

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FILOZOFSKA FAKULTETA  
ODDELEK ZA PEDAGOGIKO IN ANDRAGOGIKO

DIPLOMSKO DELO

IZOBRAŽEVANJE OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI IN NJIHOVIH  
SVOJCEV PO ODPUSTITVI IZ PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE

LJUBLJANA, 2010

RENATA INTIHAR

## **ZAHVALA**

Za pomoč in nasvete pri diplomski nalogi se zahvaljujem mentorici izr. prof. dr. Sabini Jelenc Kraševc.

Za sodelovanje in pomoč se zahvaljujem tudi Psihiatrični bolnišnici Begunje, predvsem mag. Juretu Bonu, dr. med., spec. psih. ter Bojanu Jeriču, socialnemu delavcu iz Centra za socialno delo Cerknica, kateri me je spoznal in vpeljal v delo s skupino za samopomoč za osebe za s težavami v duševnem zdravju.

Predvsem pa se zahvaljujem svojemu fantu Darku, ki me je spodbujal, ko mi je zmanjkalo energije za pisanje diplomske naloge ter profesorici Martini Kočevar za lektoriranje.

# KAZALO

<b>POVZETEK</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>1 UVOD</b> .....	<b>7</b>
<b>I POJMOVNO TEORETSKA IZHODIŠČA</b> .....	<b>9</b>
<b>2 DUŠEVNE MOTNJE IN NJIHOVA POJAVNOST</b> .....	<b>9</b>
2.1 OPREDELITVE POJMOV .....	9
2.1.1 Duševne motnje, duševne bolezni.....	9
2.2 VZROKI ZA NASTANEK DUŠEVNIH MOTENJ .....	12
2.3 NAJPOGOSTEJŠE DUŠEVNE MOTNJE .....	14
2.4 STIGMA.....	18
2.5 ZGODOVINA STIGME IN OBRAVNAVANJA DUŠEVNIH MOTENJ.....	20
<b>3 ZAKONODAJA NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA</b> .....	<b>23</b>
3.1 SPLOŠNA DEKLARACIJA O ČLOVEKOVIH PRAVICAH .....	24
3.2 ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU .....	25
3.3 ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH.....	28
3.4 STANDARDNA PRAVILA ZA IZENAČEVANJE MOŽNOSTI INVALIDOV .....	29
3.5 ZAKON O ZAPOSLOVANJU IN REHABILITACIJI IN ZAPOSLOVANJU INVALIDOV.....	30
3.6 EVROPSKA KONVENCIJA O VARSTVU ČLOVEKOVIH PRAVIC IN TEMELJNIH SVOBOŠČIN.....	31
3.7 ZAKON O SOCIALNEM VARSTVU .....	32
3.8 KONVENCIJA O OTROKOVIH PRAVICAH.....	33
<b>4 IZOBRAŽEVANJE OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJI PO ODPUSTITVI IZ PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE</b> .....	<b>36</b>
4.1 PSIHOSOCIALNA REHABILITACIJA .....	36
4.2 SKUPNOSTNA SKRB .....	47
4.2.1 Definicija skupnostne skrbi.....	49
4.2.2 Naloge skupnostne skrbi.....	49

4.2.3 Načrtovanje skupnostne skrbi .....	50
4.2.4 Načela pri oblikovanju individualnega načrta za samostojno življenje.....	51
4.2.5 Izdelava individualnega načrta za samostojno življenje .....	52
<b>4.3 PROSTOVOLJSKE ORGANIZACIJE.....</b>	<b>53</b>
<b>4.4 MREŽA IZVAJALCEV PROGRAMOV IN STORITEV ZA DUŠEVNO ZDRAVJE .....</b>	<b>55</b>
4.4.1 Nevladne organizacije.....	56
4.4.2 Nevladne organizacije pod vodstvom strokovnjakov .....	56
4.4.3 Društva pod vodstvom uporabnikov .....	65
<b>5 IZOBRAŽEVANJE OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO IN NJIHOVIH SVOJCEV.....</b>	<b>67</b>
5.1 VKLJUČEVANJE SVOJCEV V SKRB ZA OSEBE Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI... 68	
5.1.1 Načini dela s svojci .....	70
5.1.2 Načela sodelovanja med strokovnjaki in družino .....	73
<b>II EMPIRIČNI DEL .....</b>	<b>75</b>
<b>6 OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA .....</b>	<b>75</b>
6.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	76
<b>7 METODOLOGIJA .....</b>	<b>77</b>
7.1 RAZISKOVALNA METODA.....	77
7.2 OPIS ENOT RAZISKOVANJA .....	78
7.3 OPIS POSTOPKA ZBIRANJA PODATKOV.....	78
7.4 OPIS INSTRUMENTA.....	7878
<b>8 ANALIZA REZULTATOV RAZISKOVANJA IN INTERPRETACIJA .....</b>	<b>79</b>
8.1 DOSTOPNOST DO ZUNAJBOLNIŠNIČNE OSKRBE .....	79
8.2 INTERPRETACIJA RAZISKOVALNIH UGOTOVITEV PO KATEGORIJAH.....	81
<b>9 SKLEPNE UGOTOVITVE IN PREDLOGI.....</b>	<b>94</b>
<b>10 ZAKLJUČEK.....</b>	<b>99</b>
<b>11 VIRI.....</b>	<b>101</b>
<b>12 PRILOGE .....</b>	<b>105</b>

## **POVZETEK**

Ključne besede: duševne motnje, psihosocialna rehabilitacija, skupnostna skrb, skupine za samopomoč

Zaradi načina življenja, ki smo ga razvili, je vedno več duševnih motenj, kot so psihoze, depresije, itd. Oseba, ki trpi za duševno motnjo, je ranljiva na večih področjih, zato jo ščitijo različni zakoni, med katerimi je najpomembnejši Zakon o duševnem zdravju.

K zdravljenju duševnih motenj, poleg bolnišničnega zdravljenja, veliko pripomorejo tudi alternativne oblike zdravljenja, ki potekajo pod okriljem nevladnih organizacij. V Sloveniji so najbolj poznane Šent, Humana, Ozara in Mostovi. Nudijo različne oblike pomoči, in sicer dnevne centre, bivanjske skupnosti, poklicno rehabilitacijo, pomoč svojcem oseb z duševno motnjo, skupine za samopomoč, ki delujejo po principu študijskih krožkov, sodelujejo z različnimi institucijami in prirejajo različna izobraževanja. Zanimalo me, je kakšno je sodelovanje med psihiatričnimi bolnišnicami in nevladnimi organizacijami, kako psihiatri in socialni delavci poznajo koncept skupnostne skrbi, ali psihiatri svetujejo tudi izvenbolnišnično zdravljenje ter kakšen pomen ima skupina za samopomoč za osebe z duševnimi motnjami.

## **ABSTRACT**

Key words: mental disorders, psychosocial rehabilitation, community care, self-help groups

Because of the way of life we are living today there are more and more mental disorders like psychosis, depression, etc. A person that is suffering from a mental disorder is vulnerable in a few areas and that is why he or she is protected by several Laws. The most important is Mental Health Act.

In addition to hospital treatment, to treat mental disorders are in big help also alternative therapies that are held under the auspices of governmental authority. In Slovenia are the most familiar Šent, Humana, Ozara and Mostovi. They are providing various forms of assistance like day-care centers, Residential community, occupational Rehabilitation, they are helping families whose member is suffering from a mental disorder, self-help groups that are working on the principles of study circles, they participate with different institutions and they are organizing various educational programs. I was wondering how psychiatric hospitals and non-governmental organizations work together in practice and how psychiatrists and social workers knows community care concept. I was wondering also if out-patient treatment is advised by psychiatrists and how important are self-help groups.

# 1 UVOD

V času potrošniške družbe vladajo nove vrednote, katere so na eni strani pogojene s čim večjim finančnim kapitalom, željo po moči in oblasti, ki nas ženejo v skrajnosti. Po drugi strani pa imamo sedaj, v času recesije, veliko število brezposelnih, ki se borijo za preživetje. Zaradi tega je vedno več ljudi, ki segajo po različnih drogah, da bi zdržali vsakodnevne obremenitve, vedno več je oseb, ki zbolijo za depresijo in mislijo na samomor, ker ne vidijo več rešitve iz svoje situacije. Posledica tega pa je, da vedno več ljudi išče strokovno psihiatrično pomoč.

Poleg psihiatričnih bolnišnic imajo pomembno vlogo v zdravljenju in preprečevanju duševnih motenj tudi različne nevladne organizacije, ki izvajajo psihosocialno rehabilitacijo. Med najbolj poznanimi so Šent - Slovensko združenje za duševno zdravje, Ozara Slovenije, Mostovi, Vezi, ki nudijo različne oblike pomoči, in sicer programe dnevnih centrov, programe stanovanjskih skupin, programe zaposlovanja, uporabnikom in svojcem nudijo zdravljenje v obliki samopomočnih skupin, katere izvajajo tudi centri za socialno delo.

V svoji diplomski nalogi sem se odločila, da bolj podrobno predstavim izobraževanje oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev, ko le-ti zapustijo psihiatrično zdravljenje. Katere neprofitne organizacije nudijo pomoč uporabnikom in svojcem, katere oblike pomoči izvajajo ter kakšno je njihovo stanje v Sloveniji?

V empiričnem delu pa me zanima, kako dobro psihiatri poznajo koncept skupnostne skrbi, kako gledajo nanj skozi svoje oči in ali se povezujejo z drugimi organizacijami, ki izvajajo t.i. alternativne oblike zdravljenja.

V empirični del sem vključila tudi center za socialno delo, kjer sem opravljala andragoško prakso in sem se srečala s skupino za samopomoč. Tako sem se odločila, da opravim intervju tudi s socialnim delavcem, kateri je ustanovil in vodi skupino za samopomoč. Želela sem izvedeti kako on vidi skupnostno skrb in sodelovanje s psihiatri ter uporabniki psihiatričnih storitev ter kako poteka delo v samopomočni skupini.

Da dobimo celoten pogled na problematiko skupnostne skrbi pa je potrebno pogledati tudi skozi oči uporabnikov, kako oni vidijo svoj položaj in kako na njih vpliva sodelovanje v skupinah za samopomoč.

Problem, ki ga obravnavam v diplomski nalogi je, katere so nevladne organizacije, ki skrbijo za psihosocialno rehabilitacijo ter kako so različne institucije (psihiatrične bolnišnice, centri za socialno delo) med seboj povezane. Ali psihiatri sodelujejo z nevladnimi organizacijami in centri za socialno delo ali pa so osebe z duševnimi motnjami po odpustitvi iz bolnišnice prepuščene same sebi. Zanima pa me tudi odnos med osebami z duševnimi motnjami in njihovimi svojci pri vključevanju v različne dejavnosti, ki jih nudijo različne organizacije ter kako njihove aktivnosti vplivajo na življenje in funkcioniranje v družbi. Nekaj pozornosti pa posvečam tudi skupinam za samopomoč, saj sem tekom andragoške prakse spoznala njihov vpliv na osebe z duševnimi motnjami.



# I POJMOVNO TEORETSKA IZHODIŠČA

## 2 DUŠEVNE MOTNJE IN NJIHOVA POJAVNOST

Današnja družba temelji na potrošništvu, hitrem tempu življenja in čim večji storilnosti. Vsakdo izmed nas želi biti najboljši, najbolj uspešen na svojem področju dela, hkrati pa želimo polno živeti tudi družabno življenje. Po drugi strani pa prevladujejo brezposelnost, revščina in velika socialna razslojenost.

Zaradi načina življenja, ki smo ga razvili, se v družbi vedno bolj pojavljajo duševne motnje, ki imajo različne sprožilce, načine zdravljenja in tudi zaključke, saj se marsikatera depresija konča s samomorom.

Danes, kljub temu, da duševne bolezni niso več tako stigmatizirane in se o njih vedno več govori, še vedno prihaja do zamenjave med pojmom duševna motnja in motnje v duševnem razvoju. Zato si za začetek razjasnimo pojme.

### 2.1 OPREDELITVE POJMOV

#### 2.1.1 Duševne motnje, duševne bolezni

Ko govorimo o duševnih spremembah uporabljamo predvsem dva izraza, in sicer duševne motnje ter duševne bolezni. Izraz duševne motnje se uporablja v medicini in psihiatriji in največkrat pomeni neko moteno ravnovesje v delovanju živčevja, medtem ko izraz duševne bolezni najdemo v sociologiji, pedagogiki in andragogiki oz. družboslovnih vedah kot odraz družbenega stanja, ki še vedno nakazuje stigmatiziran odnos družbe do oseb z duševnimi motnjami.

#### Duševna bolezen

Če poimenujemo krizo, ki jo posameznik doživlja, kot bolezen, poudarimo pomen medicinske vede, ki je dolžna najti zdravilo, oseba se mora zdraviti v bolnišnici, zanemarjeni so zunanji dejavniki, saj bolezen prebiva v posamezniku, odgovornost za medosebno neskladje pa se pripiše bolezenskemu procesu in njegovemu nosilcu, kar pa razreši odgovornosti družino in družbo (Lamovec 2006, str. 24).

Diagnoza duševne bolezni vključuje presojo, ki temelji na primerjavi idej, pojmov in prepričanj opazovane osebe z idejami in prepričanji opazovalca in družbe, v kateri živi, torej zajema družbene in etične razsežnosti, ki jih medicinski žargon zakrije (prav tam, str. 20).

Simptomi duševnih bolezni temeljijo na obnašanju in govoru ljudi, na njihovih prepričanjih, verovanjih in doživetjih, o katerih pripovedujejo. Razmišljanje zagovornikov bolezenskega modela gre v dve smeri. Prva razlaga pravi, da je vedenje in prepričanje ljudi, ki se razlikujejo od povprečja, rezultat obstoja bolezenskega procesa, ki naj bi bil podlaga vsega tega. Druga smer pa zagovarja tezo, da je nenavadno vedenje in prepričanje bolezni sama (Lamovec 2006, str. 19). V nadaljevanju bomo pri vzrokih za nastanek duševnih motenj videli, da prevladuje predvsem prva razlaga, kjer je spremenjeno vedenje največkrat posledica bolezni oz. nekega spremenjenega delovanja v telesu. Tako sem se odločila, da sprejemam prvo trditve o duševnih motnjah, saj se po drugi strani ne morem strinjati s trditvijo, da če se posameznik vede nekoliko drugače in ima drugačno prepričanje o nečem, da je to bolezen.

### **Duševna motnja**

Duševna motnja je oznaka za bolezni, ki so jim skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega obnašanja (vedenja), in prizadetosti spoznavanja ter spomina. Zaradi teh simptomov je oseba prizadeta, njegovo funkcioniranje je slabše in manj učinkovito rešuje vsakdanje probleme. Drugi izrazi za duševne motnje so: duševne bolezni, psihiatrične motnje, mentalne motnje itd. Izraz »norost« se ne uporablja v psihiatriji temveč pogovorno in ga povezujejo s predsodki in neznanjem (Lešer, Duševna motnja). Žmitek pravi, da se je v ljudeh naselil predsodek zaradi nepoznavanja duševnih motenj, saj so šele leta 1955 dobili prva prava oz. resna zdravila za zdravljenje duševnih motenj (Vončina 2008, str. 2).

Med duševne motnje ne uvrščamo deviantnega vedenja, kjer gre v bistvu za konflikt med posameznikom in družbo (Lešer, Duševna motnja).

Duševne motnje so opredeljene tudi kot kompleksne motnje višjih živčnih dejavnosti, vendar je v preteklosti medicina, in znotraj nje psihiatrija, pojmovala možgane kot dokaj homogeno strukturo, preko katere so na duševnost vplivale predvsem spremembe v ravnotežjih različnih kemičnih prenašalcev. Odnos družbe do duševnih bolnikov in njihovega zdravljenja je verjetno zato skozi celotno zgodovino sporen in nasprotujočih si pogledov (Bon in Šešok 2004, str. 18).

V Velikem zdravstvenem priročniku najdemo opredelitev: »Duševna motnja zajema stanja motenega mišljenja, čustvovanja in vedenja. Povzročajo jih zapleteno medsebojno delovanje telesnih, duševnih, družbenih, kulturnih in dednih vplivov« (Berkow 2005, str. 388).

Duševne motnje so manifestacije oz. zunanje odražanje bolezensko spremenjenih vedenjskih, psiholoških ali bioloških funkcij posameznika (Lešer, Duševna motnja). Motnje lahko pripeljejo do posledic kot so telesne poškodbe, izguba svobode zaradi hospitalizacije, smrt zaradi samomora in splošno zmanjšanje sposobnosti in učinkovitosti pri vsakdanjih opravilih. Za boljše poznavanje teme pa moramo opredeliti tudi pojem huda in ponavljajoča se duševna motnja (HDM). S soglasjem Svetovne zdravstvene organizacije je prišlo do političnega konsenza, da je pri skrbi za duševno zdravje potrebno usmeriti največ pozornosti ravno tem osebam (World Health... 2001, str. 19).

Opredelitev te skupine motenj še vedno ni jasna. Najpogosteje se uporablja definicija, ki jo je sprejel ameriški Inštitut za duševno zdravje (National Institut for Mental Health) leta 1987, ki kategorizira bolnike s HDM po diagnozi, po trajanju bolezni in zdravljenju, ki morata biti dolga vsaj dve leti in po invalidnosti, ki vsebuje tri izmed osmih kriterijev za invalidnost. Invalidnosti oz. manjše možnosti so posledica duševne motnje in se kažejo v motnjah funkcioniranja, kar se kaže v delovanju na različnih socialnih in vsakdanjih področjih (Avberšek idr. 2004, str. 13). Ljudje s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami imajo težave pri uresničevanju svojega življenja, partnerstva ali starševstva, kar se najbolj jasno pokaže pri shizofreniji, za katere so značilne motnje v spoznavnem delovanju in vedenju (prav tam, str. 13).

### **Motnje v duševnem razvoju**

Velikokrat se dogaja da se zamenjujeta pojma duševna motnja in motnja v duševnem razvoju. Zato bom na kratko predstavila tudi kaj so motnje v duševnem razvoju, čeprav te ciljne skupine ne obravnavam v diplomski nalogi.

Motnje v duševnem razvoju so lahko prirojene (genetskega izvora ali pa so nastale med nosečnostjo) ali pa pridobljene (bolezni otroka, padec, ipd). Sposobnosti na področju učenja, obvladovanja jezika, motorične in socialne sposobnosti so lahko zmanjšane. Težave pri učenju in razumevanju vodijo do težav v šoli in pri zaposlitvi ter do zapletov pri vključevanju v normalno delovanje v družbi. Motnje v duševnem razvoju so trajne in jih ni moč ozdraviti, lahko se jih nekoliko omili s fizioterapijo, vendar je to odvisno od stopnje motnje. Poznamo štiri stopnje motenj v duševnem razvoju, in sicer lažja, zmerna, težja in težka (Zveza Sožitje..).

## 2.2 VZROKI ZA NASTANEK DUŠEVNIH MOTENJ

V svojem življenjskem obdobju zbolijo ali pridobijo vedenjske motnje 25% vseh ljudi. Vzroki so lahko različni. Pogojeni so lahko z dednostjo, vedno večji vpliv imajo stresne življenjske situacije, težke razmere v družbi, poklicna preobremenjenost in še bi lahko naštevali. Ljudje z duševnimi težavami pogosto ne zmorejo obvladovati vsakodnevnih pritiskov in »se zlomijo«.

Veliko bolezni, duševnih ali fizičnih, je kombinacija bioloških, psiholoških in socialnih dejavnikov. Mentalne bolezni imajo svoj izvor v možganih in prizadenejo ljudi vseh starosti in ras, hkrati pa prizadenejo tudi njihove svojce in njihovo okolico. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO-World Health Organization) je leta 2001 objavila, da 450 milijonov svetovnega prebivalstva trpi za eno izmed duševnih ali vedenjskih motenj in da jih zelo malo dobiva osnovno pomoč (World Health...2001).

Vzroke za nastanek duševnih motenj, delimo glede na njihov izvor na **organske, funkcijske** in **psihogene** (Kobal 2007, str. 22).

Pri organskem izvoru motnje je v različnem obsegu in iz različnih, pretežno zunanjih razlogov prizadeto možgansko tkivo. Na možgane delujejo številni neugodni dejavniki iz telesa in okolja. Organske motnje so velikokrat povezane z infekcijami, ki prizadenejo bolnikovo inteligentnost, predvsem zmožnost za presojo dejanskih situacij. Oseba opušča ustaljene navade, postane malomarna do svojih dolžnosti, ukvarja se z dejanji, ki so nezaželena in problematična. Tudi starostna demenca lahko pripelje do duševnih motenj, saj zaradi starosti prihaja do biokemičnih in molekularnih sprememb v možganskih celicah. Zaradi demence je prizadeta dobra desetina starejšega prebivalstva (Kobal 2007, str. 81).

Razlogi za funkcijski izvor motenj so molekularnobiološki, kjer so najbolj pogosta neravnovesja med prenašalci možganskih impulzov (nevrotransmitorjev). Sem uvrščamo shizofrenije, blodnjave motnje, razpoloženske (afektivne) motnje kot sta depresija in manija. Pri psihogenem izvoru motnje pa so razlogi za njen nastanek razvojni in dinamični, delno ali v celoti povezani z osebnostjo (prav tam, str. 22)

Ko govorimo o vzrokih za nastanek duševnih motenj ne moremo mimo stresa, pomembnih življenjskih dogodkov in prehodnih obdobjih in različnih kriz.

Poznamo dve vrsti stresa: pozitivni stres, ki ga nekateri doživljajo kot izziv, in negativni stres, ki ga spremlja občutek ogroženosti. Stresa ne moremo opredeliti na podlagi objektivnih

značilnosti situacije. Kar je za nekoga pozitiven stres je lahko za koga drugega negativen. Stres lahko opredelimo kot neskladje med zaznanimi zahtevami in zaznanimi sposobnostmi, da se z njimi spoprimemo (Lamovec 1998, str. 200).

Vse dejavnike, ki privedejo do stresne situacije imenujemo stresorji, ki pa so največkrat spremembe ali življenjski dogodki in prehodna obdobja. Stresorji se razlikujejo po pomembnosti, trajanju, jakosti, pogostosti, stopnji negotovosti, ipd. (prav tam, str. 209).

Število življenjskih dogodkov obremenilno vpliva na posameznika, tudi če jih doživlja kot pozitivne. Hitre in nezaželene spremembe imajo najslabše posledice (prav tam, str. 215). Najpogostejši življenjski dogodki, ki povzročajo stres so smrt zakonca, razveza, ločeno življenje, zaporna kazen, smrt družinskega člana, poškodba ali bolezen, poroka, izguba delovnega mesta, rojstvo otroka, itd. (prav tam, str. 216).

## 2.3 NAJPOGOSTEJŠE DUŠEVNE MOTNJE

Med najpogostejše duševne motnje sodijo depresija, shizofrenija, anksioznost, bipolarna motnja razpoloženja (v preteklosti se je imenovala manično-depresivna bolezen), motnje pozornosti in osredotočenja, motnje zaznavanja, motnje čustvovanja, motnje predstav, itd. (Kobal 2007, str. 21).

Predstavila bom štiri najbolj razširjene motnje: depresijo, shizofrenijo, anksioznost in bipolarno motnjo razpoloženja.

### *Depresija*

Depresija spada med najpogostejše duševne motnje, saj zaradi nje zboli 10 – 15% ljudi (Kobal 2007, str. 101). Prizadene lahko vsakogar ne glede na družbeni status, starost, spol in izobrazbo. Depresija je posledica spremenjenega delovanja možganov, do katerega pride s splet genetskih, okoljskih in osebnostnih dejavnikov (Čebašek Travnik 2008, str 1). Bolj ranljivi so ljudje, ki so že imeli depresijo v družini, ki ne zaupajo vase in v svoje sposobnosti in ljudje, katerih pogled na svet je prežet s pesimizmom. Depresijo lahko sprožijo različne življenjske obremenitve kot so izguba bližnjega, izguba zaposlitve, finančne težave, težave v medosebnih in družinskih odnosih ali travmatična izkušnja (Kocmur 2007, str. 5).

Depresija je bolezen, ki hkrati vpliva na psihično in telesno počutje ter s tem prizadene posameznika kot celoto. Povzroča motnje razpoloženja, mišljenja in raznovrstno telesno simptomatiko. Ne smemo je enačiti s prehodno nerazpoloženostjo, ki je vsakdanji pojav. Za pojav depresije posameznik ni sam kriv, depresija ni znak osebne šibkosti in je ni mogoče premagati le z močno voljo ali željo. Brez zdravljenja simptomi depresije trajajo tedne, mesece ali leta, lahko postanejo kronični in so sčasoma še izrazitejši (Terzič 2006, str. 7).

Depresija vpliva na telesno zdravje in počutje ter spremeni človekovo razmišljanje, čustvovanje in vedenje. Poleg bolnika prizadene tudi njegove bližnje, družino, prijatelje, sodelavce (Čebašek Travnik 2008, str 1).

Znaki depresije so največkrat povezani z izgubo zanimanja, žalostjo, z manjšo stopnjo aktivnosti v vsakdanjem življenju, zmanjša se toleranca za stresne dogodke, manjša je samozavest in koncentracija, prisotne so motnje spanja in apetita ter misli na samomor (World Health... 2001, str. 43).

Depresijo občuti vsakdo drugače, pri nikomur tudi ni opaziti vseh njenih znakov. Nekateri jih imajo manj, drugi dva ali tri, vendar utegne biti njihova oblika izjemno huda. Depresija se lahko pojavi samo enkrat v življenju ali pa tudi večkrat. Težje jo je prepoznati, če se pojavlja

kot glavobol, bolečine v hrbtu, ramenih, križu, trebuhu, ki jim ni mogoče najti organskega vzroka in so lahko dolgotrajne (Kocmur 2007, str. 8).

Depresija je 2- do 3-krat pogostejša pri ženskah kot pri moških in je eden od vodilnih razlogov nezmožnosti za delo pri ženskah med 15. in 44. letom (Kores Plesničar 2008, str. 1). Depresija je pri ženskah pogosto povezana s hormonskimi in biološkimi spremembami v različnih življenjskih obdobjih, z menstruacijo, nosečnostjo, porodom in menopavzo. Kombinacija stresa, nezadostne socialne podpore, socialnih pričakovanj, skrbi za otroke in dom lahko povzroči nastanek depresivnih simptomov, ravno tako tudi zdravljenje s hormonskimi zdravili. Ženske, ki so bile v mladosti ali pa kasneje v življenju telesno ali psihično zlorabljene, imajo depresijo pogosteje kot ženske, ki nimajo teh izkušenj (prav tam, str. 4).

Najpogostejši simptomi depresije so (Čebašek Travnik 2008, str. 2):

- dolgotrajno potlačeno, žalostno in tesnobno razpoloženje ter občutek praznine;
- nemirnost, razdražljivost, jeza;
- utrujenost, pomanjkanje energije;
- motnje pozornosti, koncentracije in spomina;
- občutki krivde, manjvrednosti, nesposobnosti;
- spremembe apetita;
- težave v spolnosti;
- misli na samomor;
- različni telesni znaki kot so bolečine v prsih, križu, prebavne motnje, težko dihanje.

Še vedno, kljub temu da depresija ni tabu tema, prihaja do napačnih prepričanj. Žmitek navaja nekaj najpogostejših zmotnih prepričanj, ki jih navajam v nadaljevanju.

Depresija je v resnici lenoba, ne pa bolezen. To mnenje srečamo pri bolnikih, ki so bili zelo aktivni na različnih področjih in mislijo, da je lenoba značajska bolezen, kakor tudi sama depresija. Človek se je lahko reši le z lastnim trudom in trdim delom, ozdravi pa jo lahko tudi sprememba okolja, zdravilo zanjo pa je kozarec vina. Napačna pa so tudi dejstva, da depresije ni potrebno zdraviti, da se nikoli ne pozdravi in da duše ni mogoče zdraviti s kemijo, zdravila pa povzročajo odvisnost (Žmitek 2009, str. 24-26).

Iz navedenega lahko sklepamo, da je slovenski prostor še vedno slabo informiran o duševnih motnjah in o depresiji. Tukaj se mi poraja misel, da je temu tako, ker je še vedno veliko

prebivalstva, ki ima v svojih miselnih shemah zakoreninjena prepričanja, da ne smejo kazati kakršnekoli čustvene šibkosti.

### *Shizofrenija*

Shizofrenija je huda duševna motnja in spada v večjo skupino duševnih motenj, ki se imenujejo psihoze in se kažejo z zelo različnimi znaki. Bolezen je opisana že več tisočletij, njeno ime pa je nastalo v začetku 20. stoletja. Kaže se z vrsto simptomov kot so motnje zaznavanja, mišljenja, čustvovanja, odločanja, volje, koncentracije. Sčasoma se lahko razvijejo tudi določene spoznavne spremembe, ki obolelega bistveno ovirajo v vsakdanjem življenju. Najpogostejši potek bolezni vključuje več epizod z vmesnimi obdobji popolnega ali delnega izboljšanja. Natančen vzrok še ni povsem znan, vendar največ podatkov govori o določenem neravnovesju nekaterih kemičnih snovi v možganih (Tavčar 2008, str. 1).

Bolnik s shizofrenijo težje razloči med notranjimi in zunanji dražljaji. Pojavljajo se težave, ki se kažejo v spremenjeni govorici. Težko se zberejo, njihova pozornost se hitro preusmeri drugam, svoje dejavnosti pa redkokdaj pripeljejo do konca. Ljudje s shizofrenijo so preobčutljivi na zunanje dražljaje, pojavljajo se motnje zaznavanja in halucinacije, katere si razlagajo kot ogrožajoče. Prihaja tudi do sprememb mišljenja v formalnem ali vsebinskem pomenu. Pri formalnih motnjah mišljenja osebo preplavijo različne misli in miselne povezave, zaradi katerih se težko zbere in dokonča zadano nalogo. Eden izmed znakov je tudi neodločnost oz. ambivalenca, kjer ima bolnik težave pri vsakodnevnem odločanju. Pri vsebinskih motnjah mišljenja pa gre pogosto za zmotna prepričanja ali blodnje. Blodnja je razlaga napačnega ali preobčutljivega zaznavanja. Poznamo več vrst blodenj, in sicer nanašalne blodnje, paranoidne ali preganjalne blodnje in veličavske blodnje, kjer se bolniku zdi, da ima posebne moči in sposobnosti (Švab 2006, str. 11-22). Največkrat in najlažje si shizofrenijo lahko razložimo tako, da slišimo glasove, ki nam narekujejo kaj naj naredimo. Za primer bi navedla Ivano Orleansko, za katero smo že vsi slišali in predstavlja klasičen primer shizofrenije, saj je z njo govoril Jezus, ona pa je ravnala v skladu z glasovi. Na koncu jo je duševna motnja pripeljala v smrt, kar se tudi danes pogosto dogaja. Osebe s shizofrenijo velikokrat slišijo besede, ki jih napeljujejo k samomoru.

Pogostost shizofrenije je od 0.5 do 1% prebivalstva povsod po svetu. Pogostejša je le v nekaterih predelih Hrvaške in na Irskem, kar si razlagajo z večjo genetsko obremenjenostjo (Švab 2006, str. 35). Bolezen prizadene v enaki meri moške in ženske, vendar se pri ženskah razvije nekaj let pozneje in ima dednostno komponento (Kobal 2007, str. 89).



Za zdravljenje obstajajo različna zdravila, ki pomagajo uravnovešati biokemično neravnovesje v možganih, ta zdravila zmanjšujejo halucinacije in blodnje ter izboljšajo miselni tok. Zdravila zmanjšajo možnost relapsa (ponovitve) bolezni ali pa ga celo popolnoma preprečijo (Kocmur 2008, str. 8).

Za uspešno življenje z diagnozo shizofrenija je potrebno, da se osebe zavedajo, da je duševna motnja pač motnja, ki lahko prizadene vsakogar in naj ne iščejo krivca v sebi ali v drugih. Sodobna dognanja kažejo, da se tisto kar jo povzroči, najverjetneje zgodi že v maternici, kar pomeni, da je ni »dobil« zaradi družinskih problemov ali zaradi konfliktov, ki so se mu pripetili v otroštvu (Kocmur 2008, str. 11). Rečemo lahko, da ima veliko vlogo izobraževanje bolnikov in njihovih svojcev, saj več ko oseba ve o svoji bolezni, lažje z njo živi. Tukaj bi poudarila pomembno vlogo skupin za samopomoč, kjer se srečujejo bolniki in njihovi svojci in si izmenjujejo izkušnje ter so drug drugemu v oporo.

### *Anksioznost*

Anksioznost ali tesnoba je odziv na stres. Pojavi se lahko iznenada v obliki panike in traja različno dolgo, od nekaj minut do nekaj dni ali celo nekaj let. Vključuje fobije, paniko in splošno tesnobo (zaskrbljenost, napetost, hitro dihanje), kar lahko povzroči hude stiske in nezmožnosti (Berkow, str. 396).

Anksioznost ali tesnoba je del normalnega čustvovanja, je neprijetno čustvo, ki ga spremljajo fiziološke in vedenjske spremembe, podobne spremembam, ki običajno spremljajo stres. Kadar določeno situacijo zaznamo kot težavno ali bolečo, to je, ko je stres izrazito negativen, naši možgani telesu sporočajo, naj se pripravi na nevarno situacijo (Dernovšek idr. 2006, str. 2). Avtorica nadaljuje, da se tesnoba lahko pojavi postopoma ali nenadno. Traja lahko nekaj minut in je lahko komaj zaznavna ali pa se kaže v obliki paničnih napadov. Tesnoba je lahko tako močna, da posameznika ovira pri vsakodnevnih aktivnostih in mu povzroča težave in trpljenje. Če tesnoba vztraja tudi ko nevarnosti ni več, če oseba tesnobe ne more kontrolirati gre za bolezensko tesnobo ali anksiozno motnjo.

Anksioznost je poleg depresije najpogostejša duševna motnja, saj po zadnjih podatkih za njo trpi 41 milijonov ljudi po vsem svetu. K razvoju so nagnjeni ljudje, ki so perfekcionisti, ki imajo večjo potrebo po odobravanju okolja, ljudje, ki slabo prenašajo kritiko in imajo močno potrebo imeti kontrolo. Značilne so tako za odraslo populacijo kot tudi za otroke (prav tam, str. 2).

Dernovšek navaja simptome, ki se kažejo na štirih ravneh: na ravni telesnih reakcij (hitro plitvo dihanje, pospešen utrip srca, vrtoglavica, slabost...), čustvenih reakcij (panika, tesnoba,

strah, razdražljivost, čustvena labilnost...), na ravni misli (umrl bom, znorel bom, osramotil se bom...) in vedenja (umik in izogibanje).

Napačno je prepričanje, da je anksioznost posledica človekove šibkosti in da bi jo z močno željo ter voljo lahko premagali, kajti bolniki se ne morejo prisiliti, da bi se počutili bolje (Anksioznost je... 2006).

#### *Bipolarna motnja razpoloženja (manično-depresivna bolezen)*

Ocenjujejo, da 0.5 – 1.5% ljudi poišče zdravniško pomoč zaradi duševne motnje, za katero je značilno pretirano nihanje med bolezensko potrlostjo – depresijo in bolezensko veselostjo ali privzdignjenim razpoloženjem – manijo (Dernovšek 2008, str. 1). To motnjo so včasih poimenovali manično-depresivna bolezen.

Podlage za bolezen so dednostne in biomolekularne. Za bipolarno motnjo razpoloženja je značilno nihanje med depresijo in manijo. Za menjavanje posameznih faz ni pravila saj se lahko menjavajo izjemno hitro (Kobal 2007, str. 102).

Bipolarno motnjo razpoloženja razumemo kot povečano občutljivost za določene stresorje iz okolja: neurejene odnose in težave v medosebnih odnosih doma, v službi, med prijatelji ter različne druge stresne situacije. Prav tako je povečana občutljivost na pomanjkanje spanja in na različne psihoaktivne snovi (Bipolarna motnja...str. 11).

## 2.4 STIGMA

Beseda stigma izhaja iz grške besede stigmatos, ki pomeni preluknjati, narediti luknjo. Na ta način so označevali kriminalce, ki so jih ožigosali z vročim železom. Skupaj s stigmato se pogostokrat pojavljata še izraza: predsodki in diskriminacija. Ko govorimo o predsodkih sodimo o nečemu ali nekemu, večinoma pa ta izraz uporabljamo v negativnem smislu. Diskriminacija pa je opredeljena kot aktivna oblika negativnih predsodkov (Čebašek-Travnik).

Stigmatizacija duševnih bolnikov je bila prisotna že v 19. stoletju, ko je bivanje v norišnici človeka negativno ožigosalo. Kot je zapisal Vito Flaker: »Velike ustanove povečujejo stigmato. Bivanje v taki ustanovi zapečati usodo človeka v očeh drugih in neredko tudi v njegovih. Segregacija ali izločenost varovancev totalnih ustanov iz vsakdanjega življenja naredi te ljudi še bolj tuje, drugačne in nevsakdanje, celo nevarne.« (Flaker 1998, str. 7).

Čebašek-Travnik opisuje ciklus stigme v štirih korakih. Začne se z opaženo posebnostjo, drugačnostjo, ki sproži odziv nenormalnosti in postane stigma. Stigma takoj vodi do diskriminacije, katera je glavni problem stigme. Sledi socialna prikrajšanost in tej še manjša sposobnost, povečanje drugačnosti in zmanjšanje samospoštovanja. S tem se krog zaključi in stigmatizacija se povečuje.

Novejša poročila mednarodnih organizacij se strinjajo z ugotovitvijo, da je poglaviti razlog za nizke standarde skrbi na področju duševnih motenj prav stigmatizacija. Čeprav se stigma somatskih bolezni (rak, epilepsija) zmanjšuje, se stigmatiziranje oseb z duševnimi motnjami ohranja in ovira dostop, kakovost, kontinuiteto zdravljenja in skrbi za to skupino bolnikov (Avberšek idr. 2004, str. 85).

Beseda stigma označuje značilnosti, ki močno razvrednotijo človeka. Mnenje »normalnih« ljudi do oseb s stigmo je, da te osebe niso pravi ljudje. »Bivši uporabnik psihiatrije« je verjetno, morda z izjemo aidsa, največja stigma, ki jo imamo (Lamovec 2006, str. 36). Lamovec navaja, da so raziskave pokazale, da bi večina ljudi za sodelavca, soseda ali zakonskega partnerja raje imela kriminalca, celo morilca, kot nekdanjega uporabnika psihiatrije. Poznamo tri faze, ki jih lahko predvidevamo pri učenju življenja s stigmo. Tisti, ki »se rodijo s stigmo« to so osebe, ki odstopajo od večine (še vedno so to črnci, Romi, osebe z motnjami v duševnem razvoju, invalidi, ipd.) prvi izvedo kako drugi gledajo na njih. Psihiatrični uporabnik postane stigmatiziran pozneje v življenju, ko spozna, da je iz zornega kota »normalnih« razvrednoten. V drugi fazi se mora naučiti, kako se odzivati na vedenje ljudi, v očeh katerih je razvrednoten. Zadnja faza vključuje učenje, kako se »delati normalnega« (prav tam, str. 37). Najboljša strategija, ki jo lahko sprejmemo je, da namerno razkrijemo kako je z nami in s tem temeljito spremenimo svoj položaj.

Stigmatizacija, predvsem strah in odpor, se najbolj zmanjša z direktnimi kontakti z ljudmi z duševnimi motnjami, ki živijo v skupnosti. Celostni programi za zmanjševanje diskriminacije oseb z duševnimi motnjami so pomemben del zdravstvene politike različnih držav. Učenje o duševnih motnjah, njihovem obvladovanju in rehabilitaciji je torej potrebno vgraditi v izobraževanje o javnem zdravju, kar lahko privede do spremembe v odnosu, kakovosti ter dostopnosti skrbi. Izobraževalni programi naj se prilagodijo spremenjenim potrebam na področju duševnega zdravja, večji zahtevnosti uporabnikov in mednarodnim standardom (Avberšek idr. 2004, str. 86).

Odpravljanje stigmatizacije bi bilo najbolj uspešno z izobraževanjem že na primarni stopnji, z vključevanjem v prostovoljno delo, ki obravnava stigmatizirane skupine ter s pozitivnimi izkušnjami z njimi.

## 2.5 ZGODOVINA STIGME IN OBRAVNAVANJA DUŠEVNIH MOTENJ

Pogled skozi zgodovino nam najbolj nazorno pokaže, zakaj je stigmatizacija duševnih bolnikov še vedno tako zelo aktualna. Veliko pripomore tudi različno prikazovanje zdravljenja duševnih bolezni oz. prikazovanje »norišnic« v filmski industriji, ki se opira na zgodovinska dejstva in jih napačno interpretira.

Flaker v uvodu zapiše, da so se velike zaprte ustanove pojavile in uveljavile kot temelj pomoči raznim deprivilegiranim družbenim skupinam v 19. stoletju. Bile so odgovor meščanske družbe na vprašanje, ki jih je postavljala naraščajoča industrializacija, ki je onemogočala tradicionalne oblike pomoči, skrbi in varstva v skupnosti. Osebe z duševno motnjo niso bili v breme družbi, dokler je delo potekalo pretežno na domu (kmetje, obrtniki), ko pa se je delo preselilo v tovarne so ostali brez varstva in postali trn v peti industrializaciji (Flaker 1998, str. 5).

Te zaprte ustanove poznamo pod imenom ubožnice, blaznice, prisilne delavnice, ki so bile aktualne že pred 19. stoletjem, vendar je njihov čas prišel šele po drugi svetovni vojni, zaradi povečanega tempa industrializacije. Različne marginalizirane skupine so naselili v »zanje ustrezne« in od okolja ločene nacionalizirane gradove in druge izpraznjene stavbe (prav tam, str. 5).

V Sloveniji imamo šest psihiatričnih ustanov, ki imajo pestro zgodovino. Psihiatrična bolnišnica Begunje na Gorenjskem je še danes v prostorih nekdanjega gradu Kacenštajn (Katzenstein), Psihiatrična bolnišnica Idrija je v prostorih, ki so bili prvotno namenjeni italijanskim vojakom, Psihiatrična bolnišnica Vojnik je bila ustanovljena kot špital, Psihiatrična bolnišnica v Mariboru je bila ustanovljena kot meščanski špital, namenjen onemoglim meščanom, namen Psihiatrične bolnišnice Ljubljana je ostal nespremenjen, saj je bila ustanovljena kot odgovor družbe na vedno večje število duševnih bolnikov in se je imenovala blaznica ali norišnica. Tudi namen Psihiatrične bolnišnice Ormož se ni spremenil, saj je bila ustanovljena kot splošna bolnišnica s psihiatričnim oddelkom.

Norost so že od antike naprej imeli med drugim tudi za bolezen. Norost je bila lahko tudi obsedenost, tako s slabimi kot z dobrimi duhovi in je lahko izvirala od hudiča, prednikov, urokov, itd. Zdravljenje je pomenilo puščanje krvi, čiščenje, izganjanje zlih duhov, ipd. za kar pa so potrebovali zdravilce in duhovnike ne pa zdravnikov. Nore so včasih izobčili in jih prepustili zunanjemu svetu, vendar so kljub temu ostali vključeni v družbo, kjer je bil način bivanja krut in surov. V poznem srednjem veku so jih oblačili v oblačila, ki so nakazovala njihovo norost in izobčenost. Zvončki, oslovska ušesa, rumena, zelena ali rdeča barva in palica so bila znamenja norcev (Flaker 1998, str. 91). Od tod izhaja tudi vsem znani izraz dvorni norček, saj ob tej besedi vidimo osebo oblečeno v žive barve, ki ima na glavi pokrivalo z zvončki.

Prve ustanove za nore so ustanovili v Španiji v 15. stol., najverjetneje zaradi arabskega vpliva, saj so Arabci poznali posebne bolnišnice za duševno motene že v srednjem veku.

V renesansi se uveljavi izraz ladja norcev, ker so nore preganjali iz mest in so jih velikokrat naložili na ladje, da so jih odpeljale neznan kam in se niso smeli vrniti. Šlo je za princip, da so potisnjeni daleč na obrobje družbe oz. izključeni iz nje. Obstajala so tudi druga obredna izganjanja kot je npr. javno bičanje, ki mu je sledila zasledovalna tekma, kjer so jih z udarci palic pregnali iz mesta (Foucault 1998, str. 68).

Konec 18. stoletja je »norec« zbuja dve občutji. Bil je asocialnež, ki je kot nomad blodil po svetu in je bil grožnja moderni družbi, hkrati pa je vzbujal usmiljenje kot človek, ki je izgubil nekaj kar ljudi determinira. To je razum (Flaker 1998, str. 97). Vedno večjo vlogo v špitalih pa je dobivala medicina, tako je tudi norost dobivala medicinski aspekt. Začele so se znanstvene razprave o mentalnih boleznih, ki so pripeljale do posebnih špitalov, ki so postajali kot sredstvo zdravljenja. Alternativa bolnišnicam je bila domača oskrba, vendar naj bi je bili deležni predvsem otroci, stari, bolni, reveži, bolnišnice naj bi bile namenjene tistim, ki nimajo nikogar in so izolirani (prav tam, str 101).

V času pred institucionalizacijo pa so za nore skrbeli doma ali pa so skupaj z drugimi popotniki (romarji, krošnjarji) blodili po nikogaršnji zemlji (Flaker 1998, str. 90).

Najbolj vidni premiki v obravnavanju duševnih bolnikov so se začeli dogajati v 19. stoletju. Philippe Pinel (1745–1826) velja za utemeljitelja sodobne psihiatrične ustanove in v veliki meri tudi znanosti o duševni bolezni. Poleg njega pa ima veliko vlogo tudi William Tuke, ki je ustanovil zatočišče v Yorku. Osvoboditev je odpravila zunanjo surovost in fizično represijo. Pojavila se je nova tehnologija upravljanja z bolniki, ki se je odrekla surovosti starih

tehnik ustrahovanja, dresiranja in udomačevanja in je priznala norcu človeškost. Pojavi se moralna obravnava, ki je temeljila na prevzgoji (prav tam, str. 103).

Po Castelu so za pinelovsko ureditev značilne tri operacije:

- najprej je potrebna *izolacija od zunanjega sveta*.

S tem naj bi bile onemogočene povezave z zunanjimi pogubnimi vplivi. Zapiranje je terapevtsko in pripomore k ohranjanju reda in miru, hkrati pa dobi znanstveno racionalizacijo.

- *vzpostavitev azilskega reda*, prinaša prilagojen prostor, urnik, zaposlitve in hierarhijo.

Na tak način se vzpostavi red in vpelje svet bolnika v mrežo pravil.

- *odnos oblasti*; razum je mogoče povrniti tako, da ponotranjimo razumno voljo.

Zdravnik je živ zakon azila in azil je svet, ki je narejen po podobi razumnosti, ki jo on uteleša (Flaker 1998, str. 110).

Iz tega je izpeljano to, da bolnikov niso le opazovali, ampak so jih glede na njihova stanja tudi diferencialno obravnavali po njihovih specifičnih potrebah.

Pregled skozi zgodovino nam pokaže različne načine obravnavanja oseb z duševnimi motnjami. V najbolj temačnih časih so »norci« zapirali, jih poniževali in javno sramotili ter jih izgnali na rob družbe. Šele v 19. stoletju se začnejo dogajati spremembe v obravnavi. Pomemben postane bolnik, načini obravnave se spremenijo in postanejo bolj humane.

Danes so oblike dela nekoliko drugačne. Pri zdravljenju različnih duševnih motenj se poleg medikamentozne terapije, ki blaži simptome, uporablja tudi pogovor, ki išče izvor motnje. Pri zdravljenju pa ima veliko vlogo tudi družina, ki pa se mora, ko je postavljena diagnoza, dodatno izobraziti in spremeniti način življenja.

### 3 ZAKONODAJA NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Skozi zgodovino se je za odpravo diskriminacije zvrstilo veliko gibanj. Rezultat tega pa je večje število zakonov, ki ščitijo ljudi z različnim »načinom življenja«. Kljub temu, da se imamo za razvito družbo brez predsodkov, še vedno potrebujemo zakone, da ščitijo različne ciljne skupine kot so osebe z duševnimi motnjami, invalidi, zaporniki, Romi, socialno ogroženi, ženske, in še bi lahko naštevali.

Osebe z duševnimi motnjami trpijo zaradi predsodkov, stereotipov, poniževanj, diskriminacije in zlorab. Pogosto jih diskriminirajo delodajalci, socialni in zdravstveni delavci ter različne službe, ki naj bi delovale v njihovo korist. Te osebe si ravno tako zaslužijo spoštovanje, zato jih ščitijo zakoni in deklaracije. Glavni akti, ki jih ščitijo so:

- Splošna deklaracija o človekovih pravicah,
- Zakon o duševnem zdravju,
- Zakon o pacientovih pravicah,
- Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov,
- Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov,
- Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin,
- Zakon o socialnem varstvu,
- Konvencija o otrokovih pravicah.

### 3.1 SPLOŠNA DEKLARACIJA O ČLOVEKOVIH PRAVICAH

Najbolj splošen zakon, ki zajema različna področja varovanja posameznikove integritete, je Splošna deklaracija o človekovih pravicah (Splošna deklaracija...)

Govori kako moramo spoštovati različnost, da imamo vsi pravico svobode govora in da imamo vsi pravico do življenja, do prostosti in osebne varnosti (3. člen). Nihče ne sme biti podvržen mučenju ali okrutnemu, nečloveškemu ali ponižujočemu ravnanju ali kaznovanju (5. člen). Na peti člen se navezuje še šesti člen, ki pravi, da ima vsakdo pravico do priznanja pravne sposobnosti (6. člen).

O zaposlovanju duševnih bolnikov govori 23. člen, in sicer pravi, da ima vsakdo pravico do dela in proste izbire zaposlitve, do pravičnih in zadovoljivih delovnih pogojev in do varstva pred brezposelnostjo. Da ima vsakdo, brez kakršnekoli diskriminacije, pravico do enakega plačila za enako delo in da ima tisti, ki dela, pravico do pravične in zadovoljive nagrade, ki zagotavlja njemu in njegovi družini človeka vreden obstoj in ki naj se plačilo po potrebi dopolni z drugimi sredstvi socialnega varstva (23. člen).

Vsakdo ima pravico do izobraževanja. Izobraževanje mora biti brezplačno vsaj na primarni stopnji. Šolanje na začetni stopnji mora biti obvezno. Tehnično in poklicno šolanje mora biti splošno dostopno. Višje šolanje mora biti na osnovi doseženih uspehov vsem enako dostopno. Izobraževanje mora biti usmerjeno k polnemu razvoju človekove osebnosti in utrjevanju spoštovanja človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Pospeševati mora razumevanje, strpnost in prijateljstvo med vsemi narodi in med rasami in verskimi skupinami (26. člen).

Povzamemo lahko, da imajo osebe z duševnimi motnjami pravico do zaposlitve, ki je primerna njihovi delovni zmožnosti. Ravno tako ne smejo biti diskriminirane pri izobrazbi, saj Deklaracija govori o tem, da mora biti izobraževanje dostopno vsakomur, saj na tak način pridejo do informacij, ki so ključnega pomena za njihovo vsakodnevno funkcioniranje.



### 3.2 ZAKON O DUŠEVNEM ZDRAVJU

Za varstvo pravic duševno motenih je bistvenega pomena spremenjeni (uporabljeni se je začel 15. julija 2009) Zakon o duševnem zdravju, ki paciente še bolj ščiti v primeru prisilne hospitalizacije. Novost zakona je tudi vloga sodišča in zagovornika bolnika (Ur. l. RS 77/2008).

Zakon o duševnem zdravju (v nadaljevanju Zakon) je sestavljen iz devetih poglavij, ki so razdeljena na več točk ter vsebuje 114 členov.

V prvem sklopu Splošne odločbe 1. člen določa sistem zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja, nosilce dejavnosti in pravice oseb v oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, določa pa tudi postopke sprejema osebe.

2. člen Zakona opredeljuje izraze, ki se uporabljajo v zakonu. Tako je med drugim opredeljeno tudi, kaj je duševna motnja, duševno zdravje, kdo je koordinator obravnave v skupnosti, definira osebo z duševno motnjo in osebo s hudo ponavljajočo se motnjo ter opredeli kdo je zastopnik.

- »Duševna motnja je začasna ali trajna motnja v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dojemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo« (2. člen, 3. točka).
- »Duševno zdravje je stanje posameznika oziroma posameznice (v nadaljnjem besedilu: posameznik), ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dojemanju sebe in okolja« (2. člen, 4. točka).
- »Koordinator obravnave v skupnosti je posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje obravnave v skupnosti za posamezno osebo določi center za socialno delo« (2. člen, 6. točka).
- V Zakonu je oseba z duševno motnjo definirana kot: »posameznik z duševno motnjo, ki se zdravi oziroma obravnava v mreži izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje« (2. člen, 13. točka).
- »Oseba s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo je posameznik, ki je zaradi dolgotrajne duševne motnje manj zmožen dejavnega vključevanja v svoje okolje« (2. člen, 14. točka).

- »Zastopnik oziroma zastopnica pravic oseb na področju duševnega zdravja (v nadaljnjem besedilu zastopnik) je posameznik, ki varuje pravice, interese in koristi osebe« (2. člen, 18. točka).

V nadaljevanju 3. člen prepoveduje kakršno koli obliko zapostavljanja na podlagi duševne motnje in postavlja pravico, da se osebi z duševno motnjo pri obravnavi zagotovi varstvo njenega osebnega dostojanstva, individualna obravnava in enaka dostopnost do obravnave (Ur. l. RS 77/2008).

Drugi sklop členov govori o pravicah osebe v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi, in sicer so to pravice do telefonskih klicev, obiskov, gibanja in pravica do zastopnika. Zdravnik, ki sprejeme osebo, jo mora ustno in pisno poučiti o pravicah, ki jih ima po tem zakonu, medtem ko mora psihiatrična bolnišnica ali socialno varstveni zavod na vidnem mestu objaviti seznam pravic, ki jih ima oseba po tem zakonu, vsebovati pa mora tudi telefonske številke zastopnikov (16. člen).

Novost Zakona je tudi pravica do zastopnika (4. točka drugega sklopa). »V postopku obravnave v oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi ima oseba pravico do zastopnika« (23. člen). Zastopnik osebo informira o vsebini pravic, načinih in možnostih njihovega uveljavljanja, svetuje osebi glede uveljavljanja pravic, spoštuje želje osebe, če le-te za osebo niso škodljive, hkrati pa je zavezan k poklicni molčečnosti (24. člen). Zastopnika, ki mora imeti najmanj visoko izobrazbo, opravljen izpit za zastopnika in pet let delovnih izkušenj s področja duševnega zdravja imenuje ministrstvo za socialno varstvo na podlagi javnega poziva (25. člen in 26. člen).

Tretji sklop členov govori o posebnih varovalnih ukrepih, četrti pa o postopkih pred sodiščem in se navezuje na peto poglavje Postopki sprejema osebe na zdravljenje oziroma obravnavo.

Postopek sprejema osebe na zdravljenje v psihiatrično bolnišnico v oddelke pod posebnim nadzorom poteka na dva načina, in sicer s privolitvijo ali brez privolitve osebe. Če oseba ne privoli v zdravljenje in s tem ogroža svoje življenje, se sprejme osebo na podlagi sklepa sodišča, ki se začne na predlog izvajalca psihiatričnega zdravljenja, centra za socialno delo, koordinatorja nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državnega tožilstva (40. člen).

»Po pridobitvi mnenja izvedenca, sodišče razpiše narok, na katerega povabi predlagatelja, osebo, odvetnika, zakonitega zastopnika, najbližjo osebo, zastopnika in druge, ki bi lahko dali podatke, pomembne za odločitev. Sodišče se odloča na podlagi neposrednega stika z osebo, tako da osebo pred izdajo sklepa vidi in se z njo pogovori, če to dopušča njeno zdravstveno stanje« (46. člen). Oseba, sprejeta na zdravljenje na podlagi sklepa sodišča, ne sme biti

zadržana več kot šest mesecev, sodišče pa hkrati določi tudi psihiatrično bolnišnico, ki naj osebo sprejeme (48. člen).

Spremenjeni Zakon o duševnem zdravju (Ur. l. RS 77/2008) pripiše pomembno vlogo koordinatorju nadzorovane obravnave in koordinatorju obravnave v skupnosti. Koordinator v sodelovanju z osebo z duševno motnjo in zastopnikom ter delovno skupino, ki jo imenuje direktor psihiatrične bolnišnice, in je sestavljena iz zdravnika, socialnega delavca, medicinske sestre in drugih strokovnjakov, najbližje osebe in drugih, ki lahko vplivajo na potek nadzorovane obravnave, pripravi predlog načrta nadzorovane obravnave in od osebe lahko zahteva, da se udeležuje določenih dejavnosti zaradi zdravljenja (87. člen).

»Koordinator obravnave v skupnosti je posameznik, ki ga za spremljanje in koordiniranje obravnave v skupnosti za posamezno osebo določi pristojni center za socialno delo« (93. člen).

»Obravnava v skupnosti je izvajanje pomoči osebam, ki ne potrebujejo več zdravljenja v psihiatrični bolnišnici ali nadzorovani obravnavi, vendar potrebujejo pomoč pri psihosocialni rehabilitaciji, vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v vsakdanje življenje na podlagi načrta obravnave« (91. člen). Koordinator pripravi za osebo načrt obravnave v skupnosti v sodelovanju z osebo in multidisciplinarnim timom, ki ga sestavljajo psihiater, patronažna sestra, predstavnik centra za socialno delo in nevladnih organizacij ter najbližja oseba (92. člen). Sredstva za izvajanje načrta obravnave v skupnosti se zagotovijo iz sredstev ministrstva, pristojnega za socialno varstvo.

Zakon o duševnem zdravju štiti osebe s duševnimi motnjami na vseh področjih. Osebam, ki so v psihiatričnem zdravljenju, se dodeli zagovornik, deležni so nadzorovane obravnave, po odpustu pa skrb prevzame socialno varstvo oz. poteka obravnava v skupnosti. Na ta način se jim zagotovi lažji prehod v vsakdanje življenje in funkcioniranje v družbi.

### 3.3 ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH

Tudi Zakon o pacientovih pravicah (Ur. l. RS 15/2008) določa pravice, ki jih ima pacient kot uporabnik zdravstvenih storitev pri vseh zdravstvenih storitvah, postopke uveljavljanja teh pravic, kadar so te kršene, in s temi pravicami povezane dolžnosti. Namen zakona je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem ter zdravstvenim sodelavcem (1. člen). V nadaljevanju je opredeljeno kdo je pacient, in sicer »pacient je bolnik ali kak drug uporabnik zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvenih storitev ne glede na svoje zdravstveno stanje« (2. člen, 16. točka). 19. točka 2. Člena navaja: »Sposobnost odločanja o sebi je sposobnost pacienta, da samostojno uveljavlja pravice iz tega zakona, še zlasti odloča o izvedbi medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe. Pacient je sposoben odločanja o sebi, če je glede na starost, zrelost, zdravstveno stanje ali druge osebne okoliščine sposoben razumeti pomen in posledice uveljavljanja pravic iz tega zakona, še zlasti privolitve, zavrnitve ali preklica zavrnitve medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe«.

Da je treba upoštevati privolitve v zdravljenje govori 26. člen Zakona o pacientovih pravicah, ki pravi: »Pacient ima pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju, pod pogoji, ki jih določa zakon« in nadaljuje: »Pacientu, ki je sposoben odločanja o sebi, brez njegove poprejšnje svobodne in zavestne privolitve na podlagi prejetih pojasnil iz 20. člena tega zakona ni dovoljeno opraviti medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe, razen v primerih, ki jih določa zakon« (Ur. l. RS 15/2008).

Za osebe z duševnimi motnjami sta pomembna 37. in 38. člen tega zakona. 37. člen govori, kako naj ravna zdravnik v primeru, da je oseba duševni bolnik, in sicer: »Kadar pacient zaradi težav v duševnem zdravju ali drugega vzroka, ki vpliva na zmožnost razsojanja, ni sposoben privolitve v medicinski poseg, se ta sme opraviti le, če ga dovoli zakoniti zastopnik (2. točka, 37. člen).

Če pacient nima zakonitega zastopnika, izvajalec zdravstvenih storitev obvesti pristojni organ za začetek postopka za postavitve zakonitega zastopnika, če pa je oseba ogrožena, lahko privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo dajo osebe, ki so sposobne odločanja o sebi, so dopolnile 18 let starosti in so bližji družinski člani (37. člen). Kadar pa pacient ni sposoben odločati o sebi, se o tem odloči zdravnik, ki osebo zdravi, pri čemer pa upošteva podana mnenja in pacientovo največjo zdravstveno korist (38. člen).

Tudi v zakonu o pacientovih pravicah najdemo zastopnika, ki pa opravlja svoje delo nepoklicno. Zastopnika imenuje predstavniški organ pokrajine na podlagi javnega poziva, ki se objavi v dnevnem časopisju in na spletni strani ministrstva, pristojnega za zdravje. Podrobnejši način in postopek izbire na podlagi javnega poziva določi predstavniški organ pokrajine v javnem pozivu. Kandidate predlagajo nevladne organizacije ali društva, ki delujejo na področju zdravstva ali varstva potrošnikov, območni sveti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in občinski sveti občin (Ur. l. RS 15/2008).

Mandat zastopnika traja pet let in je lahko ponovno imenovan. Za zastopnika se lahko imenuje oseba, vredna zaupanja, ki ima socialne in komunikacijske sposobnosti ter uživa strokovni in moralni ugled (50. člen).

Zakon o pacientovih pravicah vsebuje člene, ki veljajo tudi za osebe z duševnimi motnjami. V primeru, da oseba ne pozna Zakona o duševnem zdravju, ker ga psihiatrična bolnišnica ni javno objavila se lahko obrne na Zakon o pacientovih pravicah, da se zaveda svojih pravic, ki jih ima kot pacient.

### 3.4 STANDARDNA PRAVILA ZA IZENAČEVANJE MOŽNOSTI INVALIDOV

Tudi Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov (Standardna pravila...) opredeljujejo »nezmožnosti« in »oviranosti« pri delu, saj so duševne motnje tudi oblika invalidnosti. Zakon invalidnost opredeljuje kot: »število funkcijskih omejitev, ki so prisotne v sleherni populaciji v vseh deželah sveta. Ljudje so lahko nezmožni zaradi telesne, intelektualne ali senzorične okvare, zdravstvenega stanja ali duševne bolezni. Takšne okvare, stanja ali bolezni so lahko trajne ali prehodne narave«.

Standardna pravila obsegajo štiri večja poglavja med katerimi najdemo 22 pravil. Pravila natančneje določajo pravice invalidov, njihovo pravico do osveščanja, do izobrazbe in zaposlovanja, rehabilitacije, dostopnosti različnih javnih objektov, religije, športa in rekreacije, itd. Država je odgovorna za informiranje in raziskovanje, za ustrezno urejeno zakonodajo, za oblikovanje politike in planiranja, za ekonomsko politiko in organizacije invalidov. Država je odgovorna tudi za zagotavljanje ustreznega usposabljanja osebja na vseh nivojih, kjer se ukvarjajo z načrtovanjem in zagotavljanjem programov in služb, namenjenih invalidom, mednarodno sodelovanje, itd. (Standardna pravila...).

Oseba z duševno motnjo lahko pridobi status invalida, zato je dobro poznati tudi Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov. Velikokrat se v praksi dogaja, da osebe z duševnimi motnjami redkokdaj izkoristijo možnost za pridobitev statusa invalida ali pa sploh ne vedo da ta možnost obstaja. Problem se pojavi pri dokazovanju duševne motnje kot invalidnosti, zato je ta postopek dolgotrajen. Tako se osebe z duševno motnjo sploh ne odločijo za status invalida, ki pa bi jim lahko prinesel boljšo zakonsko podlago pri varovanju svojih pravic.

### 3.5 ZAKON O ZAPOSLOTIVNI REHABILITACIJI IN ZAPOSLOVANJU INVALIDOV

Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov (v nadaljevanju Zakon) je sestavljen iz 12. poglavij in vsebuje 111 členov (Ur. l. RS 63/2004). Ta zakon ureja pravice do zaposlitvene rehabilitacije in nekatera vprašanja zaposlovanja invalidov ter določaja druge oblike, ukrepe in vzpodbude za njihovo zaposlovanje ter način njihovega financiranja (1. člen). Namen zakona pa je povečati zaposljivost invalidov in vzpostaviti pogoje za njihovo enakovredno udeležbo na trgu dela z odstranjevanjem ovir in ustvarjanjem enakih možnosti (2. člen). V nadaljevanju Zakon opredeli kdo je invalid. Invalid je oseba, ki pridobi status invalida po tem zakonu ali po drugih predpisih, in oseba, pri kateri so z odločbo pristojnega organa ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni in ima zato bistveno manjše možnosti, da se zaposli ali ohrani zaposlitev ali v zaposlitvi napreduje (3. člen).

Drugi sklop členov opredeljuje, kdo lahko pridobi status invalida. »Status invalida lahko pridobi oseba, ki ni pridobila statusa invalida po drugih predpisih oziroma nima z odločbo pristojnega organa ugotovljenih trajnih posledic telesne ali duševne okvare ali bolezni ter zato bistveno manjše možnosti, da se zaposli ali ohrani zaposlitev« (Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov, 10. člen). 11. člen pa navaja merila za pridobitev statusa invalida, kjer pa morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji: pri osebi morajo biti ugotovljene trajne posledice telesne ali duševne okvare ali bolezni, težave pri dejavnostih, ki vplivajo na njeno zaposljivost in ovire pri vključevanju v delovno okolje na način, kot ga opredeljuje mednarodna klasifikacija funkcioniranja, invalidnosti in zdravja.

Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov opredeljuje tudi kdo ima pravico do zaposlitvene rehabilitacije, da so storitve zaposlitvene rehabilitacije: svetovanje, vzpodbujanje in motiviranje invalidov, pomoči pri izboru ustreznih poklicnih ciljev, razvijanja socialnih spretnosti in veščin, spremljanje in strokovna pomoč pri usposabljanju in izobraževanju, itd. ter katere so pravice in obveznosti invalidov v zaposlitveni rehabilitaciji. Zaposlitvena rehabilitacija se financira iz sredstev proračuna Republike Slovenije, če je napotitelj Zavod. Cene storitev zaposlitvene rehabilitacije določi minister, pristojen za invalidsko varstvo.

V Zakonu o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov vidimo, da invalidnost zajema tudi osebe z duševnimi motnjami. Status invalida lahko dobijo osebe, katerim ugotovijo trajne duševne okvare oz. motnje. Status invalida omogoča zakonsko podlago, da delodajalec zagotovi delovno mesto, ki ustreza posameznikovim sposobnostim. Kajti dogaja se, da osebe z duševno motnjo po zdravljenju ponovno pridejo na staro delovno mesto, ki je bilo mogoče vzrok za nastanek duševne motnje ali pa jo je poslabšalo. Še večkrat pa se zgodi, da posameznik izgubi delovno mesto. Kljub vsem zakonom, ki naj bi ščitili osebe z duševno motnjo, se dogaja, da jih delodajalci ne vzamejo več nazaj na staro delovno mesto, jim omogočijo delo, ki jih ali degradira ali pa je preveč zahtevno. Tako se oseba z duševno motnjo znajde v začaranem krogu zdravljenja.

### 3.6 EVROPSKA KONVENCIJA O VARSTVU ČLOVEKOVIH PRAVIC IN TEMELJNIH SVOBOŠČIN

Evropska konvencija o varstvu pravic in temeljnih svoboščin (Ur. l. RS 33/1994) upošteva Splošno deklaracijo človekovih pravic, ki jo je razglasila Generalna skupščina Združenih narodov leta 1948. Upošteva tudi, da je cilj Sveta Evrope doseči večjo enotnost med njegovimi članicami in da je eden izmed načinov za zagotavljanje tega cilja varstvo in nadaljnji razvoj človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Prvi člen govori o obveznosti spoštovanja človekovih pravic, drugi pa o pravici do življenja. Peti člen Evropske konvencije govori o pravici do svobode in varnosti ter pravi: »Vsakdo ima pravico do prostosti in osebne varnosti. Nikomur se ne sme odvzeti prostost, razen v določenih primerih in v skladu s postopkom, ki je predpisan z zakonom« in nadaljuje z naštevanjem primerov kdaj lahko drugi odvzamejo prostost posamezniku.

O prepovedi diskriminacije pa govori 14. člen, ki navaja: »Uživanje pravic in svoboščin, določenih s to Konvencijo je zagotovljeno vsem ljudem brez razlikovanja glede na spol, raso, barvo kože, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, narodnost ali socialni izvor, pripadnost narodni manjšini, lastnino, rojstvo ali kakšne druge okoliščine« (Ur. l. RS 33/1994).

Evropska konvencija o varstvu pravic in temeljnih svoboščin je akt, ki ščiti pravice vseh ljudi, tako da se nanj lahko sklicujejo tudi osebe z duševnimi motnjami, ko so diskriminirani ali ko ugotovijo, da so jim kršene temeljne človekove pravice. Kljub temu, da se v medijih vedno več govori in poudarja človekove pravice, so le-te vsakodnevno kršene. To ironijo lahko opazimo pri gledanju dnevnika. Na eni strani sveta je srečanje državnih voditeljev, ki govorijo o človekovih pravicah ter kako se diskriminacija manjša, po drugi strani pa poslušamo o gospodarski krizi, odpuščanju delavcev in njihovih slabih ter človeka nevrednih življenjskih razmerah, kjer lahko vidimo da gre za kršenje temeljnih človekovih pravic. Tudi duševna motnja je danes, v času recesije, dober izgovor za odpuščanje. Pogost problem pa je, da je zelo malo tistih posameznikov, ki si upajo povzdigniti glas in ustrezno reagirajo, ko ugotovijo, da so bile kršene njihove pravice. Tukaj bi poudarila vlogo izobraževanja oz. osveščanja oseb z duševnimi motnjami o njihovih pravicah, saj tako izvedo katere pravice so bile kršene, na koga se lahko obrnejo in na katere akte se lahko sklicujejo.

### 3.7 ZAKON O SOCIALNEM VARSTVU

Tudi v Zakonu o socialnem varstvu (Ur. l. RS 36/2004) zasledimo skrb za osebe z duševnimi motnjami, saj je center za socialno delo tisti, ki poskrbi za osebo, ko pride iz psihiatrične bolnišnice. Svetuje in pomaga pri iskanju primerne skupine za samopomoč, poskrbi za primerno obliko bivanja in tudi denarno pomoč, če je le-ta potrebna.

Na začetku pod Splošnimi odločbami je opredeljena socialno varstvena dejavnost, in sicer obsega preprečevanje in reševanje socialne problematike posameznikov, družin in skupin prebivalstva (1. člen). V nadaljevanju 3. člen navaja, da: »pravice iz socialnega varstva po tem zakonu obsegajo storitve in ukrepe, namenjene preprečevanju in odpravljanju socialnih stisk in težav posameznikov, družin in skupin prebivalstva ter denarno socialno pomoč, namenjeno tistim posameznikom, ki si sami materialne varnosti ne morejo zagotoviti zaradi okoliščin, na katere ne morejo vplivati« (3. člen). To pomeni, da je center za socialno delo



obvezan, da poskrbi tudi za osebe z duševnimi motnjami, saj so nekatere oblike duševnih motenj tako hude, da osebe niso sposobne skrbeti zase (Ur. l. RS 36/2004).

Socialno varstvene storitve so namenjene preprečevanju socialnih stisk in težav (socialna preventiva), obsegajo aktivnosti in pomoč za samopomoč posamezniku, družini in skupinam prebivalstva (10. člen).

11. člen opisuje katere so storitve, namenjene odpravljanju socialnih stisk in težav. To so prva socialna pomoč, osebna pomoč, pomoč družini, institucionalno varstvo, vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji, saj vemo, da morajo biti delovna mesta prilagojena osebam, ki se vračajo na delo po psihiatričnem zdravljenju, da se motnja ne ponovi.

Center za socialno delo skrbi tudi, da osebe ustrezno namestijo v različne ustanove ali zavode. Tako 50. člen navaja: »Posebni socialno varstveni zavod za odrasle opravlja posebne oblike institucionalnega varstva za odrasle duševno in telesno prizadete osebe po prvem odstavku 16. člena tega zakona. Posebni zavod lahko opravlja tudi gospodarsko dejavnost, če je ta namenjena višji kvaliteti njihovega življenja in varstva«. Varstveno delovni center lahko opravlja tudi posebne oblike priprav na zaposlitev, katere nekateri posamezniki močno potrebujejo (Ur. l. RS 36/2004).

Osebe z duševnimi motnjami se velikokrat obrnejo tudi na socialnega delavca, s katerim se najpogosteje srečajo po odpustitvi iz bolnišnice. Centri za socialno delo nudijo finančno pomoč ali pomoč na domu, hkrati pa so v stiku z različnimi nevladnimi organizacijami ali lokalnimi društvi, kamor lahko usmerijo osebo z duševno motnjo. Na tak način pomagajo osebi z duševno motnjo, da se lažje vključi nazaj v družbo, pomagajo mu pri vrnitvi na delovno mesto ali pa mu svetujejo da poskusi delati kaj manj stresnega. Veliko vlogo pa ima informiranje, saj naj bi centri za socialno delo predstavili osebam z duševno motnjo njihove pravice, institucije na katere se lahko obrnejo ter oblike pomoči, ki jim pripadajo.

### 3.8 KONVENCIJA O OTROKOVIH PRAVICAH

Konvencija o otrokovih pravicah je odprta za podpis vsem državam. V 23. členu navaja, da morajo: »države pogodbenice priznavati, da mora duševno ali telesno prizadet otrok uživati polno in dostojno življenje v razmerah, ki jamčijo dostojanstvo, spodbujajo samozavest in olajšujejo njegovo dejavno udeležbo v družbi«. Druga točka tega člena nadaljuje: »Države pogodbenice prizadetemu otroku priznavajo pravico do posebne skrbi in v skladu z

razpoložljivimi sredstvi spodbujajo in zagotavljajo, da so otrok, ki je do tega upravičen, in tisti, ki so odgovorni za skrb zanj, deležni pomoči, za katero so zaprosili in ki ustreza otrokovemu stanju ter zmožnostim staršev ali drugih, ki skrbijo zanj«.

Tudi Konvencija o otrokovih pravicah posredno govori, da je potrebno duševno prizadetemu otroku priskrbeti sredstva za čim bolj polno življenje.

Ne samo odrasli, ampak tudi otroci so tisti, ki lahko trpijo za duševno boleznijo. V nobenem od omenjenih zakonov ni nobenega poglavja ali alineje, ki bil omenjal otroke z duševno motnjo. Konvencijo o otrokovih pravicah omenjam zato, ker če ima otrok kronično duševno motnjo ga bo le-ta spremljala tudi v odraslosti. Poznati pravice in oblike pomoči, ki pripadajo otroku z duševno motnjo pomeni, da bodo tudi v odraslosti poznali svoje pravice. Tisti, ki se zgodaj srečajo z nekim problemom, se bodo tudi kasneje, ko se ta problem ponovno pojavi, bolje znašli in bodo bolj uspešni pri reševanju problema, kot pa tisti, ki se z njim srečajo prvič.

Ko pregledujemo zakonodajo lahko vidimo, da je kar nekaj zakonov, ki ščitijo tudi osebe z duševnimi motnjami. Zakon o duševnem zdravju je krovni zakon na katerega se lahko obrnejo osebe z duševnimi motnjami, ko čutijo, da so njihove pravice kršene. Vpogled v Zakon o duševnem zdravju mora biti dostopen vsakomur, zato je objavljen na vidnem mestu vsake psihiatrične ustanove in pokaže na koga oz. na kateri zakon se lahko še obrne. Tako lahko oseba svoje pravice preveri tudi v Zakonu o pacientovih pravicah.

Na delovnem mestu pa jih ščitijo Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov in Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov, ki preprečujeta diskriminacijo pri delodajalcih. Zakon o socialnem varstvu pa skrbi za to, da se njihovo življenje spremeni na vseh področjih, da ponovno ne zapadejo v duševno bolezen.

Kljub vsej zakonodaji, ki ščiti oz. naj bi ščitila osebe z duševnimi motnjami, se pogosto dogaja, da jih diskriminirajo ljudje in službe, ki imajo poslanstvo zaščititi njihovo dostojanstvo. Dobra stran novega Zakona o duševnem zdravju je, da uvaja zastopnika, ki bo zastopal posameznika.

Poznavanje zakonodaje je še vedno velik manjko v izobraževanju oseb z duševnimi motnjami. Zelo malo je tistih, ki poznajo svoje pravice še manj pa je tistih, ki se sklicujejo na zakone, ko so kršene njihove pravice. Zakoni zelo jasno navajajo, da je osebo, ki krši zakon, potrebno prijaviti in mora plačati globo oz. mora odgovarjati za svoja dejanja.

V praksi pa vidimo, da temu ni tako. Pravice ljudi, ne samo oseb z duševno motnjo, so vsakodnevno kršene, vendar je malo tistih posameznikov, ki bi si upali spregovoriti.

Potrebno bi bilo več izobraževanja na področju poznavanja zakonov in ostalih aktov, ki bi pomagali pri ohranjanju posameznikove integritete. Odpraviti bi bilo potrebno strah, ki ga imajo posamezniki pred izpostavitvijo. Marsikoga odvrne tudi dejstvo, da so vsi postopki dolgotrajni in trajajo leta preden dobijo svoj epilog.

## **4 IZOBRAŽEVANJE OSEB Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI PO ODPUSTITVI IZ PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE**

Po dolgotrajnem ali kratkotrajnem zdravljenju v psihiatrični bolnišnici se posameznik ponovno vrne v svoje socialno okolje. Da bo zdravljenje uspešno in se duševna bolezen ne bo ponovila, je potrebna mreža različnih služb, prostovoljskih organizacij in vključevanja v ustrezne oblike dela, predvsem pa je pomembno sodelovanje celotne družine. Izobraževati se lahko začne posameznik sam, njegova družina, prijatelji in sodelavci.

Doktor William Glasser je zapisal: »Čeprav obstaja mnogo poti do ozdravljenja, nekaj dejavnikov izstopa. To so dom, služba, prijatelji in vključenost v skupnost. Sem spada tudi upanje, ponovno priučeni optimizem in neodvisnost« (Glasser 2003, str. 17).

### **4.1 PSIHOSOCIALNA REHABILITACIJA**

Psihosocialna rehabilitacija je proces, ki vodi k čim boljši kakovosti življenja oseb z duševnimi motnjami. Pomembno je razumeti osebnost, vedenje, okolje ter njihove interakcije in razmerja med posameznikom in zdravljenjem (Švab v Tomori in Zihlerl 1999, str. 496).

Psihosocialna rehabilitacija je proces, ki pomaga posameznikom z manj zmožnostmi zaradi duševne motnje doseči optimalno raven samostojnega funkcioniranja v skupnosti. Poskuša se zmanjšati prizadetost in ovire, ki omejujejo posameznikove zmožnosti in mu tako omogočiti čim bolj uspešno življenje v skupnosti (Thornicroft v Milinković 2004, str. 27).

Psihosocialna rehabilitacija je multidisciplinarno področje, ki se ukvarja z ljudmi s hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami in je usmerjeno k okrevanju, izboljšanju kakovosti življenja ter povečevanju kompetentnosti teh oseb. Usmerjena je tudi k družinam ali pacientovim bližnjim osebam, ki so poglavitni temelj opore v skupnosti. Poslanstvo psihosocialne rehabilitacije je povečati posameznikovo samostojnost v skladu z njegovimi potrebami in do največje možne mere tako, da ga okrepi in da vpliva na večjo prilagodljivost in strpnost okolja (Avberšek idr. 2004, str. 11).

Rehabilitacija in psihiatrično zdravljenje se dopolnjujeta in se na določenih področjih tudi prekrivata. Strokovnjaki na področju rehabilitacije so lahko socialni delavci, delovni terapevti, psihologi, psihiatri in medicinske sestre. Psihosocialna rehabilitacija se ukvarja s spretnostmi in delovanjem pacienta, da bi definirali cilje okrevanja in izboljšali podporo

okolja. Osredotoča se na konkretno in pragmatično obvladovanje, na kakovost življenja posameznika (Avberšek idr. 2004, str. 19).

Psihosocialna rehabilitacija posameznika ponovno uči obvladovati vsakdanje spretnosti. Z njeno pomočjo posameznik obvladuje posledice psihiatričnih motenj, predvsem negativno simptomatiko: zmanjšano čustveno odzivanje, ovirano mišljenje in manjšo produktivnost govora, brezvoljnost, zmanjšano pobudo za vedenje, usmerjeno proti cilju in posledično zmanjšano dejavnost pri opravljanju poglobitvenih socialnih vlog in življenjskih nalog (Švab v Milinkovič 2004, str. 27).

Cilji psihosocialne rehabilitacije (Švab v Tomori in Zihlerl 1999, str. 499):

- Izboljšanje zdravja posameznih bolnikov;
- Zmanjševanje učinkov, ki so nastali zaradi dolgotrajnih hospitalizacij;
- Izboljšanje socialnih spretnosti oseb z duševno motnjo;
- Zmanjševanje diskriminacije;
- Podpora družinam;
- Socialna podpora, ki naj omogoči zadovoljevanje vsaj osnovnih potreb po zaposlitvi, stanovanju, socialnih mrežah in pristočasnih dejavnostih;
- Opogumljanje bolnikov.

#### *Oblike psihosocialne rehabilitacije*

V literaturi zasledimo različne oblike psihosocialne rehabilitacije. Najbolj uspešne metode so:

- a) kognitivno vedenjska terapija;
- b) učenje socialnih veščin;
- c) urejanje bivanja;
- č) družinske intervencije - podpora bolnikom in njihovim družinam;
- d) podporno zaposlovanje – delovna rehabilitacija in zaposlovanje;
- e) ACT program;
- f) samoobvladovanje;
- g) samopomoč
- h) izobraževanje in pristočasne dejavnosti;
- i) zagovorništvo.

Nekatere oblike psihosocialne rehabilitacije se izvajajo bolj pogosto, nekatere manj, saj je strokovnjakov zelo malo, nekaj pa jih šele na novo uvajajo v prakso.

V nadaljevanju bomo bolj podrobno pogledali našete oblike psihosocialne rehabilitacije, katere so njihove značilnosti, kako potekajo in kje se izvajajo.

#### a) Kognitivno vedenjska terapija

Kognitivno vedenjska terapija je strukturiran, časovno omejen način obravnave problemov ljudi z uporabo kognitivnih in vedenjskih tehnik, kjer ima pacient aktivno vlogo. Po Becku ima določeno značilno strukturo posameznih seans, ki poteka po vnaprej določenih točkah. Najprej se preveri trenutnega razpoloženje, nato oseba z duševno motnjo opiše dogodke preteklega tedna, pregleda se potek prejšnje seanse, pregleda pa se tudi domača naloga, ki jo je imel posameznik, saj domače naloge spodbujajo aktivnost, na koncu pa se psihiater in oseba z duševno motnjo dogovorita za novo domačo nalogo, posameznik pa dobi tudi povratne informacije o zdravljenju, svojem delu in aktivnosti.

Kognitivno vedenjska terapija ima tudi izobraževalno vlogo, saj terapevt nudi pacientu pomembne informacije in literaturo o njegovi bolezni in možnih načinih terapije. S kognitivnimi tehnikami skušamo omiliti in odpraviti čustveno, telesno in vedenjsko simptomatiko, ki je še bolj uspešna skupaj z vedenjskimi tehnikami. Najpogostejše vedenjske tehnike so: načrtovanje aktivnosti, reševanje problema s postopnimi koraki, izpostavljanje v imaginaciji, izpostavljanje realnim situacijam, preusmerjanje pozornosti, trening socialnih in komunikacijskih veščin (Resman v Avberšek idr. 2004, str. 85).

Kognitivno vedenjska terapija je v nekaterih točkah podobna andragoškem svetovalnemu delu. Za posameznika si je potrebno vzeti čas, spoznati njegovo zgodovino, hkrati pa mora biti tudi on aktiven, mu dajemo »domače naloge« oz. se skupaj z njim dogovorimo kaj bo naredil do naslednjič. Kognitivno vedenjska terapija ima tudi izobraževalno vlogo, saj oseba z duševno motnjo spoznava svojo motnjo, se uči z njo živeti, hkrati pa ga spodbuja, da je aktiven in se ne vda v bolezen. Kognitivno vedenjsko terapijo izvajajo v Psihiatrični bolnišnici Begunje na gorenjskem.

#### b) Učenje socialnih veščin

Težave pri komunikaciji, vzpostavljanju in vzdrževanju socialnih odnosov ter zmanjšana sposobnost skrbi zase in za svoje okolje, sodelovanje pri zaposlitvi in usposabljanju so dokazano pomembne manjše zmožnosti ali celo invalidnosti pri psihiatričnih motnjah. Učenje socialnih veščin je eden izmed temeljev psihosocialne rehabilitacije, ki je usmerjena k določenim in dosegljivim ciljem. V procesu učenja socialnih veščin prilagajamo verbalno in neverbalno komuniciranje in interaktivne spretnosti, kar omogoča lažjo prilagoditev in

vključitev v okolje. Socialne spretnosti so potrebne pri iskanju zaposlitve, v proces obvladovanja težav in pri prilagajanju na nova okolja, v katera se vključujejo. V ozračju medsebojnega spoštovanja osebe z duševno motnjo pridobijo veščine in spretnosti za obvladovanje motenj ter občutek sposobnosti in zaupanja (Švab v Avberšek idr. 2004, str. 26).

#### c) Urejanje bivanja

Pri urejanju bivanja se stremi k temu, da se posamezniku zagotovi primerno in urejeno življenjsko in delovno okolje, hkrati pa se oseba z duševno motnjo navaja na realistična pričakovanja glede delovanja. (Švab v Milinković 2004, str. 30). Pri bivanju pa ne smemo pozabiti tudi na finančno pomoč, kjer se lahko oseba z duševno motnjo obrne na center za socialno delo.

#### č) Družinske intervencije - podpora bolnikom in njihovim družinam

Večina oseb s hudimi duševnimi motnjami se po odpustitvi iz bolnišnice vrne domov k družini, ki nato prevzame skrb in podporo ter pogosto tudi finančne, čustvene in socialne obremenitve. V sedemdesetih in osemdesetih letih se je razvil niz intervencij in terapevtskih postopkov, ki naj bi nudili podporo in pomoč družini. Razvili so se izobraževanje za družine s podporo, kognitivno vedenjski pristopi in sistemska terapija. Razlike med pristopi so opazne v načinih intervencij: skupina družin ali ena družina se srečujejo ali v domačem okolju ali v bolnišničnem, srečanja trajajo različno dolgo in so časovno omejena ali neomejena (Švab v Avberšek idr. 2004, str. 27).

#### d) Podporno zaposlovanje – delovna rehabilitacija in zaposlovanje

Raziskave kažejo, da želi velika večina ljudi z duševnimi motnjami biti zaposlena, vendar je število zaposlenih zelo nizko. Razlogi za nezaposlenost so deloma v diskriminaciji, deloma pa v tem, da večina prizadetih zaradi ponavljajočih se duševnih motenj potrebuje podporne oblike zaposlovanja (Švab v Avberšek idr. 2004, str. 28). Delovna rehabilitacija in zaposlovanje naj bi se začela v bolnišničnem okolju in nadaljevala v delavnicah s prilagojenimi razmerami (Švab v Tomori in Ziherl 1999, str. 499).

Osebe z duševnimi motnjami se po odpustu iz psihiatrične bolnišnice znajdejo pred zaprtimi vrati, vrnitev na prejšnje delovno mesto pa je največkrat nemogoče. Delodajalci to opravičujejo s posodobitvijo delovnega procesa, s spremenjenimi pogoji dela ter nezmožnostjo ustvarjanja primerne delovnega ozračja. Če pa ga sprejmejo nazaj na delovno

mesto je posameznik neprestano pod pritiskom, ga nenehno opazujejo, lahko mu naložijo prevelike obremenitve ali pa mu odvzamejo vse odgovornosti in mu ponudijo delovne naloge, ki so ponavljajoče, nezanimive, tako da hitro izgubi motivacijo. Strah in predsodki, s katerimi se srečujejo osebe z duševnimi motnjami, predstavljajo hudo oviro pri iskanju zaposlitve. Več kot 20% invalidskih upokojitev prve kategorije je ugotovljenih zaradi duševne motnje ter več kot 80% bolnikov je nezaposlenih (Vukovic v Avberšek idr. 2004, str. 86).

Pravna ureditev usposabljanja in zaposlovanja oseb z duševnimi motnjami je v pretežni meri vključena v predpise, ki urejajo invalidsko problematiko. Problem pa se pojavi, ker osebe z duševno obolelostjo ne vedo, zakaj bi se potegovala za ta status. Šele neuspeli poizkusi pri iskanju dela, prizadeto osebo prepričajo, da bi veljalo sprejeti ta status. Že pridobljeni status invalidnosti pa lahko deluje kot stigma in otežuje zaposlovanje ter odvrta delodajalce. Možnost zaposlovanja oseb z duševnimi motnjami je v okviru invalidskih podjetij, zlasti podjetij, ki so jih ustanovile organizacije in društva in nudijo pomoč pri zagotavljanju dela in vključevanju v normalno življenje (Drobnič v Romih in Žmitek 1997, str. 43).

Kot primer dobre prakse zasledimo zaposlitveno rehabilitacijo v okviru Šenta – slovenskega združenja za duševno zdravje, ki ga izvajajo od leta 1998. V program se vključujejo ljudje z različno izobrazbo ter se usposabljaajo za tista dela, ki jih bodo po prehodu na redni delovni trg lahko opravljali. Poteka različno glede na potrebe posameznika in se začne z oceno sposobnosti za delo. Delovni proces vodi mentor, ki ob tem ocenjuje sposobnost dojemanja in razumevanje delovnih navodil, samostojnost načrtovanja delovnega procesa, ročne spretnosti in uporabo delovnih pripomočkov, prilagajanje delovnemu okolju, iniciativnost, zanesljivost in sposobnost opravljanja dela, ter sprejemanje navodil, kritike vodje in sodelovanje s sodelavci. Pomemben del rehabilitacije je delovno usposabljanje. Delovno okolje je prilagojeno tako, da je stimulatívno, podporno, nevsiljivo in zaščiteno. Naloge delovnega usposabljanja so priprava posameznika na delo, čim hitrejšo vrnitev v delovno okolje, učenje učinkovite komunikacije, ipd. Namen storitve je oblikovati poklicno identiteto in izbrati poklic, ki ga bo posameznik lahko opravljal, upoštevajoč ovire in zmožnosti. V okviru programa posameznik obiše različne institucije kot so CIPS, agencije za zaposlovanje, gospodarske družbe, invalidska podjetja, potencialne zaposlovalce in tudi Zavod za zaposlovanje RS. Tudi ko oseba z duševno motnjo dobi zaposlitev ga je potrebno spremljati, saj se nemalokrat dogaja, da tudi po vključitvi v delo potrebuje pomoč pri razumevanju delovnih nalog, pravic in dolžnosti (Vukovic v Avberšek idr. 2004, str. 87).



#### e) ACT program – program zdravljenja v skupnosti

ACT program (Assertive Community Treatment program) ali program zdravljenja v skupnosti je eden izmed najbolj ocenjevanih programov, ki sodijo na področje psihosocialne rehabilitacije. Definiran je z nepretrganim spremljanjem dolgotrajnih in zahtevnih psihiatričnih bolnikov, ki potrebujejo nepretrgano podporo v skupnosti. Nudi podporo prilagojeno posameznikom pri obvladovanju bolezni, vsakdanjo pomoč pri reševanju običajnih življenjskih težav in vpliva na okolje s tem, da izobražuje družine in širi socialne mreže. Osebe v teh službah nudi tudi podporo pri zaposlovanju. Delovna skupina naredi rehabilitacijski načrt za vsakega posameznika, ki mu ta skuša slediti v časovno omejenem obdobju. Raziskave kažejo, da je ACT program uspešen predvsem pri zmanjševanju števila hospitalizacij, samostojnejšemu bivanju in pri izboljšanju delovanja na nekaterih življenjskih področjih kot sta zaposlitev in socialni odnosi (Švab v Avberšek idr. 2004, str. 30).

V Sloveniji je program zdravljenja v skupnosti novost in bo potrebno še nekaj časa, da se uveljavi. Na področju duševnega zdravja je veliko modelov in idej prenesenih iz tujine, ki pa so za enkrat samo na papirju, saj se največkrat stvari zapletejo pri financiranju.

#### f) Samoobvladovanje

Samoobvladovanje kot proces okrevanja, skuša identificirati tiste ključne dogodke in sporočila, ki lahko prispevajo k obnavljanju samopodobe. Odkrili so, da je predvsem v začetnih fazah okrevanja pomembno, da v bolnika kdo verjame v smislu vere v njegovo bodočnost in možnost okrevanja. V procesu vračanja v vsakdanje življenje je pomembna pohvala, seveda le takrat, ko je realna in se nanaša na dejanski napredek v delovanju. Iz teh izkušenj se oblikuje občutek, da oseba lahko uporabi prejšnja znanja o tem, kaj ji je pomagalo v določeni obremenilni situaciji v preteklosti in tako zniža napetost in tesnobo. Osebe z duševno motnjo so s tem pripravljene prevzeti bolj aktivno in odločno držo pri socialni in zaposlitveni rehabilitaciji (Švab v Avberšek idr. 2004, str. 31).

#### g) Samopomoč

Med metodami, ki so značilne za uporabniške organizacije kot tudi za dobre skupnostne službe najdemo tudi skupine za samopomoč. Prve samopomočne skupine so se pojavile v začetku štiridesetih let. Pod vplivom Clifforda Beersa so začela nastajati prva združenja za samopomoč, ki pa so jih kmalu prevzeli strokovnjaki in so počasi zamrla. Gibanje se je znova pojavilo v sedemdesetih letih, ko je bila leta 1973 v ZDA prva konferenca o človekovih

pravica in proti psihiatričnemu zatiranju, ki so jo organizirali uporabniki (Lamovec 2006, str. 205).

Pojem skupina za samopomoč dejansko pomeni skupino, katere člani si skušajo pomagati sami, brez strokovnjakov, brez hierarhije. Tudi vodja, ki skrbi za organizacijo in vodi sestanke, izhaja iz vrst uporabnikov, tako si vlogo vodje lahko izmenjujejo ter si postavijo svoja pravila (Bogataj v Avberšek idr. 2004, str. 72).

Levine in Perkins (v Lamovec 2006) razlikujeta pet tipov samopomočnih skupin (Lamovec 1998, str. 103):

1. Gre za ljudi, ki so v družbi označeni kot »nenormalni« in so zato izpostavljeni družbeni osamitvi, stigmatizaciji, posmehu, pomilovanju, itd. Ta skupina je zelo velika in vključuje osebe z različnimi telesnimi okvarami in zdravstvenimi težavami pa tudi pripadnike zatiranih slojev in manjšin.
2. Drugo skupino sestavljajo družinski člani zaznamovanih oseb, ki tudi sami posredno trpijo zaradi pritiskov okolja.
3. Skupine oseb, ki so se začasno znašle v težavni situaciji in potrebujejo pomoč (ovdoveli, samohranilke...).
4. Četrty tip obsega ljudi, ki se jih drži skupna pripadnost in želijo gojiti medsebojne stike ter si pomagati.
5. V zadnji tip samopomočnih skupin pa se uvrščajo osebe, ki želijo uveljaviti določene interese (npr. ekološke ali mirovne skupine).

Samopomočne skupine upoštevajo značilnosti študijskih krožkov. So prostovoljske, razmeroma majhne in rabijo vzajemno pomoč članov pri doseganju določenega cilja (Lamovec 2006, str. 206). Skupine lahko definiramo po različnih kriterijih, in sicer glede na vključenost članov, število članov, glede na cilje in metode dela, vodenje skupine, itd. Glede na vključevanje članov so skupine lahko odprte, kjer novi člani prihajajo pogosto in jo pogosto zapuščajo, zaprte, kjer se novih članov ne sprejema in ne traja manj kot eno leto ter pol-zaprte skupina, v katero se član lahko vključi, ko jo eden izmed članov zapusti. Glede na število članov skupine delimo na velike (več kot 40 članov), srednje (12 do 15 oz. tudi do 40 članov) in male skupine, ki imajo od 5 do 12 članov. Vodijo jih lahko uporabniki sami ali v sodelovanju s strokovnjaki, ki lahko zavzamejo različno vlogo – od občasne pomoči do bolj odločujoče, vodilne vloge (Bogataj v Avberšek idr. 2004, str. 72).

Skupine za samopomoč so največkrat majhne, usmerjene so na problem, člani so enakopravni in razlike v statusu ne veljajo, imajo skupen cilj, delujejo skupinsko ter pomagajo drug

drugemu, temeljijo na osebni angažiranosti, kjer je vsak član odgovoren za svoje delo (Lamovec 2006, str. 207).

Raziskave kažejo (Orford 1992), da je privlačnost samopomoči v tem, da zagotavlja večino funkcij, ki jih sicer opravlja socialna mreža, ki pomeni krog oseb, prijateljev, sorodnikov in znancev, na katere se lahko v vsakdanjem življenju obrnemo po pomoč. Uporabniki pogosto izgubijo večji del socialne mreže, zato čutijo v tem pogledu primanjkljaj, ki pa jim ga samopomočna skupina pomaga zapolniti.

Člani poročajo, da so najpomembnejše funkcije samopomoči (Lamovec 2006, str. 207):

- čustvena opora,
- prisotnost vzornikov,
- skupna ideologija,
- dostopnost do ustreznih informacij,
- izmenjava izkušenj o načinih spoprijemanja s skupnim problemom,
- možnost pomagati drugim,
- druženje in občutek, da nadzirajo in obvladujejo svoje življenje.

Pri delu samopomočnih skupin se odvijajo različni procesi. Katz (1970) navaja naslednje:

- 1) člani razvijejo identifikacijo z referenčno skupino;
- 2) učijo se iz lastnih in tujih izkušenj, preskušajo nove načine obvladovanja problemov in o njih razmišljajo;
- 3) zaradi enakovrednosti članov se razvija in spodbuja sporazumevanje, ki je odkrito in zaupno;
- 4) razvijajo se ustrezne oblike druženja, ki lahko postanejo osrednja oporna točka v posameznikovem življenju;
- 5) člani dajejo drug drugemu čustveno oporo, kar utrjuje povezanost in zavest, da bodo v času krize deležni pomoči;
- 6) sodelovanje izboljša status in hkrati zmanjša občutek stigmatiziranosti ter povečuje odpornost za socialne pritiske iz okolice;
- 7) skupina pomaga pri oblikovanju skupnih vrednot in dajanja pomoči drugim, kar krepi občutek enakosti in samopodobo ter zmanjšuje občutek odvisnosti;
- 8) uporabnika obravnavajo kot produktivnega subjekta (Lamovec 1998, str. 109).

Zavedati se moramo, da je psihiatrično zdravljenje najbolj učinkovito, če uporabnik sodeluje tudi v samopomočnih skupinah, saj se nekaterih oblik zdravljenja ne more izvajati v taki obliki. Največjega pomena pa je dajanje opore drug drugemu in primerjanje svojih izkušenj,

ki velikokrat s seboj prinese samozavest in odgovornost, katera je potrebna za uspešno socialno vključenost.

#### h) Izobraževanje in prostochasne dejavnosti

Izobraževanje oseb z duševnimi motnjami ali psihoedukacija se dotika izobraževanja o bolezni, zdravljenju, ponovnem pridobivanju socialnih, komunikacijskih in delovnih veščin zmanjševanju in obvladovanju stresa. Učenje in pridobivanje novega znanja ter spretnosti je pomembno predvsem pri strokovnih delavcih, vzgoja in izobraževanje bolnikov pa je del terapevtskega postopka in ju vsebuje rehabilitacijski postopek v celoti. Terapija je vedno proces učenja in v pravem smislu proces permanentnega izobraževanja. Bolnik ni več le pasivni objekt zdravstvene obravnave, temveč sodelavec in dejaven subjekt v procesu, v katerem je za dober izid pomemben njegov lastni delež in prizadevanje. Taka obravnava ljudi z duševnimi motnjami zmanjšuje socialno izolacijo in identitetne težave (Škrbinek 1998, str. 60).

Ovire, ki nastopijo v izobraževanju uporabnikov psihiatričnih storitev so po Walkerju fizične, finančne, emocionalne, ovire, ki nastopijo zaradi odnosa in zaradi pomanjkanja časa (Milinković 2004, str. 34). Zato je pomembno, da so informacije o možnostih izobraževanja in vključevanja podana v uporabniku primerni in dostopni obliki.

Dostopnost in svobodna izbira prostochasnih dejavnosti sta pglavitni vodili, ki pa ju je treba največkrat dopolniti s spodbudo in konkretno podporo pri vključevanju in vzdrževanju dejavnosti (Švab v Tomori in Zihelr 1999, str. 500).

#### i) Zagovorništvo

Na področju duševnega zdravja pogosto prihaja do kršitve pravic uporabnikov, stigmatizacije in predsodkov. Uporabnik nima nobenih možnosti, da bi zaščitil svoje interese, saj mu velikokrat ne verjamejo in jemljejo njegove pripombe kot znak bolezni. Zagovorništvo poskuša uravnotežiti razmerje moči med ustanovo in njenimi uporabniki ter posredovati pri nesoglasjih. Zagovorništvo poskuša uravnotežiti razmerje moči med ustanovo in njenimi uporabniki ter posredovati pri nesoglasjih. Poznamo več vrst zagovorništva, vsem pa je skupno, da je zagovornik pogosto edina oseba, ki je povsem na strani uporabnika in se zavzema za dosledno spoštovanje njegovih pravic (Lamovec 2006, str. 223).

Zamisel o zagovorništvu v Sloveniji se je porodila leta 1992 v okviru študija duševnega zdravja na visoki šoli za socialno delo s programom TEMPUS, po vzoru Velike Britanije. Še

istega leta pa se je pri odboru za družbeno zaščito norosti (kasneje se je preimenovala v Altro), oblikoval projekt z imenom Zagovorništvo (prav tam, str. 240).

Temeljna funkcija zagovorništva je opolnomočenje v vseh svojih vidikih. Opolnomočenje je kontinuiran proces, saj je pridobljeno potrebno razvijati, če hočemo to obdržati. Zagovornik mora omogočiti ljudem, da se aktivno vključijo v reševanje svojih problemov v smeri, ki so jo sami načrtali. Zagovornika lahko primerjamo z vzgojiteljem, ki s svojim zgledom poučuje v dejanskem življenjskem okolju, ne dela stvari namesto osebe, ki ji želi pomagati ter skrbi, da se razvije dialog. Biti mora neodvisen od ustanove, problem spoznava skozi oči uporabnika, kar pomeni, da mora znati aktivno poslušati, ne daje nasvetov, ampak odpira vprašanja, ki pomagajo uporabniku pri reševanju problemov, izražanju lastnih potreb in stališč (Lamovec 1998, str. 142-143).

Po Brandonu lahko na področju duševnega zdravja na splošno opredelimo štiri tipe zagovorništva (Kovačič v Avberšek idr. 2004, str. 120):

- *vrstniško zagovorništvo* temelji na vzajemnosti, ki ustvari globoke vezi in občutek solidarnosti. Član je deležen opore drugega člana in daje možnost za razvoj prijateljstva (Lamovec 1998, str. 163). Izvaja ga oseba, ki že ima izkušnjo psihiatričnega zdravljenja. Ta tip zagovorništva je uspešen takrat, ko uporabnik odklanja psihiatrično pomoč in zdravila, saj spletene vezi lahko preprečijo hospitalizacijo (Kovačič v Avberšek idr. 2004, str. 120).

- *kolektivno zagovorništvo* navadno označujemo kot družbeno akcijo, ki vključuje delovanje več ljudi in se pogosto razvije kot rezultat drugih oblik zagovorništva, predvsem samozagovorništva. Temeljna značilnost je v poudarjanju organiziranosti. Če naj se razvrednoteno osebo sliši, je nujno da ustanovi skupino, da bi dosegli večjo pozornost (Lamovec 1998, str. 165-166).

- *Samozagovorništvo* se lahko nanaša na individualno ali skupinsko dejanje, kjer uporabnik zagovarja svoje pravice ali pravice vrstnikov. Izraz samozagovorništvo pa označuje tudi gibanje oz. skupinsko dejavnost ozaveščanja in učenja spretnosti, ki so potrebne, če hočemo doseči nadzor nad življenjem (prav tam, str. 161).

- *profesionalno zagovorništvo* pokriva pravno in psihosocialno področje. Namenjeno je osebam, ki so hospitalizirane v bolnišnicah ali drugih ustanovah zaprtega tipa in rabijo zaščito njihovih pravic (prav tam, str. 151). Tim zagovornikov sestavljajo pravniki, socialni delavci in psihologi, ki delujejo v prostorih bolnišnice, vendar pa so popolnoma neodvisni. Njihova naloga je, da nadzorujejo postopke hospitalizacije, se pogovarjajo z uporabniki, sprejemajo

njihove pritožbe in želje, jih ustrezno obravnavajo in, če je potrebno, posredujejo ustreznemu organu (Kovačič v Avberšek idr. 2004, str. 120-121).

V procesu zagovorništva Brandon definira pet glavnih nalog:

a) *negovalna vloga*: uporabnik je na začetku poln strahu, nezaupanja in obupa, zato ga mora zagovornik sprejeti v njegovem stanju in mu dajati občutek, da ga jemlje resno.

b) *vloga priče*: zagovornik mora biti empatičen, znati mora poslušati pritožbe in pri tem ostati miren, obenem pa mora vzpostaviti distanco, ki mu omogoča razumeti širšo sliko.

c) *vloga protestiranja*: uporabniki so velikokrat izpostavljeni ponižanju, razvrednotenju in zlorabam moči. Zagovornik omogoči, da izrazijo jezo in nemoč ter hkrati protestira in s tem daje uporabniku občutek, da v svoji stiski ni sam in ga tudi opogumlja, da se naslednjič postavi zase.

č) *vloga interpretiranja in sporočanja*: zagovornik je tisti, ki svetu in institucijam sporoča občutenja in zahteve uporabnika. Lamovec in Flaker o zagovorniku zapišeta, da je pogostokrat edina oseba, ki je na uporabnikovi strani, posreduje njegove potrebe in želje ter poskuša doseči to, kar uporabniku legitimno pripada. Zagovornik mora izbrati ustrezno strateško akcijo, ki bo najbolj učinkovito dosegla uporabnikove cilje.

d) *vloga čustvene opore in podpore*: zagovornik podpira uporabnika v zavesti, da se bodo stvari izboljšale, ga spodbuja in opogumlja k aktivnemu pristopu v življenju (Kovačič v Avberšek idr. 2004, str. 119-120).

Pri zagovorništvu uporabnika pa se moramo prepričati kaj res želi in mu ne vsiljujemo svojih misli, pomagamo mu, da izrazi svoje želje in stališča, ponudimo mu čim več informacij, opogumljamo ga, da se zavzame zase ter mu dovolimo, da sam odloča pri čem želi pomoč. Dopustimo dovolj časa, da ustvarimo zaupen odnos ter spoštujemo zaupnost in zasebnost (Lamovec 2006, str. 248-249). Zavedati se moramo, da vse kar delamo, delamo v uporabnikov dobro.

## 4.2 SKUPNOSTNA SKRB

Lokalno načrtovanje služb za duševno zdravje sodi v področje psihosocialne rehabilitacije, saj službe, ki jih načrtujemo v okolju, kjer posameznik živi, zagotavljajo participacijo uporabnikov, nepretrganost obravnave in spremljanja ter nudijo možnost izbire služb in storitev (Javornik v Avberšek idr. 2004, str. 37).

### *Razvoj skupnostne skrbi*

Razvoj duševnega zdravja v skupnosti pomeni radikalen preobrat v pogledu na duševni stres in ljudi, ki jih prizadene. Začetki skupnostne skrbi segajo v obdobje po 2. svetovni vojni, ko so v Združenih državah Amerike in Veliki Britaniji sprejeli nacionalna zakona o duševnem zdravju, ki sta omogočila organizacijo preventivnih in kurativnih programov za področje duševnega zdravja na lokalnih območjih, ki so prilagojeni potrebam lokalne populacije. Začela so se raziskovanja, znanstvene študije ter strokovna in laična združenja, ki so podpirala in pomembno vplivala na razvoj skupnostne skrbi (prav tam, str. 37). Strokovnjaki, ki so se ukvarjali s težavami v duševnem zdravju, so ugotovili, da dolgotrajna hospitalizacija negativno vpliva na kakovost zdravljenja. Kronični pacienti naj ne bi tako zelo trpeli zaradi svoje motnje, ampak se njihovi problemi povezani predvsem z značilnostmi psihiatrične bolnišnice in odvisnostjo, ki jo ustvari rutina. Programi desegregacije uporabnikov služb za duševno zdravje so v svetu že dokaj razviti in vsebujejo večje število alternativ. Njihov namen je, da zdravljeno osebo ohranjajo v skupnosti, dvigujejo njen degradirani status in ji ponudijo smiselno vlogo v življenju. Taka obravnava pomeni tudi socialno akcijo ter izobraževanje skupnosti, ki je pogosto odklonilna in polna predsodkov (Warner v Milinković 2004, str. 14).

Tudi v Evropi je naraščala javna zavest, da je za ljudi s težavami v duševnem zdravju medicinska razlaga in diagnoza relativno omejenega pomena ter da so za organizacijo skrbi pomembnejše vrste in stopnje manjzmožnosti, kot pa njihov vzrok. Postalo je bolj razvidno tudi to, da so mnoge motnje družbeno in socialno povzročene ter da jih je moč omiliti ali odpraviti samo v interakciji posameznika z odprto družbo.

Po letu 1960 so se obstoječa gibanja v različnih državah do neke stopnje uskladila, postala so priznana ter se v določenem obsegu tudi institucionalizirala. Načrtovanje skupnostnih služb se je začel uveljavljati kot dominantni model družbene skrbi za osebe z duševnimi motnjami, psihiatrija pa je postajala njegov integralni model (Javornik v Avberšek idr. 2004, str. 37).

Leta 1984 je Nacionalni Inštitut za duševno zdravje priporočil programe pomoči znotraj skupnosti, ki skušajo okrepiti bolnikov občutek osebnega dostojanstva, spodbujati samoodločanje, pomoč med vrstniki in vključevanje družin in skupnosti. Ponovno se pojavljajo pozivi k zdravljenju, usmerjenem v ozdravitev (Glasser 2003, str. 18).

V začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja je Velika Britanija začela z uvajanjem ukrepov, s katerimi so prenesli del izvajanja storitev na področju socialnega varstva in zdravstva v skupnosti, torej iz javnega sektorja v volonterski, zasebni ali neformalni sektor, ter začeli uvajati koncept skupnostne skrbi za osebe s težavami v duševnem zdravju. V sredini devetdesetih let se je v diskusijah strokovnjakov na področju socialnega varstva, zdravstva in v zasebnih neprofitnih organizacijah razširila diskusija o konceptu skupnostne skrbi tudi v Sloveniji (Kovač 2007, str. 4).

Osebam z duševno motnjo je po hospitalizaciji pomembno dejstvo, da ga nekdo vzame resno, ter zavest, da njegove temeljne pravice ostajajo neokrnjene. Uporabnik teh služb sodi v najmanj zaščiteni skupini, kljub temu da so kršene njegove najosnovnejše človeške in zakonske pravice (Lamovec in Flaker v Milinkovič 2004, str. 14).

Poudarek služb za duševno zdravje v skupnosti je predvsem na psihosocialni rehabilitaciji. Tako je naloga ljudi, ki delujejo v tej skupnosti, uporabniku pomagati pri izgradnji socialne mreže, mu pomagati pri financah, delovnem položaju, skrbi za družino in vsakodnevnem življenju (Warner v Milinković 2004, str. 15).

Pri opredelitvah koncepta skupnostna skrb naletimo na problem, kako tak koncept poimenovati v slovenskem prostoru. V prostoru Evropske unije, dokumentih, resolucijah, priporočilih ter zakonodajah nacionalnih držav članic se uporablja termin »community care«, neposredni prevod v slovenščino pa je skupnostna skrb, ki se vedno bolj uporablja v delovnih gradivih na področju socialnega varstva in zdravstva, predvsem tistih, ki se ukvarjajo s problematiko duševnega zdravja.

Drugi problem je poimenovanje osebe z duševno motnjo, stisko, z izkušnjo zdravljenja v psihiatrični bolnišnici. Med teoretiki in izvajalci na področju duševnega zdravja se pojavljajo različna poimenovanja, odvisna od vloge, ki jo ima oseba v obravnavi. V obravnavi v psihiatrični bolnišnici govorimo o pacientu psihiatrične bolnišnice, v socialnih javnih službah o stranki, uporabniku ali klientu, v zasebnem neprofitnem sektorju pa se uporablja termin uporabnik psihiatričnih storitev, uporabnik služb za duševno zdravje, oseba z dolgotrajnimi duševnimi stiskami ali oseba s težavami v duševnem zdravju (Kovač 2007, str. 3).



#### **4.2.1 Definicija skupnostne skrbi**

V. Švab opredeli skupnostno (družbeno) skrb kot sistem služb, pripravljen za definirano populacijo, ki naj z multidisciplinarnim delom v delovni skupini omogočijo zgodnjo diagnozo, takojšnje zdravljenje, nepretrgano skrb in socialno podporo. Namenjena je osebam z dolgotrajnimi ali ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Temelji na povezavi in dostopnosti med službami za duševno zdravje, kot so zunajbolnišnične dispanzerske ambulante, dnevni centri, prostori za oddih, bivanjske skupnosti, delavnice s prilagojenimi programi in bolnišnični oddelki. Temeljna naloga družbene skrbi je povezava med medicinskimi in socialnimi službami ter posebej z osnovnim zdravstvom (Švab 1996, str. 21).

Koncept skupnostne skrbi ima svoje korenine v socialnem delu in je že dokaj uveljavljena praksa med nevladnimi organizacijami, ki delujejo na področju duševnega zdravja.

Načrtovanje skrbi je strategija za razdelitev pomoči in povezovanje služb za duševno zdravje, v korist osebe z duševno motnjo. Deluje kot razdeljevalec in povezovalec pomoči različnih služb ter kot zagovornik. Vzdržuje terapevtski odnos, spremlja njegovo napredovanje in zdravje ter načrtuje socialne in zaposlitvene cilje. Zagotavlja stalnost in vzdrževanje skrbi. Brez ustreznega vodenja se namreč veliko oseb z duševno motnjo v procesu rehabilitacije izgubi (Javornik v Avberšek idr. 2004, str. 37).

S skupnostno skrbjo zadovoljujemo različne potrebe oseb z duševnimi motnjami. Glede na te potrebe ustanovljamo različne službe ali sklope dejavnosti. To so komponente družbene skrbi. Različne skupnostne službe delujejo le, če so vzpostavljene potrebne povezave: na programskem nivoju s sistemom organizacije skrbi in preko povezovalnega telesa na skupnostnem nivoju (Švab 1996, str. 22).

Izkušnje v tujini in pri nas kažejo, da stalna podpora bolniku in povezava z njimi in njegovo družino lahko prepreči mnoge krize.

#### **4.2.2 Naloge skupnostne skrbi**

Osebe z duševno motnjo želijo sodelovati pri načrtovanju služb, njihovem vodenju in preverjanju. Menijo, da potrebujejo predvsem socialno pomoč in posege, ki povečujejo njihovo samostojnost in učinkovito delovanje, to so pomoč pri organizaciji bivanja, izobraževanja, informiranje o simptomih motnje in o zdravilih, ki jih prejemajo, trening socialnih spretnosti in usposabljanje za delo (Švab v Kraševac Ravnik 1996, str. 200).

Poglavitne naloge načrtovanja skrbi so (Javornik v Avberšek idr. 2004, str. 38):

1. Identificirati uporabnike služb za duševno zdravje v lokalni skupnosti ter jih uvrstiti na primerno zavarovan seznam;
2. Preveriti potrebe oseb z duševno motnjo z raziskavo, hkrati pa je potrebno preveriti tudi potrebe njihovih svojcev;
3. Določiti načine skrbi – potrebno je preveriti katere službe delujejo v skupnosti oz. v njeni bližini in določiti načine skrbi za osebe z duševno motnjo;
4. Koordinirati razdelitev skrbi – v tim za organizacijo skupnostne skrbi je treba povabiti k sodelovanju vse strokovnjake, ki uporabnikom nudijo pomoč, prostovoljce, svojce in osebe z duševno motnjo;
5. Nadzorovati razdelitev skrbi – organizator skupnostne skrbi nadzoruje uresničevanje načrta skupnostne skrbi;
6. Ovrednotiti učinkovitost služb - potrebno je sprotno preverjanje potreb oseb z duševno motnjo ter njihovo mnenje o učinkovitosti načrta skupnostne skrbi;
7. Modificirati oblike skrbi glede na potrebe oseb z duševno motnjo;
8. Ponoviti krog, razen, če skrb ni več potrebna – krog storitev nenehno obnavljamo, dokler skrb ni več potrebna.

Pri nalogah načrtovanja skrbi lahko rečemo, da gre za andragoški cikel načrtovanja izobraževanja. Andragoški cikel poteka v šestih korakih, in sicer: ugotavljanje potreb, načrtovanje programa, programiranje vsebin, priprava in organizacija izobraževanja, izpeljava in evalvacija izobraževanja. Vidimo lahko, da kljub nekoliko drugačnemu poimenovanju posameznih stopenj, gre za enak proces. Najprej opredelimo ciljno skupino in ugotovimo kaj potrebujejo, načrtujemo potek zdravljenja, izpeljemo načrt in ga na koncu evalviramo.

#### **4.2.3 Načrtovanje skupnostne skrbi**

Načrtovanje skrbi je metoda dela, ki se uporablja v različnih službah za duševno zdravje na podoben način, a z različnimi terminološkimi opredelitvami in ki se pretežno uporablja v nevladnih in socialnih službah. Naloge bolnišnične rehabilitacije so (Švab v Avberšek idr. 2004, str. 41):

- ocena potreb;
- izobraževanje pacientov in svojcev;
- opogumljanje pacientov in svojcev;
- oblikovanje in izvajanje rehabilitacijskega načrta;

- povezovanje z zunanjimi sodelavci;
- evalvacija.

Načrtovanje je proces, ki je, predvsem zato, ker se potrebe ljudi spreminjajo, stalno prisoten v socialnem varstvu. Načrtovanje je vzpostavljeno z namenom, da se posameznikovi cilji uresničijo. V proces je običajno vključenih več izvajalcev. Pomen večih izvajalcev posameznih faz je predvsem v tem, da so ti od izvedbe neodvisni. S tem metoda ohranja bistvo, saj zapisovalec individualnega načrta ni vezan na njegovo izvedbo.

Sprva se je imenovalo načrt skrbi in je v osnovi vsebovalo individualen načrt kot podlago za skrb, kar pomeni, da so bili uporabniki še vedno definirani kot ljudje, za katere je potrebno skrbeti in niso bili upoštevani kot enakovredni člani skupnosti. Termin »individualni načrt za samostojno življenje« ponazarja, da ta vsebuje dva ključna pojma, in sicer individualni pristop in samostojno življenje, ki pomeni življenje v običajnem okolju z ljudmi, ki si jih sami izberemo in smo samostojni (Videmšek v Avberšek idr. 2004, str. 44).

#### **4.2.4 Načela pri oblikovanju individualnega načrta za samostojno življenje**

Pri oblikovanju individualnega načrta moramo upoštevati štiri bistvena načela:

a) *Načelo opolnomočenja oz. krepitve moči*, ki je temeljna sestavina individualnega načrta in prinese spremembo v odnosu med strokovnim delavcem in posameznikom. Posameznik vedno bolj samostojno odloča o svojem življenju, kar krepi samozavest in samospoštovanje. Da pa posameznika lahko opolnomočimo, mu moramo omogočiti dostop do ustreznih informacij. Izobražujemo ga kje lahko dobi potrebne informacije, da postaja tudi na tem področju bolj samostojen in da lahko med informacijami tudi izbira.

b) *Načelo sodelovanja* se realizira tako, da oseba sodeluje pri načrtovanju individualnega načrta za samostojno življenje in pri realizaciji.

c) *Načelo avtonomnosti* je pomembno pri dajanju podpore in razvijanju individualnih talentov in sposobnosti, da postaja posameznik bolj samostojen in neodvisen. Zavedati se moramo, da ne delamo zanj in ne pazimo nanj, ampak mora sam prevzeti odgovornost zase in za svoje odločitve ter prevzema dejavne socialne vloge.

d) *Načelo etičnosti* se kaže v spoštovanju osnovnih človekovih pravic kot so zaupnost, varovanje osebnosti in osebnega dostojanstva; varovati moramo tajnost informacij o posamezniku, ne smemo ga izključevati, ne smemo ga zapostavljati na podlagi družbenega položaja, življenjskega cilja ali verske usmerjenosti, socialne označenosti, zmanjšanih duševnih ali telesnih sposobnosti; omogočiti pa mu moramo, da uporabi svoje lastne

sposobnosti za reševanje problemov in mu izboljšujemo dostopnost do obstoječih ali novih virov pomoči (Purkart 2007, str. 1).

Pri skupnostni skrbi lahko potegnemo kar nekaj vzporednic z andragogiko, z načrtovanjem izobraževanja, z andragoškim svetovalnim delom andragogiko ciljnih skupin, ipd. za doseg optimalnih ciljev se moram posvetiti posamezniku. Ugotoviti moramo kaj je tisto, kar mu bo omogočilo, da doseže svoje cilje. Aktivnost načrtujemo skupaj s posameznikom, ki ima aktivno vlogo v procesu načrtovanja. Na koncu pa ne smemo pozabiti na evalvacijo, ki je bistvenega pomena, saj le s pomočjo dobre povratne informacije posameznik lahko napreduje. To velja tako za izobraževanje kot tudi za psihosocialno rehabilitacijo.

#### **4.2.5 Izdelava individualnega načrta za samostojno življenje**

Izdelava individualnega načrta vsebuje štiri točke (Purkart 2007, str. 4):

##### 1. Vloga izdelovalca individualnega načrta

Na začetku se opredeli vloga načrtovalca, da posamezniku omogoči, da si le-ta sam zastavlja cilje, ga pri tem podpira in izbira med različnimi možnostmi. Izdelovalec načrta mora osebo sprejemati kot sposobno sodelovati, saj je posameznik tisti, ki je najbolj aktiven in izraža svoje želje in potrebe, kar pomeni, da gre moč prerazporejanja s strokovnega delavca na posameznika.

##### 2. Postavljanje ciljev

Cilj predstavlja usmerjeno pozornost in s tem omogoča posamezniku, da usmeri omejeno količino energije in časa v aktivnost, hkrati pa eliminira vpliv motečih dejavnikov. Cilji morajo biti: - specifični, saj ti bolj zanesljivo vodijo do uresničitve želje,

- kratkoročni s časovnimi roki; dolgoročni cilji so lažje dosegljivi, če jih razdelimo na več kratkoročnih in vmesnih ciljev,
- fleksibilni in dosegljivi,
- zapisani, saj je proces uresničevanja teh ciljev bolj uspešen,
- omogočiti pa moramo jasno povratno informacijo.

##### 3. Evalvacija individualnega načrta za samostojno življenje

Evalvacija oz. pregled realizacije zastavljenih ciljev, je pomemben sestavni del načrtovanja, saj na ta način šele lahko ovrednotimo uspešnost izvajanja načrta oz. realizacije ciljev. Zastavljene cilje lahko evalviramo na tri mesece, pol leta ali eno leto, kratkoročne cilje lahko evalviramo tudi pogosteje. Po roku enega leta evalviramo vse zastavljene cilje in skupaj s

posameznikom ocenimo kje je bil uspešen in kje ne. Pri nedoseženih ciljih pa zapišemo zakaj jih ni dosegel in ali bi jih želel v prihodnosti doseči. Ob ponovnem načrtovanju si zastavimo tudi nove cilje. Evalvacija je enakopraven sestavni del individualnega načrta, ker poveže preteklost, sedanost in videnje prihodnosti v zaokroženo celoto, na osnovi katere lahko posameznik gradi svoje življenje. Omogoča analitičen in hkrati sintetičen pogled s strani različnih ljudi v timu in s tem različnih perspektiv ter posledično poda kar se da objektivno in realno oceno.

#### 4. Refleksija načrtovalca

Refleksija je del načrta, ki pa ga posameznik ne dobi v vpogled, temveč je v pomoč načrtovalcu, da ga spodbuja v njegovem napredovanju. Načrtovalec povzame potek izdelave individualnega načrta, pomanjkljivosti in prednosti ter kako ocenjuje celoten proces načrtovanja. V refleksiji načrtovalec zapiše tudi svoja opažanja, kako vidi in ocenjuje stanje in funkcioniranje posameznika kot so splošni vtis in vedenje, motiviranost, samoiniciativnost, stik z realnostjo, ipd. (Purkart 2007, str. 4).

### 4.3 PROSTOVOLJSKE ORGANIZACIJE

V začetku sedemdesetih letih so se začela v razvitem svetu spontano pojavljati alternativna gibanja, katerih cilj je bil osvoboditev oseb z duševnimi motnjami od uzakonjenega psihiatričnega zatiranja, dosledno spoštovanje in razširitev njihovih pravic in zagotovitev kvalitete življenja (Lamovec 2006, str. 149).

Gibanja so se razlikovala predvsem v dveh pogledih, in sicer so bila nekatera zelo radikalna (Irren Offensive v Berlinu) in so zahtevala odpravo psihiatričnih bolnišnic, prisilne hospitalizacije in zdravljenja, medtem ko so si druga gibanja (zveza za duševno bolne v ZDA) prizadevala za boljšo kvaliteto psihiatričnih storitev. Gibanja so se razlikovala tudi po strukturi članstva. Nekatera gibanja so vodili uporabniki sami in se niso dosti povezovala z obstoječimi strukturami, pri drugih pa so bili pobudniki strokovnjaki, ki so kasneje prešla v vsakodnevno »normalno« fazo delovanja. Na vpliv uporabniških gibanj je vplivala Italija, ki je z zakonom odpravila psihiatrične bolnišnice in jih nadomestila s skupnostno psihiatrijo, v Londonu pa je Ronald Laing ustanovil prvo komuno za oskrbo oseb v akutni psihozi, ki se je imenovala Kingsley Hall. Po njenem zgledu pa so v ZDA ustanovili Soterio.

Množično so začele nastajati organizacije, katerih namen je bil pospeševati kvaliteto storitev na področju duševnega zdravja ali pa neposredno pomagati uporabnikom. Te organizacije so

bile dobrodelne oz. neprofitne, danes pa uporabljamo izraz nevladne organizacije in združujejo strokovnjake, prostovoljce, osebe z duševnimi motnjami in njihove svojce. Ustanavljali so t.i. »vmesne strukture«, ki naj bi zapolnile vrzel med bolnišnično obravnavo in domačo oskrbo. To so dnevni centri, stanovanjske skupine, samopomočne skupine, krizni centri, ipd.

Leta 1991 je bila ustanovljena Evropska mreža za osebe z duševnimi motnjami in bivše uporabnike duševnega zdravja, ki ima sedež na Nizozemskem in vključuje večino evropskih držav. Njihovi cilji so borba za pravice, za izboljšanje stanovanjskih razmer, za zagotovitev ustrezne denarne podpore, izobraževanja in zaposlitve. Za vzgled si lahko vzamemo Švedsko, saj njihova organizacija zaposluje približno sto ljudi, ki so večinoma osebe z duševnimi motnjami, zelo uspešni pa so tudi v pogajanjih z vlado, ki pogosto sama ponudi pomoč.

Na Finskem in Norveškem imajo srednje velike organizacije, ki so neodvisne in povsem pod nadzorom oseb z duševnimi motnjami. Zelo razvito imajo zagovorništvo, ki pomaga osebam z duševno motnjo, da ob neustreznem ravnanju v bolnišnici dobijo odškodnino.

V Veliki Britaniji delujejo tri organizacije za osebe z duševnimi motnjami. To so MIND-LINK, »Preživeli spregovorite!« (Survivors Speak Out) in »Nova vsedržavna zagovorniška mreža« (The New National Advocacy Network), za katere so značilni nemedicinski postopki in alternativne razlage pojavov.

Na Nizozemskem imajo tri organizacije. Dve od njih, »Združenje klientov« (The Clients Union) in fundacijo, ki povezuje svete pacientov in stanovalcev v različnih institucijah (National Foundation of Patients' and Residents' Councils), upravljajo osebe z duševnimi motnjami. Tretja organizacija pa se imenuje Pandora, ki je dosegla, da skrbstvene službe uporabljajo izraze, katere so predlagale osebe z duševnimi motnjami, vendar do sprememb ni prišlo. Gibanja oseb z duševnimi motnjami se tesno povezujejo z ustanovami duševnega zdravja in poskušajo po diplomatski poti spreminjati njihovo politiko (Lamovec 2006, str. 149-165).

Po Mawby in Gillu imajo prostovoljske organizacije nekatere skupne prepoznavne znake (Kovač v Milinković 2004, str. 22):

- Organizirane so neodvisno od države in so se razvile zato, da bi zadovoljevale specifične potrebe prizadetih posameznikov in skupin;
  - Država jih ne nadzoruje in vodi (lahko jih podpira moralno in finančno)
- ter imajo lastno organizacijsko strukturo;
- Finančna sredstva pridobivajo iz različnih virov; s svojimi programi

kandidirajo za sredstva iz državnega proračuna kot tudi za sredstva različnih fondacij, sponzorjev, donacij, prostovoljnih prispevkov in drugih neodvisnih financerjev;

- Ne delujejo zaradi dobička, pridobljena sredstva pa se porazdelijo v projekte, službe in servise prostovoljske organizacije;

- Uporabniki, ki se vključujejo v prostovoljske organizacije ne plačujejo uslug ter sodelujejo pri načrtovanju služb.

#### 4.4 MREŽA IZVAJALCEV PROGRAMOV IN STORITEV ZA DUŠEVNO ZDRAVJE

Mrežo izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje sestavljajo izvajalci psihiatričnega zdravljenja, izvajalci socialno varstvenih programov in storitev in izvajalci obravnave v skupnosti.

Izvajalci psihiatričnega zdravljenja so psihiatrične bolnišnice, psihiatrične ambulante in delovne skupine v osnovnem zdravstvenem varstvu ter zasebni zdravniki specialisti s koncesijo za opravljanje psihiatričnega zdravljenja. Izvajalci psihiatričnega zdravljenja opravljajo predvsem krizne intervencije zaradi nujnih psihiatričnih stanj, zgodnjo diagnostiko in nepretrgano zdravljenje duševnih motenj.

Izvajalci socialno varstvenih programov in storitev so socialno varstveni zavodi, centri za socialno delo in druge pravne in fizične osebe s koncesijo za opravljanje socialno varstvenih programov in storitev. Izvajalci socialno varstvenih programov in storitev opravljajo predvsem institucionalno varstvo, ki obsega osnovno oskrbo in socialno oskrbo ter tudi zdravstveno varstvo v skladu s predpisi s področja zdravstvene dejavnosti.

Izvajalci obravnave v skupnosti so izvajalci psihiatričnega zdravljenja, javni izvajalci socialno varstvenih storitev, koncesionarji, ki izvajajo socialno varstvene programe in storitve ter nevladne organizacije z dovoljenjem za opravljanje programov obravnave v skupnosti (Tancek 2007, str. 14).

#### **4.4.1 Nevladne organizacije**

Delo prostovoljskih organizacij na področju duševnega zdravja sloni pretežno na samoorganizaciji in samopomoči. Njihov poglavitni cilj je okrepitev posameznikov, ki imajo probleme v duševnem zdravju in podpiranje njihovih zmožnosti. Pri nas v prostovoljskem sektorju poznamo dnevne centre, stanovanjske skupnosti, socialne klube, zagovorništvo, skupine za samopomoč, itd. V nevladnih združenjih prevzemajo tudi skrb za izobraževanje strokovnjakov, prostovoljcev in javnosti o problemih duševnega zdravja, kar pripomore k zmanjševanju stigmatizacije (Švab v Kraševac Ravnik 1996, str. 201).

Tudi v Sloveniji poznamo več vrst društev ali združenj za duševno zdravje. Ločimo društva, ki delujejo pod vodstvom strokovnjakov, kjer najdemo Šent-Slovensko združenje za duševno zdravje, Altro-odbor za novosti v duševnem zdravju, Društvo Ozara Slovenija–nacionalno združenje za kakovost življenja, Novi paradoks, Vezi, Humano. Društvi pod vodstvom uporabnikov so Društvo Mostovi–za zdravje v duševnem zdravju, Feniks-kvaliteta življenja in Mir sreče. Društva pa ločimo tudi glede na programe, ki jih izvajajo (Štepec 2007, str. 3).

#### **4.4.2 Nevladne organizacije pod vodstvom strokovnjakov**

##### *ŠENT- slovensko združenje za duševno zdravje*

ŠENT je opredeljen kot neprofitna, prostovoljska organizacija, ki je namenjena osebam s težavami v duševnem zdravju, njihovim svojcem, strokovnjakom s tega področja ter vsem ostalim, ki se zanimajo za področje duševnega zdravja (Šent – Slovensko združenje...). Društvo deluje v javnem interesu na področjih socialnega varstva, zdravstva, izobraževanja, zaposlovanja in drugih področjih, ki so v skladu s cilji delovanja društva. Ima status humanitarne organizacije pri Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve na podlagi humanitarne dejavnosti, ki jo opravlja pretežno na področju socialnega varstva.

Cilj organizacije je stalna, dostopna in kvalitetna pomoč osebam z duševnimi motnjami, pomoč pri vključevanju v običajno oz. ustaljeno življenje, pomoč svojcem ali skrbnikom, hkrati pa ozavešča javnost o problemih povezanih z duševnim zdravjem (Kapelj 1996, str. 25).

Programi in dejavnosti združenja so namreč namenjeni lažšanju socialnih in psihosocialnih stisk in težav oseb z duševno motnjo, ki so hkrati tudi težje zaposljivi. Šentovi programi



pripomorejo k izboljšanju njihovega socialnega položaja, saj posamezniku nudijo možnost zaposlitvene rehabilitacije ter s tem ustvarjajo možnost za njihovo čim bolj kakovostno in samostojno življenje.

ŠENT-ovi centri za duševno zdravje v skupnosti in so prisotni v skoraj vseh slovenskih regijah. Organizacija ima sedež v Ljubljani na Cigaletovi ulici ter ima svoje enote v šestih regijah. Enote centrov za duševno zdravje so v osrednjeslovenski regiji (Ljubljana, Trbovlje, in Razori), v dolenski regiji (Novo mesto in Kočevje), v obalno-kraški regiji (Koper), v podravske regiji (Maribor), v severnoprimske regiji (Nova Gorica in Ajdovščina), v gorenjske regiji (Radovljica, Kranj, Škofja Loka) ter v savinjske regiji (Celje). Poleg centrov za duševno zdravje so na istih lokacijah tudi dnevni centri. Vidimo lahko, da sta najbolje pokriti osrednjeslovenska regija in gorenjska, saj imata vsak po tri centre, kamor se lahko obrnejo osebe s težavami v duševnem zdravju. Nikjer pa ne zasledimo Prekmurja in notranjske regije, za katero lahko rečem, da sploh nima nobenega centra za duševno zdravje.

Programi psihosocialne rehabilitacije vključujejo: program dnevnih centrov, program stanovanjskih skupin, programe zaposlovanja, invalidsko podjetje Dobrovita plus, d.o.o. (šiviljska delavnica, čiščenje in urejanje parkov), center za psihosocialno pomoč (delovna in socialna pomoč), časopis Šent, založništvo literature o duševnem zdravju in zagovorništvo (Kapelj 1996, str. 25). S spremembo zakonodaje na področju zaposlovanja invalidov je Šent ustanovil še zaposlitveni center Zavod Dlan, Šentplavž Jesenice, KARSO zaposlitveni center D.O.O. ter Šentprima-Zavod za svetovanje, usposabljanje in rehabilitacijo invalidov (Šent – slovensko združenje...). Zaposlitev predstavlja pomemben del rehabilitacije oseb s težavami v duševnem zdravju in vpliva na kakovost njihovega življenja. Šent jim nudi možnost vključitve v različne programe aktivne politike zaposlovanja (usposabljanje na delovnem mestu, javna dela) in program socialne vključenosti.

Glavni cilj programov je zagotavljanje kakovostnega in samostojnega življenja oseb z duševnimi motnjami.

V programu dnevnih centrov na podlagi individualizirane obravnave skrbijo za konstruktivno preživljanje dneva. V programu potekajo skupine, namenjene psihosocialni rehabilitaciji, izobraževanje in razvijanje ter ohranjanje sposobnosti in interesov, športne, interesne in prostochasne dejavnosti, dejavnosti, namenjene širjenju socialne mreže in sodelovanju s skupnostjo. Udeležba v programu je prostovoljna in brezplačna.

Na drugi strani imamo stanovanjske skupine, katerih glavni namen je organizirati bivanje za ljudi s težavami v duševnem zdravju in podpora pri bivanju (v skupini ali v lastnem

stanovanju). Pomembno za stanovanjske skupine je, da so v primernem in dostopnem stanovanjskem okolju. Posamezniki odločajo o svojem bivanju, zdravljenju in delu, kolikor je to mogoče. Zagotoviti jim skušajo učenje vsakodnevnih spretnosti in nuditi podporo pri organizaciji bivanja ter pomoč pri drugih oblikah stisk in težav, s katerimi se srečujejo.

Vsi bodoči stanovalci se prostovoljno odločajo, da bodo bivali v skupnosti, kjer pa morajo potem sprejeti določena pravila, ki omogočajo kvalitetno bivanje za vse stanovalce. Pri neposrednem delu z osebami z duševnimi motnjami je zelo pomemben individualni načrt, pri katerem posameznik aktivno sodeluje, saj zajema pomembna področja njegovega življenja.

### *ALTRA – odbor za novosti v duševnem zdravju*

Društvo Altra je tako kot Šent nevladna, neprofitna in humanitarna organizacija, ki izvaja storitve in programe s področja duševnega zdravja v skupnosti že dvajset let. Začetki segajo v leto 1988, ko je bil v Hrastovcu v okviru mladinskega delovnega tabora ustanovljen Odbor za družbeno zaščito norosti. Javno in politično so izpostavili težave oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Ime Altra pomeni druga in ravno »drugost« je polje delovanja (Lamovec 2006, str. 166).

Altra v primerjavi s Šentom deluje na področju socialnega in zdravstvenega varstva in izvaja programe preventivne narave, dejavnosti stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, "drop in" centrov, svetovalnih centrov, klubov in drugih oblik za oskrbo in varstvo oseb s težavami v duševnem zdravju. Organizira skupine za samopomoč ter nudi storitve s področja svetovanja, načrtovanja, izvajanja in koordiniranja podpore, kriznih intervencij, programov zaposlovanja in usposabljanja težje zaposljivih ipd. Strokovne storitve izvajajo strokovni delavci, v izvajanje nekaterih dejavnosti pa vključujejo tudi prostovoljce. Strokovne storitve vključujejo telefonsko in osebno informiranje ter svetovanje. Društvo Altra deluje na dveh lokacijah, in sicer v Ljubljani na Zaloški ulici in v Prevaljah. Društvo ima sedež v Ljubljani kot tudi svetovalnico, dnevni center, stanovanjsko skupino, izvaja zaposlitveni program ter šiviljsko delavnico, medtem ko ima v Prevaljah zavetišče za brezdomne uživalce drog. Svetovalnica je odprta vsak delavnik med 9. in 15. uro, kjer sta dosegljivi dve svetovalki po telefonu ali osebno (Altra – Odbor za...).

Strokovni delavci društva Altra se zavzemajo za razvoj učinkovitih skupnostnih služb na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Izvajanje takšnih služb naj poteka v lokalni skupnosti ali domačem okolju. Posamezniki imajo možnost, da svoje težave rešujejo tudi v vodenih skupinah za samopomoč. Poleg tega se lahko vključijo v raznolike delavnice in aktivnosti iz športnega, kulturnega, ekspresivnega in družabnega področja. Tu najdemo kiparske, slikarske, tečaje, tečaje tujih jezikov, skupine za samopomoč, športno vzgojo, razbremenilne razgovore, lahko pa se vključijo tudi v že prej omenjeno šiviljsko delavnico. Vidimo lahko, da gre predvsem za urjenje in razvijanje finomotoričnih spretnosti, ki lahko pripomorejo pri iskanju zaposlitve.

Leta 1992 pa je Altra ustanovila prvo stanovanjsko skupino, namenjeno osebam z duševnimi motnjami in so jo poimenovali Mavrična družčina. Veljala je za prvi poskus vračanja ljudi iz ustanov v skupnost. V tem prehodnem obdobju se stanovalci učijo živeti v skupnosti kot polnopravni državljani (Lamovec 2006, str. 169).

Altra skrbi tudi za zaposlovanje, in tako izvajajo Zaposlitveni program v sodelovanju z Zavodom RS za zaposlovanje v okviru programa Aktivna politika zaposlovanja in omogoča ohranjanje in razvijanje delovnih spretnosti, navad in veščin v delovnem okolju, ki lahko nudi tudi podporo pri širšem socialnem vključevanju. V program se lahko vključijo tisti posamezniki s težavami v duševnem zdravju, ki so brez zaposlitve in so prijavljeni na Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje kot iskalci zaposlitve ter tudi osebe, ki so z Zakonom o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov dobile status invalidne osebe (Altra – Odbor za...)

Poleg Šenta, ki ima najbolj obširen program psihosocialne rehabilitacije ima tudi Altra širok spekter storitev za osebe z duševnimi motnjami. Tako kot Šent izvaja dnevne centre, stanovanjske skupine, skupine za samopomoč in programe zaposlovanja. Altra daje velik poudarek umetnosti, saj izvaja različne tečaje, medtem ko Šent posveča večjo pozornost zaposlitvenim programom. Prednost Šenta je v tem, da najdemo njihove enote po vsej Sloveniji, medtem ko ima Društvo Altra samo dve lokaciji in ni dostopna vsakomur, saj imajo prednost tisti, ki bivajo v bližini. Svoje enote bi lahko odprla tam, kjer ni nobene organizacije, ki bi skrbela za osebe z duševnimi motnjami.

Društvo OZARA Slovenija je tretja organizacija, ki nudi izven-bolnišnične oblike psihosocialne rehabilitacije. Društvo Ozara je nacionalno združenje za kakovost življenja in je ravno tako kot Šent in Altra nevladna, humanitarna organizacija, ki deluje v javnem interesu na področju socialnega in zdravstvenega varstva. Z individualnim pristopom in skupnim načrtovanjem jim omogoča vnovično vključitev v družbeno in delovno okolje ter prispeva k boljšemu in bolj kakovostnemu življenju. Tudi Ozara nudi podporne programe, skupine za samopomoč in izvajajo zagovorništvo za ljudi s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce. Ravno tako imajo programe stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, katerih namen je nadaljevanje rehabilitacijskega procesa v sproščenem okolju, ki ugodno vpliva na počutje in funkcioniranje oseb z duševnimi motnjami in mu pomaga prebroditi marsikatero krizo.

Imajo tudi pisarno za informiranje in svetovanje, ki je oblika psihosocialne pomoči in podpore osebam s težavami v duševnem zdravju, ki se pretežno izvaja v njihovem življenjskem okolju (na domu, v javnih prostorih), na željo posameznikov pa tudi v pristojni organizaciji.

Za svojce so ustanovili Klub svojcev, ki je osnovan z namenom, da se svojci med seboj ustrezno povežejo, izpovedo svoje izkušnje, prisluhnejo izkušnji drugih svojcev ter se na ta način vzajemno podpirajo. Redna mesečna srečanja so namenjena medsebojni podpori, opogumljanju in informiranju. Poleg kluba za svojce imajo tudi klub za bipolarno motnjo razpoloženja, ki poteka v obliki samopomočne skupine, ki so namenjene osebam z bipolarno motnjo in njihovim svojcem.

Ozara izvaja tudi preventivne programe za varovanje in krepitev duševnega zdravja otrok in mladostnikov ter izboljšanja duševnega zdravja odraslih, starostnikov in aktivne populacije ter mladim ponujajo izobraževalne programe v obliki delavnic v sodelovanju z univerzitetnimi centri in študentskimi organizacijami.

Pomembno vlogo ima tudi izobraževanje, in tako ponujajo različne programe za osebe z duševnimi motnjami in njihove svojce kot tudi za strokovne delavce. Tako v društvu izvajajo programe Pot k dobremu počutju, Prepoznavanje in obvladovanje bipolarne motnje razpoloženja, Prepoznavanje in obvladovanje depresije, Stres in duševna travma, Soočanje družine z duševno motnjo, ipd. (Ozara Slovenija).

Ozara Slovenije ima podobne programe kot Šent in Altra. To so stanovanjske skupine, dnevni centri, skupine za samopomoč, pisarne za svetovanje in informiranje ter različne izobraževalne programe za strokovnjake, osebe z duševnimi motnjami in njihove svojce.

Ozara pa ima tudi svoje posebnosti, in sicer izvaja preventivne programe za varovanje in krepitev duševnega zdravja otrok, odraslih in starostnikov. Ustanovili so dva kluba, in sicer Klub svojcev in Klub oseb z bipolarno motnjo. Prednost društva Ozara Slovenije pa je tudi v tem, da informiranje in svetovanje potekata tudi na domu, vendar se tukaj postavi vprašanje, v kolikšni meri to dejansko izvajajo v praksi. Enote društva najdemo po celi Sloveniji, in sicer v Kopru, Novi Gorici, Jesenicah, Kranju, Ljubljani, Novem mestu, Črnomlju, Sevnici, Celju, Slovenj Gradcu, Ravnah na Koroškem, Mariboru, Ptuj, Ljutomeru in Murski Soboti. Vidimo lahko, da je Društvo Ozara Slovenija na različnih lokacijah po celi državi. Največ svojih enot ima v vzhodni Sloveniji in na gorenjskem, ponovno pa je izpuščena notranjska.

### *NOVI PARADOKS – Slovensko društvo za kakovost življenja*

Društvo Novi paradoks je ravno tako nevladna, neprofitna, humanitarna organizacija, ki deluje v javnem interesu na področju duševnega zdravja. Izvira iz Slovenskega društva za vzajemno pomoč v duševni stiski Paradoks, ki je nastalo iz potreb in pobud oseb z duševnimi motnjami, ki so bili hospitalizirani. Njihove želje so temeljile na nepsihiatrični in neinstitucionalni obravnavi problemov, kar pomeni, da njihovih motnje ne bi obravnavali z medicinskega vidika, ampak bi rajši obiskovali druge oblike pomoči, ki bi bile povezane z duševnim zdravjem (Novi paradoks).

Eden izmed programov Novega Paradoksa so stanovanjske skupine, ki so namenjene psihosocialni rehabilitaciji in resocializaciji ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Cilji programa v stanovanjskih skupnostih so omogočiti uporabnikom psihiatričnih ustanov bivanje v socialno varnem okolju, kjer so vzpostavljeni pogoji za ustrezno rehabilitacijo, omogočiti vključevanje uporabnika v širšo socialno mrežo, predvsem v lokalno skupnost in bivati v lokalnih skupnostih, kjer imajo uporabniki prijavljeno stalno bivališče. Poleg rehabilitacije izvajajo programe kot so socialno podjetništvo, mednarodni projekti, mladinski programi, delo s svojci in prostovoljci, skupine za samopomoč, center za svetovanje, kreativne delavnice, kjer je pestra izbira dejavnosti (slikanje na steklo, oblikovanje gline, gledališke predstave) in organiziranje športnih iger in izletov (Novi paradoks).

Društvo Novi Paradoks najdemo v Ljubljani, stanovanjske skupine pa ima poleg Ljubljane tudi v občinah Medvode, Grosuplje, Dol pri Ljubljani, Tržič in Kranj. Tako kot Šent, Altra in

Ozara izvajajo programe, kot so skupine za samopomoč, kreativne delavnice, svetovanje, veliko pozornosti pa namenjajo delu s svojci in prostovoljci. Novi Paradoks pa ne izvaja programov dnevnih centrov kot do sedaj vse omenjene organizacije. Slabost društva Novi Paradoks je v tem, da je v Ljubljani, stanovanjske skupine pa ima v njeni okolici, kar pomeni, da imajo prednost samo osebe z duševnimi motnjami, ki živijo v neposredni bližini prestolnice.

#### *VEZI – društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa*

Društvo je nevladna in neprofitna organizacija, ki deluje kot skupnostna služba na področju duševnega zdravja. Ustanovljeno je bilo leta 1998 in sicer na pobudo svojcev in Centra za socialno delo Sežana. Društvo deluje v javnem interesu na področju socialnega varstva, zaposlovanja, zdravstva in izobraževanja. Vpisano je v register društev in ima zaradi humanitarne dejavnosti, ki jo opravlja na področju socialnega varstva, podeljen status humanitarne organizacije pri Ministrstvu za delo, družino in socialne zadeve.

Namen društva je pomagati ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem na poti psihosocialne rehabilitacije. Cilji programov so podobni kot pri vseh nevladnih organizacijah, ki delujejo na področju duševnega zdravja, in sicer pomagati pri vsakodnevem življenju v skupnosti, zvišati nivo socialne vključenosti, kar posledično lahko pripelje tudi do zmanjšanja ponovnih hospitalizacij.

Društvo financirajo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, Fundacija invalidskih in humanitarnih organizacij (FIHO), občine in donatorji, tako kot ostale organizacije.

Tudi Vezi, tako kot Šent in Altra, organizirajo stanovanjske skupine, dnevne centre, skupine za samopomoč, delavnice za krepitev moči uporabnikov, kjer osebe z duševno motnjo delajo predvsem na krepitvi samozavesti. Izvajajo tudi programe kreativnih delavnic, nudijo 24-urni telefon svetovanja za osebe, ki se znajdejo v stiski in potrebujejo takojšnjo pomoč, saj stik z usposobljeno osebo lahko reši življenje. Organizirajo pa tudi skupine svojcev in izobraževanja za širšo javnost in strokovnjake. Pri skupini svojcev srečanja potekajo enkrat mesečno po dve uri. Na srečanju skupine bo poleg socialne delavke in medicinske sestre vedno prisoten tudi strokovnjak s področja duševnega zdravja. Ostale organizacije izvajajo skupine za samopomoč tudi brez prisotnosti strokovnjaka ali drugega medicinskega osebja. Na skupini se obravnavajo različne teme o duševni bolezni na splošno kot tudi o posameznih zdravlilih s

katerimi zdravimo motnje ter o pomenu jemanja, zato je prisoten tudi strokovnjak, ki se spozna na duševne motnje.

Delavnice ali predavanja za širšo skupnost so namenjene ozaveščanju ljudi o problematiki duševnega zdravja, katerih glavni namen je informiranje in ozaveščanje skupnosti o problematiki na področju duševnega zdravja, razbijanje tabujev o duševni bolezni in vplivanje na destigmatizacijo duševnega zdravja. Izobraževanje strokovnih delavcev pa poteka v obliki supervizije in intervizijskih skupin.

Društvo Vezi pokriva kraško-notranjsko regijo, zato najdemo stanovanjske skupine v Brestovici pri Komnu, Postojni, Ilirski Bistrici in Divači, dnevne centre pa v Štanjelu, Štorah in Ilirski Bistrici (Vezi – društvo za...).

Društvo Vezi je do sedaj prva organizacija na področju duševnega zdravja, ki pokriva kraško-notranjsko regijo, vendar je kljub temu notranjska še vedno slabo pokrita, predvsem osrednji del notranjske regije. Vezi – društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa, ponuja podobne programe kot ostale nevladne organizacije. Edino kar zasledimo kot novost oz. poudarek na področju izobraževanja strokovnih delavcev je, da delo poteka v obliki supervizije in intervizijskih skupin, ki temeljijo na učenju iz praktičnih ter reševanju problemov.

### *HUMANA – združenje svojcev pri skrbi za mentalno zdravje*

Društvo je nastalo z namenom rehabilitacijske in komunikacijske povezave svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju in medsebojni izmenjavi izkušenj in ima svoj sedež v Kranju. V Sloveniji so se svojci povezali v poenoteno in usklajeno mrežo delovanja preko Odbora svojcev Slovenije, kjer delujejo predvsem na področju zakonodaje. Katerim na pomoč velikokrat priskočijo svojci bolnikov in drugi prostovoljci.

Kot glavna programa Humane sta opredeljena Center za svetovanje, združevanje in pomoč svojcem oseb z duševnimi motnjami in Delovni center za osebe z duševno motnjo, ki izvaja program socialne vključenosti. Osnovni cilj programov je pomoč svojcem, katerih družinski član ima duševno motnjo. Omogočiti jim je treba čustveno podporo, hkrati pa je potrebno delati tudi na preventivi zdravja svojcev, ki zaradi velikih obremenitev in stresnih stanj zelo pogosto zbolevalo tudi sami, zato se povezujejo tudi z namenom, da izmenjujejo izkušnje.

Center za svetovanje organizira izobraževanja in seminarje za svojce in osebe z duševno motnjo, kjer izvedo več o motnji in zdravljenju. Tukaj imajo veliko vlogo strokovne informacije, svetovanje in izobraževanje s področja duševnega zdravja, razumevanje psihoz, poznavanje zdravil in stranskih učinkov, možnosti rehabilitacije in pridobivanje novih znanj s področja duševnih bolezni. Eden izmed ciljev je tudi svojcem vračati motivacijo za življenje v svojih okoljih in dajati vzpodbude za premagovanje stisk, za kar pa so namenjene delavnice sproščanja in razbremenilne delavnice.

Pomembna je tudi komunikacijska in rehabilitacijska povezava svojcev, organiziranje različnih skupnih aktivnosti, vzpostavitev skupine za samopomoč, srečevanje z drugimi ljudmi, ki imajo podobne težave, psihološka razbremenitev, predelava čustev sramu, jeze, ter izobraževanje s področja duševnega zdravja. Organizirajo tudi športne aktivnosti in družabna srečanja, delujejo pa tudi na področju prostovoljstva.

Humana sodeluje tudi z ostalimi nevladnimi organizacijami na področju duševnega zdravja kot so Šent, Ozara, Feniks, itd., ki so s skupnimi močmi ustanovili Odbor svojcev oseb s težavami v duševnem zdravju Slovenije, ki je v letu 2008 s civilno iniciativo pripomogel k temu, da je bil zakon o duševnem zdravju sprejet. Humana ima svoj sedež v Kranju ter svojo enoto v Škofji Loki in pokriva območje gorenjske, zato pogosto sodelujejo tudi s Psihiatrično Bolnišnico Begunje (Humana – združenje svojcev...).

Organizacije, ki delujejo na področju duševnega zdravja so Šent, Altra, Ozara Slovenija, Društvo Novi Paradoks, Vezi in Humana ter delujejo pod vodstvom strokovnjakov. Vsem organizacijam je skupno to, da so namenjene osebam z duševnimi motnjami in njihovim svojcem. Izvajajo programe dnevnih centrov in stanovanjskih skupin, organizirajo skupine za samopomoč, različne kreativne in sprostivne delavnice, usposablajo prostovoljce ter nudijo svetovanje osebno ali po telefonu. Na področju izobraževanja organizirajo različne seminarje ki so namenjeni strokovnjakom s področja duševnega zdravja ali pa so namenjeni osebam z duševnimi motnjami in njihovim svojcem.

Humana je edina organizacija, ki je v večji meri namenjena svojcem oseb z duševno motnjo, medtem ko se ostale organizacije bolj posvečajo osebam z duševnimi motnjami. Povezovanje in sodelovanje nevladnih organizacij s psihiatričnimi bolnišnicami je bistvenega pomena za izboljšanje področja delovanja skupnostne skrbi. S koordinacijo se lahko pride do novih spoznanj, ki pomagajo razumeti duševne bolezni, njihovo zdravljenje ter kako pomembno vlogo imajo različne aktivnosti v številnih organizacijah.



#### **4.4.3 Društva pod vodstvom uporabnikov**

##### *Društvo MOSTOVI - za zdravje v duševnem zdravju*

Društvo Mostovi je uporabniško društvo, ki ga upravljajo uporabniki sami in delujejo na področju duševnega zdravja. Leta 2005 so se uporabniki prvič zbrali, da bi sodelovali v izobraževalnem modulu Krepitev moči v teoriji in praksi. Namen izobraževanja je, da bi ljudje življenje spet vzeli v lastne roke, postali odgovorni, samozavestnejši in se vključili v družbo. Cilj tega programa je pripraviti udeležence, da poskušajo voditi delavnice Krepitev moči v teoriji in praksi ali postanejo svetovalci v službah duševnega zdravja. Učinkovitost projekta je bila vidna že prvo leto. Ljudje so začeli pisati projekte, razmišljali o reviji MOST, ki bi jo želeli narediti po zgledu Kraljev ulice in marca 2008 društvo tudi registrirali. Sedež ima društvo na fakulteti za socialno delo v Ljubljani.

Dejavnosti društva so tudi nadaljevanje mednarodnega projekta EX-IN (krepitev moči v teoriji in praksi). Izvajajo tudi t.i. inovacijske delavnice o psihiatričnih zdravilih, delavnice grafičnega oblikovanja, skupine za samopomoč ter delavnice duhovnih spoznanj. V prihodnosti pa želijo ponuditi članom tudi krizni tim, stanovanjsko skupnost in razviti zagovorništvo (Društvo Mostovi – za zdravje...).

##### *MIR SREČE – društvo za medsebojno pomoč*

Društvo Mir sreče so ustanovili uporabniki psihiatričnih storitev sami leta 1999. Namen društva je pomagati ljudem z različnimi oblikami duševnih motenj, da ne bi bila potrebna ponovna hospitalizacija.

Delo temelji na izkušnjah oseb, ki so bile hospitalizirane zaradi duševne motnje, velik poudarek pa dajejo tudi medsebojnemu sodelovanju. So mnenja, da če hočejo komu resnično pomagati, morajo biti osebno angažirani, vedeti in razumeti pa morajo kaj delajo. Zato so v veliko pomoč njihove osebne izkušnje v sistemu zdravljenja duševnih motenj ter sodelovanje z različnimi strokovnjaki.

Začeli so kot majhna nevladna organizacija, ki se zelo hitro povečuje. Tako se je leta 2002 obseg dela, kot tudi število članov, močno povečalo (Mir sreče – društvo za...).

Ko sem želela izvedeti več o društvu mir sreče, sem poklicala ustanovitelja, katerega kontakt sem našla na spletu. Namesto, da bi dobila več informacij o delovanju društva mi je povedal, da Mir sreče - društvo za medsebojno pomoč ne deluje več, zaradi prostorskih in finančnih težav.

Če primerjamo nevladne organizacije pod vodstvom strokovnjakov in društva, katera so ustanovile osebe z duševnimi motnjami po zdravljenju, vidimo kar nekaj razlik. Najprej opazimo, da je društev, katera vodijo strokovnjaki več in da so razširjena po vsej Sloveniji, medtem ko imamo samo dve društvi, kateri sta pod vodstvom uporabnikov psihiatričnih storitev. Nevladne organizacije, zaradi finančnih sredstev, ki jih dobijo od države, donatorjev, sponzorjev, ponujajo pestro izbiro programov psihosocialne rehabilitacije. Izvajajo programe dnevnih centrov, bivanjskih skupin, skupin za samopomoč, organizirajo različna izobraževanja za osebe z duševnimi motnjami, njihove svojce ter tudi za strokovnjake, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Ti strokovnjaki so največkrat socialni delavci, psihologi, redkeje psihiatri ali drugi zdravstveni delavci.

Šent, Altra, Ozara Slovenija, Novi paradoks, Vezi in društvi, katere ustanovitelji so osebe, ki so se zdravile zaradi duševne motnje, Mostovi in Mir sreče, največ pozornosti posvečajo osebam, ki trpijo za duševnimi motnjami. Humana pa je trenutno v Sloveniji edina organizacija, katera nudi pomoč svojcem oseb z duševnimi motnjami. Nevladne organizacije med seboj sodelujejo in se povezujejo, slabše pa je sodelovanje s strani psihiatričnih bolnišnic, saj medicinska veda še vedno ni odprta za novosti, ki jih nudi psihosocialna rehabilitacija.

Za zmanjševanje duševnih motenj je potrebno delati na preventivnem izobraževanju, in sicer je potrebno korenito spremeniti način življenja, saj sta ravno hiter tempo in čim produktivnost razlog za nastanke duševne motnje.

## **5 IZOBRAŽEVANJE OSEB Z DUŠEVNO MOTNJO IN NJIHOVIH SVOJCEV**

Razlogi za aktivno vključevanje bolnikov in njihovih svojcev v proces zdravljenja so številni. Glavni razlog je že motnja sama. Drugi razlog je, da na izraženost bolezni vplivajo znani in neznani psihosocialni dejavniki o katerih je potrebno pridobiti čim več informacija. Tretji razlog za izobraževanje oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev je zdravljenje z zdravili, saj je pomembno, da vedo kako lahko zdravila vplivajo na posameznika. Kot četrti razlog pa se pojavi stigmatizacija, ki je glavna ovira pri obravnavi in doseganju boljše kvalitete življenja oseb z duševno motnjo. Osebe, ki povzročajo stigmatizacijo so lahko družinski člani, strokovno osebje kot tudi posameznik sam. Prizadevati si moramo za to, da oseba sprejme svoje stanje brez občutkov krivde in da jo okrepimo z občutki, da jo obvladuje oz. da ima motnjo pod kontrolo. To pa dosežemo z informiranjem o podatkih o bolezni in zdravljenju, z učenjem obvladovanja simptomov, z obvladovanjem zgodnjih znakov ponovitve bolezni ter z osvetljevanjem in podiranjem stereotipov o duševni motnji (Winkler v Avberšek idr. 2004, str. 33).

Cilj obravnave ni več ozdravitev, ampak zadovoljno, samostojno in neodvisno življenje. V kronični fazi, kjer je motnja dolgotrajna, mora bolnik postati partner v procesu obravnave. Ne gre samo za to, da ima pravico, da je udeležen v skrbi za svoje zdravje, ampak je tako zdravljenje motnje bolj učinkovito in uspešno. Zdravljenje z zdravili je usmerjeno na simptome motnje in v povečanje uvida. Psihiatrična rehabilitacija je usmerjena v funkcioniranje in ne v zmanjšanje simptomov. Ukvarja se z vsakodnevnimi aktivnostmi in pridobivanjem veščin za vsakodnevno življenje z motnjo. Ukvarja se s človekom in ne z njegovo boleznijo (Winkler v Avberšek idr. 2004, str. 33).

V zadnjih dvajsetih letih se je razvilo več vrst psihoedukacije, ki je postala del celovite obravnave oseb z duševno motnjo. Večina programov traja od devetih mesecev do petih let, običajno so diagnostično specifični, se osredotočajo na izid zdravljenja, vmesne učinke in zadovoljstvo družine. Modeli se med seboj razlikujejo po formatu (več družin, prisotnost uporabnikov), po trajanju, lokaciji, po stopnji uporabe didaktičnih, kognitivnih in sistemskih tehnik. Ne glede na model so cilji skupni: doseganje najboljšega možnega izida in olajšanje bremena družin z nudenjem podpore. Vrednost družinskih intervenc je bolj v podpori, ki jo nudijo družinam, kot pa v preprečevanju ponovitve duševne motnje.

Psihoedukacija spodbuja zaveznitvo med ljudmi, ki skrbijo za osebe z duševno motnjo, zmanjšuje neprijetno vzdušje znotraj družine, predvidevajo in rešujejo probleme. Posreden

cilj je sprememba vedenja, prepričanj in vrednostnega sistema oseb z duševno motnjo in njihovih svojcev. Programi psihoedukacije nimajo vpliva na ponovitev bolezni, če informacij ne spremlja pridobivanje veščin, vestna in celovita obravnava bolezni in podpora družine. Namen izobraževanja je, da informacije o bolezni, ki jih pridobimo, pomagajo k boljšemu razumevanju in reševanju družinskih konfliktov, vodijo v zmanjšanje občutkov krivde, strahu in razdraženosti. V skupini dobijo občutek socialne sprejetosti in spoznajo, da s svojimi težavami niso sami (Winkler v Avberšek idr. 2004, str. 33).

## 5.1 VKLJUČEVANJE SVOJCEV V SKRB ZA OSEBE Z DUŠEVNIMI MOTNJAMI

Vlogo družine pri zdravljenju shizofrenikov je že leta 1978 opisal Cooper. Strokovno osebje je velikokrat posumilo, da se v družini pacienta dogaja marsikaj neobičajnega, kar je lahko vzrok za nastanek motnje. Zato je bilo, za uspešno zdravljenje duševne motnje, preučiti tudi družinsko okolje. Nekoč je postopek, ugotavljanja kakšno je družinsko okolje osebe z duševno motnjo, potekal preko pošte. V procesu zdravljenja pa je psihiater vsaj enkrat osebno spregovoril tudi s svojci brez prisotnosti pacienta, kajti v nekaterih bolnišnicah so kontaktirali s svojci in zbirali podatke izključno preko pošte, kar pa ne daje objektivnih informacij. Zelo redko se je zgodilo, da je socialni delavec s psihiatrične bolnišnice imel možnost, vidi pacienta v družinskem okolju. Novejše ugotovitve so začele nasprotovati tradicionalnemu mišljenju, da družinski dejavniki samo površinsko vplivajo na motnjo ali da družino samo površno prizadene (Cooper 1978, str. 49).

Psihijatrija dolga leta ni posvečala pozornosti družinskemu okolju uporabnika. V petdesetih letih pa se je zaradi uvedbe nevroleptikov oz. antipsihotičnih zdravil, to začelo spreminjati, saj so bili mnogi odpuščeni iz bolnišnic in je skrb zanje prevzela družina (Lamovec 2006, str. 250). Družinsko okolje je mesto, kjer preživimo dve tretjini celotnega življenja in močno vpliva na posameznikovo življenje. V družini se oblikuje večina za ljudi pomembnih razmerij, hkrati pa je socialna skupina v katero smo stalno in dolgotrajno vključeni (Brečko 1998, str. 69). Zato ima veliko pomoč pri zdravljenju tudi družina, saj so svojci tisti, ki so v oporo osebi z duševno motnjo.

Izobraževanje svojcev je pomembno, ker so največkrat oni tisti, ki se odločijo za namestitve osebe z duševno motnjo v zavod ali bolnišnico, ko sami zanj ne zmorejo več skrbeti, saj osebe

z duševno motnjo potrebujejo veliko pozornosti in skrbi. Skrb za svojca pomeni realno, časovno, fizično in čustveno obremenitev (Flaker, idr. 2008, str. 41). Da pa bi se razbremenili, svojci iščejo različne vire pomoči, da bi olajšali samoto bližnjim. Vključujejo oskrbovalce, sosede, prijatelje, znance, iščejo prostovoljce, privatne oskrbovalce. Pomočnike, ki jih najdejo, tudi če so jih našli znotraj neformalne mreže, pogosto plačujejo. Veliko pa je tudi takih, ki so v svoji obremenjenosti pasivni, osamljeni, kot da ne bi želeli dodatnih virov pomoči, da bi se razbremenili. Deloma ne iščejo razbremenitve, ker ne poznajo možnosti, deloma , ker je skrb za svojce za nekatere intimna, zasebna zadeva in je potrebno posebno zaupanje (prav tam, str. 52).

Dejavnosti, povezane s svojci, lahko razdelimo v dve veliki skupini. Na eni strani so tiste, ki jih organizirajo svojci sami in potekajo zunaj psihiatrije, na drugi strani pa so dejavnosti, ki jih vodijo strokovnjaki in so navadno pod okriljem psihiatrije (Lamovec 2006, str. 250).

Prve organizacije svojcev uporabnikov psihiatričnih uslug so nastale v zgodnjih 60. letih. Prva je bila ustanovljena v Franciji leta 1963 in se je imenovala »Nacionalna zveza prijateljev in svojcev duševnih bolnikov«. Kmalu so se v številnih državah pojavile samopomočne skupine, v katerih so obravnavali probleme življenja z moteno osebo. Namen teh združenj je bil dvojen, in sicer so želeli zagotoviti dodatne vire pomoči zase in za osebe z duševno motnjo na področjih, kjer strokovni sistem ni bil dovolj učinkovit, hkrati pa so delovali kot pritisk na družbo, ki se je premalo brigala za njih. V Angliji so leta 1972 ustanovili »Vsedržavno družbo za shizofrenijo«, organizacijo, ki je močno spodbujala te oblike samopomoči. Kasneje, v osemdesetih letih pa so začeli ustanavljati podobna združenja v Evropi in v Združenih državah Amerike. Številne samopomočne organizacije, ki so jih vodili svojci, so poskušale ohraniti stik s strokovnjaki, katere je kasneje spodbudilo, da so začeli poglobljeno delati z družino (prav tam, str. 251).

Danes poleg formalne družinske terapije poznamo precej novih oblik vključevanja svojcev v skrb za osebe z duševnimi motnjami. Skupine svojcev se najpogosteje srečujejo brez uporabnikov in si prizadevajo, da bi se usposobili za čim bolj učinkovito pomoč.

### **5.1.1 Načini dela s svojci**

Od začetka osemdesetih let dobiva delo z družino vedno bolj tudi izobraževalni značaj – spoznavanje splošnih značilnosti motnje, individualne posebnosti osebe z duševno motnjo, iskanje najustreznejših načinov ravnanj z osebo z duševno motnjo in svojcev, ipd. Informiranje svojcev je postalo pomemben vidik psihosocialne intervencije (Lamovec 2006, str. 254). V nadaljevanju bomo pogledali katere so najpogosteje izvajane oblike izobraževanja svojcev oseb z duševnimi motnjami. To so družinska terapija, skupine za samopomoč in informiranje svojcev, ki jih bomo tudi podrobneje spoznali.

#### 1. Družinska terapija

Pri družinski terapiji imajo glavno vlogo strokovnjaki, usmerjena pa je na ugotavljanje povezav motečega vedenja z različnimi družinskimi vzorci. Družinski terapevti zastopajo stališče, da motnje uporabnikov izvirajo iz neustreznih družinskih odnosov in neustreznega sporazumevanja, ki jih moramo spoznati, če želimo napredovati. Problem se pojavi, ker svojci pogosto dobijo občutek, da jim želijo strokovnjaki pripisati krivdo, da nimajo dovolj posluha za njihove vsakdanje probleme in da jim ne dajo praktičnih napotkov za reševanje težav. Glavna naloga strokovnjakov je odpravljanje simptomov ter prizadevanje da poskušajo spremeniti neustrezne vzorce sporazumevanja v družini. Tako naj strokovnjak svetuje svojcem in jim opiše izkušnje, hkrati pa jim mora jasno povedati, da za številne probleme ni zanesljivih metod zdravljenja duševne motnje. S tem spodbudi družinske člane k samostojnemu iskanju novih načinov. Delo z družino je bistvenega pomena, saj lahko prepreči, da bi družina v obupu zapustila prizadeto osebo (prav tam, str. 252).

#### 2. Skupine za samopomoč

Namen samopomočnih skupin svojcev je neposredna pomoč članom in spremljanje odnosa družbe do oseb z duševnimi motnjami (Milinković 2004, str. 37). Zanimajo se zlasti za to, kako se spoprijeti s težavami vsakdanjega življenja. Samopomoč je v prvi vrsti odgovor na njihove osebne probleme in se je uveljavila pri tistih, ki skrbijo za osebo z dolgotrajnimi težavami. Udeleženci si zastavljajo podobna vprašanja, si izmenjujejo izkušnje, si nudijo čustveno oporo in s tem pomagajo sebi in drugim. Izkušnje imajo pomemben vpliv in so važne tako za svojce kot tudi za strokovnjake. Sodelovanje v tej smeri lahko veliko pripomore k družinski prilagodljivosti in fleksibilnosti v procesu obvladovanja problemov v vsakdanjem življenju z njihovimi obolelimi. Spremenjeni pogled na naše življenje, skozi učenje in rast, namreč omogoča prestop od pasivnosti (smiljenja samemu sebi, beg od realnosti) k aktivnemu

obvladovanju situacije skozi izkušnje, pomoč in podporo samim sebi in obolelemu svojcu (Belak 2007, str. 1). Poudarek dajejo izboljševanju kvalitete življenja. Uresničitev ciljev je v veliki meri odvisna od tega ali se bo posrečilo povečati učinkovitost, samostojnost in samozaupanje sorodnikov. Svojci si prizadevajo pridobiti znanje o tem, kako učinkovito obvladati moteče vedenje uporabnikov. Zmožni so presenetljivih spoznanj in trajnih sprememb vedenja, kar še poveča njihov občutek samostojnosti in moči (Lamovec 2006, str. 253).

### 3. Informiranje svojcev

Precej razširjena oblika pomoči je informiranje svojcev. Srečanj je med štiri in deset in so časovno omejena. Strokovnjak seznanja družinske člane z značilnostmi motnje, z doživljanjem, ki jo spremlja, z delovanjem zdravil, s simptomi in težavami, z učinki, ki jih ima motnja na medosebne odnose in pa tudi z zaželenimi učinki odzivanja. Informiranje je navadno dodatna oblika pomoči, poleg sodelovanja v skupinah za samopomoč ali družinsko terapijo (prav tam, str. 254).

Pri preprečevanju ponovitve krize je družinska klima pomembnejša kakor jemanje zdravil. Okolje mora biti zavarovano, vendar ne preveč zaščitniško, spodbudno, a ne stresno, čustveno vzdušje mora biti toplo in ne vsiljivo. Omogočati mora samostojnost na ravni, ki jo uporabnik zmore (prav tam, str. 257). Ravno samostojnost je eden izmed glavnih elementov definicije in opredelitve tega, kdo je odrasel. Z izrazom samostojnost navadno označujemo predvsem materialno, socialno in psihološko neodvisnost. Odrasli sebe percipirajo kot samostojno in neodvisno bitje z vso družbeno odgovornostjo. Če zahtevi po samostojnosti ni ugodeno se odrasli počuti, da so ga degradirali na raven otroka. Potrebo po samostojnosti je zato treba upoštevati v vseh medosebnih odnosih in socialnih razmerjih z odraslimi (Brečko 1998, str. 58). Na samostojnost moramo še posebej paziti pri delu z osebami z duševno motnjo, kajti, če ne prevzamejo del odgovornosti za svoje zdravljenje, le-to ne bo uspešno. Predvsem za osebe, ki so bile dalj časa hospitalizirane zaradi duševne motnje, je pomembno, da se ponovno osamosvojijo, saj v nasprotnem primeru lahko doživljajo, da so družini v breme in tako tonejo v depresijo.

Vaughn in Leff (v Lamovec 2006) sta se, na podlagi raziskav v različnih kulturnih okoljih, začela ukvarjati z izvedbo programov, ki naj bi pomagali družinam prizadetih ustvariti ugodnejšo klimo. Pri tem uporabljata mešanico praktičnega informiranja in družinske psihoterapije. Klinična psihologa Barrowlaugh in Tarrier sta zasnovala izobraževalni

program, ki je namenjen družinam, katerih član se je vrnil iz bolnišnice. Cilj programa je naučiti družino, kako ustvariti spodbudno vzdušje, kako biti v oporo pri uresničevanju življenjskih ciljev in načrtovanju prihodnosti. Program traja devet mesecev. Prvi del programa vključuje informiranje in svetovanje družini ter temelji na izhodiščih:

1. informiranje je treba začeti čim prej, po možnosti takoj, ko nastopi kriza;
2. informiranje vključuje uporabnika in svojce;
3. informacije morajo biti podane preprosto in zadevajo neposredne probleme uporabnika;
4. ko so vsi seznanjeni z osnovnimi informacijami o stanju uporabnika, ponudimo podporo in načrtujemo prihodnja srečanja (v Lamovec 2006, str. 257).

Drugi del programa je učenje, kako zmanjšati stres v družini in se z njim spoprijeti. Začne se z izobraževanjem staršev o naravi stresa, na kakšen način vpliva na razmišljanje, počutje, obnašanje, ipd. Strokovnjaki predstavijo ustrežnejše načine ravnanj v stresnih situacijah, poudarek je na praktičnem spoprijemanju s stresnimi dogodki v vsakdanjem okolju, člane družine pa naučijo tudi sprostitvenih vaj in spodbujamo ustvarjalno reševanje problemov.

Tretji del programa pa je aktivno vključevanje uporabnika v družino in skupnost. Najprej je potrebno okrepiti stike, za katere uporabnik kaže največ zanimanja, nato pa se posameznik lahko vključi v dnevni center ali samopomočno skupino. Pri izdelavi načrta je pomembno, da ga strokovnjak izdelava skupaj z osebo z duševno motnjo in svojci. V načrtu so natančno opredeljeni koraki, po katerih bo dosegel želeno. Če vmesni koraki niso dovolj jasno načrtani, se lahko zgodi, da cilj ostane meglen, njegovo doseganje pa negotovo (Lamovec 2006, str. 259).

Raziskave, izvedene v Nemčiji in Avstriji kažejo, da so bili manj uspešni programi, ki so (prav tam, str. 259):

- bili psihodinamsko usmerjeni,
- so med terapevtskimi sestanki ločevali svojce od uporabnikov,
- bili krajši od treh mesecev,
- bili nepovezani z ostalimi službami duševnega zdravja,
- niso skupno reševali problemov.

Za doseg cilja zdravljenja duševne motnje je pomemben načrt, ki mora imeti jasno zastavljen cilj in natančno opredeljene korake, ki bodo pripeljali do cilja. Pri načrtovanju programa pa morajo sodelovati tako strokovnjaki kot tudi osebe z duševnem motnjo in njihovi svojci.



Oseba z duševno motnjo se po zdravljenju največkrat vrne v domače okolje, zato je potrebno da se družina prilagodi drugačnemu življenju, nudi čustveno oporo ter sodeluje pri terapijah in različnih aktivnostih. Programi zdravljenja duševnih motenj, ki niso bili najbolj uspešni, so ločevali osebe z duševnimi motnjami od njene družine ter so jih obravnavali ločeno. Tudi pri zdravljenju duševnih motenj lahko rečemo, da je končni rezultat najboljši, če deluje po principu »več glav več ve«.

### **5.1.2 Načela sodelovanja med strokovnjaki in družino**

Bernheim (v Lamovec 2006, str. 262) je razvil sedem načel, ki so v pomoč strokovnjakom pri delu z uporabnikom in družino. Za sodelovanje in upoštevanje načel pa je najprej potrebno vsestransko zaupanje.

1. Svojce, ki se želijo vključiti v obravnavo, je potrebno obravnavati kot enakovredne člane. Člani družine so tisti, ki imajo izkušnje, ki psihiatrom niso dostopne; vedo kakšen je uporabnik kot človek, poznajo njegov temperament, potrebe, cilje, vrednote. To načelo vsebuje tudi skupno odločanje.
2. Družinske člane je potrebno tudi ustrezno informirati, pri čemer se je dobro izogniti strokovnim izrazom. V veliko pomoč je pisno gradivo o vseh dostopnih programih, ki ga lahko v miru preučijo. Svojci naj bodo seznanjeni tudi z rehabilitacijskim načrtom, delom ustanove in možnostmi kam se lahko vključijo sami.
3. Uporabljajo naj se različne oblike sporazumevanja. Zaželeni so tako formalni kot neformalni načini izmenjave informacij. To je lahko pisno obvestilo, telefonski klic, individualni ali skupinski sestanek.
4. Breme družine se zmanjša z dostopnostjo pomoči in informacij in z vključevanjem uporabnikov v dnevne centre in druge dejavnosti, zato da niso neprestano z družino.
5. Načrtovanje pomoči je individualizirano, za kar imajo ponekod v ta namen posebne službe.
6. Strokovnjak se prilagaja potrebam uporabnika in družine, ki se s časom spreminjajo.
7. V načrtovanje uslug se vključi in uskladi tudi predstavnike družine.
8. Skrbimo za stalno izobraževanje osebja in mu omogočimo supervizijo (Lamovec 2006, str. 263).

Osnovni cilj dela z družino osebe s psihozo, ali katero koli drugo motnjo, je izboljšati čustveno vzdušje in sporazumevanje v domačem okolju in s tem ugodno vplivati na potek motnje in kvaliteto življenja uporabnika in celotne družine (Blinc Pesek v Avberšek idr. 2004, str. 90).

Ob razvijanju vsestranske pomoči osebam z duševno motnjo, je danes vsesplošno sprejeto dejstvo, da moramo hkrati nuditi pomoč tudi svojcem, ki so izčrpani od kroničnega stresa in zato bolj dovzetni za depresijo, psihosomatiko in obolevanje nasploh. Ogrožene so družine, katerih člani ne morejo kontrolirati svojih čustvenih doživljanj. Obvladovanje stresa, ki ga povzroči bolezen enega člana, zahteva od družine veliko prilagodljivosti, na preizkušnji pa je tudi medsebojna komunikacija. Z nudenjem pomoči svojcem posredno vplivamo tudi na uspešnejšo rehabilitacijo uporabnika po vrnitvi iz institucije, hkrati pa se v razbremenjenih družinskih odnosih zmanjšajo tveganja za ponovitev bolezni (Ravnik: Svetovalno in izobraževalno..., str. 1 ).

Vedno večjo vlogo ima izobraževanje, ki pripomore k lažjemu razumevanju svojca, ki trpi za duševno motnjo, hkrati pa daje navodila, kako delati z njim, da bo čim bolj samostojen in se motnja ne bo ponovila.

Izobraževanje svojcev oseb z duševno motnjo, na začetku največkrat poteka v obliki predavanj. Strokovnjaki predstavijo duševno motnjo, način zdravljenja, vpletenost družine v zdravljenje in kaj se od njih pričakuje. Predstavijo kako bo potekalo življenje, ko se oseba z duševno motnjo vrne domov iz bolnišnice ter kam se lahko obrnejo po dodatno pomoč. Vendar se zelo redko dogaja, da se svojci aktivno udeležujejo izobraževanj ali pa sodelujejo v procesu zdravljenja. Kot razlog nesodelovanja najpogosteje navedejo pomanjkanje časa in denarja, nimajo prevoza, ustrašijo se dodatnih, še večjih odgovornosti, velikokrat pa prevladuje mišljenje, da »tako ali tako nič ne pomaga«, hkrati pa se nočejo identificirati kot svojci osebe z duševno motnjo.

Svojci informacije o bolezni najprej pridobijo od psihiatra, nato pa se lahko obrnejo na socialnega delavca v psihiatrični bolnišnici ali centru za socialno delo ter na različne nevladne organizacije.

## II EMPIRIČNI DEL

### 6 OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

Po zdravljenju v psihiatrični bolnišnici se posameznik vrne domov oz. v svoje socialno okolje. Ker pa se je težko vrniti v ustaljene tirnice življenja, so osebam z duševnimi motnjami v pomoč centri za socialno delo in številne nevladne organizacije kot so Šent, Altra, Vezi, Novi paradoks, Humana, društvo Mostovi in Mir sreče, kamor jih lahko napoti psihiater, socialni delavec, lahko pa osebe z duševno motnjo same izrazijo željo po različnih aktivnostih. Te organizacije izvajajo proces psihosocialne rehabilitacije, ki vodi k čim boljši kakovosti življenja oseb z duševnimi motnjami. Najbolj uspešne oblike psihosocialne rehabilitacije so skupine za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju kot tudi skupine za samopomoč za njihove svojce. Izvajajo tudi programe delovne rehabilitacije in zaposlovanja, izobraževanja in usposabljanja prostovoljcev, različne delavnice ter razvijajo zagovorništvo.

Za uspešno delovanje nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja, mora biti organiziran sistem služb, ki med seboj sodelujejo. Tako je bistvenega pomena, sodelovanje med psihiatričnimi bolnišnicami, centri za socialno delo, nevladnimi organizacijami. Povezanost institucij, svojcev in oseb z duševnimi motnjami pripomore k načrtovanju zdravljenja motnje, hkrati pa pomaga postaviti tiste splošne cilje, ki bodo prinesli največ uspeha na področju zdravljenja duševnih motenj.

V raziskavi sem se odločila proučiti problem izobraževanja oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev po odpustitvi iz psihiatrične bolnišnice. Zanima me je, kdaj se osebe z duševno motnjo srečajo z alternativnimi oblikami zdravljenja. Ali jim svetujejo že psihiatri, mogoče socialni delavci ali pa se sami odločijo, da se bodo vključili v različne neprofitne organizacije.

Zanima me tudi kako psihiatri, socialni delavci in uporabniki vidijo koncept skupnostne skrbi ter kako se med seboj povezujejo; kakšno je sodelovanje družine pri zdravljenju in vključevanju v skupino za samopomoč.

Zanima pa me tudi koliko so osebe z duševno motnjo aktivne pri zdravljenju oz. vključevanju v različne nevladne organizacije ter ali bi se udeleževali tudi drugih oblik pomoči, če bi jim bila bolj dostopna.

Pri raziskovanju sem izhajala predpostavk, da psihiatri dobro poznajo koncept skupnostne skrbi ter da svetujejo pacientom, da se udeležujejo t.i. alternativnih oblik zdravljenja, ki jih nudijo različne nevladne organizacije (dnevni centrov, samopomočnih skupin, bivanjskih skupnosti, ipd.). Naslednja predpostavka iz katere sem izhajala se glasi, da se osebe z duševnimi motnjami z alternativnimi oblikami pomoči, seznanijo šele po odhodu iz bolnišnice in da imajo različne oblike skupnostne skrbi mnoge pozitivne učinke na osebni razvoj oseb s težavami v duševnem zdravju in izboljšujejo njihov odnos z drugimi ljudmi. Pri pregledu literature je velikokrat omenjeno, da ima velik doprinos pri zdravljenju duševne motnje tudi družina, zato sem si kot predpostavko v raziskovalni nalogi postavila, da je pri skupini za samopomoč posameznik deležen podpore družine. Iz tega izhaja zadnja trditev, ki se glasi, da bi se osebe, ki že sodelujejo v skupini za samopomoč, pogosteje udeleževale tudi drugih oblik skupnostne skrbi, če bi jim le-te bile bolj dostopne.

Odgovore bom primerjala glede na vlogo posameznika v procesu zdravljenja in kraj v katerem bivajo intervjuvanci, saj me zanima kakšna je dostopnost do oblik skupnostne skrbi. Intervjuvala sem psihiatra iz Psihiatrične bolnišnice Begunje, socialnega delavca iz Centra za socialno delo Cerknica in osebo z duševno motnjo, ki obiskuje skupino za samopomoč v Cerknici, hkrati pa primerjam dostopnost oblik skupnostne skrbi v dveh regijah. Ti dve okolji sem si izbrala, ker je Gorenjska dober primer pokritosti in dostopnosti različnih aktivnosti psihosocialne rehabilitacije, medtem ko je notranjska primer regije, kjer je omrežje skupnostne skrbi slabo pokrito.

## 6.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Ali psihiatri dobro poznajo koncept skupnostne skrbi?
2. Ali psihiatri svetujejo svojim pacientom, da se udeležijo alternativnih oblik zdravljenja, ki jih nudijo različne nevladne organizacije (dnevni centrov, samopomočnih skupin, ipd.)?
3. Kje se osebe s težavami v duševnem zdravju seznanijo z alternativnimi možnostmi zdravljenja in pomoči?
4. Kakšen je namen različnih oblik skupnostne skrbi?
5. Ali je v skupini za samopomoč vpliv družine večji kot pri drugih oblikah zdravljenja?
6. Ali bi se uporabniki pogosteje udeleževali različnih oblik skupnostne skrbi če bi bile bolj dostopne?

## 7 METODOLOGIJA

### 7.1 RAZISKOVALNA METODA

Osnovna raziskovalna metoda je deskriptivna neeksperimentalna metoda, kjer gre za kvalitativno raziskovanje. »S pojmom kvalitativno raziskovanje označujemo raziskovanje pri katerem sestavljamo osnovno izkustveno gradivo, zbrano v raziskovalnem procesu. To gradivo so besedni opisi ali pripovedi, obdelano pa je tudi na besedni način brez uporabe merskih enot« (Mesec 1998, str. 58). Šteje se pogostost pojavljanja posameznih kategorij. Značilno za kvalitativne raziskave je tudi, da so raziskovalna vprašanja in hipoteze bolj ohlapne in se spreminjajo sproti s spoznavanjem raziskovalnega polja, hipoteze pa preverjamo na deskriptivnem nivoju in jih ne preverjamo statistično. Podatke pridobivamo na več načinov in v neposrednem stiku z raziskovanci.

Z deskriptivno metodo spoznavamo pedagoško polje na ravni vprašanja »kakšno« je obstoječe stanje (Sagadin 1991, str. 29). V diplomski nalogi opisujem pojave, in sicer kakšno je stanje na področju poznavanja koncepta skupnostne skrbi s strani psihiatrov in socialnih delavcev, kar sem ugotavljala s nestandardiziranim polstrukturiranim intervjujem, ki je bolj podrobno predstavljen v nadaljevanju.

Podatke sem zbirala tudi s tehniko opazovanja, saj sem v sklopu andragoške prakse nekajkrat sodelovala v skupini za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju. Tehnika zbiranja podatkov je opazovanje z udeležbo za katero je značilno, da je opazovalec aktivno udeležen v aktivnost skupine. Gre za nestrukturirano opazovanje, za katero je značilno, da je vnaprej določen le cilj opazovanja, kategorije opazovanja niso vnaprej določene, opazovalec pa opazi tisto, kar mu v danem trenutku pritegne pozornost.

## 7.2 OPIS ENOT RAZISKOVANJA

Ker me je zanimalo kako med seboj sodelujejo različne institucije in uporabniki, sem za intervju izbrala psihiatra, ki je zaposlen v psihiatrični bolnišnici Begunje na Gorenjskem, socialnega delavca, ki je ustanovil in vodi skupino za samopomoč v občini Cerknica ter osebo z duševno motnjo, ki obiskuje to skupino za samopomoč. Enote so bile izbrane namensko, saj sem želela videti koncept skupnostne skrbi iz treh zornih kotov.

Povprečna starost intervjuvanih je 45,3 let in vsi so moškega spola.

## 7.3 OPIS POSTOPKA ZBIRANJA PODATKOV

Podatke sem zbirala s pomočjo intervjuja, za kar se je bilo potrebno po telefonu predhodno dogovoriti za termin in lokacijo. Intervju s psihiatrom je potekal v njegovi pisarni v psihiatrični bolnišnici Begunje, intervju s socialnim delavcem je ravno tako potekal v njegovi pisarni Centra za socialno delo v Cerknici, medtem ko je intervju z osebo z duševno motnjo potekal v »študijski sobi« knjižnice Cerknica.

Pred pričetkom intervjuja sem na kratko predstavila vsebino vprašanj, tako da so intervjuvanci vedeli o čem se bomo pogovarjali. Povedala sem, da naj bi intervju trajal približno pol ure in da bodo vsi podatki uporabljeni izključno za namene diplomske naloge.

Pred pričetkom intervjuja sem jih tudi vprašala ali pogovor lahko snemam, vendar eden izmed intervjuvancev ni bil za to, tako da je intervjujev z oseb z duševno motnjo potekal na ta način, da sem morala odgovore zapisovati.

Intervju je potekal v sproščenem vzdušju, saj smo se z intervjuvanci že poznali. Psihiatra sem spoznala na vikend seminarju katerega sem se udeležila v psihiatrični bolnišnici Begunje, socialnega delavca in osebo z duševno motnjo pa sem spoznala v tretjem letniku študija na andragoški praksi.

## 7.4 OPIS INSTRUMENTA

Podatke sem zbirala s pomočjo nestandardiziranega intervjuja, katerega sem sestavila sama.

Za nestrukturiran intervju sem se odločila, ker je bolj odprt, bistveno manj formalen in je bolj primeren, saj gre že za poseganje v intervjuvančovo intimo.

Gre za tip polstrukturiranega intervjuja, saj sem vnaprej sestavila okvirna vprašanja, ki so odprtega tipa in dajejo možnost postavljanja podvprašanj, glede na potek intervjuja.

Gre za strategijo lijaka, kjer so na začetku intervjuja vprašanja postavljena bolj splošno, tako izvemo nekaj podatkov o intervjuvancu, nato pa so vprašanja bolj ozko zastavljena in posegajo v zadeve, ki jih raziskujemo (Sagadin 1995, str. 311-320).

Za potrebe diplomske naloge sem sestavila tri različne intervjuje, za vsako ciljno skupino posebej. Vsak intervju vsebuje 12 do 14 vprašanj.

## **8 ANALIZA REZULTATOV RAZISKOVANJA IN INTERPRETACIJA**

### **8.1 DOSTOPNOST DO ZUNAJ-BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE**

V raziskavi sem zajela dve regiji, in sicer gorenjsko in notranjsko. Gorenjska je dober primer, kako psihiatrična bolnišnica sodeluje z nevladnimi organizacijami, ki so v okolici, saj je mreža zunaj-bolnišnične oskrbe zelo dobro razvita. Notranjska regija, predvsem okolica Cerknice, pa je zelo slabo pokrita z nevladnimi organizacijami, ki izvajajo zunaj-bolnišnično obravnavo, saj je najbližja v Postojni ali v Ljubljani. Psihiatrične bolnišnice pokrivajo svoje regije, vendar zaradi prezasedenosti sob, ali na željo posameznika, prihaja do premeščanja. Tako osebe, ki trpijo za duševno motnjo in so iz notranjske regije, pomoč poiščejo v Idriji ali Ljubljani. Na tem območju nisem uspela dobiti psihiatra, ki bi bil pripravljen sodelovati pri diplomski nalogi. Dostopnost do psihiatrične bolnišnice in pripravljenost psihiatra za intervju, je tudi eden izmed razlogov, zakaj sem za intervju s psihiatrom izbrala Begunje na Gorenjskem. Cerknica je kljub temu, da nima dostopnih aktivnosti za osebe z duševnimi motnjami, po drugi strani, dober primer, kaj lahko nek strokovnjak naredi, da se stanje izboljša. Socialni delavec je ustanovil skupino za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju in tako omogočil, da ima več ljudi dostop do psihosocialne rehabilitacije.

Gorenjska regija pa je kot rečeno odličen primer dobre pokritosti z nevladnimi organizacijami, ki izvajajo zunaj-bolnišnično obravnavo, saj skoraj vsak večji kraj izvaja kakšno aktivnost. Šent ima svojo enoto v Radovljici, Kranju in Škofji Loki, kjer najdemo tudi Humano. Na notranjskem pa je edina organizacija, ki izvaja dejavnosti za osebe z duševno

motnjo Društvo Vezi v Postojni. In ravno zaradi oddaljenosti vseh organizacij od Cerknice, je socialni delavec ustanovil skupino za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju.

V skupini za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju, člani razvijejo identifikacijo z referenčno skupino, učijo se iz lastnih in tujih izkušenj in si izmenjujejo izkušnje o premagovanju krize. Zaradi enakovrednosti članov se razvija in spodbuja sporazumevanje in zaupnost, ki se prenese tudi v odnose izven skupine. V skupini za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju v Cerknici, srečanje poteka v sproščeni klimi. Na začetku vodja pove temo pogovora in nato vsakdo pove svoje izkušnje in mnenje. Še bolj sproščeno ozračje pa se ustvari v restavraciji ob pitju čaja. Mislim, da je to zelo dobra poteza vodja skupine, saj osebe z duševno motnjo zaradi predsodkov, ki jih imajo o svoji motnji in tudi zaradi mišljenja okolice, redko zaidejo v restavracije.



## 8.2 INTERPRETACIJA RAZISKOVALNIH UGOTOVITEV PO KATEGORIJAH

### **Kdo največkrat svetuje osebam z duševno motnjo, da se udeležijo kakšne aktivnosti, ki jo nudijo različne organizacije?**

V Sloveniji imamo lepo število nevladnih organizacij, ki skrbijo za psihosocialno rehabilitacijo. Ponujajo različne oblike pomoči in izvajajo aktivnosti, ki pomagajo osebi, da po odpustitvi iz psihiatrične bolnišnice lažje zaživi. Velikokrat se dogaja, da posameznik ne ve, da obstajajo aktivnosti, ki bi mu pomagale pri izboljšanju počutja ali pa pri izbiri aktivnosti potrebuje pomoč in svetovanje. Vlogo svetovalca pa ima lahko psihiater, socialni delavec ali svetovalac v nevladni organizaciji.

Svetovalno vlogo ima psihiater, saj v intervjuju pove, da velikokrat svetuje osebam z duševno motnjo, da se udeležijo še kakšne aktivnosti v bližnjih nevladnih organizacijah. Pred tem mora ugotoviti, kakšno motnjo ima posameznik, potrebno pa je spremljati tudi proces zdravljenja. Na vprašanje ali osebam z duševno motnjo svetuje, da si poiščejo pomoč tudi izven bolnišnice, da se udeležijo kakšne aktivnosti, je njegov odgovor: »Čisto odvisno. Tukaj gre za celoten postopek. Tukaj gledamo na to kaj si želi, kako ga ocenjujemo. Glede na njegovo psihozo, ali ima težave z blodnjami, halucinacijami, katere negativne simptome ima, kakšna je njegova volja, ali je zaprt vase. Potem gledamo tudi, če ima motnje pozornosti. Šele na to kako ga vidimo, kako funkcionira, kaj si želi, šele na to ga začnemo usmerjati. Eni želijo samo zdravila, odklanjajo kakršno koli pomoč. Tiste, ki slabo funkcionirajo skušamo usmeriti še drugam.«

Šele čez nekaj časa, ko so psihiatru znana vsa dejstva in ko vidi, kako oseba z duševno motnjo funkcionira, ga začne usmerjati naprej. Psihiater v intervjuju pove, da največkrat pošlje k socialnemu delavcu v psihiatrični bolnišnici tiste osebe, ki slabše funkcionirajo. »On (socialni delavec) nato posreduje za kandidate. Skupaj s posameznikom se dogovori kdaj bo šel na predstavitveni pogovor. Tam mu predstavijo programe, ki jih nudijo«. Socialni delavec, ki je v stiku z okoliškimi organizacijami, se dogovori za predstavitveni pogovor, kjer osebi z duševno motnjo predstavijo programe, ki jih izvajajo. »Potem se skupaj dogovorijo, kaj bi bilo treba delati, ali bi ga dali v dnevni center, ali v program zaposlitvene rehabilitacije. predvsem nesigurne vsakodnevno silimo, da bi se udeleževali aktivnosti v skupini. Lahko se pa tudi sami dogovorijo, kaj bi si želeli delati«.

Psihiater meni, da je težko opredeliti kdo je tisto, ki največkrat svetuje osebam z duševnimi motnjami, da se vključijo v aktivnost: »Sam se veliko ukvarjam s skupnostno skrbjo in za

posameznike za katere mislim, da bi jim koristilo, pošljem k socialnemu delavcu tukaj v bolnici in se nato skupaj dogovarjamo».

Kot rečeno, gre v procesu zdravljenja za sodelovanje različnih akterjev kot so psihiater, socialni delavec, svetovalec nevladne organizacije ter oseba z duševno motnjo. Osebe z duševno motnjo želijo sodelovati pri načrtovanju služb, njihovem vodenju in preverjanju, saj menijo da potrebujejo predvsem socialno pomoč in posege, ki povečujejo njihovo samostojnost in učinkovito delovanje (Švab v Kraševac Ravnik 1996, str. 200). S tem so izpolnjena tudi načela oblikovanja individualnega načrta za samostojno življenje, ki so načelo opolnomočenja, sodelovanja, avtonomnosti in načelo etičnosti (Purkart 2007, str. 1). Pomembno je, da ima pri načrtovanju aktivnosti v procesu zdravljenja posameznik aktivno vlogo, saj bo le tako dosegel zeleni cilj, ki pa je hitrejša ozdravitev in vrnitev v vsakdanje življenje.

Socialni delavec na centru za socialno delo pove, da so nekatere osebe z duševno motnjo prvič slišale za različne oblike psihosocialne rehabilitacije v času njegovega timskega sodelovanja v psihiatričnih bolnišnicah: »Nekatere uporabnike smo seznanili s skupino za samopomoč v času timskega sodelovanja v bolnišnici, nekatere smo obiskali na domu, nekateri so bili seznanjeni s strani osebnega zdravnika, nekateri so pa za skupino zvedeli preko zloženke, ki jih imamo na centru za socialno delo«. Na podlagi odgovora lahko sklepamo, da imajo osebe z duševnimi motnjami informacije podane v različnih oblikah in so zelo dostopne.

Oseba z duševno motnjo, ki obiskuje skupino za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju je sama povprašala za različne aktivnosti. »Vedu sm, da obstaja Šent, ker sm vidu plakate, pa na internetu sm se pozanimau«. Ravno zato, ker je oseba z duševno motnjo že pridobila nekaj osnovnih informacij o nevladnih organizacijah, je bilo dovolj, da se je o tem bolj podrobno pozanimala na internetu, za skupino za samopomoč pa je povprašal na pristojnem centru za socialno delo pred tremi leti.

Na podlagi odgovorov intervjuvanih bi težko odgovorili na vprašanje, kdo je tisti, ki osebam z duševno motnjo največkrat svetuje, da se udeleži aktivnosti, ki jih nudijo nevladne organizacije. Iz psihiatrovih odgovorov bi lahko sklepali, da svetuje samo tistim, za katere meni, da bi jim to najbolj ustrezalo. Kaj pa osebe z duševno motnjo, kjer psihiater ne vidi potrebe po takšni aktivnosti? Če je temu tako, so mnogi bolniki slabo obveščeni o možnostih

psihosocialne rehabilitacije po odpustu iz psihiatrične bolnišnice. Posameznik, ki bi se rad vključil v kakšno skupino ali delavnico si mora tako sam poiskati določene informacije. Socialni delavci so največkrat tisti, ki imajo največ informacij o nevladnih organizacijah in programih, ki jih izvajajo, hkrati pa so obveščeni o vsakem sprejemu v psihiatrično bolnišnico. Tako lahko svetujejo vsaki osebi z duševno motnjo in ji predstavijo različne oblike pomoči. Prav socialni delavci so največkrat tisti, ki svetujejo o možnostih vključevanja v različne aktivnosti, saj se je koncept skupnostne skrbi razvil v socialnem delu in je zaradi tega že dokaj uveljavljena praksa med nevladnimi organizacijami, kjer so zaposleni predvsem strokovnjaki s področja socialnega dela in psihologije, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Naloga koncepta družbene skrbi pa naj bil bila povezovanje socialnih in medicinskih služb, kar pa za enkrat v Sloveniji ni najbolj uspešno (Javornik v Avberšek idr. 2004, str 37).

Oseba z duševno motnjo, ki sama izrazi željo za neko aktivnost in sama pridobi informacije, bo tako lažje delovala v skupini, saj veliko boljše delujemo v aktivnosti v katero smo se samoiniciativno vključili, kot pa če se udeležimo izobraževanja, ki nas ne zanima, vendar ga moramo obiskovati. Posameznik bo veliko bolj aktiven v dejavnosti, ki ga zanima, bo bolj samozavesten, hkrati pa bo to pripomoglo k boljšemu vsakodnevnemu funkcioniranju in hitrejši vrnitvi v ustaljene življenjske navade.

Za osebe z duševnimi motnjami je pomembno, da dobijo ustrezne informacije v ustrezni obliki. Napačna informacija jih lahko prestraši, poslabša njihovo motnjo in s tem podaljša čas zdravljenja. Zato je pomembno, da strokovnjaki, ki svetujejo osebam z duševnimi motnjami podajo pravilne informacije, upoštevajo posameznika in mu priporočijo tisti program, ki posamezniku najbolj ustreza.

### **Kakšni so odzivi oseb z duševno motnjo, ko jim nekdo predlaga, da se udeležijo aktivnosti v nevladnih organizacijah?**

Ljudje različno reagirajo, ko jim nekdo ponudi pomoč. Nekateri se ob tem lahko počutijo ogrožene, saj menijo, da pomoči ne potrebujejo in jo zavrnejo, drugi pa jo sprejmejo. Osebe z duševnimi motnjami so čustveno občutljivejše in pomoč lahko razumejo kot napad na njihovo integriteto in zavrnejo pomoč.

V večji meri se osebe z duševno motnjo ne želijo vključiti v noben program in zelo redko se najde posameznik, ki se samoiniciativno odloči za neko aktivnost: »Največkrat je tko, da ljudi

s psihozo silimo, da se udeležijo kakšnih aktivnosti. Na primer skupino za samopomoč imamo v Škofji Loki, kamor usmerjamo predvsem osebe, ki so blizu temu kraju. So pa tudi ljudje, ki si sami najdejo kontakt kakšne organizacije, lahko pa jim svetuje socialni delavec in se nato samoiniciativno odločijo in obiskujejo kar jim najbolj paše«.

Psihiater se pogovarja z osebo z duševno motnjo o njegovih aktivnostih v katero je vključen v sklopu izven-bolnišničnega zdravljenja, saj ga zanima če redno sodeluje ter kako se počuti: »Predvsem se pogovarjava o tem kako zdrži bivanje v stanovanjski skupini, če je vanjo vključen. Pogovor je potreben zato, ker se pri psihozah pogosto pojavijo težave. Oseba lahko paranoidno vidi ljudi, da mu želijo škoditi, lahko opušča zdravila in se mu stanje poslabša. Zanimamo se predvsem zato, da vidimo da je redno vključen v aktivnost in ga še bolj spodbujamo«.

Ker pa so si ljudje različni, se dogaja, da so eni zelo navdušeni in se z veseljem vključujejo v aktivnosti: »... drugi pa so manj navdušeni. Pravijo, da jim je dolgčas, da nimajo nič za počet. In ravno s takimi ljudmi se moramo več ukvarjat, s tistimi, ki ne hodijo«.

Največ pozornosti je po mnenju psihiatra potrebno nameniti osebam, ki se ne želijo vključevati v različne oblike skupnostne skrbi, saj vemo, da je motivacija bistvenega pomena za uspešno dosega cilja. Tako je tudi v izobraževanju. Notranje motivirani učenci so najbolj uspešni, medtem ko so lahko tudi tisti pri katerih prevladuje zunanja motivacija ravno tako uspešni, vendar pridobljeno znanje ni trajno. Nemotivirani učenci pa dosegajo slabše rezultate. Tako je tudi pri osebah z duševnimi motnjami, ki so vključene v različne oblike psihosocialne rehabilitacije. Tisti posamezniki, ki so notranje motivirani se hitreje vrnijo v vsakodnevno življenje kot tisti, kateri se udeležijo aktivnosti zaradi določenih ugodnosti.

Socialni delavec ima podobne izkušnje: »V začetku je bilo potrebno veliko vzpodbud in osebnih vabil, da so se udeležili srečanja. Sedaj, ko so v skupino vključeni dalj časa si pa želijo bolj pogosta srečanja«. Tudi udeležba v skupini za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju potrjuje, da so začetki težavni: »Na začetku je bilo zelo težko. Bilo je veliko izostankov. Potrebno je bilo iskati člane, ki bi povečali skupino. Z večanjem skupine so osebe s težavami v duševnem zdravju pridobile več potrebnih informacij, ki so se nanašale na njihove stiske, podelili so izkušnje z boleznijo«.

Na začetku je bilo potrebno veliko vzpodbude, torej zunanje motivacije, ki je kasneje prerasla v notranjo motivacijo in s tem povečala udeležbo v skupini za samopomoč, iz česar lahko sklepamo, da je pripomogla k izboljšanju počutja pri osebah z težavami v duševnem zdravju.

Član skupine za samopomoč osebam s težavami v duševnem zdravju pa na vprašanje, zakaj se je pridružil skupini za samopomoč, pove: »Sploh nisem velik razmišlau, ker je bla to moja želja«. Mogoče mu je ravno zaradi tega prvo srečanje, izpred treh let, ostalo v spominu: »Prvo srečanje je potekalo podobno kot vedno, ko dobimo nove člane. Predstavili smo se, kdo smo, kaj delamo, s čim se ukvarjamo v prostem času in podobno«. Spomni se, da so se dobili v prostorih občine Stari trg, kjer se srečujejo še danes. Srečanje pa je potekalo tako, da je vsak povedal nekaj o sebi, dogovorili so se kako bodo srečanja potekala ter: »Spomnim se, da smo se menili, tudi o tem, da bi lahko kdaj šli tudi kam na izlet. Všeč mi je blo tud to, da smo šli skor po vsakmu srečanju na čaj v gostilno«.

Psihosocialna rehabilitacija stremi k temu, da pomaga posamezniku, da lažje funkcionira v družbi. V intervjuju s članom skupine za samopomoč spoznamo, da ima druženje ob čaju v restavraciji zelo pozitivne učinke na posameznike. Osebe z duševnimi motnjami so v družbi drugih ljudi in tako nimajo občutka, da so socialno izolirani. To sem videla tudi sama, ko sem, v sklopu andragoške prakse, sodelovala s skupino za samopomoč. Tiste osebe, katerim je bilo težko spregovoriti na skupini, so se kasneje v restavraciji sprostile in so se vključile v pogovore.

Na začetku se je težko vključiti v nekaj novega, naj bo to nova šola, nova služba, nova aktivnost, ipd. Še težje pa je to storiti osebam, ki so nekaj časa preživele v psihiatrični bolnišnici, saj so bile izolirane od svoje socialne okolice, načina življenja in družine, hkrati pa jih ovira tudi njihova motnja. Kot primer bi izpostavila depresijo, za katero je značilna izguba volje do življenja in vsakodnevnih aktivnosti. Pri depresivnih osebah je potrebno veliko vzpodbude in pomoči, da se vključijo v neko aktivnost, hkrati pa mora biti nad njimi tudi nadzor, da te aktivnosti ne opustijo prehitro. Tukaj bi izpostavila družino, saj so ravno oni tisti, ki lahko posamezniku najbolj stojijo ob strani, ga spodbujajo in se z njim udeležujejo različnih aktivnosti. Seveda pa morajo vedeti kdaj in kako začeti opuščati nadzor na osebo z duševno motnjo, da se ta osamosvoji in začne samostojno živeti. V veliko pomoč jim je lahko izobraževanje, kjer izvedo kako živeti z osebo z duševno motnjo.

### **Ali je, pri osebah z duševno motnjo, ki se udeležujejo aktivnosti, opaziti kakšne spremembe?**

Pogosto se dogaja, da osebe z duševno motnjo ne dobijo zaposlitve, se vrnejo v stanovanje staršev in se odmaknejo od svojih vrstnikov. Pri teh osebah se možnost za ponovno

hospitalizacijo poveča. Osebe, ki so vključene v različne programe psihosocialne rehabilitacije, pa imajo socialno mrežo oseb s podobnimi izkušnjami. Med seboj si izmenjavajo izkušnje in se podpirajo, ko nastopi kriza. Cilj nevladnih organizacij je zagotoviti kvalitetno pomoč osebam z duševno motnjo, pomoč pri vključevanju v vsakodnevno samostojno življenje (Kapelj 1996, str. 25). Pri tem je pomembno tudi to, da ima posameznik, kadarkoli nastopi kriza, možnost pogovora s strokovnjakom ali drugo osebo z duševno motnjo.

Psihiater na vprašanje ali opazi kakšne razlike med osebami, ki se udeležujejo različnih aktivnosti in tistimi, ki jemljejo samo zdravila, odgovori: »Napotiš tiste, ki pričakuješ, da jim bo to pomagalo. Vključevanje v aktivnosti drži človeka v mreži, manjkrat se mu poslabša. Vključeni imajo neko čustveno podporo iz skupine v kateri so, imajo manj stresno življenje. V terapevtskem smislu npr. tudi poklicna rehabilitacija zelo pomaga. Marsikdo nič ne dela, da bi svoje delovno mesto zaščitil. Pri poklicni rehabilitaciji pa dela na svojih motoričnih in kognitivnih funkcijah«. Najprej opazimo, da je vključevanje v različne programe nevladnih organizacij pripomore k zmanjšanju hospitalizacij. Kar nam potrdi tudi socialni delavec: »Z vključitvijo v skupino za samopomoč so se za začetek zmanjšale hospitalizacije. V štirih letih je prišlo le do ene ponovitve hospitalizacije, pa še ta je bila na osnovi želje člana skupine, da bi mu pomagali premagati krizo v bolnišnici. Udeleženci skupine za samopomoč so dobili večjo mrežo oseb s katerimi podelijo svoje izkušnje in poskušajo reševati svoje stiske«.

Udeleženci skupine za samopomoč so začeli komunicirati tudi izven skupine prek elektronske pošte ali telefonov. Zaradi tega so se začeli odpirati drug drugemu, kar je bilo na začetku, ko so prišli iz psihiatrične bolnišnice, zelo težko. Zakaj imajo skupine za samopomoč tako veliko vlogo pri zmanjševanju hospitalizacij, lahko sklepamo, da je to zaradi pomena skupine. Skupina za samopomoč je skupina, katere člani si skušajo pomagati sami, brez strokovnjakov in brez hierarhije. Po Levinu in Perkinsu skupina za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju spada v prvi tip samopomočnih skupin, kjer gre za ljudi, ki so v družbi označeni kot »nenormalni« in so zato izpostavljeni družbeni osamitvi, stigmatizaciji, itd. (Lamovec 1998, str. 103).

Psihiater opazi tudi razlike v komunikaciji: »Ljudje lahko pridejo v dnevni center vsak dan in ostanejo kolikor časa želijo ter tudi delajo kar hočejo. Tukaj imajo možnost socialnih stikov, ki mu lahko pomagajo, da izboljša komunikacijo, se počuti bolj sproščenega med ljudmi kar mu tudi kasneje pripomore v vsakdanjem funkcioniranju«. Aktivna udeležba v različnih oblikah skupnostne skrbi pripomore k zmanjšanju števila hospitalizacij, izboljša komunikacijo

in socialno interakcijo z drugimi ljudmi ter pripomore k boljšemu in manj stresnemu življenju.

Za razliko od psihiatra in socialnega delavca, pa intervjuvana oseba z duševno motnjo ne opazi nobenih večjih sprememb, odkar se je pridružila skupini za samopomoč: »Življenje je enako. Le več se družim in pogovarjam z različnimi ljudmi. Gre zgolj za druženje in odprt pogovor, ki pa v psihiatriji ni mogoč«. Kljub temu, da je mnenja, da ni bistvenih sprememb, vidimo da temu ni tako, saj se družijo in pogovarja z različnimi ljudmi. Pri sebi ne opazi sprememb: »Mislim, da sem še zmeraj tak kot sem bil«, kot tudi ne opazi sprememb v odnosih z drugimi ljudmi.

Sama sem mnenja, da duševna motnja posameznika spremeni, kakor tudi vključevanje v različne oblike skupnostne skrbi. Ko sem sodelovala s skupino za samopomoč sem opazila razlike pri nekaterih posameznikih. Na prvem srečanju so bili udeleženci nekoliko zadržani, pred novimi člani, kasneje pa so se odprli in je med nami potekala sproščena komunikacija. Skupina za samopomoč je spremenila moj pogled na duševne motnje, ter na vlogo in pomen skupine za samopomoč kot oblike izven-bolnišničnega zdravljenja. Pridobila sem veliko znanja o vodenju skupine za samopomoč, hkrati pa sem razširila svojo socialno mrežo. Prav zato se ne morem najbolj strinjati z izjavo intervjuvane osebe z duševno motnjo, ko pravi, da se ni spremenila, saj vsaka izkušnja človeka vsaj nekoliko spremeni.

Udeleževanje v različnih aktivnostih psihosocialne rehabilitacije, pripomore k zmanjšanju števila hospitalizacij, izboljša se zdravje oseb z duševno motnjo, izboljšajo se možnosti za zaposlitev in stanovanje. Poveča se socialna mreža, ki pomaga preprečevati krize (Švab v Tomori in Zihel 1000, str. 499).

Podobno medsebojno povezovanje, kot ga nudijo skupine za samopomoč, bi bilo potrebno uvesti še kje drugje, npr. v šoli, na delovnem mestu, v domovih za starejše, ipd. Mogoče bi lahko s pomočjo socialne mreže delavcev v podjetju zmanjšali število duševnih motenj, katere povzroči stres na delovnem mestu. Ravno tako bi lahko zmanjšali stres pri študentih v izpitnem obdobju, saj vidimo, da študentje med seboj le redko sodelujejo in se povezujejo pri učenju. Povezovanje v skupino daje posamezniku občutek pripadnosti, skupaj lažje rešujejo probleme, si med seboj pomagajo ter tako preprečijo marsikatero krizo. To je predvsem zato ker so skupine največkrat majhne, so usmerjene na problem, člani so si enakopravni in ne poznajo razlik v statusu, imajo skupen cilj, delujejo skupinsko ter pomagajo drug drugemu, hkrati pa delo v skupini temelji na osebni angažiranosti, saj je vsak član odgovoren za svoje delo (Lamovec 2006, str. 207).

## **Kakšna je vloga svojcev pri zdravljenju duševne motnje in vključevanju v aktivnosti, ki jih ponujajo nevladne organizacije?**

Družina pri zdravljenju duševne motnje ali pri procesu psihosocialne socializacije ni vedno tako dobrodošla kot to razlaga teorija. Psihiater za začetek pove, da so osebe z duševno motnjo med seboj različne, različni pa so tudi svojci. »Pri psihozi mora biti okolje temu primerno. Svojci in odnosi ne smejo biti hladni, po drugi strani pa spet ni dobro, če so preveč zaščitniški. Ker ko svojci opazijo da posameznik popusti, ga lahko začnejo obravnavati kot otroka, kar pa spet ni dobro, saj gre za odraslo osebo in to lahko stanje še poslabša. Največkrat se odzivamo glede na to kaj vidimo in se nato odločimo ali bomo družino izločili. V takem primeru potem svetujemo, da se oseba vključi v bivanjsko skupnost, da se lahko osamosvoji«. Pri vključevanju svojcev v proces zdravljenja je potrebno preučiti odnose med njimi, saj lahko svojci slabo vplivajo na družinskega člana z duševno motnjo, ko je ta še ranljiv. V tem primeru so v veliko pomoč stanovanjske skupine, ki so namenjene tistim, ki po bivanju v psihiatrični bolnišnici, nimajo urejenih bivanjskih in družinskih razmer.

Psihiater v intervjuju vseeno poudari, da je dobro, da sodelujejo tudi družinski člani, saj skupaj ustvarijo čim manj stresno okolje. Tako pravi: »Po drugi stani pa je dobro, da so vključeni tudi svojci, da je okolje čim manj stresno, da skrbijo da jemljejo zdravila. Seveda pa so v tem primeru svojci pod velikim stresom, ker na začetku veliko upajo, vendar pa se s časom izkaže da vse skupaj poteka nekoliko drugače, da zdravljenje poteka bolj počasi. Zato so svojci tudi pogosto depresivni. V tem primeru je tukaj Humana, ki je orientirana predvsem v delo s svojci, da jim pomagajo skozi zdravljenje, jih informirajo o bolezni, predvsem pa gre za srečanja, kjer si med seboj delijo izkušnje«. Vključenost svojcev v proces zdravljenja lahko pripelje, do njihove preobremenitve in posledično tudi do nastanka duševne motnje. V veliko pomoč jim je torej lahko Humana, ki pomaga svojcem oseb z duševno motnjo, da se razbremenijo s pomočjo izmenjavanja izkušenj. Humana ima svoj sedež v Kranju in svojo enoto v Škofji Loki, kar pomeni, da je dostopna le osebam iz gorenjske regije. Kaj pa svojci oseb z duševnimi motnjami drugod po Sloveniji? V vsaki regiji bi bila dobrodošla enota Humane ali pa organizacija, ki je namenjena svojcem oseb z duševnimi motnjami.

Zanimive izkušnje s svojci ima tudi socialni delavec, ki o sodelovanju družino ne pove veliko: »Ne želim nič slabega govorit, ampak včasih pride do različnih pogledov na bolezen in lahko svojci naredijo več škode kot koristi«. Na podlagi tega bi lahko sklepali, da je družina negativen dejavnik v procesu psihosocialne rehabilitacije, vendar je moja izkušnja nekoliko bolj pozitivna. Na enem izmed srečanj skupine za samopomoč, pri kateri sem v času svoje



prakse sodelovala, se nam je na čaju pridružila tudi mama enega izmed članov, ki se je zelo dobro vključila v pogovor s člani skupine.

Član skupine za samopomoč pove, da se družina ni nikoli preveč vmešavala v njegovo življenje in v aktivnosti v katere se je vključil. Z družinskimi člani se ni nikoli pogovarjal o skupini za samopomoč, tako da ne ve ali ga pri tem podpirajo ali ne.

Iz intervjujev lahko vidimo, da med strokovnjaki prevladuje negativno mnenje o vključevanju družine v zdravljenje. Sklepamo lahko, da v družbi še vedno prevladuje napačno pojmovanje duševnih motenj. Po mnenju obeh intervjuvanih strokovnjakov se svojci pogosto ne želijo vključevati v proces zdravljenja, tako v psihiatrični bolnišnici kot tudi v skupini za samopomoč, ker prevladuje sram in se bojijo kaj bodo rekli drugi. Po drugi strani pa se postavi vprašanje kdo je tisti, ki ne želi, da družinski člani participirajo pri zdravljenju. Ali so to osebe, ki trpijo za duševno motnjo ali pa so to njihovi svojci? Pogosto se dogaja, da oseba z duševno motnjo ne želi vmešavati v zdravljenje svoje družine, saj se boji njihove reakcije. Duševna motnja prizadene celotno družino in ne samo posameznika. Za uspešno zdravljenje in preprečevanje ponovnih kriz je dobro, da se svojci izražajo, saj je družina okolje, v katerem preživimo največ časa (Lamovec 2006, str. 250).

Svojci naj bi spoznali značilnosti motnje, potek zdravljenja in kako pomembno je jemanje zdravil, spoznali pa naj bi tudi kakšna je njihova vloga in kakšno mora biti okolje, v katerem bo oseba z duševno motnjo živel. Svojcem so na voljo informacije o tem, kam vse se lahko obrnejo po pomoč in v katere programe se lahko vključijo. Tri najpogostejše oblike izraževanja svojcev so informiranje o motnji, skupine za samopomoč in družinske terapije (prav tam, str. 252-254). Informiranje svojcev poteka predvsem v psihiatrični bolnišnici, ko psihiater razloži kakšne so značilnosti motnje, kako poteka zdravljenje in kakšna je vloga svojcev v procesu zdravljenja. Je najbolj razširjena oblika pomoči, ki je časovno omejena. Informiranje je treba začeti čim prej, ko nastopi kriza in mora vključiti uporabnika in svojca. Informacije morajo biti podane preprosto in morajo zadevati posamezen problem oz. motnjo (Lamovec 2006, str. 253-257). Neustrezno podane informacije lahko pripeljejo do zmede v razumevanju motnje, kakor tudi preveč strokovnih izrazov o motnji, zdravljenju in izvenbolnišničnih aktivnostih, zato je pomembno kako so informacije podane.

Skupine za samopomoč izvaja Humana. Gre za srečanja svojcev oseb z duševnimi motnjami, ki temeljijo na izmenjavanju izkušenj in nudenju čustvene opore.

Najpomembnejše funkcije samopomoči so: čustvena opora, skupna ideologija, dostopnost od ustreznih informacij, izmenjavanje izkušenj o načinih spoprijemanja skupnega problema ter druženje in občutek, da nadzirajo svoje življenje (Lamovec 2006, str. 207). Te funkcije potekajo tudi v skupini za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju v Cerknici.

Pri družinski terapiji imajo glavno vlogo strokovnjaki. Družinska terapija je usmerjena v ugotavljanje povezav motečega vedenja z različnimi družinskimi vzorci in največkrat poteka v psihiatričnih bolnišnicah (prav tam, str. 252). Vloga svojcev v procesu zdravljenja duševne motnje ima veliko vlogo, saj tako psihiatri pridobijo več informacij, ki jim pomagajo, da predpišejo primerno terapijo.

Odgovor socialnega delavca me ni preveč presenetil, saj poznam način razmišljanja, ki ga imajo tamkajšnji prebivalci. Gre pretežno za starejše, slabše izobraženo kmečko in delavsko prebivalstvo, kjer še vedno močno prevladujejo stereotipna prepričanja o duševnih motnjah. Tako se družina največkrat sramuje svojega člana, saj je v njihovih očeh in v očeh drugih »nor« in zanj ni pomoči. Ravno zato, da bi izkoreninili napačna prepričanja o duševnih motnjah, pa bi nujno potrebovali izobraževalne programe, prilagojene različnim značilnostim prebivalcev.

### **Ali so nevladne organizacije v Sloveniji dovolj dostopne osebam z duševnimi motnjami?**

Srečamo se s problematiko dostopnosti do nevladnih organizacij in programov, ki jih izvajajo. Nevladne organizacije so različno razporejene po celotni državi. Največ jih je v Ljubljani in v njeni okolici, sledita ji gorenjska regija in primorska. Več pozornosti sem namenila gorenjski in notranjski regiji, saj eden izmed intervjuvanih prihaja iz gorenjske, ostala dva pa iz notranjske regije

Gorenjska je dovolj pokrita s tovrstnimi centri, medtem ko na notranjskem, predvsem v širši okolici Cerknice, ni organizacije, ki bi izvajala vsaj eno obliko psihosocialne rehabilitacije. Poleg skupine za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju, je najbližja organizacija Šent v Ljubljani in Društvo Vezi v Postojni, katere pa niso vsem dostopne. Marsikdo zaradi zdravil ne sme voziti ali pa nima izpita, avtobusni prevozi pa so dragi. Ravno zaradi tega se je socialni delavec odločil, da bo ustanovil skupino za samopomoč, saj je pri svojem delu videl, da pomanjkanje aktivnosti posameznika ponovno pripelje do hospitalizacije.

Psihiater v intervjuju pove, daje Gorenjska zelo dobro pokrita z nevladnimi organizacijami, ki izvajajo različne programe: »Na gorenjskem imajo dnevne centre, ki so usmerjeni v socialno rehabilitacijo, tam je bistvo to, da se ljudje med seboj družijo, pogovarjajo. Potem imajo tudi zaposlitveno rehabilitacijo, kjer pomagajo ljudem, da so zaposleni, da ohranjajo svoje spretnosti. Potem so tukaj tudi bivanjske skupine. Nekatera manjša društva pa so skoncentrirana na eno obliko. Recimo, v Škofji Loki, tam tudi velikokrat sodelujem, imajo samo dnevni center. So osredotočeni samo na to, samo na eno aktivnost. Drugače pa ima že vsako večje mesto oziroma kraj, vsaj eno aktivnost, ki jo nudi osebam z duševnimi motnjami. Vsaj na gorenjskem, za druge regije ne vem točno kako majo«.

Socialni delavec pa je mnenja, da bi bila večja ponudba drugih oblik rehabilitacije (v okolici Cerknice) potrebna in bi pomembno vplivala na možnosti zunaj-bolnišnične obravnave: »Verjamem pa tudi, da bi večja ponudba drugih oblik rehabilitacije kot dnevni centri, stanovanjske skupine še dodatno prispevalo k zmanjšanju pojavljanja kriz in tudi k zmanjšanju jemanja zdravil«. Osebe z duševno motnjo, ki obiskujejo njegovo skupino za samopomoč, pa so izrazile željo, da bi se srečevali bolj pogosto, vsaj enkrat tedensko.

Tudi intervjuvana oseba z duševno motnjo je mnenja, da bi se lahko sestajali s skupino vsaj enkrat tedensko in izrazi željo: »Mogoče bi lahko imeli v Cerknici center kot je na primer Šent v Ljubljani. Parkrat sm bil na Šentu v Ljubljani in mi je blo zelo fajn. Tam majo različne programe in si lahko tam tud dalj časa. Lahko delaš kar hočeš, si sam izbereš kaj boš počel, lahko se pogovarjaš z različnimi ljudmi«. Pove, da bi tak center obiskoval, če bi bil dovolj blizu.

Ko sem opravljala andragoško prakso, sem se srečala s skupino za samopomoč, kjer sem lahko videla, kakšen vpliv ima na posameznika druženje z osebami, ki ravno tako trpijo zaradi duševne motnje. Čeprav je na začetku malo težko spregovoriti, se stvari kmalu spremenijo. Med seboj so spletli prijateljske vezi in se družijo tudi izven skupine. Glede na ugotovitve bi bilo potrebno ustanoviti še kakšno skupino za samopomoč v kakšnem drugem kraju na notranjskem ali pa spodbuditi nevladne organizacije, da v bližini odprejo svojo enoto in se s tem izboljša dostop do dnevnih centrov.

### **Katere so težave na področju skupnostne skrbi in kaj bi se še dalo narediti?**

Na področju skupnostne skrbi obstajajo nerazrešena vprašanja in problemi, med katerimi najdemo tudi dostopnost do različnih oblik psihosocialne rehabilitacije. Različni strokovnjaki vidijo različne težave in poznajo tudi možne rešitve, ki niso uresničljive zaradi pomanjkanja denarja.

Psihiater meni: »Najprej bi bilo potrebno integrirati bolnišnične in nevladne programe. Nevladne organizacije imajo ideološki pogled in so v nasprotju z medicinskim pogledom na duševne motnje. Tukaj se pojavi problem v odnosih med obema stranema in gledanju na bolezen. Je pa duševna motnja bolezen, ki vpliva na posameznika različno«.

Rešitev vidi predvsem v sodelovanju bolnišnic z nevladnimi organizacijami, ki bi skupaj sestavile program zdravljenja in izobraževanja. Zgledovati pa bi se morali po programih v tujini, kjer imajo skupnostno psihiatrijo: »Za doseg pokritosti bi morali programe integrirati tako kot imajo to ponekod v tujini, kjer imajo skupnostno psihiatrijo, ki omogoča ljudem, da se zdravijo izven-bolnišnično, kjer pa sodelujejo tudi strokovnjaki z različnih področij. Med seboj sodelujejo psihiatri, socialni delavci, uporabniki in njihove družine, vodje nevladnih organizacij in skupaj načrtujejo kaj bi bilo najboljšo za posameznika«. Vendar se problem pojavi pri financiranju: »Potem imamo tukaj še sistem financiranja, ki ni temu naklonjen, saj je zdravstvena blagajna že tako v minusu. Moram reči, da načrti so, Zakon o duševnem zdravju tudi, vendar je to le na papirju in vprašanje koliko časa bo potrebno, da se bodo stvari vsaj približno realizirale. Ministrstvo za družino in socialne zadeve že financira koordinatorje in se bolj posveča temu področju. Potreben bi bil skupen načrt in sodelovanje«.

Za uresničitev nekaterih idej pa je premalo strokovnjakov, premalo je psihiatrov, kar potrди tudi socialni delavec s centra za socialno delo: »Problem je v tem, da imamo premalo psihoterapevtov, ki bi se lahko ukvarjali s tako velikim številom oseb s težavami v duševnem zdravju«. Pove tudi da je ravno tako težko ustanoviti skupino za samopomoč, saj je bilo potrebno: »...najprej zbrati pogum za ustanovitev in vodenje take skupine. Nato ugotoviti ali obstaja pri direktorici centra za socialno delo podpora za ustanovitev skupine, potem sem moral pridobiti sovoditeljico, potem zagotoviti prostor za srečanja skupine, zagotoviti materialna sredstva za delovanje skupine, in podobno. Na kratko, veliko stvari je bilo potrebno izpeljati in predstaviti pravim ljudem, da je stvar zalaufala«. Socialni delavec je ustanovil skupino za samopomoč: »Ker so se osebe s težavami v duševnem zdravju vračale po zaključeni hospitalizaciji v iste razmere so se hospitalizacije ponavljale. Ko smo še v bolnišnici delali načrt pomoči za osebe, ki so že zaključevale zdravljenje nismo imeli nobene možnosti nadaljevanja rehabilitacije v domačem okolju. Ker v tem okolju niso obstajale druge

oblike rehabilitacije, ki bi zmanjšala možnosti ponovitve krize sem začel razmišljati o ustanovitvi skupine«, za kar pa je bilo potrebno pridobiti večje število udeležencev, ker je prihaja do izostankov. Kot že rečeno, meni tudi, da bi: »...večja ponudba drugih oblik rehabilitacije kot dnevni centri, stanovanjske skupine še dodatno prispevalo k zmanjšanju pojavljanja kriz in tudi k zmanjšanju jemanja zdravil«.

Ravno tako oseba z duševno motnjo vidi problem v pomanjkanju dostopnih institucij v okolici Cerknice: »Mogoče bi lahko imeli v Cerknici center kot je na primer Šent v Ljubljani«. Intervjuvanec sicer nima težav z dostopanjem do skupine za samopomoč kot tudi do drugih nevladnih organizacij, saj ima izpit za avto in kot tudi svoj prevoz.

Na področju skupnostne skrbi obstaja veliko težav in jih je zelo težko odpraviti. Ugotavljam, da je največji problem financiranje. Stvari se spreminjajo na boljše, vendar počasi, kajti veliko je idej, ki so samo zapisane in se v praksi še niso začele izvajati. Največ problemov vidijo strokovnjaki, saj poznajo problematiko in pristopajo do nje z vidika svoje stroke. V intervjuju vidimo, da psihiater kot tudi socialni delavec poudarjata sodelovanje različnih institucij kot tudi oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev. Vendar v praksi temu ni tako, sodelovanja med institucijami je zelo malo. Psihiatrične bolnišnice so še vedno nekoliko izolirane, ampak se tudi to počasi spreminja. Veliko več je sodelovanja med nevladnimi organizacijami in centri za socialno delo. Kljub temu pa je mreža skupnostnih služb še vedno slabo razvita, saj so nekatere organizacije skoncentrirane samo na določenih območjih in niso vsem enako dostopne. Da pa bi bili programi psihosocialne rehabilitacije dostopni vsem, bi bilo potrebno bolj smotno razporejanje enot nevladnih organizacij po vseh regijah.

## 9 SKLEPNE UGOTOVITVE IN PREDLOGI

Izobraževanje je temeljna človekova pravica in je še toliko bolj pomembna, ko gre za naše zdravje. Zaradi stresnega načina življenja je vedno več duševnih motenj, katerih vzrok se skriva v preobremenjenosti, izgorelosti, stresu in v uporabi nedovoljenih drog. Ko ljudje ne zmorejo več in dosežejo dno, poiščejo strokovno pomoč.

Različne izobraževalne oblike za osebe z duševnimi motnjami, kot tudi njihove svojce pripomorejo k zdravljenju in preprečevanju ponovnega izbruha krize. Ko je posameznik sprejet v psihiatrično bolnišnico je najprej informiran o svoji motnji, in sicer je seznanjen z značilnostmi in potekom bolezni ter zdravljenja, o možnostih vključevanja v različne aktivnosti v bolnišnici ali izven nje ter je seznanjen s svojimi pravicami. Poleg njega se izobražujejo tudi svojci, ki so ravno tako seznanjeni z motnjo, s potekom zdravljenja, s svojo vlogo v povezavi z bolnikom, dobijo informacije, kam se lahko dodatno obrnejo po pomoč, katere organizacije so jim na voljo, hkrati pa se morajo pripraviti na nekoliko drugačno življenje, saj je potrebno spremeniti in prilagoditi okolje posamezniku.

Po odpustitvi iz psihiatrične bolnišnice je najtežji korak ponovna integracija v okolje. Osebe se srečujejo s stigmo, občutkom, da se jih bojijo, velikokrat se zgodi, da izgubijo delovno mesto ali pa so integrirani na pozicijo, ki njihovo stanje še poslabša in jih pripelje do ponovne hospitalizacije. Tako se znajdejo v začaranem krogu, ki pa ga lahko prekinejo tudi s pomočjo nevladnih organizacij, katere izvajajo različne programe. Izpostavila bi poklicno rehabilitacijo, ki pomaga osebam z duševnimi motnjami ohranjati njihove kognitivne in motorične spretnosti. Spoznajo svoje pravice, ki jih imajo kot zaposlena oseba ali kot oseba, ki ima status invalida, hkrati pa se seznanijo z bolj primernimi in manj stresnimi delovnimi mesti.

Kot druga oblika pomoči v okviru psihosocialne rehabilitacije, so danes vedno bolj razširjene skupine za samopomoč, ki delujejo na načelih študijskih krožkov, kjer so si člani med seboj enakovredni, vodja pa skrbi, da pogovor ne izgubi rdeče niti. Člani v skupini si med seboj delijo izkušnje, se odpirajo drug drugemu in si med seboj nudijo čustveno oporo. Vključevanje v skupino za samopomoč, ali v katerokoli drugo aktivnost, pomaga zmanjšati število ponovnih hospitalizacij, hkrati pa izboljšuje posameznikovo samozavest in odnose z drugimi.

Namen različnih oblik skupnostne skrbi je omiliti prehod iz psihiatrične bolnišnice v vsakdanje življenje ter zmanjšati število hospitalizacij s pomočjo različnih služb. Da je temu tako, potrjujejo izjave psihiatra, ki pravi, da vključevanje v aktivnosti drži človeka v mreži in se mu zato tudi manjkrat poslabša. Vključeni imajo neko čustveno podporo iz skupine v kateri so ter imajo manj stresno življenje. Oseba z duševno motnjo se po odpustitvi iz psihiatrične bolnišnice sooči z različnimi izzivi. Lahko ostane brez stanovanja, brez zaposlitve in posledično brez sredstev za življenje. V pomoč so mu različne službe, ki mu pomagajo prebroditi začetno krizo, kajti zelo hitro se lahko zgodi, da se posamezniku stanje poslabša, ko je soočen z različnimi problemi. Pomembno vlogo različnih oblik pomoči pri zmanjševanju hospitalizacij vidi tudi socialni delavec, saj so se osebe s težavami v duševnem zdravju, po zaključeni hospitalizaciji, vračale v iste bivanjske razmere in so se zato hospitalizacije ponavljale. Po odpustitvi iz psihiatrične bolnišnice je pomembno, da se oseba z duševno motnjo vrne v nekoliko spremenjeno okolje. Če se vrne v iste razmere, se motnja lahko ponovi, tako pa se mora novemu načinu življenja prilagoditi posameznik sam in njegova družina.

Vloga družine v življenju osebe z duševno motnjo je lahko različna. Strokovnjaki poudarjajo, da bi se morali svojci vključevati v proces zdravljenja, sodelovali naj bi pri različnih aktivnostih skupaj z osebo z duševno motnjo. Vendar temu ni vedno tako. Praksa pokaže nekoliko drugačne rezultate, kar dokazujejo izjave intervjuvanih. Psihiater pove, da mora najprej spoznati posameznika, njegovo družino in okolje, v katerem živijo. Svojci so včasih preveč zaščitniški, kar pa za odraslega pomeni, da se motnja lahko ponovi.

V skupini za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju, ki poteka v Cerknici pod vodstvom socialnega delavca, so svojci prikazani v negativni luči. To vidimo pri njegovi reakciji na vprašanje ali svojci sodelujejo v skupini za samopomoč, ko najprej odkima z glavo in reče: »Sodelovanje s svojci ni omembe vredno« ter v nadaljevanju pove še, da: »...včasih pride do različnih pogledov na bolezen in da lahko svojci naredijo več škode kot koristi«. Podoben odgovor zasledimo tudi pri članu, ki obiskuje skupino za samopomoč, saj pove, da se družina v njegovo življenje ne vmešava preveč in da se z njimi ne pogovarja o tem kaj delajo v skupini. Svojci v skupini za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju, v Cerknici ne sodelujejo. Mogoče je v drugih skupinah za samopomoč stanje drugačno in svojci bolj sodelujejo. V Cerknici ni vključevanja svojcev v skupino za samopomoč. Razlog je lahko struktura prebivalstva, ki je pretežno kmečko, kjer še vedno prevladuje mnenje, da imeti duševno bolezen, pomeni biti »nor«.

V primeru skupine za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju, se odvijajo naslednja načela sodelovanja med strokovnjaki in družino. Uporabljajo se različne oblike informiranja, to so lahko formalna srečanja s svojci ali telefonski pogovori. V aktivnosti se le redkokdaj vključijo svojci, tako da niso seznanjeni z rehabilitacijskim načrtom in delom v skupini.

V psihiatrični bolnišnici posameznik dobi ustrezno pomoč, ki lahko vključuje različne aktivnosti, ki jih izvaja ali bolnišnica ali nevladne organizacije kot so Šent, Humana, Ozara, Mostovi, ipd. Strokovnjaki iz različnih strok dobro poznajo koncept skupnostne skrbi, organizacije in oblike pomoči, ki jih izvajajo, saj je za proces zdravljenja duševne motnje potrebno sodelovanje z različnimi institucijami, svojci in osebami z duševno motnjo. Tako psihiater v intervjuju pove, da se sam veliko ukvarja s konceptom skupnostne skrbi in tudi sodeluje z bližnjimi organizacijami kot so Šent, Ozara in Humana, kjer ima predavanja, izobraževanja za sodelavce, strokovne delavce pa tudi za prostovoljce, ki tam delajo. Socialni delavec pa je tisti, ki koncept skupnostne skrbi najbolj pozna, saj se je razvil ravno v socialnem delu, z namenom, da omogočijo osebam z duševnimi motnjami lažji prehod iz psihiatrične bolnišnice v vsakdanje življenje. V Sloveniji poznamo več oblik psihosocialne rehabilitacije. Med njimi so kognitivno vedenjska terapija, katero izvajajo psihiatri v psihiatričnih bolnišnicah, učenje socialnih veščin, urejanje bivanja, družinske intervencije, podporno zaposlovanje, ACT program-program zdravljenja v skupnosti, ki so pretežno pod vodstvom socialnih delavcev ter samoobvladovanje, samopomoč, izobraževanje in prostočasne dejavnosti in zagovorništvo, ki so lahko pod vodstvom strokovnjakov ali oseb, ki imajo izkušnje s psihiatričnim zdravljenjem. Kognitivna vedenjska terapija se izvaja v psihiatričnih bolnišnicah, centri za socialno delo pa izvajajo predvsem urejanje bivanja in družinske intervencije, medtem ko za podporno zaposlovanje skrbijo nevladne organizacije, med katerimi ima največ programov Šent, in sicer so to zaposlitveni center Zavod Dlan, Šentplavž Jesenice in KARSO zaposlitveni center D.O.O. Vedno bolj so razširjene tudi skupine za samopomoč, počasi pa se dogajajo spremembe na področju zagovorništva, ki se je šele dobro začelo razvijati. Ostale oblike pa se ne izvajajo pogosto ali pa se šele uveljavljajo v Slovenskem prostoru, saj se zgledujejo po tujini, kjer veljajo za ustaljeno prakso.

Iz intervjujev lahko vidimo, da tisti psihiatri, ki poznajo koncept skupnostne skrbi, svojim pacientom svetujejo, da se udeležijo aktivnosti kot so dnevni centri, bivanjske skupine, skupine za samopomoč ali ustvarjalne delavnice, ki jih ponujajo okoliške nevladne



organizacije. Katerim osebam bo psihiater priporočil aktivnost pa je odvisno od njegove ocene motnje, saj je potrebno izpeljati določen postopek, kjer se ugotovi, kakšne negativne simptome ima pacient, kakšna je njegova volja in kašni so njegovi socialni stiki. »Šele na to, kako ga vidimo, kako funkcionira, kaj si želi, šele nato ga začnemo usmerjati«. Psihiater pove osebi z duševno motnjo, da obstajajo različne aktivnosti in ga napoti do socialnega delavca zaposlenega v bolnišnici, ki ima največ informacij o programih, katere izvajajo nevladne organizacije. Pri iskanju najustreznejše aktivnosti skupaj sodelujejo psihiater, socialni delavec in oseba z duševno motnjo. Vprašanje pa je, kdo največ sodeluje. Ali je to oseba z duševno motnjo, ali je to socialni delavec, ali pa je najbolj angažiran psihiater? Rekla bi, da je v svetovanje in organizacijo načrtovanja aktivnosti za osebo z duševno motnjo, najbolj vpleten socialni delavec, saj mora pridobiti podatke s strani psihiatra, organizacije, osebe z motnjo in njegovih svojcev. Osebe z duševno motnjo so le redkokdaj zainteresirane za vključevanje v različne programe, zato je potrebno veliko vzpodbude s strani strokovnjakov in svojcev.

Osebe z duševnimi motnjami se z alternativnimi oblikami pomoči največkrat seznanijo ravno v bolnišnici. Za to jim lahko pove psihiater, socialni delavec, na voljo pa so jim tudi zgibanke o nevladnih društvih in različni plakati. Vedno večjo vlogo pri ozaveščanju ljudi o nevladnih organizacijah imajo sodobni mediji: televizija in internet. Kljub temu so predstavniki nevladnih organizacij in socialni delavci tisti, ki največkrat izvajajo predstavitve o možnostih vključevanja v aktivnosti, ki jih izvajajo nevladne organizacije. To potrjuje tudi odgovor socialnega delavca, ki pove: »Nekatere uporabnike smo seznanili s skupino za samopomoč v času timskega sodelovanja v bolnišnici, nekatere smo obiskali na domu«. Tudi pri odgovoru osebe, ki obiskuje skupino za samopomoč, lahko vidimo, da je ravno v bolnišnici izvedela, da obstaja Šent, saj je videla plakate. Gre za enega redkih posameznikov, po mnenju psihiatra in socialnega delavca, ki se je samoiniciativno pozanimala o dodatnih aktivnostih in začela obiskovati Šent ter skupino za samopomoč. Po mnenju psihiatra in socialnega delavca se to zelo redko zgodi, saj je na začetku potrebno veliko vzpodbud in osebnih vabil. Da bi izboljšali stanje vključevanja oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev v različne aktivnosti, vidim rešitev v prostovoljstvu. V šolah bi lahko v sklopu obveznih izbirnih vsebin, učenci svoje obveznosti opravili v nevladnih organizacijah, ki delujejo na področju duševnega zdravja. Tako bi kasneje v življenju drugače gledali na vključevanje v raznorazne aktivnosti in bi bilo potrebno manj vzpodbud.

Kljub velikemu številu nevladnih organizacij, ki izvajajo številne programe psihosocialne rehabilitacije, ugotovimo, da do njih nimajo dostopa vse osebe z duševnimi motnjami. V raziskovanje sem zajela dve regiji: gorenjsko in notranjsko regijo. Gorenjska regija je odličen primer dobre pokritosti nevladnih organizacij, saj skoraj vsak večji kraj izvaja eno aktivnost. Šent ima svojo enoto v Radovljici, Kranju in Škofji Loki, kjer najdemo tudi Humano. Na notranjskem pa je edina organizacija Vezi v Postojni. In ravno zaradi oddaljenosti vseh organizacij od Cerknice, je socialni delavec ustanovil skupino za samopomoč za osebe s težavami v duševnem zdravju. Člani skupine si želijo še več podobnega druženja, saj so izrazili željo, da bi se skupina dobivala bolj pogosto, vsaj enkrat na teden. Udeleževali bi se tudi drugih aktivnosti, če bi jim le-ta bila bolj dostopna. Oseba z duševno motnjo v intervjuju poda mnenje, da bi lahko imeli v Cerknici podoben center kot je Šent v Ljubljani.

Glede na to, da je notranjska regija slabo pokrita z nevladnimi organizacijami, bi bilo potrebno odpreti vsaj dve enoti z lokacijama v Cerknici in Logatcu. Tako bi dosegli večjo pokritost ter s tem omogočili dostopnost tudi tistim, ki danes nimajo možnosti vključevanja v programe psihosocialne rehabilitacije.

## 10 ZAKLJUČEK

Zaradi stresnega načina življenja in zlorabe različnih drog, vedno več ljudi trpi zaradi duševnih motenj. Poleg psihiatričnih bolnišnic imamo v Sloveniji kar nekaj nevladnih organizacij, ki nudijo psihosocialno rehabilitacijo. Problem pa je še vedno niso vsem enako dostopne, saj jih najdemo predvsem v večjih mestih kot so Ljubljana, Kranj, Radovljica, Postojna, Koper, Celje, itd. V manjših krajih se najdejo posamezniki, ki se zavedajo pomena skupnostne skrbi in ustanovijo društvo, skupino za samopomoč, kar pa še vedno ni dovolj. Veliko več bi lahko storile večje organizacije in odprle svoje podružnice tudi v manjših krajih in s tem nudile strokovno pomoč osebam z motnjami v duševnem zdravju.

Skupnostna skrb ni nov pojem, vendar se stvari v praksi odvijajo počasi in ne tako kot je bilo načrtovano. Problemi se pojavijo pri sodelovanju različnih institucij, saj imajo na duševne motnje kot tudi potek zdravljenja različne poglede, poleg tega pa se zalomi pri financiranju, saj se pogosto utemeljuje, da je državna zdravstvena blagajna prazna. Veliko bolj kot zdravstvo je skupnostni skrbi naklonjeno ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, ki prispeva del sredstev v koordiniranje programov.

Kljub vsem možnostim, ki jih nudijo psihiatrične bolnišnice in psihosocialna rehabilitacija, ugotavljam, da se še vedno premalo dela na preventivi. Potrebno bi bilo organizirati izobraževanja, ki bi spremenila način življenja in bi tako zmanjšali število duševnih motenj, katerih vzrok je v okolici. Duševne motnje, ki izvirajo iz okolice so največkrat povezane s stresnim načinom življenja, preobremenjenostjo in produktivnostjo. V mislih imam predvsem izobraževalne programe, v katerih se učimo, kako živeti brez stresa, kako živeti zdravo življenje in programe, ki učijo tehnik sproščanja. Poudariti bi morali tudi pomen športa in rekreacije, ki veliko pripomore k odpravljanju stresa, saj deluje na telo in um.

Poleg vzrokov za nastanke duševnih motenj bi morali izobraževati tudi v smeri zmanjševanja stigmatizacije in socialne izključenosti. Družba še vedno vidi osebe z duševnimi motnjami kot nevarne in »nore«, kar povzroča pri uporabnikih negativno mnenje o samem sebi, hkrati pa si mnogi ne upajo poiskati pomoči, saj se bojijo, da bo družba na njih gledala drugače, da bo gledala na njih kot na »norce«. Za zmanjševanje stigmatizacije bi bilo potrebno »zdravim« ljudem natančno predstaviti duševne motnje, njihove vzroke, način zdravljenja ter dejstvo, da se to lahko zgodi vsakomur izmed nas. Teorijo bi se podkrepilo s primeri iz prakse, in sicer z

življenjskimi zgodbami oseb, ki so bile zaradi duševne motnje hospitalizirane. Ljudje si najbolj zapomnimo dejstva, katera nam predstavijo osebe, ki trpijo za duševno motnjo. Z zgodnjim izobraževanjem, ki bi se začelo že v osnovni šoli, in prostovoljnim delom bi se lahko znebili predsodkov, ki mnogokrat krojijo našo usodo.

## 11 VIRI

- Altra - odbor za novosti v duševnem zdravju (<http://www.altra.si>, pridobljeno 15.1.2010).
- Anksioznost je psihična bolezen. (2006). (<http://www.rtv slo.si/zdravje/anksioznost-je-psihična-bolezen>, pridobljeno 1.12.2009).
- Avberšek, S., Švab, V. (2004). Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent-Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Belak, E. (2007). Obremenitve svojcev oseb s težavami v duševnem razvoju. Šent – forum svojcev.
- Berkow, R. (2005). Veliki zdravstveni priročnik. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Bipolarna motnja razpoloženja – izobraževalni program za bolnike in svojce. ([http://www.ozara.org/upload/Image/bipolarna\\_motnja\\_gradivo.pdf](http://www.ozara.org/upload/Image/bipolarna_motnja_gradivo.pdf), pridobljeno 1.12.2009).
- Bon, J., Sešok, S. (2004). Skupne osnove v duševni bolezni? Psihološka obzorja, let. 13, št. 2, str.: 17-23.
- Brečko, D. (1998). Kako se odrasli spreminjamo. Radovljica: Didaktika.
- Cooper, D. (1978). Psihijatrija i antipsihijatrija. Zagreb: Naprijed.
- Čebašek Travnik, Z. (2008). Depresija pri moških. Novo mesto: Krka.
- Čebašek Travnik, Z.: Stigmatizacija pri duševnih motnjah. (<http://www.shrani.si>, pridobljeno 2.12.2009).
- Dernovšek, M., Tavčar, R. (2006). Prepoznavanje in premagovanje anksioznosti – delavnica. (<http://www.sinapsa.org/tm/file>, pridobljeno 1.12.2009).
- Dernovšek Z., M., (2008). Bipolarna motnja razpoloženja. Ljubljana: Eli Lilly farmacevtska družba, d.o.o.
- Društvo Mostovi – za zdravje v duševnem zdravju (<http://www.drustvo-mostovi.org>, pridobljeno 15.1.2010).
- Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, Uradni list RS 33/1994 (<http://www.varuh-rs.si/index.php?id=108>, pridobljeno 4.12.2009).
- Flaker, V. (1998). Odpiranje norosti: vzpon in padeč totalnih ustanov. Ljubljana: Založba /\*cf.
- Flaker, V. (2008). Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Foucault, M.(1998). Zgodovina norosti. Ljubljana: Založba /\*cf.

- Glasser, W. (2003). Opozorilo: psihiatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje. Radovljica: Mca.
- Humana – združenje svojcev pri skrbi za mentalno zdravje (<http://www.humana.grozd.eu>, pridobljeno 15.1.2010).
- Kapelj, M., Zgonc, Š. (1996). Usposabljanje duševnih bolnikov. Andragoška spoznanja, št. 2, str.: 24-28.
- Kobal, M. (2007). Psihopatologija za varnostno in pravno področje. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.
- Kocmur, M. (2007). Depresija: ni vse samo v glavi. Ljubljana: Eli Lilly farmacevtska družba, d.o.o.
- Kocmur, M. (2008). Kaj je dobro vedeti o shizofreniji. Ljubljana: Eli Lilly farmacevtska družba, d.o.o.
- Konvencija o otrokovih pravicah (<http://www.varuh-rs.si/index.php?id=105>, pridobljeno 4.12.2009).
- Konvencija proti mučenju in drugemu krutemu ponižujočemu in nečloveškemu ravnanju (<http://www.mzz.gov.si>, pridobljeno 4.12.2009).
- Kores Plesničar, B. (2008). Depresija pri ženskah. Novo mesto: Krka.
- Kovač, N. (2007). Vodenje v skupnostnih službah in načela skupnostnega dela. Izobraževanje: skupnostna psihiatrija in skupnostna skrb.
- Kraševac Ravnik, E. (1996). Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS: Slovenska fondacija.
- Lamovec, T. (1998). Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (2006). Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi. Ljubljana: Lumi.
- Lešer, I. Duševna motnja. (<http://www.psihiater-leser.com>, pridobljeno 16.11.2009).
- Mesec, B. (1998). Kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Milinković, M. (2004). Izobraževanje, usposabljanje in zaposlovanje ljudi s hujšimi duševnimi motnjami v duševnem zdravju v društvih kot del psihosocialne rehabilitacije. Diploma.
- Mir sreče – društvo za medsebojno pomoč (<http://www.hamlet.plus.com>, pridobljeno 28.1.2010).

- Novljan E. Specialna pedagogika oseb z lažjo motnjo v duševnem razvoju ([http://www2.arnes.si/~akralj1/studij/gradivo/ped\\_motnje/spec\\_ped.rtf](http://www2.arnes.si/~akralj1/studij/gradivo/ped_motnje/spec_ped.rtf), pridobljeno 4.5.2010).
- Novi Paradoks – Slovensko društvo za kakovost življenja (<http://www.drustvo-paradoks.si> in <http://www.prostovoljstvo.org>, pridobljeno 15.1.2010).
- Ozara Slovenija (<http://www.ozara.si>, pridobljeno 15.1.2010).
- Psihiatrična bolnišnica Begunje na gorenjskem (<http://www.pb-begunje.si>, pridobljeno 5.12.2009).
- Psihiatrična bolnišnica Idrija (<http://www.pb-idrija.si>, pridobljeno 5.12.2009).
- Psihiatrična bolnišnica Vojnik (<http://www.pb-vojniki.si>, pridobljeno 5.12.2009).
- Psihiatrična bolnišnica Ormož (<http://www.pb-ormoz.si>, pridobljeno 5.12.2009).
- Psihiatrična klinika Ljubljana (<http://www.psih-klinika.si>, pridobljeno 5.12.2009).
- Purkart, B. (2007). Načrtovanje skrbi. Izobraževanje: skupnostna psihiatrija in skupnostna skrb.
- Romih, J., Žmitek, A. (1997). Duševne motnje in zmožnost za delo: zbornik, Begunje, 24., 25. oktober 1997. Begunje: Psihiatrična bolnišnica.
- Sagadin, J. (1991). Razprave iz pedagoške metodologije. Ljubljana: Znanstveni inštitut filozofske fakultete.
- Sagadin, J. (1995). Nestandardizirani intervju. Sodobna pedagogika, letnik 46, št. 7-8, str. 311-322.
- Sagadin, J. (1995). Nestandardizirani intervju. Sodobna pedagogika, letnik 46, št. 9-10, str. 425-434.
- Splošna deklaracija o človekovih pravicah (<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/slv.htm>, pridobljeno 20.11.2009).
- Standardna pravila za izenačevanje možnosti invalidov (<http://www.zveza-zdis.si>, pridobljeno 3.12.2009).
- ŠENT- slovensko združenje za duševno zdravje (<http://www.sent.si>, pridobljeno 15.1.2010).
- Škerbinek, L. (1998). Izobraževanje odraslih za duševno zdravje. Andragoška spoznanja, št. 1-2, str.: 59-66.
- Švab, V. (1996). Duševna bolezen v skupnosti. Radovljica: Didaktika.
- Švab, V. (2004). Stigmatizacija ljudi z duševnimi motnjami: v Kersnik, J. (ur.). družinska medicina na stičišču kultur. (<http://www.drmed-mb.org>, pridobljeno 2.12.2009).
- Švab, V. (2006). Priročnik o shizofreniji. Radovljica: Didaktika.

- Štepe, A. (2007). Duševna bolezen – kaj nam omogoča hitrejšo in boljšo rehabilitacijo (pogled s strani uporabnika).
- Tancek, M. (2007). Novi paradoks in stanovanjske skupine v Sloveniji. Ljubljana.
- Tavčar, R. (2008). Shizofrenija in druge psihoze. Novo mesto: Krka.
- Terzič, D. (2006). Kaj naj bi vedeli o depresiji. Ljubljana: Lek  
([http://www.zrss.si/pdf/UPP\\_kriteriji.pdf](http://www.zrss.si/pdf/UPP_kriteriji.pdf), pridobljeno 2.12.2009).
- The World Health Report (2001). Mental Health: New understanding, new hope.  
(<http://www.who.int/en>, pridobljeno 20.11.2009).
- Tomori, M., Zihlerl, S. (1999). Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta: Medicinska fakulteta. Univerzitetni klinični center Maribor, oddelek za psihijatrijo (<http://www.ukc-mb.si>, pridobljeno 5.12.2009).
- VEZI – društvo za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa  
(<http://drustvovezi.org>, pridobljeno 15.1.2010).
- Vončina, M. (2008). Agresivni izbruhi psihiatričnih bolnikov.  
([http://www.dnevnik.si/nedeljski\\_dnevnik/aktualno](http://www.dnevnik.si/nedeljski_dnevnik/aktualno), pridobljeno 16.11.2009).
- Zakon o duševnem zdravju, Uradni list RS 77/2008 (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200877&stevilka=3448>, pridobljeno 25.11.2009).
- Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS 15/2008 (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=445>, pridobljeno 4.12.2009).
- Zakon o socialnem varstvu, Uradni list RS 36/2004 (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=2004368&stevilka=1571>, pridobljeno 16.11.2009).
- Zakon o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov, Uradni list RS 63/2004 (<http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200463&stevilk=2873>, pridobljeno 4.5.2010).
- Zveza Sožitje (<http://www.zveza-sozitie.si>, pridobljeno 4.5.2010).
- Žmitek, A. (2009). Psihoterapevtski ukrepi za vsakdanjo rabo: zbornik, Begunje, 27., 28. november 2009. Begunje: Psihiatrična bolnišnica.



## **12 PRILOGE**

Intervju s psihiatrom

Intervju s socialnim delavcem

Intervju z osebo z duševno motnjo

Izjava o avtorstvu

## INTERVJU S PSIHIATROM

1. spol: *moški*

Starost: *38 let*

2. Koliko let se že ukvarjate s psihiatrijo? Za katero področje ste specializirani?

*Hm, 10 let. Dosedaj. Nisem specializiran za nobeno področje, kot področje psihiatrije. Specializiran sm za psihiatrijo, največ se ukvarjam s psihotičnimi motnjami, drugače pa ko sm v v urgenci ali pa sm dežuren, sprejemem vsakega. Tako osebe, ki pridejo zaradi alkoholizma kot tudi depresivne. Drugače smo pa razdeljeni po oddelkih.*

3. Katere so pa najpogostejše motnje, ki jih obravnavate?

*Najpogosteje se ukvarjam s psihotičnimi motnjami, drugače pa se ukvarjam tudi z drugimi motnjami, kot je recimo depresija ali manična depresija. V manjšem deležu se pa tudi z motnjami čustvovanja, odvisniki, kateri imajo velikokrat psihoze, pa tudi z dementnimi. U glavnem cel spekter različnih motenj, ki jih obravnavam ob sprejemu, kasneje pa jih usmerimo na ustrezne oddelke.*

4. A poznate koncept skupnostne skrbi? Kdaj in kako ste se seznanili z njim? Oziroma če vprašam drugače, kako je potekalo vaše spoznavanje koncepta skupnostne skrbi?

*( smeh)*

*Da. Koncept skupnostne skrbi poznam že od samga začetka, ko so potekale debate o skupnostni skrbi. Spomnim se še, ko si je Marušič prizadeval za spremembe na področju duševnega zdravja, da bi se koncept skupnostne skrbi začel uveljavljati in vpeljovati v prakso. Bila so tudi prerekanja o ukinitvi koncepta in vprašanja ali bo to res zmanjšalo povratništvo in bolnišnično oskrbo.*

*Potem sm sodeloval tudi z doktor Troho pri Humani, to je nevladna organizacija, ki se ukvarja predvsem s skrbjo za svoje osebe, ki imajo duševne motnje. S Humano še vedno dokaj redno sodelujem.*

*(kratka tišina)*

*Drugače pa sodelujem tudi s Šentom in Ozaro. Na Humani, no pa tudi drugje, predvsem pa Humani, imam predavanja, izobraževanja za sodelavce, strokovne delavce pa tudi za prostovoljce, ki tam delajo. Sodelujem tudi s Slovenskim centrom za možgane. No, ravno ta tedn smo meli teden možganov tukaj v bolnici. Drugače pa sodelujem tudi z združenjem strokovnih društev. Ta društva delujejo pod vodstvom strokovnjakov oziroma psihiatrov, ki delajo pod okriljem bolnice. Z nevladnimi organizacijami delam pri koordinaciji skupnih projektov.*

Pohvalno!

*(smeh)*

*Tukaj lahko rečem, da je gorenjska zelo dobro pokrita, ker je bolj povezana oziroma je vse skupaj bolj na kupu in ljudje lahko prihajajo iz različnih koncev gorenjske.*

5. Glede na to, kako dobro poznate koncept skupnostne skrbi, ali poznate možnosti, ki so bolnikom na voljo?

*Poznam ja. (smeh)*

*To je odvisno od organizacije, kako je organizirana in kolikšna sredstva imajo. Na gorenjskem imajo dnevne centre, ki so usmerjeni v socialno rehabilitacijo, tam je bistvo to, da se ljudje med seboj družijo, pogovarjajo. Potem imajo tudi zaposlitveno rehabilitacijo, kjer pomagajo ljudem, da so zaposleni, da ohranjajo svoje spretnosti. Potem so tukaj tudi bivanjske skupine.*

*Nekatera manjša društva pa so skoncentrirana na eno obliko. Recimo, v Škofji Loki, tam tudi velikokrat sodelujem, imajo samo dnevni center. So osredotočeni samo na to, samo na eno aktivnost. Drugače pa ima že vsako večje mesto oziroma kraj, vsaj eno aktivnost, ki jo nudi osebam z duševnimi motnjami. Vsaj na gorenjskem, za druge regije ne vem točno kako majo.*

6. Ali osebam z duševno motnjo svetujete, da si poiščejo pomoč tudi izven bolnišnice, da se udeležijo kakšnih aktivnosti?

*Čisto odvisno. Tukaj gre za celoten postopek. Tukaj gledamo na to kaj si želi, kako ga ocenjujemo. Glede na njegovo pishozo, ali ima težave z blodnjami, halucinacijami, katere negativne simptome ima, kakšna je njegova volja, potem kakšni so njegovi socialni stiki, ali se rad umakne, ali je zaprt vase. Potem gledamo tudi, če ima motnje pozornosti.*

*Šele na to kako ga vidimo, kako funkcionira, kaj si želi, šele na to ga začnemo usmerjati.*

*Eni želijo samo zdravila, odklanjajo kakršno koli pomoč.*

*Tiste, ki slabo funkcionirajo skušamo usmeriti še kam drugam.*

Kako pa osebe z duševno motnjo pridejo v stik z organizacijami?

*Največkrat preko socialnega delavca tukaj v bolnici, ki je v stiku z organizacijami. On nato posreduje za kandidate. Skupaj z posameznikom se dogovori kdaj bo šel na predstavitveni pogovor. Tam mu predstavijo programe, ki jih nudijo. Lahko pa pridejo tudi v bolnico in imajo tle predstavitev.*

*Potem se pa skupaj dogovorijo, kaj bi bilo treba delati, ali bi ga dali v dnevni center, ali v program zaposlitvene rehabilitacije.*

*Predvsem nesigurne vsakodnevno silimo, da bi se udeleževali aktivnosti v skupini. Lahko se pa tudi sami dogovorijo, kaj bi si želeli delati.*

Kdo jim, po vašem mnenju, največkrat svetuje? Ste to vi ali socialni delavec?

*Hm. Kaj pa vem. To je težko reči. Sam se veliko ukvarjam s skupnostno skrbjo in posameznike za katere mislim, da bi jim koristilo, pošljem k socialnemu delavcu tukaj v bolnici in se nato skupaj dogovarjamo.*

7. Če se osebe z duševno motnjo same odločijo in se vključijo v društvo, ki skrbi za duševno zdravje, kako to izveste? Vam povedo sami z veseljem ali morda menite, da imajo pomisleke, da bi vam povedali?

*Jah. (kratka tišina)*

*Ponavadi je to tko, da se ne želijo vključevati. Zelo redko se najde kakšen posameznik, ki bi sam prišel z idejo, da bi se vključil v kakšno aktivnost, ali pa da bi prišel iz kakšnega društva. Največkrat je tko, da ljudi s psihozo silimo, da se udeležijo kakšnih aktivnosti. Na primer skupino za samopomoč imamo tudi v Škofji Loki, kamor usmerjamo predvsem osebe, ki so blizu temu kraju.*

*(kratka tišina)*

*So pa tudi ljudje, ki si sami najdejo kontakt kakšne organizacije, lahko pa jim svetuje socialni delavec in se nato samoiniciativno odločijo in obiskujejo kar jim najbolj paše. Tukaj so bolnice zelo omejene in težko zagotavljajo programe, zato je fajn, če se poleg bolnišničnega zdravljenja udeležujejo tudi drugih aktivnosti.*

8. Se z osebo z duševno motnjo pogovarjate o njegovih aktivnostih v društvu?

*Da.*

*Predvsem se pogovarjava o tem kako zdrži bivanje v stanovanjski skupini, če je vanjo vključen. Pogovor je potreben tudi zato, ker se pri psihozah pogosto pojavijo težave. Oseba lahko paranoidno vidi ljudi, da mu želijo škoditi, lahko opušča zdravila in se mu stanje poslabša. Zanimamo se predvsem zato, da vidimo da je redno vključen v aktivnosti in ga še bolj spodbujamo.*

*So pa ljudje različni. Eni so navdušeni, s temi nimamo toliko problemov, drugi pa so manj navdušeni. Pravijo, da jim je dolgčas, da nimajo nič za početi. In ravno s takimi ljudmi se moramo več ukvarjati, s tistimi ki ne hodijo.*

9. Ali opazite pri osebah, ki se udeležujejo različnih aktivnosti in tistimi, ki se ne, ki imajo samo medikamentozno zdravljenje? Kakšne spremembe opazite?

*Hm.*

*Tukaj ni nekega naključnega primerjanja. Napotiš tiste, ki pričakuješ, da jim bo to pomagalo. Vključevanje v aktivnosti človeka drži v mreži, manjkrat se mu poslabša. Vključeni imajo neko čustveno podporo iz skupine v kateri so, imajo manj stresno življenje.*

*V terapevtskem smislu poklicna rehabilitacija zelo pomaga. Marsikdo nič ne dela, da bi svoje delovno mesto zaščitil. Pri poklicni rehabilitaciji pa dela na svojih motoričnih in kognitivnih funkcijah.*

*V terapevtskem smislu je dobro, da se udeležujejo. V psihiatrični terapiji pa je težko reči, da se na tak način pozdravi.*

10. Ali menite, da izobraževanje oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev, pripomore k njihovem zdravljenju? Kako?

Je zdravljenje bolj uspešno ali se morda pojavijo konflikti, če se vplete še družinske člane?

*Tukaj je spet težko posploševati. Ljudje so različni. Pri psihozi mora biti okolje temu primerno. Svojci in odnosi ne smejo biti hladni, po drugi strani pa spet ni dobro, če so preveč zaščitniški. Ker ko svojci opazijo da posameznik popusti, ga lahko začnejo obravnavati kot otroka, kar pa spet ni dobro, saj gre za odraslo osebo in to lahko stanje še poslabša.*

*Največkrat se odzivamo glede na to kaj vidimo in se nato odločimo ali bomo družino izločili. V takem primeru potem svetujemo, da se oseba vključi v bivanjsko skupnost, da se lahko osamosvoji.*

*Po drugi stani pa je dobro, da so vključeni tudi svojci, da je okolje čim manj stresno, da skrbijo da jemljejo zdravila. Seveda pa so v tem primeru svojci pod velikim stresom, ker na začetku veliko upajo, vendar pa se s časom izkaže da vse skupaj poteka nekoliko drugače, da zdravljenje poteka bolj počasi. Zato so svojci tudi pogosto depresivno. V tem primeru je tukaj Humana, ki je orientirana predvsem v delo s svojci, da jim pomagajo skozi zdravljenje, jih informirajo o bolezni, predvsem pa gre za srečanja, kjer si med seboj delijo izkušnje.*

11. Ali opazite razlike v komunikaciji in socialni interakciji med osebami, ki se zdravijo izključno samo pri vas in osebami, ki se vključujejo še drugih dejavnosti, ki jih nudijo različne nevladne organizacije?

*Jah. So manjše razlike. Ljudje lahko pridejo v dnevni center vsak dan in ostanejo kolikor časa želijo ter tudi delajo kar hočejo. Tukaj imajo možnost socialnih stikov, ki mu lahko pomagajo, da izboljša komunikacijo, se počuti bolj sproščenega med ljudmi kar mu tudi kasneje pripomore v vsakdanjem funkcioniranju.*

*Pri poklicni rehabilitaciji, pa je čas omejen in je delo organizirano v skladu s potrebami, ki jih imajo udeleženi. Gre za to, da znajo obdržati svoje delovno mesto ali pa da se lažje prilagodijo novemu in prilagojenemu delovnemu mestu.*

*Je pa, kot sm že prej rekel, vse odvisno od posameznika. Eni želijo samo zdravila, nekatere pa moramo siliti, da se udeležijo še drugih aktivnosti.*

12. Se po vašem mnenju socialna izključenost povečuje ali zmanjšuje (če primerjamo osebe, ki so deležne samo zdravniške oskrbe in osebe, ki se vključujejo npr. skupine za samopomoč)?

*Pri osebah s psihozo imamo tri različne vrste psihoze. Prva stopnja je, da oseba sploh ne komunicira, biva v sobi in nima nobenih socialnih stikov, niti z družino. Pri drugi vrsti pa funkcionira le v okviru družine. Tretjič, pa ima stike tudi izven družine. Oseba ima tako nadzor vključevanja v socialne interakcije tudi izven družine, k čemur ga tudi mi silimo.*

*(Kratka tišina)*

*Reku bi, da se socialna vključenost pri aktivnih ljudeh zmanjšuje, saj so vključeni v organizacije, ki jim pomagajo, da se družijo in navezujejo stike. Po drugi strani pa so ljudje, ki so socialno izolirani. Ti pa zelo težko funkcionirajo v vsakdanjem življenju. Ne hodijo med ljudi, ostajajo doma in so odvisni od družine.*

13. Še zadnje vprašanje. Kaj bi se, po vašem mnenju, še dalo storiti na področju duševnega zdravja, da bi bilo zdravljenje čim bolj uspešno in bi bilo čim manj povratnikov?

*Hm.*

*Najprej bi bilo potrebno integrirati bolnišnične in nevladne programe. Nevladne organizacije imajo ideološki pogled in so v nasprotju z medicinskim pogledom na duševne motnje. Tukaj se pojavi problem v odnosih med obema stranema in gledanju na bolezen. Je pa duševna motnja bolezen, ki vpliva na posameznika različno.*

*Za doseg pokritosti bi morali programe integrirati tako kot imajo to ponekod v tujini, kjer imajo skupnostno psihiatrijo, ki omogoča ljudem, da se zdravijo izven-bolnišnično, kjer pa sodelujejo tudi strokovnjaki z različnih področij. Med seboj sodelujejo psihiatri, socialni delavci, uporabniki in njihove družine, vodje nevladnih organizacij in skupaj načrtujejo kaj bi bilo najboljše za posameznika.*

*(kratka tišina)*

*Potem imamo tukaj še sistem financiranja, ki ni temu naklonjen, saj je zdravstvena blagajna že tako v minusu.*

*Moram reči, da načrti so, Zakon o duševnem zdravju tudi, vendar je to le na papirju in vprašanje koliko časa bo potrebno, da se bodo stvari vsaj približno realizirale. Ministrstvo za družino in socialne zadeve že financira koordinatorje in se bolj posveča temu področju.*

*Potreben bi bil skupen načrt in sodelovanje.*

*Da pa bi v Sloveniji lahko imeli skupnostno psihiatrijo, pa bi bilo potrebno spremeniti marsikaj. V tujini je en psihiater na petsto oseb, pri nas pa je eden na deset tisoč. Tukaj pa se ne moremo preveč posvetiti pacientu, saj imamo omejen čas.*

Najlepša hvala, da ste si vzeli čas in hvala za sodelovanje!

## INTERVJU S SOCIALNIM DELAVCEM NA CENTRU ZA SOCIALNO DELO

1. Spol: *moški*

Starost: *52 let*

2. Katero je vaše področje dela? Koliko let se že ukvarjate s tem?

*Moje področje dela je socialno delo z odraslimi, vodenje in koordiniranje pomoči na domu, s tem pa se ukvarjam že 14 let.*

3. Katere oblike pomoči nudite osebam s težavami v duševnem zdravju na centru za socialno delo?

*Nudimo prvo socialno pomoč, osebno pomoč, pomoč na domu, denarno-socialne pomoči, možnost vključitve v skupino za samopomoč.*

Bi lahko ponudili več oblik pomoči?

*Kaj pa vem. Težko je reči. Sredstva so omejena, potrebno bi bilo zaposliti nekoga, ki bi se ukvarjal samo s tem. Bi bilo pa fajn, če bi ljudem lahko ponudili še kakšne druge oblike kot so recimo dnevni centri. Ne bi bilo slabo, če bi imeli kakšno posebno organizacijo kot je Šent tudi tukaj v Cerknici.*

4. Kdaj so osebe z duševno motnjo prvič izvedele, da obstajajo tudi drugačne oblike zdravljenja? Kdo jim je največkrat svetoval, da se vključijo v dnevne centre, skupine za samopomoč? So bili to svojci, psihiater, mogoče vi?

*Hm. Nekatero uporabnike smo seznanili s skupino za samopomoč v času timskega sodelovanja v bolnišnici, nekatero smo obiskali na domu, nekateri so bili seznanjeni s strani osebnega zdravnika, nekateri so pa za skupino zvedeli preko zloženke, ki jih imamo na centru za socialno delo.*

5. Kakšen je bil na začetku odziv oseb, ko ste jim predlagali, da bi se udeležili skupine za samopomoč za osebe, ki imajo težave v duševnem zdravju?

*(smeh)*

*V začetku je bilo potrebno veliko vzpodbud in osebnih vabil, da so se udeležili srečanja. Sedaj, ko so v skupino vključeni daljši časa si pa želijo bolj pogosta srečanja.*

6. Kako ste prišli do ideje, da bi vodili skupino za samopomoč?

*Ker so se osebe s težavami v duševnem zdravju vračale po zaključeni hospitalizaciji v iste razmere so se hospitalizacije ponavljale. Ko smo še v bolnišnici delali načrt pomoči za osebe, ki so že zaključevale zdravljenje nismo imeli nobene možnosti nadaljevanja rehabilitacije v*

*domačem okolju. Ker v tem okolju niso obstajale druge oblike rehabilitacije, ki bi zmanjšala možnosti ponovitve krize sem začel razmišljati o ustanovitvi skupine.*

7. Kakšni so bili začetki (kaj vse je bilo potrebno narediti, da so se vaše ideje realizirale)?  
(smeh)

*Najprej je bilo potrebno zbrati pogum za ustanovitev in vodenje take skupine. Nato ugotoviti ali obstaja pri direktorici centra za socialno delo podpora za ustanovitev skupine, potem sem moral pridobiti sovoditeljico, potem zagotoviti prostor za srečanja skupine, zagotoviti materialna sredstva za delovanje skupine, in podobno.*

*Na kratko, veliko stvari je bilo potrebno izpeljati in predstaviti pravim ljudem, da je stvar zalaufala.*

8. Ali se je udeležba oseb s težavami v duševnem zdravju od začetka delovanja skupine za samopomoč do danes spreminjala? Zakaj? Prosim, pojasnite vzroke za spreminjanje udeležbe.

*Hm, ja.*

*Na začetku je bilo težko. Bilo je veliko izostankov. Potrebno je bilo iskati člane, ki bi povečali skupino. Z večanjem skupine so osebe s težavami v duševnem zdravju pridobile več potrebnih informacij, ki so se nanašale na njihove stiske, podelili so izkušnje z boleznijo.*

*(kratka tišina)*

*Bolj kot so se med seboj poznali bolj so si želeli pogostih srečanj.*

9. Kako potekajo srečanja (koliko časa traja, na koliko časa se srečujete)?

*Srečanje traja uro in pol. Srečujemo se vsake štirinajst dni. Vsako srečanje poteka, tako da se najprej eno uro pogovarjamo v za to namenjenem prostoru nato pa sledi še pol ure sproščenega pogovora v restavraciji ob pitju čaja ali kave. Poleg tega pa organiziramo vsako leto vsaj dva izleta, obisk kinodvorane v Ljubljani ter pohode na bližnje hribe.*

10. Katere spremembe ste opazili pri udeležencih kot posledico udeležbe na skupinah za samopomoč? Kako jim je sodelovanje v samopomočni skupini pomagalo pri njihovem vsakodnevnem življenju?

Ste opazil kakšne spremembe pri njihovih odnosih in komunikaciji z drugimi?

*(kratka tišina)*

*Z vključitvijo v skupino za samopomoč so se za začetek manjšale hospitalizacije. V štirih letih je prišlo le do ene ponovitve hospitalizacije, pa še ta je bila na osnovi želje člana skupine, da bi mu pomagali premagati krizo v bolnišnici. Udeleženci skupine za samopomoč so dobili večjo mrežo oseb s katerimi podelijo svoje izkušnje in poskušajo reševati svoje stiske. Med sabo so začeli komunicirati preko elektronske pošte ali mobilnih telefonov. Začeli so se odpirati. Kar pa je bilo na začetku zelo težko.*



11. Kakšne so vaše izkušnje s svojci oseb z motnjami v duševnem zdravju?

Ali sodelujejo v vaši skupini za samopomoč? Na kakšne načine?

*(odkimavanje z glavo)*

*Sodelovanje s svojci ni omembe vredno.*

Kaj mislite s tem?

*Ne želim nič slabega govoriti, ampak včasih pride do različnih pogledov na bolezen in lahko svojci naredijo več škode kot koristi.*

12. Sodelujejo v skupnosti, poleg centra za socialno delo, še kakšna druga društva, ki nudijo pomoč osebam s težavami v duševnem zdravju?

*Na območju upravne enote Cerknica ni nobenega društva, ki bi pomagalo osebam s težavami v duševnem zdravju in prav zaradi odsotnosti teh društev sem dal pobudo za ustanovitev skupine za samopomoč.*

13. Ali udeleženci samopomočne skupine izražajo želje po dodatnih oblikah dela, druženja?

*Udeleženci vedo, da na območju večjih mest obstajajo tudi druge oblike pomoči. Če bi obstajale take oblike pomoči tudi v tem okolju bi se nekateri vanje vključili. Nekateri so s skupino zaživelj šele po daljšem času vključenosti v to skupino.*

Kako osebe s težavami v duševnem zdravju ocenjujejo vlogo in pomen skupin za samopomoč?

Ali radi prihajajo? Zakaj? Kakšne razloge za udeležbo navajajo?

*Prej je bilo potrebno zelo veliko vzpodbud za obiskovanje skupine. Ker večina oseb po zaključenem zdravljenju v bolnišnici jemlje zdravila, niso v stanju, da bi vozili avtomobile, zato je za te osebe potrebno organizirati prevoz, da lahko pridejo na skupino. Zaradi njihove razpršenosti po okoliških krajih je potrebno vložiti kar nekaj navora tudi v ta del organizacije.*

*Pomen sodelovanja v skupini je zanje zelo velika, saj se s tem odprejo okolju v katerem živijo, povečajo mrežo prijateljev, izmenjajo življenjske izkušnje pri premagovanju kriz in na ta način pomembno prispevajo k zmanjšanju ponavljanja kriz.*

*To so tudi glavni vzroki, da sedaj redno obiskujejo skupino.*

14. Mislite, da bi se udeleženci skupine za samopomoč udeležili tudi drugih alternativnih oblik zdravljenja, če bi jim le-ta bila bolj dostopna?

Zakaj tako mislite?

*Najprej bi rad pojasnil, da skupina za samopomoč ni oblika zdravljenja, ampak je ena izmed oblik rehabilitacije po zaključenem zdravljenju.*

*Če misliš o možnostih drugih oblik zdravljenja verjamem, da obstajajo tudi druge poti zdravljenja izven bolnišnice in ne s takšnimi količinami medikamentov.*

*Problem je v tem, da imamo premalo psihoterapevtov, ki bi se lahko ukvarjali s tako velikim številom oseb s težavami v duševnem zdravju.*

So uporabniki kdaj izrazili, da bi si želeli še več tovrstne pomoči? Kakšne predvsem?

*Verjamem pa tudi, da bi večja ponudba drugih oblik rehabilitacije kot dnevni centri, stanovanjske skupine še dodatno prispevalo k zmanjšanju pojavljanja kriz in tudi k zmanjšanju jemanja zdravil. O oblikah rehabilitacije, ki uporabnikom v tem okolju ni omogočena se na skupini ne pogovarjamo, zato tudi ne morem tu govoriti o njihovih željah. Izrazili pa so željo, da bi se skupina dobivala bolj pogosto – vsaj enkrat na teden.*

Hvala za sodelovanje!

## INTERVJU Z OSEBO Z DUŠEVNO MOTNJO

1. Spol: *moški*

Starost: *46 let*

2. Kdaj ste se prvič srečali s skupino za samopomoč?

*S skupino sem se srečal pred tremi leti.*

3. Kdo vam je predstavil možnosti alternativnih oblik zdravljenja kot so ravno skupine za samopomoč?

*Sam sem povprašal.*

Kje pa ste slišali, da obstajajo skupine za samopomoč?

*Vedu sm, da obstaja Šent, ker sm vidu plakate, pa na internetu sm se pozanimau.*

4. Koliko časa ste preživeli v psihiatrični bolnišnici?

*(kratka tišina)*

*Dva mesca.*

*(tišina)*

Mi lahko poveste zakaj ste bili tam?

*(kratka tišina)*

*Mi niso želel povedat, zakaj sm tam, kljub mojmu izpraševanju. (kratka tišina)*

*Verjetno tudi nikoli ne bom izvedel. Nekega dne mi je dohtarca dejala, da moram iti v psihiatrično bolnico in sem moral iti. To je vse. Branil se nisem, saj tako ali tako ne bi pomagalo.*

5. Zakaj ste se pridružili skupini za samopomoč? Koliko časa ste razmišljali preden ste se ji pridružili? Je bila odločitev težka? Zakaj?

*Sploh nisem velik razmišljal, ker je bla to moja želja.*

6. Se še spominjate kako je potekalo prvo srečanje?

*Hm.*

*Prvo srečanje je potekalo podobno kot vedno, ko dobimo nove člane. Predstavli smo se, kdo smo, kaj delamo s čim se ukvarjamo v prostem času in podobno.*

Se še spominjate, kje je potekalo prvo srečanje?

*Hm. Če se prou spomnim smo se dobil v eni sobi v prostorih občine Stri trg, tam kjer se še vedno dobivamo. (tišina)*

Mogoče še veste o čem ste govorili na prvem srečanju?

*Hm. (kratka tišina)*

*Predstavili smo se, dogovorili kako naj bi srečanja potekala, na kolko časa naj bi se dobival, kaj naj bi delal. Spomnim se, da smo se menili tudi o tem, da bi lahko kdaj šli tudi kam na izlet. Všeč mi je blo tud to, da smo šli skor po vsakmu srečanju skupaj na čaj v gostilno.*

Kako ste se takrat počutili?

*Zelo fajn. Najbolš mi je blo, ko smo šli na čaj in se še tam pogovarjal in se spoznaval.*

7. Kdo vas je najbolj spodbujal, da se udeležite skupine za samopomoč? Starši, prijatelji, socialni delavec, psihiater, splošni zdravnik?

*Sam sm želu, da bi hodu na skupino. Ker psihiatrija zavrača kakršenkoli pogovor z menoj. Če kaj vprašam mi samo napišejo recept za zdravila.*

8. Mislite, da bi center za socialno delo lahko ponudil še kakšne druge oblike pomoči?

Zakaj?

*Ne vem. Problem ni center za socialno delo, ampak psihiatrija, ki zavrača pogovor z uporabniki.*

A mogoče še kaj pogrešate? Še kakšne drugačne načine druženja?

*Niti ne. Lahko bi skupina bila vsak tedn. Drugače pa mi zaenkrat nič ne manka.*

9. Kako vpliva udeležba na skupinah za samopomoč na vas?

*Kaj pa vem. (kratka tišina)*

*Življenje je enako. Le več se družim in pogovarjam z različnimi ljudmi. Gre zgolj za druženje in odprt pogovor, ki pa v psihiatriji ni mogoč.*

Ali opazate pri sebi kakšne spremembe?

*Niti ne. Mislm da sm še zmeraj tak kt sm biu.*

Ali opazite kakšne spremembe pri odnosih z drugimi?

*Hm. Kaj pa vem. Niti ne.*

10. Vas družina pri obiskovanju skupine za samopomoč podpira? Kako vas podpirajo? Kakšno je njihovo mnenje o skupini?

*Kaj pa vem. Niti podpore, niti nepodpore.*

Lahko pojasnite kaj mislite s tem.

*Družina se ni nikoli preveč vmešavala v moje življenje in aktivnosti, sam sm se odloču, da bom obiskoval skupino in tud sam hodim.*

Ali imajo vaši družinski člani kakšno mnenje o skupini?

*Ne. Se tud ne pogovarjam z njimi o tem.*

11. Ste mogoče imeli kakšne težave, ko ste začeli obiskovati skupino? Katere so bile te težave?

*Ne. Nisem imel nobenih težav.*

Prevoz ste imeli?

*Mam izpit za avto in avto.*

Potem vam oddaljenost ni delala težav?

*Ne.*

12. Bi si želeli več druženja (podobnega kot v skupini za samopomoč)? Zakaj?

Bi se jih udeležili, če bi imeli to možnost?

*Mogoče bi lahko imeli v Cerknici center kot je na primer Šent v Ljubljani.*

Zakaj pa bi radi imeli tak center v Cerknici?

*Parkrat sm bil na Šentu v Ljubljani in mi je blo zelo fajn. Tam majo različne programe in si lahko tam tud dalj časa. Lahko delaš kar hočeš, si sam izbereš kaj boš počel, lahko se pogovarjaš z različnimi ljudmi.*

*(tišina)*

Pa bi obiskovali tak center, če bi bil v Cerknici?

*Ja, bi ga. Ker bi bil dost blizu.*

Hvala ker ste si vzeli čas za sodelovanje!

## **IZJAVA O AVTORSTVU**

Spodaj podpisana, Renata Intihar, izjavljam, da je diplomsko delo z naslovom Izobraževanje oseb z duševnimi motnjami in njihovih svojcev po odpustitvi iz psihiatrične bolnišnice moje avtorsko delo in da se strinjam z objavo na spletnih straneh Oddelka za pedagogiko in andragogiko.

Polje, 25.5.2010

Podpis: