

Odnos zdravstvenih djelatnika Psihijatrijske bolnice Rab prema duševnim bolesnicima

Matovina, Krešimir

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:885100>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-26**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

RADIOLOŠKA TEHNOLOGIJA

Krešimir Matovina

**ODNOS ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PSIHIJATRIJSKE
BOLNICE RAB PREMA DUŠEVNIM BOLESNICIMA**

Diplomski rad

Split, 2020.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

RADIOLOŠKA TEHNOLOGIJA

Krešimir Matovina

**ODNOS ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PSIHIJATRIJSKE
BOLNICE RAB PREMA DUŠEVNIM BOLESNICIMA
RELATIONSHIP OF PSYCHIATRIC HOSPITAL RAB
HEALTH WORKERS TOWARDS MENTALLY ILL**

Diplomski rad / Master' Thesis

Mentor:

doc. dr. sc. Ana Jeličić

Split, 2020.

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Kratki razvoj psihijatrije i poimanja duševnih bolesnika kroz povijest.....	3
1.1.2. Nastanak i razvoj psihijatrije.....	3
1.1.3. Razvoj psihijatrije od 16. do 18. stoljeća.....	5
1.1.4. Razvoj psihijatrije u 19. stoljeću.....	6
1.1.5. Podjela psihijatara na somničare i psihičare.....	7
1.1.6. Revolucije u psihijatriji.....	8
1.1.7. Razvoj psihijatrije u 20. stoljeću.....	9
1.1.8. Razvoj psihijatrijskih bolnica u Hrvatskoj.....	11
1.1.9. Društvena percepcija duševnih bolesnika.....	12
1.1.10. Odnos društva prema institucijama i osobama zaduženima za skrb osoba s duševnim smetnjama.....	13
1.1.11. Uloga medija u formiranju javnog mijenja prema duševno oboljelim osobama.....	17
1.2. Psihijatrijska bolnica Rab.....	19
1.2.1. Psihijatrijska bolnica Rab od osnivanja do danas.....	19
1.2.2. Ustroj Psihijatrijske bolnice Rab.....	23
2. Cilj rada.....	26
3. Izvori podataka i metode.....	27
3.1. Ustroj i opis istraživanja.....	27
3.2. Uzorak istraživanja.....	28
4. Rezultati ispitivanja	29
4.1. Istraživački projekt.....	29
4.2. Deskriptivna statistika.....	30
4.3. Razlike u odnosima prema duševnim bolesnicima između skupina ispitanika podijeljenih po spolu, stručnoj spremi i duljini radnog staža u Psihijatrijskoj bolnici Rab.....	33
4.3.1. Razlike u odnosima prema duševnim bolesnicima između skupina ispitanika podijeljenih po spolu	33
4.3.2. Razlike u odnosima prema duševnim bolesnicima između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi.....	36

4.3.3. Razlike u odnosu prema duševnim bolesnicima između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u Psihijatrijskoj bolnici Rab.....	41
5. Rasprava.....	46
6. Zaključak.....	49
7. Literatura.....	60
8. Sažetci.....	64
9. Životopis.....	68

1. Uvod

Svaki djelatnik koji radi u zdravstvenoj ustanovi je izravno ili neizravno tijekom svog radnog vremena u kontaktu sa korisnicima zdravstvene skrbi. Kako bi se djelatnici skrbili kvalitetno i stručno nužno je imati profesionalne vještine i znanja i razvijen odnos poštovanja i brižnosti prema bolesniku koji je prepušten u ruke zdravstvenog djelatnika.

Rad u psihijatrijskoj bolnici je specifičan iz same definicije te ustanove kao specijalne bolnice koja pruža usluge dijagnostike, liječenja i rehabilitacije, specijalističko-konzilijarne djelatnosti te bolničke djelatnosti iz područja psihijatrije. U svakodnevnom radu s duševnim bolesnicima nužan je stručan i adekvatan terapijski odnos i komunikacija da bi se izgradio pozitivan odnos uvažavanja i povjerenja gdje zdravstveni djelatnici trebaju imati i svijest o vlastitim stavovima, emocijama, reagiranju i vrednovanju radnog okruženja, da bi se osjećali sigurni i samouvjereni u svome radu. Zdravstveni djelatnici koji rade u psihijatrijskoj bolnici svakodnevno u radnim okolnostima surađuju i dijele odgovornost da bi korisniku njihove ustanove, a to je duševni bolesnik koji je na liječenju u toj ustanovi, omogućili cjelovit pristup skrbi koji bolesniku pruža osjećaj sigurnosti.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji zdravlje ljudi definiramo kao psihičko, tjelesno i socijalno blagostanje koje uključuje odsustvo bolesti i slabosti, a usporedno s tom definicijom psihički poremećaj definiramo kao poremećaj emocionalnog funkcioniranja pojedinca sa neodgovarajućim i neuobičajenim doživljajem sebe i okruženja, koje se može izraziti i u ispadima kognitivnog funkcioniranja i mogućim poremećajima stajališta.

Duševni bolesnici se u okruženju i društvu u kojem se nalaze najčešće percipiraju negativno što za posljedicu ima socijalno isključivanje, stigmatiziranje i diskriminiranje. Zato zdravstveni djelatnici koji rade u bolnicama koje skrbe o duševnim bolesnicima rade na destigmatizaciji i rušenju stereotipa.

U ovom radu se traže odgovori na sljedeća pitanja:

- Postoje li razlike u odnosima prema duševnim bolesnicima od strane zdravstvenih djelatnika s obzirom na stupanj obrazovanja zdravstvenog djelatnika zaposlenog u Psihijatrijskoj bolnici Rab.
- Utječe li duljina radnog staža u psihijatrijskoj bolnici na odnos prema duševnom bolesniku.

- Postoji li razlika u odnosu prema duševnim bolesnicima prema spolu zdravstvenog djelatnika.

Istraživanje se provelo u Psihijatrijskoj bolnici Rab i svi ispitanici su ispunjavali isti upitnik CAMI - Skalu za mjerenje stavova zajednice prema mentalnoj bolesti (CAMI Community Attitudes Toward the Mentally Ill) prevedenu na hrvatski jezik.

Rezultati ovog istraživanja bi trebali biti poticaj i drugim zdravstvenim ustanovama da se provedu slična istraživanja u cilju smanjenja predrasuda o duševnim bolesnicima i destigmatizacije istih, kako u samim ustanovama tako i društvu.

1.1 Kratki razvoj psihijatrije i poimanja duševnih bolesnika kroz povijest

1.1.2. Nastanak i razvoj psihijatrije

U prapovijesti su se fizički odvajale i izolirale osobe koje su bile drugačije po ponašanju i pravilima tadašnjih plemena i to se po nekim autorima može smatrati počecima psihijatrije jer je isti obrazac izolacije duševnih bolesnika nastavljen i u predantičko doba, a i u današnje vrijeme su zdravstvene ustanove koje liječe psihijatrijske bolesnike najčešće udaljene od ostatka društva. (1)

U Egiptu su se prema zapisima iz 860. godine prije Krista psihijatrijski bolesnici odvodili u hramove Saturna gdje ih se odvajalo od ostatka društva, a i u staroj Grčkoj je Eusklepije oboljele bolesnike smještao u planine, u hramove. (2)

U zapisima iz predantičkog doba je zabilježeno da su se duševni bolesnici ritualno prepuštali plemenskim vječnicima ili svećenicima koji su "istjerali" zle duhove iz njih i u tim postupcima su duševni bolesnici bili podvrgnuti fizičkom mučenju, izgladnjivanju, puštanju krvi te čak i probijanju otvora na lubanjama jer se smatralo da su opsjednuti. (2) Marcus Ciceron je tvorac prvog poznatog upitnika za mentalno oboljele kojim se bilježi psihološki tretman duševnih bolesnika, te su se već u njegovo vrijeme u liječenju koristile metode okupacije bolesnika sa raznim aktivnostima i rekreacijama. Pisao je o ljubaznosti prema svakom bolesniku, sugerirao razgovor i slušanje, te glazbu, kao metode uopuštanja. (3)

U Starom vijeku koje se smatra razdobljem od 3500. godine prije Krista do propasti Rimskog carstva 476. godine poslije rođenja Krista duševni poremećaji su se smatrali mističnima a duševni bolesnici su najčešće bili prepušteni svećenicima. Taj animistički pristup je potrajao sve do Antike kada su u Staroj Grčkoj počeli primjenjivati razumne postupke povezivanja uzroka i posljedica tjelesnih i duševnih poremećaja. Vodeći stručnjak toga doba je bio Hipokrat koji je u liječenju duševnih bolesti koristio somatsku terapiju i napominjao da treba jačati cijeli organizam, te je neravnotežu četiriju tekućina u organizmu smatrao uzročnikom mentalnih oboljenja, dok je mozak smatrao najvažnijim unutarnjim organom za pokretanje, osjećaje i razum. Neke Hipokratove metode su preuzeli ostali liječnici

toga doba uvažavajući način na koji je liječio duševne bolesnike aktivnim somatskim terapijama kombinirajući ih sa metodama opuštanja, poput masaže. (4)

U Rimsko doba najistaknutiji liječnici duševnih bolesnika su bili Celsus, Asklepije te Aretej, koji su metode aktivne radne terapije kombinirali sa puštanjem glazbe te boravkom na otvorenom ili u svijetlim otvorenim prostorijama. Za tadašnje vrijeme imali su veoma human pristup koji se i dan danas, samo osuvremenjen, primjenjuje za terapiju duševnih bolesnika. Aretej je zabilježio da određena stanja emocija mogu biti povezana sa pojedinim tjelesnim poremećajima, te je ukazao na razliku između senilne psihoze i manije. On se ujedno smatra utemeljiteljem psihogeneze, a opisao je i melankoliju. (1) Već se u Rimsko doba težilo pravnoj zaštiti duševnih bolesnika. U slučaju počinjenja kaznenog djela nisu za njega kazneno odgovarali, a osim toga nije im se dopuštalo sklapanje braka. (2)

Rimsko Carstvo je propalo 476. godine. Od tada pa sve do velikih zemljopisnih otkrića u 15. stoljeću slijedi tzv. mračno doba medicine jer su se zanemarila gotovo sva stečena znanja iz arapske, grčke, pa i rimske medicine te se na duševne bolesnike ponovno počelo gledati mistično i animistički, te su se oni opet prepuštali svećenicima prema uputama priručnika "Maleus maleficarum" iz 1487. godine. (2) U liječenju duševnih bolesnika u kršćanstvu se tijekom 13. stoljeća spominje „dušebrižnik“ kao osoba koja pruža posebnu podršku duševnim bolesnicima, a mogu se uočiti sličnosti te službe sa današnjim medicinskim tehničarima i/ili njegovateljima. (3)

Avicenna se smatra najistaknutijim arapskim liječnikom za duševne bolesnike i u liječenju je preferirao terapiju radom s duševnim bolesnicima, a razgovor i pjesmu je kombinirao kao psihoterapiju. (1) U srednjem vijeku je u Salernu blizu Napulja sagrađena medicinska škola „Scuola medica Salernitana“ gdje se učilo prema grčkoj i arapskoj medicini, a potreba za njenu izgradnju se ukazala zbog križarskih ratova sa brojnim ozlijeđenima kojima se trebala pružiti stručna pomoć u najkraćem vremenu. (2)

U srednjem vijeku se grade prve bolnice za duševne bolesnike, a Arapi su prvu psihijatrijsku bolnicu izgradili 875. godine, dok je prva psihijatrijska bolnica u Europi osnovana 1409. godine u Veneciji. U srednjem vijeku, na području Europe izgradilo se nekoliko azila za duševne bolesnike i to u Francuskoj u Metz 1100. godine, u Njemačkoj u Hamburgu 1375. godine te u Italiji u Padovi 1410. godine. Dok je u Engleskoj u blizini

Londona 1247. godine osnovana bolnica „St. Mary of Betlehem Hospital“ koja je naknadno, 1677. godine, preuređena samo za boravak duševnih bolesnika. (1)

1.1.3. Razvoj psihijatrije od 16. do 18. stoljeća

Početak 16. stoljeća započinje novi vijek, te se razvijaju medicina i znanost. Međutim razvoj psihijatrije ne prati razvoj somatske medicine iako se poneki liječnici bave duševnim poremećajima. Najistaknutiji liječnik iz toga vremena je Paracelsus koji je tvorac prvoga klasičnog spisa o duševnim bolestima. Osim toga, on je klasificirao duševne bolesti, te je smatrao kako one nisu uzrokovane demonskim silama već kemijskim procesima u tijelu koji uzrokuju pojedine psihičke poremećaje. Stoga je pacijente pokušavao liječiti kemijskim tvarima. (3) Jedan od utemeljitelja moderne psihijatrije je i liječnik Weyer iz Njemačke koji je djelovao u 16. stoljeću, a zagovarao je humani pristup u liječenju duševnih bolesnika. (2)

U vremenskom razdoblju između 17. i 18. stoljeća u području psihijatrije se ističu liječnici Felix Plater, koji je prvi opisao kliničku sliku psihoze, potom Thomas Willis i Thomas Sydenham koji su proučavali histeriju, Jen Baptiste von Helmont koji je smatrao da psihička oboljenja mogu nastati zbog afekata na archeus, te Lauzare Riviere koji je vjerovao da je otrov uzrok psihičkih oboljenja. William Cullen je uveo termin "neuroza" uočavajući povezanost živčanog sustava s razvojem duševnih bolesti, dok je Ernst Stahl uveo termin "animizam" jer je za razvoj duševnih bolesti bio nužan utjecaj psiholoških čimbenika. (2) U tom vremenskom razdoblju se javlja koncept animalnog magnetizma ponajviše od strane austrijskog liječnika Franza Antona Mesmera koji je duševne bolesnike dovodio u stanje poremećaja svijesti tijekom spavanja poput mjesečarenja, poznatije kao somnambulizam. (1)

Krajem 18. stoljeća njemački liječnik Samuel Hahnemann je osnovao homeopatiju kojom je u alternativnoj medicini liječio po pravilu "slično se liječi sličnim"¹. (1) U istom vremenskom razdoblju, krajem 18. stoljeća, u Italiji je liječnik Morgagni proučavajući mentalne poremećaje došao do zaključka da ima više različitih vrsta duševnih bolesti te je začetnik klasifikacija psihijatrijskih poremećaja. (4)

U 18. stoljeću u Parizu, u Francuskoj, u liječenju duševnih bolesnika psihijatar Philippe Pinel u psihijatrijskoj bolnici Bicetre 1792. godine je odlučio duševnim bolesnicima

¹ Suvremena farmakologija smatra te pretpostavke nedokazanima, ali i danas zagovornici homeopatije žele ljudima omogućiti pravo na izbor u liječenju alternativnim metodama na bazi prirode.

skinuti okove i lance te se taj događaj smatra revolucijom unutar psihijatrije kao grane medicine. U liječenju je primjenjivao, uz psihoterapiju, i radnu terapiju, te je napustio stezulju kao metodu sputavanja duševnih bolesnika. Ukazivao je da vanjski čimbenici poput eventualnih trauma glave kod pacijenata, razna febrilna stanja, te neuredan život ili loš odgoj mogu biti uzročnici pojedinih duševnih poremećaja pa se stoga smatra i osnivačem humanističke psihijatrijske revolucije. (1)

U Italiji u blizini Firenze, liječnik Vincenzo Chiarugi, u psihijatrijskoj bolnici Bonifaccio, odlučio je da se u liječenju duševnih bolesnika više se ne primjenjuju okovi i lanci, a slične metode je i u Engleskoj proveo liječnik John Connolly koji je za smirivanje pacijenata ukinuo sva mehanička i prisilna sredstva. (1)

1.1.4. Razvoj psihijatrije u 19. stoljeću

Engleska 1808. godine donosi Wynnov zakon kojim se definira način na koji se duševni bolesnici trebaju zbrinuti. 1815. godine također u Engleskoj, utemeljen je specijalni odbor koji je ispitivao diljem Europe uvjete rada u psihijatrijskim bolnicama, a nekoliko godina kasnije su se počeli i nadzirati domovi u kojima su bili smješteni duševni bolesnici. (2)

Četrdeset godina kasnije je u Engleskoj formirano povjerenstvo koje je ispitivalo uvjete boravka duševnih bolesnika u psihijatrijskim bolnicama, a najveće zalaganje u osnivanju tog povjerenstva je imala Dorothea Dix. Diljem Europe već su se krajem 18. stoljeća otvarale nove psihijatrijske bolnice kojima je cilj bio odvojiti duševne bolesnike od zatvorenika, a najpoznatije su bile ona u Pragu osnovana 1783. godine, te godinu dana kasnije psihijatrijska bolnica osnovana u Beču. Te bolnice su u nužnim situacijama koristile metode mehaničkih sredstava prisile na duševnim bolesnicima, za potrebe sputavanja da zaštite zdravlje duševnog bolesnika, kao i za zaštitu ostalih pacijenata i osoblja u okruženju istih. (1)

Početkom 19. stoljeća se počinju osnivati privatni azili koji su nalikovali kućama za odmor, a bili su obično smješteni u umirujućim okruženjima na obroncima planina, uz jezera, i tamo su boravili duševni bolesnici iz bogatijih obitelji koji su imali po zapisima iz toga vremena neku vrstu „ludila“ stoga su se te kuće nazivale i „Pansioni za histeriju“. U njima se pružala skrb i liječenje živčanih oboljenja. (4)

Položaj duševnih bolesnika u društvu u 19. stoljeću se poboljšao na način da se u većini zemalja ukinuo sustav sputavanja kao mjera prema duševnom bolesniku. Bolesnici sa duševnom dijagnozom se odvajaju od ostalih bolesnika koji nisu imali duševne dijagnoze u ustanove u kojima su boravili samo duševni bolesnici, gdje su liječnici bili na raspolaganju samo njima. Zabilježeno je da je bio premali broj liječnika s obzirom da je u nekim psihijatrijskim bolnicama bilo čak i po nekoliko tisuća duševnih bolesnika. (1)

1.1.5. Podjela psihijatarata na somničare i psihičare

Psihijatri su se u 19. stoljeću podijelili na somatičare koji su psihijatrijske poremećaje povezivali s oštećenjima pojedinih dijelova mozga te se taj smjer nazivao i somatskom cerebralnom psihijatrijom, te na psihičare koji su zagovarali psihosocijalni model shvaćanja bolesti, gdje se na duševnu bolest gledalo kao na posljedicu nekog grijeha i preporučala se vjera i pobožan način života da se na taj način izliječi zlo, oholost, egoizam i drugi prijestupi koji su se smatrali nepoželjni u religiji. (4)

Model psihosocijalne dimenzije psihijatrijskih poremećaja se razvio u Njemačkoj gdje su se istaknuli Johan August Uncer, Johann Christian August Heinroth te Georg Emst Stahl. (1) Među somatičarima se istaknuo Wilhelm Griesinger koji je odredio neuropatološki smjer u psihijatriji i zagovarao je empirijska ispitivanja u psihijatriji. Njegov smjer su slijedili Carl Wernicke, Theodor Hermann Meynert, Karl Bonhoeffe i Carl Westphal. (4)

Polovicom 19. stoljeća francuski psihijatar Esquirol je smatrao da su u nastanku psihičkih poremećaj uz psihičke faktore zaslužni i fizički faktori. Proučavajući pojedine oboljele duševne bolesnike napravio je razliku između predisponirajućih i precipitirajućih čimbenika. Nasljednim čimbenicima je također davao veliku važnost kao predispoziciju nastanka duševnih oboljenja. (4) S njegovim tvrdnjama se krajem 19. stoljeća složilo i dosta drugih autora.

U drugoj polovici 19. stoljeća neurologija se počela povezivati sa psihijatrijskim dijagnozama što je rezultiralo otvaranjem neurološko-psihijatrijskih klinika i odjela smještenih u općim bolnicama, a začetnik tog modela liječenja je spomenuti Wilhelm Griesinger koji je ispitivao psihijatrijska oboljenja koristeći neurološke metode te je primijetio neurološke i patofiziološke promjene kod pojedinih duševnih bolesnika. (1) Karl Westphal je uveo precizna neurološka i psihička mjerenja ispitivanja funkcija, a u tom smjeru su djelovali

i Theodor Meynert koji je duševne simptome povezivao sa vazomotoričkim poremećajima u mozgu, te Karl Wernicke koji je neurološke poremećaje isto povezivao sa duševnim bolestima. (1)

Jean Martin Charcot, koji se smatrao sljedbenikom Esqvirolovog tipa liječenja duševnih bolesnika, tvrdio je da je histerija funkcionalna bolest mozga te da ju je moguće liječiti putem metoda manipulacije sugestijom tj. hipnozom. (4)

Austrijski neurolog Sigmund Freud je utemeljitelj psihoanalize i psihodinamske psihijatrije. Freud je doprinuo psihijatriji opisom strukture ličnosti podijeljene na id, ego i superego. Freud je smatrao da je id nesvjesni dio ličnosti kojim upravljaju potrebe čovjeka i nagoni, a ponajviše seksualni nagon. Za ego je smatrao da je to svjesni dio ličnosti koji je u harmoniji s okolinom i ispituje neposrednu stvarnost, dok je superego opisivao kao savjest pojedinca koja je spoj svjesnog i nesvjesnog dijela ličnosti koja je povezana sa okolinom i društvenim pravilima. (1) Njemački psihijatar Emil Kraepelin je isticao važnost psihološkog pokusa i kliničkih promatranja i njegove teorije su bile uvažavane u području psihijatrije s početka 20. stoljeća. On se smatra utemeljiteljem moderne klasifikacije duševnih bolesti. (1)

1.1.6. Revolucije u psihijatriji

Kroz povijest psihijatrije mogu se izdvojiti četiri psihijatrijske revolucije.

Prvom revolucijom se smatralo skidanje lanaca duševnim bolesnicima od strane francuskog liječnika Philippea Pinela 1793. godine.

Druga psihijatrijska revolucija je počela otkrićem elektrokonvulzivne terapije, inzulinskih šokova te barbiturata. U Švicarskoj je psihijatar Jakob Klaesi 1923. godine za održavanje sna kod duševnih bolesnika upotrebljavao barbiturate kako bi izazvao dugotrajno spavanje kod istih. Psihijatar iz Austrije, Manfred Joshua Sakel je 1935. godine počeo u liječenju shizofrenije primjenjivati inzulinske šokove. Dok je psihijatar iz Mađarske, Ladislav Joseph Meduna 1934. godine za liječenje shizofrenih bolesnika primjenjivao konvulzije izazvane kardijazolom. (2) 1937. godine su talijanski psihijatar Lucio Bini i neurolog Ugo Cerletti počeli razvijati elektrokonvulzivnu terapiju na način da su umjesto kardijazola (pantatretazola) koristili električnu struju. (1)

Treća psihijatrijska revolucija se naziva psihofarmakološka jer je vezana uz otkriće psihofarmaka 1952. godine. Primjenjivali su ih francuski psihijatri Jean Delay i Pierre Deniker. (1)

Četvrta psihijatrijska revolucija je započela razvitkom socijalne psihijatrije pa se naziva još i socijalno-psihijatrijska revolucija i bavi se odnosom sociokulturalnih procesa i mentalne bolesti. (2)

1.1.7. Razvoj psihijatrije u 20. stoljeću

U 20. stoljeću zatvoreni tip psihijatrijskih bolnica zamijenjen je poluotvorenim sustavom, koje je opet vodio do otvorenog sustava liječenja gdje su duševni bolesnici bili radno aktivni na jednostavnijim poslovima prilagođenima njihovim sposobnostima i njihovom općem stanju i radili su najčešće na poljoprivredi uz nadzor i pomoć medicinskog osoblja. (2)

U to vrijeme u sklopu psihijatrijskih bolnica počinju se selektirano odvajati duševni bolesnici prema uputnoj dijagnozi na način da su u pojedinim paviljonima smješteni primjerice ovisnici ili posebno duševno zaostale osobe ili posebno nepokretne osobe sa duševnim smetnjama. Putem radne i integrativne terapije osnivaju se pojedine kolonije za resocijalizaciju duševnih bolesnika gdje ih se priprema na život izvan zdravstvene ustanove. (1)

Amerikanac Cliffoed Whittingham Beers je početkom 20. stoljeća utemeljio mentalnu higijenu kao novi smjer u medicini na način da je želio humanizirati život duševnih bolesnika. On je sam bio liječen kao duševni bolesnik u nekoliko psihijatrijskih bolnica gdje je na vlastitoj koži osjetio neljudska postupanja od strane medicinskog osoblja kao i poniženja. Potaknut time 1909. godine osnovao je Nacionalni odbor za Mentalnu higijenu. (1)

Psihijatar iz Portugala Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz je 1936. godine izveo prvi psihokirurški zahvat nazvan lobotomija koji je potom primjenjivao u liječenju određenih psihoza za što je čak dobio i Nobelovu nagradu 1949. godine, a s vremenom se ta metoda dokazala vrlo nesigurnom i agresivnom, te je iz moralnih razloga potom izbačena iz upotrebe. (1)

Kako su liječnici polovicom 20. stoljeća kod liječenja duševnih bolesnika sve više počeli primjenjivati psihofarmatsku terapiju, došlo je do deinstitucionalizacije na način da su se duševni bolesnici počeli liječiti sve više ambulantno i otpuštali su se iz psihijatrijskih bolnica. Samim time su se uključivali u društveni život. No taj način preranog otpusta oboljelih doveo je katkad do povećanja počinjenja kaznenih djela u zajednici od strane duševnih bolesnika što je naknadno dovelo do povećanja broja sudskih ili tzv. „forenzičnih“ pacijenata. (1)

U tom vremenskom razdoblju se počinje razvijati i psihoterapija sa brojnim smjerovima, teorijama i postupcima poput psihoanalize, psihoterapije, grupne analize, te socioterapijske i radno okupacione metode terapije i liječenja duševnih bolesnika. U vremenu između Prvog svjetskog rata od 1914. do 1918. godine, te Drugog svjetskog rata od 1939. do 1945. godine zlorabi se psihoterapija na štetu političkih neistomišljenika i protivnika totalitarnih režima nacizma, fašizma i komunizma. Naime, ljudi suprotnog mišljenja često su završavali u psihijatrijskim bolnicama. U tome razdoblju se u Njemačkoj stvaraju plinske komore gdje je ubijen velik broj duševnih bolesnika. Liječnici psihijatri su u Njemačkoj u tome vremenu imali visoke političke funkcije. (2)

Taj način odnosa prema duševnim bolesnicima je doveo do toga da su intelektualci sa Zapada osnovali antipsihijatrijski pokret krajem šezdesetih godina prošlog stoljeća što je ipak dovelo do humanijeg odnosa prema duševnim bolesnicima. Najistaknutiji u tome pokretu su bili psihijatar iz Velike Britanije Ronald David Laing, psihijatar iz Južne Afrike David Graham Cooper, mađarski psihijatar Thomas Szasz i talijanski psihijatar Franco Basaglia. (1)

Kroz povijest su psihijatri diljem zemaljske kugle bili izloženi raznim političkim pritiscima i smetalo im je nerazumijevanje osoba sa duševnim oboljenjima. Stoga je Svjetsko psihijatrijsko društvo u želji da se u svim zemljama Europe jednako odbije uplitanje vladajuće politike u psihijatriju uvelo u Madrisku deklaraciju u Cairu 2005. godine poseban članak s nazivom „Pravo psihijatra da odbije pritisak koji na njih vrše vladajući režimi kako bi preko njih postigli svoje političke ciljeve“. (2)

S druge strane, prava psihijatrijskih pacijenata se povećavaju šezdesetih godina 20. stoljeća pokretom za deinstitucionalizaciju koji je promicao zatvaranje azila za duševne bolesnike. U Italiji, su se azili zatvarali na inicijativu građana 1968. godine, a najistaknutiji je bio

psihijatar Franco Basaglia koji je izbacio restriktivne postupke prema duševnim bolesnicima, te je otvorio liječenje duševnih bolesnika prema zajednicama na način da je otključao sve odjele i time izbacio institucionalne barijere. Na taj način on je omogućio bolesnicima slobodne aktivnosti i slobodno kretanje. 1971. godine u Trstu je zatvorio psihijatrijsku ustanovu i otvorio mreže suradnih institucija koje su vodile brigu i skrb o liječenju duševnih bolesnika. Također je 1973. godine osnovao Društvo za demokratsku psihijatriju s ciljem postizanja nacionalne reforme što je pridonijelo promijeni zakona u korist zaštite duševnih bolesnika. (4)

U SAD-u se 1963. godine pokrenula zakonska podloga za savezno financirani sustav centara za mentalno zdravlje pod podrškom tadašnjeg američkog predsjednika Johna F. Kennedyja što je rezultiralo otvaranjem čak 758 centara na području Sjedinjenih Američkih Država. (3)

U posljednjih dvadeset godina se pojavljuju potrebe za psihijatrijskom službom koja bi bila sveobuhvatna u zajednici u smislu ranih prevencija, otklanjanja stigme s oboljelih osoba, edukacije stručnjaka i zdravstvenog osoblja, kao i nezdravstvenog kadra koji surađuje u skrbi duševnih bolesnika, omogućavanje izvan institucionalnog liječenja putem dnevnih bolnica, te omogućavanje zaštićenog stanovanja uz stručni nadzor duševnih bolesnika u zajednici. (4)

1.1.8. Razvoj psihijatrijskih bolnica u Hrvatskoj

U Hrvatskoj se prve psihijatrijske bolnice otvaraju krajem 19. stoljeća i prema dostupnim podacima prvi stacionar za duševne bolesnike osnovan je 1804. godine u Dubrovniku pod nazivom „Mala stanica“ i mogao je primiti desetak osoba.

U sklopu Zakladne bolnice Milosrdne braće u Zagrebu, na području Harmice je tijekom devetnaestog stoljeća osnovan manji odjel za duševne bolesnike koji se nazivao „luđački odjel“ i nosio je brojčanu oznaku XIII. (1)

U Zagrebu se 1877. godine osniva Klinika za psihijatriju Vrapče koja se do tada zvala Zavod za umobolne Stanjevec sa predviđenim kapacitetom od oko tristotine pacijenata. Zbog stalnog priljeva duševnih bolesnika 1932. godine se osnovao i odvojeni stacionar u Jankomiru koji je mogao zbrinuti oko 130 duševnih bolesnika. On se 1958. godine odvaja i postaje samostalna bolnica „Sveti Ivan“.

Danas Klinika za psihijatriju Vrapče može primiti oko 800 duševnih bolesnika i vodeća je ustanova u edukaciji hrvatskih psihijatara sa stručno-znanstvenim i humanim pristupom prema bolesnicima. (1)

U Pakracu je 1905. godine osnovana psihijatrijska bolnica koja je mogla primiti oko stotinu duševnih bolesnika. Naknadno je, u drugoj polovici 20. stoljeća, pripojena Općoj bolnici Pakrac i tako je bilo sve do Domovinskog rata 1991. godine kad su bolesnici premješteni iz te ustanove te poslije više nisu vraćeni.

U Popovači je 1934. godine otvorena psihijatrijska bolnica u sklopu tamošnjeg dvorca i danas skrbi otprilike o 650 duševnih bolesnika.

U Zemunik Donjem pokraj Zadra 1938. godine, u gospodarskim zgradama, je osnovan psihijatrijski odjel koji je mogao primiti oko osamdeset duševnih bolesnika i s vremenom mu je kapacitet narastao na oko dvijestotine i pedeset ležajeva, ali je i on također, u ratnim okolnostima 1991. godine, zatvoren. (1)

Na otoku Rabu je 1955. godine osnovana psihijatrijska bolnica Rab u napuštenim vojnim kompleksima koja može danas primiti oko četrstotinjak pacijenata, a otprilike u isto vrijeme je i na otoku Ugljanu također osnovana psihijatrijska bolnica. Pokraj Rijeke u mjestu Lopača 1966. godine osnovana je socijalno-zdravstvena ustanova za duševne bolesnike s bolničkom jedinicom. (1)

1.1.9. Društvena percepcija duševnih bolesnika

Duševni ili mentalni poremećaj je psihološki sindrom ili sindrom ponašanja koji kod pojedinca uzrokuje značajne smetnje ili nesposobnost u aktivnostima koje dovode do oštećenja u nekom od važnih područja čovjekovog djelovanja. Očituje se poremećajima u ponašanju, kao i kod psiholoških ili bioloških funkcija osobe. Za razliku od takvog stanja mentalno zdravlje je stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale i može se nositi sa svakodnevnim stresom, radno je aktivan i produktivan, te sposobno pridonosi sebi, svojoj zajednici i okolini. (5)

Duševni bolesnici su prema *Zakonu o zaštiti osoba s duševnim poremećajima* podijeljeni na osobe s duševnim smetnjama i osobe s težim duševnim smetnjama. Osobe s duševnim smetnjama su osobe s duševnim poremećajima, nedovoljno duševno razvijene

osobe, ovisnici o alkoholu ili drogama ili osobe s drugim duševnim smetnjama. Osobe s težim duševnim smetnjama su sve osobe koje nisu u mogućnosti shvaćati značenje svojih postupaka, ili ne mogu vladati svojom voljom, ili su te njihove mogućnosti smanjene u tolikoj mjeri da im je nužna psihijatrijska pomoć. Na istom jestu piše kako duševni bolesnici imaju pravo na zaštitu i unapređenje svoga zdravlja, na jednake uvjete liječenja kao i druge osobe, pravo na dostojanstvo i zaštitu od bilo kakvog oblika zlostavljanja i ponižavanja. (6)

Različite kulture se razlikuju u pristupu prema duševnim bolesnicima. Uobičajeno osobu oblikuju njezina struktura i funkcioniranje same obitelji u kojoj je odrasla, sustav vrijednosti koji se usadio pojedincu kroz odgoj ili je opće prihvaćen u prisutnom okruženju. Osim toga važan utjecaj imaju vjera, socioekonomski status pojedinca, određene tradicije pojedinog društva, stavovi prema zdravlju i bolesti i interpersonalni odnosi. Svi ovi čimbenici oblikuju stav društva prema pojedincu ili grupi. (7)

Ukoliko pojedine osobe svojim ponašanjem i djelovanjem ne udovoljavaju zadanim kriterijima tog društva, te se stoga stigmatiziraju, onda bi mogli reći da se u društvu koriste predrasude prema osobama koje odskaču od društveno uvaženih normi. (7) Društvo kao zajednica se prema duševnim bolesnicima najčešće odnosi s predrasudama kategorizirajući duševne bolesnike po njihovim vidljivim značajkama što se najčešće negativno odražava na same pojedince u društvu koji imaju duševne smetnje. Predrasude se smatraju diskriminacijom jer negativno utječu na osobu ili grupu koja je izložena negativnim stavovima od strane društva u kojoj se nalazi zbog svog oboljenja i samim time duševni bolesnici nemaju isti status u društvu kao „zdrave“ osobe već ih se stigmatizira na osnovi njihove različitosti naspram ostalih osoba. Pojam stigmatizirati označava iznimno negativan način kojim društvena okolina klasificira duševnog bolesnika kao manje vrijednu osobu. (8)

Duševne bolesnike se najčešće stigmatizira iz neznanja samog pojedinca ili društva, zatim zbog problema stava i predrasuda prema duševnom bolesniku, te je prisutan i problem diskriminacije kao problem ponašanja samog duševnog bolesnika kao i članova određenog društva prema istome. (9)

Aspekti stigme su stereotipi prema pojedincu ili grupi kao kognitivna komponenta stigme, predrasude prema istima kao emocionalna komponenta stigme, te diskriminacija duševnih bolesnika kao ponašajna komponenta same stigme. (9)

Phelanov koncept teorijskih okvira stigme za duševne bolesnike i stavova društva prema istima se smatra najprihvatljiviji u psihijatrijskoj zajednici. Prema Phelanovu konceptu je definirano šest komponenta stigme a to su etiketiranje, stereotipiziranje, separacija, emocionalne reakcije, gubitak statusa te diskriminacija. (10)

Etiketiranje duševnih bolesnika od ostalih članova društva, kao prva komponenta stigme, dolazi iz „nepodobnih“ karakteristika i kreiranja etiketa kao posljedica negativnog socijalnog okruženja koje se proučava u sveobuhvatnom konceptu stigme prema duševnim bolesnicima.

Zatim slijedi stereotipiziranje duševnih bolesnika, kao druga komponenta stigme. Ona označava sve duševne bolesnike istom etiketom te se te razlike povezuju i s drugim nepoželjnim karakteristikama. Primjerice, prisutno je mišljenje kako su duševni bolesnici nasilniji od drugih bolesnika koji su na liječenju zbog drugog zdravstvenog oboljenja ili stanja.

Separacija duševnih bolesnika, kao treća komponenta stigme, znači da ih se odvaja od ostalih osoba u smislu podjele na duševne bolesnike i ostale bolesnike jer se duševni bolesnici smatraju drugačijim od ostalih bolesnika, a pristup u liječenju zahtijeva dodatan oprez naspram ostalih bolesnika.

Emocionalne reakcije kod duševnih bolesnika, kao četvrta komponenta stigme, dolaze kao osjećaj srama jer osoba ima neki oblik duševne bolesti. Otuduje se od ostalih jer se duševne bolesnike najčešće odvaja od ostalih bolesnika. Tu je nadalje i strah ostalih jer se nalaze u blizini duševnog bolesnika. Naime, ne može se sa sigurnošću znati kako će bolesnik postupiti, a zbog toga se javlja i neugoda u okruženju duševnog bolesnika, pa čak i osjećaj ljutnje ostalih bolesnika, ako dijele prostoriju sa duševnim bolesnikom.

Gubitak statusa duševnog bolesnika u radnom okruženju i društvu je peta komponenta stigme. Duševnog bolesnika se izdvaja iz redovnog radnog okruženja ukoliko je bio zaposlen a tijekom radnog staža mu se utvrdilo duševno oboljenje.

Šesta komponenta stigme je diskriminacija osobe s duševnim oboljenjem. Diskriminacije osobe s duševnim oboljenjem dijelimo na individualnu diskriminaciju i strukturnu diskriminaciju. Individualna diskriminacija je primjerice nezapošljavanje pojedine

osobe s njezinim duševnim oboljenjem na određenom radnom mjestu. Strukturna diskriminacija obuhvaća institucionalna djelovanja u vidu stigmatiziranja svih osoba ili grupa koje imaju duševno oboljenje. (10)

Diskriminacija duševnih bolesnika kao sastavni dio stigme utječe na promjene u ponašanju. Stvara se osjećaj krivnje kod istih, smanjuju se sposobnosti pojedinca koje utječu na sam tijek liječenja tog duševnog bolesnika, a simptomi bolesti postaju još izraženiji. (40)

Brojna istraživanja u različitim društvima i kulturama daju negativne rezultate što se tiče prihvatanja duševnih bolesnika. Društvo obično te osobe smatra manje vrijednima od osoba koje nemaju duševne poremećaje. (32) Po pitanju hijerarhijske zastupljenosti i prihvatljivosti duševnih poremećaja društvo smatra duševne bolesnike nesposobnima za nošenje sa uvjetima suvremenog življenja, nespremna na promjene životnih uvjeta i suočavanje sa učestalim promjenama u životnim aktivnostima. (33)

Nekoliko istraživanja o određenim skupinama ljudi koji imaju negativnija mišljenja o duševnim bolesnicima poklapaju se u tvrdnjama da negativnije stavove imaju osobe nižeg obrazovanja, osobe nižeg društvenog položaja, etničke manjine te osobe s djecom. A ista istraživanja se podudaraju u tvrdnjama da osobe ženskog spola imaju manje predrasude prema duševnim bolesnicima od muškaraca. (34)

1.1.10. Odnos društva prema institucijama i osobama zaduženima za skrb osoba s duševnim smetnjama

Odnos ili relacija (lat. *relatio*) predstavlja uspostavljanje određene veze između dvaju ili više osoba, odnos uzroka i posljedice, shvaćanja stanja i zakonitosti pojava, cjeline i dijela, općega, posebnoga i pojedinačnoga. (10)

Stav, za razliku od odnosa, predstavlja strukturu pozitivnih ili negativnih emocija koje vode do relativno trajnih ili stečenih vrednovanja i ponašanja prema nekoj osobi ili skupini, u ovom slučaju prema bolesnicima sa duševnim smetnjama. Stavovi se mogu oblikovati u procesima socijalizacije prema duševnim bolesnicima i stječu se na osnovi izravnog iskustva s objektom stava ili posredno u sklopu interakcije s društvenom okolinom.

Stav dijelimo na tri dijela ili komponente, a to su emocionalna komponenta koja usmjerava emocionalni odnos prema drugoj osobi, zatim kognitivna komponenta koja se

odnosi na znanje koje imamo i vrednujemo prema drugoj osobi, te konativna komponenta koja nas usmjerava na aktivnost ili spremnost da djelujemo aktivno prema drugoj osobi. (10)

Odnos društva kao zajednice prema institucijama koje vode liječenje, skrb i hospitalizaciju duševnih bolesnika je pozitivan. Osobama s duševnim smetnjama omogućena je kvalitetna zdravstvena usluga, jednaka kao i ostalim zdravstvenim osiguranicima. Gotovo sve bolnice u Republici Hrvatskoj imaju odjele na kojima se pruža usluga liječenje psihijatrijskih bolesnika, a ukoliko nemaju, iste usluge se ugovaraju u suradnim zdravstvenim ustanovama koje imaju taj tip odjela.

S druge strane, u društvu su prisutni uobičajeni stereotipi o osobama s duševnim bolestima. Uvriježeno je mišljenje kako su te osobe manje vrijedne, marginalizira ih se ili negativno obilježava i to se temelji na predrasudama kao unaprijed oblikovanim negativnim stavovima. Najčešći stereotipni stavovi prema duševnim bolesnicima su oni koji šire mišljenje kako su takvi bolesnici opasni za okolinu, nepredvidivi u svojim ponašanju prema drugima i sebi, nesposobni da se sami brinu o sebi, kao i da nisu radno sposobni, te da su najčešće sami krivi za svoj poremećaj, te da njihovo stanje ili bolest nije izlječiva. Zbog toga javnost smatra da institucije koje vode brigu i liječenje duševnih bolesnika trebaju biti odvojene od ostalih zdravstvenih odjeljenja. (11)

Istraživanja koja ispituju stavove prema duševnim poremećajima u prosjeku utvrđuju da je u javnosti prisutan strah i prezir, kao i sklonost stigmatiziranju. Zbog toga često dolazi do dislociranja psihijatrijskih bolnica od zajednica. (30)

Usporedbom odnosa društva prema duševnim bolesnicima u današnje vrijeme sa odnosom koji se primjenjivao tijekom povijesti dolazimo do zaključka da je u suvremenom dobu taj odnos puno ljudskiji i otvoreniji. U tome veliku zaslugu imaju sve raznovrsniji oblici psihoterapijskog liječenja duševnih oboljenja usmjereni na svaku osobu kao pojedinca, kao i razvoj farmakoterapije sa boljim učincima i smanjenim nuspojavama istih.

1.1.11. Uloga medija u formiranju javnog mijenja prema duševno oboljelim osobama

Mediji imaju važnu ulogu u percepciji javnosti prema duševnim bolesnicima jer su mediji društveno najdostupniji izvor informacija i većini ljudi jedini izvor informiranja o društvenim zbivanjima. Etiketiranje duševnih bolesnika, od strane medija, kao opasnih osoba, sklonih nepredvidivim reakcijama, utječu na povećanu potražnju za čitanjem takvih članaka i donose medijima profit. Iz perspektive duševnog bolesnika i njegovih bližnjih, taj način prikazivanja duševne bolesti je stigmatizirajući. (18)

Novinari, kad stvaraju sadržaj vijesti i biraju način na koji će taj isti prezentirati i predočiti javnosti, koriste se prikazivanjem iskrivljene stvarnosti da samu vijest učine značajnijom i poželjnijom za čitatelja ili gledatelja. Posebice to vrijedi ako je vijest negativna. Po tome principu se i duševne bolesnike spominje u negativnim kontekstima, opisuju ih kao nasilne osobe s nekontroliranim reakcijama opasne za okruženje. (19)

Neka od istraživanja u Sjedinjenim Američkim Državama o dostupnosti informacija o duševnim bolestima pokazuju da čak preko osamdeset posto informacija o duševnim bolesnicima dobivamo preko televizije kao najraširenijeg medija obavještanja, dok informacije dobivene od stručnjaka iz područja psihijatrije kao liječnika psihijatrije ili srodnih zanimanja čine manje od trideset posto dostupnih informacija o duševnim bolestima ili stanjima. (11)

U Njemačkoj je provedeno istraživanje na općoj populaciji gdje se pratila povezanost negativnog informiranja u medijima o duševnim bolesnicima i poželjne socijalne odvojenosti od osoba s duševnim oboljenjima. Rezultati su potvrdili da one osobe kojima su mediji jedini izvor spominjanja o duševnim bolesnicima imaju negativniji stav i izraženiju želju za socijalnom distancom od duševnih bolesnika od onih osoba koje svoje informacije i saznanja o duševnim oboljenjima crpe iz stručnih izvora. (20)

Provedena su i istraživanja u svijetu na studentima medicine o njihovim odnosima i stavovima prema duševnim bolesnicima i ta istraživanja su dokazala da je kod njih prisutno negativno mišljenje koje se može negativno odraziti na sam budući rad tih osoba, kada završe izabrani studij. U tim istraživanjima se tiskovine i internet izdvajaju kao glavni izvor

informiranja o duševnim bolesnicima pa proizlaze zaključci da je nužna edukacija, posebice zdravstvenog kadra tijekom studiranja. (12)

Novinari, kao društveno odgovorne osobe trebaju racionalno i objektivno koristiti podatke o osobama i događajima o kojima informiraju vodeći pritom računa da ne iznose detalje koji narušavaju pravo na anonimnost osoba i da ne uznemiravaju javnost. Trebalo bi ujedno voditi računa i o bližnjima i okolini osobe o kojoj novinari spominju u kontekstu svoga obavještavanja. Nažalost, oni češće posežu za senzacionalističkim naslovima i najavama. Neetičkim iznošenjem informacija stvaraju okruženje panike i straha, s ciljem da prodaju i povećaju potražnju za svojim tabloidima. (26)

Trenutno je na svjetskoj razini pokrenut niz različitih projekata kojima je cilj, putem medija, smanjiti negativnu percepciju javnosti o duševnim bolesnicima putem različitih intervencija koje uključuju edukaciju opće populacije, određene protestne akcije, kao i identificiranje stavova društva kao osnovnim korakom u borbi protiv negativnih posljedica stigmatiziranja duševnih bolesnika. (13)

Novinari i njihovi urednici bi se trebali educirati o duševnim bolestima i poremećajima kako bi sami mogli ispravno obavještavati javnost. Stručne informacije bi trebale biti što dostupnije kako bi motivirali ljude da iznesu svoja osobna iskustva primjerice ispovjedne priče sa pozitivnim primjerima kako bi pridobili pažnju i senzibilizirali javnost. (26)

1.2. Psihijatrijska bolnica Rab

1.2.1. Psihijatrijska bolnica Rab od osnivanja do danas

Povijest Psihijatrijske bolnice Rab je povezana uz Drugi svjetski rat u kojem su 1942. godine talijanski vojnici na području Kamporskog polja na Rabu osnovali koncentracijski logor. U blizini toga su započeli gradnju 12 velikih zgrada od kamena. Te zgrade su činile 10 jednokatnica smještenih u dva reda po pet zgrada i dvije prizemnice za potrebe smještaja talijanske vojske i časnika, koje kapitulacijom Italije i završetkom Drugog svjetskog rata nisu dovršene. Zgrade su bile napuštene do 1949. godine kada lokalna poljoprivredna zadruga adaptira prvu zgradu jugoistočnog niza u zadružni dom za rad i zabavu, sa dvoranom i pozornicom za lokalne zabave i plesove. (14)

1952. godine dr. Dezider Julius, tadašnji ravnatelj Duševne bolnice Vrapče u sklopu posjete otoku Rabu obilazi područje prostranih kamenih zgrada i predlaže tadašnjem predsjedniku Općinske skupštine Rab, Zvonku Guščiću, da se te zgrade adaptiraju za duševnu bolnicu s obzirom na prostranost i mediteransku klimu. Uz potporu dr. Tomislava Kronje iz tadašnjeg Savjeta za narodno zdravlje i socijalnu politiku NRH donešena je odluka da se te zgrade dovrše u Bolnicu za živčane i duševne bolesti Rab. Radovi su počeli 1954. godine. (14)

Bolnica je službeno ustanovljena 1. rujna 1955. godine rješenjem izvršnog vijeća Sabora NRH br. 12.142/55 kojim se osnovala Bolnica za duševne bolesti u Rabu kao bolnica sa samostalnim financiranjem. Osnovne djelatnosti bolnice su bile liječenje i njega duševnih bolesnika po principima suvremene medicinske nauke, te profilaktičko-zdravstveni, prosvjetni i psihoterapijski rad u sklopu kojeg se obavlja i savjetovanje i nadzor otpuštenih bolesnika te vodi zdravstvena statistika duševnih bolesnika. U sklopu rada bolnice, vodile su se zanatske radionice i ekonomija. Prvi duševni bolesnici koji su zaprimljeni na liječenje u Psihijatrijsku bolnicu Rab su 18 duševnih bolesnika iz Popovače te 21 duševni bolesnik iz Vrapča koji su u pratnji bolničara stigli parobrodom iz Rijeke već 1. lipnja 1955. godine kada je u funkciji bila samo jedna zgrada. (14)

1956. godine se proširuje kapacitet bolnice dovršenjem i adaptacijom još jedne zgrade koja je bila namijenjena muškim pacijentima kapaciteta 90 kreveta, ali je stvarni broj bio 120

pacijenata. U bolnici je bio zaposlen 21 radnik, dva bolničara i medicinska sestra. Liječenje su nadzirali liječnici specijalisti i specijalizanti iz Bolnice Vrapče koji su se izmjenjivali, a 1957. godine bolnica dobiva svog prvog stalno zaposlenog specijalista neuropsihijatra, dr. Petra Draganova koji postaje i prvim ravnateljom bolnice.

Naredne godine su obnovljene još dvije zgrade od kojih je jedna bila namijenjena za ženske pacijentice sa 82 kreveta te prijemnom ambulantom i kancelarijom, laboratorijem i ljekarnom, a druga zgrada je bila namijenjena smještaju osoblja i kao takva je bila u funkciji do kraja šezdesetih godina.

Iste te godine je uvedena psihijatrijska terapija gdje se liječilo za to vrijeme modernim psihofarmacima, elektrokonvulzijama i inzulinskom terapijom. Organizira se i radna terapija u kojoj su bolesnici izrađivali predmete od užadi, pruća, kovanog željeza, rezbarija. Vodila se briga i o domaćim životinjama. U to vrijeme je oblikovana i definirana procedura medicinsko-psihološke i sociološke obrade pacijenata od prijema do otpusta istih iz ustanove. (14)

Tijekom 1960. godine se u upotrebu stavljaju četiri paviljona na kat, te je izgrađena zgrada za potrebe mrtvačnice, prosekture i garaže, pa je 1961. godine bolnica imala već kapacitet od 200 kreveta i 97 zaposlenika. Poboljšanjem medicinskih uvjeta bolnica 1961. godine počinje djelovati kao „Bolnica za živčane i duševne bolesti Rab“. (14)

1. lipnja 1963. godine dr. Erich Weiss preuzima dužnost ravnatelja bolnice Rab te postupno planira povećavati kapacitet bolnice adaptacijom novih paviljona te nabavkom RTG aparata i EEG aparata u prve dvije godine toga razdoblja, kao i nabavkom televizora za svaki odjel, modernizacijom kuhinje te uvođenjem automatske telefonske centrale. Ujedno se i zaposlenici šalju na doškolovanja i edukacije. Nažalost dr. Erich Weiss je iznenada preminuo 1965. godine.

Tri godine kasnije 1. veljače 1966. je otvoren novouređeni paviljon za rehabilitaciju i rekreaciju bolesnika, a dr. Stjepan Matković, spec. neuropsihijatar postaje ravnatelj, te se dalje ulaže u uređenje bolnice. Uređuje se stomatološka ambulanta, dijagnostički laboratorij za hematološke, kemijske i neke bakteriološke pretrage, honorarni internist dolazi pregledavati bolesnike i vršiti EKG i RTG snimanja. Daljnje se uređuju paviljoni, a u funkciji su, te 1966. godine, 6 zgrada čime se kapacitet bolnice Rab diže na 340 kreveta i od toga su predviđena 196 kreveta za muške i 144 kreveta za ženske bolesnike. (14)

Psihijatar dr. Zvonko Bahun dolazi na mjesto ravnatelja 1. studenog 1966. godine i nastoji od bolnice azilskog tipa, u kojoj se više čuvalo nego liječilo bolesnike, stvoriti za to vrijeme, modernu psihijatrijsku bolnicu sa unaprjeđenjem smještaja i usluge. Dodatni naponi su uloženi u školovanja djelatnika, stipendiranje i specijalizacije svih profila medicinskog kadra i pratećih službi potrebnih u bolnici. Ugovara se radiolog koji je dolazio očitavati RTG snimke.

1968. godine se uređuje prizemlje jedne zgrade za potrebe radne terapije. 1969. godine je otvoren Odjel za liječenje ovisnosti s kapacitetom 70 kreveta. U srpnju 1971. godine se obnavlja kat zgrade za muški odjel za potrebe Odjela ovisnosti, te se uređuje i bolesnički park i parkiralište.

1977. godine dr. Zvonko Bahun odlazi u mirovinu, a 18. veljače 1977. godine dr. Željko Marinić preuzima ravnateljsku funkciju. U to vrijeme je bolnici imala 9 odjela od kojih su dva bila prijemno akutnog zatvorenog tipa, dva poluzatvorenog tipa, a ostali odjeli su bili otvoreni odjeli namijenjeni liječenju ovisnosti o alkoholu, te rehabilitacija, sa radnom i okupacionom terapijom. U to vrijeme je bolnica Rab imala 11 liječnika i mogla primiti čak 500 pacijenata kojima su na raspolaganju bili moderan dijagnostički laboratorij, ljekarna, kabinet za rendgen te je uz psihijatrijsku službu postojala konzilijarna internistička, oftamološka i ginekološka služba.

Neuropsihijatar dr. Miljenko Jurić 27. kolovoza 1979. godine preuzima mjesto ravnatelja i nastavlja poboljšati standard i liječenje bolesnika u okviru normativa psihijatrijskih bolnica, te 1981. godine obnavlja još jednu zgradu gdje se kat namjenjuje za potrebe odjela, a prizemlje za potrebe skladišta. Tijekom osamdesetih godina u funkciji je 8 obnovljenih paviljona u kojima je otvoreno 9 odjela, te administrativne i pomoćne službe potrebne radu i funkcioniranju bolnice. (14)

U periodu od 9. veljače 1988. godine do 11. ožujka 1991. godine funkciju ravnatelja bolnice Rab preuzima dr. Slobodan Elezović koji je dogovorio i osigurao uvjete za smještaj i rehabilitaciju dvadesetak sudskih bolesnika čime bolnica osigurava dodatna sredstva za stabilno funkcioniranje bolnice.

U svibnju 1991. godine dr. Slavko Dujmić preuzima dužnost ravnatelja bolnice Rab. U tom ratnom razdoblju su liječnici i djelatnici bolnice odlazili na lička ratišta, a u bolnicu Rab

zaprimani su bolesnici iz ratnih područja. Ponajviše su pristizali kronični duševni bolesnici iz razrušenog Zemunika, te iz Doma umirovljenika Gospić, kao i iz Lopače čime je kapacitet bolnice bio ispunjen do maksimuma. Bolnica je 1994. godine imala osam uređenih paviljona i dvije prizemne zgrade ukupnog kapaciteta 484 kreveta, te 209 zaposlenih, od toga 16 liječnika. (14)

Primorsko-goranska županija upisuje se kao vlasnik bolnice Rab 1997. godine, te formalno-pravni osnivač bolnice Rab čime su se planski nastojala osigurati sredstva za normalno funkcioniranje bolnice te plansko ulaganje u adaptaciju postojećih i ostalih paviljona.

2001. godine dužnost ravnatelja preuzima izv. prof. dr. sc. Vesna Šendula-Jengiđ, spec. psihijatar koja dogovara sa županom Primorsko-goranske županije g. Zlatkom Komadinom strateški program obnavljanja objekata i opreme bolnice Rab, kao i program reorganizacije i restrukturiranja ustanove. Ujedno pokušava direktnim pregovorima sa Direkcijom HZZO-a osigurati bolje uvjete financiranja ustanove jer se preko HZZO-a ostvaruju 90% prihoda bolnice Rab.

Taj kontinuirani proces ulaganja traje do danas. Zamijenjeni su svi krovovi na paviljonima, postupno su se u potpunosti renovirali i rekonstruirali pojedini odjeli, automatizirala se kotlovnica. Informatizirali su se odjeli i računovodstvene službe. Još 2008. godine uprava je osigurala novi digitalni radiološki uređaj sa digitalizatorom i CR (computed radiology) izradom slike kao i radiološki uređaj za intraoralno snimanje zuba. Zatim su kupljeni novi EEG uređaj, kao i holter EKG i uređaj za kontinuirano mjerenje holtera tlaka, color doppler ultrazvučni uređaji, neuro i bio feedback uređaji.

2016. godine je kupljen uređaj za evocirane potencijale te polisomnografski uređaj čime se dodatno proširila dijagnostička djelatnost bolnice. Uređena je nova kuhinja sa sustavom HAACP. Uređena je i opremljena sala za sastanke, stručna biblioteka i konferencijska dvorana. Svi odjeli su dobili novu opremu u ambulancama kao i klimatiziranje svih ambulanti i salona za dnevni boravak bolesnika, kupljeni su novi kreveti za sve odjele, te se proširio vozni park za potrebe prijevoza bolesnika u druge zdravstvene ustanove.

Tematski su se uredila četiri terapijska vrta u krugu bolnice u suradnji sa nositeljem projekta profesorom mr. sc. Danielom Winterbottom, profesorom na Fakultetu za krajobraznu

arhitekturu Sveučilišta države Washington u SAD-u, stručnjakom za projektiranje terapijskih i senzornih vrtova i parkova, čime su njegovi studenti u suradnji sa djelatnicima bolnice i pacijentima bolnice izradili iste. (15)

Kontinuirano se ulaže u povećanje kvalitete liječenja osiguravanjem stipendiranja specijalizacija i doškoloavanja kadra bolnice čime se podiže kvaliteta zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika bolnice, bolji uvjeti rada i stručnost osoblja u radu sa duševnim bolesnicima.

1.2.2. Ustroj Psihijatrijske bolnice Rab

Psihijatrijska bolnica Rab je zdravstvena ustanova-specijalna bolnica za psihijatriju koja obavlja zdravstvenu djelatnost sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti za bolničku djelatnost iz područja psihijatrije, specijalističko-konzilijarnu djelatnost iz područja psihijatrije, neurologije, interne medicine i fizikalne medicine i rehabilitacije, te nastavnu djelatnost koja obuhvaća izvođenje nastave za potrebe nastavnih ustanova. (16)

Bolnička zdravstvena djelatnost PB Rab obuhvaća dijagnosticiranje, liječenje i integrativnu medicinsku rehabilitaciju, zdravstvenu njegu te boravak i prehranu osoba s duševnim smetnjama, osoba s drugim težim duševnim smetnjama, ovisnika i nebrojivih osoba.

Specijalističko-konzilijarna zdravstvena djelatnost PB Rab obuhvaća složenije mjere i postupke u pogledu prevencije, dijagnosticiranja te liječenja bolesti i trauma, provođenje ambulantne rehabilitacije te integrativne medicinske rehabilitacije u kući korisnika, odnosno štićenika u ustanovama za socijalnu skrb.

Uz obavljanje osnovne djelatnosti iz bolničke i specijalističko konzilijarne zdravstvene zaštite u PB Rab se obavlja i znanstveni rad te izvođenje nastave za studente preddiplomskih, diplomskih i poslijediplomskih studija na temelju sklopljenih ugovora s obrazovnim i nastavnim ustanovama uz suglasnost nadležnog ministarstva.

U okviru svojih djelatnosti PB Rab ima jedinice za specijalističko-konzilijarno liječenje, radiološku, laboratorijsku i drugu medicinsko-laboratorijsku dijagnostiku, opskrbu lijekovima i medicinskim proizvodima, bolničko liječenje, medicinsku rehabilitaciju,

intenzivno liječenje kao i druge jedinice u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti ako to zahtijeva priroda njezina rada.(16)

Poslovi u Bolnici organiziraju se i obavljaju u slijedećim ustrojstvenim jedinicama:

RAVNATELJSTVO

- Ravnatelj
- Zamjenik ravnatelja
- Pomoćnik ravnatelja za kontrolu kvalitete zdravstvene zaštite
- Pomoćnik ravnatelja za sestринство - glavna medicinska sestra Bolnice

MEDICINSKE USTROJSTVENE JEDINICE

- Odjel za akutna krizna stanja
- Odjel za afektivne poremećaje i granična stanja
- Odjel za bolesti ovisnost
- Odjel za forenzičku psihijatriju
- Odjel za neurokognitivnu i integrativnu rehabilitaciju s jedinicom za organske involutivne poremećaje
- Odjel za produženo liječenje
- Odjel za psihosocijalnu rehabilitaciju
- Odjel za medicinsku dijagnostiku (LAB, RTG, EEG, EKG, UTZ)
- Dnevna bolnica
- Jedinica za opskrbu lijekovima

Specijalističke ordinacije kao oblik ustrojstva i način pružanja specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite mogu se organizirati na razini ustrojstvene jedinice.

SURADNE USTROJSTVENE JEDINICE

- Jedinica za centralno naručivanje
- Jedinica za upravljanje i kontrolu kvalitete zdravstvene zaštite
- Jedinica za znanstveno-istraživački i suradno-nastavni rad sa stručnom knjižnicom

ZAJEDNIČKE USTROJSTVENE JEDINICE

- Služba za pravne, kadrovske i opće poslove
- Služba za ekonomsko – financijske poslove
- Služba za tehničko – servisne poslove
- Služba prehrane i dijetetike

Unutarnje ustrojstvo Bolnice pobliže se uređuje Pravilnikom o unutarnjem ustrojstvu i sistematizaciji radnih mjesta.

TIJELA BOLNICE

- Upravno vijeće
- Ravnatelj
- Stručno vijeće
- Stručni kolegij
- Etičko povjerenstvo
- Povjerenstvo za lijekove
- Povjerenstvo za kvalitetu
- Povjerenstvo za kontrolu bolničkih infekcija

2. Cilj rada

Cilj ovog rada je spitati postoje li razlike u odnosima zdravstvenih djelatnika Psihijatrijske bolnice Rab prema duševnim bolesnicima s obzirom na spol, duljinu radnog staža, te završenu stručnu spremu ispitanika.

Tema ovog diplomskog rada je proizašla iz osobnog zanimanja o odnosu zdravstvenih djelatnika zaposlenih u PB Rab prema duševnim bolesnicima s obzirom na različite zdravstvene struke odnosno profesije usmjerenja djelatnika, te duljinu radnog staža u PB Rab, kao i provjeriti postoje li razlike u tom odnosu s obzirom na spol zdravstvenog djelatnika.

Za potrebe istraživanja koristila se Skala za mjerenje stavova zajednice prema mentalnoj bolesti – CAMI (Community Attitudes Toward the Mentally Ill) prevedena na hrvatski jezik i uz nju smo uključili tri dodatna pitanja u sklopu sociodemografskog upitnika za potrebe nezavisnih varijabli: završeni stupanj stručne spreme zdravstvenog djelatnika u PB Rab, spol zdravstvenog djelatnika, te ukupan radni staž u zdravstvenoj ustanovi PB Rab.

Nadamo se da će ovu Skalu za mjerenje stavova zajednice prema mentalnoj bolesti – CAMI koristiti i slično istraživanje provesti i drugi djelatnici u drugim zdravstvenim ustanovama na području Republike Hrvatske i šire te da će se onda ti podaci moći usporediti sa dobivenim podacima ovog istraživanja s ciljem da se poveća svijest o duševnim bolesnicima i osoblju koje skrbi i liječi takve osobe.

Cilj ovog diplomskog rada je ispitati slijedeće hipoteze:

- Hipoteza 1: Zdravstveni djelatnici koji imaju više radnog staža u PB Rab imaju pozitivniji odnos prema duševnim bolesnicima, od zdravstvenih djelatnika koji imaju kraći radni staž u PB Rab.
- Hipoteza 2: Stupanj obrazovanja zdravstvenog djelatnika utječe na odnos prema duševnim bolesnicima.
- Hipoteza 3: Nema razlika u odnosu zdravstvenih djelatnika zaposlenih u PB Rab prema duševnim bolesnicima s obzirom na spol.

3. Izvori podataka i metode

Istraživanje se provelo u Psihijatrijskoj bolnici Rab u vremenskom razdoblju od 02. ožujka 2020. godine do 20. ožujka 2020. godine.

Za potrebe ovog diplomskog rada koristila se „Skala za mjerenje stavova zajednice prema mentalnoj bolesti – CAMI (Community Attitudes Toward the Mentally Ill)“ prevedena na hrvatski jezik.

Za svako od navedenih pitanja procjena se vršila na Likterovoj skali, prema ponuđenim brojevima:

1. U potpunosti se ne slažem
2. Ne slažem se
3. Niti se slažem, niti se ne slažem
4. Slažem se
5. U potpunosti se slažem.

Za testiranje razlika u stavovima ispitanika u odnosu na stupanj stručne spreme, spol, zanimanje, te radni staž koristi se Kruskal Wallisov test, a značajnost razlika komentira se na razini vjerojatnosti $p < 0,05$.

Među ulazne podatke u ovom radu ispitujemo završeni stupanj stručne spreme zdravstvenih djelatnika u Psihijatrijskoj bolnici Rab, spol djelatnika, te ukupan radni staž u zdravstvenoj ustanovi PB Rab.

3.1. Ustroj i opis istraživanja

- opis istraživanja: metoda uzorkovanja cijele populacije sužena je na odabir zdravstvenih djelatnika u PB Rab koji su na radnom mjestu u vremenu ispunjavanja upitnika, a na ispunjavanje upitnika pristali su dobrovoljno i anonimno, te su informirani o svrsi ispitivanja.
- ustroj istraživanja: presječno istraživanje.
- izvori podataka: anonimni upitnici
- način prikupljanja podataka: svaki ispitanik je samostalno rješavao upitnik koji je osobno dobio nakon uputa o rješavanju istog.

- tko će prikupljati podatke, kada i kako: osobno kroz mjesec dana, oblikom pisma (kuvertirano).

3.2. Uzorak istraživanja

- vrsta uzorka: zdravstveni djelatnici zaposleni u PB Rab (inženjeri medicinske radiologije, medicinske sestre, više medicinske sestre, magistre sestrinstva, laboratorijski tehničari, odjelni liječnici, specijalizanti, specijalisti psihijatrije, specijalisti neurologije, specijalisti fizikalne terapije i rehabilitacije, specijalisti interne medicine, fizioterapeutske tehničari, viši terapeuti, radni terapeuti, logopedi, defektolozi, farmaceutski tehničari, magistri farmacije, psiholozi, socijalni radnici). Ispitanici su dobi od 18 do 65 godina starosti.

- kriteriji uključenja ispitanika/pacijenata: svi zdravstveni djelatnici zaposleni u PB Rab u svim službama sa važećim licencama za rad od nadležnih komora, svih stručnih sprema, koji daju svoj pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

- kriteriji isključenja ispitanika/pacijenata: zdravstveni djelatnici u PB Rab koji se u vremenskom razdoblju predviđenom za ispunjavanje predviđenih anketa nalaze na dužem bolovanju ili porodiljnom dopustu, pripravnici, te djelatnici koji nisu pristali na ispunjavanje upitnika.

4. Rezultati ispitivanja

4.1. Istraživački projekt

Znanstvena vrijednost istraživanja:

Nutarnja valjanost: primjerenost odabranih mjera ishoda ovog istraživanja naslova „Odnos zdravstvenih djelatnika Psihijatrijske bolnice Rab prema duševnim bolesnicima“ za testiranje tri postavljene hipoteze bi trebali dati konkretniju sliku o odnosu zdravstvenih djelatnika različitih smjerova prema duševnim bolesnicima u Psihijatrijskoj bolnici Rab s ciljem poboljšanja i održavanja tog odnosa. Osim toga pokazati će se i važnost utjecaja stavova zdravstvenog djelatnika na sam tijek liječenja bolesnika i kvalitetu te brzinu oporavka bolesnika.

Izvanjska valjanost:

Poopćivost dobivenih rezultata ovog istraživanja mogu nam poslužiti kao primjer i nit vodilja rada u drugim srodnim zdravstvenim ustanovama koje liječe duševne bolesnike, kao i prijedlog da se u drugim zdravstvenim ustanovama koje sudjeluju u liječenju i skrbi duševnih bolesnika također provede sličan tip istraživanja koji bi se mogao usporediti sa rezultatima ovog istraživanja. Cilj je podizanje kvalitete zdravstvene skrbi duševnih bolesnika i smanjenje stigmatizacije istih u društvu.

Za potrebe obrade podataka korišten je računalni program IBM SPSS Statistics 25. Kolmogorov-Smirnov test kojim su provjerene normalnosti distribucija skala za procjenu odnosa prema duševnim bolesnicima. Skale Autoritarnosti i Ideologije u zajednici utemeljene rehabilitacije nisu zadovoljile uvjete normalnosti distribucije. Za potrebe ispitivanja razlika između skupina primjenjivani su t-test za nezavisne uzorke², jednosmjerna ANOVA³, Mann Whitney U test⁴, Kruskal Wallis H test⁵, Kolmogorov-Smirnov test⁶.

² Parametrijski statistički postupak za određivanje statističke značajnosti razlike između 2 uzorka

³ Parametrijski statistički postupak za određivanje statističke značajnosti razlike između 3 i više uzoraka

⁴ Neparametrijska zamjena za T-test

⁵ Neparametrijska zamjena za jednosmjernu ANOVA-u

⁶ Statistički postupak koji se koristi za utvrđivanje normalnosti distribucija

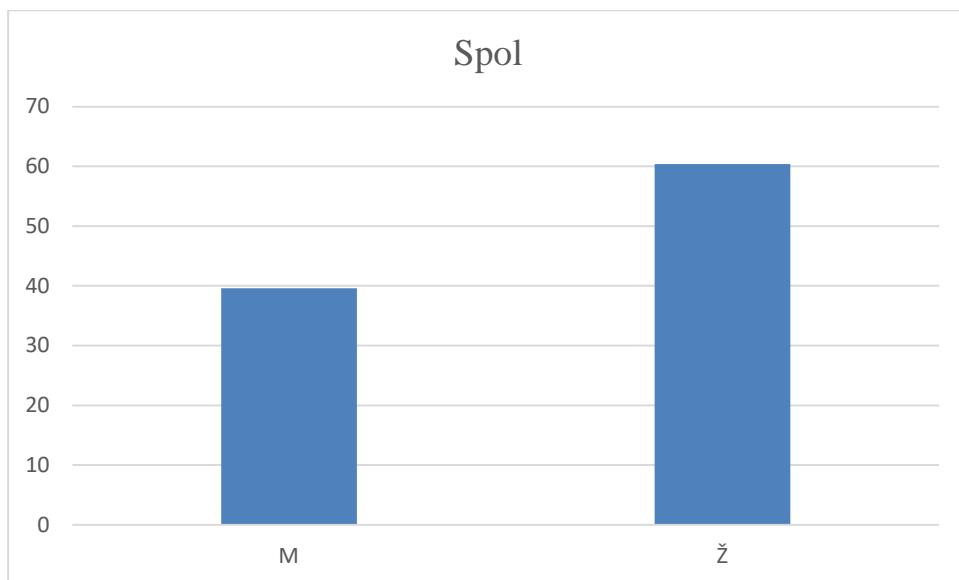
Parametrijski znači da je preduvjet za provođenje ovog testa to da su varijable na kojima se provodi približno normalno distribuirane tj. da ne odstupaju značajno od normalne distribucije. Neparametrijski testovi ne uključuju tu pretpostavku.

Za oblikovanje teksta te grafičkih i tabelarnih prikaza korišten je Microsoft Office, programi Word i Excel.

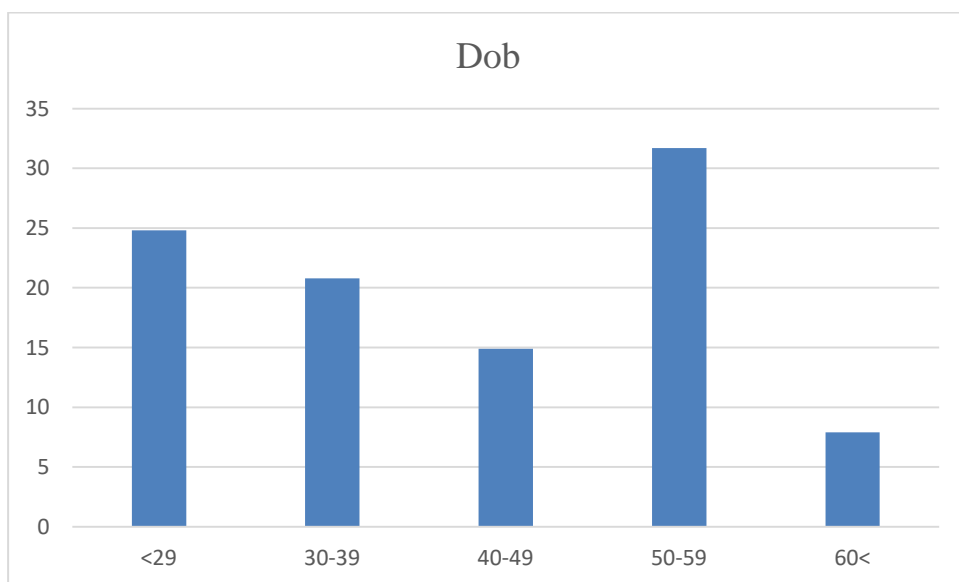
4.2. Deskriptivna statistika

Tablica 1. Sociodemografski podaci o ispitanicima

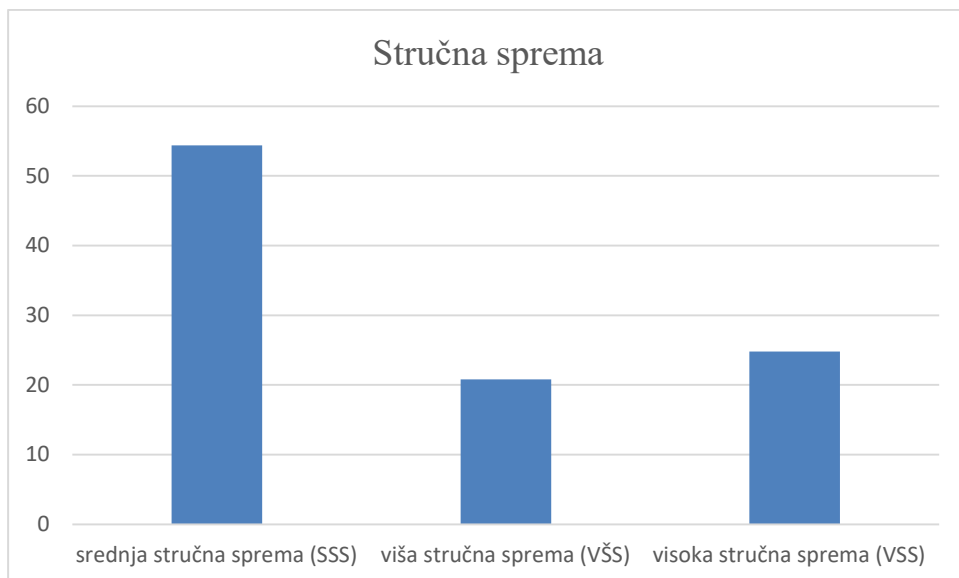
	N	%
Ukupno	101	100
Spol		
M	40	39,6
Ž	61	60,4
Dob		
<29	25	24,8
30-39	21	20,8
40-49	15	14,9
50-59	32	31,7
60<	8	7,9
Stručna sprema		
srednja stručna sprema (SSS)	55	54,4
viša stručna sprema (VŠS)	21	20,8
visoka stručna sprema (VSS)	25	24,8
Duljina radnog staža u PB Rab (u godinama)		
<10	48	47,5
11-20	14	13,9
21-30	18	17,8
31<	21	20,8



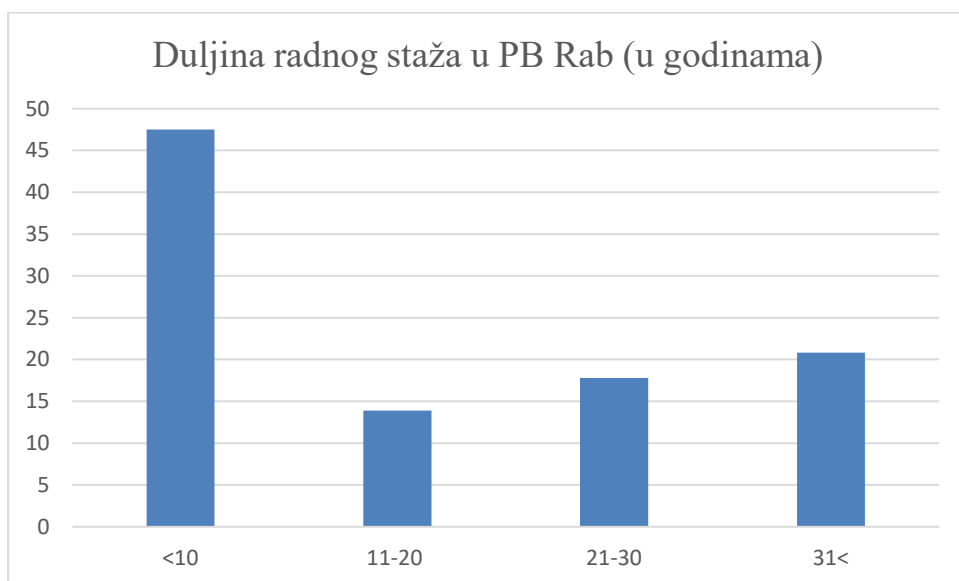
Slika 1. Grafički prikaz raspodjele ispitanika po spolu u postocima



Slika 2. Grafički prikaz raspodjele ispitanika po dobi u postocima



Slika 3. Grafički prikaz raspodjele ispitanika po stručnoj spreml u postocima



Slika 4. Grafički prikaz raspodjele ispitanika po duljini radnog staža u PB Rab (u godinama) u postocima

4.3. Razlike u odnosima prema duševnim bolesnicima između skupina ispitanika podijeljenih po spolu, stručnoj spremi i duljini radnog staža u PB Rab

4.3.1. Razlike u odnosima prema duševnim bolesnicima između skupina ispitanika podijeljenih po spolu

- Razlike u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po spolu

Da bismo ispitali razliku u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po spolu proveden je Mann-Whitneyev U test što je prikazano u Tablici 2

Tablica 2. Razlike u odnosu Autoritarnost između skupina podijeljenih po spolu

Spol	N	Medijan	U	p
M	40	24,00	996,00	0,118
Ž	61	23,00		

N – broj ispitanika, Medijan - medijan, U – Mann-Whitneyev U test, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Mann-Whitneyev U test nije otkrio statistički značajnu razliku u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po spolu ($U=996,00$, $p=0,118$).

- **Razlike u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po spolu**

Da bismo ispitali razliku u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po spolu proveden je t-test za nezavisne uzorke što je prikazano u Tablici 3.

Tablica 3. Razlike u odnosu Benevolentnost između skupina podijeljenih po spolu

Spol	N	M(SD)	t(ss)	p
M	40	37,30(3,83)	-1,73(99)	0,086
Ž	61	38,64(3,77)		

N – broj ispitanika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, t – t-test, ss – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

T-test nije otkrio statistički značajnu razliku u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po spolu ($t(99) = -1,73$, $p = 0,086$).

- **Razlike u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po spolu**

Da bismo ispitali razliku u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po spolu proveden je t-test što je prikazano u Tablici 4.

Tablica 4. Razlike u odnosu Socijalna ograničenja između skupina podijeljenih po spolu

Spol	N	M(SD)	t(ss)	p
M	40	21,42(4,70)	1,24 (99)	0,218
Ž	61	20,29(4,32)		

N – broj ispitanika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, t – t-test, ss – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

T-test nije otkrio statistički značajnu razliku u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po spolu ($t = -1,24$, $p = 0,218$).

- **Razlike u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po spolu**

Da bismo ispitali razliku u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po spolu proveden je Mann-Whitneyev U test što je prikazano u Tablici 5.

Tablica 5. Razlike u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina podijeljenih po spolu

Spol	N	Medijan	U	p
M	40	38,00	1120,50	0,488
Ž	61	38,00		

N – broj ispitanika, Medijan - medijan, U – Mann-Whitneyev U test, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Mann-Whitneyev U test nije otkrio statistički značajnu razliku u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po spolu ($U=1120,50$, $p=0,488$).

- **Razlike u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po spolu**

Da bismo ispitali razliku u ukupnom rezultatu CAMI između skupina ispitanika podijeljenih po spolu proveden je t-test što je prikazano u Tablici 6.

Tablica 6. Razlike u ukupnom rezultatu CAMI između skupina podijeljenih po spolu

Spol	N	M(SD)	t(ss)	p
M	40	-29,37(15,10)	1,67(99)	0,098
Ž	61	-34,02(12,66)		

N – broj ispitanika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, t – t-test, ss – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

T-test nije otkrio statistički značajnu razliku u ukupnom rezultatu CAMI između skupina ispitanika podijeljenih po spolu ($t(99)=1,67$, $p=0,098$).

4.3.2. Razlike u odnosima prema duševnim bolesnicima između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi

- **Razlike u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi**

Da bismo ispitili razliku u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi proveden je Kruskal Wallis test što je prikazano u Tablici 7.

Tablica 7. Razlike u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi

Stručna sprema	N	Medijan	$\chi^2(SS)$	p
SSS	55	25,00	20,27 (2)	<0,001***
VŠS	21	23,00		
VSS	25	20,00		

N – broj ispitanika, Medijan - medijan, χ^2 – Kruskal Wallis H test, SS – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Kruskal Wallis test otkrio je značajnu statističku razliku u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi ($\chi^2(2)=20,27$, $p < 0,001$).

Post-hoc Mann-Whitneyevi U testovi koristili su se kako bi se ispitala razlika u odnosu Autoritarnost između pojedinih grupa. Nije otkrivena značajna statistička razlika u odnosu Autoritarnost između ispitanika srednje i više stručne spreme ($U=460,00$, $p=0,170$). Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno nižem stupnju odnosa Autoritarnost od ispitanika srednje stručne spreme ($U=260,50$, $p < 0,001$), i ispitanika više stručne spreme ($U=145,00$, $p < 0,01$).

▪ **Razlike u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi**

Da bismo ispitali razliku u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po spolu provedena je jednosmjerna ANOVA što je prikazano u Tablici 8.

Tablica 8. Razlike u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi

Stručna sprema	N	M(SD)	F(SS)	p
SSS	55	37,20(3,61)	3,91(2)	0,023*
VŠS	21	38,71(4,20)		
VSS	25	39,60(3,58)		

N – broj ispitanika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, F – jednosmjerna ANOVA, SS – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Jednosmjerna ANOVA otkrila je statistički značajnu razliku u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi ($F(2)=3,91$, $p < 0,05$).

Tukeyevi post-hoc testovi koristili su se kako bi se ispitala razlika u odnosu Benevolentnost između pojedinih grupa. Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno višem stupnju odnosa Benevolentnost od ispitanika srednje stručne spreme ($p < 0,05$). Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu Benevolentnost između ispitanika srednje i više stručne spreme ($p=0,258$), niti ispitanika više i visoke stručne spreme ($p=0,702$).

▪ **Razlike u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi**

Da bismo ispitali razliku u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi provedena je jednosmjerna ANOVA što je prikazano u Tablici 9.

Tablica 9. Razlike u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi

Stručna sprema	N	M(SD)	F(SS)	p
SSS	55	21,74(4,06)	4,18(2)	0,018*
VŠS	21	20,52(3,94)		
VSS	25	18,72(5,22)		

N – broj ispitanika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, F – jednosmjerna ANOVA, SS – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Jednosmjerna ANOVA otkrila je statistički značajnu razliku u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi ($F(2)=4,18$, $p < 0,05$).

Tukeyevi post-hoc testovi koristili su se kako bi se ispitala razlika u odnosu Socijalna ograničenja između pojedinih grupa. Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno nižem stupnju odnosa Socijalna ograničenja od ispitanika srednje stručne spreme ($p < 0,05$).

Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu Socijalna ograničenja između ispitanika srednje i više stručne spreme ($p=0,520$), niti ispitanika više i visoke stručne spreme ($p=0,345$).

- **Razlike u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi**

Da bismo ispitali razliku u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi proveden je Kruskal Wallis test što je prikazano u Tablici 10.

Tablica 10. Razlike u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi

Stručna sprema	N	Medijan	$\chi^2(SS)$	p
SSS	55	38,00	6,39 (2)	0,041*
VŠS	21	37,00		
VSS	25	40,00		

N – broj ispitanika, Medijan - medijan, χ^2 – Kruskal Wallis H test, SS – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Kruskal Wallis test otkrio je značajnu statističku razliku u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi ($\chi^2(2)=6,39$, $p < 0,05$).

Post-hoc Mann-Whitneyevi U testovi koristili su se kako bi se ispitala razlika u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između pojedinih grupa. Nije otkrivena značajna statistička razlika u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između ispitanika srednje i više stručne spreme ($U=565,00$, $p=0,884$). Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno višem stupnju odnosa Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije od ispitanika srednje stručne spreme ($U=459,50$, $p < 0,05$) i ispitanika više stručne spreme ($U=171,00$, $p < 0,05$).

- **Razlike u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi**

Da bismo ispitili razliku u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po spolu provedena je jednosmjerna ANOVA što je prikazano u Tablici 11.

Tablica 11. Razlike u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi

Stručna sprema	N	M(SD)	F(SS)	p
SSS	55	-28,24(12,72)	7,58(2)	0,001**
VŠS	21	-32,71(11,73)		
VSS	25	-40,40(14,44)		

N – broj ispitanika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, F – jednosmjerna ANOVA, SS – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Jednosmjerna ANOVA otkrila je statistički značajnu razliku u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi ($F(2)=7,58$, $p < 0,01$).

Tukeyevi post-hoc testovi koristili su se kako bi se ispitala razlika u ukupnom rezultatu CAMI skale između pojedinih grupa. Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno nižem stupnju ukupnom rezultatu CAMI skale od ispitanika srednje stručne spreme ($p < 0,01$). Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu u ukupnom rezultatu CAMI skale između ispitanika srednje i više stručne spreme ($p=0,373$), niti ispitanika više i visoke stručne spreme ($p=0,117$).

4.3.3. Razlike u odnosu prema duševnim bolesnicima između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab

- **Razlike u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab**

Da bismo ispitati razliku u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab proveden je Kruskal Wallis test što je prikazano u Tablici 12.

Tablica 12. Razlike u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab

Duljina radnog staža u PB Rab	N	Medijan	$\chi^2(SS)$	p
<10	48	23,00	4,15(3)	0,245
11-20	14	23,00		
21-30	18	23,00		
31<	21	25,00		

N – broj ispitanika, Medijan - medijan, χ^2 – Kruskal Wallis H test, SS – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Kruskal Wallis test nije otkrio značajnu statističku razliku u odnosu Autoritarnost između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi ($\chi^2(3)=4,15$, $p=0,245$).

▪ **Razlike u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab**

Da bismo ispitili razliku u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab provedena je jednosmjerna ANOVA što je prikazano u Tablici 13.

Tablica 13. Razlike u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab

Duljina radnog staža u PB Rab	N	M(SD)	F(SS)	p
<10	48	38,98(4,16)	2,09(3)	0,106
11-20	14	37,43(4,18)		
21-30	18	38,05(2,75)		
31<	21	36,62(3,26)		

N – broj ispitanika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, F – jednosmjerna ANOVA, SS – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Jednosmjerna ANOVA nije otkrila statistički značajnu razliku u odnosu Benevolentnost između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab ($F(3)=2,09$, $p=0,106$).

▪ **Razlike u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab**

Da bismo ispitili razliku u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab provedena je jednosmjerna ANOVA što je prikazano u Tablici 14.

Tablica 14. Razlike u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab

Duljina radnog staža u PB Rab	N	M(SD)	F(SS)	p
<10	48	20,87(4,87)	0,66(3)	0,576
11-20	14	20,14(4,42)		
21-30	18	19,78(4,14)		
31<	21	21,67(3,98)		

N – broj ispitanika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, F – jednosmjerna ANOVA, SS – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Jednosmjerna ANOVA nije otkrila statistički značajnu razliku u odnosu Socijalna ograničenja između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab ($F(3)=0,66$, $p=0,576$).

- **Razlike u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab**

Da bismo ispitali razliku u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab proveden je Kruskal Wallis test što je prikazano u Tablici 15.

Tablica 15. Razlike u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab

Duljina radnog staža u PB Rab	N	Medijan	$\chi^2(SS)$	p
<10	48	38,00	0,15(3)	0,985
11-20	14	38,00		
21-30	18	38,50		
31<	21	39,00		

N – broj ispitanika, Medijan - medijan, χ^2 – Kruskal Wallis H test, SS – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Kruskal Wallis test nije otkrio značajnu statističku razliku u odnosu Ideologija u zajednici utemeljene rehabilitacije između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi ($\chi^2(3)=0,15$, $p=0,985$).

- **Razlike u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab**

Da bismo ispitati razliku u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab provedena je jednosmjerna ANOVA što je prikazano u Tablici 16.

Tablica 16. Razlike u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab

Duljina radnog staža u PB Rab	N	M(SD)	F(SS)	p
<10	48	-32,83(15,79)	0,75(3)	0,527
11-20	14	-32,14(14,57)		
21-30	18	-34,78(10,27)		
31<	21	-28,48(10,81)		

N – broj ispitanika, M – aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, F – jednosmjerna ANOVA, SS – stupnjevi slobode, p – statistička značajnost (* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$)

Jednosmjerna ANOVA nije otkrila statistički značajnu razliku u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po duljini radnog staža u PB Rab ($F(3)=0,75$, $p=0,527$).

5. Rasprava

Uspoređujući rezultate ovog istraživanja sa sličnim dostupnim istraživanjima može se utvrditi da je ovo prvo istraživanje ovog oblika isključivo na zdravstvenim djelatnicima koji rade u psihijatrijskoj bolnici, mada se CAMI upitnik - Skala za mjerenje stavova zajednice prema mentalnoj bolesti (CAMI Community Attitudes Toward the Mentally Ill) koristi već dugi niz godina kao standardni upitnik koji ispituje stavove i odnose prema duševnim bolesnicima, kako na zdravstvenim djelatnicima tako i u općoj populaciji.

CAMI upitnik osmislili su 1979. godine Taylor i njegovi suradnici, da bi dvije godine poslije, 1981. godine Taylor i Dear načinili CAMI II upitnik kojemu su pridodana mjerenja „Mišljenje prema mentalnim bolestima“ (Options About Mental Illness-OMI). OMI upitnik je pridodan ponajviše jer CAMI I nije sadržavao pitanja iz područja deinstitalizacije i liječenja osoba sa mentalnim poremećajima. (28)

Taylor i Dear su CAMI upitnikom izrazili visoku povezanost između varijabli dob, spol, zanimanje i životni standard, za izražavanje odnosa i stavova o deinstitalizaciji duševnih bolesnika i njihovom mogućem liječenju u zajednici. (28)

Primjerice, u susjednoj Bosni i Hercegovini je 2012. godine provedeno detaljno istraživanje na općoj populaciji zemlje “Stavovi javnosti prema osobama oboljelim od mentalnih poremećaja u Bosni i Hercegovini“ u cilju očuvanja mentalnoga zdravlja. Njihovi rezultati CAMI upitnika su donijeli zaključak da opća populacija BiH izražava toleriranje duševnih bolesnika sa prihvaćanjem rehabilitacija duševnih bolesnika u zajednicama, sa najčešće dobronamjnim stavovima. (26)

Tim istraživanjem u BiH iz 2012. utvrđena je problematika nedovoljnog znanja o različitim duševnim bolestima kod opće populacije i prisutnoj stigmi ponajviše zbog toga što navode medije kao najznačajniji izvor obavještavanja o duševnim bolesnicima koji najčešće u negativnom kontekstu izvještavaju o duševnim bolesnicima i to najviše u rubrikama crne kronike. Istim je istraživanjem neobrazovanost postavljena kao vodeći razlog stigmatizacije. Utvrdili su da osobe sa završenim višim stupnjem obrazovanja, kao i one u urbanim područjima imaju pozitivnije stavove o duševnim bolesnicima. (26)

Možemo učiniti poveznicu sa ovim istraživanjem gdje su najpozitivnije rezultate prema duševnim bolesnicima naveli zdravstveni djelatnici visoke stručne spreme koji su ujedno i najobrazovaniji u smislu poželjne destigmatizacije duševnih bolesnika. To nam u raspravi daje snagu da argumentiramo nužnost stručne edukacije kako zdravstvenih djelatnika tako i da putem medija trebamo opću populaciju kontinuirano informirati o duševnim bolestima kao stanjima koja se mogu dogoditi svakom čovjeku. Medije treba ograničiti u njihovom naglašavanju negativnih vijesti u kojima su prisutni duševni bolesnici, te bi trebalo povećati broj informativnih i zdravstveno-edukacijskih emisija sa pozitivnim i stručnim sudionicima iz područja mentalnog zdravlja.

Možda bi destigmatizacijom u javnosti osobe, koje sumnjaju da imaju duševnu bolest, a još nisu potražili stručnu pomoć, lakše i bez ustručavanja potražili pomoć zdravstvenih djelatnika koji su educirani za rad sa duševnim oboljenjima.

U Hrvatskoj je 2017. provedeno istraživanje, na općoj populaciji, kojemu je cilj bilo utvrditi postoje li razlike u stavovima ispitanika prema duševnim bolesnicima s obzirom na čimbenike dob, spol, stupanj obrazovanja, vrstu zanimanja, kao i količinu iskustava rada sa duševnim bolesnicima. Također se koristio upitnik CAMI- Skala za mjerenje stavova zajednice prema mentalnoj bolesti (CAMI Community Attitudes Toward the Mentally Ill). Utvrđeno je da ženske osobe koje su bile u doticaju sa duševnim bolesnicima, te zdravstveni djelatnici imaju pozitivnije mišljenje o duševnim bolesnicima od ostatka ispitanika. Zaključci tog istraživanja su da se njihovi podaci mogu uzeti u obzir za poduzimanje mjera prevencije smanjenja stigme prema duševnim bolesnicima. Oni naglašavaju da se u zajednici u kojoj se očituju psihički problemi, mora djelovati preko liječnika obiteljske medicine. Ukoliko su te tegobe u osoba mlađe životne dobi, nužno je uključiti i liječnike školske medicine i predškolskih ustanova. Ukoliko te mjere ne daju rezultate onda je potrebno uključiti u liječenje i specijaliste psihijatrije. (27)

Zaključke i samo istraživanje u Republici Hrvatskoj 2017. godine također možemo povezati sa ovim istraživanjem na zdravstvenim djelatnicima u Psihijatrijskoj bolnici Rab jer se rezultati preklapaju u vidu educiranosti i stručnog obrazovanja. Ono je pokazalo kako

zdravstveni djelatnici imali pozitivniji stav o duševnim bolesnicima od nezdravstvenih djelatnika. Zdravstveni djelatnici se tijekom svog obrazovanja za strukovno zanimanje medicinskog usmjerenja osposobljavaju za samostalno pružanje stručne pomoći duševnim bolesnicima i tijekom svog praktičnog rada tijekom obrazovanja prolaze odjele gdje su izravno u kontaktu sa osobama oboljelih od različitih duševnih oboljenja. Dok nezdravstvena ili opća populacija najčešće o duševnim bolesnicima dobiva sliku i polu informacije iz okoline ili medija koji uglavnom negativno percipiraju duševne bolesnike. Stoga su rezultati u sva tri istraživanja negativnija prema duševnim bolesnicima usporedno sa stavovima zdravstvenih radnika.

Mogući nedostaci ovog istraživanja su ograničen broj ispitanika. Idući mogući korak bi mogao biti provođenje istog upitnika sa nezdravstvenim djelatnicima koji rade u bolnicama sa duševnim bolesnicima. Mogući prijedlog je da se provede ispitivanje u drugim psihijatrijskim bolnicama pa da se njihovi dobiveni podaci usporede sa podacima dobivenim u ovom istraživanju. Može se i provesti istraživanje sa zdravstvenim djelatnicima u drugim ustanovama kojima nije primarna djelatnost psihijatrija, primjerice kardiologija ili gastroenterologija, a čiji zdravstveni djelatnici po potrebi liječe i duševne bolesnike ukoliko isti imaju indikacije za obradu i liječenje.

6. Zaključak

Rezultati dobiveni u ovom istraživanju ne odgovaraju hipotezi 1 „Zdravstveni djelatnici koji imaju više radnog staža u PB Rab imaju pozitivniji odnos prema duševnim bolesnicima, od zdravstvenih djelatnika koji imaju kraći radni staž u PB Rab“, jer testovima Autoritarnost, Benevolentnost, Socijalna ograničenja i ukupan CAMI nije utvrđena statistički značajna razlika u odnosu prema duševnim bolesnicima s obzirom na duljinu radnog staža u Psihijatrijskoj bolnici Rab.

Hipoteza 2 „Stupanj obrazovanja zdravstvenog djelatnika utječe na odnos prema duševnim bolesnicima“ se pokazala točnom jer se ovim istraživanjem utvrđuje klinički značajna razlika prema stručnoj spremi gdje su:

- Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali o statistički značajno nižem stupnju odnosa Autoritarnost od ispitanika srednje stručne spreme i ispitanika više stručne spreme što znači da imaju pozitivnije mišljenje prema duševnim bolesnicima.
- Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno višem stupnju odnosa Benevolentnost od ispitanika srednje stručne spreme. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu Benevolentnost između ispitanika srednje i više stručne spreme, niti ispitanika više i visoke stručne spreme.
- Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno nižem stupnju odnosa Socijalna ograničenja od ispitanika srednje stručne spreme što znači da imaju pozitivnije mišljenje prema duševnim bolesnicima. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu Socijalna ograničenja između ispitanika srednje i više stručne spreme, niti ispitanika više i visoke stručne spreme.
- Jednosmjerna ANOVA otkrila je statistički značajnu razliku u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi.
- Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno nižem stupnju u ukupnom rezultatu CAMI skale od ispitanika srednje stručne spreme što znači da imaju pozitivnije mišljenje prema duševnim bolesnicima. Nije pronađena statistički značajna razlika u odnosu u ukupnom rezultatu CAMI skale između ispitanika srednje i više stručne spreme, niti ispitanika više i visoke stručne spreme.

Hipoteza 3 „Nema razlika u odnosu zdravstvenih djelatnika zaposlenih u PB Rab prema duševnim bolesnicima s obzirom na spol“ pokazala se točnom jer se sa testovima Autoritarnost, Benevolentnost, Socijalna ograničenja i ukupan CAMI nije utvrdila klinički značajna razlika između stručnih prema zdravstvenih djelatnika u Psihijatrijskoj bolnici Rab.

Da bi poboljšali odnos i percepciju osoba s duševnim smetnjama u životnoj zajednici potrebno je aktivno uključiti osobe s duševnim oboljenjima u aktivnosti koje promiču zdravlje i štite mentalno zdravlje. (29)

Uvijek se dobro podsjetiti na stare, ali i aktivne Zakonske i pravne odredbe kao što su:

- Nurnbergški etički kodeks

1947. godine je u Njemačkoj donesen „Nurnbergški kodeks“ ili još poznat kao „Nurnbergški etički kodeks“ koji je bio rezultat sudskih procesa liječnicima koji su tijekom drugog svjetskog rata bili dio nacističkog zločina prema zatvorenicima. „Nurnbergški etički kodeks“ je obznanio deset načela koji su naknadno utjecali na medicinsku praksu zemalja širom svijeta za oblikovanje njihovih etičkih kodeksa. (34)

- Opća deklaracija o ljudskim pravima

Prvi sveobuhvatni dokument o zaštiti ljudskih prava je „Opća deklaracija o ljudskim pravima“ usvojena 10. prosinca 1948. godine na Općoj skupštini Ujedinjenih naroda. Taj dokument se smatra polazištem kod izrade međunarodnih standarda ljudskih prava širom svijeta. (21)

- Havajska deklaracija

1977. godine je svjetsko psihijatrijsko društvo usvojilo Havajsku deklaraciju i taj dokument se smatra prvim etičkim dokumentom kojim je regulirana psihijatrijska praksa u vidu etičkog kodeksa zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja. U Havajskoj deklaraciji su se utvrdile dužnosti psihijatara prema bolesnicima, odnos između psihijatra i bolesnika, proces liječenja koji je obuhvaćao i eventualna klinička istraživanja i ispitivanja na bolesnicima, te definiranje prisilnog liječenja. Postavila se i obveza potpisivanja informiranog pristanka. Terapijski odnos u psihijatriji je presudan u liječenju i kao takav je posebno naglašen u Havajskoj deklaraciji gdje je napisano da se taj terapijski odnos treba temeljiti na povjerljivosti, povjerenju, suradnji i uzajamnoj odgovornosti. (21)

- Standardi Europskog odbora za sprečavanje mučenja i neljudskog ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT)

Vijeće Europe je 1987. godine utemeljilo Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) kao sastavni dio Vijeća Europe koji radi na zaštiti ljudskih prava i imaju preventivnu ulogu. Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) ima ovlasti posjete zemljama članicama Konvencije kao periodične posjete ili potrebne posjete zbog određenih okolnosti. Europski odbor CPT ima ovlasti pristupamjestima na kojima se nalaze osobe lišene slobode što podrazumijeva i duševne bolesnike u zdravstvenim ustanovama, kao i kretanje takvim mjestima bez ograničenja, te pristupu svim informacijama kojima se raspolaže kako bi Europski odbor (CPT) mogao sastaviti izvješće i donijeti određenu odluku, temeljenu na suradnji i povjerljivosti tih podataka. (43)

- Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (CPT) nadzire slijedeća područja (43):
 - životne uvjete u zdravstvenim ustanovama koje pružaju usluge liječenja duševnih bolesnika (higijenski uvjeti, kvaliteta života, prehrana)
 - osposobljenost kadrova koji provode liječenje duševnih bolesnika (kvalificiranost)
 - načini korištenja sredstava za ograničenje slobode kretanja (procedure sputavanja)
 - prevencija namjernog zlostavljanja duševnih bolesnika
- Načela zaštite osoba s mentalnim oboljenjima i unapređenje mentalnog zdravlja
Na Plenarnom sastanku Ujedinjenih naroda 17. prosinca 1991. godine u svrhu zaštite osoba s mentalnim oboljenjima i unapređenju mentalnog zdravlja doneseno je dvadeset i pet načela zaštite osoba oboljelih od duševnih poremećaja koje utvrđuju prava i slobode duševnih bolesnika. (42)

Ta Načela zaštite osoba s mentalnim oboljenjima i unapređenje mentalnog zdravlja obuhvaćaju (42):

- osnovna ljudska prava i slobode duševnih bolesnika
- uloge zajednice i kulture u unapređenju mentalnog zdravlja
- suglasnosti za liječenje duševnih bolesnika

- obavještanje o pravima duševnih bolesnika
- pravima i uvjetima zdravstvenih ustanova u kojima se provodi liječenje duševnih bolesnika
- sredstvima potrebnim za rad zdravstvenih ustanova u kojima se provodi liječenje duševnih bolesnika
- načela prijema duševnih bolesnika na liječenje
- postupci u slučaju nedobrovoljnog prijema duševnih bolesnika na liječenje
- nadzorna tijela koja reguliraju provođenja postupaka sa duševnim bolesnicima
- proceduralna zaštita duševnih bolesnika
- pravo na pristupu informacija o duševnim bolesnicima
- procedura sa osuđenim osobama koje imaju mentalno oboljenje
- žalbama koje uključuju osobe s mentalnim oboljenjima
- nadzor
- pravni tijek
- zaštita postojećih prava
- medicinska ispitivanja koja uključuju duševne bolesnike
- proceduralne pogreške koje uključuju duševne bolesnike

- Madridska deklaracija

Svjetsko psihijatrijsko društvo je na svojoj Generalnoj skupštini 1996. godine u Madridu izvršilo reviziju etičkih standarda iz Havajske deklaracije i donijeli su „Madridsku deklaraciju“ kojom je naglašena etička obveza psihijatrijske profesije i postavljene su pretpostavke na kojima se ona treba temeljiti. U Madridskoj deklaraciji je naglašeno da psihijatri uvijek moraju biti svjesni granica u odnosu liječnika i bolesnika, poštivati bolesnika i brinuti za bolesnikove moralne vrijednosti. (40)

U sklopu Madridske deklaracije donešeno je sedam uputa kojih se trebaju pridržavati svi psihijatri:

1. Psihijatrija je medicinska disciplina koja se bavi: prevencijom psihičkih poremećaja u populaciji, provođenjem najboljeg mogućeg liječenja psihičkih poremećaja, rehabilitacijom osoba oboljelih od psihičkih poremećaja i promocijom mentalnog zdravlja. Dužnost psihijatra je pružiti bolesniku najbolju dostupnu terapiju, u skladu s prihvaćenim znanstvenim spoznajama i etičkim principima. Psihijatri bi trebali

primjenjivati terapijske intervencije koje u najmanjoj mjeri ograničavaju slobodu bolesnika i tražiti savjete za ona područja svoga rada za koja nisu primarno specijalizirani. U svom radu, psihijatri trebaju biti svjesni i voditi računa o ravnomjernoj raspodjeli zdravstvenih resursa.

2. Dužnost je psihijatra pratiti nova znanstvena postignuća u svojoj profesiji i prenositi nove spoznaje drugima. Psihijatri uključeni u istraživanja trebaju težiti proširenju znanstvenih granica psihijatrije.
3. Bolesnik treba biti prihvaćen kao ravnopravni partner u terapijskom procesu. Odnos psihijatar-bolesnik mora biti temeljen na uzajamnom povjerenju i poštivanju što bolesniku omogućava donošenje slobodnih i informiranih odluka. Dužnost je psihijatra pružiti bolesniku sve relevantne informacije kako bi osnažio bolesnika za donošenje racionalne odluke u skladu s njegovim osobnim vrijednostima i sklonostima.
4. Kada bolesnik nije sposoban i/ili nije u mogućnosti donijeti primjerenu odluku. Zbog psihičkog poremećaja, psihijatri se trebaju konzultirati s obitelji oboljelog, ili ako je potrebno, potražiti pravnog savjetnika, kako bi zaštitili bolesnikovo dostojanstvo i njegova zakonska prava. Liječenje se ne bi trebalo provoditi protiv volje bolesnika, osim ako bi izostanak liječenja ugrozio život bolesnika i/ili život ljudi koji su u bolesnikovoj blizini. Liječenje uvijek mora biti u najboljem interesu bolesnika.
5. Kada se od psihijatra traži da procijeni osobu, dužnost je psihijatra najprije osobu informirati i obavijestiti o svrsi intervencije, za što će nalazi biti upotrijebljeni i mogućim posljedicama izvršene procjene. Ovo je posebno važno kada su psihijatri uključeni u proces kao treća strana.
6. Informacije dobivene u terapijskom odnosu su povjerljive, spadaju u bolesnikovu privatnost i trebalo bi ih se koristiti isključivo u svrhu poboljšanja zdravlja bolesnika. Psihijatrima je zabranjeno korištenje ovih informacija iz osobnih razloga ili zbog vlastite koristi. Kršenje pravila privatnosti opravdano je samo ako to zahtijeva zakon ili kada bi zbog zadržavanja povjerljivih informacija moglo doći do ozbiljnog ugrožavanja tjelesnog ili psihičkog zdravlja bolesnika ili treće osobe. U tom slučaju, psihijatri bi trebali, kada god je to moguće, obavijestiti bolesnika o postupcima koje će poduzeti.

7. Istraživanja koja se ne provode prema znanstvenim standardima i koja nisu znanstveno valjana, nisu etična. Istraživanja moraju biti odobrena od strane Etičkih povjerenstava. Psihijatri trebaju slijediti međunarodna i nacionalna pravila za provođenje istraživanja. Istraživanja trebaju provoditi samo osobe koje su za to educirane. Obzirom da bolesnici oboljeli od psihičkih poremećaja spadaju u posebno ranjivu populaciju, posebnu pažnju treba posvetiti njihovoj sposobnosti sudjelovanja u istraživanju i zaštiti njihove autonomije kao i njihovom psihičkom i tjelesnom integritetu. Etički se standardi trebaju primjenjivati prilikom izbora populacijskih grupa u svim vrstama istraživanja, uključujući epidemiološka i sociološka istraživanja, kao i istraživanja koja uključuju druge discipline ili više istraživačkih centara. (40)

U sklopu Madridske deklaracije Etičko povjerenstvo Svjetskog psihijatrijskog društva je donijelo je šesnaest specifičnih uputa za specifične situacije (40):

1. eutanazija
2. tortura
3. smrtna kazna
4. spolna selekcija
5. transplantacija organa
6. psihijatri i obraćanje medijima
7. psihijatrija i diskriminacija na odnosu etičke ili kulturalne pripadnosti
8. psihijatri i genetska istraživanja
9. etika u psihoterapiji
10. sukob interesa povezan uz industriju
11. sukobi povezani sa trećom stranom u zdravstvenom sustavu
12. kršenje profesionalnih granica i povjerenja između psihijatara i bolesnika
13. zaštita prava psihijatara
14. priopćavanje dijagnoze Alzheimerove bolesti i drugih demencija
15. dvostruka odgovornost psihijatara
16. rad s bolesnicima i njegovateljima

▪ Konvencija o pravima osoba s invaliditetom (CRPD)

Opća skupština Ujedinjenih naroda je 13. prosinca 2006. godine usvojila dokument Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (CRPD) kojim se štite prava osoba s

invaliditetom, kao i obaveze država i drugih sudionika kojima se ta prava reguliraju i štite. Područja koja su obuhvaćena ovom Konvencijom su zapošljavanje, pravosuđe, obrazovanje, javno djelovanje, političko djelovanje, sloboda kretanja, sprečavanje nasilja, mučenja te izrabljivanja u cilju ostvarivanja temeljnih ljudskih prava i temeljnih sloboda svih osoba s invaliditetom, uključujući i duševne bolesnike bez diskriminiranja. (41)

- Nacionalni preventivni mehanizam (NPM) za sprečavanje mučenja i drugih okrutnih, neljudskih ili ponižavajućih postupka ili kažnjavanja.

Poslove nacionalnog preventivnog mehanizma u Republici Hrvatskoj obavlja peteročlani odbor koji čine pučki pravobranitelj u suradnji sa dva predstavnika udruga registriranih za obavljanje djelatnosti iz područja zaštite ljudskih prava i dva predstavnika akademske zajednice i o svom radu izvješćuju Hrvatski sabor. Zakon o Nacionalnom preventivnom mehanizmu za sprečavanje mučenja i drugih okrutnih, neljudskih ili ponižavajućih postupaka ili kažnjavanja je usvojio Hrvatski sabor 28. siječnja 2011. godine sa osnovnom zadaćom obilaženjem osoba koje su lišene slobode. Rad NPM-a uključuje obilaženje i duševnih bolesnika u psihijatrijskim bolnicama koji imaju sudske mjere prisilnog liječenja. (44)

- Povjerenstvo za zaštitu osoba s duševnim smetnjama u RH

Zakon o zdravstvenoj zaštiti duševnih bolesnika u Republici Hrvatskoj je odredilo osnivanje Povjerenstva za zaštitu osoba s duševnim smetnjama koje čine jedanaest članova i svrha mu je raspravljati o važnim pitanjima iz područja osoba s duševnim smetnjama štiteći njihovo dostojanstvo, ljudska prava i slobode, ispravljati nepravilnosti, ispitivati pojedine slučajeve, pratiti izvršavanje predloženih preporuka i druga pitanja važnima za zaštitu osoba s duševnim smetnjama i unapređenju njihova zdravlja. (6)

- Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama

Hrvatski sabor je 13. lipnja 2014. godine donio Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama kojim se propisuju temeljna načela, zaštitna prava te uvjeti za primjenu mjera i postupanje prema duševnim smetnjama. (6)

- Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ostvaruje se zaštita osoba s duševnim smetnjama:

1. poštovanje i zaštita prava te unapređenje zdravlja osoba s duševnim smetnjama
2. primjena odgovarajućih medicinskih postupaka prema osobama s duševnim smetnjama
3. uključivanje osoba s duševnim smetnjama u redovite obrazovne programe ili u posebne programe namijenjene osobama s duševnim smetnjama
4. uključivanje osoba s duševnim smetnjama u obiteljsku, radnu i društvenu sredinu.
5. poticanje rada udruga kojima je cilj ostvarivanje prava i interesa osoba s duševnim smetnjama
6. izobrazba osoba koje se bave zaštitom prava i unapređenjem zdravlja osoba s duševnim smetnjama. (6)

Određenje Etike, kao filozofska disciplina je da proučava ciljeve i smisao moralnih htjenja kao i načine ljudskog ponašanja proizašlih iz skupa navika koje se percipiraju sa stajališta morala, dobro naspram lošega, poštenje naspram nepoštenja, dopustivi naspram nedopustivih obrazaca ponašanja. (22)

Moral definiramo skupom vrijednosti opće prihvaćenih u određenom vremenskom razdoblju za društvo ili zajednicu koja obitava na tome određenom prostoru. (23)

Stajalište većine stručnjaka iz područja etike i morala je da je zadatak etike u suštini da rastumači moral i da se utvrdi moralni stav za pojedine situacije u praktičnoj prirodi. (24)

Prema jednoj od brojnih definicija Bioetika je znanstvena disciplina bliža zdravstvenim djelatnicima jer propituje sustavno proučavanje ljudskog djelovanja na području brige za zdravlje bolesnika i populacije ukoliko je to postupanje ispitivano, u svijetlu moralnih vrednota i načela, primjenjujući načela dobročinstva, pravednosti, neškodljivosti, te prava bolesnika na samostalno odlučivanje. (22)

Razlikujemo još i opću znanstvenu disciplinu medicinsku etiku kojoj je primarno područje istraživanja problematika morala u području medicine. Iz perspektive znanstvenog i tehnološkog razvoja same medicine termin „medicinska etika“ obuhvaća područje etičkih

pitanja u medicini, postupaka koji su etički opravdani ili nisu, analiziranje postojećih i novih pristupa u liječenju ljudi. (34)

Etički kodeks u zdravstvu potječe još iz Hipokratove zakletve u kojoj se liječnik putem zakletve obvezuje i priseže da će u liječenju bolesnih primjenjivati opće prihvaćeni liječnički kodeks. Hipokratova zakletva potiče iz 4. stoljeća prije Krista. (25)

Psihijatrijska etika je posebni i samostalni dio medicinske etike jer se liječenju duševnih bolesnika pristupa drugačije od ostalih bolesnika zbog same prirode duševnih oboljenja koje mogu uključivati i oduzimanje samostalne sposobnosti odlučivanja duševnom bolesniku u svrhu njegovog liječenja. Liječenje duševnih bolesnika u određenim stanjima podrazumijeva lišenje njegove sposobnosti donošenja racionalnih odluka, da bi se zastupio njegov vlastiti interes ili opći interes. (35)

Liječnici psihijatri kao najodgovorniji u liječenju duševnih bolesnika imaju iznimnu profesionalnu odgovornost koja obuhvaća mnogobrojne etičke izazove ponajviše jer liječenje duševnih bolesnika nekada zahtijeva liječenje protiv volje samog bolesnika i kršenje pravila profesionalne tajne u cilju zaštite zdravlja samog bolesnika i ostalih u okruženju. Psihijatri moraju nužno posjedovati vještine prepoznavanja etičkih aspekata profesionalne situacije kao i kritičkih procjena stanja duševnih bolesnika. Zatim psihijatri moraju biti sposobni koncipirati mjere zaštite u etički kompleksnim situacijama, tražiti dodatne konzultacije i eventualne supervizije potrebne u liječenju duševnih bolesnika da bi sveli na minimum moguće konfliktne situacije sa bolesnicima i motivirali duševne bolesnike na njihov osobni interes u liječenju. (36)

Kako bi duševnog bolesnika motivirali na aktivno sudjelovanje u liječenju nužan je terapijski odnos koji podrazumijeva da zdravstveni djelatnici koji sudjeluju u liječenju duševnih bolesnika posjeduju visoki stupanj empatije čak iako su izloženi agresivnom ponašanju od strane duševnog bolesnika, moraju biti sposobni savladati eventualni strah od istih u određenim izvanrednim situacijama, te poštovati stavove i mišljenja svakog duševnog bolesnika. (37)

Kako bi zdravstveni djelatnici zaštitili duševne bolesnike nužno je da u svome radu poštuju bioetičko načelo povjerljivosti informacija o svakom duševnom bolesniku zbog osjetljivosti istih. Ovisno o situaciji, nekada se podaci o bolesniku moraju štititi i od njih samih ukoliko se procijeni da mu te informacije mogu naštetiti. Iako su povjerenje i iskrenost temeljne vrijednosti psihijatrijskog liječenja kao posebne grane medicine. (36)

Kako bi štitili dostojanstvo duševnog bolesnika moramo ga informirati o postupcima u liječenju na njemu razumljiv i prilagođen način s naglaskom na samo na medicinsko postupanje koje kanimo provesti s ciljem poboljšanja duševnog zdravlja pojedinca, već i s naglaskom na koristi samog postupka, bilo razgovorom ili po potrebi i pisanim uputama kao dodatnim pojašnjenjem. (38)

Svaka osoba sa duševnim oboljenjem koja pristaje na liječenje u psihijatrijskoj bolnici treba potpisati informirani pristanak za hospitalizaciju na način da joj se ne prijeti, ucjenjuje, vrši pritisak od strane obitelji ili okoline, manipulira ili pod uvjetom da duševnom bolesniku nije zakonski oduzeta sposobnost samostalnog odlučivanja o istome.

Odlučivanje na prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu je najčešća etička dilema u psihijatriji i u Havajskoj deklaraciji je izneseno pravilo koje je potom primijenio i Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u članku 27. gdje se navodi: „Osoba s težim duševnim smetnjama koja zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, smjestit će se u psihijatrijsku ustanovu po postupku za prisilno zadržavanje ili prisilni smještaj propisan ovim Zakonom“. (6)

Ukoliko se provode biomedicinska ili biotehnološka istraživanja kojima je svrha ispitati nove tehnologije u liječenju, kao i nove lijekove s obzirom da je prisutan određeni rizik na ispitanika nužno je poštovati etička načela zaštite dostojanstva, neškodljivosti, dobrobiti, pravednosti i temeljnih ljudskih prava duševnih bolesnika. (6) Temeljno pravilo svih istraživanja treba biti da se postupak slobodnog informiranog pristanka pojedinca može povući u bilo kojem trenutku. Potrebna je ujednačenost između dobrobiti i štetnosti samog istraživanja. Potencijalni štetni rizici istraživanja moraju biti niži od potencijalne dobrobiti samog istraživanja. (36)

I za kraj senzibiliziranje javnosti o psihijatrijskim bolnicama i duševnim bolesnicima koji se liječe u tim ustanovama može se postići metodama borbe protiv stigmatizacije duševnih bolesnika koje uključuju:

- psihoedukacije zaposlenika u psihijatrijskim bolnicama sa točnim informacijama o bolestima i stanjima

- kontakt sa oboljelima od duševnih bolesti gdje se stječu iskustva sa konkretnim pojedincima koji su na liječenju u pojedinoj psihijatrijskoj bolnici koje utječu na mijenjanje unaprijed prisutnih negativnih odnosa i stavova

- suprostavljanje nepravednim postupcima prema duševnim bolesnicima u obliku protestiranja zbog diskriminacije prema istima. (17)

7. Literatura

1. Begić D., Jukić V., Medved V.; Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
2. Filaković P. i sur., Psihijatrija, Medicinski fakultet Osijek, Osijek, 2014.
3. Božićević M., Bradaš Z., Sestrinske dijagnoze u zdravstvenoj njezi psihijatrijskog bolesnika, HUMS, 2011.
4. Frančišković T., Moro Lj. i sur., Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2009.
5. Hotujac Lj., Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2006. str. 10-9; 70-9.
6. Zakon o zaštiti osoba [Internet]. Dostupno na: www.zakon.hr/z/181/Zakon-o-zaštiti-osoba-s-duševnim-smetnjama. pregledano dana 06.12.2019.
7. Opler M.K., The use of culture in psychiatry, The American Journal of Psychoanalysis, 1973.
8. Rusch N., Angermeyer M.C., Corrigan P.W., Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma, European Psychiatry, 2005. 20: 529-539.
9. Heatherton T.F., Kleck R.E., Hebl M.R., Hull J.G., The social psychology of stigma. New York, The Guilford Press, 2000.
10. Brozović D., Kovačec A.; Hrvatska enciklopedija, Leksikografski zavod Miroslav Krleža, Zagreb 2009.
11. Angermeyer M.C., Matschinger H., The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From Representative Survey in Germany. Schizophrenia Bulletin, 2004; 30(4):1049-61.
12. Corrigan P.; Empowerment and serious mental illness: treatment partnership and community opportunities, Psychiatry Quarterly, 2002; 73(3):217-28.
13. Bajs M., Stavovi srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima i njihovo predviđanje na osnovu kauzalnih atribucija, kontakata i samoprocjene znanja. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, 2003. dostupno na: darhiv.ffzg.unizg.hr/10
14. Šendula-Jengiđ V., Hodak J.; Psihijatrijska bolnica Rab- Prvih 55+ godina rada za mentalno zdravlje, Psihijatrijska bolnica Rab, Rab, 2012.
15. http://www.bolnicarab.hr/hr/terapijski_vrt_u_pb_rab/236/51
pregledano 29.11.2019.godine

16. http://www.bolnicarab.hr/upload/prisup_informacijama/Vazni_dokumenti/Statut-PBRab-2016.pdf Statut Psihijatrijske bolnice Rab (pročišćeni tekst) pregledan dana 28.09.2019. dostupan na službenoj web stranici Pb Rab
17. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. The stigma of psychiatric treatment and help-seeking in tentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2009; 259(5):298-306.
18. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. i Sartorius, N.; Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Psychiatry*, 2007., 190, 192-193. doi: 10.1192/bjp.bp.106.025791
19. Entman, R.M., Framing: Toward clarification of a fractured paradigm. *Journal of Communication*, 1993., 43, 51-58. doi: 10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x
20. Angermeyer M.C., Beck M. i Matschinger H., Determinants of the public's preference for social distance from people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2003., 48, 663-668. doi: 10.1177/070674370304801004
21. Psychiatric Association, *The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry, USA*; 2013., dostupno na: www.psychiatry.org/ethicsprinciples , pregledano: 28.02.2020.
22. Kocijan-Hercigonja D., *Mentalno zdravlje u tranziciji, Hrvatsko zdravstvo u tranziciji, HLZ, Zagreb, 2006.*
23. Ferencić S., Tucak A., *Medicinska etika. Zagreb: Medicinska naklada; 2011. str. 175-189.*
24. Kalauz S., *Sestrinska profesija u svjetlu bioetičkog pluriperspektivizma, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011. str.83-195.*
25. Zindarlić Ž., *Medicinska etika 1, Hrvatsko katoličko liječničko društvo, Zagreb 2004. str.113-127.*
26. *Istraživanje stavova javnosti o osobama sa mentalnim poremećajima. Finalni izvještaj Federacije Bosne i Hercegovine, 2012.*
http://www.mentalnozdravlje.ba/uimages/istrazivanja/stavovi_javnosti_latinica.pdf
pregledano 28.02.2020
27. Škugor T., Sindik J., *Stavovi prema duševnim bolesnicima u društvu-usporedba u odnosu na odabrane socio-demografske čimbenike, Sestrinski glasnik, No3, 2017.*
<https://hrcak.srce.hr/193863> pregledano 16.03.2020.
28. Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., Collins, P. Y., *Measuring Mental Illness*

- Stigma. Schizophrenia Bulletin, 2004., Vol. 30, No. 3.
29. Corrigan, P., Empowerment and serious mental illness: treatment partnership and community opportunities. *Psychiatry Quarterly*, 2002., 73(3), pp. 217-228.
 30. Huang B. i Priebe S., Media coverage of mental health care in the UK, USA and Australia. *Psychiatric Bulletin*, 2003., 27, 331-333. doi: 10.1192/pb.27.9.331
 31. Oyserman, D. i Swim, J.K., Stigma: An Insider's View. *Social Issues*, 2001., 57(1), 1-14.
 32. Norman, R.M.G., Sorrentino R.M., Windell D. i Manchanda R., The role of perceived norms in the stigmatization of mental illness. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 2008., 43, 851-859. doi: 10.1007/s00127-008-0375-4
 33. Puljak, A. Stigma mentalnog poremećaja. Centar za promicanje zdravlja, Služba za javno zdravstvo (online)., 2011., Preuzeto s: http://www.stampar.hr/StigmaMentalnogPoremećaja_pregledano_25.11.2019.
 34. Šegota I., *Medicinska etika*; Rijeka; Medicinski fakultet, 1994.
 35. Jukić V., *Medicinska etika: prisilna hospitalizacija duševnih bolesnika i druga etička pitanja u psihijatriji*, Zagreb; Klinika za psihijatriju Vrapče, 2007., 159-168
 36. American Psychiatric Association, *The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry*, USA; 2013., dostupno na: www.psychiatry.org/ethicsprinciples pregledano: 01.04.2020.
 37. Filaković P., Požganin I., *Etičke dvojbe suvremene psihijatrije*, *Liječnički Vjesnik*, 2008., 130:26-30
 38. Štrkalj-Ivezić S. i sur., *Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim poremećajima*; Zagreb, HLZ Udruga Svitanje; 2011., 35-52
 39. *Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*. Norman Sartorius & Hugh Schulze, Cambridge, Cambridge University Press, 2005, 233 pp. ISBN: 0-521-5493-4
 40. World Psychiatric Association Regional Congress 2014, WPA Declaration of Madrid; Spain, Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Madrid, 2014.
 41. *Konvencija o pravima osoba s invaliditetom i njezinog fakultativnog protokola*; Ženeva 2007; Human Rights Watch, 2010.

42. Ujedinjeni Narodi, Načela zaštite osoba s mentalnim oboljenjima i unapređenju mentalnog zdravlja; Dokument usvojen na Plenarnom sastanku Ujedinjenih Naroda, 1991., dostupno na:
www.psihijatrija.com/psihijatrija/.../etika%20nacela%20zastite.doc pregledano 30.03.2020.
43. CPT, Europski odbor za sprečavanje mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja, Strasbourg; 2010., dostupno na:
<http://www.cpt.coe.int/croatian.htm> pregledano 06.04.2020.
44. Zakon o Nacionalnom preventivnom mehanizmu za sprečavanje mučenja i drugih okrutnih, neljudskih ili ponižavajućih postupaka ili kažnjavanja NN18/11, 33/15

8. Sažetak

ODNOS ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PSIHIJATRIJSKE BOLNICE RAB PREMA DUŠEVNIM BOLESNICIMA

▪ CILJ: Ispitati postoje li razlike u odnosima prema duševnim bolesnicima od strane zdravstvenih djelatnika zaposlenih u Psihijatrijskoj bolnici Rab uspoređujući duljinu radnog staža u PB Rab, spol djelatnika, te završenu stručnu spremu zdravstvenih djelatnika.

- Hipoteza 1: Zdravstveni djelatnici koji imaju više radnog staža u PB Rab imaju pozitivniji odnos prema duševnim bolesnicima, od zdravstvenih djelatnika koji imaju kraći radni staž u PB Rab.
- Hipoteza 2: Stupanj obrazovanja zdravstvenog djelatnika utječe na odnos prema duševnim bolesnicima.
- Hipoteza 3: Nema razlika u odnosu zdravstvenih djelatnika zaposlenih u PB Rab prema duševnim bolesnicima s obzirom na spol.

▪ METODE: Sociodemografski upitnik sa pitanjima: duljina radnog staža u PB Rab, spol, dob, stručna sprema (srednja stručna sprema, viša stručna sprema, visoka stručna sprema), te CAMI upitnik - Skala za mjerenje stavova zajednice prema mentalnoj bolesti (CAMI Community Attitudes Toward the Mentally Ill).

▪ REZULTATI:

▪ Hipoteza 1 i Hipoteza 3 testovima Autoritarnost, Benevolentnost, Socijalna ograničenja i ukupan CAMI nije utvrđena statistički značajna razlika u odnosu prema duševnim bolesnicima s obzirom na duljinu radnog staža u Psihijatrijskoj bolnici Rab, kao ni razlika prema spolu zdravstvenih radnika.

▪ Hipoteza 2: testovima Autoritarnost ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno nižem stupnju odnosa od ispitanika srednje stručne spreme i ispitanika više stručne spreme. Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno višem stupnju odnosa Benevolentnost od ispitanika srednje stručne spreme. Ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno nižem stupnju odnosa Socijalna ograničenja od ispitanika srednje stručne spreme. Jednosmjerna ANOVA otkrila je statistički značajnu razliku u ukupnom rezultatu CAMI skale između skupina ispitanika podijeljenih po stručnoj spremi i ukupan CAMI utvrđena je statistički značajna razlika u odnosu prema

duševnim bolesnicima s obzirom da stupanj obrazovanja. U ukupnom rezultatu CAMI skale ispitanici visoke stručne spreme izvještavali su o statistički značajno nižem rezultatu CAMI skale od ispitanika srednje stručne spreme.

ZAKLJUČAK:

Istraživanje je poručilo rezultate u vidu statistički značajne razlike u odnosu zdravstvenih djelatnika visoke stručne spreme prema duševnim bolesnicima usporedno sa odnosom zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme i više stručne spreme što nam može biti poučak da obrazovanje zdravstvenih djelatnika utječe na pozitivniji odnos prema duševnim bolesnicima. Prema duljini radnog staža i spolu zdravstvenih djelatnika nema statistički značajne razlike u odnosu prema duševnim bolesnicima prema ovom istraživanju.

Summary

TITLE OF MASTER'S THESIS: Relationship of Psychiatric Hospital Rab health workers towards mentally ill

- AIM: To examine differences in relationship of Psychiatric Hospital Rab health workers towards mentally ill considering length of service in Psychiatric Hospital Rab, gender and level of education
- HYPOTHESIS 1: Health workers with longer service length in Psychiatric Hospital Rab will have more positive relationship towards mentally ill compared to health workers with shorter service length in Psychiatric Hospital Rab
- HYPOTHESIS 2: Health workers' level of education effects relationship towards mentally ill
- HYPOTHESIS 3: There are no differences in relationship of Psychiatric Hospital Rab health workers towards mentally ill considering their gender
- METHODOLOGY: Sociodemographic questionnaire (length of service in Psychiatric Hospital Rab, gender, age, level of education (low, high, highest), CAMI Scale (Community Attitudes Toward the Mentally Ill))

RESULTS:

- HYPOTHESIS 1: there were no significant differences in authoritarianism, benevolence, social restrictiveness and total CAMI result among Psychiatric Hospital Rab health workers considering their length of service in Psychiatric Hospital Rab
- HYPOTHESIS 2: Statistic analyses found significant differences in CAMI subscales and total CAMI result among Psychiatric Hospital Rab health workers considering their level of education. Workers with highest level of education reported lower levels of authoritarianism compared to workers with low and high level of education. Workers with high level of education reported higher levels of benevolence compared to workers with low level of education. Workers with highest level of education reported lower levels of social restrictiveness compared to workers with low level of

education. Workers with highest level of education reported lower levels of total CAMI result compared to workers with low level of education.

- HYPOTHESIS 3: there were no significant differences in authoritarianism, benevolence, social restrictiveness and total CAMI result among Psychiatric Hospital Rab health workers considering their gender
- CONCLUSIONS: Our results show that there is statistically different relationship toward mentally ill between health workers with highest education and those with high and low education level. Our results suggest that education of health workers can lead to more positive relationship towards mentally ill. Length of service and gender were not significant in explaining relationship towards mentally ill.

9. Životopis

KREŠIMIR MATOVINA

OSOBNI PODACI

Adresa Lopar 505, 51281 Lopar
Država Hrvatska
Telefon +385915736264
E-mail kmatovina1@gmail.com
Mjesto i datum rođenja 16. ožujka 1987., Karlovac

OBRAZOVANJE

Vrijeme 2016. – sada
Institucija Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Ruđera Boškovića 36, 21000 Split

Stručna sprema VSS - Diplomski sveučilišni studij radiološka tehnologija

Vrijeme 2006. – 2009.

Institucija Zdravstveno veleučilište Zagreb
Mlinarska cesta 38, 10000 Zagreb

Stručna sprema VŠS – Dodiplomski stručni studij radiološka tehnologija

Vrijeme 2002. – 2005.

Institucija Medicinska škola Karlovac
Dr. Andrije Štampara 5, 47000 Karlovac

Stručna sprema SSS – Smjer fizioterapeutske tehničar

RADNO ISKUSTVO

Vrijeme (od-do) 2012. - sada

Poslodavac Psihijatrijska bolnica Rab,
Kampor 224, 51280 Rab

Radno mjesto Stručni prvostupnik radiološke tehnologije

Glavni zadaci na poslu Radiološka snimanja, naručivanje i upisivanje pacijenata

Vrijeme (od-do)	2011. – 2012.
Poslodavac	Ustanova za kućnu njegu Željka Pleše, Dramaljsko Selce 17d, 51265 Dramalj
Radno mjesto	Fizioterapeutski tehničar
Glavni zadaci na poslu	Fizikalna terapija u kućnim uvjetima
Vrijeme (od-do)	2009. – 2010.
Poslodavac	Opća bolnica Karlovac Andrije Štampara 3, 47000 Karlovac
Radno mjesto	Stručni prvostupnik radiološke tehnologije - pripravnik
Glavni zadaci na poslu	Radiološka snimanja – pripravnički staž
Vrijeme (od-do)	2005. – 2006.
Poslodavac	Liječilište Istarske Toplice, Sv.Stjepan 60, 52427 Livade
Radno mjesto	Fizioterapeutski tehničar - pripravnik
Glavni zadaci na poslu	Fizioterapeutski tehničar – pripravnički staž
DODATNA ZNANJA	- Elektrofiziološki tehničar – elektroencefalografija(EEG) snimanja, snimanja deprivacija spavanja - Polisomnografski tehničar – snimanja cjelonoćne polisomnografije - Ergometrija – educiran za provođenje ergometrije na traci - Holter EKG – postavljanje holter EKG-a i rad u programu - kMAT (holter tlaka) – postavljanje holtera tlaka - Evocirani potencijali – postavljanje i snimanje evociranih potencijala BAER, vep,P300,ssep n.medianus i ssep n.tibialis - Biofeedback – educiran za protokol respiratorni trening
STRANI JEZICI	Engleski (aktivno) Njemački (pasivno)
VOZAČKA DOZVOLA	B kategorija
INTERESI	Malonogometni klub Rab – igrač seniorske momčadi