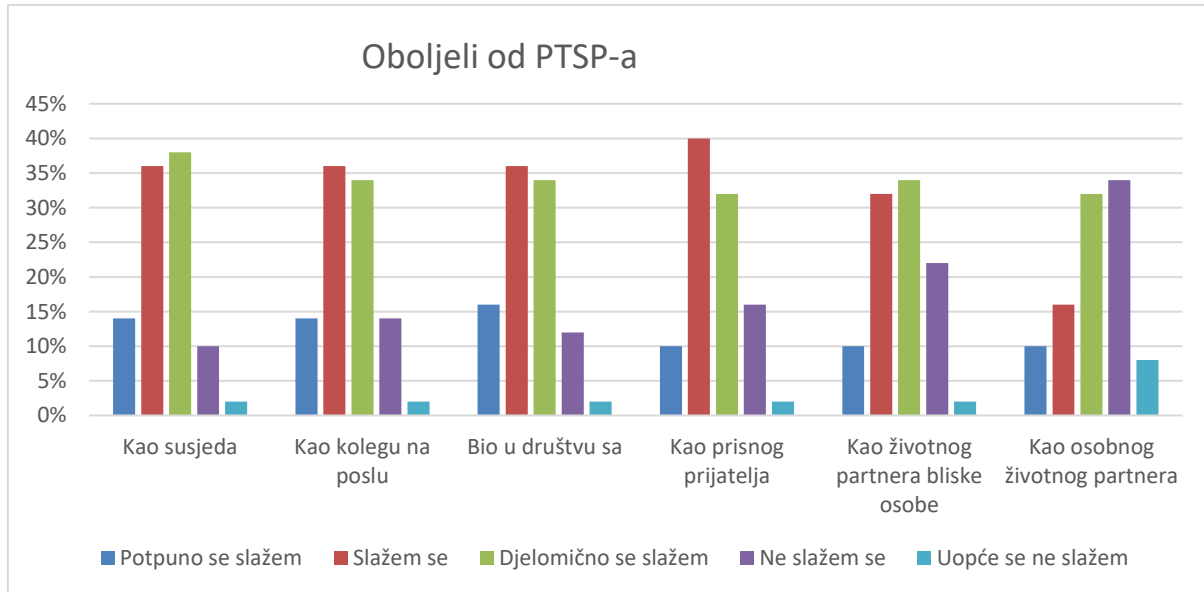
Slika 8. Učestalost odgovora na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance prema ovisnicima o alkoholu



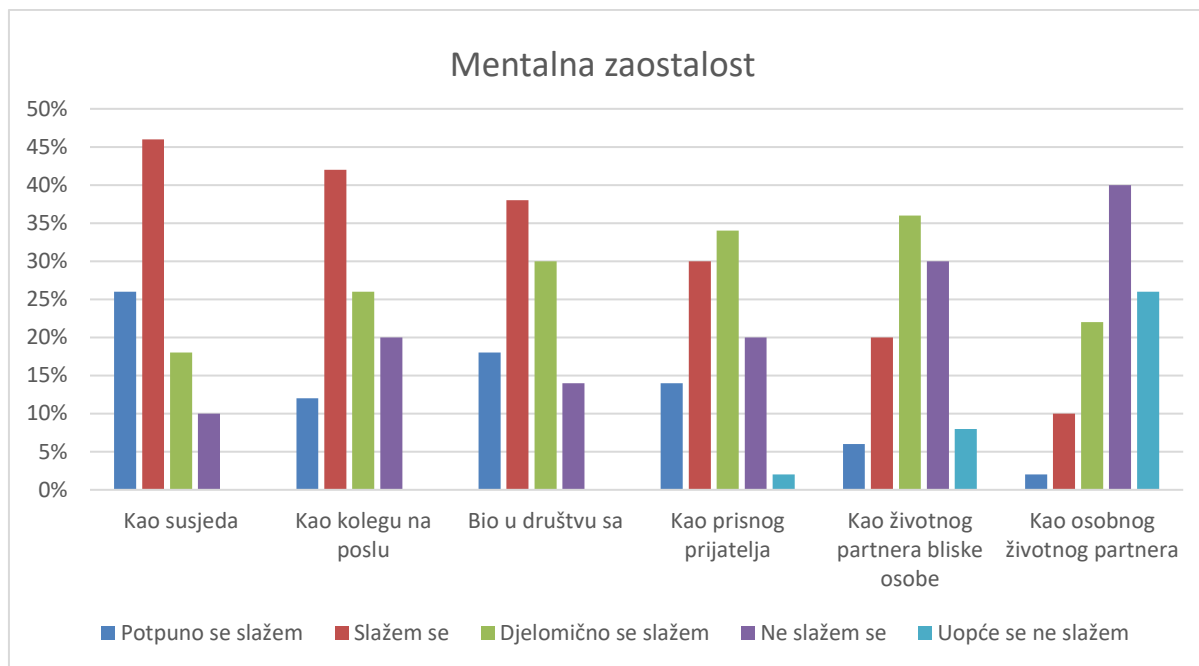
Slika 9. Učestalost odgovora na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance prema ovisnicima o drogama



Slika 10. Učestalost odgovora na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance prema oboljelima od anksioznih poremećaja



Slika 11. Učestalost odgovora na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance prema oboljelima od PTSP-a



Slika 12. Učestalost odgovora na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance prema mentalno zaostalim osobama

Ispitanice na Ljestvici stavova kliničara prema mentalnim bolestima (MICA-2) postižu prosječan ukupan rezultat od  $49,9 \pm 8,59$ , raspon ukupnog zbroja je od 25-64 boda, (mogući rezultati su u rasponu od 16 do 96 bodova) (Tablica 2).

Tablica 2. Postotak pojedinih odgovora na Ljestvici stavova kliničara prema mentalnim bolestima MICA 2

	POTPUNO SE SLAŽEM	SLAŽEM SE	DJELOMIČNO SE SLAŽEM	DJELOMIČNO SE NE SLAŽEM	NE SLAŽEM SE	U POTPUNOSTI SE NE SLAŽEM
Učim o psihičkom zdravlju samo onoliko koliko moram, ali se ne želim opterećivati dodatnim učenjem.	22	0	8	<b>56</b>	6	8
Osobe s težim psihičkim poremećajima se nikad ne mogu oporaviti toliko da imaju dobru kvalitetu života.	8	0	20	<b>62</b>	6	4
Po Vašem mišljenju Psihijatrija je jednako znanstveno utemeljena grana kao i druga polja medicine.	<b>40</b>	38	12	4	6	0
Da bolujem od psihičkog poremećaja, nikad to ne bih rekao prijateljima zbog straha da ne promijene odnos prema meni.	6	0	8	<b>78</b>	8	0
Oboljeli od psihijatrijskih poremećaja više jesu nego nisu opasni.	8	0	18	<b>70</b>	2	2
Psihijatri znaju više o životu psihički oboljelih pacijenata nego obitelji i prijatelji.	4	0	10	<b>62</b>	18	6
Da bolujem od psihičkog poremećaja, nikad to ne bih rekao kolegama, zbog straha da ne promijene odnos prema meni.	4	0	18	<b>66</b>	4	8
Biti stručnjak u području mentalnog zdravlja nije jednako kao biti "pravi" stručnjak u medicini.	26	0	8	<b>62</b>	2	2
Kad bi me psihijatar uputio da se trebam nekorektno odnositi prema psihičkom bolesniku, ne bih to poslušao.	<b>52</b>	32	0	2	12	2
Jednako mi je ugodno razgovarati s oboljelima od psihičkih bolesti kao s onima koji imaju somatski poremećaj.	18	<b>38</b>	26	6	12	0
Bitno je da svaki doktor koji brine o psihijatrijskim pacijentima vodi računa i o njihovom tjelesnom zdravlju.	<b>40</b>	<b>48</b>	10	2	0	0
Javnost ne treba biti zaštićena od osoba s teškim psihijatrijskim poremećajima.	6	22	<b>30</b>	14	24	4
Ako se osoba oboljela od psihijatrijskih poremećaja požali na somatske smetnje, npr. bol u prsištu, pripisat ću to psihičkoj bolesti.	26	0	6	<b>68</b>	0	0
Od liječnika obiteljske medicine ne treba očekivati cjelovitu procjenu osoba s psihijatrijskim simptomima, jer ih mogu uputiti psihijatru.	12	0	8	<b>48</b>	26	6
Koristio bih izraze "lud", "prolupao", "pošandrcio" da opišem drugim kolegama psihijatrijske pacijente koje sam susreo u svom radu.	<b>38</b>	0	8	<b>54</b>	0	0
Ako bi mi kolega rekao da ima psihijatrijski poremećaj, i dalje bih želio raditi s njim.	28	<b>36</b>	30	0	6	0

Na većini pitanja iz MICA 2 ispitane patronažne sestre zauzimaju umjeren stav. Većina sestara odgovara s „Djelomično se ne slažem“ na pitanjima koja se odnose na učenje o psihičkom zdravlju (56%), nemogućnosti oporavka od psihičke bolesti (62%), priznavanju osobne psihičke bolesti prijateljima od straha od negativne reakcije (78%), stupnju opasnosti koju predstavljaju psihijatrijski bolesnici drugima (70%), priznavanju osobne psihičke bolesti kolegama od straha od negativne reakcije (62%), mjesta stručnjaka za mentalno zdravlje u odnosu na druge medicinske stručnjake (60%), pripisivanje somatskih smetnji psihičkoj bolesti kod psihijatrijskih bolesnika (68%) i ulozi obiteljskog liječnika u procjeni psihijatrijskih bolesnika (68%) (Tablica 2.)

Većina ispitanih patronažnih sestara u potpunosti smatra da je Psihijatrija jednako znanstveno utemeljena grana kao i druga polja medicine (40% „u potpunosti se slažem“ i 38% „slažem se“). Također, većina sestara ne bi poslušala psihijatra koji je upućuje da se treba nekorektno odnositi prema psihičkom bolesniku (52% „u potpunosti se slažem“ i 32% „slažem se“).

Gotovo sve ispitanice se u potpunosti (40%) ili se slažu (48%) s tvrdnjom da je bitno da svaki doktor koji brine o psihijatrijskim pacijentima vodi računa i o njihovom tjelesnom zdravlju.

Na pitanje „Ako bi mi kolega rekao da ima psihijatrijski poremećaj, i dalje bih želio raditi s njim“ ispitanice odgovaraju s pozitivnim stavom te gotovo sve odgovaraju s u potpunosti se slažem (28%), slažem se (36%) ili djelomično se slažem (30%).

Jedino pitanje iz upitnika o stavovima patronažnih sestara gdje postoji podjela u odgovorima odnosi se na pitanje „Koristio bih izraze "lud", "prolupao", "pošandrcio" da opišem drugim kolegama psihijatrijske pacijente koje sam susreo u svom radu“. Naime 38% ispitanica se u potpunosti slaže da bi koristile navedene izraze dok se djelomično ne slaže njih 54%.

Ispitano je da li se ispitanice razlikuju preferiranoj socijalnoj distanci i u razini negativnih stavova s obzirom na njihovu stručnu spremu.

Mann-Whitney testom dobivene statistički značajne razlike u stavovima ( $U=134,5$ ,  $p=0,033$ ) i socijalne distance spram oboljelih od shizofrenije ( $U=132,5$ ,  $p=0,029$ ). Patronažne sestre koje su magistre sestrištva imaju manje negativne stavove ( $44,2\pm 10,98$  naspram  $51,2\pm 7,03$ ) i manje socijalne distance prema oboljelima od shizofrenije ( $14,7\pm 3,93$  naspram  $18\pm 3,95$ ) u odnosu na patronažne sestre prvostupnice.

Zbog malog uzorka, ispitanice su podijeljene u dvije veće skupine ovisno o njihovom bračnom statusu na one koje su u braku ili vezi ( $n=41$ ) i one koje nisu ( $n=9$ ). Rezultati Mann Whitney test pokazuju da nema statistički značajne razlike u stavovima i socijalnoj distanci na niti jednoj od ispitivanih mjera između patronažnih sestara.

Odnos mjesta stanovanja i ispitivanih negativnih stavova i socijalne distance ispitan je putem Kruskal Wallis testa. Usporedbom skupina sestara koje žive u gradu ( $n=24$ ), prigradu ( $n=13$ ) i na selu ( $n=13$ ) dobiveno je da se statistički značajno razlikuju u razini ukupnih negativnih stavova ( $\chi^2=10,322$ ,  $p=0,006$ ) i u odnosu na socijalnu distancu spram oboljelih od bolesti ovisnosti o drogama ( $\chi^2=6,889$ ,  $p=0,032$ ). Najnegativnije stavove spram psihički oboljelih osoba imaju patronažne sestre koje žive u prigradu ( $54,4\pm 7,81$ ) i sestre koje žive na selu ( $51,2\pm 5,93$ ). Najmanje negativne stavove imaju sestre koje žive u gradu ( $46\pm 8,89$ ). Najveći stupanj socijalne distance spram ovisnika imaju sestre s prebivalištem u prigradu ( $21,7\pm 3,88$ ), zatim u gradu ( $19,2\pm 5,11$ ), te na selu ( $16,9\pm 4,71$ ).

Patronažne sestre koje imaju iskustvo rada s psihijatrijskim bolesnicima imaju statistički značajno manje negativan stav prema njima ( $U=75,5$ ,  $p=0,002$ ;  $41,3\pm 10,05$  naspram  $51,6\pm 6,9$ ) te statistički značajno manju socijalnu distancu prema oboljelima od shizofrenije ( $U=87,5$ ,  $p=0,006$ ;  $13,8\pm 3,91$  naspram  $18\pm 3,81$ ).

Ispitana je povezanost između dobi, trajanja radnog staža u zdravstvu, trajanja radnog staža u patronaži i na psihijatrijskom odjelu ili ambulanti, sa svim ispitivanim mjerama. Pearsonovi koeficijenti korelacija prikazani su u Tablici 3.



Tablica 3. Povezanost dobi, trajanja radnog staža s negativnim stavovima i socijalnom distancom prema psihički oboljelim osobama

	DOB n=50	Ukupni radni staž n=50	Radni stažu patronaži n=50	Radni staž psihijatrija n=11
Ukupan rezultat MICA-2 (negativni stavovi)	0,18	0,23	<b>0,34*</b>	0,33
Rezultat na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance				
Ukupno	0,19	0,25	0,23	0,43
Shizofrenija	0,25	<b>0,30*</b>	<b>0,43**</b>	0,20
Depresija	0,12	0,17	0,19	0,24
Alkoholizam	0,11	0,17	0,21	0,48
Ovisnost o drogama	0,04	0,11	0,02	0,06
Anksioznost	0,20	0,26	0,13	0,12
PTSP	0,15	0,20	0,10	0,55
Mentalna zaostalost	0,16	0,18	0,26	0,19
Kao susjed	0,11	0,18	0,19	0,22
Kao kolega na poslu	0,09	0,14	0,22	0,35
Bila u istom društvu	0,10	0,16	0,17	0,48
Kao prisni prijatelj	0,19	0,25	0,24	-0,18
Kao životni partner bliske osobe	0,22	<b>0,27*</b>	0,26	-0,21
Kao osobni životni partner	0,26	<b>0,30*</b>	0,11	0,08

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Dob nije u statistički značajnoj korelaciji niti s jednom ispitivanom mjerom.

Ukupno trajanje radnog staža u zdravstvu pozitivno korelira sa socijalnom distancom u odnosu na dijagnozu shizofrenije ( $r=0,30$ ,  $p=0,036$ ) i u odnosu na prihvaćanje psihički oboljele osobe kao partnera bliske osobe ( $r=0,27$ ,  $p=0,05$ ) ili osobnog životnog partnera ( $r=0,30$ ,  $p=0,035$ ). Sestre s

duljim radnim stažem imaju i veću socijalnu distancu spram oboljelih od shizofrenije i spram partnera, osobnog ili od bliske osobe.

Radni staž u patronaži statistički značajno pozitivno korelira s ukupnom razinom negativnih stavova spram psihijatrijskih bolesnika ( $r=0,34$ ,  $p=0,16$ ) i socijalnom distancom spram oboljelih od shizofrenije ( $r=0,43$ ,  $p=0,002$ ). Što je duži staž u patronaži stavovi su negativniji i veća je socijalna distanca spram shizofrenih osoba. Trajanje radnog staža u psihijatrijskoj ambulanti ili odjelu nije statistički značajno povezana s niti jednom ispitivanom stigmatizacije psihički oboljelih osoba.

## RASPRAVA

Strah od psihički oboljelih osoba u korijenu je stigme koja opterećuje ne samo bolesnika, već i njegovu obitelj. Stigma je negativna obilježnost psihičkih oboljelih osoba i predstavlja veliki teret za oboljele od psihičkih bolesti. Osobe koje su stigmatizirane od socijalne sredine emocionalno pate, mijenjaju se njihovi stavovi, povlače se u sebe, zanemaruju svoje zdravstveno stanje. Upravo zbog stigme oboljele osobe izbjegavaju potražiti stručnu pomoć, time se stanje dodatno komplicira. Mnogi od njih vode nezdravi stil života, ne hrane se zdravo, puše. Često su niskih primanja ili bez prihoda. Sve navedeno doprinosi tome da kraće žive, u prosjeku čak 15-20 godina. Diskriminacija dovodi i do neodaziva na preventivne programe probira, ne dolaska na tretmane i dijagnostičke postupke. Dio oboljelih zbog siromaštva ne može sebi priuštiti odlaske na izlete, ljetovanja, zimovanja, ono što u jednoj socijalnoj sredini ostali članovi konzumiraju i smatraju to pripadajućim dijelom svojih života. Stigmom često podržavaju i mediji objavljujući vijesti povezane s psihički oboljelim počiniteljima kaznenih djela. Bolja suradnja stručnjaka za mentalno zdravlje i medija pomogla bi smanjenju stigme, kao i češće izvještavanje o sposobnostima, talentima i uspjesima psihički oboljelih osoba. Obitelj može stigmatizirati oboljelog člana, no isto tako može i cijela obitelj biti stigmatizirana jer je obitelj psihički oboljele osobe. „Europski plan akcija za mentalno zdravlje“ je jedan od programa koji se provode u borbi protiv stigme. Plan se temelji na „Deklaraciji o mentalnom zdravlju za Europu“ i naglašava važnost mentalnog zdravlja za cjelokupno zdravlje, proučava pojavu i raširenost stigme. Stigma negativno djeluje na traženje psihološke i psihijatrijske pomoći, i na integraciju oboljelih u društvo. U mnogim državama pokreću se dugotrajniji programi antistigme jer kratkotrajne kampanje nisu pokazale značajnije rezultate. Također je utvrđeno da su programi najučinkovitiji onda kada su kreirani posebno za neku skupinu osoba, na primjer za zdravstvene djelatnike (34).

Od zdravstvenih djelatnika se očekuje da budu svjesni negativnih učinaka stigme te da sami ne stigmatiziraju psihički oboljele osobe. Usprkos tome, istraživanja pokazuju da i u zdravstvenih radnika postoji stigma i negativni stavovi prema psihički oboljelim osobama. Patronažna sestra pruža zdravstvenu skrb izvan institucije, što je specifično jer posjećuje svoje pacijente u njihovim domovima. Isto tako posjećuje i psihijatrijske pacijente u njihovom domu, što može predstavljati i potencijalno opasnu situaciju. Istovremeno, ulaskom u dom pacijenta ona ima jedinstven uvid u stvarno funkcioniranje oboljelog, ima priliku za brže stvaranje povjerenja i suradnje. Poznato je da upravo iskustvo najbolje mijenja predrasude i stavove a iskustvo patronažnih sestara je

specifično. Do sada nisu objavljena istraživanja koja bi govorila o postojanju takvih negativnih stavova u patronažnih sestara. Ovim istraživanjem se pokušalo otkriti postoje li negativni stavovi i stigmatiziranje i u patronažnih sestara.

U ovom istraživanju sudjelovalo je ukupno 50 patronažnih sestara Doma zdravlja Primorsko goranske županije. Ispitanice su u prosjeku imale 48,7 godina, a prosječno trajanje radnog staža sestara u patronaži je 9,5 godina. Samo deset medicinskih sestara (20%) je tijekom svog radnog staža radilo na psihijatrijskom odjelu ili u psihijatrijskoj ambulanti. Većina patronažnih sestara su prvostupnice sestrinstva (76%), a manji dio su magistre sestrinstva (24%). Većina patronažnih sestara je u braku (78%), sve ispitanice imaju djecu. Gotovo pola patronažnih sestara živi na gradskom području (48%), 26% živi u prigradu, 26% na selu.

Ukupan prosječan zbroj bodova na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance je nešto ispod srednje vrijednosti ukupnog zbroja bodova. U našem istraživanju, kod većine tvrdnji u Ljestvici stavova kliničara prema mentalnim bolestima MICA-2, ispitanice su također imale umjeren stav. Postižu prosječan ukupan rezultat od 49,9 bodova. Ljestvica pruža raspon od 16 do 96 bodova (80 bodova razlike) a prosječni rezultat nešto je niži od aritmetičke sredine između dva krajnja rezultata, što upućuje na umjerenost stavova. Cilj ovog istraživanja je bila analiza stavova patronažnih sestara prema psihički oboljelim osobama. Prema ukupnim rezultatima dobivenim na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance i Ljestvici stavova kliničara prema mentalnim bolestima MICA-2, patronažne sestre imaju umjerene stavove i socijalnu distancu prema psihički oboljelim osobama, što je očekivan rezultat.

Postavljena je hipoteza da će patronažne sestre starije životne dobi i one s duljim radnim stažem imati negativnije stavove prema psihički oboljelim osobama, temeljem istraživanja provedenih u našoj državi (28). Prvi dio hipoteze nije potvrđen. U ovom istraživanju dobili smo da dob patronažnih sestara nije u statistički značajnoj korelaciji niti s jednom ispitivanom mjerom. U literaturi se navode i drugačiji rezultati. U Karlovcu (2015.) na uzorku izvanrednih studenata sestrinstva nađeno je da u stariji ispitanici imaju negativnije stavove prema psihijatrijskim bolesnicima od mlađih (28). I druga istraživanja stigme (Halter 2004) ukazuju da je stigma manje izražena u mlađih osoba (35).

Unatoč gore navedenom rezultatu, patronažne sestre s duljim radnim stažem imaju veću socijalnu distancu spram oboljelih od shizofrenije i spram oboljelog partnera, osobnog ili od bliske osobe. Isto tako, što je duži staž u patronaži stavovi su negativniji i veća je socijalna distanca spram shizofrenih osoba. Ovo je suprotno nalazu istraživanja iz Finske u kojem su pozitivnije stavove imale medicinske sestre (zaposlene u primarnoj zdravstvenoj zaštiti) s više radnog staža (26). Slično tome, medicinske sestre s psihijatrijskih odjela u Taiwanu s više radnog staža, bile su više empatične prema psihijatrijskim bolesnicima (25).

Temeljem nalaza iz literature, pretpostavila sam da će patronažne sestre s iskustvom rada s psihički oboljelim osobama, imati manje negativne stavove. Ova hipoteza je potvrđena. Rezultati ovog istraživanja očekivano pokazuju da patronažne sestre koje imaju iskustvo rada s psihijatrijskim bolesnicima imaju statistički značajno manje negativan stav prema njima i statistički značajno manju socijalnu distancu prema oboljelima od shizofrenije. U velikom istraživanju pet Europskih država ispitivana je stigma kod medicinskih sestara koje rade s psihički oboljelim osobama, ti rezultati su također pokazali da su njihovi stavovi uglavnom pozitivni (24). Istraživanje medicinskih sestara u Švedskoj također pokazuje da stav prema mentalno oboljelim osobama ovisi i o tome gdje sestre rade (27). Istraživanje stavova medicinskih sestara zaposlenih na psihijatrijskom odjelu provedeno u Taiwanu pokazuje da su sestre s više iskustva u radu s psihički oboljelim osobama bile više empatične (25). Brazilsko istraživanje (2013.) pokazuje da su negativni stavovi povezani s manje kliničkog iskustva u radu s psihički oboljelim osobama (20). Može se zaključiti da su rezultati mog istraživanja očekivani. Samo trajanje radnog staža u psihijatrijskoj ambulanti ili odjelu nije statistički značajno povezano s niti jednom ispitivanom stigmatizacije psihički oboljelih osoba.

Jedan od ciljeva ovog istraživanja bio je ispitati postoji li povezanost stručne spreme i negativnih stavova i veće socijalne distance prema psihički oboljelim osobama. Potvrđena je hipoteza da će patronažne sestre više stručne spreme imati pozitivnije stavove. Dobivene su statistički značajne razlike u stavovima i razini socijalne distance spram oboljelih od shizofrenije. Patronažne sestre koje su magistre sestrinstva imaju manje negativne stavove i manje socijalne distance prema oboljelima od shizofrenije u odnosu na patronažne sestre prvostupnice. Ovo je očekivani nalaz jer su i ranija istraživanja utvrdila pozitivan utjecaj edukacije na stigmatizirajuće stavove i ponašanje. Tako je istraživanje 256 medicinskih sestara u Švedskoj pokazalo da je stav prema mentalno

oboljelim osobama pozitivniji u onih koji su više educirani (27). Istraživanje u Brazilu (2013.) na uzorku od 246 zdravstvenih radnika također je pokazalo da su negativni stavovi prema psihijatrijskim bolesnicima povezani s nižim obrazovanjem zdravstvenih djelatnika (20). U Singapuru (2017.) je provedeno istraživanje među zdravstvenim profesionalcima i općom populacijom. Zdravstveni profesionalci su imali pozitivniji stav prema mentalno oboljelima, ispitanici imali negativniji stav ako su bili nižeg obrazovanja (19).

Usporedba ispitanih patronažnih sestara koje žive u gradu, prigradu i na selu pokazuje da postoje statistički značajne razlike u stavovima (ukupna broj bodova MICA-2) i u odnosu na socijalnu distancu spram ovisnika o drogama. Najnegativnije stavove spram psihički oboljelih osoba imaju patronažne sestre koje žive u prigradu ( $54,4 \pm 7,81$ ) i sestre koje žive na selu ( $51,2 \pm 5,93$ ). Najmanje negativne stavove imaju sestre koje žive u gradu ( $46 \pm 8,89$ ). Najveći stupanj socijalne distance spram ovisnika imaju sestre s prebivalištem u prigradu ( $21,7 \pm 3,88$ ), zatim u gradu ( $19,2 \pm 5,11$ ), te na selu ( $16,9 \pm 4,71$ ). Ovo je očekivan rezultat. I druga istraživanja ukazuju na utjecaj prebivališta na stigmatizirajuće stavove. Istraživanje u Kini (2018.) na uzorku zdravstvenih radnika koji rade u ruralnim zajednicama pokazalo je negativan stav ispitanika prema psihički oboljelim osobama (21). Istraživanja ruralne opće populacije u indijskoj državi Kolaru također ukazuje na izrazite negativne stavove prema psihijatrijskim pacijentima i poremećajima (14).

Pretpostavila sam da će život u bračnoj zajednici biti povezan s negativnijim stavovima prema psihički oboljelim osobama. Ta hipoteza nije potvrđena. U ovom istraživanju zbog malog uzorka ispitanice su podijeljene u dvije veće skupine ovisno o njihovom bračnom statusu na one koje su u braku ili vezi i one koje nisu. Nije pronađena statistički značajna razlika niti na jednoj od ispitivanih mjera između patronažnih sestara. U literaturi nalazimo i drugačije rezultate. Već spomenuto istraživanje u Singapuru (2017.) pokazalo je da ispitanici imaju negativnije stavove ako su u bračnoj zajednici (19).

Pretpostavka da će patronažne sestre imati različito izražen negativan stav prema oboljelima ovisno o dijagnozi, također je potvrđena. Analizom rezultata na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance u odnosu na pojedinu psihijatrijsku dijagnozu vidljivo je da patronažne sestre najveću socijalnu distancu imaju spram ovisnika o drogama, zatim prema oboljelima od shizofrenije. Općenito je vidljivo da ispitanice uglavnom prihvaćaju psihički oboljele osobe kao susjeda, kolegu na poslu, u društvu i kao prisnog prijatelja, a u manjoj mjeri kao partnera bliske osobe ili osobnog životnog partnera, što je očekivan rezultat. Kao partnera bliske osobe ili osobnog životnog partnera u najmanjoj mjeri bi prihvatile oboljele od shizofrenije i ovisnike o drogama. Najveći stupanj prihvaćanja je prema oboljelima od anksioznosti a najmanji kroz sve ispitivane uloge za oboljele od ovisnosti o drogama. Slični nalazi dobiveni su i istraživanjem stavova 180 medicinskih sestara u Taiwanu zaposlenih na psihijatrijskom odjelu provedeno je u Taiwanu. Negativni stavovi su dobiveni prema osobama koje imaju ovisnost o drogama, a manje negativan stav prema osobama oboljele od shizofrenije ili depresije (25). S obzirom na kulturne utjecaje na stavove i stigmatu, posebno je važna usporedba s ispitanicima iz naše države. U Karlovcu (2015.) je provedeno istraživanje među izvanrednim studentima sestinstva i stigma je bila jače izražena prema shizofreniji nego prema depresiji i PTSP-u, nije ispitivan stav prema ovisnicima (28).

## ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja je bila analiza stavova patronažnih sestara prema psihički oboljelim osobama. Prema ukupnim rezultatima dobivenim na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance i Ljestvici stavova kliničara prema mentalnim bolestima MICA-2, patronažne sestre imaju umjerene stavove i socijalnu distancu prema psihički oboljelim osobama.

Pretpostavka je bila da će patronažne sestre starije životne dobi i one s duljim radnim stažem imati negativnije stavove i veću socijalnu distancu. Dob ispitanih patronažnih sestara nije u značajnoj korelaciji niti s jednom ispitivanom mjerom. Drugi dio hipoteze je potvrđen, sestre s duljim radnim stažem imaju veću socijalnu distancu spram oboljelih od shizofrenije. Također, duži staž u patronaži podrazumijeva negativnije stavove i veću socijalnu distancu od oboljelih od shizofrenije.

Rezultati ovog istraživanja očekivano pokazuju da patronažne sestre koje imaju iskustvo rada s psihijatrijskim bolesnicima imaju statistički značajno manje negativan stav prema njima i manju socijalnu distancu prema oboljelima od shizofrenije.

Potvrđena je hipoteza da će patronažne sestre više stručne spreme imati pozitivnije stavove. Patronažne sestre koje su magistre sestrinstva imaju manje negativne stavove i manje socijalne distance prema oboljelima od shizofrenije u odnosu na patronažne sestre prvostupnice.

Najnegativnije stavove spram psihički oboljelih osoba imaju patronažne sestre koje žive u prigradu i koje žive na selu a najmanje negativne stavove one koje žive u gradu, što je očekivan rezultat. Pretpostavila sam da će život u bračnoj zajednici biti povezan s negativnijim stavovima prema psihički oboljelim osobama. Međutim, nije pronađena niti jedna razlika u ispitivanim mjerama između patronažnih sestara.

Pretpostavka da će patronažne sestre imati različito izražen negativan stav prema oboljelima ovisno o dijagnozi je potvrđena. Patronažne sestre najveću socijalnu distancu imaju spram ovisnika o drogama, zatim prema oboljelima od shizofrenije. Najveći stupanj prihvaćanja je prema oboljelima od anksioznosti a najmanji kroz sve ispitivane uloge za ovisnike o drogama.



## SAŽETAK

Patronažna služba je dio primarne zdravstvene zaštite specifična po tome što se skrb pruža izvan institucije u domu korisnika, stoga je stav patronažne sestre prema psihički oboljelim osobama jako važan. Stav je sklonost pojedinca pozitivnoj ili negativnoj reakciji na neku pojavu, negativni stavovi povezani su s kompleksnim fenomenom stigmatizacije. Stigma psihijatrijskih bolesnika negativno djeluje na liječenje. Od zdravstvenih djelatnika se očekuje da ne stigmatiziraju psihički oboljele osobe. Do sada nisu objavljena istraživanja koja bi govorila o postojanju negativnih stavova u patronažnih sestara. Cilj ovog istraživanja je bio ustanoviti postoje li negativni stavovi patronažnih sestara prema psihički oboljelim osobama.

Istraživanje je provedeno u Domu zdravlja Primorsko goranske županije u svibnju 2020. Od 66 patronažnih sestara upitnike je ispunilo njih 50. Prema ukupnim rezultatima dobivenim na Bogardusovoj ljestvici socijalne distance i Ljestvici stavova kliničara prema mentalnim bolestima MICA-2, patronažne sestre imaju umjerene stavove i socijalnu distancu.

Sestre s duljim radnim stažem navode veću socijalnu distancu spram oboljelih od shizofrenije. Duži staž u patronaži podrazumijeva negativnije stavove i veću socijalnu distancu od oboljelih od shizofrenije. Iskustvo rada s psihijatrijskim bolesnicima povezano je s pozitivnijim stavovima i manjom preferiranom socijalnom distancom. Magistre sestinstva imaju pozitivnije stavove od prvostupnica. Patronažne sestre koje žive u prigradu i na selu imaju negativnije stavove. Patronažne sestre imaju najveću socijalnu distancu spram ovisnika o drogama, zatim prema oboljelima od shizofrenije. Najveći stupanj prihvaćanja je prema oboljelima od anksioznosti a najmanji prema ovisnicima o drogama.

Može se zaključiti da je većina rezultata očekivana u skladu s iščitanom literaturom. Rezultati istraživanja upućuju na važnost iskustva rada s psihički oboljelim osobama i edukacije u borbi protiv stigme.

**Ključne riječi:** patronažna sestra, psihički bolesnik, psihijatrija, sestinstvo, socijalna distanca, stigma

## **ABSTRACT**

Health visitor service is a part of primary health protection system specific by the fact that the care to the patients is given at their homes, outside medical institutions. Hence the attitude of the health visitor is very important. An attitude is a tendency of a person to react positively or negatively to an event. The negative reactions are connected to a complex phenomenon of stigmatization. The stigmatization of psychiatric patients has a negative effect to the treatment of a patient. The health workers are expected not to stigmatize the mentally ill patients. Till present day, there is no published research on the negative attitudes of the health visitors towards the mentally ill patients.

This research has been conducted in the Primorsko-goranska county Health centre in May of 2020. From the 66 health visitors employed by the Health centre the questionnaire has been completed by 50 of them. According to the research results, which were ran against Bogardus scale of social distancing and MICA-2 (mental illness: clinicians' attitudes scale), the health visitors have moderate attitudes and social distancing.

The nurses with long career have been recognized as those with a larger social distance to the schizophrenic patients. A long career in the health visitor shows more negative attitudes and increased social distancing to the schizophrenic patients. The experience in working with mentally ill patients is connected to the positive attitudes and reduced social distancing. The nurses with MsC have shown more positive attitudes than the nurses with Bachelor degree. The health visitors coming from suburbs or country side have shown negative attitudes. Health visitors have largest social distance towards drug addicts then towards schizophrenic patients. The largest acceptance level is to the anxiety patients and lowest towards the drug addicts.

It can be concluded that the majority of the results is in line with the consulted literature. The research results are showing the need for the nurses to increase experience with treatment of the mentally ill patients and education to fight the stigmatization.

**Key words:** health visitors, mentally ill patient, social distance, stigmatization.

## LITERATURA

1. Mojsović Z i sur. Sestrinstvo u zajednici, prvi dio, Visoka zdravstvena škola, Zagreb 2004.
2. Ban I, Car-Čuljak I, Domitrović D L, Sviben B , Tikvić M , Županić M. Smjernice za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013.
3. Moro Lj, Frančišković T i suradnici. (2011). Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada
4. Mojsović Z. (2006). Sestrinstvo u zajednici - drugi dio. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
5. Štrkalj Ivezić S, Folnegović Šmalc V, Mimica N. Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja. *Medix*. 2007, 7: 56-58
6. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska komora medicinskih sestara. 2011. Pristupljeno 4. 7. 2020., dostupno:  
[http://www.hkms.hr/data/1316431501\\_827\\_mala\\_sestrinske\\_dijagnoze\\_kopletno.pdf](http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf)
7. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Registar za psihoze. 2016.god., <http://www.hzjz.hr> > služba epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti (pristupljeno 1. 6. 2020.)
8. Hrvatsko strukovno nazivlje. Stigma, [http://www.struna.ihjj.hr /naziv/stigma/26521/](http://www.struna.ihjj.hr/naziv/stigma/26521/), (pristupljeno 17. 6. 2020.)
9. Poslon I. Stigmatizacija. Zagrebačko psihološko društvo. 2019.
10. Jovanović D B, Lačković M, Pavlović Z. Abeceda stigme. *Engrami*. 2007. (29)1-2
11. Hill T, Lewicki P, Czyzewska M, Boss A. Self-Perpetuating Development of Encoding Biases in Person Perception. *Journal of Personality and Social Psychology*.(1989) 57 (3); 373-387.
12. Jokić-Begić N, Kamenov Ž, Korajlija L. Kvalitativno i kvantitativno ispitivanje sadržaja stigme prema psihičkim bolesnicima. *Socijalna psihijatrija*.(2005) 33 (1); 10-19.
13. Štrkalj-Ivezić S, Martić-Biočina S. Reakcija na psihičku bolest člana obitelji. *Medicina flumensis*.2010;(46)318-324
14. Sneha C R, Reddy M M, Nongemeikapam, Narayana J S. Awarnes and attitude toward mental illness among a rural population in Kolar. *Indian Social Psychiatry*.2019;(35)69-74
15. Horvat K, Štrkalj-Ivezić S. Povezanost osobne stigme i socijalne samoeфикаsnosti osoba s dijagnozom shizofrenije. *Soc.psihijat*.2015;(43)121-128

16. Sartorius N. The most powerful way of reducing stigma in mental health is social contact. White Swan Foundation. 2015. Dostupno na: <http://www.whiteswanfoundation.org>. Pristupljeno 17. 6. 2020.
17. Koetsier H. Naglašavanje da smo svi ljudska bića je esencijalno. *Medix*. 2017. (126)
18. Corrigan P W, Watson A C. Understening the impact stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1(1)16-20
19. Yuan Qi, Picco I, Chang Sch, Abdin E, Chua B Y, Ong S. Attitudes to mental illness among mental health professionala in Sigapore. *PloS One*. 2017.12(11)
20. Siqera 1 S R G, Abelha L, Lovisi 2 G M, Srucao 2 K R, Yang 3 L. Attitudes Towari the Mentaly III: A study With Health Workers at a University Hospital in Rio De janeiro. *Psychiatr Q*. 2017.88(1);25-38.
21. Ma Z, Huang H, Nie G, Silenzio V M B, Wei B. Attitude towards Mental Illness among Primary Healthcare Providers: A comunity-Based Study in Rural China. *BioMed*.(2018)
22. Vistorte A O R, Riberio W S, Jaen D, Jorge M R, Lacko S E, Mari J J. Stigamtizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2018.53(4):317-338
23. Kukić Ž. Stavovi medicinskih sestara primarne zdravstvene zaštite prema stigmatizaciji duševnih bolesnika. *Medicnski fakultet Rijeka*. 2014.
24. Chambers M, Guise V, Valimaki M, Botelho M A R, Scott A. Nurses attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five Europien countries, *International Journal of Nursimg Studies*. 2010(47) 350-362. <http://www.sciencedirect.com> > science > article > pii., (pristupljeno 15.06.2020.)
25. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Factor influencing mental health nurses attiudes towards people with mental illness. *Pubmed*. 2015.24(3):272-80 Dostupno na; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (pristupljeno 14.06.2020.)
26. Ihalainen-Tamlander N, Vahaniemi A, Loyttyniemi E, Suominen T, Valimaki M. Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness. A cros- sectional study in priary settings in Finland. *Journal of Psychiatric and Menatl health Nursing*. 2016.23 (6-7);427-37 (pristupljeno 21.06.2020.)

27. Martensson G, Jacobsson J W, Engstrom M. Mental health nursing staffs attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *Journals of Psychiatric and mental Health Nursing*. 2014. 21. 782-788 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (pristupljeno 16.06.2020.)
28. Rožman J, Arbanas G. Stigmatiziraju li studenti i studentice sestriinstva oboljele od posttraumatskog stresnog poremećaja? *JAHS*. 2015. 1. (1); 43-50 <http://www.hrcak.srce>. (pristupljeno 14.06.2020.)
29. Peer J R, Warnecke A J, Baum C A, Goreczny A J. Stigmatization of people with Shizofrenia. *International Journal of Mental Health*. 2015. 44(3):186-199
30. Zagorščak K, Buhin Cvek A, Sajko M, Božičević M. Stavovi i predrasude studenata Studija sestriinstva prema psihički oboljelim osobama. *Soc. psihijat*. 2017. 45. (3):209-216
31. Kassam A, Glozier N, Leese M, Henderson C, Thornicroft G. Development and responsiveness of a scale to measure clinicians attitudes to people with mental illness (medical student version). *Acta psychiatrica Scandinavia*. (2010). 122(2); 153-61
32. Gabbidon J, Clement S, Nieuwenhuizen AV, Kassam A, Brohan E, Norman I, Thornicroft G. Mental illness: clinicians' attitudes (MICA) scale. Psychometric properties of a version for students and professionals in any healthcare discipline. *Psychiatry Research*. (2013). 206; 81-7
33. Bogardus E S. Social Distance in the City. *Proceedings and Publications of the American Sociological Society*. (1926). 20; 40–46.
34. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Stigma mentalnog poremećaja kao uzrok nejednakosti-utjecaj na zdravlje, [http://www.zdravljezasve.hr/html/zdravlje12\\_mentalno-zdravlje-a.html](http://www.zdravljezasve.hr/html/zdravlje12_mentalno-zdravlje-a.html), (pristupljeno 16.06.2020.)
35. Halter M J. Stigma and help seeking related to depression: a study of nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing*. (2004); 42:42-51.

## PRILOZI

### LJESTVICA STAVOVA KLINIČARA PREMA MENTALNIM BOLESTIMA (MICA-2)

	POTPUNO SE SLAŽEM	SLAŽEM SE	DJELOMIČNO SE SLAŽEM	DJELOMIČNO SE NE SLAŽEM	NE SLAŽEM SE	UOPĆE SE NE SLAŽEM
Jednako mi je ugodno razgovarati sa oboljelima od psihičkih bolesti kao sa onima koji imaju somatski poremećaj						
Bitno je da svaki doktor koji brine o psihijatriskim pacijentima vodi računa i o njihovom tjelesnom zdravlju						
Javnost ne treba biti zaštićena od osoba sa teškim psihijatriskim poremećajima						
Ako se osoba oboljela od psih. poremećaja požali na somatske smetnje, npr. bol u prsištu, pripisati ću to psihičkoj bolesti						
Od liječnika obiteljske medicine ne treba očekivati cijelovitu procjenu osoba sa psihijatrjskim simptomima, jer ih mogu uputiti psihijatru						
Koristio bih izraze "lud", "prolupao", "pošandrcao" da opišem drugim kolegama psihijatrijske pacijente koje sam susreo u svom radu						
Ako bi mi kolega rekao da ima psihijatrijski poremećaj, i dalje bih želio raditi sa njime						

	POTPUNO SE SLAŽEM	SLAŽEM SE	DJELOMIČNO SE SLAŽEM	DJELOMIČNO SE NE SLAŽEM	NE SLAŽEM SE	UOPĆE SE NE SLAŽEM
Učim o psihičkom zdravlju samo onoliko koliko moram, ali se ne želim opterećivati dodatnim učenjem						
Osobe s težim psihičkim poremećajima se nikad ne mogu oporaviti toliko da imaju dobru kvalitetu života						
Po vašem mišljenju psihijatrija je jednako znanstveno utemeljena grana kao i druga polja medicine						
Da bolujem od psihičkog poremećaja, nikad to ne bi rekao prijateljima zbog straha da ne promijene odnos prema meni						
Oboljeli od psihijatrijskih poremećaja više jesu nego nisu opasni						
Psihijatri znaju više o životu psihički oboljelih pacijenata, nego obitelji i prijatelji						
Da bolujem od psihičkog poremećaja, nikad to ne bi rekao kolegama, zbog straha da ne promijene odnos prema meni						
Biti stručnjaku području mentalnog zdravlja nije jednako kao biti "pravi" stručnjak u medicini						
Kad bi me psihijatar uputio da se trebam nekorektno odnositi prema psih. bolesniku ne bih to poslušao						

## BOGARDUSOVA LJESTVICA SOCIJALNE DISTANCE

	1 potpuno se slažem s tim	2 slažem se s tim	3 djelomično se slažem sa tim	4 Ne slažem se sa tim	5 Uopće se ne slažem sa tim	
Pripadnik skupine	Kao susjeda	Kao kolega na poslu	Bila bih u istom društvu	Kao svog prisnog prijatelja	Kao životnog partnera meni nekog bliskog	Kao svog životnog partnera
Oboljeli od shizofrenije	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Oboljeli od depresije	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Liječeni alkoholičar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Liječeni narkoman	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Oboljeli od anksioznosti/tj eskobe	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Oboljeli od PTSP-a	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mentalno zaostale osobe	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5



## **SOCIO-DEMOGRAFSKI UPITNIK**

Molimo Vas da odgovorite na ova pitanja o Vama:

- 1) Spol:            M            Ž
  
- 2) Godina rođenja: \_\_\_\_\_
  
- 3) Broj godina radnoga staža u zdravstvu: \_\_\_\_\_
  
- 4) Broj godina radnog staža u patronažnoj djelatnosti: \_\_\_\_\_
  
- 5) Jeste li radili na psihijatrijskom odjelu ili psihijatrijskoj ambulanti:      DA      NE
  
- 6) Ako ste radili na psihijatrijskom odjelu ili psihijatrijskoj ambulanti, koliko godina: \_\_\_\_\_
  
- 7) Stručna sprema:    a) VŠS, prvostupnik sestrinstva  
                              b) VSS, diplomirana sestra, magistra sestrinstva
  
- 8) Mjesto stanovanja: a) grad  
                              b) prigrad  
                              c) selo
  
- 9)Dijete:            DA            NE
  
- 10)Bračni status:    a) u braku  
                              b) u vezi  
                              c) neoženjen/a  
                              d) razveden/a  
                              e) udovac/ica

## ŽIVOTOPIS

Rođena sam 19.lipnja 1966.god., u Vinkovcima. Osnovnu školu i prve tri godine srednje škole završila sam u Vinkovcima, a četvrti razred srednje škole i maturu, završila sam 1985.god. u Rijeci i stekla zvanje medicinski tehničar općeg usmjerenja.

Radila sam u privatnoj stomatološkoj ordinaciji od 2004. - 2013. god. Nakon toga sam radila u stomatološkoj ordinaciji u sklopu Doma zdravlja Primorsko goranske županije. Po završetku prediplomskog izvanrednog studija sestrinstva (2014.-2017.god.), na Fakultetu za zdravstvene studije Rijeka, nastavila sam svoj rad u Patronažnoj službi gdje i danas radim kao patronažna sestra. Upisala sam Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo - Menadžment u sestrinstvu 2018. koji završavam obranom ovog rada.