

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Žana Tosić

Izkušnje hospitalizacije uporabnikov društva Ozara Izola

Diplomsko delo

Ljubljana, 2023

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za socialno delo

Žana Tosić

Izkušnje hospitalizacije uporabnikov
društva Ozara Izola

Diplomsko delo

Mentorica: izr. prof. dr. Mojca Urek

Ljubljana, 2023

ZAHVALA

Rada bi se zahvalila mentorici, izr. prof. dr. Mojci Urek, za vse nasvete, pomoč in usmerjanje pri pisanju diplomskega dela.

Hvala vsem uporabnikom društva Ozara, ki ste mi zaupali svoje zgodbe. Hvala tudi socialni delavki na društvu Ozara – enota Izola, Urški Kelvišar, za podporo, pomoč in nasvete.

Hvala lektorici Anji Strajnar, za strokovno podporo in pomoč.

Posebno zahvalo namenjam družini za vso podporo, pomoč in čas. Hvala, da ste verjeli vame.

Hvala sošolkama, da sta bili tu zame.

Hvala mojemu partnerju, da si verjel vame, mi stal ob strani in mi pomagal skozi celoten proces pisanja diplomskega dela.

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Žana Tosić

Naslov naloge: Izkušnje uporabnikov hospitalizacije društva Ozara – enota Izola

Ime in priimek mentorja: izr. prof. dr. Mojca Urek

Kraj: Ljubljana

Leto: 2023

Ključne besede: duševno zdravje, duševne krize, hospitalizacija, stigma, društvo Ozara – enota Izola, skupine za samopomoč

Povzetek diplomskega dela:

Kljub temu da smo v 21. stoletju, duševno zdravje ostaja tema, o kateri se premalo govori. Še težje pa je spregovoriti, ko gre za lastno izkušnjo, ker družba osebe, ki ima težave v duševnem zdravju, ne sprejema. V svoji raziskavi sem zato želela dati glas osebam, ki se s težavami v duševnem zdravju spopadajo bodisi sami bodisi s podporo družine, prijateljev. Ker je duševno zdravje velik del vsakega posameznika, je pomembno, da se o tem govori, ozavešča in da se navsezadnje posamezniku, ki ima težave na tem področju, ponudita podpora in pomoč. Ravno s tem namenom deluje tudi društvo Ozara. Sama sem se osredotočila na uporabnike enote Izola, ker je to edina enota, ki deluje na območju, kjer živim. V diplomskem delu raziskujem, kaj duševna kriza za uporabnike sploh pomeni, kako jo doživljajo in preživljajo, kakšne so njihove izkušnje s hospitalizacijo in ali je to edina rešitev v času krize. Raziskovala sem tudi, kako uporabniki občutijo stigmato, kako se z njo spopadajo in kako vidijo vlogo socialne delavke pred hospitalizacijo in v procesu po njej. V teoretičnem delu so zajete naslednje teme: duševno zdravje, duševne krize, društvo Ozara in skupina za samopomoč, hospitalizacija, neprostoVOLjna hospitalizacija, pa tudi stigma ter posledice hospitalizacije. V empiričnem delu predstavim metodologijo izvedene raziskave, nato pa zajamem še rezultate raziskave, pridobljene s pomočjo delno standardiziranih intervjujev. V raziskavi je sodelovalo 5 oseb, in sicer članov društva Ozara – enota Izola. Rezultati so pokazali, da hospitalizacija ni edina

rešitev v času krize, ne glede na to pa imajo uporabniki, ki so bili kadarkoli hospitalizirani, dobro izkušnjo. Uporabniki občutijo stigmo s strani okolice, vendar pa se večina s tem ne obremenjuje. Pozitivno izkušnjo imajo tudi s skupinami za samopomoč in pa s socialno delavko v društvu Ozara – enota Izola, ki jo opisujejo kot izjemno delavko z ogromno znanja in koristnimi nasveti.

INFORMATION ON THE THESIS

Name and surname: Žana Tosić

Title of Graduation Thesis: Hospitalization experiences of Ozara association – Izola unit users

Supervisor: izr. prof. dr. Mojca Urek

Key words: mental health, mental crisis, hospitalization, stigma, Ozara association – unit Izola, self-help group

Graduation Thesis Abstract

Despite being in the 21st century, mental health remains an under-discussed topic. It is even more difficult to speak up when it comes to your own experience, because society does not accept a person with mental health problems. In my research, I therefore wanted to give a voice to people, who struggle with mental health problems either alone or with the support of family and friends. As mental health is a big part of every individual, it is important to talk about it, raise awareness and ultimately offer support and help to the individual, who has problems in mental health. The Ozara association also works with this aim in mind. I myself focused on the users of the Izola unit, because this is the only unit in the area where I live. In my thesis, I research what a mental crisis means for users, how they experience it and survive it, what are their experiences with hospitalization and whether this is the only solution in times of crisis. I also researched how users feel stigma, how they deal with it and how they see the role of the social worker before hospitalization and in the process after it. The following topics are covered in the theoretical part: mental health, mental crises, Ozara association and self-help group, hospitalization, involuntary hospitalization, as well as stigma and the consequences of hospitalization. In the empirical part, I present the methodology of the conducted research and then I also capture the results of the research obtained with the help of partially standardized interviews. 5 people participated in the research, namely members of the Ozara association – unit Izola. The results showed hospitalization is not the only solution in times of crisis, but regardless, users who have been hospitalized have a good

experience. Uses feel stigmatized by society, but most not bother with it. They also have a positive experience with self-help groups and with a social worker in the Ozara association - Izola unit, who they describe as an exeptional workes with a lot of knowledge and useful advice.

Kazalo vsebine

1. PREGLED PROBLEMATIKE	1
1.1 DUŠEVNO ZDRAVJE.....	1
1.1.1 DUŠEVNE KRIZE	4
1.1.2 DRUŠTVO OZARA in SKUPINE ZA SAMOPOMOČ	6
1.2 HOSPITALIZACIJA.....	10
1.2.1 NEPROSTOVOLJNA HOSPITALIZACIJA.....	12
1.3 STIGMA in POSLEDICE HOSPITALIZACIJE	14
2. PROBLEM	18
2.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	19
3. METODOLOGIJA.....	20
3.1 VRSTA RAZISKAVE.....	20
3.2 MERSKI INSTRUMENTI	20
3.3 POPULACIJA IN VZOREC.....	20
3.4 METODA ZBIRANJA PODATKOV	21
3.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV.....	21
4. REZULTATI	24
4.1 DUŠEVNA KRIZA.....	24
4.2 PREŽIVLJANJE DUŠEVNE KRIZE	25
4.3 IZKUŠNJA HOSPITALIZACIJE	26
4.4 PRISOTNOST STIGME PO VRNITVI IZ HOSPITALIZACIJE.....	28
4.5 VLOGA SOCIALNEGA DELA.....	31
5. RAZPRAVA.....	34
6. POVZETEK UGOTOVITEV IN PREDLOGI.....	41
7. VIRI.....	43
8. PRILOGE	46

8.1 VODILO ZA INTERVJU	46
------------------------------	----

1. PREGLED PROBLEMATIKE

Za raziskovanje izkušenj hospitalizacije v društvu Ozara – enota Izola sem se odločila na podlagi srečanja v skupini za samopomoč, kjer je pogovor nanese na to temo. Ugotovila sem, da se o tem premalokrat govori, da je to v družbi označeno kot stigma ter da je doživljanje uporabnikov zelo različno. Hkrati sem se za to temo odločila, ker bi želela uporabnikom izkušnjo hospitalizacije z rezultati, ki jih bom dobila po koncu raziskave, vsaj malo olajšati.

1.1 DUŠEVNO ZDRAVJE

2. člen Zakona o duševnem zdravju: »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.« (Zakon o duševnem zdravju, 2008)

T. i. duševna bolezen je v spoznavnoteoretskem smislu trenutno le domneva, ne moremo je namreč ovreči, dokazati pa tudi ne. Dejstvo pa je, da taka domneva škodi vsem posameznikom, ki so s terminom »duševni bolnik« označeni. (Lamovec, 1998)

Pravzaprav splošno sprejeta definicija, ki bi bila hkrati tudi odgovor na vprašanje, kaj je duševno zdravje, ne obstaja. Poleg velikega števila različnih teoretskih pristopov ter socialnih in kulturnih razlik in navsezadnje razlik v vrednotah vsake družbe je namreč zelo težko začrtati jasno in strogo mejo med duševnim zdravjem in duševno motnjo. (Miković, 2007)

Duševna bolezen je zgolj pretveza, s katero pa družba upraviči drugačne človeške potrebe, načine življenja, vrednote in norme. Takó poimenovanje bolezni nosi pomen nečesa nasprotnega moralnosti in hkrati pomaga sistemu obdržati nadzor nad družbo. Medtem pa osebe, označene kot duševno bolne, v primeru hospitalizacije nosijo ogromne moralne in pravne posledice – po vrnitvi iz psihiatrične bolnišnice namreč deležne predsodkov s strani družbe, pravno gledano pa v veliki večini primerov niso več zmožne opravljati dela ali pa so celo označene kot neprištevne in nezmožne skrb zase. (Lamovec, 1995)

Požarnik pravi: »Preprostih opisov duševnega zdravja ni. Odgovor na to, kaj je normalno, zdravo ali zaželeno, je odvisen od številnih dejavnikov: stopnje kulture, obče zavesti, navad, ciljev, ki jih družba želi doseči itd.« (Požarnik, 1978, str. 65–66)

Kategorija, imenovana duševno zdravje, je namenjena predvsem tistim, ki so resnično duševno zdravi – če ne bi bilo t. i. duševno nezdravih, namreč tudi t. i. zdravih ne bi bilo. V resnici ni ne enih ne drugih, so le osebe, ki so manj ali bolj zdrave ali nezdrave, oziroma so enkrat bolj, drugič pa manj zdrave ali nezdrave. (Lamovec, 1999)

Marušič je zapisal: »Brez duševnega zdravja namreč ni zdravja, brez zdravja ni kakovostnega življenja in brez kakovostnega življenja ni prave učinkovitosti v družbi.« (Marušič, 2009, str. 10) Torej je ravno duševno zdravje tisti temelj za spoštljiv in dober odnos do samega sebe, pa tudi do svojih bližnjih in širše okolice, skratka do celotnega sveta.

Če pogledamo iz drugega teoretskega vidika, bi lahko rekli, da je poimenovanje duševna bolezen pretirano posplošena beseda bolezen. Pri boleznih gre namreč za spremembe v telesu, torej za spremembe v tkivih in celicah ter navsezadnje tudi spremembe v organih. Spremembe v času bolezni telesu otežujejo in ovirajo njegovo normalno funkcijo, torej je tudi počutje slabše. Vendar pa v primeru duševne bolezni ne moremo najti nobenih sprememb v celicah ali tkivih telesa, ki bi naj bile specifične za določeno vrsto duševne bolezni. Edine spremembe v telesu, ki jih v času duševne bolezni lahko medicinsko zaznamo, so spremembe v hormonski sestavi, čeprav tudi tega ne moremo pripisati zgolj duševni bolezni, saj se take hormonske spremembe pojavijo pri slehernem posamezniku, ki se znajde v stresni situaciji. Po takšni definiciji bi torej lahko sklepali, da smo vsi duševno bolni – ali pač? Pokazatelje duševne bolezni bi v bistvu lahko opisali kot subjektivne – nekdo, ponavadi strokovnjak, presodi ali so simptomi, ki temeljijo na obnašanju in govoru ljudi, na njihovih prepričanjih in izkušnjah, o katerih pripovedujejo, resnično kritični in ali je ta oseba duševno bolna. (Lamovec, 1998)

Med strokovnjaki zaradi popolne edinstvenosti posameznika še vedno ni popolne enotnosti glede definicije duševne bolezni – posameznika bi lahko na začetku diagnosticiranja primerjali z le na pol odprto knjigo, ki pa lahko pri raziskovanju prinese čisto drugačne ali tudi nove ugotovitve izvora bolezni. V zadnjih desetletjih je v razumevanju in vedenju o duševnem zdravju prišlo do večjih premikov – ugotovljeno je namreč bilo, da postane človekovo prej nepovezano in nerazumljeno vedenje veliko bolj logično in povezano če osebe ne opazujemo ločeno od njenega okolja. (Požarnik, 1978)

Normalizacija, beseda, ki je bila uporabljena v pomenu dopuščanja, da si oseba s težavami v duševnem zdravju ustvari vlogo v družbi, ki je kolikor toliko blizu normalni – a takšno razumevanje nima kaj dosti povezave z »normalnim« ali »povprečnim«, temveč gre za to, kaj je družbeno »cenjeno«. V našem okolju je »normalno«, da osebe z težavami v duševnem

zdravju niso zaposlene, vendar pa je v redkih okoljih to »cenjeno«. (Brandon, David, Žuraj, Alvina, 1993)

V določenih okoljih obstajajo sicer nenapisani kriteriji, po katerih okolica domneva duševno bolezen pri posamezniku. Najpomembnejši kriterij oziroma najbolj pogost kriterij je, koliko je posameznik neuspešen pri opravljanju svoje primarne vloge, torej pri opravljanju nekega določenega dela v službi, doma (npr. gospodinjska opravila). Naslednji pogost kriterij je, koliko oseba krši moralna in v družbi splošno sprejeta pravila in norme ter kako pogosto zavrača vrednote družbe, v kateri živi. (Lamovec, 1998)

Raziskave, ki so jih naredili v okviru Univerze v Madridu, so pokazale visoko korelacijo med družbeno vlogo in duševnim zdravjem. Hkrati so prišli tudi do ugotovitev, da se večina raziskovalcev osredotoča le na psihološke ali psihosocialne vidike tega odnosa, ne pa na celoto vsakega posameznika. (Sanchez Moreno in Barron, 2003)

Ameriški psihiater Rosenhan je s pomočjo eksperimenta prišel do ugotovitve, kako težko in hkrati tudi kako pomembno je razlikovanje med duševnim zdravjem in duševno motnjo. Zavoljo eksperimenta je v več psihiatričnih bolnišnic poslal lažne paciente, ki so bili v resnici njegovi študenti. V pogovoru s strokovnjaki so vsi povedali, da imajo prisluhe. V času svojega »zdravljenja« so se obnašali povsem normalno. Po določenem času so zanikali kakršne koli prisluhe, zato so vsi z izjemo enega dobili diagnozo shizofrenija. Le en »bolnik« je dobil drugačno diagnozo –diagnosticirali so mu manično depresivno psihozo. Po objavi rezultatov eksperimenta je prejel veliko kritik, nato pa je naznanil, da bo v določene bolnišnice ponovno poslal nekaj lažnih. Po treh mesecih je bilo razkritih 10 % lažnih pacientov, čeprav Rosenhan v resnici v bolnišnice sploh ni poslal nikogar. Rezultati tega eksperimenta jasno kažejo na to, da je postala diagnoza duševne bolezni že preveč posplošena oziroma prehitro pripisana posamezniku – razlog bi lahko bil tudi to, da strokovnjaki gledajo samo en problem, ne pa celote, kot so okolje, iz katerega posameznik prihaja, družba in družinske razmere, v katerih je ta posameznik odrasel, itn. (Rosenhan, 1973)

Do diagnoze duševnega bolnika ponavadi privede neko določeno vedenje osebe, vendar je še pomembnejši odziv drugih na to dotično vedenje. V zelo nesprejemljivem okolju je drugačno vedenje manj tolerirano, torej hitro pride do kaplje čez rob, zaradi česar je oseba označena za duševnega bolnika –že samo ena karakteristika, na primer nespečnost, neprijaznost ali zgolj pretirano govorjenje lahko zadostuje za oznako drugačnega oziroma duševnega bolnika. (Lamovec, 1998)

Nek začetek k emancipaciji uporabnikov bi pomenil že sam odnos strokovnjakov do njih. Ti se namreč še vedno pogosto držijo načela, da spoštovanje v odnosu do uporabnikov ni nujno potrebno – ne čutijo, da bi kljub zdravniškim zaobljubam imeli dolžnost odgovoriti na zastavljena vprašanja o njihovem lastnem telesu, torej o vprašanjih o zdravilih in načinih zdravljenja, nenazadnje tudi o vprašanjih lastne svobode. V uporabniku še vedno ne vidijo človeka, ki ima čisto enake temeljne potrebe kot oni sami in se ne zavedajo, da je v resnici uporabnik strokovnjaku v bistvu bolj podoben kot pa različen. (Lamovec, 1998)

V Sloveniji so se v zadnjih desetih letih stvari začele pomikati na bolje, začenja se proces deinstitutionalizacije, poleg tega pa je cilj javnega duševnega zdravja danes to, da bi se izboljšalo duševno zdravje celotne populacije. Za dosego tega cilja sicer obstaja več načinov in strategij, eden od teh pa se navezuje tudi na strokovnjake na področju duševnega zdravja. Ti naj bi ob pogledu na duševne težave potrebovali več javnozdravstvene širine (saj trenutno še vedno samo rešujejo težave v laboratorijih, ambulantah, bolnišnicah), premik pa bi morali storiti na ta način, da bi se vsaj del obravnave premaknil v domove, patronažo, itn. Poleg tega bi lahko namesto individualne obravnave pogledali širše, s čimer bi uporabnika umestili v kontekst bližnje ali širše družbe. (Marušič, 2009)

1.1.1 DUŠEVNE KRIZE

Obstajajo različni vzroki duševne krize. Eden izmed teh je tudi del odraščanja pri posamezniku, saj le-to prinese ogromno sprememb, saj se oblikovanje identitete odvija skozi številne krize, posebno v faznih prehodih, npr. od zgodnjega otroštva v šolsko dobo, od šolske dobe v mladostništvo in potem v odraslost. (Ule, 1993) Duševne krize ne doživljamo zgolj v tako velikih prehodih življenja, kot je npr. puberteta, temveč tudi v času situacijskih kriz, kot posledico obremenjujočih dogodkov v korelaciji z ranljivostjo posameznika. Seveda pa lahko krize prinesejo tudi pozitivne posledice, saj lahko oseba po krizi doživi osebnostno rast – kot rezultat uspešnega okrevanja.

Stresno obdobje brez ustrezne podpore lahko pri osebi, ki ima določeno ranljivost, privede do duševne stiske, ki pa se pogosto sprevrže v duševno krizo. Prisilna hospitalizacija tako stanje poslabša, še zlasti dolgoročno. (Lamovec, 1998)

Beseda stiska se, za razliko od besede kriza, uporablja v primerih, ko oseba doživi obremenjujoče psihološko, socialno ali duhovno izkušnjo, kot posledica, ki deluje ovirajoče na

spoprijemanje s težavami. (Škufca Smrdel, 2019) V življenju se je stiskam nemogoče izogniti, zato je najbolje, da jih sprejmemo kot izziv, iz katerega lahko stopimo kot zmagovalci ali poraženci. In čeprav si življenje sami krojimo, se spopadamo s težavami in sprejemamo odločitve, na nekatere dogodke ne moremo vplivati – in tovrstne stiske lahko vodijo v stres. (Arakelyan, 2019) Prav tako je izraz kriza tudi ustrežnejši kakor izraz duševna bolezen, saj slednji daje vtis trajne nezmožnosti, poleg tega pa v družbi nosi nesprejemljive stereotipe. Ljudje, ki so krizo ali več njih preživeli, so sposobni ustreznega delovanja v sistemu, a je v okolju to prej izjema kot pravilo. (Lamovec, 1998)

Velikokrat krize izbruhnejo nenadno, v vrtincu nesoglasij, bodisi v družini, družbi ali pa pri samem sebi. Včasih zadostuje samo malenkost. Res je, da nekateri prenesejo več kot drugi, a vsakdo ima svojo mejo. In ko oseba ne zmore več, pobegne. In ker velikokrat ne more pobegniti ven, pobegne navznoter. (Lamovec, 1997)

Dejstvo ali ugotovitev, do katere pride vsakdo, ki prejme psihiatrično diagnozo, je, da se »diagnoze« nikoli več ne znebi, ne glede na to, da je kriza, ki je povzročila obisk psihiatra in zaradi katere je dobil etiketo duševnega bolnika, že zdavnaj minila. Ne vsakem koraku bo tudi diagnoza s to osebo. Na vsakem delavnem mestu, bodisi novem ali starem, če do njega sploh uspe priti, bo poleg tudi diagnoza. V zasebnem življenju postane diagnoza večna dilema, povedati, ne povedati, kdaj povedati ... Naselila se bo tudi v vse posameznikove cilje in želje v življenju, v vsak navdih, ki ga posameznik ima. In velikokrat diagnoza pripelje do tega, da pri posamezniku izrine vse druge lastnosti – in je tudi pogosto tisto, kar oseba najprej pove o sebi. (Lamovec, 1999)

V bolnišnici tega ne zdravijo. Ne zdravijo, ker ne bi znali, temveč zato, ker te »bolezni« v bolnišnici ni mogoče pozdraviti. Kriza zahteva svoj čas in svojo pozornost. Oseba v času krize okoli sebe potrebuje ljudi, ki dajo čutiti, da je enakovredna, ki v osebi vidijo človeka v stiski in so mu pripravljeni nuditi oporo. (Lamovec, 1997)

»Krize s svojimi posledicami pripeljejo do razvrednotenja samega sebe, ki nujno zahteva prevrednotenje. Med obema nenehno obstaja napetost in človek se večkrat nagne zdaj sem, zdaj tja. Proces prevrednotenja je poskus, najti smisel v tem, kar se je posamezniku zgodilo, in tem, kar je postal. Včasih vključuje žalovanje za izgubljenimi možnostmi in izgubo samega sebe, vedno ne prinese odkritja vrednosti v sebi, kakršni smo postali«. (Lamovec, 1998)

V času krize lahko pridemo do novih odkritij doživljanja sebe, saj kriza prinese na površje dobre in slabe stvari oziroma »dragulje in razbitine«, kot jih imenuje Lamovec. In če hočeš najti dragulje, moraš raziskovati po vseh razbitinah. (Lamovec, 1998)

1.1.2 DRUŠTVO OZARA in SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

Težave v duševnem zdravju znižujejo kakovost življenja, ker v današnjem svetu še vedno vodijo do stiske, ki se ji tako posameznik kot tudi celotna družina ne uspejo izogniti. V družbi so duševne težave vedno pogostejše zaznane kot breme, tako v socialnem kot navsezadnje tudi ekonomskem pogledu – morda je razlog tudi ta, da je porast duševnih težav zadnja leta ekstremen. (Marušič, 2009)

In ravno zaradi tega so društva, kot je Ozara, s svojim poslanstvom ključnega pomena. Društvo Ozara se ukvarja z osveščanjem javnosti o pomenu skrbi za duševno zdravje, seznanjanjem z duševnimi motnjami ter zmanjševanjem predsodkov do oseb s temi motnjami. To je hkrati tudi namen delovanja, cilj pa je zagotavljanje dostojnega bivanja osebam z dolgotrajnimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami. Vizija društva je, da z različnimi programi zagotavlja strokovno pomoč in podporo ljudem z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ljudem v duševni stiski in njihovim svojcem, poleg tega pa namenjajo skrb še ohranjanju in izboljšanju duševnega zdravja vseh prebivalcev v Sloveniji. Veliko pozornosti namenijo tudi izobraževanju in založniški dejavnosti, svoje poslanstvo pa izpolnjujejo preko sodelovanja s številnimi domačimi in tujimi institucijami ter posamezniki. (Ozara Slovenija, b. d.)

Uporabniki storitev društva Ozara so ljudje s težavami v duševnem zdravju, ki so v času duševne krize zaprti vase, neradi zapuščajo svoje domače okolje, se ne želijo izpostavljati in srečevati z drugimi ljudmi, vsakršni obiski pri osebnem zdravniku, psihiatru in ostalih strokovnjakih pa so zanje v tem času prenaporni. Izvajalci programa obiskujejo in spremljajo uporabnike tudi takrat, ko ti koristijo storitve in programe drugih izvajalcev. Hkrati pisarne za informiranje in svetovanje zagotavljajo pomoč in podporo tudi svojcem uporabnikov. Na Ozaro prihajajo, ker je tukaj varen prostor za pogovor, nudena jim je psihosocialna podpora in pa po potrebi tudi zagovorništvo (pogovori z zdravnikom, naročanje na preglede, spremljanje itd.). Tukaj pa se izvaja tudi mnogo različnih pristočasnih aktivnosti, katerih namen je zapolnitev prostega časa ter širjenje socialne mreže uporabnikov. (Ozara Slovenija, b. d.)

Za uporabnike je razumevanje izjemnega pomena. Čustva, ki jih doživlja oseba v krizi, so povsem normalna čustva, ki so prišla na površje, in oseba potrebuje nekoga, s komer lahko to deli. Torej tudi če nam, socialnim delavcem, vsebina ni najbolj razumljiva, je pomembno, da opazujemo in poskušamo razumeti čustva. Kot strokovnjaki na tem področju moramo znati poslušati, se znati postaviti v vlogo sogovornika, hkrati pa ostati mirni, ne glede na to kaj se zgodi, saj bo le na ta način tudi sogovornik ostal miren oziroma se bo umiril. (Lamovec, 1997)

Društvo Ozara izvaja tudi program dnevnih centrov, ki je socialnovarstveni program, namenjen tako posameznikom, ki se znajdejo v duševni stiski, kot tudi njihovim družinam. Večinoma so vanj vključeni posamezniki z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, občasno pa se po pomoč tja obrnejo tudi osebe, ki se znajdejo v trenutni duševni stiski. V dnevnem centru sta posamezniku nudeni ustrezna podpora in pomoč pri premagovanju vsakdanjih ovir, tudi v primeru sprejemanja duševne bolezni in krepitvi svojih pozitivnih lastnosti. Torej gre za podporo posamezniku, ki pomaga pri izboljševanju kakovosti življenja. Nenazadnje pa je to tudi prostor, kjer uporabniki širijo svoje socialne stike in mreže, tako s prijatelji kot tudi s sorodniki in družino. (Ivanišević Valetič, Nanut, Zgonc, 2015)

V okviru društev za uporabnike so zadnja leta v porastu t. i. novi strokovnjaki, za katere velja, da so se pripravljene odreči nadrejenemu položaju v pogovoru. Ravno nasprotno, kot je običajno, svojo vlogo enačijo z uporabnikom, pri čemer naj bi občutili veliko večje zadovoljstvo v delu. Pri svojem delu poskušajo razviti avtonomijo, kompetence vsakega posameznika in pa nenazadnje tudi odgovorno odločanje posameznikov, s čimer človeka opolnomočijo in mu nudijo oporo k rekonstrukciji lastnega življenja. (Lamovec, 1998)

Ozara (in ostale podobne neprofitne organizacije) poleg že omenjenih poslanstev vzpodbujajo predvsem bolj humano obravnavo v bolnišnicah, hkrati pa nudijo varno zavetje vsem uporabnikom, kar je za slednje neprecenljivega pomena. Več sto ljudi se vsak dan obrne po pomoč in podporo, nenazadnje samo po razumevajoč glas, ki ga v družbi redko najdejo. Večina bi verjetno v nasprotnem primeru ostala za domačimi zidovi, kjer bi se počutili varne. Ta društva osebam s težavami v duševnem zdravju nudijo predvsem zavetje, vzpodbudo, izobraževanja in tečaje, pristočasne aktivnosti, skupine za samopomoč in tudi zagovorniško pomoč in podporo. (Vrhovnik Straka, 2015)

Pot, ki vodi iz stiske, je pot skozi »simptome«, in vodi do odkritja temeljnega problema, torej do problema življenja. Ravno za takim načinom dela stojijo sodobne službe duševnega zdravja v skupnosti, ki izhajajo iz stališča, da moramo na problem pogledati iz drugega zornega kota,

predvsem bolj celostno. Torej je stiske treba reševati od temeljev, torej od tam, kjer so nastale, navzgor. Velikokrat ta pot vodi do korenin, torej izhaja iz družine, ali pa šole, delovnega mesta, nenazadnje tudi skupnosti. Ravno sodobne službe duševnega zdravja se borijo proti psihiatrizaciji življenja, ker enosmerna in največkrat tudi nasilna psihiatrična obravnava povzroči veliko več težav, kot jih reši. Medtem ko se psihiatrija osredotoča na krizo in en trenuten problem, v ozadju uničuje življenje posameznika. Stigmatizacija kot posledica psihiatričnih obravnav posamezniku zapre pot do vključevanja v družbo. In ravno takrat, ko bi oseba družbo najbolj potrebovala, ko družba predstavlja neko rešilno bilko, ostane sama. Največji problem tako ni kriza ali pa duševno stanje, temveč je problem neenakopraven položaj in nespoštovanje. (Lamovec, 1999)

Zelo pogost pojav pri uporabnikih psihiatrije je, da si vsi postanejo dokaj podobni, strokovnjaki jih pogosto lahko opišejo z besedami, kot so podredljiv, odvisen, apatičen, skratka uporabnik, ki je izgubil zaupanje vase. V skupnostnih službah pa se vedno pogosteje srečujejo z novo generacijo uporabnikov, pri katerih je zelo pogosta jeza, nezaupanje v celoten sistem, hkrati pa zahtevajo, da so njihove želje in zahteve uslišane, da so njihove pravice spoštovane in upoštevane, nenazadnje pa tudi, da so enakopravni, tako socialno kot tudi ekonomsko. (Lamovec, 1998)

Skupine za samopomoč so usmerjene v problem in pa reševanje le-tega. So manjše skupine, kjer so vsi člani enakopravni, kar pomeni, da razlik v vlogi in statusu ni. Velja namreč pravilo, da je treba pomagati drug drugemu, saj so tukaj vsi zaradi skupnega cilja. Vodja je tako enakopraven član skupine, njegova dodatna naloga je le ta, da skrbi za koordinacijo skupine. Torej je od vsakega posameznika odvisno, koliko bo od srečanja odnesel – v taki skupini je torej vsak odgovoren zase in za svoje delo ter voljo do dela. (Lamovec, 1995)

Uporabniki poročajo, da jim skupine za samopomoč oziroma samopomočne skupine nudijo čustveno oporo, ki jim po hospitalizaciji predstavlja največji primanjkljaj. Poleg tega pa jim te skupine predstavljajo tudi druženje, dostopnost ustreznih informacij, izmenjavo izkušenj in spopadanje s skupnim problemom ter, najpomembneje, občutek, da nadzirajo in obvladajo svoje življenje. (Lamovec, 2006)

Druga definicija skupine za samopomoč pa je opredeljena kot socialni vzgib v posamezniku, da poskuša svojo stisko rešiti sam. Da vsak posameznik poskuša okrepiti svojo socialno moč, da se lahko spopade s težavami ter nenazadnje tudi pomaga »svojim«, torej svoji družini ali pa

osebam v krogu skupine, prijateljev, itn. in hkrati z njimi sočustvuje ter njihovo težavo doživlja, kot bi bila njegova. (Ramovš, 2003)

Različna mnenja in nasprotujoča si mnenja, so pogosta pri odnosih med uporabniki in psihiatričnim sistemom. Uporabniki pa drug drugemu nudijo pomoč in oporo v stiski – in za večino uporabnikov je to pravzaprav edina družba. Izogibanje odnosom z ostalimi uporabniki bi tako lahko pripeljalo do izgube prijateljstev in izolacije. Po drugi strani pa lahko interakcija zgolj z uporabniki skupine za samopomoč hkrati pripelje tudi do tega, da uporabniki postanejo del marginalizirane skupnosti. (Požarnik, 1978) Pomembno je omeniti, da ima vsaka skupina za samopomoč svoj način delovanja, torej neko svojo ideologijo, ki se razlikuje od drugih. Ravno to je tisti temelj skupine, ki služi za dobro komunikacijo in razumevanje v skupini. Vsaka skupina ima nek svoj ritual, tudi svoj besednjak, kar, med drugim, članom pomaga premagati občutke nemoči. (Lamovec, 1995)

Skupine za samopomoč (SS) in podporne skupine (PS) so varna okolja, v katerih posameznik lahko poišče pomoč in podporo, z deljenjem svojih izkušenj in aktivnim sodelovanjem pomaga ostalim udeležencem, ki v skupini prav tako iščejo pomoč. So majhne skupine, ki se družijo prostovoljno, z namenom, da bi rešili težave, stiske, drug drugemu si nudijo podporo in pomoč. Večina oseb, ki je del skupin za samopomoč, se srečanj udeležuje zato, ker ji je v taki skupini lažje spregovoriti o težavah in stiskah, hkrati pa se bolje počutijo tudi zato, ker se tudi ostali soočajo s podobnimi težavami. Prav tako lahko v skupini za samopomoč dobijo tudi nasvet in podporo strokovnjakov. (Klemenčič Rozman, Valić, 2015)

Uporabniki se za skupine za samopomoč torej odločajo ravno zato, ker jim to poleg pomoči predstavlja tudi socialni krog. Tukaj si torej ustvarijo prijateljske vezi, na katere se lahko sicer zanesemo v vsakdanjem življenju. Tukaj so torej znanci, prijatelji, ki nudijo oporo, saj najbolje razumejo, v kakšnem okolju živijo in s kakšnimi težavami se spopadajo. To je še pomembno zato, ker ogromno uporabnikov po obisku psihiatrične bolnišnice oziroma po tem, ko okolica izve za njihovo »bolezen«, izgubi večino socialnih stikov. (Orford, 1992)

Deinstitucionalizacija, torej vračanje uporabnikov v njihovo domače življenjsko okolje, je ogromen korak na področju duševnega zdravja. Vendar je to le prvi korak, ki pa mu pogosto sledi problem marginalizacije posameznikov v družbi. Sistem in okolica jemljeta marginalnost obiskovalcev psihiatričnih bolnišnic kot nekaj samoumevnega, pogosto pa se nihče v sistemu ne ukvarja s tem, kako to težavo rešiti. Iz tega lahko sklepamo, da so temeljne težave uporabnikov v večini socialne narave. (Lamovec, 1998)

1.2 HOSPITALIZACIJA

2. odstavek, 8. člen Zakona o duševnem zdravju: »Zdravstveni poseg mora biti sorazmeren z njegovim namenom. Med več možnimi zdravstvenimi posegi, ki imajo primerljive učinke, se izbere oziroma predlaga tistega, ki najmanj posega v osebno integriteto osebe, najmanj omejuje njeno osebno svobodo in ima najmanj neželenih učinkov.« (Zakon o duševnem zdravju, 2008)

Temeljna funkcija psihiatrije v ustanovah je družbeni nadzor, ki pa ga ne smemo zamenjati s pomočjo, saj je le-ta edina oblika, ki nudi prostovoljno in predvsem enakopravno sodelovanje vseh udeleženi. (Lamovec, 2006)

V Sloveniji imamo trenutno 5 psihiatričnih bolnišnic, vse ostale nastanitve za osebe s težavami v duševnem zdravju pa so opredeljene kot ustanove za odrasle osebe s posebnimi potrebami – mednje vedno pogosteje spadajo tudi domovi za starejše in pa stanovanjske skupine. Glede na to, da je največja koncentracija psihiatrov v večjih mestih, npr. v Ljubljani in Mariboru (Marušič, 2009), lahko sklepamo, da vsem državljanom ni omogočena enakopravna dostopnost do psihiatrične oskrbe, ko bi to potrebovali. To posledično pripelje do podaljšanje in poslabšanje krize, ki lahko vodi tudi do hospitalizacije, ki bi jo v nasprotnem primeru lahko preprečili.

Hospitalizacijo delimo na prisilno in prostovoljno. *36. člen Zakona o duševnem zdravju* prostovoljno hospitalizacijo definira tako:

»Oseba je sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom z napotnico ali brez nje, če sprejemni zdravnik ugotovi, da so izpolnjeni vsi pogoji iz prvega odstavka 39. člena tega zakona ter oseba v sprejem in načrt zdravljenja pisno privoli.

Privolitev iz prejšnjega odstavka mora biti izraz svobodne volje osebe, ki temelji na razumevanju položaja in je izoblikovana na podlagi primerne pojasnila o:

- zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni,
- cilju, vrsti in načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega zdravljenja,
- možnih tveganjih, neželenih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve,
- morebitnih drugih možnosti zdravljenja.« (Zakon o duševnem zdravju, 2008)

Za prostovoljno hospitalizacijo torej gre, ko oseba privoli v to z razumevanjem, v kaj se spušča. Za prisilno hospitalizacijo gre takrat, ko je oseba prisiljena v to, kar pomeni, da njena volja ni upoštevana. Po Lamovec pa se pogosto zgodi tudi, da oseba po tem, ko pride v bolnišnico po prisilni hospitalizaciji, podpiše, da je prišla prostovoljno, ker se zaposlenih preveč boji. (Lamovec, 2006)

Problem v slovenski zakonodaji naj bi bil ta, da se vsak posameznik (ne glede na to, ali je hospitaliziran po lastni volji v času akutne krize ali pa gre za prisilno hospitalizacijo) na začetku znajde v zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice. Gre za izgubo pravice do svobode vsakogar, ki je sprejet v psihiatrično bolnišnico, saj torej vse uporabnike obravnavajo kot grožnjo, kot nevarne. (Norcio, Toresini, 1994)

Ko oseba pridobi diagnozo, bi lahko rekli, da dobi nekakšno potrdilo, da mora začeti živeti s svojimi simptomi. Življenje z boleznijo pripelje do tega, da posameznik v veliki večini primerov ostane sam, brez podpore družine in okolja. Hkrati pa se v psihiatrični bolnišnici tudi pogosto dobro počuti, saj je psihiater posameznika pripravljen vsaj malo poslušati ali celo razumeti. Posledično se oseba psihiatru znova in znova izpove, ker jo nekdo posluša in ji glede simptomov tudi svetuje, in tako je začarani krog potreb po vračanju in poseganju po psihiatriji sklenjen. (Lamovec, 1999)

Na tržaškem območju je v zadnjih letih prejšnjega stoletja deloval Franco Basaglia, ki mu je uspel ogromen premik, saj je to območje pripeljal do deinsitucionalizacije. Na območju Trsta so v drugi polovici 20. stoletja zaprli več psihiatričnih bolnišnic in uvedli sistem t. i. demokratične psihiatrije, v katerem šteje tudi mnenje uporabnika. Sam je stal za trditvijo, da njegovo delo ne temelji na tem, da bi bilo boljše in bolj pozitivno od drugih, temveč temelji na tem, da se je treba vsak dan prilagoditi in ne ostati zamrznjen v času, ker resničnost, ki jo poznamo danes, ni ista kot resničnost, ki jo bomo živeli jutri. (Basaglia, 1987)

Posameznik v času hospitalizacije utрпи poškodbe, ki so rezultat vsiljivega načina postopanja k težavi, saj večini uporabnikov zapiranje v institucije v času krize ne prinese veliko dobrega. Iz zdravljenja oseba s seboj v domače okolje prinese najmanj odvisnost od zdravil, dosmrtno stigmatizacijo in znižano spoštovanje in zaupanje vase, pa tudi spremenjene odnose z družino, prijatelji, tudi odnose na delovnem mestu ... (Lamovec, 2006)

»Znan rek pravi, da je bolje preprečevati kot zdraviti. Seveda je preprečevanje duševnih

motenj in bolezni med prebivalstvom sila zamotan in zahteven proces, ki terja politične, medicinske, socialne, psihološke, ekonomske in druge ukrepe,« je zapisal Požarnik. Hospitalizacijo lahko jemljemo kot enega od načinov spopadanja z zdravljenjem, vendar v veliki večini ni najbolj primeren za posameznika v dotični situaciji. (Požarnik, 1978, str. 63)

V bolnišnici ne vidijo človeka, temveč diagnozo. Posledično je oseba, ki nosi to diagnozo, nepomembna. Psihatrija ne daje diagnoz v medicinskem smislu, ker le-te ne temeljijo na nekih laboratorijskih preiskavah. Bolje rečeno, psihiatrija izdaja neke vrste obsodbe, za celo življenje. (Lamovec, 1997)

Že sama hospitalizacija pri posamezniku izzove ali pa dodatno okrepi oblike doživljanja in vedenja, ki sestavljajo simptome in opise duševnih bolezni, kar strokovnjakom potrdi lastno domnevo in po njihovem mnenju pravilno odločitev, da je uporabnik zaprt v bolnišnici. (Lamovec, 1998)

1.2.1 NEPROSTOVOLJNA HOSPITALIZACIJA

1. odstavek 39.člena Zakona o duševnem zdravju o tem pravi: »Zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

- če ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,
- če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in
- če navedenih vzrokov in ogrožanja iz prve in druge alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo).

Sprejem na zdravljenje brez privolitve iz prejšnjega odstavka se opravi:

- a) na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, ali
- b) v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča, če so izpolnjeni pogoji iz 53. člena tega zakona.« (Zakon o duševnem zdravju, 2008)

Za hospitalizacijo zadostuje tudi napotnica osebnega zdravnika, kljub temu da v večini primerov osebe, za katero je izdana napotnica, osebni zdravnik sploh ne vidi. Obstaja pa tudi

možnost, da do hospitalizacije pride brez napotnice in se potem to ureja naknadno. Ko uporabnik pride v bolnišnico, mora dokazati svojo prištevnost z odgovarjanjem na vprašanja, kljub temu da je zaradi hospitalizacije, do katere je prišlo v veliki naglici, pod velikim stresom. Psihiater mora nato v roku dveh dni podati diagnozo in jo v čim krajšem času sporočiti sodišču, ki potem z izvedencem ugotovi, ali je bila hospitalizacija zakonsko podkrepljena. (Lamovec, 1998)

Celoten sistem duševnega zdravja je bil do 21. stoletja usmerjen k objektivizaciji bolnikove krize. V instituciji se govori le o diagnozi posameznika, ne pa o njegovi duševni krizi. Poleg tega se bolniku pripisuje tudi nevarnost, čemur sledijo tudi prilagoditve, npr. zaprta vrata, zaprti oddelek, visoki zidovi in neprestana vsestranska kontrola. (Sedmak, 1994)

Ker živimo v demokratični družbi, mora biti vsakemu državljanu zagotovljena pravica do osebne nedotakljivosti – dokler ne prekrši zakona. Vendar obstaja pa tudi skupina ljudi, za katere ta zakon ne drži. In to skupino krojijo osebe s psihiatrično diagnozo. (Lamovec, 1999)

Namestitev uporabnika z duševnimi motnjami in njen sprejem na zdravljenje bi moral biti enak načinu sprejemanja na zdravljenje osebam z drugimi somatskimi obolenji. Z drugimi besedami to pomeni, da se osebe z duševnimi motnjami ne bi smelo hospitalizirati brez privolitve. (Miković, 2007)

Kljub temu da oseba pride prostovoljno na zdravljenje v bolnišnico in izrazi željo, da bi rada odšla domov, ko se bolje počuti, ji to lahko tudi prepovejo. Ne glede na to, da je na odprtem oddelku, ji navidezna svoboda dejansko še ne da svobode v pravem pomenu besede. Pogosto prihaja tudi do izkoriščanja diagnoze, saj je oseba lahko prisilno hospitalizirana že, ko nekdo izrazi, da je moteča ali nadležna, tudi če ne ogroža svojega življenja ali pa življenja drugih, kot je v zakonu navedeno. (Lamovec, 1999)

Mohor je v članku *Dileme ob neprostovoljni hospitalizaciji* zapisal »Kljub načelu, da je bolnik tisti, ki ima glavno besedo pri zdravljenju, zdravnik pa naj bi imel vlogo svetovalca, ki pozna stroko in predlaga najprimernejšo pot diagnostike in terapije, je obravnava pacienta vse prej kot preprosta matematična enačba, ki bi jo potem, ko bi se enkrat naučili pravil, vedno reševali na isti način brez problemov. V resnici je seveda drugače. Vemo, da je bolnik v tem odnosu vedno v podrejenem položaju, ker mu manjka znanje medicine. Prav zaradi tega je odvisen od zdravnika, ki mu mora čimbolj razumljivo predstaviti situacijo, v kateri se nahaja, in možnosti, ki se ponujajo za razrešitev problema.« (Mohor, 1994)

V psihiatrični bolnišnici poznajo tudi metode, ki jih, po mnenju psihiatrov in tam zaposlenih, uporabljajo za umiritev –uporabnike privezujejo ali pa jih dajo v osamitev oz. izolacijo(osebo zaprejo v sobo, kjer se ne more z nikomer pogovarjati in ji je odvzeto vsakršno udobje). Človek je torej prikrajšan za vse tiste vsakdanje stvari, ki zagotavljajo osnovno minimalno dobro počutje vsakega posameznika. (Toresini, 2017)

Tanja Lamovec, ki ni bila zgolj strokovnjakinja na tem področju, temveč tudi strokovnjakinja iz izkušenj, o svoji hospitalizaciji pove naslednje: »Najhuje je to, da razpolagajo z menoj kot s predmetom, da odločajo namesto mene.« (Lamovec 2006, str. 27)

Doda še naslednje misli, ob podpisu, da se je za hospitalizacijo odločila prostovoljno: »Gnusila sem se sama sebi, a preveč sem se jih bala. Bala sem se njihovega mučenja s prevelikimi dozami zdravil, ki jih včasih uporabljajo kot kazen.« (Lamovec 2006, str. 27)

Lamovec deli lastne izkušnje bega iz lastnega stanovanja, da bi se izognila hospitalizaciji, ki pa se je velikokrat končal ravno v Polju. Povedala je še: »psihiatrinja je priznala, da nisem v posebno hudi krizi, a me je vseeno spravila pod ključ. Razlogi so bili poleg utrujenosti po njunih besedah še: 'vaši starši so zaskrbljeni; za vsak primer, da se ne bi poslabšalo.'« Torej ne glede na to, da v Zakonu o duševnem zdravju piše, da je razlog za prisilno hospitalizacijo samoogrožanje ali ogrožanje drugih. Praksa pa je nekoliko drugačna: za stigmatizirane osebe zakon namreč ne drži, saj, kot pravi Lamovec, navedeni primer ni izjema, temveč je to splošna praksa. Kdor ima moč, ima torej vedno prav. (Lamovec, 1997)

»Resnična pomoč je lahko le tista, ki jo posameznik poišče po svoji svobodni volji, pod pogoji, na katere pristane. Vse ostalo je nasilje in kot takega ga moramo tudi pojmovati. Psihiatrija, kakšno poznamo danes, ne služi koristim uporabnikom, temveč potrebam družbe.« (Lamovec, 1995, str. 28)

1.3 STIGMA in POSLEDICE HOSPITALIZACIJE

»Problem je v tem, da psihiatrični preživelci objektivno nimamo možnosti, da bi se sami povezali v močno skupnost. Če se denimo primerjamo z rakavimi ali sladkornimi bolniki, je tam katarza po preživetju ali obvladani bolezni razumljiva in družbeno sprejeta, celo hvaljena, povsem samoumevno je, da so na voljo seznanjeni kompanjoni, prostori, skupinice dobro

informiranih in strokovnih veteranov, ki niti ne rabijo pomoči strokovnjakov ...» (Švab, 2015, str. 22–23)

Dosmrtna stigmatiziranost kot posledica hospitalizacije je tako kot zunanja tudi notranja, ljudje namreč spremenijo obnašanje do posameznika, ki se je zdravil v psihiatrični bolnišnici, ta posameznik pa se na to primerno odzove. (Goffman, 1961)

Doživljanje stigme posameznik lahko brez težav začuti, saj ga okolica, ne glede na to, kaj trdi, ne sprejme čisto zares, hkrati velika večina ljudi, ki sami niso bili hospitalizirani, ni pripravljena vzdrževati enakovrednih stikov s posameznikom. Norme, ki jih nosi družba, pa osebi dodatno omogočajo, da začuti pomanjkljivosti, ki ga ločijo od družbe, posledično se poistoveti s tem in čuti, da v resnici ni sposoben doseči tega, kar se od njega pričakuje. V takih situacijah se v osebi pojavi sram, kar pomeni, da posameznik eno od svojih karakteristik označuje kot sramotno in si samega sebe zlahka predstavlja brez nje. (Goffman, 2008)

Kakšen odnos ima posameznik do sebe in do ljudi okoli sebe, pa tudi odnos do dela, predmetov in navsezadnje do problemov in idej, je primarno odvisno od tega, v kakšnem okolju je živel in še živi. Prisilne hospitalizacije in nepoznavanje duševnih bolezni v družbi pripeljejo do tega, da je oseba deležna stigme iz okolja, kar sčasoma tudi ponotranji ter tako spremeni svojo identiteto na podlagi predsodkov ostalih. V ospredje stopi lastnost duševno bolnega. (Požarnik, 1978)

Lamovec je v knjigi *Psihosocialna pomoč v duševni stiski* zapisala izkušnje uporabnikov psihiatričnih bolnišnic. Ena izmed mnogih je bila tudi izkušnja uporabnika z imenom Simon, ki je povedal: »Če srečam koga, ki ni bil v bolnišnici, mu ne omenim, da sem imel opraviti s psihiatrijo, in prosim Boga, da mu ne bo kdo drug tega omenil, tedaj ali pozneje. Kajti stališče ljudi, vsaj nekaterih, je pač ... Takoj vidite, da jim je nerodno in ne vedo, kaj bi rekli ... Mislijo, da je to nekaj strašnega, to je tabu, o tem se ne sme govoriti.« (Lamovec, 1998, str. 51) Druga uporabnica po imenu Sarah, pa je v svoji izpovedi izpostavila, da je njena največja želja, da bi bila enakovredna drugim, da bi bili vsi na istem nivoju, kadarkoli namreč pride do tega, da kdo izve, da je bila obravnavana v psihiatrični bolnišnici oziroma da je doživela duševno krizo, se počuti, da jo obravnavajo, kot da je »manj kot človek«. (Lamovec, 1998)

Skozi celotno zgodovino so drugi člani družbe osebe z duševnimi motnjami poniževali, se jim posmehovali, se jim izogibali, jih tudi skrivali in zapirali. To se je dogajalo tako v družbi kot tudi v družini. Vzrok za tak odnos, ki je v večji meri prisoten še danes, bi bilo treba poiskati v

različnih predsodkih. Izkušnje oseb z duševnimi motnjami, ki so bile hospitalizirane ali pa so živele v zavodih, kažejo prav na to – pogosto se družba do njih obnaša točno tako, še več – tudi strokovnjaki, s katerimi so v stiku, imajo do njih nehuman odnos. (Miković, 2007)

Potrebno bo zmanjšati pomen t. i. »diagnoz«, ki na človeka delujejo kot nalepka in/ali oznaka, ki pa pravzaprav ne pove ničesar o sami osebi, kljub vsemu pa zaznamuje življenja posameznika. (Lamovec, 1999)

Stigma, ki je lahko povezana z različnimi duševnimi motnjami, je lahko ena pomembnejših ovir za zdravljenje in pa rehabilitacijo uporabnika, hkrati pa vpliva tudi na slabšo kvaliteto uporabnikovega življenja. Vzroki, ki pripeljejo do stigmatizacije znotraj procesa rehabilitacije, so kompleksni. Njihov izvor lahko že skozi zgodovino najdemo v kulturno pogojenih odnosih do duševnih motenj in do različnih predpostavk o vzroku duševnih motenj. (Vrhovac, Ronchi, 2020)

Stigma spodbuja diskriminatorno vedenje, tako s strani družbe, kot tudi s strani strokovnega osebja, kot so zdravstveni delavci in strokovni delavci na področju duševnega zdravja. Ugotavljajo tudi, da ima ravno stigma ogromen pomen oziroma stigma predstavlja ogromno oviro pri tem, da bi se posameznik odločil za zdravljenje. Stigma pri posamezniku povečuje občutek sramu, krivde in posledično pripomore k temu, da se duševno zdravje posameznika slabša. (Šprah, 2022)

Posameznik kot posledico psihiatrične izkušnje utрпи največji možen upad ugleda v socialni družbi. Okolica ga namreč ocenjuje kot trajno nagnjenega h krizam in nezmožnega se spoprijemati s stiskami. Predpostavka je, da oseba nima oziroma ni zmožna delovati v stiku s stresnimi situacijami, hkrati pa naj ta oseba ne bi bila zmožna samokontrole, posledično tudi manj odgovornosti. Iz tega lahko torej sklepamo, da je stigma duševne bolnišnice veliko močnejša kot stigma zapora. (Lamovec, 1998)

Osebi s težavo v duševnem zdravju pogosto grozi nevarnost stigmatizacije oziroma pripisovanje pečata drugačnosti. Stigma prekrije druge mogoče zaželene lastnosti posameznika in onemogoči enakovredno komuniciranje (Razpet, 2008).

»Tako kot se grešnik vrti okoli svojih grehov, tako se tudi oseba, ki je dobila diagnozo duševne bolezni, začne vrteti okoli svojih simptomov.« Po besedah Lamovec oseba, ki pridobi etiketo duševnega bolnika, neprestano razmišlja o tako imenovanih simptomih, ki naj bi bili pokazatelji te bolezni, in se proti njim bori. A sčasoma, po dolgotrajni in največkrat neuspešni borbi,

pripelje ta boj tako daleč, da oseba ostane sama, brez podpore okolja. Večina ljudi se ob taki situaciji umakne od posameznika, in sicer ravno takrat, ko bi ta potreboval največ pomoči, podpore in razumevanja, da bi zmožni živel s 'simptomi' oziroma se z njimi naučiti čimbolj normalno živeti. Velikokrat so ravno ti simptomi moteči dejavnik in predstavljajo oviro v izpolnjevanju vsakdanjih nalog, vendar pa imajo tak sloves pogosto zgolj zaradi mnenja psihiatrov oziroma strokovnjakov (kljub temu da se z njimi da živeti in dostojno funkcionirati). Posledično pride do tega, da posameznik ostane sam in so vse, kar ima, le ti simptomi. (Lamovec, 1999)

Duševna motnja in duševne težave so obstajale, obstajajo in bodo obstajale. Ne glede na obdobje in družbo, v kateri se pojavijo, pa imajo en skupni imenovalac, in sicer stigmatizacijo (ali žig, etiketo, označenost ...) – Stigmatiziranost je v zvezi z duševnimi težavami v zgodovini pomenila agresiven pristop (še nedolgo nazaj je namreč v svetu verjela teza, da je »nor« človek pravzaprav obseden s hudičem – zato je tudi zdravljenje prilagajali izganjanju hudiča – vklepanje, pretepanje in tudi sežiganje). Danes je stanje na srečo boljše, še vedno pa ne tako dobro, da ne bi onemogočalo širjenja in ozaveščanja o tovrstnih boleznih, zlasti o ozadju le-teh (torej poučevanje o nastanku in različnih možnostih, da bi se bolezenski proces zaustavil ali popravil). (Marušič, 2009)

Zaznamovanost z duševno boleznijo ni malenkost. Je etiketa, ki vpliva na spremembe v posameznikovem življenju. Prinesla bo spremembe v odnose z ljudmi, tako s tistimi, ki jih oseba že pozna, kot tudi s tistimi, ki jih bo prihodnost prinesla – v domačem, prijateljskem, delovnem ... okolju. Predvsem pa bodo nastale spremembe, ki redefinirajo posameznika, ki določajo kdo in kaj smo. (Lamovec, 2006)

Lamovec pravi: »očitno je, da psihiatrične bolnišnice za uporabnike niso koristne, v socialnem smislu pa so celo skrajno škodljive. Bivanje v psihiatrični bolnišnici zaradi močne stigmatiziranosti bistveno zmanjša možnosti za kvalitetno in produktivno življenje uporabnikov.« (Lamovec, 1998, str. 42)

2. PROBLEM

Iz virov lahko razberemo, da obstaja veliko različnih definicij duševnega zdravja, ponekod pa je let-to opredeljeno kot duševna bolezen oz. duševno (ne)zdravje. Verjetno v vsaki definiciji najdemo delčke, s katerimi se strinjamo aline strinjamo najbolj. Kljub vsemu pa je najpomembnejše to, da se o duševnem zdravju govori, se o njem pogovarja in ljudi ozavešča.

Prakso sem na društvu Ozara – enota Izola opravljala že v drugem letniku, kjer sem se prvič v okviru študija srečevala z osebami s težavami v duševnem zdravju. Ker imam sama v družini osebo, ki ima diagnozo duševno bolne osebe, zaradi česar je bila tudi že hospitalizirana, sem se odločila, da bi o tem področju rada izvedela še več in ga bolje spoznala (posledica česar je bila tudi, da sem v 4. letniku ponovno izbrala to učno bazo). Za raziskovanje izkušenj hospitalizacije v društvu Ozara – enota Izola sem se odločila na podlagi srečanja v skupini za samopomoč, kjer je pogovor nanese na to temo. Poleg iskrenega zanimanja ter vtisa, da je to še danes v družbi tema, o kateri se malo oziroma ne govori, saj so ljudje zelo odbijajoči do govora o takih izkušnjah in pa na splošno do oseb, ki imajo izkušnjo hospitalizacije, sem začela razmišljati o tej temi kot o morebitni temi za diplomsko delo. . Želim si, da bi o tej temi začeli govoriti bolj prosto, da bi osebe s to izkušnjo sprejemali ne glede na njihovo diagnozo in bi prisluhnili tistim, ki so imeli tako izkušnjo, saj le-ta pogosto povzroči takšne travme, ki si jih nihče ne bi želel doživeti – hkrati pa so nekateri to doživeli že večkrat v življenju.

Na modulu Duševno zdravje v skupnosti smo se velikokrat vrnili na temo hospitalizacije in pa deinstitutionalizacije, kar je bila še ena potrditev, da je to tema, ki jo je potrebno raziskati. Ker pa so uporabniki že v vsakdanjem življenju velikokrat izločeni in zapostavljeni, pa tudi v času hospitalizacije ni nič kaj bolje, sem se odločila, da jim dam glas, da povejo svoje izkušnje. Skupaj bi morda lahko prišli do kakšnih ugotovitev, pa tudi nasvetov, kako proces zdravljenja olajšati ali pa morda celo zmanjšati pogostost le-teh. Upam, da bodo rezultati uporabni tudi za društvo Ozara, še posebej za mentorico, ki bo zdaj imela neko oporo, kako ravnati v primeru krize, v procesu hospitalizacije ...

Na tem mestu bi še enkrat citirala 2. odstavek 8 .člena Zakona o duševnem zdravju:
»Zdravstveni poseg mora biti sorazmeren z njegovim namenom. Med več možnimi zdravstvenimi posegi, ki imajo primerljive učinke, se izbere oziroma predlaga tistega, ki najmanj posega v osebno integriteto osebe, najmanj omejuje njeno osebno svobodo in ima najmanj neželenih učinkov.« (Zakon o duševnem zdravju, 2008)

Kot je bilo že zapisano, smo se na modulu velikokrat pogovarjali o hospitalizacijah, pogovarjali smo se tudi z uporabniki in uporabnicami, ki so bili na zdravljenju, in člen, ki je zapisan v prejšnjem odstavku, v veliko primerih ne drži. Uporabniki so namreč povedali, da se sami niso počutili, da je bil izbran zdravstveni poseg, ki naj bi najmanj posegal v osebno integriteto. Poleg tega je bilo iz zgodb uporabnikov in uporabnic razbrati tudi, da so bili neprostoovoljno hospitalizirani, vendar so potem po prihodu pod prisilo podpisali, da so se odločili za prostovoljno hospitalizacijo, ker je to pomenilo, da bodo z njimi lepše ravnali in bo njihov izpust iz bolnišnice najverjetneje nastopil prej, kot bi sicer. Ravno zato se mi zdi da tema pomembna potrebna vse pozornosti, menim, da moramo o njej začeti govoriti, narediti raziskave, itn. – da bi se v praksi kaj spremenilo na bolje.

Na žalost vse, kar je zapisano v zakonu, v praksi ni vedno najbolj upoštevano. Pogosto osebe, ki se znajdejo v procesu zdravljenja, niso seznanjene s svojimi pravicami, pogosto jim je zamolčano tudi, da jim zakonsko pripada zagovornik.

Kot je v knjigi zapisala že Lamovec, pogosto pride do neprostovoljne hospitalizacije po zelo hitrem postopku. Odločitev za neprostoovoljno hospitalizacijo olajša še Zakonu o duševnem zdravju ki določa, da lahko osebo prisilno hospitalizirajo, če obstaja sum ogrožanja sebe ali drugih. S tem je posameznikom v takšnih trenutkih pogosto odvzeta vsaka pravica do odločanja o sebi.

Skupine za samopomoč pa so na drugi strani (kot protiutež institucijam) mnogim tista rešilna bilka, ki jim pomaga, da se počutijo, da nekam pripadajo. V teh skupinah se srečujejo ljudje s podobnimi težavami oz. s težavami na istem področju. Čeprav ima vsak drugačno in edinstveno izkušnjo, se med seboj poslušajo, podpirajo, zato so skupine za samopomoč velikokrat povod za to, da uporabnik začne širiti svojo socialno mrežo.

2.1 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kaj povzroči duševno krizo?
2. Kaj bi bili zaželeni načini preživljanja duševne krize?
3. Kakšne so izkušnje hospitalizacije?
4. Kako se odraža stigma po hospitalizaciji, če obstaja?
5. Kakšna je predstava o vlogi socialne delavke v času preživljanja duševne krize?

3. METODOLOGIJA

3.1 VRSTA RAZISKAVE

Raziskava, ki sem jo izvedla, je kvalitativna. Pri kvalitativni raziskavi gre za osnovno izkustveno gradivo, ki ga zbiramo v raziskovalnem procesu. Gradivo sestavljajo besedni opisi oziroma pripovedi. Obdelava in analiza gradiva ter podatkov prav tako poteka na besedni način, ne pa z uporabo merskih postopkov, ki nam dajo števila. (Mesec, 2018)

Hkrati bo raziskava empirična, kar pomeni, da bom zbirala novo, neposredno izkustveno gradivo, s pomočjo katerega bom nato odgovarjala na raziskovalna vprašanja. (Mesec, 2009)

3.2 MERSKI INSTRUMENTI

Merski instrument, ki sem ga uporabila za izvedbo intervjujev za namen raziskave, je vodilo za delno standardiziran intervju. Vodilo za delno standardiziran intervju obsega štirinajst vprašanj. Vseh štirinajst vprašanj je odprtega tipa. V primeru, ko se je osebi, ki je bila intervjuvana, zataknilo pri nerazumevanju vprašanja ali pa nisem dobila dovolj obsežnega odgovora, sem postavila še podvprašanje.

3.3 POPULACIJA IN VZOREC

Populacijo v raziskavi sestavljajo uporabniki in uporabnice društva Ozara – enota Izola.

Vzorec za izvedbo raziskovanja je neslučajnostni priložnostni, intervjuvance in intervjuvanke sem namreč prosila za sodelovanje, ko smo se srečali na sedežu društva Ozara – enota Izola, torej ko smo bili istočasno prisotni na srečanjih. Vzorec zajema pet oseb, včlanjenih v društvo Ozara – enota Izola.

V raziskavi sem želela intervjuvati vsaj 8 oseb, da bi bil moj vzorec bolj reprezentativen, vendar pa kljub močni želji in trudu nisem uspela dobiti več kot pet oseb, ki bi bile pripravljene govoriti o izbrani tematiki. Najmanj pet oseb, do katerih sem pristopila s prošnjo po anonimnem sodelovanju v raziskavi za svojo diplomsko nalogo, je odklonilo sodelovanje, ker so hospitalizacija, duševne krize in duševno zdravje nasploh v naši družbi še vedno tabu tema. Poleg tega so se osebe, ki so nazadnje le pristale na sodelovanje, težka odprle in govorile o

svojih izkušnjah, kar po vsej verjetnosti kaže tudi na to, da sami najbrž težko sprejemajo ta del sebe, verjetno zaradi strahu pred zavrnitvijo in predsodki okolice.

Tabela 3.1.: Značilnosti vzorca raziskave

OSEBA	SPOL	STAROST
A	ženski	35
B	moški	21
C	ženski	42
D	ženski	54
E	moški	37

3.4 METODA ZBIRANJA PODATKOV

Podatke sem zbiral s pomočjo intervjuja. Odločila sem se za delno strukturiran intervju, saj sem na ta način že imela zapisane teme in vprašanja, ki me v okviru raziskovalnih vprašanj tudi zanimajo, hkrati pa je še vedno omogočal prostor, da uporabniki in uporabnice izrazijo svoja čustva in poglobljene odgovore. Za sodelovanje sem prosila osebe, ki so bile na sedežu društva Ozara – enota Izola prisotne istočasno kot jaz. Ko sem po daljšem iskanju dobila zainteresirane sodelujoče, sem se z njimi dogovorila za termin intervjuja.

Pred začetkom intervjuja sem vsakega posameznika prosila za dovoljenje za snemanje pogovora, zgolj v raziskovalne namene, s pojasnilom, da v raziskavi sodelujejo popolnoma anonimno. Dva od petih na snemanje pogovora nista pristala, zato sem ju prosila, če lahko po koncu intervjuja še enkrat preletimo moje zapiske o njihovih odgovorih. Zbiranje podatkov je potekalo od 9. 1. 2023 do 24. 3. 2023.

3.5 OBDELAVA IN ANALIZA PODATKOV

Podatke, ki sem jih pridobila s pomočjo intervjujev, sem analizirala na kvalitativen način, in sicer z besednim opisovanjem. V primeru, ko sem imela na razpolago zvočne posnetke, sem s pomočjo le-teh napisala transkripcijo dialoga. Vsakemu od intervjujev sem nato pripisala svojo črko, ki si sledijo po abecednem vrstnem redu. Zatem je sledilo določevanje enot kodiranja, kar

pomeni, da sem stavke oziroma dele stavkov označila s črko intervjuja in pa z zaporedno številko.

Primer: *Duševna kriza, ohhh, to je tako psihično stanje v človeku ... (C1)*

Po določitvi enot kodiranja je sledilo samo kodiranje. Sprva sem se lotila odprtega kodiranja, pri katerem sem že v naprej določenim enotam kodiranja določila pojme. Sorodne pojme sem nato združevala v kategorije, sorodne kategorije pa nazadnje še v teme.

Primer:

Tabela 3.2.: Primer odprtega kodiranja

ŠT. IZJAVE	IZJAVA	POJEM	KATEGORIJA	TEMA
C1	duševna kriza, ohhh, to je tako psihično stanje v človeku ...	psihično stanje	pomen duševne krize	duševna kriza
C2	... ki ga v bistvu nekako ovira pri življenju, da normalno živi, funkcionira, čustvuje ...	oviranje normalnega življenja, čustvovanja	pomen duševne krize	duševna kriza

Nazadnje sem s pomočjo odprtega kodiranja prišla do osnega kodiranja, pri čemer sem vzpostavljala hierarhijo med temo, kategorijo in pojmi.

Primer:

1. Duševna kriza

a. Pomen duševne krize

- stiska brez izhoda (A1)
- žalost (B1)
- nezmožnost samopomoči (B2)
- psihično stanje (C1)
- oviranje normalnega življenja, čustvovanja (C2)

- vplivanje na vedenje, razmišljanje, oviranje življenjske poti (C3)
- nekaj kritičnega, negativa (C4)
- potrlost (D1)
- žalost, brez volje do življenja (D2)
- iskanje pomoči (E1)

4. REZULTATI

V tem poglavju predstavljam rezultate obdelave zbranih podatkov. Moj namen je bil, dobiti vpogled v življenja uporabnikov društva Ozara, predvsem pa v njihovo soočanje z duševnimi krizami. Poleg tega sem želela dobiti tudi vpogled v njihovo perspektivo in izkušnjo hospitalizacije. Posledično sem dobila tudi vpogled v njihovo doživljanje stigme, navsezadnje pa tudi vlogo socialne delavke v njihovem življenju.

4.1 DUŠEVNA KRIZA

Intervjuvanci so ob vprašanju o pomenu duševne krize izpostavili predvsem negativne občutke. Med odgovori je bilo zaznati, da uporabniki v času duševne krize doživljajo stisko, žalost in da ta duševna kriza za njih predstavlja stanje brez izhoda oziroma potrebo po iskanju pomoči, ker si sami niso zmožni pomagati.

»Zame duševna kriza pomeni, kako bi rekla, ko je človek v stiski in ne najde nekega izhoda, poti, kako naprej.« (A1) »Hmm, duševna kriza, bi rekel, da ko si žalosten ...« (B1) »... žalostna in brez volje do življenja.« (D2) »... ki ga v bistvu nekako ovira pri življenju, da normalno živi, funkcionira, čustvuje ...« (C2)

V izogib duševni krizi vsak uporablja različne metode.

»Letos prav delam načrte, kako bi preživela poleti, tudi v povezavi s tem.« (C15) »Da ne pride do izolacije doma, obiskovanje Ozare, obiskovanje prijateljic, služba, obkroženost z ljudmi« (C16) »Mislim ... zdaj, če imam kakšen problem, povem komu, poiščem nekoga in mu povem, da niti ne pridem v krizo, po izkušnjah, ker drugače sem držala v sebi.« (A2) »Jaz sem si velikokrat pomagal tudi z jutranjim in večernim plavanjem v morju, pozimi pa v bazenu.« (E13)

Prav tako med intervjuvanci obstajajo tudi različni povzročitelji duševne krize, katerim je skupni imenovalec nek stresen dogodek. Stres pa na vsakogar vpliva drugače.

»Jaz mislim, da največ kakšna smrt, življenjski dogodek kot največji, pogosti, tako za normalnega človeka, kot so služba, stres, razne bolezni, da iznenada postaneš invalid.« (A3) »Stresni dejavniki, ko se moraš dokazat, recimo ocene v šoli, matura.« (B3) »Določene stvari, če niso v mojih pričakovanjih ali pa v mojih pogledih življenja, me zelo prizadenejo, pač sem taka.« (C9) »Tudi primer če izvem, da je nekdo bolan, da ima neko bolezen, potem se me to ful

dotakne, razmišljam, analiziram, poglobljam mogoče bolj v negativno.» (C11) »Amm, osamljenost zagotovo, občutek nemoči, to je to.» (D3) »...amm in zdravje, pač ko se moja bolezen poslabša.» (E3)

Poleg tega lahko do stresa in duševne stiske pripelje še tako lep dogodek, kot je rojstvo otroka.

»Tako bom rekla, da za eno mamico predstavlja [stres] tudi en otrok, poporodna depresija.« (A4)

Navsezadnje odgovori kažejo, da lahko tudi vreme vpliva na duševno stanje človeka. Tako mraz kot tudi vročina v poletnih dneh. Posledično lahko pride do zapiranja med štiri stene, ki se lahko prelevi v izolacijo, le-ta pa je tudi lahko povod za duševno krizo.

»Če govorimo tudi o poslabšanju duševnega počutja, name, sem ugotovila, da te klimatske spremembe ...« (C12) »... oz. bolj tako bom rekla, jaz osebno slabo prenašam, če je ful mrzlo, hladno zunaj, ko naenkrat pride 5, 10, da je mrzlo in tako dalje, imam mrzle okončine, tečem k toploti, se moram ful oblečt, moram pit čaj, ful na toplem.« (C13) »Prav nasprotno, poleti, ko je ful vroče, recimo lani, sem imela krizo poletno, duševno, slabše duševno počutje, in potem še ta vročina, se mi zdi, da to še dodatno potencira.« (C14)

4.2 PREŽIVLJANJE DUŠEVNE KRIZE

Strategije preživljanja duševne krize se od osebe do osebe zelo razlikujejo –izjema je samo narava. Tam radi svoj čas preživljajo kar trije od petih sogovornikov. Z naravo povezani so tudi sprehodi, le ena oseba se tega ne poslužuje.

»Meni pomaga hodit.« (B6) »Meni osebno narava, sprehodi v naravo ...« (C24) »Sprehodi v naravo, naj poudarim, jaz grem tam, ne kjer je gneča ljudi, ponavadi proučim kraje, kam naj grem, kdaj, kjer ni nikogar ali malokdo.« (C26) »Ma jaz bi rekla, da kar narava.« (A5) »Jaz sama z naravo, jaz in ona, mir in tišina, ptički, njeni zvokovi in ne umetni zvokovi, od avta, motorja, nekoga, ki kriči, nekoga, ki se pači.« (C28) »... in sprehod v naravi.« (E5) »Pomaga mi sprehod.« (D7) »In bit zunaj.« (B7) »Torej ne kolesarji, ne neka skupina ljudi, ko hodi, ne otroci, nek đumbus, kaos, ker mi je lepo biti sama in aktivna z naravo.« (C27) »... potem tudi rada se sprehajam ob morju, to tudi me sprošča, narava, morje, kakšen gozd, sprehajalne poti, pohodniške, ne preveč ekstremne, srednje zahtevna ali pa ob morju.« (C43)

Pogosto se med odgovori pojavi tudi odgovor, da se v času preživljanja krize radi poslužujejo družbe in pogovora.

»Pomaga mi telefonski klic s sestro.« (D6) »Pogovor.« (B5) »... pa tudi pogovor.« (A5)
»Najbolj mi pomaga družba ...« (D4) »... družba ljudi, pri katerih se počutim sproščena, ena od teh je tudi Ozara.« (D5)

In pa ostali načini preživljanja krize, kot so glasba, meditacija, dobra hrana ... Včasih pa se zgodi tudi, da oseba cel dan prespi.

»To zopet glasba, ko so kakšni ptički ali prav muzika, ki piše, npr. prevedeno v slovenščino, sproščujoča glasba z neko stopnjo megahertzov, ki neposredno vpliva na naše možgane, na te valove v možganih, jih sprošča, pomirja.« (C31) »Jaz npr. rada pečem peciva, pa se s tem zamotim, me to sprošča« (A7) »V naravi rada meditiram, svoje razne meditacije, dihalne tehnike, prizemljitev itd.« (C29) »Zadnje čas sem za Backstreet Boys. Ko sem bila mlada so bili oni ful in in so še vedno. Zdaj po 20 letih so še vedno in. Recimo en dan sem zasledila na youtube njihov koncert, neko zgoščenko in poslušam.« (C41) »Pomaga mi tudi, da se z nečim zaposlim, tudi če to pomeni pospravljanje stanovanja ali pa kvačkanje.« (D8) »Gor v Idriji smo imeli tudi dopoldan delavnice, smo imeli križanke, lahko si delal s svilo, kvačkali so tudi, izdelovali razne izdelke, za ene je šport, tega je nešteto.« (A9) »Kdaj pa tudi prespat dan.« (B8)

Le en uporabnik od petih je omenil, da si v času duševne krize pomaga z zdravili.

»Pomagajo mi zdravila ...« (E4)

Naslednje vprašanje se je nanašalo na upoštevanje njihovih želja v času duševne krize, torej ali ostali upoštevajo njihove želje, kako si želijo čas, ko so v krizi, preživeti. Le ena od petih oseb je povedala, da njene želje niso upoštevane in se v preživljanju krize počuti osamljeno.

»Velikokrat pride do tega, da ko sem v krizi moje prijateljice sploh ne vedo za to, dokler jim sama ne povem ...« (D9) »... zato bi rekla, da moje želje niso vedno upoštevane.« (D10)

4.3 IZKUŠNJA HOSPITALIZACIJE

Le ena oseba od petih intervjuvanih nima izkušnje hospitalizacije. Ostali, ki so pa že bili kadarkoli hospitalizirani, govorijo o dobrih izkušnjah. Kljub temu da se hospitalizacije ponavljajo, jih gledajo iz perspektive koristi za svoje duševno zdravje.

Dve osebi od štirih hospitaliziranih sta povedali, da si hospitalizacije sprva nista želeli, vendar sta bili po koncu le-te zadovoljni, da sta se pustili prepričati v hospitalizacijo.

»Imam ja. Sama nisem želela iti, so me pa svojci v to prepričali.« (D12) »Na koncu se je izkazalo, da mi je to pomagalo, tako da sem bila zadovoljna, da sem šla.« (D13) »Prvič pa sem bil hospitaliziran, me je žena prepričala v to, je bilo proti moji volji ...« (E10) »... sem pa dejansko potem ugotovil, da mi je to pomagalo.« (E11)

Ena oseba od štirih hospitaliziranih je izpostavila, da se prve hospitalizacije ni zavedala, saj je bila *»v svojem svetu«*, torej ni bila prištevna.

»Prvič sem bila pri 16. letih v Idriji in takrat v bistvu skoraj nisem vedela zase, ko sem šla gor, bila sem »v nekem svojem svetu«.« (A11)

Sicer pa imajo vsi intervjuvani dobre izkušnje s hospitalizacijo in ni bilo zaznati, da bi hospitalizacijo imeli v spominu kot travmatično izkušnjo. Tudi oseba, ki nima izkušnje hospitalizacije, omeni, da je po njenem mnenju in mnenju njenih bližnjih prijateljev, ki imajo izkušnjo hospitalizacije, hospitalizacija dobra izkušnja in rešitev.

»Imam ja, in sicer prvič, ko sem šel, smo lepo sodelovali, so poskrbeli zame, mi pomagali, vsi so bili vključeni.« (B11) »To je bilo kot nekaj novega zame, za moje starše, ki niso vedeli, kaj je z mano, jih je skrbelo zame.« (A12) »V mojem primeru mi hospitalizacija pomaga ...« (D15) »Moram pa rečt, da tiste ljudi, ki poznam, ki so bili gor hospitalizirani, pretežno za Idrijo, vsi so ful cool, nazaj so prišli boljše ali vzdržujejo dalje ta življenjski tempo, se ne ponavljajo epizode.« (C72)

Razlogi za hospitalizacijo se med osebami razlikujejo, prav tako pa se tudi pri vsakemu posamezniku razlikujejo razlogi za posamezno hospitalizacijo.

»Druga hospitalizacija je bila 2015, ko sem prekinila sama z zdravili.« (A13) »Drugič je bilo tudi v redu, ko sem imel samomorilne misli ...« (B12) »Drugič sem sama izrazila željo po hospitalizaciji ...« (D17) »Dvakrat zaradi izbruha jeze.« (E8) »... ker je bilo takrat obdobje covida, vsi so bili v svojih domovih in nisem se imela s kom družiti.« (D18)

Tudi trajanje hospitalizacije in preživljanje časa na določenem oddelku se razlikuje od primera do primera.

»Potem, ma nisem bila dosti, največ sem bila dva meseca in pol ali dva meseca, da so me spravili k sebi.« (A14) »... sem bil samo tri dni na odprtem oddelku.« (B13) »Bila sem pol leta

2017 tretjič hospitalizirana.« (A15) »Vse tri hospitalizacije sem bila na zaprtem oddelku ...« (A16)

Vsi intervjuvani se strinjajo, da hospitalizacija v času duševne krize ni edina rešitev, je pa zadnja rešitev, ko pride do hude duševne krize – in ne zanikajo, da bi se je tudi sami poslužili, če bi prišlo do stiske, pri kateri ne bi videli drugega izhoda.

»Mislim, da hospitalizacija dejansko ni edina rešitev.« (B14) »... vendar poskušam sama rešiti težave, ki jih imam, in se na hospitalizacijo obrniti samo v sili.« (D16) »če pa je nekaj fuuuuuul kriza, neizbežna, sklepam, da ne ješ, da ne spiš, samomorilne misli itd., mogoče le ni za odlašati.« (C58) »... ampak hospitalizacija je tista čisto zadnja možnost.« (B16) »Mogoče prej bi vse drugo probala, če pa je ful hudo, odvisno, koliko je kdo vzdržen.« (C59) »Če je huda kriza, ja.« (A18)

Oseba, ki ni bila nikdar hospitalizirana, je svoje mnenje o tem, ali je hospitalizacija edina rešitev v času duševne krize, potrdila s tem:

»Kar se tiče hospitalizacije, nisem bila nikoli, ma sem iskrena, če bi bilo potrebno, čeprav se jaz že 25 let, vsi pravijo uspešno, borim z depresijo in anksioznostjo, bi odšla na hospitalizacijo.« (C70)

Ob vprašanju, ali je hospitalizacija edina rešitev v času duševne krize, pa so poleg svojega mnenja dodali tudi, da obstajajo tudi druge rešitve.

»Ma če je ena blaga kriza, bom rekla, da se lahko da rešit s psihiatrom ali pa recimo, ne vem, če imaš kakšnega prijatelja ki se mu zaupaš, ampak res, če je huda kriza, jaz svetujem hospitalizacijo.« (A19) »Potem si pomagam, npr. jaz sem zeliščarka, z naravnimi pripravki, zelišči, čaji, prehrabnimi dodatki, če se le da ...« (C57) »Obstajajo tudi druge rešitve, recimo pogovor ali pa da pretehtaš te svoje misli ...« (B15) »Jaz osebno bi najprej šla na en pogovor, zdaj ko smo tu v Ozari, k Urški. Bi jo poklicala, tudi v joku bi se pogovorila z njo.« (C54)

4.4 PRISOTNOST STIGME PO VRNITVI IZ HOSPITALIZACIJE

Kljub temu da izkušnje hospitalizacije nihče ni doživljal travmatično, se to spremeni pri procesu vrnitve iz hospitalizacije. Vsak se s procesom sooča na drugačen način, dvema osebama od štirih je skupno to, da so ti občutki neprijetni.

»Malo je bilo to tako, ljudje so drugače gledali name ...« (A20) »Težko, zaradi okolja, zunanjega.« (B20) »Nerad govorim o tem, ker mi je težko.« (B19)

In vsak v procesu vrnitve iz hospitalizacije drugače doživlja tako bližnjo kot tudi zunanjo okolico.

»Spominjam se, da ko sem enkrat prišla iz bolnice in je šla soseda mimo, in je rekla 'a ste prišli iz bolnice, ne', ki sem bila z bivšim možem in sem si rekla: 'ja kaj je to kaj takšnega', ampak takoj je vdrla v našo zasebnost.« (A25) »Moji bližnji so sprva morali videti na meni izboljšave ...« (E14) »Ker so me spraševali, kje sem bil, jaz pa nisem hotel povedat.« (B18) »Ker se počutim, kot da smo v srednjem veku, ljudje tega sploh ne sprejmejo, te gledajo čudno, če zvejo kaj takega.« (B22)

Vse štiri osebe, ki so imele izkušnjo hospitalizacije, po vrnitvi doživljajo občutek stigme, zato o tem govorijo z osebami, ki jim zaupajo.

»... smo v vasi in potem imajo take predsodke.« (A22) »Predsodki so še vedno vidni ...« (D23) »... me pa je tisti moment prizadelo.« (A24) »Zato tudi jaz ne povem nobenemu oziroma samo, če res vem, da lahko zaupam, potem povem, drugače pa ne.« (B23)

Ena od štirih oseb z izkušnjo hospitalizacije je izpostavila, da se je po vrnitvi iz hospitalizacije morala navaditi na novo rutino jemanja zdravil.

»Morala sem se navaditi na neko rutino, ki jo prej nisem imela, kar se tiče jemanja zdravil ...« (D21)

Oseba, ki nima izkušnje hospitalizacije, pa je povedala, da stigme ne občuti, kljub temu da ima sama duševne težave. Poleg tega je izpostavila, da ona na nikogar ne gleda s predsodki.

»Ne, ne, jaz recimo v sklopu Ozare, Šent-a, mogoče kjer drugje na delavnicah, sem spoznala ljudi, ki imajo takšne ali podobne težave.« (C60) »Jaz gledam te ljudi, da smo si vsi enakovredni, vsi smo ljudje.« (C61) »Zame smo vsi ljudje enakovredni oz. osebno priznam, da se bolje počutim, če ima neko duševno motnjo, bilo katero, majhno, blago, eno, drugo, neko diagnozo, kot pa z nekom, ki nima nič.« (C65)

Vendar se pa vsak s stigmo in predsodki spopada na drugačen način. Torej vsakdo stigmo tudi dojema in doživlja drugače.

»Zdaj pa ne vem, kako nas drugi ljudje, ko to izvejo, ker mislim, da te duševne težave niso motnje, težave, bolezni, karkoli, o tem se dosti ne govori, drugi se mogoče ne zavedajo, kaj mi

doživljamo, kako smo v tistem trenutku, mogoče malo prikrajšani za življenje, življenjske radosti, to, kar naj življenje lahko do.» (C64) »... me je štiri leta zbadal en sošolec in mi govoril: »Idrija, ti si bolana, si to in to in to ...«, in potem mi je bilo dovolj, tako da sem potem poklicala očeta v šolo, da smo šli skupaj do ravnateljice.» (A26) »O tem, moji bolezni in hospitalizacijah, nočem sploh govorit.» (B21) »najbolj me prizadene, ko kdo reče, tej, ki ne vejo, kaj je Idrija, ki rečejo »oh Idrija«, tako v pogovoru, in to me ful prizadene, ker si mislim, 'pejdi gor, pa boš videl, kaj je Idrija'«. Idrija je tukaj Koper, ki so vsi živčni, ma gor je milina, in vsak, ki je bil gor v bolnici, je rekel: 'Idrija je Koper, mi tukaj smo v miru, narava in si spočiješ živce, res.'.« (A27) »Z drugimi pa nimam problemov.» (E18) »Imam ljudi okrog sebe, ki imajo druge težave, sem dala primere multiple skleroze, ki vem, da ni hec, jemljem človeka sebi enakovrednega, pa nimam multiplo sklerozo, pa je še bolj prikrajšan kot jaz, ga imam rada, sem povezana z njim, se vidimo.» (C68)

V primerih, kjer oseba občuti predsodke s strani družbe, je pomembna podpora družine. Le en od petih intervjuvanih je izpostavil, da podpora družine ima.

»Dejansko je veliko razumevanja bližnjih do moje bolezni.» (E17)

Vidik, ki se mi zdi, da ga je pomembno izpostaviti (in o njem morda tudi ozaveščati o duševnem zdravju), je izpostavila oseba, ki izkušnje s hospitalizacijo nima.

»In navsezadnje gledam te psihiatrične bolnice oz. hospitalizacije v psihiatrični bolnici – kot nekdo, ki ima težave s hrbtenico, in gre v Valdoltro, bolnica za zdravljenje teh težav, tako jaz gledam.» (C71) »Recimo ta kolega iz Ljubljane, se vidimo 2–3x na leto. Ima punco, ki ima tudi multiplo sklerozo, torej sta se dobila dva, ki se ljubita, se imata rada, se da tudi zaživet z nekom. Jaz gledam to tako.» (C69)

Štiri od petih intervjuvanih imajo izkušnjo s skupino za samopomoč. Vsi so mnenja, da je to dobra in pozitivna izkušnja.

»Tako da so mi kar všeč in pozitivno jemljem te samopomoči.» (A33) »Ja, pozitivne izkušnje ...» (D25) »Odkar se udeležujem skupine za samopomoč, se dobro počutim ...» (E26)

Le en od petih nima izkušenj s skupino za samopomoč in se na Ozari srečuje zgolj individualno, s socialno delavko.

»Ne, na Ozari imam samo individualne pogovore.» (B26)

Skupine za samopomoč se udeležujejo, ker se tam dobro počutijo. Izpostavili so, da lahko odprto govorijo brez obsojanja.

»... ker sem čutila, da se lahko odprem brez predsodkov.« (D27) »Sej pravim, mi je lepo, ker odpremo neko skupno tematiko, vsem je nekako skupna, ki se da o njej pogovarjat in potem je tudi lepo, ker poglobim oz. vidim tudi videnje drugih.« (C74) »Zdaj so mi dosti bolj všeč te skupine, ker govorimo tudi o bolezni, o hospitalizaciji, kako se soočamo« (A29) »Daje mi kot neko zadovoljstvo, ker vidim, da so tudi ostali v podobnem položaju.« (E23) »... ker lahko razglabljam o stvareh, ki jih imamo, in nismo obsojani.« (E22)

Tri od štirih oseb, ki skupine za samopomoč obiskujejo, so povedale, da jim je zanimivo in radi pridejo zaradi prijateljev in družbe.

»Velikokrat smo isti prisotni, ampak mi je všeč ...« (E21) »... ker sem tam spoznala tudi prijateljico in ...« (D26) »Te skupine so mi zanimive.« (C76)

Ena oseba ima izkušnjo obiskovanja skupine za samopomoč v času hospitalizacije, kjer se je ravno tako dobro počutila, saj so bile teme na vsakem srečanju drugačne in hkrati koristne.

»Drugače tudi v Idriji smo imeli, z dr. Milošević, mislim, da je to on ... bili smo vsi v krogu, sedeli na stolih, on je samo prišel in se vključil v pogovor ali pa je imel določeno temo in nam jo je dal.« (A31) »Enkrat je bilo, kako bi ti napisal svojo knjigo življenja.« (A32)

4.5 VLOGA SOCIALNEGA DELA

Vse štiri osebe od petih, ki imajo izkušnjo hospitalizacije, so bile pred hospitalizacijo brez stikov s socialno delavko.

»Nisem bil pred hospitalizacijo.« (B27) »Nisem bila, tako kot zdaj z Urško ne.« (A34)

Dva od štirih z izkušnjo hospitalizacije sta vlogo socialne delavke v procesu vrnitve iz hospitalizacije ocenila kot pozitivno.

»Jaz vidim kot pozitivno.« (D29) »Meni je zelo pozitivno.« (A35) »Tudi v bolnici smo imeli socialno delavko in takrat sem imela krizo, ker nisem vedela, kam bom šla živeti, ker sem bila še z mojem in on ni smel iti k meni domov živeti, ker mu je moj oče prepovedal, in potem smo iskali neke rešitve, da bi dobili stanovanje.« (A36) »Meni je pomagala, ker me je znala usmeriti s tem, da mi je svetovala, kaj bi mi pomagalo ...« (D30)

Ena oseba je imela izkušnjo s socialno delavko, zaposleno na šoli, ker se je hospitalizacija zgodila v času šolanja.

»Socialna delavka na šoli mi je pomagala se vrniti nazaj ...« (B28) »... ker sem manjkal prvič več časa, in mi je zrihtala zapiske in s profesorji vse, da sem se potem vrnil nazaj.« (B29)

Oseba, ki nima izkušnje s hospitalizacijo, je vlogo socialne delavke na društvu Ozara – enota Izola opisala kot izjemno razumljivo.

»Urška je pa čudovita.« (C82) »... in morem reči, da je Urška zelo všeč, ker ima veliko znanja.« (C86) »Ona razume mojo bolečino, to, kar doživljam, moje misli, in v bistvu vse, kar me ona, kakorkoli nekam usmerja, kakorkoli me nekaj umerja ali mi da kakšne napotke, upoštevam in potem se izkaže tudi za pravilno.« (C88) »Včasih me fascinira, ker se mi zdi, da doživlja to, kar doživljam jaz.« (C87)

Na vprašanje, kaj bi lahko socialna delavka naredila bolje, da bi se vprašani počutili bolje, so tri od petih oseb odgovorile, da s strani socialne delavke čutijo zadostno pomoč.

»Ma ne, ker itak se trudijo, kar se da.« (A38) »Nimam idej, kaj bi lahko bilo boljše.« (E28) »Po mojem mnenju ne bi nič spreminjala.« (D32) »Meni je super.« (D33)

Ena oseba je ob izkušnjah z Ozaro začutila, da bi bila dosegljivost lahko boljša.

»Drugače na Ozari pa če se mene vpraša, je malo težava dosegljivost ...« (B31)

Medtem ko je druga oseba dosegljivost in razpoložljivost ocenila kot pozitivni.

»Ma ne, ne, ker v bistvu, kar rabim od Urške, dobim, vedno mi je na voljo, ali osebni pogovor ali po telefonu, npr. ko je bil npr. čas Covida.« (C90)

Dve osebi sta izpostavili, da jima ustreza način dela.

»Drugače mi pa ful ustreza način dela ...« (B33) »... se vidi to novo učenje, v smislu, da imajo nove metode sodelovanja, ni več staromodno.« (B34) »Ampak me fascinira, kako ženska ve, kaj mi ali jaz doživljamo in kaj jaz rabim, fascinantno.« (C89)

Pohvali so tudi, da Ozara nudi tudi srečanja in obiske na terenu, kar osebam velikokrat ustreza, saj niso vsi pri moči (fizično ali psihično), da bi sami prišli na sedež društva Ozara – enota Izola.

»In se mi zdi tudi ful pozitivno to, da hodijo na teren ...« (B35) »... to bi res pogrešal, če tega ne bi bilo, ker ko sem bil drugič v krizi, so prišle prav k meni v dijaški dom in to mi je ful pomagalo.« (B36)

In kar je prav tako pomembno omeniti, je, da gre za neprofitno društvo, kar pomeni, da je vsa pomoč brezplačna.

»Sploh je pomembno, poudarjam, ker jo to vse brezplačno ...« (C85)

Ena izmed intervjuvanih oseb je predlagala tudi, da bi lahko zagotovili bolj pester program dnevnih aktivnosti.

»Edino menim, ne Urška, če gremo na Ozaro kot neko skupnost, bi pa dodala, kot tudi za Šent, tako menim jaz, tako je pač moj pogled, bi mogoče mogli imeti več aktivnosti, ne te rutinske, ki jih že imajo, pač pa da bo mogli dat ven neke nove aktivnosti, ki bi bile, bom rekla, večina uporabnikom všeč.« (C91) »Mogoče, da bi dali anonimne ankete med uporabnike, kaj si oni želijo od Ozare, kakšne aktivnosti, kaj bi radi počeli« (C93)

5. RAZPRAVA

1. Sprožilci duševne krize

Uporabniki in uporabnice društva Ozara – enota Izola, ki so sodelovali v moji raziskavi, so ob omembi besedne zveze duševna kriza v večji meri izpostavljali negativne kot pozitivne občutke. Krizo so opisali kot stisko in žalost, stanje brez izhoda, stanje, ko potrebujejo pomoč druge osebe, ker sami ne zmorejo. Dušeno krizo so primerjali z občutkom, ki ga imaš, ko si brez volje do življenja. Da bi prišlo do razvoja težav v duševnem zdravju, je potreben določen preplet vseh dejavnikov. A temeljni viri za to so v interakciji stresnih in obremenjujočih dogodkov okolja s specifičnim odzivanjem osebe. (Lamovec, 1998)

Da bi se duševnim krizam izognili, vsak ubere svoj način in tehniko. Izdelujejo načrte, kako preživeti poletje, ki je čas, ko se pogosto pojavi duševna kriza. Pomagajo si z večernim in jutranjim plavanjem, saj si ob tem »spraznijo glavo«. Spet drugi si pomagajo s pogovorom, torej svoje občutke in misli raje izrazijo, kot da jih držijo v sebi, poleg tega pa velikokrat obiščejo Ozaro ali prijatelje – zdi se jim pomembno, da so takrat obkroženi z ljudmi.

Za vsakega posameznika je sprožilec duševne krize nekaj drugega, a vsem intervjuvanim je skupno, da do duševne krize pride, ko so izpostavljeni stresnim dogodkom oziroma ko so pod stresom. Stres sicer vsak doživlja na drugačen način (in kar nekemu predstavlja stres, drugemu morda sploh ne), vendar je ne glede na to stres skupno izhodišče duševnih kriz. Za človekov vsakdan je določena količina stresa nujno potrebna, saj na ta način ohranjamo odpornost nanj. Prav tako zaradi vsakodnevnih t. i. drobnih stresov navadno ne pride do težav. Težave nastanejo, ko so stresne situacije prepogoste, ko se prehitro zgostijo ena za drugo, kar lahko pripelje do težav v duševnem zdravju. (Dernovšek, Šprah, Knežević Hočevnar, 2018)

Na prvi pogled se lahko zdi, da je najbolj varna odločitev ta, da oseba z nikomer nima bližjih odnosov, s čimer bi se lahko obvarovala pred stresom. Živeti s ponotranjenimi bolečinami pa osebo lahko tudi ovira pri opravljanju nalog v vsakdanjem življenju in vpliva na njene odnose z ostalimi ljudmi. Osebe velikokrat doživljajo stisko ob določenih dejanjih in interakcijah z ljudmi. Poskušajo jo nadzorovati, vendar pri tem prihaja do notranjih konfliktov, kljub temu da poskušajo z njimi preživeti v zunanjem svetu. (Tew, 1995) S svojo raziskavo to lahko potrdim, pokazala je namreč, da do duševne krize velikokrat pripelje večji življenjski dogodek, kot so smrt, razne bolezni, za povrh pa je lahko tudi služba povzročitelj stresnih situacij.

Kot smo že omenili, so nekateri tudi bolj občutljivi in dovzetni za stres kot drugi. Ena oseba je izpostavila, da jo velikokrat prizadene, če nekaj ni po njenih pričakovanjih in po njenih merilih oziroma če nekdo nima istih pogledov na svet, kot jih ima sama, kar jo posledično pripelje do duševne krize. Ena izmed oseb je izpostavila tudi, da je pod stresom, ko se od nje nekaj pričakuje, ko mora dokazovati svoje sposobnosti, npr. pri ocenjevanju v šoli, maturitetni preizkus znanja, itn. Poleg tega so intervjuvanci izpostavili tudi, da do duševne krize pripelje tudi negativno razmišljanje v primeru, ko izvejo, da je nekdo od njihovih bližnjih bolan, pa tudi, ko se zdravstveno oz. duševno zdravje intervjuvancev samih poslabša. Ena izmed intervjuvanih oseb je izpostavila tudi poporodno depresijo, kar dokazuje, da tudi tako lep in opevan dogodek, kot je rojstvo otroka, lahko pripelje slabšega duševnega zdravja. Nazadnje je tukaj še vreme, ki pregovorno vpliva na vsakogar. Izogibanje vročini poleti ali mrazu pozimi lahko pripelje do tega, da se oseba pretežno zadržuje doma, v zaprtem prostoru, posledično pa lahko pride do izolacije in osamljenosti – ravno zato so, kot so ugotovili tudi intervjuvanci, pomembni načrti, kako preživljati določena krizna obdobja.

2. S sprehodi skozi duševno krizo

Raziskava je pokazala, da se sogovorniki strinjajo, da sta narava in sprehodi nekaj, kar jim pomaga v procesu preživljanja duševne krize. Ena oseba je izpostavila, da v času duševne krize v naravi išče mir, torej brez umetnih zvokov, brez ljudi, zgolj narava in živali, da se lahko poveže z njo. Poleg miru in narave pa se najpogosteje poslužujejo tudi srečanj s prijatelji. Ljudje smo družabna bitja in nam tudi v času, ko naše duševno zdravje malce niha, ustreza biti v družbi. Uporabniki se poslužujejo pogovora tako v živo kot tudi preko telefona, pomembno pa je, da so v družbi oseb, kjer so lahko sproščeni – in eno od teh varnih mest je tudi Ozara. Tako pisarne za informiranje kot tudi dnevni centri v okviru društva Ozara omogočajo, da uporabniki proces okrevanja po hospitalizaciji ali pa težka obdobja v času duševne krize preživijo v sproščenem okolju. (Ozara, b. d.)

Poleg tega se uporabniki v času preživljanja duševne krize poslužujejo tudi poslušanja glasbe, meditacije, uživanja v dobri hrani, pridejo pa tudi dnevi, ko je počutje tako slabo, da najraje cel dan prespijo.

Pri vprašanju o upoštevanju njihovih želja v času preživljanja duševne krize je le ena oseba omenila, da njene želje niso upošteevane, vsi ostali intervjuvani pa imajo občutek, da so uslišani. Oseba, ki je omenila, da njene želje niso upošteevane, je izpostavila, da nihče od njenih bližnjih prijateljev ne opazi, da se spopada s težavami in da preživlja krizo, dokler sama tega ne omeni,

zato meni, da njene želje niso upoštevane. Flaker (2020a) pravi, da je treba upoštevati uporabnikov mandat, torej uporabnikovo željo, ki jo le-ta izrazi sam, brez pritiskov zunanjega okolja. V moji raziskavi lahko zasledimo, da gre pri večini uporabnikov za upoštevanje želja, vendar se pojavi tudi uporabnik, ki mu tega primanjkuje.

3. Doživljanje hospitalizacije

Vsi intervjuvani soglašajo, da hospitalizacija v času duševne krize ni edina rešitev. Hospitalizacijo pravzaprav razumejo kot zadnjo možnost, zadnjo rešitev v času krize. Za to rešitev bi se odločili, če bi se duševna kriza pojavila v hujši obliki oz. z besedami ene izmed uporabnic: »da ne ješ, ne spiš, imaš samomorilne misli ...«. Kakorkoli pa je vse odvisno od tega, koliko kdo zmore prenesti, kako se sooča z duševno krizo, kakšno podporo ima od okolice, itn. Flaker (2020b) pravi, da smo dandanes vsi izpostavljeni družbenim tveganjem, a poleg tega obstajajo številne druge priložnosti, ko se življenje spreminja in je v tistem trenutku treba prevzeti tveganje. Lahko gre za prehode iz različnih življenjskih obdobj (npr. iz pubertete v odraslo dobo), lahko gre za krizo identitete –ti dogodki nam neodvisno od ostalih spremenijo potek življenja in rutine. In s svojo raziskavo lahko potrdim, da je čisto od vsakega posameznika odvisno, kako določene dogodke v življenju doživlja. Večina intervjuvanih uporabnikov je v času stresnih dogodkov pristala v procesu hospitalizacije, medtem ko pa se spet drugi hospitalizacije niso poslužili in se z duševnimi krizami spopadajo na drugačen način.

Vsak izmed intervjuvanih je poleg »zadnje rešitve«, torej hospitalizacije, omenil, da obstajajo tudi druge rešitve. Najpogosteje so za odgovor navajali pogovor, bodisi s psihiatrom bodisi prijatelji, pa tudi socialno delavko na Ozari. Ena izmed intervjuvanih oseb pa se poslužuje tudi naravnih pripravkov (zelišča, čaji, prehranski dodatki, itn.).

Glede na zbrane podatke lahko potrdimo, da v času duševne krize hospitalizacija res ni edina rešitev. Primer, ki potrjuje to trditev, je tudi ena od petih intervjuvanih oseb, ki že 25 let uspešno živi s svojo boleznijo, pa ni bila še nikdar hospitalizirana.

Izkušnje hospitalizacije štirih od petih intervjuvanih oseb so pozitivne. A vendar so tri osebe navedle težave ob vstopu v proces hospitalizacije, in sicer je ena od njih omenila, da se ni zavedala, da je hospitalizirana, ker je bila v tistem obdobju »v svojem svetu« in ni bila prištevna, drugi dve osebi pa si sprva nista želeli hospitalizacije in so ju v to prepričali svojci. Kljub vsemu pa so bili ob koncu hospitalizacije vsi hvaležni za to izkušnjo, ker so mnjenja, da je bila to v tistem trenutku edina racionalna rešitev. Ugotovili so, da jim je ta izkušnja pomagala, njihovo duševno zdravje se je izboljšalo in domov so se vrnili v boljšem stanju – zato so tudi danes

mnenja, da bi se ponovno odločili za hospitalizacijo, če bi bilo treba. Takega mnenja je tudi uporabnica, ki s hospitalizacijo neposredno nima izkušenj, pušča pa odprte možnosti, da bi se za to tudi odločila, če bi to kadarkoli potrebovala.

Razlogi za hospitalizacije se razlikujejo tako od osebe do osebe kot tudi od posamezne hospitalizacije do druge. Tudi pri osebi, ki je bila večkrat hospitalizirana, so razlogi za to različni. Pri eni od oseb so bili razlogi za hospitalizacijo izbruh jeze, ki ga ni uspela nadzorovati, pri drugi osebi so bile razlog samomorilne misli, pri tretji osebi pa prekinitev jemanja predpisanih zdravil.

Vsi hospitalizacijo kot tako opisujejo kot dobro izkušnjo, saj so sodelovali in reševali težave, torej hospitalizacija le ni tako slaba rešitev, če se seveda posameznik za to odloči sam. Ena izmed oseb je izpostavila, da je občutila pomoč s strani osebja. Druga oseba opisuje, da je bilo to nekaj novega tako zanjo kot tudi za njene starše, ki jih je sprva skrbelo, kako se bo izteklo – danes pa na to vsi gledajo kot na pozitivno izkušnjo.

Ljudje so si na osnovi predstavitev iz medijskega sveta ustvarili sliko o osebah z težavami v duševnem zdravju. K temu spada tudi stereotipizirana predstava o tem, kaj oseba s težavami v duševnem zmore in predvsem česa ne zmore. (Zupančič, 2014)

4. Občutek stigme

Ne glede na to da so hospitalizacijo vsi opisali kot pozitivno izkušnjo (brez travmatičnega priokusa), se to po prihodu domov obrne. Osebe vrnitev v domače okolje s strani okolice občutijo kot stigmo. Veliko raziskav v zadnjih letih kaže ravno na to, da je stigma okolice (in pa tudi samo stigmatizacija) eden najpogostejših razlogov in ovir, da se osebe s težavami v duševnem zdravju ne odločijo za iskanje strokovne podpore in pomoči. (Šprah, 2022)

Uporabniki opisujejo, da so s strani okolice občutili drugačne poglede, drugi so spremenili odnos do njih, medtem pa so uporabniki nase gledali enako kot pred hospitalizacijo. Zunanje okolje seveda vpliva na uporabnike – npr. v primeru, ko so znanci spraševali osebo, kje je bila v času hospitalizacije, a oseba tega ni želela razkriti oz. ni želela govoriti o tej izkušnji. Ena izmed intervjuvanih oseb je opisala primer, ko jo je sovaščanka ogovorila in pripomnila, da se je vrnila iz bolnišnice. Uporabnico je to zelo prizadelo, slabo se je počutila ob vdoru v zasebnost. V intervjujih so omenili tudi, da se velikokrat počutijo, kot bi živeli v srednjem veku, saj je duševno zdravje še vedno tabu tema. Takšna stigma s strani okolice uporabnike na nek

način »prisili«, da o temi duševnega zdravja govorijo predvsem z osebami, ki jim zaupajo in za katere vejo, da jih poskušajo razumeti.

Prav nasprotno pa je pri edini osebi od petih intervjuvanih, ki nima izkušnje hospitalizacije: sama pravi, da ne občuti predsodkov iz okolice oziroma se na to ne ozira. Poleg tega je izpostavila, da se bolje počuti v družbi, kjer imajo osebe kakršne koli primanjkljaje, saj na ta način ni obsojanj.

Ne glede na vse se vsakdo drugače spopada s stigmo, eni bolj uspešno kot drugi. Nekatere uporabnike komentarji bolj prizadenejo, drugi se pa zanje ne zmenijo kaj dosti. En izmed uporabnikov je izpostavil, da ima podporo in razumevanje s strani družine, kar pripomore tudi k temu, da se ne ukvarja toliko s predsodki okolice.

Navsezadnje pa je pomembno izpostaviti vidik, ki ga doživlja oseba, ki izkušnje s hospitalizacijo nima. Povedala je, da na Psihiatrično bolnišnico Idrija gleda enako kot na Bolnišnico Valdoltra (ortopedska bolnišnica), saj vsak svoje težave zdravi tam, kjer je ustrezna bolnišnica. Socialno delo stremi ravno k temu – cilj namreč ni, da bi popolnoma odstranili simptome, temveč to, da lahko oseba kljub simptomom živi svoje življenje, uresničuje zastavljene cilje in je ne glede na diagnozo enakopravno obravnava in ima enakopravno vlogo v družbi. (Urek, 2012)

Le en izmed intervjuvanih nima izkušenj s skupino za samopomoč, vsi, ki jo imajo, pa so mnjenja, da je to dobra rešitev, kako se spopadati z boleznijo in pa tudi z duševno krizo. Skupin za samopomoč se udeležujejo zaradi dobrega počutja in pa predvsem sproščenega pogovora z osebami, ki se srečujejo z istimi oziroma podobnimi težavami. Izpostavili so tudi, da se skupine za samopomoč na društvu Ozara – enota Izola radi udeležujejo, ker vedno znova odpirajo koristne teme, tako o vsakdanjem življenju kot tudi o sami bolezni, hospitalizaciji in ostalem, kar je vezano na duševno zdravje. Radi se vračajo v skupino za samopomoč, ker imajo občutek, da lahko odprto govorijo o vsem in da ni nikogar, ki bi jih obsojal. Oseba, ki ima izkušnjo skupine za samopomoč v Psihiatrični bolnišnici Idrija, pravi, da so bila tudi tam srečanja zelo koristna, ena izmed tem je bila tudi pisanje knjige življenja, kar ji je pomagalo pri osebni rasti.

5. Brezplačna pomoč

Uporabniki pred hospitalizacijo niso bili v stiku s socialno delavko, kar nakazuje na to, da obstaja možnost, da so bili premalo obveščeni o pomoči, ki jo lahko dobijo tudi s strani socialnih delavk, ne pa samo s strani psihiatra. Flaker (2022) je zapisal, da je ravno socialno delo kot

stroka zelo pogosto omenjena kot pomemben element v nepredvidljivih situacijah – tam, kjer se je treba postaviti za ljudi, tam, kjer druge stroke odpovejo, tam, kjer se je treba postaviti v kožo sočloveka. Moja raziskava zapisano potrjuje, saj je bila večina uporabnikov v procesu vrnitve iz hospitalizacije v stiku s socialno delavko in imajo vsi dobre izkušnje. Podrobneje opisujejo, da so jim bile socialne delavke v pomoč tako pri iskanju nastanitve po vrnitvi iz hospitalizacije kot tudi pri reševanju zagat v času šolanja, torej pri iskanju zapiskov in pri dogovarjanju s profesorji.

Videmšek (2008) pravi, da je poglobljena zamisel koncepta krepitev moči uporabnika ta, da se uporabnikom, ki so velikokrat v deprivilegiranem položaju, zagotovi, da je njihov glas slišan, da imajo moč in izbiro. Torej socialna delavka pripomore k temu, da se uporabnik počuti, da ima moč in nadzor nad svojim življenjem. Moja raziskava zapisano potrjuje, več kot polovica intervjuvanih namreč meni, da dobijo zadostno pomoč in podporo s strani socialne delavke na društvu Ozara – enota Izola in pri tem ne bi nič spreminjali. Je pa eden izmed uporabnikov omenil, da sam vidi možnost izboljšave pri dosegljivosti socialnih delavk, medtem ko je druga uporabnica poleg dosegljivosti kot pozitivno plat tega društva omenila tudi to, da je socialna delavka zmeraj na voljo za pogovor. Poleg vsega so pohvalili tudi način dela, torej metode, ki jih Urška izbira – te se jim zdijo ustrezne, fascinirani so nad znanjem, ki ga Urška, socialna delavka, premore. Kot pozitivno navajajo tudi delo na terenu – torej je društvo uporabnikom na voljo tudi, ko le-ti zaradi takšnih in drugačnih razlogov ne zmorejo priti na sedež društva. Pomembno se mi zdi omeniti, da so Urško, socialno delavko na društvu Ozara – enota Izola, vsi uporabniki omenili kot izjemno delavko, ki se za uporabnike potrudi, jih razume, jim ponudi podporo in nasvet, ko to potrebujejo.

Ena uporabnica je omenila tudi, da se ji zdi izjemnega pomena tudi to, da je vsa pomoč brezplačna in da ji je žal, da se za obisk Ozare ni odločila že prej, ker bi verjetno na ta način prihranila kar nekaj denarja, ki ga je namenila psihoterapijam.

Nasvet, ki ga je podala ena izmed oseb, pa je bil, da bi bil lahko program aktivnosti na Ozari – enota Izola morda bolj pester, saj meni, da so aktivnosti postale že skoraj rutina. Vprašana oseba je dodala, da bi se v primeru, če bi bil program bolj pester, tega najbrž udeleževalo veliko več ljudi. S pomočjo anket bi npr. lahko uporabnike društva Ozara – enota Izola povprašali, katere aktivnosti si želijo in kdaj jim to najbolj ugaja. Dnevni centri namreč ponujajo tako strokovno svetovanje in aktivno vključevanje oseb v okolico kot tudi različne priložnostne aktivnosti, kot

so ustvarjalne delavnice, aranžerske delavnice (izdelovanje čestitk), izobraževalne dejavnosti (delavnice čuječnosti, kulinarčne delavnice ter različne družabne dogodke. (Ozara, b.d.)

6. POVZETEK UGOTOVITEV IN PREDLOGI

Na podlagi rezultatov svoje raziskave lahko povzamem naslednje sklepe:

- Povzročitelji duševne krize so največkrat stres in stresni dogodki, predvsem smrt, rojstvo otroka, ocene in pomembni preizkusi v šoli, pa tudi ko nekaj ne gre po pričakovanjih ali pa ko nekdo od bližnjih zbolí.
- Duševno krizo sogovorniki opisujejo kot stanje brez izhoda, stanje, v katerem oseba občuti žalost, stisko in posledično potrebuje pomoč ostalih.
- Za izognitev duševni krizi se uporabniki poslužujejo ustvarjanja načrtov za preživljanje težjih obdobij. Poleg tega jim pri premagovanju kriz pomagajo tudi hobiji, kot so plavanje, peka peciva, izdelovanje zapestnic itd.
- V času duševne krize se najpogosteje poslužujejo sprehodov in preživljanja časa v naravi. Povezovanje z naravo jim nudi varen prostor in mir.
- Pri večini so želje, kako želijo preživeti obdobje duševne krize, upoštevane, bodisi prespati cel dan bodisi pogovor in sprehodi v naravi.
- V času duševne krize hospitalizacija ni edina rešitev oz. je celo zadnja možna rešitev. Druge rešitve so pogovor, bodisi s psihiatrom bodisi s prijatelji.
- Uporabniki društva Ozara – enota Izola imajo dobre izkušnje s hospitalizacijo, četudi nekateri sprva niso želeli oditi v bolnišnico, po vrnitvi te odločitve niso obžalovali.
- Prva hospitalizacija je bila za uporabnike in njihove družine nekaj novega.
- V času hospitalizacije so uporabniki uspešno sodelovali z osebjem in skupaj reševali težave.
- Večina uporabnikov občuti stigmo s strani okolice. Polovica oseb se s tem ne obremenjuje, druga polovica pa o izkušnji in bolezni ne želi govoriti, ker se boji zavrnitve in predsodkov.
- Uporabniki v procesu vrnitve iz hospitalizacije opisujejo drugačne poglede s strani okolice in občutijo spremembe v odnosih, kljub temu da sami sebe še vedno vidijo kot isto osebo. Poleg tega so občutili tudi vdor v zasebnost ob komentarjih znancev.
- Večina oseb ima izkušnjo s skupinami za samopomoč, za katero menijo, da je dobra izkušnja in pomoč, da se izognejo hospitalizaciji. Skupine za samopomoč se udeležujejo zaradi sproščenega in odprtega pogovora, brez občutka, da bi bili obsojani. V skupinah za samopomoč odpirajo raznorazne teme, vezane tudi na duševno zdravje, torej

spopadanje z boleznimi, hospitalizacija ..., kar pripomore k osebni rasti vsakega posameznika.

- Nihče od uporabnikov pred hospitalizacijo ni bil v stiku s socialno delavko. Morda na to, da niso stopili v stik z nekom s tega področja, vplivata slaba ozaveščenost in informiranje glede neprofitnih društev na področju duševnega zdravja, morda pa tudi predsodki.
- V procesu vrnitve iz hospitalizacije so imeli uporabniki izkušnje s socialnimi delavkami na različnih področjih: šolstvu, zdravstvu, duševnem zdravju, skupno pa je to, da so vse te izkušnje dobre.
- Uporabniki ocenjujejo zadostno pomoč socialne delavke na društvu Ozara – enota Izola. Še več, Urško, socialno delavko, ocenjujejo kot izjemno delavko z ogromno znanja in ustreznimi nasveti.
- Pomanjkljivost glede dela na društvu Ozara – enota Izola je po mnenju enega uporabnika dosegljivost. Po drugi strani pa je prav dosegljivost druga uporabnica ocenila kot pozitivno stran tega društva.
- Uporabniki so zadovoljni z načinom dela v društvu Ozara – enota Izola. Opisujejo, da so načini in metode dela dobri in ustrezni današnjemu času. Dobra plat tega društva je tudi delo na terenu, ki uporabnikom omogoča celostno obravnavo, tudi ko sami ne zmorejo biti prisotni na sedežu društva Ozara – enota Izola.
- Nasvet, ki bi ga uporabniki dali društvu Ozara – enota Izola, je, da bi bil lahko program prostočasnih aktivnosti bolj pester, posledično bi bila tudi udeležba večja. Katere dejavnosti bi zanimale uporabnike, bi lahko ugotovili s pomočjo anonimnih anket.

Na podlagi zapisanih sklepov predlagam, da se več pozornosti nameni ozaveščanju in informiranju okolice, saj bi morda kdo potreboval tako pomoč, a društva Ozara v Izoli še ne pozna. Predlagala bi tudi, da se izvedejo anonimne ankete, v katerih bodo uporabniki društva Ozara – enota Izola lahko izrazili svoje želje glede mesečnih aktivnosti v društvu. Hkrati menim, da bi za kakovostno delovanje društva morali letno izvajati ankete o zadovoljstvu uporabnikov. Ker skupine za samopomoč uporabnikom predstavljajo varen prostor za pogovor, bi predlagala, da se ohranijo in redno srečujejo. Poleg tega je treba ohraniti tudi dinamično delo, torej delo na terenu, saj to uporabnikom ustreza in imajo na ta način kakovostnejšo obravnavo.

7. VIRI

- Arakelyan, H. (2019). Stress, Distress and Health. Pridobljeno 12. 02. 2023 s https://www.researchgate.net/publication/332142968_Stress_Distress_and_Health
- Brandon, David, Žuraj, Alvina (1993). *Veselite in žalost pri normalizaciji*, letnik 32, številka 1/2
- Basaglia, F., & Scheper-Hughes, N., & Lovell, A. M. (Eds.). (1987). *Psychiatry inside out: Selected writings of Franco Basaglia*. (T. Shtob, Trans.). Columbia University Press.
- Dernovšek, M. Z., Šprah, L., Knežević Hočevan, D. (2018). *Stres in anksioznost*. Narodna in univerzitetna knjižnica: Založba ZRC
- Flaker, V. (2020a). *Operacija D: Dvojnost mandata socialnega dela (operacije 13, odnos 2)*. Vito Flaker agenda. Pridobljeno 01. 06. 2023 s <https://vitoflakeragenda.blogspot.com/search?q=uporabnikov+mandat>
- Flaker, V. (2020b). *Operacija b: Analiza tveganja in zmanjševanje škode (operacije 5, tveganje 1)*. Vito Flaker agenda. Pridobljeno 02. 06. 2023 s <https://vitoflakeragenda.blogspot.com/search?q=dru%C5%BEbena+tveganja>
- Flaker, V. (2022). *Med ljudi – prenova socialnega dela na CSD (tri osi socialnega varstva 3)*. Vito Flaker agenda. Pridobljeno 02. 06. 2023 s <https://vitoflakeragenda.blogspot.com/2022/08/med-ljudi-prenova-socialnega-dela-na.html>
- Goffman, E. (1961). Azili-prevod 2019. Založba *cf
- Goffman, E. (2008). *Stigma – Zapis o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej
- Lamovec, T. (1999). *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (1997). *Kako ravnamo z osebo v psihični krizi*. Ljubljana: Altra
- Lamovec, T. (2006). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Lamovec, T. (1995). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Lumi
- Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Marušič, A., (2009). *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba

- Mesec, B., Rape, T. (ur.) & Rihter, L. (ur.) (2009). *Načrtovanje raziskave: študijsko gradivo za interno uporabo*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mesec, B. (2018). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2: Kvalitativne raziskave*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mikovič, M. (2007). *Socijalni rad i mentalno zdravlje*. Sarajevo: Fakultet političkih nauka
- Mohor, M. (1994). Dileme o neprostovoljni hospitalizaciji. *Psihiatrična bolnišnica Begunje*, Narodna in univerzitetna knjižnica Ljubljana
- Norcio, B. in Toresini L. (1994), *Epidemiologija prisilne hospitalizacije na območju Alpe Jadran*. Socialno delo 33, 3: 169–184.
- Orford, J. (1992). *Community psychology: Theory and practice*. Chichester: John Wiley & Sons Inc
- *Ozara Slovenija*. (b. d.). Pridobljeno 15. 03. 2022 s <http://www.ozara.org/>
- Požarnik, H. (1978). *Kako ohranimo duševno zdravje*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Ramovš, J. (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Razpet, J. (2008). *Analiza potreb in ovir pri zaposlovanju oseb s težavo v duševnem zdravju*. (Magistrsko delo). Fakulteta za družbene vede. Pridobljeno 06. 02. 2023 s strani http://dk.fdv.uni-lj.si/magistrska/pdfs/mag_Razpet-Jozica.PDF
- Ronchi, K. in Vrhovac, S. (2020). Stigmatizacija bolnikov z duševno motnjo. *Rehabilitacija* letnik XIX, št. 2: 47–51
- Rosenhan, D. L. (1973). *On being sane in Insane places*. Seience, New York
- Sanchez Moreno, E. in Barron Lopez de Roda, A. (2003). *Social Psychology of Mental Health: The Social Structure and Personality Perspective*. The Spanish Journal of Psychology 2003, Vol. 6, No. 1, 3–11
- Sedmak, D. (1994), *Prispevek k upravljanju in analizi psihološke vsebine akutne duševne stiske*. Socialno delo 33 3: 197–199.
- Škufca Smrdel, C. (2019). *Duševna stiska pri bolnikih z rakom*. Ljubljana: FIHO.
- Šprah, L. (2022). *Od seznanjenosti s težavami v duševnem zdravju do učinkovitega odzivanja z manj stigme*. Narodna in univerzitetna knjižnica: Založba ZRC.
- (ur.) Švab, V., (2015). *Obravnava v skupnosti*. Ljubljana: Šent – slovensko združenje za duševno Zdravje; str.: 22–23

-
- Tew, J. (2005). *Social perspectives in mental health: developing social models to understand and work with mental distress*. London; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers
- Toresini, L. (2017). Zapiranje in pravice. *Socialna pedagogika*, 21(3–4), 309–324.
- *Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr)* (2008). Uradni list RS, št. 77/08
- Ule Nastran, M. (1993). *Psihologija vsakdanjega življenja*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče
- Urek, M. (2012). *Zdravje med neenakostmi, socialnim delom in participacijo*. Socialno delo letnik 51, številka 1/3, str. 1–4
- Videmšek, P. (2008). *Krepitev moči kot temeljno orodje socialnega dela*. Socialno delo, letnik 47, številka 3/6. str. 209–217
- Zupančič, V. (2014). *Stereotipizirana stališča in prepričanja pri obravnavi oseb z depresijo*. Univerza v Novem mestu, Fakulteta za zdravstvene vede

8. PRILOGE

8.1 VODILO ZA INTERVJU

(Podčrtana vprašanja so raziskovalna vprašanja, ki so tukaj zapisana samo zato, da lahko ločim teme intervjuja. Vprašanja, ki jih bom postavila intervjuvancem, pa so vprašanja, označena s črkami.)

1. Kaj povzroči duševno krizo?
 - a. Kaj za vas pomeni duševna kriza?
 - b. Kateri dogodki najpogosteje sprožijo krizo?
2. Kaj bi bili zaželeni načini preživljanja duševne krize?
 - a. Kaj vam najbolj pomaga, ko ste v krizi?
 - b. So vaše želje upoštevane?
3. Kakšne so izkušnje hospitalizacije?
 - a. Lahko opišete svojo izkušnjo hospitalizacije?
 - b. Ali je hospitalizacija edina rešitev v času akutne krize?
4. Kako se odraža stigma po hospitalizaciji, če obstaja?
 - a. Kako ste se soočali s procesom po hospitalizaciji?
 - b. Imate morda kdaj občutek stigme in kako to občutite? S strani koga?
 - c. Kako se s stigmo spopadate?
 - d. Kakšne imate izkušnje z obiskom skupine za samopomoč?
5. Kakšna je predstava o vlogi socialne delavke v času preživljanja duševne krize?
 - a. V kakšnem stiku ste bili s socialno delavko pred hospitalizacijo?
 - b. Kako vidite vlogo socialne delavke pred hospitalizacijo?
 - c. Kako vidite vlogo socialne delavke v procesu vrnitve iz hospitalizacije?
 - d. Kaj menite, da bi lahko drugače naredila, da bi se vi počutili boljše?