

RODNA ANALIZA STATUSA I RIZIKA KOJIMA SU IZLOŽENE AKUTNE PACIJENTKINJE U SPECIJALNOJ BOLNICI ZA PSIHIJATRIJU U KOTORU



Projekat „Van izolacije – ostvarivanje prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima“
podržale su Evropska unija posredstvom Delegacije Evropske unije
u Crnoj Gori i Opština Kotor.



Opština Kotor

Rodna analiza statusa i rizika kojima su izložene akutne pacijentkinje u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru

Ervina Dabižinović
Ljupka Kovačević

Kotor
septembar 2016.

**Rodna analiza statusa i rizika kojima su izložene akutne pacijentkinje
u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru**

Izdavač

Akcija za ljudska prava / Human Rights Action (HRA)

Ulica Slobode 74/II, 81 000 Podgorica, Crna Gora

Tel/fax: 020/ 232 348, 232 358

hra@t-com.me

www.hraction.org

Za izdavača

Tea Gorjanc Prelević

Autorke

Ervina Dabižinović

Ljupka Kovačević

Uredila

Paula Petričević

Priprema i štampa:

Studio Mouse - Podgorica

Tiraž

300 kom



HUMAN
RIGHTS
ACTION | AKCIJA ZA
LJUDSKA
PRAVA



Opština Kotor

Izdanje je objavljeno u okviru projekta "Van izolacije – ostvarivanje prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima" koji su sprovele nevladine organizacije Akcija za ljudska prava (HRA), iz Podgorice, Centar za žensko i mirovno obrazovanje ANIMA, iz Kotora, i Mental Disability Advocacy Centre (MDAC), iz Budimpešte, uz podršku Evropske unije posredstvom Delegacije Evropske unije u Crnoj Gori i Opštine Kotor.

Sadržaj analize je isključiva odgovornost autorki i ni u kom pogledu ne odražava stavove i mišljenja donatora.

Sadržaj

1. Uvod	5
2. Metodologija	7
2.1. Dubinski polustrukturirani intervjui	8
2.2. Modifikovana skala samoprocjene	8
2.3. Fokus grupa	8
2.4. Uzorak	8
2.5. Tok istraživanja	9
2.6. Etički kodeks istraživanja	10
2.7. Analiza podataka	10
3. Predstavljanje i analiza podataka dobijenih kroz intervjue	11
3.1. Životni ciklus ispitanica	11
3.1.1. Porodica porijekla i doživljaj ranog djetinjstva	11
3.1.1.1. Procjena sebe i vlastitih osobina u periodu djetinjstva	12
3.1.1.2. Potpunost porodice i red rođenja	12
3.1.1.3. Bolesti i traume u ranom djetinjstvu	12
3.1.1.4. Socijalizacija u ranom periodu i vezanost za odraslu osobu	12
3.1.1.5. Ciljevi vaspitanja u porodici	13
3.1.2. Obrazovanje i školovanje	13
3.1.2.1. Obrazovna struktura i tok školovanja	13
3.1.2.2. Rodna diskriminacija tokom školovanja	14
3.1.3. Profesija i zaposlenje	15
3.1.4. Trenutno socijalno ponašanje	17
3.1.5. Seksualno ponašanje i brak	18
3.2. Doživljaj bolesti i odnos prema liječenju	20
3.2.1. Percepcija bolesti, upoznatost sa dijagnozom i pristanak	20
3.2.2. Tretman i odnosi u bolnici	21
3.2.2.1. Zadovoljenje osnovnih potreba	21
3.2.2.2. Odnosi sa osobljem	22
3.2.2.3. Posjete	23
3.2.2.4. Organizacija dana	23
3.2.3. Predlozi za poboljšanje uslova i odnosa	24
4. Stavovi pacijentkinja o poziciji žena u Crnoj Gori	27
5. Predstavljanje podataka dobijenih na fokus grupama	29

6. Predstavljanje podataka dobijenih analizom skale samoprocjene	31
6.1. Osjećanja	31
6.2. Osobine	31
 7. Zaključno razmatranje i preporuke	 33
7.1. Opšte	33
7.2. Zaključci i preporuke	33
7.2.1. Životni ciklus ispitanica	33
7.2.1.1. Porodica porijekla i doživljaj ranog djetinjstva	33
7.2.1.2. Obrazovanje i školovanje	33
7.2.1.3. Profesija i zaposlenje	34
7.2.1.4. Trenutno socijalno ponašanje	35
7.2.1.5. Seksualnost, brak i odnosi u braku	35
7.2.2. Doživljaj bolesti i odnos prema liječenju	36
7.2.2.1. Percepcija bolesti, upoznatost sa dijagnozom i pristanak	36
7.2.3. Tretman i odnosi u bolnici	36
7.2.3.1. Zadovoljenje osnovnih potreba	36
7.2.3.2. Odnosi sa osobljem	37
7.2.3.3. Posjete	37
7.2.3.4. Organizacija dana	37
7.3. Percepcija i stavovi ispitanica u odnosu na poziciju žene u Crnoj Gori	38

1. Uvod

„Vizija politike mentalnog zdravlja je da poboljša i zaštiti mentalno zdravlje stanovništva, da bude u skladu sa zahtjevima i očekivanjima korisnika usluga i da pruži sveobuhvatan, funkcionalan i koherentan sistem zaštite baziran na principima zaštite u zajednici, koji je nediskriminatoran i zasnovan na naučnim saznanjima o mentalnom zdravlju na čitavoj teritoriji Republike Crne Gore“, Strategija za unapređenje mentalnog zdravlja u Republici Crnoj Gori, 2004.

U sklopu projekta „Van izolacije – ostvarivanje prava pacijanata sa mentalnim oboljenjima“ koji su sprovele Akcija za ljudska prava (HRA), Centar za žensko i mirovno obrazovanje – ANIMA i Mental Disability Advocacy Center – MDAC, uz podršku EU posredstvom Delegacije Evropske unije u Crnoj Gori i Opštine Kotor sprovedena je *rodna analiza statusa i rizika kojima su izložene akutne pacijentkinje Specijalne bolnice za psihijatriju u Kotoru* (SBP Kotor) od maja do jula 2016. Istraživanje su sprovele psihološkinje iz ANIME: Ljupka Kovačević i Ervina Dabižinović.

Sprovedeno istraživanje o rodno zasnovanim potrebama žena u psihijatrijskim ustanovama, uz odgovarajuće preporuke, fokusira se na rodni aspekt liječenja pacijentkinja sa mentalnim oboljenjima.

Osnovni parametri kojima su se autorke rukovodile bili su rodno specifični faktori rizika u životima žena: rodno zasnovane uloge, podređen socijalni status žena, rodno zasnovano nasilje i socio-ekonomski uslovi koji utiču na mentalno zdravlje žena. Važan dio istraživanja bila je i percepcija uslova u kojima se sprovodi istraživanje od strane pacijentkinja kao i njihove potrebe tokom boravka u psihijatrijskoj bolnici, uz zaključno formulisanje odgovarajućih preporuka.

Strategija unapređenja mentalnog zdravlja u Republici Crnoj Gori usvojena još 2004, koja predstavlja prvi sveobuhvatan dokument u oblasti mentalnog zdravlja koji je u skladu sa preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), kao ni aktuelni Akcioni plan za nje-nu primjenu 2017/2018, nemaju u fokusu potrebe i zaštitu prava žena koje su na bolničkom liječenju, niti predviđaju edukacije kojom bi se senzitiviziralo osoblje o rodnoj razlici.

Ekonomske i socijalne politike koje uzrokuju promjene u prihodima, zaposlenosti i društvenom kapitalu mogu značajno povećati rodnu neravnopravnost i stopu zastupljenosti mentalnih poremećaja kod žena. Zabilježene su rodne razlike kod mentalnih oboljenja, naročito u rasprostranjenosti najčešćih mentalnih poremećaja, uključujući depresiju i anksiozne poremećaje. Dugoročni uticaj socioekonomskih faktora na mentalno zdravlje nikada nije na odgovarajući način istražen u Crnoj Gori, kao što nije ni položaj žena kao psihijatrijskih pacijenata.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na važnost i neophodnost usklađivanja zakona kojima se definišu prava žena sa zakonom kojim se definišu prava pacijenata sa mentalnim oboljenjima, kako žene u psihijatrijskim ustanovama ne bi bile dodatno diskriminisane po osnovu roda, upravo iz razloga koji naglašava i pomenuta Strategija, a to je da *liječenje mentalno oboljelih lica mora biti usmjereno na čuvanje i jačanje integriteta ličnosti*, a ne na njihovu ponovnu ili višestruku diskriminaciju.

Preporuke treba da doprinesu promjeni prakse dosadašnjeg tretmana ali i odnosa zajednice prema pacijentkinjama koje jesu ili su bile na bolničkom tretmanu u psihijatrijskim ustanovama u Crnoj Gori.

Ovo je prvo istraživanje ovog tipa u Crnoj Gori, sa pacijentkinjama kod kojih je utvrđena dijagnoza mentalne bolesti i koje koriste psihijatrijske usluge.

2. Metodologija

U istraživanju je korištena kvalitativna metodologija koja omogućava dublje razumijevanje situacije, problema i izazova sa kojima se suočavaju pacijentkinje oboljele od mentalnih bolesti u bolnici i društvu. Instrumenti korišćeni u istraživanju su:

- a) dubinski polustrukturirani intervju;
- b) modifikovana skala samoprocjene,
- c) fokus grupe.

U daljem tekstu biće posebno predstavljeni pojedinačni instrumenti.

2.1. Dubinski polustrukturirani intervju

Polustrukturiranim intervjuom, kroz lični i neposredan kontakt sa intervjuisanom osobom, obezbjeđuje se mogućnost razvijanja povjerljivog odnosa, u kom ispitanice mogu da podjele informacije koje se tiču njihovog života. Neposredan kontakt sa osobom koja sprovodi istraživanje daje im mogućnost i dodatnu motivaciju da govore otvoreno o sebi i svojim doživljajima. Pitanja polustrukturiranog intervjuja nisu striktno definisana i postoji mogućnost njihove modifikacije u okviru određene teme. Ovakav pristup dozvoljava ispitanici da izrazi svoje viđenje i razumijevanje događaja i problema koje smatra važnim, na način koji joj odgovara.

U istraživanju je korišćen namjenski konstruisan dubinski polustrukturirani intervju od strane tima psihološkinja NVO Anima. Intervju je uključio detaljno razrađen protokol.¹ Protokol se sastoji iz dva dijela. Prvi dio uključuje kratak opis cilja i svrhe istraživanja, načina realizacije razgovora i korišćenja dobijenih podataka, principe povjerljivosti i anonimnosti, a drugi dio definisane teme sa detaljnije razrađenim pitanjima. Teme obuhvaćene intervjuom odnosile su se na: opšte informacije o životnom ciklusu ispitanice, tretman i odnose u bolnici, te procjenu društvene pozicije žena i predloge za poboljšanje postojećeg stanja. Teme su definisane na način da prate životni ciklus i specifične aspekte koji se odnose na tretman, odnose i njihove potrebe tokom bolničkog liječenja, a u skladu sa ciljem istraživanja kako bi se analizom mogli izdvojiti faktori rizika zasnovanih na polu i specifičnih potreba žena koje se liječe u psihijatrijskim uslovima.

Prije realizacije intervjuja, ispitanice su bile upoznate sa ciljem istraživanja, načinom realizacije intervjuja i korišćenjem dobijenih podataka i dale su pisanu saglasnost² za učestvovanje u istraživanju uz punu povjerljivost i zaštitu njihovih ličnih podataka. Da bi se obezbijedila kvalitetna analiza sveobuhvatnog sadržaja, intervjui su snimani (audio materijal), sa čime su ispitanice bile upoznate na samom početku za šta su takođe dale pisani pristanak. Pisanu saglasnost za učestvovanje u istraživanju dalo je 14 žena. Tri ispitanice pristale su da učestvuju u istraživanju

1 Aneks 1 – Protokol za vođenje intervjuja.

2 Aneks 2 – Formular pismenog pristanka.

i da se podaci koriste u svrhu istraživanja, ali nisu željele da daju potpis. Poštovana je njihova želja da učestvuju u istraživanju, kao i njihov stav da ne žele da se potpišu.

2.2. Modifikovana skala samoprocjene³

U istraživanju je korišćena i modifikovana Skala samoprocjene osobina (GRID). Ova skala je konstruisana za osobe koje su preživjele neko traumatsko iskustvo. Skala sadrži opozitne osobine, gdje je potrebno da ispitanice procijene stepen prisutnosti neke osobine ili osjećanja i to rade u dva navrata. Prvo procjenjuju osobine i osjećanja prije nego što se trauma desila (u ovom slučaju prije pojave bolesti), a nakon toga sadašnje stanje. Prvobitna skala je dopunjena stavkama bitnim za žene koje se nalaze na psihijatrijskom liječenju koje se odnose na njihove kognitivne sposobnosti (koncentracija, pamćenje) i stavkama koje procjenjuju njihovu zainteresovanost – za sebe, druge, društvena i politička dešavanja. Svrha korišćenja ove skale je da na osnovu procjena stanja prije bolesti i sadašnjeg stanja uočimo u kom pravcu se kreću promjene na osnovu kojih bi se mogli napraviti predlozi za intervencije u terapijskom postupku.

Skale smoprocjene popunilo je 15 ispitanica (jedna nije mogla da se koncentriše, jedna nije željela da je popunjava).

2.3. Fokus grupa

Cilj fokus grupe je da se nakon individualnog ispitivanja sa ispitanicama napravi psihološka integracija i da se kroz razgovor i saradnju u grupi daju odgovori na dva osnovna pitanja koja su se odnosila na:

- a) nivo zadovoljstva pacijentkinja načinom na koji se ustanova bavi njihovim potrebama i problemima,
- b) sugestije za poboljšanje trenutne situacije.

Održane su dvije fokus grupe jer je to bilo uslovljeno dinamikom ispitivanja, a ukupno su obuhvatile 13 žena. Učešće u fokus grupama je bilo dobrovoljno.

3 Aneksi 3 i 4 – Modifikovane skala samoprocjene osobina – GRID skala.

2.4. Uzorak

Istraživanjem su obuhvaćene žene koje su u trenutku istraživanja bile na liječenju u Specijalnoj bolnici za psihijatriju u Kotoru i to na akutnom odjeljenju, a koje su od strane nadležne doktorke procijenjene sposobnim za saradnju u ovom istraživanju. Ovo odjeljenje je izabrano zbog procjene istraživačica da je kod ovih pacijentkinja manji stepen uticaja hospitalizacije, samostalnije su u promišljanju, više su u kontaktu sa zajednicom van bolnice i sa svojim identitetom prije bolesti.

U istraživanju je učestvovalo 17 žena (sve su učestvovala u intervjuu), a veličina uzorka je bila uslovljena ograničenim vremenom istraživanja, kao i procjenom mogućnosti saradnje pacijentkinja u istraživanju od strane ordinirajuće doktorke.

Istraživanje je obuhvatilo ispitanice starosti od 36 do 64 godine. Kada je u pitanju obrazovni status, 5 ispitanica je visoke stručne spreme, 11 srednje stručne spreme i jedna je završila osnovnu školu. Od 17 ispitanica koje su učestvovala u istraživanju 5 ispitanica nije bilo u braku, 8 ispitanica je u braku, 3 su razvedene i jedna je udovica. Od 17 ispitanica njih 12 ima djecu.

2.5. Tok istraživanja

Na akutnom odjeljenju kompletno osoblje čine žene. Za realizaciju intervju korištena je kancelarija doktorke na odjeljenju, a za fokus grupe trpezarija na istom odjeljenju. Kancelarija je osigurala izolovanost od drugih pacijentkinja i osoblja, čime je omogućena povjerljiva atmosfera. Intervjui su vođeni u popodnevnom vremenu kada je dinamika aktivnosti na odjeljenju smanjena, a trajali su od sat i po do tri sata. Pacijentkinje su bile zainteresovane za razgovor, uz diskretno skretanje pažnje nekoliko njih kako nisu dotjerane i uređene. Atmosfera je bila prijatna na obostrano zadovoljstvo. Dešavalo se da iskažu svoja duboka osjećanja tuge i usamljenosti i veliku zahvalnost što ih je neko saslušao sa poštovanjem. Uočava se da su pacijentkinje željne razgovora koji se odnosi na njih same i njihov život, a ne samo na simptome.

Trpezarija na odjeljenju korištena za realizaciju istraživanja inače se koristi za dnevni boravak pacijentkinja i ne predstavlja adekvatan prostor za rad u grupama. Opremljena je dugačkim stolovima sa drvenim klupama bez naslona, u jednom uglu je vitrina sa priborom za kuvanje kafe i čaja, a u drugom uglu TV (ispostavilo se bez tona). Prostorija je bez zavjesa, ličnih obilježja, prijatnosti i topline. Za potrebe rada pomjerile smo stolove kako bismo omogućile sjedanje u krugu, bliskiji kontakt i ravnopravnu poziciju svih uključenih u rad grupe.

Fokus grupe su održane u prijednevnom vremenu kada je trpezarija bila slobodna. Žene su bile vrlo radoznale ali i nesigurne na samom početku jer nisu imale ranije iskustvo ovakvog rada. Prihvatile su predložene principe rada i trudile su se da ga ne remete. Samo se jednom dogodilo da su jedna drugoj upale u riječ uprkos datoj instrukciji da kada jedna govori druge slušaju i jedna pacijentkinja je napustila grupu zbog visokog stepena uznemirenja (uzrokovnog psihičkim stanjem u kom se nalazi). Kako je rad u grupi napredovao opuštale su se, tako da je u jednom trenutku jedna od njih (P5) rekla: „Znate, ja se osjećam kao da nisam ovdje

u bolnici, kao da sam negdje na nekom drugom mjestu, baš mi se sviđa!“ Pažnja je zadržana do kraja rada. Izrazile su i visok stepen zadovoljstva ovakvim načinom rada i komunikacije.

2.6. Etički kodeks istraživanja

Kao što je već istaknuto, tokom samog intervjua poštovane su potrebe ispitanica. Uvaženo je njihovo pravo da odbiju da odgovore na pitanja tokom intervjua i fokus grupa. Poštovano je dostojanstvo i integritet ispitanica. Podaci ispitanica su kodirani i njihovi odgovori su predstavljeni na način da se iz njih ne može prepoznati identitet ispitanica.

2.7. Analiza podataka

Za analizu podataka korištena je tematska analiza koja je pratila teme definisane intervjuom. Intervjui su kodirani u odnosu na definisane teme, a naknadno su izdvajane kategorije u odnosu na specifičnosti odgovora samih ispitanica. Zasebno su tematski obrađeni podaci dobijeni sa fokus grupa po temama koje su bile predmet razgovora. Skala samoprocjene analizirana je praćenjem promjena na nivou cjelokupne grupe ispitanica koje su popunile skalu, kroz analizu „grupnog profila“, a ne pojedinačnog.

3. Predstavljanje i analiza podataka dobijenih kroz intervju

Dobijeni podaci su predstavljeni u tri dijela. Prvi dio se odnosi na životni ciklus ispitanica, drugi dio se odnosi na doživljaj bolesti i odnos prema liječenju, dok treći predstavlja percepciju i stavove ispitanica u odnosu na poziciju žene u Crnoj Gori.

3.1. Životni ciklus ispitanica

3.1.1. Porodica porijekla i doživljaj ranog djetinjstva

Podaci o djetinjstvu, porodici porijekla, strukturi porodice, odnosima u porodici i značajnim događajima predstavljeni su kroz 6 izdvojenih kategorija u odnosu na odgovore ispitanica.

Kategorije koje će biti predstavljene su:

- 1) procjena sebe i vlastitih osobina u periodu djetinjstva;
- 2) potpunost porodice i red rođenja;
- 3) bolesti i traume u ranom djetinjstvu;
- 4) socijalizacija u ranom periodu i vezanost za odraslu osobu;
- 5) ciljevi vaspitanja u porodici.

3.1.1.1. Procjena sebe i vlastitih osobina u periodu djetinjstva

Odgovori ispitanica ukazuju na to da imaju malo iskustva i u govorenju o sebi i procjeni svojih osobina, i da o tome teško govore, pogotovo kada govore o sebi u prošlosti. Njihovi odgovori se mogu svrstati u dvije stereotipne kategorije: „dobro dijete“ ili „nestašno dijete“. Većina (7 ispitanica) opisuje sebe kao „nestašno dijete“ i to kroz osobine: slobodna, samostalna, razmažena, tvrdoglava, dok manji broj (5 ispitanica) procjenjuje da su u ranom djetinjstvu bile „dobra djeca“ i to kroz osobine fina, poslušna, mirna, uredna i pristojna.

Jedna je istakla povećan stepen odgovornosti kao negativnu osobinu: *“odgovorna previše”* (ID1). Samo su dvije definisale sebe kao specifične, na što ukazuju sledeći odgovori: *„uvijek u svom svijetu“* (ID8) i *„uvijek pozitivan primjer“* (ID1).

3.1.1.2. Potpunost porodice i red rođenja

Većina ispitanica je iz potpunih porodica. Manji broj žena (4 ispitanice) su imale gubitke bliskih osoba u ranom djetinjstvu: razvod roditelja (1), smrt oca (2), smrt sestre (1). Gubitak

sestre (beba) u ranom djetinjstvu je po navodima ove ispitanice uticao na njen dalji razvoj i same situacije se dobro sjeća što ukazuje na nerazrađeno traumatsko iskustvo.

Većina ispitanica je iz porodica sa više djece. Jedna je jedino dijete u braku roditelja, a dvije su iz braka sa dvoje djece (jedna je starija, jedna mlađa). Po redu rođenja 4 ispitanice su najmlađe u porodici, 4 srednje, dok je samo jedna najstarija u porodici sa više djece. Većina ispitanih žena se nije odvajala od roditelja u djetinjstvu. Od ukupnog broja ispitanih žena, samo je jedna bila odvojena u periodu srednje škole, živjela je i školovala se u drugom gradu kod ujaka.

3.1.1.3. Bolesti i traume u ranom djetinjstvu

Većina ispitanica je bila zdrava u ranom djetinjstvu. Jedna je operisala strabizam, a jedna perforaciju slijepog crijeva.

Jedna žena je izjavila da je doživjela seksualno nasilje u svojoj šestoj godini što je značajno obilježilo njen dalji život.

3.1.1.4. Socijalizacija u ranom periodu i vezanost za odraslu osobu

Odnos prema vršnjacima je bio podijeljen, slično kao u slučaju procjene osobina. Tako je nešto više od polovine ispitanica (9) procijenilo da su bile povučene, asocijalne i ne naročito druželjubive, dok je druga polovina (8) procijenila da su bile druželjubive i voljele da se igraju sa drugom djecom. Uglavnom izjavljuju da su se igrale sa djevojčicama, ali iz njihovih odgovora nije se stekao utisak da im je igranje sa dječacima bilo zabranjeno.

Jedna ispitanica je istakla da je bila diskriminisana od strane vršnjaka zbog "invaliditeta" (strabizam), što je na izvjestan način uticalo na njen život.

Kada je u pitanju vezanost za odraslu osobu, u njihovim odgovorima dominira vezanost između oca i ćerke, u odnosu na vezanost majke i ćerke. U nekim odgovorima se može primjetiti njihovo prepoznavanje veće vezanosti za mušku djecu od strane majke (ukoliko su imale braću).

„Majka je bila više vezana za sina, a otac više za mene, ali je on to skrivao a mama to nije umjela sakriti.“ (ID16)

Nekoliko njih nije imalo blisku odraslu osobu u djetinjstvu, a tri su izjavile da su bile vezane „za porodicu“ kao cjelinu.

3.1.1.5. Ciljevi vaspitanja u porodici

U opisu stila i ciljeva vaspitanja dominira „patrijarhalno vaspitanje“ (14 ispitanica). Najčešće je majka bila ta koja je dominirala u pogledu vaspitanja i usmjeravanja njihovog ponašanja, dok je prema ocu postojalo osjećanje strahopoštovanja. „Patrijarhalno vaspitanje“ u njihovim odgovorima vezano je za „strogost“ (autoritaran stil roditeljstva) od strane majke, što se naročito manifestovalo u odnosu prema seksualnosti:

„Patrijarhalno vaspitanje, otac je bio demokratičniji od mame, a majka strogo, ono crkveno kako bi rekli, iako je bila komunista, ali je bila stroga...“ (ID1)

„Patrijarhalno vaspitana i to majka naročito je bila stroga, a po pitanju momaka naročito.“ (ID16)

Isticana je važnost i vrijednost radne atmosfere u porodici, a naročito rad u kući, kao i briga o mlađoj djeci. Uočava se da su za rad u kući jasno bile rodno podjeljene uloge i da se od njih, kao ženske djece, u tom pogledu više očekivalo:

„Imala sam obaveza prema bratu, bila sam 3,5 godine starija... Većinom sam boravila u kući, pomagala majci u poslovima u kući...” (ID16)

„Znalo se da muškarac ima dječje igre, a ja sam pomagala mami, moji su imali neko vrijeme stoku i ja sam morala da joj pomazem oko te stoke. Sjećam se da brat nije imao te obaveze, više sam radila i što sam bila starija i što sam žensko.” (ID6)

Tri ispitanice su stil vaspitanja njihovih roditelja opisale kao popustljiv, demokratski i zane-marujući:

„(Vaspitanje) za samostalnu ličnost koja funkcioniše u životu.” (ID2)

„Radili su, a mi smo se snalazili.” (ID14)

Neke ispitanice su u razgovoru o vaspitanju u porodici ukazale da su bile prepuštene starijim sestrama ili babama jer su roditelji radili, ali nemaju negativno iskustvo u vezi s tim.

Kada sumiramo odgovore ispitanica u odnosu na njihov doživljaj djetinjstva i vaspitanje, možemo zaključiti da su one rado govorile o ranom djetinjstvu i da u većini iskaza dominira pozitivan stav:

„Jako rano smo se osamostalili, roditelji radili, nije bilo problema, bili smo srećni.” (ID10)

„Imala sam djetinjstvo kao sva djeca okolo, nismo se razlikovali od druge djece.” (ID7)

Većina ispitanica je u djetinjstvu živjela u potpunim porodicama u kojima je dominirao patrijarhalni stil vaspitanja sa jasnim očekivanjima od njih, koja su bila u skladu sa ženskom rodnom ulogom.

Važno je napomenuti da su neke ispitanice, koje su imale traumatične situacije u djetinjstvu, izdvojile te situacije kao važan faktor i uticaj na njihov dalji život i mentalno zdravlje. Situacije koje su ispitanice navele su: gubitak bliskih osoba (mlađa sestra – beba), seksualno nasilje, odbacivanje (stigma) vršnjaka. Ova iskustva su stvorila kod njih svijest o različitosti i osjećanje ugroženosti i izolovanosti. Opisane situacije ostaju kao značajni, a najčešće nerazrađeni aspekti života, tako da ih i u situacijama mentalnog oboljenja u zrelih godinama treba ozbiljno razmatrati.

3.1.2. Obrazovanje i školovanje

3.1.2.1. Obrazovna struktura i tok školovanja

Obrazovna struktura ispitanih žena je sledeća: 5 visoko obrazovanih (3 su završile pravni fakultet, jedna ekonomski, a jedna medicinski), 11 ima srednju stručnu spremu (4 gimnaziju, 2 trgovačku i po jedna ugostiteljsku, upravno-biotehničku, turističku, daktilografsku i mašin-bravarsku srednju školu), dok 1 ispitanica ima osnovnu školu.

Sve ispitanice navode da su redovno pohađale osnovnu školu. U osnovnoj školi većina ispitanica je izjavila da je imala odličan uspjeh. U srednjoj školi su, po njihovim navodima, počeli problemi i skoro sve izjavljuju da su „popustile“ u srednjoj školi, što je rezultiralo slabijim uspjehom.

Tri ispitanice su navele da su napustile srednju školu i pohađale je vanredno, a u sva tri slučaja je to bilo zbog „ozbiljne veze“ koja se završila brakom, a koja je bila zabranjivana od strane roditelja. Samo jedna nije bila motivisana da uči, što ona povezuje sa ranim traumatskim iskustvom, koje je proizvodilo stalan strah i otežavalo socijalizaciju i koncentraciju. Stručne pomoći nije bilo pa su se roditelji „prilagođavali“ strahu i popuštali. Dvije su rekle da su imale loš uspjeh od početka školovanja i nedovoljno stimulativnu sredinu kada je u pitanju obrazovanje:

„Roditelji se nijesu miješali u moju školu, roditelji nisu bili zainteresovani.“ (ID1)

Većina ispitanica je navela da su njihovi roditelji imali pozitivan odnos prema obrazovanju i školovanju i da je roditeljima njihovo obrazovanje bilo veoma značajno:

„Podsticali su me da se školujem, jer je to bilo važno da imam svoju profesiju i posao.“ (ID3)

„Roditeljima je bila važna škola, bila je važna i meni i njima, bili su me upisali u Beogradu da me odvoje od sadašnjeg muža, da bih učila i završila... i počela sam da učim ozbiljno, ali je on došao i eto...“ (ID10)

„Mogla sam da učim što god hoću, roditelji su mi nudili, mogla sam... ali što nisam htjela to je druga stvar.“ (ID5)

„Odlična do četvrtog, milije mi je bilo da se igram, otac me je podržavao da se školujem, ali ja sam bila nemirna.“ (ID6)

„Starije sestre nisu išle u školu, a braća jesu, i kao najmlađa htjela sam da učim i nisu mi pravili problema.“ (ID7)

„Upisala (sam) srednju turističku protiv moje volje, htjela sam medicinu i pravo da ti kažem namjerno nisam učila ne bih li pala jer su mi bili obećali da će me upisati u medicinsku ako ponavljam, lukavi oni, znali su da neću. Nisam mogla da ponavljam.“ (ID14)

3.1.2.2. Rodna diskriminacija tokom školovanja

Ispitanice primjećuju rodnu diskriminaciju u svojoj okolini, porodici i školskom okruženju, međutim, ne uočavaju je u sopstvenom položaju, tako da 10 ispitanica smatra da nisu bile diskriminisane kao ženska djeca.

U njihovim odgovorima može se primjetiti da prepoznaju diskriminaciju u školskom okruženju, kao i razliku između pristupa dječacima i djevojčicama u odnosu na uzrast i rodno očekivano ponašanje:

„Prema ženskoj djeci su imali više simpatija, a nestašnim dječacima su više gledali kroz prste.“ (ID4)

„U školi su više voljeli dječake, davali su im lakše dobre ocjene.“ (ID10)

„Do četvrog razreda nastavnici više vole „djevojčice sa kikirikama, do osmog favorizovani su oni koji se bave sportom, naročito dječaci.“ (ID1)

Neke ispitanice jasno su prepoznale i govorile o diskriminaciji koja nije bila zasnovana na rodu, već na invaliditetu i nacionalnoj pripadnosti.

„Pravili su razliku... šikanirala su me djeca, imala sam samo jednu drugaricu i uvijek sam imala osjećaj hendikepa.“ (ID6)

„Uglavnom to je zavisilo od osobe, ali bilo je drugačiji odnos prema prezimenu.“ (P3)

Potvrđuje se da je rodna diskriminacija normalizovana u našoj sredini, pa se ne prepoznaje kao diskriminacija. Međutim individualna različitost (invaliditet, nacionalnost) prema kojoj se sredina odnosi diskriminatorski se i na ličnom planu prepoznaje kao diskriminacija.

3.1.3. Profesija i zaposlenje

Radni status ispitanica u trenutku ispitavanja, po njihovim odgovorima, bio je: 9 nezaposlenih, 5 zaposlenih, 2 povremeno zaposlene i 1 penzionerka. Većina nezaposlenih ukazuje na egzistencijalnu ugroženost ispitanica i njihovu zavisnost od porodičnih primanja ostalih članova porodice. Ovakva situacija ih dodatno pasivizira i stavlja u poziciju potpune prepuštenosti drugim osobama.

Većina ispitanica (10) je izjavila da je sama birala profesiju, ostale su prihvatale ono što im se ponudilo, dok je jedna izjavila da je veliki uticaj na nju napravila majka:

„Željela sam određenu srednju školu, a majka me upisala u drugu, koju sam završila odlično. Onda sam htjela jedan fakultet, a majka sugerisala drugi i završila sam kasno...” (ID3)

Podaci značajni za rodnu analizu pokazali su da ispitanice govoreći o zaposlenju indirektno govore o socijalno-ekonomskoj situaciji i rodno uslovljenoj raspodjeli poslova i odgovornosti u porodici. Stiće se utisak da su za one koje nisu zaposlene vezana očekivanja da brinu o kući i djeci, pa su ostajale kući „radi djece“, jer je teret kućnog rada, podizanja i vaspitanja djece bio samo na njima:

„Prije rađanja djece kratko sam radila, a onda dugo nisam, radila u kući a muž vani, tako smo se dogovorili, ali se to promijenilo i sada bih htjela da radim... Sada imam planove za privatno...” (ID10)

„Nisam mogla da se zaposlim tamo gdje sam željela. Udala se i živjela u braku...” (ID7)

„Udala sam se. Pokušavala sam da se zaposlim, ali nisam uspijevala, samo na kratko i povremeno, a onda sam odustala...” (P17)

Kasnije kada su djeca odrasla, navode da su se zapošljavale povremeno. Taj radni odnos nije nudio sigurnost, bio je iz nužde i privremen (najčešće sezonski):

„Radila sam jednu godinu dana na parkingu, naplaćivala, pa me brat opet „povukao“ na selo.” (ID9)

„I onda sam počela da radim... kao servirka i to sam batalila zbog sina, jer nije imao ko da ga čuva. Radila sam razne poslove preko student servisa, sređivala kuće, u trgovini sada privatno.” (ID5)

„Zaposlila kao šankerica, suprug nije radio, živjeli smo od socijalne pomoći... Onda se on „snašao“, obogatio, našao drugu ženu i razveli smo se... Moram da radim i radim u kafićima. Puno radim i nemam slobodnog vremena. Radim 10-12 sati i živim u kolektivnom smještaju. Tamo se dešava svašta, ali izdržavam. Nijesam zadovoljna ali nemam vremena nešto da mijenjam, želim samo da radim da bih mogla da se izdržavam i da pomognem djecu...” (ID1)

„Došlo je prvo dijete, pa drugo dijete, pa se tata razbolio, pa mama nije mogla da ih pričuva i onda sam ja jednostavno odustala od zaposlenja... On se nije izjašnjavao u

početku da mu to smeta što ne radim, ali kasnije je malo drugačije bilo... kako su one rasle i zahtjevi su rasli sa njima pa je bio sve nervozniji... radila sam povremeno privatno za sezonu... (ID6)

Od ispitanica se očekivalo, u skladu sa tradicionalnom rodnim ulogom, da i u bolesti obavljaju kućne poslove (ponekad je to bilo i na preporuku doktora/ki) pa su neke trpjele nasilje (verbalno i fizički) jer njihov partner nije bio u stanju da razumije njihovu bolest i psihološko stanje nakon izlaska iz bolnice:

„Svađali smo se oko posla, nisam imala volje i rekla sam mu hajde ne mogu ništa da radim, ne znam da radim... Bila sam iscrpljena, sada sam se mnogo popravila... Ovdje sam često bila, svako malo kaže – Ajde u bolnicu – za svaku sitnicu, a on sve kupuje... Od tih lijekova brzo se umorim, a svi hoće sve sređeno i ja volim da radim, ali bože ubi me kuća... i malo malo pa me dovedu.“ (P10)

Iz odgovora ispitanica stiže se utisak da su sve imale velike poteškoće u zapošljavanju, te da gotovo nijedna ne radi u profesiji za koju su se školovale. Sve ispitanice izjavljuju da su pokazivale inicijativu i pokušavale da se zaposle prije, ali i tokom bolesti. Takođe, skoro sve su ukazale na to da su mijenjale posao više puta. Njihovi iskazi u ovom segmentu ukazuju na tešku ekonomsku situaciju kod većine ispitanih.

Takođe, kao važan aspekt pri zapošljavanju pokazala se i činjenica da su bile liječene u psihijatrijskoj ustanovi, na osnovu čega su bile diskriminisane i što je predstavljalo razlog iz kog ih ne žele zaposliti.

„Ko zna ‘oće li me sada primiti da radim... poslije prvog boravka svi su me provocirali, drugačije gledali.“ (ID1)

Na direktno pitanje da li je njihova bolest razlog diskriminacije prilikom zapošljavanja nisu dale potvrdan odgovor, ali nisu ni isključile tu mogućnost. Jedna ispitanica je iznijela lično iskustvo diskriminacije po polu, jer je uprkos adekvatnom obrazovanju radila na radnom mjestu za nižu kvalifikaciju, dok je na mjestu na koje je mogla biti raspoređena bio muškarac sa neadekvatnim stepenom obrazovanja, što je, po njenim navodima, pravdano stavom poslodavca da žene ne mogu da rade poslove tog tipa.

Dodatno su u teškoj situaciji žene u srednjim godinama koje su izgubile posao zbog stečaja preduzeća u periodu tranzicije, koje su prihvatale razne poslove (uglavnom sezonske), dok na kraju nisu isključene sa tržišta rada kao „stare“:

„Nisam više mogla da dobijem posao, a htjela sam... Radila sam kao sezonska radnica po kafanama po primorju, 7 godina... bilo je teško ali se moralo, ostala sam bez posla ali je trebalo novca... sva sreća što je moj muž znao da sprema, a i moj sin. Dok sam radila, moj muž ima sestru, pa kada je ljeto ona bi išla kod njih tako da je ona brinula... Meni je prolazilo u radu, mada teško... Prestala sam jer mi godine, ne dozvoljavaju, sada svako traži mlađi kadar.“ (ID3)

Neke povezuju svoje mentalno stanje sa gubitkom posla i/ili nemogućnošću zaposlenja:

„Prvi put sam se zaposlila od 23 godine kao čistačica u školi i tu sam radila dok nisu zatvorili školu, a onda sam se pogubila...“ (ID8)

„Dobila sam nervni slom pošto nisam dobila neki željeni posao kada mi je bio potreban... ja njega pitala zbog čega ovo čovječe božji, a on mi kaže – pitaj sestru... pa to me slomilo, bez posla... sve mi je uzeto, sve mi je bilo izgubljeno, bila sam totalno ništavna...“ (ID8)

„Bila je neka pljačka i sticajem okolnosti sumnjalo se i na mene da sam pronevjerila novac, angažovala sam advokata, slučaj je završen na sudu i oslobođena sam. Sada me premještaju na različita radna mjesta, osjećam se loše jer sam bila lojalan radnik.“ (ID14)

Mentalno oboljenje može uticati na različite sposobnosti osobe uključujući sposobnost komunikacije, nemogućnost izvršavanja očekivanih uloga u odnosu na starosnu dob, ograničenu radnu sposobnost ili potpunu radnu nesposobnost i zato mogu nastati teškoće u području radnog funkcionisanja, socijalnih relacija i brige o sebi u odnosu na period prije bolesti. Međutim kod ispitanica nije bio problem u gubitku radne sposobnosti već u nemogućnosti da se zaposle ili u gubitku posla. Gubitak posla su doživjele dramatično i povezuju ga sa nastankom bolesti. Kao najčešći razlog nemogućnosti daljeg zaposlenja javlja se boravak u psihijatrijskoj bolnici. U nekim slučajevima razlog je što se prednost daje muškarcima i mlađima na tržištu rada. Ispitanice su diskriminirane i u porodičnom okruženju gdje se od njih očekuje da izvršavaju uobičajene poslove za žene, bez obzira na njihovo stanje i raspoloženje. Ovakva pozicija ispitanica u pogledu radnog statusa ukazuje na malu mogućnost resocijalizacije nakon boravka u bolnici i smanjuje mogućnost izlječenja.

3.1.4. Trenutno socijalno ponašanje

Ispitanice u cjelini daju oskudne podatke o trenutnom socijalnom ponašanju i u najvećoj mjeri govore o prošlosti i odnosima iz prošlosti, a samo manji broj njih govori o promjenama u socijalnim odnosima nakon smještaja na liječenje u bolnici:

„Dok sam radila i bavila se tim raznim aktivnostima bila sam društvena, ali sada od kada sam pala u depresiju, sada se manje družim. Sada sam sasvim deseta ličnost.“ (ID3)

„Promijenio se moj odnos prema ljudima sa kojima radim.“ (ID14)

Izjavljuju da se sada druže isključivo sa ženama. Samo nekoliko ispitanica (4) izjavljuje da ima stalno društvo, tj. drugarice sa kojima su se družile i prije bolesti, mada njihova bolest utiče i na ta druženja:

„Imam svoje stalno društvo, žensko... U poslednje vrijeme se malo povukla, teže mi je sa društvom.“ (ID5)

Većina izjavljuje da je svoje socijalne kontakte svela na porodicu:

„... najviše se družim sa snahom i bratom“ (ID9)

„Nemam stalno društvo, rodbina me drži pod kontrolom, par prijateljica i to je to.“ (ID13)

„... sa sestrama i ponekom prijateljicom.“ (ID12)

Iz izjava ispitanica zaključujemo da se suzila socijalna mreža od početka bolesti, da se osjećaju sigurnije u porodici i u ženskom društvu. Da se uočiti da su usmjeravane od strane prijatelja da treba da se afirmišu kroz ulogu domaćice, majke i supruge, da treba da budu poslušne i dobre, te da su usmjeravane da se bave i brinu o drugima. Stav stručnjaka koji se bave njima u bolnici je identičan, a najčešće im se ukazuje na njega kao dio njihove “pozitivne terapijske promjene” i na taj način se učvršćuje patrijarhalni obrazac ženske rodne uloge čije vrijednosti su poslušnost, pasivnost, briga o drugima, usklađivanje sa odlukama muških autoriteta.

Najčešće percipiraju sredinu kao osuđujuću, koja njihovo ponašanje vidi kao „nekontrolisano, bolesno i ludo“. Nedostatak podrške doživljavaju i u porodici koja ih često vidi samo kao bolesne

ukoliko ne zadovoljavaju njihova očekivanja. Gube i podršku partnera što povećava njihovu usamljenost. Većina ih je govorila o doživljaju sebe kao nemoćne, poslušne, rezignirane, bez svoga „ja“, što često vodi do apatije i niske socijalne uključenosti:

„Smatraju da sam arogantna, ne razumiju me. Od kada sam bila u bolnici mislim da me provociraju, provjeravaju i to me vrijeđa.“ (ID1)

„Nisam se promijenila u socijalnom ponašanju iako „neki“ žele da me odvoje od društva, što im neću dozvoliti.“ (ID10)

„Družila sam se sa svakim fino, ali poslije nisam, od kada sam u braku nisam imala prijateljice... Ja sam najviše bila kući sa djecom i nisam se mnogo družila... kada te tako jednom obilježe i kada sam ja u dobrom stanju oni me ne shvataju, nego kao to nije dobro... za svaku malu sitnicu oni zamjeraju – Idi u bolnicu ako ti nije dobro!“ (ID13)

„Mimoišla sam se sa mužem koji mi ne vjeruje da pijem lijekove... čim ja... što god kažem, on kaže – idi uzmi lijekove i idi u krevet. Ne mogu ja ni kući, ja moram da radim, drugačiji su uslovi kada ste ovdje da vam se prinosi i donosi, a drugačije je kada se izađe.“ (ID12)

Samo jedna od ispitanih žena je bila društveno angažovana, iako je većina njih na skali procjene dala potvrđan odgovor da su zainteresovane za društvena i politička dešavanja. Ovo pokazuje njihov interes za dešavanja u društvu uprkos njihovoj bolesti i izolovanom statusu.

3.1.5. Seksualno ponašanje i brak

Bračni status ispitanica: 8 u braku, 3 razvedene, 5 nisu u braku, 1 udovica.

Vidljiv je i jasan uticaj patrijarhata kod većine žena (9 ispitanica) kada je u pitanju seksualnost i izbor partnera. Seksualni odnosi, po njihovim navodima, su jedino bili dozvoljeni u okviru bračne zajednice, a suprug jedni seksualni partner. Izbor partnera je često bio izbor porodice, a ne njihov lični:

„Do braka sam imala samo platonske veze... U porodici je odnos bio strog, sestre su se udale po očevom dogovoru, a ja sam učila pa sam mogla da biram...“ (ID7)

„Volim da flertujem, ali sam ja ipak majka i ne usuđujem se da imam vezu.“ (ID1)

„Bila sam neiskusna... i da nisam možda me ne bi ni uzeo, jer on je već imao djevojku, ali kada je na mene naišao kaže „na tvrd orah“ i to ga je privuklo, izazvalo... Nisam htjela ništa prije braka.“ (ID3)

„Od 19 godina udala sam se za muža starijeg 10 godina i nakon 3 godine i 6 mjeseci sam htjela da ga napustim, ali nisam imala kud... Bio je nasilan. Imala sam teškoća u seksu, svašta je radio... kasnije se malo umirio.“ (ID2)

„Nisam imala seksualne odnose, ali je prije 4 godine bilo priče o vjenčanju, pa se prekinulo, jer se roditelji ni brat nisu složili.“ (ID9)

Tri ispitanice su same izabrale partnera i to je najčešće donosilo osudu i/ili prekid odnosa sa porodicom:

„Počela sam da se zabavljam rano, pobjegla sam za momkom i udala se za njega, majka mi tada nije htjela čuti za mene.“ (ID10)

„Ja sam se promijenila, kako sam izlazila sve sam slobodnija bila u izlascima, niko mi nije bio nad glavom... i sa tom slobodom dođe do stvari do kojih ne bi trebalo da dolazi.“ (ID6)

„Nisam u braku, nisam ni bila, imam dvoje djece. Ja sam ti pravila uvijek neku revoluciju. Nisam htjela neko da me kazni da moram da se udam zato što sam trudna, ne moram... Moje pravo, propatila sam ali neka sam i ne kajem se... Nisam bila zadovoljna, tada sam osjetila odnos muškarca i žene najjasnije prvi put. Svi su na strani muškoj, meni svašta, a njega dizali do zvijezda...“ (ID8)

Jedna žena je silovana, zbog čega je dodatno osuđivana i stigmatizirana od strane najbližeg okruženja:

„Prošla sam kroz pakao, to je bila katastrofa za sve. Bez pitanja porodice sam otišla i prijavila čovjeka. Otac i majka su me osuđivali, svi su bili na strani silovatelja... Povukla sam se u sebe i čekala prvu priliku da odem iz grada... Nisam imala zadovoljstvo u seksu.“ (ID1)

Jedna je silovana kao djevojčica i to nasilje je ostavilo traga na njenom seksualnom životu, u početku u promiskuitetnim vezama, a kasnije, kako nije uspjela da integriše to iskustvo u dobru vezu, odrekla se odnosa:

„... Imala sam kratke veze i jednu ljubav koja nije bila uzvraćena... onda sam upoznala supruga i rodila sina... Nisam imala problema u seksu. Jer se uvijek sjetim razgovora sa psihološkinjom – ako vam nije do toga nemojte! I nisam (...) Sada sam u klimaksu i nemam više takvih potreba toliko, on je mene prihvatio kakva sam i to je ostalo tako.“ (P5)

Odgovori ispitanica pokazuju na disfunkcionalnost u ovoj oblasti života. Neke su prihvatile patrijarhalne norme i kontrolu i pomirile se sa svojom pasivnom pozicijom i nezadovoljstvom. Mali broj je pokušao da slobodno raspolaže svojom seksualnošću što je dovelo do osude porodice i društva, i do nasilja nad njima, tako da su njihovi pokušaji kažnjeni socijalnom stigmatizacijom, nasiljem i nedostatkom zadovoljstva. Izostanak podrške društva realizaciji seksualnosti žena i izostanak brige o ovom vidu nasilja uvećava mogućnost razbolijevanja žena i teškoće u njihovom izlječenju i kada su u pitanju mentalna oboljenja.

Većina ispitanica koje su (bile) u braku izjavljuju da su bile u patrijarhalnim brakovima:

„Dogovorili smo se da on bude autoritet, a ja da se prilagođavam.“ (ID7)

Izuzetak je samo jedna žena koja je govorila o ravnopravnosti u svom braku:

„Dobro se slažemo, on brine kao ja, i sin je tako u svojoj porodici, nešto se mijenja u odnosima.“ (ID5)

Neke žene su govorile o nasilju koje su trpjele od strane supruga:

„Bila sam ‘multipraktik’ u braku... Bilo je nasilja, prijavljivala sam ga. Prvi put sam se suprostavila kada sam rodila dijete, bila sam anoreksična i vidjela da moram nešto da uradim...“ (ID1)

„Kada nas vide na ulici misle da imamo super brak, ali veliki je jaz sa njegove strane.“ (P2)

Tri žene su istakle da muževi konzumiraju alkohol i da imaju (ili su imale) zbog toga probleme u braku, da su trpjele nasilje, pri čemu suprugov problem sa alkoholom nije percipiran kao takav:

„Nekada pođe pa legne, nekada u prolazu opsuje ili se svađa... zamjera svašta, zamjera ako je ovo bijelo što nije crno... Svaki pijanac na neki način muči.“ (ID3)

„Povremeno dolazi do neslaganja kada se on napije.“ (ID16)

Jedna ispitanica je prihvatila muževljevo nasilje kao svoju odgovornost i opravdavala ga sopstvenom bolešću i nesposobnošću za rad i privređivanje:

„Mnogo smo se svađali, nekako sam griješila... od nekih lijekova sam poremetila, nisam aktivna, on brzo plane... on sve misli da neću, oko para se svađamo, on sve kupuje, kupi što on hoće, a bolje je kada ja radim i kupujem...” (ID10)

Neke su svoj brak i seksualne odnose u braku okarakterisale kratko u vidu fraza: „uobičajeno“, „ništa posebno“.

Može se zaključiti da su bračne veze pod jakim uticajem patrijarhalnog vaspitanja žena sa prisutnim nasilništvom, češće psihičkim nego fizičkim, od strane partnera. Indikativan je i alkoholizam muževa. Oskudni odgovori u ovoj oblasti ukazuju na značajan stepen tabuiziranosti seksualnosti, što takođe ukazuje na patrijarhalnost sredine i nedostatak mjesta za razgovor jer odgovori pokazuju značajan stepen trpnje žena u ovim odnosima. Obavezno bi bilo u procesu liječenja otvoriti ovu temu sa svakom pacijentkinjom pojedinačno, ali i na grupnim sastancima razgovarati o ovoj temi.

3.2. Doživljaj bolesti i odnos prema liječenju

„Osjećam se bespomoćno kao da sam na kraju svijeta, more je tu a ne vidiš ga, brda ne vidiš a ovdje su, u zelenilu si koje te proguta.“ (P7)

3.2.1. Percepcija bolesti, upoznatost sa dijagnozom i pristanak

Svaka ispitanica je bila specifična po svojoj bolesti i simptomima. Ispitanice se razlikuju po postavljenoj dijagnozi, broju hospitalizacija i dužini boravka u bolnici. Zajednička karakteristika im je što su prihvatile razgovor i sa izuzetkom jedne bile u stanju da koncentrisano isprate pitanja cijelog intervjua i da urade skalu samoprocjene.

Značajan je podatak da je samo jedna ispitanica izjavila da zna svoju dijagnozu, druge su izjavile da ne znaju. Odgovori na pitanje zbog čega su na liječenju su najčešće bili vezani za neke simptome koje su imale ili je odgovor „depresija“ bez obzira na realnu dijagnozu. Nekoliko ispitanica smatra da ne treba da budu u bolnici i da nisu bolesne, iako su u više navrata bile na hospitalnom liječenju. Dvije žene su izjavile da su u bolnici zbog pokušaja suicida i najave suicida, dok su njih pet rekle da su prije prijema bile agresivne prema okolini.

Sve su (osim jedne) rekle su da su dovedene u bolnicu. Njihovi odgovori ukazuju da se nisu protivile smještaju u bolnicu, ali nisu bile u stanju da daju svoj pristanak, pa je umjesto njih pristanak dao član porodice ili Centar za socijalni rad. Dvije od njih su naknadno potpisale pristanak da borave u bolnici.

Samo jedna žena je samoinicijativno došla u bolnicu, jer je na to uputio psihijatar. Prema njenim riječima, psihijatar nije znao koju terapiju da joj ordinira, a prethodna joj nije odgovarala tj. nije joj se stanje poboljšavalo. Ona je prihvatila boravak u bolnici i sada se bolje osjeća.

Jedna je dovedena u pratnji policije veoma uznemirena. Naknadno je motivisana da se „skine“ sa tableta da bi mogla da nastavi tretman na Kakarickoj gori.

Dvije od ispitanih žena spontano su ispričale traumatska iskustva koje smatraju uzročnikom njihove bolesti. Jedna je govorila o željezničkoj nesreći kod Bioča (2006):

„Bila sam u vozu... Svježe mi ja kao da je danas bilo. Nisam znala što se dešava sem kada su neki kondukteri prošli hodnikom i komentarisali da se nešto dešava, tada sam osjetila ubrzanje i pitala sam se gdje ćemo da se zaustavimo. Znam da smo udarili i da smo se prevrtali svi u kupeu. Nisam mogla da vidim što mi je bilo sa mužem, kada sam se osvijestila bilo je strašno zima svuda okolo su bili ljudi razbacani. Imala sam utisak da noge ne mogu da pomjerim i trebalo mi je 45 minuta da se izvučem sa mjesta na kojem sam bila. Kada su stigli doktori i pomoć prebačena sam u KBC. I danas me strah, i danas osjećam posledice.“ (P13)

Druga je govorila o tragičnom gubitku:

„Izgubila brata prije 4 godine (plače). Ne mogu da se utješim.“ (P14)

Iako je većina više puta na liječenju izjavljuju da ne znaju koje lijekove uzimaju u bolnici, a kada izađu iz bolnice o tome odlučuje porodica (najčešće muž) u dogovoru sa doktorom koja kontroliše uzimanje terapije. Iz ovoga se može zaključiti da ispitanice nisu upoznate ni sa svojom bolešću, niti sa načinima liječenja.

3.2.2. Tretman i odnosi u bolnici

3.2.2.1. Zadovoljenje osnovnih potreba

Od 17 ispitanica 9 smatra da su uslovi dobri, 6 je iskazalo nezadovoljstvo, a 2 nisu htjele da se izjasne po ovom pitanju.

Većina ispitanica su rekle da su uslovi na odjeljenju dobri, ali su iznijele niz primjedbi koje se odnose na hranu, pribor za jelo, organizaciju higijene soba i mokrog čvora, zabranu izlaska. Ukazuju i na to da prostor nije prilagođen za svakodnevno funkcionisanje, da je bez udobnosti, prijatnih sadržaja i topline. Ukazuju na nezadovoljavajuće higijenske uslove za što odgovornost pripisuju više pacijentkinjama nego bolnici i njenoj organizaciji:

„Hrana nije dobra, trebalo bi više salata i voća... Smatram da mi nisu zadovoljene elementarne potrebe jer ne vidim dobro i to me sputava... Sve treba da bude čisto i da imamo neki intimni prostor za higijenu.“ (ID2)

„Hrana je loša, a još kada vidim odakle je donosimo to je strašno, trebalo bi na odjeljenju biti kuhinja, sanitarni čvor takođe, ne vode računa ko u kojoj sobi treba da boravi, nestale su mi stvari koje sam donijela, naročito cigari...“ (ID16)

„Sanitarni čvor i ležaji u sobama bi mogli biti bolji.“ (ID13)

„Kao prvo, suviše smo zatvorene u bolnici. Hrana bi mogla biti bolja, količinski je malo, mesa malo, jednom sedmično meso u ishrani. Lična higijena – ne mogu da krivim osoblje, krivim žene koje su ovdje što se tiče wc-a, higijena nije na nivou.“ (ID3)

„Suviše je liberalan odnos prema spavanju, higijeni, ponašanju, a pacijentkinje su svakakve.“ (ID6)

„Bolesnice kradu cigarete, neuredne su. Jelo nije dobro, nema dovoljno voća i nije ukusno.“ (ID4)

„Kakav je wc u bolnici Kotor, ovdje je odličan. Čiste stalno, ali je sve staro. Hrana ok, kako žene ostavljaju iza sebe, smršam kada dođem u bolnicu, gadi mi se kako jedu, nedostaje mi pribor, malo kulturniji uslovi... ne mogu da kažem da nije higijena, ali sve je tako staro i pusto.“ (ID5)

„Fale osnovne stvari, počevši od čaršava i svega onoga što daje prijetnost u sobama... nije niko kriv, ni doktori ni pacijenti... Fali taj izgled, ta prijetnost, ispeglani čaršavi... tih detalja, plastične čaše... nije način da pribor nije adekvatan za jesti, to je sve staro...“ (ID6)

„Zgrožena sam enterijerom, zgrožena sam sa tim što se ništa ne radi ovdje. Meni je svrha da se skinem sa određene tablete, da bih se oterasila tableta. Ovdje nema ni psihologa ni radna terapija, nema ni okupaciona terapija – nešto što bi me dublje... tablete ne rješavaju problem. Za problem treba da se kopa duboko da se vidi zašto je došlo do problema između mene i muža. Hoće li mi tableta lorazepam riješiti – što će da me uspava. Da šetam kao zombi. Prvih deset dana sam bila kao zombi pa su me pokrali. Ne vodi se računa o higijeni kupatila, eto da kažem posteljina je čista ali je stara, kreveti su stari, hrana je užasna. Išla sam za hranu gore na osmici gdje je najgora vrsta pacijenata, ja sam se vjerujte draga moja gospođo zgrozila. Ja sam se zgrozila, od tada mi se smučila hrana i sve. Hrana je kao za mačke i za pse salama.“ (ID16)

Jedna je upozorila da se ne poštuje njihovo pravo na informisanje, pri čemu je mislila na korišćenje telefona, na TV koji radi bez tona, kao i na nedovoljno objašnjenje njihovih prava i obaveza, njihove bolesti i toka bolest, kao i metoda liječenja (koliko traje, kako da poboljšaju stanje, i sl.):

„Žene nisu adekvatno obaviještene o svojim pravima, o pravu na izlazak, o biblioteci, teretani, samo smo obaviještene o našim obavezama – da pomognemo oko čišćenja, hrane...“ (ID1)

U nekim odgovorima stekao se utisak da nisu htjele da kritikuju da se ne bi zamjerile osoblju bolnice:

„Nisam kompetentna da o tome odlučujem! (ironičan osmijeh)“ (ID2)

3.2.2.2. Odnosi sa osobljem

Skoro sve ispitanice su izjavile da su odnosi sa osobljem korektni ili dobri. Njihovi odgovori su uglavnom usmjereni na odnos medicinskih sestara prema njima. Primjedbe koje imaju na njihov odnos prema pacijentkinjama objašnjavaju (opravdavaju) time što su medicinske sestre preopterećene radom na odjeljenju:

„Sestre se ponekad brecnu, ponekad kažu neku kletvu, ali je razumljivo s obzirom na broj pacijentkinja i teške slučajeve.“ (ID1)

„Mali je broj sestara.“ (ID6)

Ima i onih ispitanica koje jasno iznose svoje nezadovoljstvo odnosom i tretmanom:

„Ovdje primaju svakoga ko dođe... Najčešće su dosta korektne, u početku su govorile – nije nam u opisu posla da šetamo, ili – baš nas briga za vas, ali zadnjih dva tri dana nas puste da izađemo.“ (ID5)

„Ja sam zgrožena sa svim ovdje, čast izuzetcima, ali naročito sa sestrama, zgrožena sam rječnikom i pojedinim pacijentima, zgrožena sam da mogu da imaju takav odnos prema pacijentima. Da li te osobe uopšte mogu da rade, da budu u medicini? Ajde da zanemarimo hranu, najviše mi smeta odnos određenih medicinskih radnika prema pacijentima. Ne možeš ti nekome da kažeš „što ti je nadržan muž“. Kada sam to čula ja sam se zgrozila.“ (ID16)

Na pitanje ko se bavi njihovim tegobama 10 ispitanica izjavljuje da se njihovim tegobama bavi doktorica, 4 kažu – niko, 2 kažu – medicinske sestre, a 1 – glavna sestra. Slični su odgovori na pitanje kome se obraćaju za pomoć, 10 kaže da isključivo za pomoć obraćaju doktorici, 5 kažu da se ne obraćaju nikome, 2 kažu da im pomoć pruža spremačica u konkretnim problemima.

3.2.2.3. Posjete

Sve ispitanice su iskazale zadovoljstvo u odnosu na mogućnost posjeta i njihovo trajanje, kao i u odnosu na stav osoblja prema posjetama. Vrijeme posjeta nije ograničeno, moguće su u bilo koje vrijeme, a pacijentkinje mogu koliko god žele sati provesti zajedno sa porodicom. Ispitanice smatraju da je to dobro, jer u drugim bolnicama to nije tako.

Njihove primjedbe vezane su za nepostojanje prostora za obavljanje razgovora sa porodicom, pa iako se na posjetama insistira, one se obavljaju u prostorima kao što su hodnik ili zajednička soba, koje ne omogućavaju privatnost onih koji razgovaraju, a remete i privatnost drugih pacijentkinja. U njihovim odgovorima uočava se koliko im je privatnost tih razgovora bitna, pa se često snalaze na različite načine da bi obezbijedile neki prijatan prostor za razgovor sa porodicom. Posebno su zabrinute one koje imaju djecu, jer ne postoji prostor prilagođen za posjetu djece. Neke navode da su telefonski kontakti ograničeni, što onemogućava kontakt sa porodicom za one ispitanice kojima je porodica udaljena.

„Posjete su previše tolerantne – kad god ko hoće – insistira se na vezi sa porodicom. Posjeta se obavlja ili u sobi, pa drugi izađu, ili u hodniku. Nema nikakve privatnosti.“ (ID1)

„Posjete volim da imam van odjeljenja jer ne želim da sinovi gledaju sve to.“ (ID2)

„Kada je fino vrijeme odgovara da izađem ispred vrata bolje nego po sobama.“ (ID5)

„Trebalo bi neka prostorija van ove kućice malo veća, ne tamo gdje se pacijenti primaju, one tamo sjede, uvijek neka pacijentkinja dođe, ne razumiju da je to privatno.“ (ID12)

„Uslovi u kojima se odvijaju posjete mogli bi da se mijenjaju, jer su klupe slomljene.“ (ID13)

„Razgovor telefonom od 8 do 13 sati nije dovoljno i trebalo bi obezbijediti mogućnost da se telefonira popodne, mnogi rade.“ (ID10)

3.2.2.4. Organizacija dana

Sve ispitanice su iskazale nezadovoljstvo načinom na koji im je vrijeme organizovano tokom dana i zbog toga što nemaju dovoljno aktivnosti. Ovakva (ne)organizacija vremena, po navodima većine ispitanica dovodi do nekih dodatnih teškoća ispitanica, što ne doprinosi poboljšanju njihovog mentalnog zdravlja. Neke su samo rekle „užasno“, „dosadno“, „ležeći“ ili „nikad da mi prođe dan“, dok su druge dale detaljniji opis (ne)aktivnosti i njihovo promišljanje o tom:

„Teško, dosadno, ništa ne radimo, najteže mi je razmišljanje o kući, o svemu neko razmišljanje i pozitivno i negativno...“ (ID3)

„Grozno – jedva čekam kući da idem to je najteže.“ (D4)

„Popijemo kafu zajedno... možemo da kuvamo kafu, ali je rano u 9 sati spavanje, ja i kući ne zaspem prije ponoći... Nekoliko dana od kada smo počele vježbe malo bolje, uzmemo novine jedna od druge, čitamo, pričamo. One se šale. Trudim se da mi ne bude dosadno, da se što prije oporavim... Izašle smo neki dan da igramo odbojku i to mi je jako pomoglo više nego bilo što drugo što sam ovdje bila... Porazgovaram sa ženama koje su u sobi, doručak, večera, ručak...“ (ID10)

„7 ustajanje, 8 doručak i terapija, 12 ručak – spremanje, pomoć u kuhinji, 16 tuširanje, odmor – čitanje, pročitala 7 knjiga, 18 večera... 20 terapija – malo druženja 21 spavanje. To je to!“ (ID1)

„Nikako, još malo šetam da se oslobodim od stresova, pomognem oko ručka, ne volim da se namećem...“ (ID11)

„Teško. U slobodnom vremenu pjevam po odjeljenju, pacijentkinje su usmjerene jedna na drugu, čistačica određuje veći dio stvari, TV je pokvaren ne radi mu ton, tako da kada žene žele da gledaju to je nemoguće.“ (ID17)

Većina ispitanica ukazuje na rutinu, jednoličnost dana, koja nije ispunjena nikavim sadržajima. Uviđaju nedostatak ponuda aktivnosti koje su usmjerene na strukturiranje vremena tokom boravka, što smatraju da je važno za unapređenje njihovog mentalnog zdravlja. Neke ispitanice primjećuju razliku između aktivnosti koje su različite za muškarce koji se liječe u bolnici i žene, primjećuju da muškarci imaju organizovane sportske aktivnosti, a da za žene nema aktivnosti za fizičku relaksaciju:

„Jednolično... ovdje bi trebalo malo vježbe da imamo neku prostoriju pa ujutro svi pa koliko možemo, da se malo pokrenemo koliko možemo, jer i ja sam naučila da pješačim pa mi to fali, pa se osjećam kao zatvorenik... nije kao zatvorenik ali sam stalno u zatvorenom prostoru pa ustanem kroz hodnik malo prošetam... Muški mogu oni nađu sebi i košarku i sport, a mi smo sve zatvorene... ništa nema za žene...“ (ID11)

Neke ispitanice ukazuju na nepovjerenje i strah osoblja da bi one mogle iskoristiti boravak napolje za bijeg:

„Bilo bi lakše da nas puste malo šetamo vani, ali oni se sve boje pobjeći ćemo... a gdje da bježimo bez para?“ (ID7)

3.2.3. Predlozi za poboljšanje uslova i odnosa

Ispitanice su sa ustezanjem davale predloge, ali jasni i prema utiscima istraživačica adekvatni i neophodni. Njihovi predlozi mogu se sumirati u sledeće kategorije:

- poboljšanje osnovnih uslova (hrana, toalet, klimatizacija);
- kvalitetniji odnos sa osobljem i bolje razumijevanje njihovih potreba;
- organizovanje individualne i grupne terapije;
- mogućnost boravka napolju;
- poseban prostor za održavanje posjeta;
- organizovanje radne terapije i obezbijeđen prostor za nju;
- kreativne radionice (pletanje, crtanje, šivenje, gajenje biljaka...);
- igranje društvenih igara;

- dostupnost zanimljivih knjiga, filmova i TV emisija;
- vođeni razgovor među pacijentkinjama.

Ispitanice to vrlo konkretno formulišu:

„Izbacila bih sve čaše i tanjire i stavila sve novo – bar za kuhinju... Ja bih napravila police da svaki ima čašu, ime i prezime, četkicu za zube, isto tako gdje su tuš kabine, i stavila bih isto tako da svako zna gdje mu je sapun, peškir da ima svoje i automatski čovjek se osjeća sigurnije, staneš u red i odmah imaš, a ne onako na brzaka da se guramo, čupa-mo...” (ID6)

„Da se popravi hrana i da sa nama više priča psihijatar.” (ID4)

„Da imam kupatilo kako treba, bar 2 ili 3 wc na odeljenju, šolje za bijelu kafu, čaj promijenti, tanjiri su prljavi (ja imam svoj). Treba ili da se donose ili da se promijene. Atmosfera je da se svi nešto ustručavaju, nema nikakvih iskrenih razgovora, ne čitamo, ne gledamo TV... Sve bi to trebalo. Da imamo nešto da radimo da nas nešto motiviše, a ako ne znam – naučiću, da ne sjedim cijeli dan i gledam u plafon i brojim dane...” (ID5)

„Psiholog da bih mogla da se konstultujem da mi se posveti pažnja, malo je prava pa nešto sa tim treba uraditi jer smo zatvorene... Higijena treba da se obavlja, osoblja bi trebalo da bude više, pojedini ljudi se bave lošim stvarima ne može da se ostavi ništa, sve moramo da čuvamo. Smuči mi se sve kada idemo nas 8 za ručak i večeru.” (ID16)

„Sve sobe sa klimom i kupatlom ili makar jedno na spratu, apartmane za žene. Da žene nešto rade, da igraju neke igre karte, domine, „Ne ljuti se čovječe...” Da ima neka prostorija prijatna za zajednički boravak tj. druženje, potrebni su razgovori i zanimacija, ovdje su žene zavisne od kafe i cigareta i to se treba regulisati.” (ID2)

„Da se više bave nama jer zna se što je psihijatrija, samo 5 minuta prođe⁴ (...) i skoro te ne vidi, a ne da ti da šansu da nešto kažeš, a onda zaključuje bolesna od ovog od onog, dobro vidi od čega. Ja ne znam te dijagnoze, ne znam, nisam psihijatar, ali o onome što sam čula treba se osvrnuti više na dušu čovjeka.” (ID16)

„Ljubazniji odnos prema pacijentkinjama, da se pacijentkinje upoznaju sa pravima u bolnici, dva puta nedjeljno šetnja, kreativne radionice (pletenje, crtanje, šivenje, rad u bašti) prodavnica za sitne potrebe (ulošci, cigarete...) dovoljno čaša i tanjira i pribora za jelo...” (ID1)

„Da pacijentkinje budu više vani i da se sa nama radi i razgovara – grupna i individualna terapija svaki dan.” (ID9)

„Treba da bude više topline jer je potrebna toplina takvoj bolesti, a ne da bude neko obrecivanje, a onda te tako zatvori i u onom što si htio – presječe te.” (ID8)

„Jedna hala za radnu terapiju za žene, makar jednom sedmično (pletenje, vezenje, crtanje...). Dnevna šetnja vani najmanje pola sata.” (ID3)

„Da se obezbijedi slobodan prostor kako bi udisale makar 5 minuta čist vazduh i oslobodile se negativne energije.” (ID7)

„Da se više izlazi, da izlazimo vani dva puta dnevno, ako sestra dozvoli... da igramo lopte ili neku drugu igru.” (ID10)

„Trebalo bi neka prostorija van ove kućice malo veća da se organizuju posjete.” (ID9)

4 Misli se na jutarnju vizitu pacijentkinja – prim. autor

Dva dana nakon intervjua jedna ispitanica je donijela blokčić u kojem je napisala 15 predloga za poboljšanje kvaliteta života žena sa mentalnim poremećajem. Njene predloge prenosimo u cjelosti:

1. *kreativne radionice – čitanja, pisanja, slikanja, feniranja, karaoke – Ručni rad – pletenje, vez, maskenbal, ikebana;*
2. *radna terapija – zalivanje cvijeća oko odeljenja, održavanje travnjaka, trpezarije, čišćenje prozora, pomoć u vešeraju;*
3. *tri puta sedmično izlazak u dvorište u malim grupama;*
4. *radio, obezbijediti muziku i TV npr. kanal o životinjama, (ukinuti PINK i radio D J)*
5. *jutarnja gimnastika;*
6. *organizovane posjete biblioteci, teretani;*
7. *nove čaše, piksele, tanjiri...;*
8. *pristupačnije i ljubaznije sestre;*
9. *pribor za ličnu higijenu. Sapun, ulošci, toalet papir, pasta za zube, četke za kosu za bolesnice koje to sebi ne mogu da priušte;*
10. *psihoterapeut;*
11. *apelujte na građane, mala i sredna preduzeća da doniraju posteljinu, jastuke, dušeke, odjeću... njihovo malo nama znači puno!;*
12. *uputiti apel porodicama bolesnika da ih redovno posjećuju i uključe se u grupne ili porodične terapije;*
13. *edukovati građane da su mentalne bolesti manje ili više bolesti kao i zubobolja, glavobolja, infarkt... – prilikom hospitalizacije u Dobroti sretala sam i bivše zdravstvene radnike... jako veliki broj istaknutih ličnosti iz svijeta književnosti, slikara, glumaca, pisaca pa čak i vladara i političara patili su od nekih psihičkih poremećaja;*
14. *ukazivati na istraživanja da svaki treći čovjek ima psihički poremećaj, a svaka osma osoba pati od mentalne bolesti;*
15. *spriječiti diskriminaciju mentalnih bolesnika prije nego što onaj Austrijanac Alchajmer počne da krije stvari od nas (ID1).*

4. Stavovi pacijentkinja o poziciji žena u Crnoj Gori

Na kraju intervjua postavile smo pitanje koje nije vezano za njihov lični život niti za njihovu bolest, ali je vezano za percipiranje sebe i vlastite uloge u rodnom odnosima, sa ciljem da razumijemo kako doživljavaju poziciju žena u Crnoj Gori.

Patrijarhalni uticaj u njihovim promišljanjima je prisutan (interiorizovan), vidljiv kroz iskazivanje stereotipnih stavova o muškarcima i ženama. Prisutna je i jasna svijest o diskriminaciji žena koju one tako ne imenuju, ali osjećaju nepravdu i prepoznaju neravnopravnost. Prisutna je i svijest da se dešavaju promjene u pozitivnom pravcu za žene.

Pozitivne strane toga što su žene skoro sve vide u majčinstvu. Neke vide u karakterističnim (stereotipnim) osobinama za žene: mirnije su, lijepe su, šarmantne, razumiju druge.

Negativne strane toga što su žene vide u društvenoj poziciji žena, smatraju da muškarci imaju više slobode u životu od žena, te da žene nisu ravnopravne „kao ljudi“, da postoje dvostruki aršini prema ženama i muškarcima u njihovoj sredini, da žene imaju „duple“ poslove, rade puno i na koncu patrijarhalno vaspitanje – da sve zavisi od žene, a da se ona ni za šta ne pita:

„Danas su žene školovanije, treba da budu više zastupljene u svim društveno-političkim aktivnostima, da budu na mjestu predsjednika, direktora, mislim da one to u današnjem vremenu zaslužuju.“ (ID3)

„Žena ima glavnu riječ, ona je vrat koji okreće glavu. Bilo je i u mom braku tako. Društvo se promijenilo ili je bilo takvo, a ja nisam bila uključena, ne smije muž da pere veš, ima nešto za muža a nešto za ženu.“ (ID7)

„Nikakva je pozicija, loša, ovdje muševci tuku žene.“ (ID4)

„Nije tako loše. Sve zavisi od osobe. Bolje bi bilo da slušaju i jedno i drugo da se dogovaraju.“ (ID11)

„Mislim da su ravnopravne, ja se osjećam tako i vidim da i moje dijete tako. Znam ljude koji slično žive, ali i one koji ne žive i neka nastave tako da žive, bez promjene.“ (ID5)

„Stvari se mijenjaju, možda neće moja generacija proći bolje, ali nemamo razloga da brinemo. Postoji mobing, postoji incest, ali se o tome sada mnogo više priča... Mene su učili da ćutim o tome što mi se dešava kao ženi, a ja učim ćerke da viču, da traže pomoć... ima nade i pomoći.“ (ID1)

„Žene su u mnogo gorjoj situaciji nego muškarci, mnogo im je teže i biće još dugo tako.“ (ID2)

„Bolje da ne pričam o tome, žene su zapostavljene u Crnoj Gori od strane muškaraca i mislim više na sjeveru kako su oni gore ograničeni i dođu dolje kod nas i onda maltretiraju naše cure misleći da je na takav način mogu privući i da tako treba postupati... različiti mentaliteti i u radnjama kako se ponašaju i u pošti – samo se guraju,

nemaju tu kulturu, ne daj bože da bi on propustio ženu, on to mora prvi...“ (ID6)

„Zapostavljene su žene na selu... Treba da se žene suprostave, eto, a mi se žene uvijek povlačimo, da se suprostave žene i udruže... ali dosta je raskola između žena, više nego (među) muškarcima, čini mi se...” (ID8)

Ne žive žene loše, isplivavaju, isplivavaju žene iz onog mraka, baš mraka... nemaju prava progovoriti – „ćuti ti si žensko!” Nemaju prava skinut se, posunčati... mrš! Šta je to nego mrak? Imaju sada više slobode, vidim u mom kraju.” (P6)

U cjelini se stiče utisak da se većina miri sa rodnim ulogama sredine u kojoj žive, ili da im rodna razlika nije u fokusu, već više razlika proizvedena bolešću. Samo nekoliko žena jasno govori o neravnopravnosti (slična slika kao i u opštoj populaciji žena), druge percipiraju izvjesne promjene u društvu i usklađuju ih sa svojim stavovima o ravnopravnosti. Većina prepoznaje neki napredak u poštovanju ženskih prava, ali ne dovoljan.

5. Predstavljanje podataka dobijenih na fokus grupama

Nakon završetka individualnih razgovora realizovale smo dvije fokus grupe u trpezariji ženskog odjeljenja u psihijatrijskoj bolnici. Trpezarija je neuslovna za rad u grupi, tako da smo improvizovale sjedanje u krugu na način što smo pomjerile stolove i klupe postavile u obliku kvadrata. Na samom početku kod većine u grupi bila je vidljiva nelagoda i nesigurnost zato što nisu imale iskustvo rada u grupi i direktan, otvoren odnos prema drugima u grupi. Jedna od njih je bila vrlo uznemirena i teško joj je bilo da sjedne i prati tok razgovora, nekoliko puta je izlazila i vraćala se, ali kako je razgovor tekao ona se umirila i učestvovala u radu do kraja. Kako je rad u grupi napredovao opuštale su se i mijenjale atmosferu i odnos tako da je u jednom trenutku jedna učesnica rekla:

„Znate, ja se osjećam kao da nisam ovdje u bolnici, kao da sam negdje na nekom drugom mjestu, baš mi se sviđa!“ (ID5)

Sve su na kraju fokus grupa izjavile da su bile zadovoljne učešćem.

Neke su tražile da nakon rada u grupi ostanu sa psihološkinjom da sa njom porazgovaraju o svom ličnom planu za nastavak liječenja.

Na samom početku učesnicama je dat zadatak da daju brojčanu procjenu zadovoljstva boravkom u bolnici na skali od 1 do 10 (pri čemu je 1 označavao potpuno nezadovoljstvo, a 10 potpuno zadovoljstvo uslovima).

Prosječna ocjena procjene zadovoljstva boravkom u bolnici iznosila je 5,3 što ukazuje da su učesnice fokus grupe prosječno zadovoljne uslovima i boravkom u bolnici.

Iako je u okviru intervjuja postojalo pitanje o predlozima za unapređenje uslova u bolnici, i na samoj fokus grupi pitanje je postavljeno, kako bi se otvorila diskusija među samim učesnicima.

Ponovile su uglavnom predloge koje su dale u okviru individualnih razgovora: omogućavanje izlazaka, organizovanje terapijske zajednice, radna terapija, TV emisije i filmovi, organizovanje zabava – druženja, da se osoblje lijepo odnosi prema pacijentkinjama, da se više razgovara, da se poštuju prava i da budu informisane o svim stvarima koje se njih tiču.

Na pitanje kakva bi im podrška bila potrebna u njihovim sredinama, kako bi nastavile proces liječenja i unapređenje njihovog mentalnog zdravlja, one nisu imale odgovor. Stekle smo utisak da je pitanje za njih bilo neočekivano i bile su zbunjene kao da nemaju viziju o tome što će se dešavati nakon boravka u bolnici.

Na pitanje što bi društvo trebalo da uradi za pacijentkinje kada izađu iz bolnice dale su odgovore koji se odnose na različite oblasti života i institucija, a obuhvataju široku lepezu društvenih promjena, prvenstveno:

„Porodica da se vaspitava.“

Ukazuju na neophodne promjene u institucijama:

„Milicija da bolje funkcioniše i da se bolje ponašaju.“

„Zdravstvena edukacija da se poboljša.“

„Zakoni da se poprave.“

Ukazuju na važnost ekonomskog statusa u liječenju:

„Ekonomska stabilnost“

„Da mi se nađe zaposlenje.“

Ukazuju na važnost edukacije:

„Edukovati društvo o mentalnim bolestima.“

„Sredinu treba upoznati sa prirodom ove bolesti, treba da im je jasno da kada se vratimo kući funkcionišemo normalno.“

6. Predstavljanje podataka dobijenih analizom skale samoprocjene

Zadatak za ispitanice je bio da na Skali procijene svoje osobine, osjećanja i ponašanje prije bolesti, kao i osobine, osjećanja i ponašanje koje posjeduju u trenutku ispitivanja. Većina ispitanica je rado sarađivala na ovom „testu“.

Kao što je navedeno u Uvodu Skala koju smo zadale je prilagođena GRID skala i rezultati koje smo dobili su vrlo interesantni za svaku pacijentkinju pojedinačno, jer ukazuju na njeno trenutno stanje i na promjene koje su se desile. Ipak, za potrebe ovog istraživanja, analizu smo napravile arbitrarno za cijelu grupu (odredile aritmetičku sredinu za svaku stavku) jer smo htjele da napravimo zajednički profil kako bi vidjele da li se u grupnom profilu mogu registrovati promjene u osobinama. Svrha ovakve analize je to što “grupni profil” može da ukaže u kom pravcu se dešavaju promjene, što bi moglo da potakne na promišljanje i pomogne u definisanju predloga za poboljšanje uslova tokom liječenja.

Dobijeni rezultati ukazuju na “trend promjena”, što znači da su se promjene desile kod većine pacijentkinja i da su jasnog intenziteta. Posmatrale smo samo ona osjećanja, osobine i ponašanje gdje su pacijentkinje procijenile da se desila značajnija promjena (promjena na skali veća od jednog stepena).

6.1. Osjećanja

Što se tiče promjene u procjeni osjećanja na skali “**radostan – tužan**”, promjena se, prema njihovoj procjeni, desila u određenom stepenu prema osjećanju “radostan” što ukazuje na to da je njihovo raspoloženje u trenutku ispitivanja bilo pozitivnije nego pri prijemu.

6.2. Osobine

Ispitanice procjenjuju da se većina njihovih osobina promijenila i dobile smo “profil” koji ukazuje na to da su one u trenutku ispitivanja bile: **nesigurnije, zavisnije, usamljenije, nasamostalnije, popustljivije, stidljivije, poslušnije, pričljivije i dekoncentrisanije**, nego prije liječenja.

Takođe, one smatraju da su sada **manje zanimljive** nego prije bolesti, **manje nježne, da teže oprastaju i osjetljivije su na uvrede**. Profil ukazuje i na njihovo **manje zadovoljstvo sobom, manju zainteresovanost za druge i za društvena dešavanja**.

U cjelini “grupni profil”⁵ ukazuje na niz promjena koje ukazuju na to da proces liječenja utiče negativno na samopouzdanje, utiče na to da pacijentkinje postaju zavisnije od drugih, da gube interesovanje za svijet oko sebe, da raste nezadovoljstvo sobom i da su u cjelini ranjivije nego prije liječenja. Ovo ukazuje na to da se u procesu liječenja ne ojačavaju njihove unutrašnje snage i kontakt sa sobom i drugima. Mislimo da isključivo medicinski pristup liječenju mentalnih oboljenja medikamentima, iako nesumnjivo dovodi do nekih promjena (smanjenja uznemirenja i halucinacija) nije dovoljan u liječenju mentalnih bolesti, jer ne uzima u obzir psiho-socijalni kontekst. Ovakvim načinom liječenja (izolacija i medikamenti) se dodatno viktimizuju osobe oboljele od mentalnih bolesti i otežava se njihova resocijalizacija, posebno stoga što u samim bolničkim uslovima ne postoji primjena psihosocijalnih i psihoterapijskih metoda i ciljno usmjerenog uključivanja porodice u liječenje i kasnije u rehabilitaciju. Zanimljivo bi bilo istražiti u kom pravcu se dešavaju promjene kod muških pacijenata i da li su socijalni i psihološki faktori na sličan način prepoznati.

5 Napominjemo da navedenu analizu treba uslovno prihvatiti i da su podaci dobijeni na ovaj način korisni prvenstveno za kreiranje što kvalitetnijih preporuka, pri čemu je važno uzeti u obzir da se radi o skali individualne procjene promjene i da je interpretacija urađena na osnovu malog broja ispitanica.

7. Zaključno razmatranje i preporuke

7.1. Opšte

Istraživanje je sprovedeno tokom jula i avgusta 2016. godine u SPB Kotor. Na samom početku kreirana je metodologija istraživanja, razvijeni su instrumenti (polustrukturirani intervju, skala samoprocjene - GRID, fokus grupe) i određen je uzorak koji je obuhvatio žene koje su u tom periodu bile na liječenju na akutnom odjeljenju SPB Kotor i koje su bile motivisane za saradnju.

Na ovaj način definisana metodologija omogućila je da posmatramo različite aspekte, da analiziramo i razumijemo stanje u kome se pacijentkinje nalaze i definišemo preporuke koje će, ako se primijene, doprinijeti poboljšanju položaja pacijentkinja.

Rezultati ovog istraživanja imaju određena ograničenja: kvalitativna metodologija ne omogućuje generalizovanje na cijelu populaciju, uzorak je mali i prigodan, ali svakako daje mogućnost za uvid i razumijevanje pozicije žena koje se liječe u psihijatrijskoj ustanovi, kao i za formulisanje preporuka.

7.2. Zaključci i preporuke

U odnosu na analizu podatka dobijenih kroz intervju, fokus grupe i skale samoprocjene formulisale smo sledeće zaključke i preporuke:

7.2.1. Životni ciklus ispitanica

7.2.1.1. Porodica porijekla i doživljaj ranog djetinjstva

Kao rizični faktori za razvijanje psihijatrijskih bolesti kod žena prepoznati su: patrijarhalno vaspitanje, posebno u odnosu na seksualnost, pozicija kćeri u višečlanoj porodici ukoliko nije najstarije dijete, kao i seksualno nasilje u djetinjstvu i adolescenciji.

PREPORUKE:

- Uključiti obrazovanje o rodnoj ravnopravnosti u sve nivoe vaspitno-obrazovnog procesa.
- Uvesti seksualno obrazovanje u školski sistem.
- Obezbijediti sistemsko istraživanje seksualnog nasilja i kampanje za podizanje svijesti o seksualnom nasilju.

- U zdravstvenom sistemu obezbijediti obavezne edukacije iz rodne ravnopravnosti i prepoznavanja simptoma seksualnog nasilja kod žrtava.
- Edukovati medicinsko osoblje o društveno konstruisanom karakteru rodni uloga i porijeklu i prirodi otpora koji žene mogu imati u odnosu na njih.

7.2.1.2. Obrazovanje i školovanje

Sve ispitanice su navele da su redovno pohađale osnovnu školu. Većina ispitanica je izjavila da je u osnovnoj školi imala odličan uspjeh. U srednjoj školi su, po njihovim navodima, počeli problemi i skoro sve izjavljuju da su „popustile“, što je rezultiralo slabijim uspjehom. Posebno vulnerabilan period za pacijentkinje je period adolescencije u kom se javljaju teškoće u ostvarivanju partnerskih veza. Često su problemi u školi i eventualno odustajanje od nje povezani sa odabirom partnera kojeg njihova porodica nije odobravalala.

Većina ispitanica iskazuje žaljenje zbog odustajanja od postizanja višeg stepena obrazovanja i ukazuje na izostanak profesionalne afirmacije, što se pokazuje kao jedan od rizika za razvijanje psihijatrijskih bolesti kod žena.

PREPORUKA:

- Povećati brigu o disfunkcionalnom ponašanju djevojaka u adolescenciji i ojačati psihološku i socijalnu podršku za djevojke u ovom periodu.

7.2.1.3. Profesija i zaposlenje

Ekonomska zavisnost i otežan pristup tržištu rada takođe predstavljaju rizike za razvijanje psihijatrijskih bolesti kod žena. Većina ispitanica je nezaposlena i nalaze se u teškoj ekonomskoj situaciji koja produbljuje i/ili produžava njihovu zavisnost od porodice. Sve su imale velike poteškoće u zapošljavanju, mijenjale poslove više puta i gotovo nijedna ne radi u profesiji za koju su se školovale.

Činjenica da su bile liječene u psihijatrijskoj ustanovi dodatno otežava njihovo zaposlenje, što predstavlja i osnovu njihove diskriminacije na tržištu rada.

Od ispitanica se očekivalo, u skladu sa tradicionalnom rodnom ulogom, da i u bolesti obavljaju kućne poslove (ponekad je to bilo i na preporuku doktora/ki) pa su neke trpjele nasilje (verbalno i fizičko) jer njihov partner nije bio u stanju da razumije njihovu bolest i psihološko stanje nakon izlaska iz bolnice.

PREPORUKE:

- Raditi na podizanju svijesti opšte populacije, a posebno preduzetnika, da postojanje specifičnih psihičkih stanja, tegoba i bolesti ne ukida radnu sposobnost osoba sa mentalnim i psihičkim problemima.
- Informisati pacijentkinje o radnim pravima.
- Informisati i edukovati članove porodice o psihičkom stanju i radnim sposobnostima pacijentkinja, kao i o njihovim potrebama i mogućnostima nakon otpusta iz institucije.
- Motivisati članove porodice da podrže radno angažovanje žena na tržištu rada.

7.2.1.4. Trenutno socijalno ponašanje

Boravak u psihijatrijskoj bolnici povećava ranjivost pacijentkinja, a isključenost iz zajednice tokom hospitalizacije uzrokuje njihovu dalju diskriminaciju i stigmatizaciju po osnovu psihičkog stanja ili bolesti, odnosno po osnovu boravka u psihijatrijskoj instituciji. Posebno zabrinjava značajan uticaj hospitalizma čak i na pacijentkinje sa odjeljenja za akutnu psihijatriju kod kojih je stepen uticaja hospitalizacije manji nego na npr. hroničnim odjeljenjima. Zabrinjava i to što većina ispitanica nema viziju vlastitog života nakon boravka u bolnici.

Analiza Skale samoprocjene ukazuje na to da proces liječenja negativno utiče na samopouzdanje, da povećava zavisnost od drugih i „progresivno gubljenje sposobnosti za samostalan život“⁶, da utiče na gubitak interesovanja za svijet oko sebe, porast nezadovoljstva sobom i da su u cjelini ove žene ranjivije nakon hospitalizacije nego prije liječenja. Zabrinute smo da se postojećim načinom liječenja (izolacija i medikamenti) i diskriminatorskim odnosom prema ženama u društvu i bolnici dodatno viktimizuju žene oboljele od mentalnih bolesti i otežava njihov oporavak i resocijalizacija.

PREPORUKE:

- Raditi na samopouzdanju i jačanju sposobnosti pacijentkinja za samostalno odlučivanje i brigu o sebi tokom trajanja hospitalizacije.
- Njegovati i jačati veze pacijentkinja sa zajednicom (porodica, posao, ranije aktivnosti i veze sa zajednicom) tokom boravka u bolnici.
- Edukovati medicinsko osoblje o prirodi, uzrocima, i posljedicama hospitalizma.
- Osigurati dostupnost psihoterapijskih i socioterapijskih servisa podrške u lokalnim sredinama.
- Obezbijediti organizacionu i psihološku podršku i pomoć u procesu organizovanja udruženja pacijentkinja sa mentalnim oboljenjima.
- Uključiti članove porodice u grupe podrške ili porodičnu terapiju.
- Ohrabriti uključivanje većeg broja pacijentkinja u ženske grupe u lokalnim sredinama.
- Raditi na podizanju svijesti i nivoa informisanosti opšte populacije o mentalnom zdravlju i pravima osoba sa mentalnim i psihičkim invaliditetom.
- Intenzivirati proces deinstitucionalizacije psihijatrije u Crnoj Gori.
- Obezbijediti psihoterapijske intervencije kao obavezne i ravnopravne metode u procesu liječenja.

7.2.1.5. Seksualnost, brak i odnosi u braku

Odgovori ispitanica ukazuju na disfunkcionalnost u oblasti seksualnosti. Analiza u cjelini ukazuje na ozbiljno zanemarivanje ovog segmenta života, ne samo zbog patrijarhalnog uticaja u razvoju i porodičnom životu nego i zbog toga što se ova tema u procesu liječenja ne razmatra, niti se ove potrebe uzimaju u obzir u procesu resocijalizacije.

Bračne veze su pod jakim uticajem patrijarhalnog vaspitanja žena sa prisutnim nasilništvom, češće psihičkim nego fizičkim od strane partnera, uz česti alkoholizam muževa.

6 Kecmanović, D. (1989), Prevencija duševnih poremećaja. Psihijatrija, Tom II; str.1552.

Nedostatak znanja i odsustvo podrške društva realizaciji seksualnosti žena, kao i izostanak brige o ovom vidu nasilja, uvećavaju mogućnost razbolijevanja žena i teškoće u njihovom liječenju.

PREPORUKE:

- U procesu liječenja otvoriti temu seksualnosti sa svakom pacijentkinjom pojedinačno, ali i na grupnim sastancima/terapijskim zajednicama/grupama samopomoći razgovarati o ovoj temi.
- Edukovati i senzibilisati medicinsko osoblje u psihijatriji, ali i u lokalnim sredinama, o važnosti seksualnosti za proces liječenja i kvalitet života.

7.2.2. Doživljaj bolesti i odnos prema liječenju

7.2.2.1. Percepcija bolesti, upoznatost sa dijagnozom i pristanak

Pacijentkinje u većini slučajeva nisu upoznate sa svojom dijagnozom. U bolnicu ih dovodi porodica ili policija i uglavnom naknadno (pacijentkinje, član porodice ili Centar za socijalni rad) daju pristanak za bolničko liječenje.

PREPORUKE:

- Obezbijediti podršku za davanje slobodnog i informisanog pristanka pacijentkinja na smještaj u bolnicu i na medicinski tretman u bolnici.
- Osigurati upoznatost svake pacijentkinje sa njenom dijagnozom, terapijom i pravima.

7.2.3. Tretman i odnosi u bolnici

Terapija u bolnici uglavnom se svodi na medikamentoznu terapiju, jutarnje vizite ljekara i osoblja i povremene razgovore (na njihov zahtjev ili pred otpust) sa nadležnom psihijatricom. Većina ispitanica nije dovoljno informisana i osviješćena o svojoj bolesti, potpuno su oslonjene na medikamente iako nisu u potpunosti upoznate sa njihovim pozitivnim i negativnim dejstvom. Ne radi se dovoljno na motivaciji pacijentkinja da preuzimu odgovornost za vlastito liječenje (ukoliko to dozvoljava bolest). Stiče se utisak da prihvataju da je bolest nešto što postoji nezavisno od njihovog odnosa prema tom stanju.

7.2.3.1. Zadovoljenje osnovnih potreba

Iako se veći broj ispitanica izjasnio da su uslovi boravka i zadovoljenja elementarnih potreba dobri, znatan broj je iskazao nezadovoljstvo u konkretnim detaljima vezanim za način zadovoljenja ovih potreba.

7.2.3.2. Odnosi sa osobljem

Većina ispitanica je odnos sa osobljem ocijenila zadovoljavajućim. Ipak, skrenuta je pažnja na pojedinačne primjere neprimjerenog odnosa medicinskih sestara kao i slučajeve verbalnog nasilja. Ovu praksu ispitanice uglavnom pravdaju preopterećenošću medicinskog osoblja.

7.2.3.3. Posjete

Iako je organizacija posjeta najpozitivnije ocijenjena, ima primjedbi na uslove koji ne obezbjeđuju privatnost (posjete se odvijaju ili u hodniku gdje su i druge pacijentkinje, ili u sobi kada se od drugih pacijentkinja očekuje da izađu, ili ispred odjeljenja ukoliko se odobri izlaz pacijentkinji i ukoliko su dobri vremenski uslovi).

7.2.3.4. Organizacija dana

Najviše pritužbi ima na organizaciju dana. Sve ispitanice su iskazale nezadovoljstvo i dodatne teškoće zbog načina na koji im je vrijeme boravka u bolnici organizovano i aktivnostima koje imaju, odnosno odsustvo smislenih aktivnosti, poput redovne radno-okupacione terapije i boravka na svježem vazduhu.

Svima smeta zatvorenost na odeljenju budući da pacijentkinjama ovog odjeljenja nije dozvoljeno samostalno kretanje u krugu bolnice. Šetnje na svježem vazduhu (u krugu bolnice) se organizuju povremeno i to zavisi od „raspoloženja“ osoblja. Nisu organizovane redovne sportske, kreativne ili radne aktivnosti na „otvorenom“ ili u nekom drugom prostoru u koji bi dolazile uz pratnju osoblja.

Ukazale su nam na pojave krađe na odjeljenju, što ukazuje na nebezbedne uslove boravka, ali i na klimu nepovjerenja među pacijentkinjama, što takođe otežava proces liječenja.

PREPORUKE:

- Upoznati pacijentkinje sa terapijom koju uzimaju, kao i sa koristi i opasnostima sprovođenja predloženog oblika liječenja i drugih mogućih oblika liječenja.
- U većoj mjeri uključiti pacijentkinje u proces vlastitog liječenja, ohrabriti ih i osnažiti da preuzmu veću odgovornost za svoje stanje i zdravlje i nakon izlaska iz bolnice.
- Osigurati svakodnevni boravak na svježem vazduhu.
- Uvesti pored medikamentozne terapije i ostale oblike liječenja i rehabilitacije – psihoterapijske i radno-okupacione aktivnosti u kontinuitetu, redovno i na adekvatan način.
- Obezbijediti dovoljan broj predmeta održavanje higijene i ličnu upotrebu: plastičnih čaša, pepeljara, tanjira, sapuna, uložaka, toalet papira, paste za zube, četke za kosu – posebno za pacijentkinje koje to sebi ne mogu da priušte .
- Osigurati da uslovi na odjeljenju budu u skladu sa potrebama pacijentkinja, da im se omogući uređivanje prostora i njegova personalizacija i stvaranje prijatnije i toplije atmosfere na odjeljenju.
- Raditi na ravnopravijem odnosu pacijentkinja i osoblja u svakodnevnoj komunikaciji i donošenju odluka.
- Obezbijediti psihoterapijsku podršku zaposlenima na odjeljenju (korisno organizovati seminare nenasilne komunikacije i prevencije burn-out sindroma).

- Suzbijati rodnu diskriminaciju na odjeljenju i bolnici.
- Obezbijediti poseban prostor za posjete kako bi se osigurala njihova privatnost.

7.3. Percepcija i stavovi ispitanica u odnosu na poziciju žene u Crnoj Gori

Sve ispitanice percipiraju da je njihova pozicija u svakodnevnicu i društvu teža nego muškarcima. Većina žena prepoznaje diskriminaciju u privatnoj i u javnoj sferi, iako je kod većine patrijarhalna rodna uloga u potpunosti interiorizovana u vrijednosni sistem. Postoji i interesovanje za praćenje dešavanja u društvu vezano za prava žena. Sve konstatuju da je ova tema više prisutna u društvu nego ranije i da se promjene dešavaju u „pozitivnom smjeru“, ali suviše sporo, pa one ne vide mogućnost promjene za sebe, ali ga vide u budućnosti.

PREPORUKE:

- Obezbijediti učešće pacijentkinja u edukacijama o rodnoj ravnopravnosti i pravima žena na lokalnom nivou.
- Obezbijediti uključenost pacijentkinja u odlučivanje o društvenim aktivnostima na lokalnom nivou kada su u pitanju žene sa mentalnim oboljenjima.

