

Uloga i postupci socijalnih radnika u bolnici iz perspektive osoba oboljelih od depresije i shizofrenije

Koletić, Lidija

Professional thesis / Završni specijalistički

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:955231>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-28**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)





Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog rada

Lidija Koletić

**ULOGA I POSTUPCI SOCIJALNIH
RADNIKA U BOLNICI IZ PERSPEKTIVE
OSOBA OBOLJELIH OD DEPRESIJE I
SHIZOFRENIJE**

SPECIJALISTIČKI RAD

Zagreb, 2022.



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet
Studijski centar socijalnog rada

Lidija Koletić

**ULOGA I POSTUPCI SOCIJALNIH
RADNIKA U BOLNICI IZ PERSPEKTIVE
OSOBA OBOLJELIH OD DEPRESIJE I
SHIZOFRENIJE**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentor: Izv. prof. dr. sc. Marijana Kletečki Radović

Zagreb, 2022.



University of Zagreb

Faculty of Law
Social Work Study Centre

Lidija Koletic

**ROLE AND ACTIVITIES OF SOCIAL
WORKERS AT THE HOSPITAL, FROM THE
PERSPECTIVE OF PATIENTS SUFFERING
FROM DEPRESSION AND
SCHIZOPHRENIA**

SPECIALIST WORK

Supervisor: Izv. prof. dr. sc. Marijana Kletečki Radović

Zagreb, 2022.

Sažetak

Profesija socijalnog rada zauzima važno mjesto u području zaštite mentalnog zdravlja ljudi. Socijalni radnici provode intervencije koje su usmjerene na osnaživanje oboljelih kako bi ostvarili svoje ciljeve, nadvladali poteškoće, uvažavajući perspektivu najvulnerabilnije skupine u društvu, osoba oboljelih od psihičkih bolesti. Cilj istraživanja bio je istražiti doživljaj osoba koje boluju od psihičke bolesti o ulozi i postupcima socijalnih radnika u bolnici. Rad prikazuje rezultate kvalitativnog istraživanja provedenog na uzorku od 48 osoba oboljelih od depresije i shizofrenije koji se nalaze na liječenju u Neuropsihijatrijskoj bolnici dr. Ivan Barbot u Popovači. Za prikupljanje podataka koristio se polustrukturirani intervju. Rezultati su pokazali da osobe oboljele od depresije su u većem broju korisnici sustava socijalne skrbi, u smislu novčanih naknada, kao što su doplatak za tuđu pomoć i njegu, osobna invalidnina i jednokratna novčana pomoć. Osobe oboljele od shizofrenije u većem broju koriste uslugu smještaja. Korisnici prava iz sustava socijalne skrbi iskazuju zadovoljstvo s ostvarenim pravima i uslugama. Sudionici navode da se uloga socijalnog radnika u bolnici očituje kroz individualni i grupni rad, rad s obitelji pacijenta, informiranje o zakonima i pravima iz sustava socijalne skrbi, savjetovanje te stručnu podršku. Sudionici, socijalne radnike smatraju zainteresiranim za oboljele osobe, doživljavaju ih kao stručnjake pune razumijevanja i osobe od povjerenja. Od socijalnih radnika saznaju nove informacije koje im pomažu u razumijevanju i rješavanju socijalne problematike. Sudionici smatraju da su socijalni radnici važni stručnjaci u bolničkom sustavu. Doživljavaju ih kao one s kojima mogu višekratno razgovarati, koji ih osnažuju, kao dio multidisciplinarnog tima koji su uključeni u liječenje unutar bolničkog konteksta. Izražavaju da su ispunjena njihova očekivanja zbog svakodnevne dostupnosti i pozitivnog iskustva sa socijalnim radnicima. Glavne psihosocijalne metode koje ističu da socijalni radnici koriste u procesu liječenja u bolnici su psioedukacija, radna terapija, terapijska zajednica i trening socijalnih vještina. Osjećaju djelotvorne učinke hospitalizacije kroz osjećaj veće osobne dobrobiti, ravnopravnost, sigurnost i odsustvo stresora. Nakon hospitalizacije dolazi do povećane razine funkcionalnosti te su vidljive pozitivne promjene zbog čega se osjećaju osnaženo i rehabilitirano. Ovo istraživanje pružilo je iznošenje doživljaja osoba oboljelih od depresije i shizofrenije o socijalnim radnicima zaposlenima u bolnici što je omogućilo dobivanje uvida u mogućnosti unaprjeđenja prakse rada temeljem korisničke perspektive.

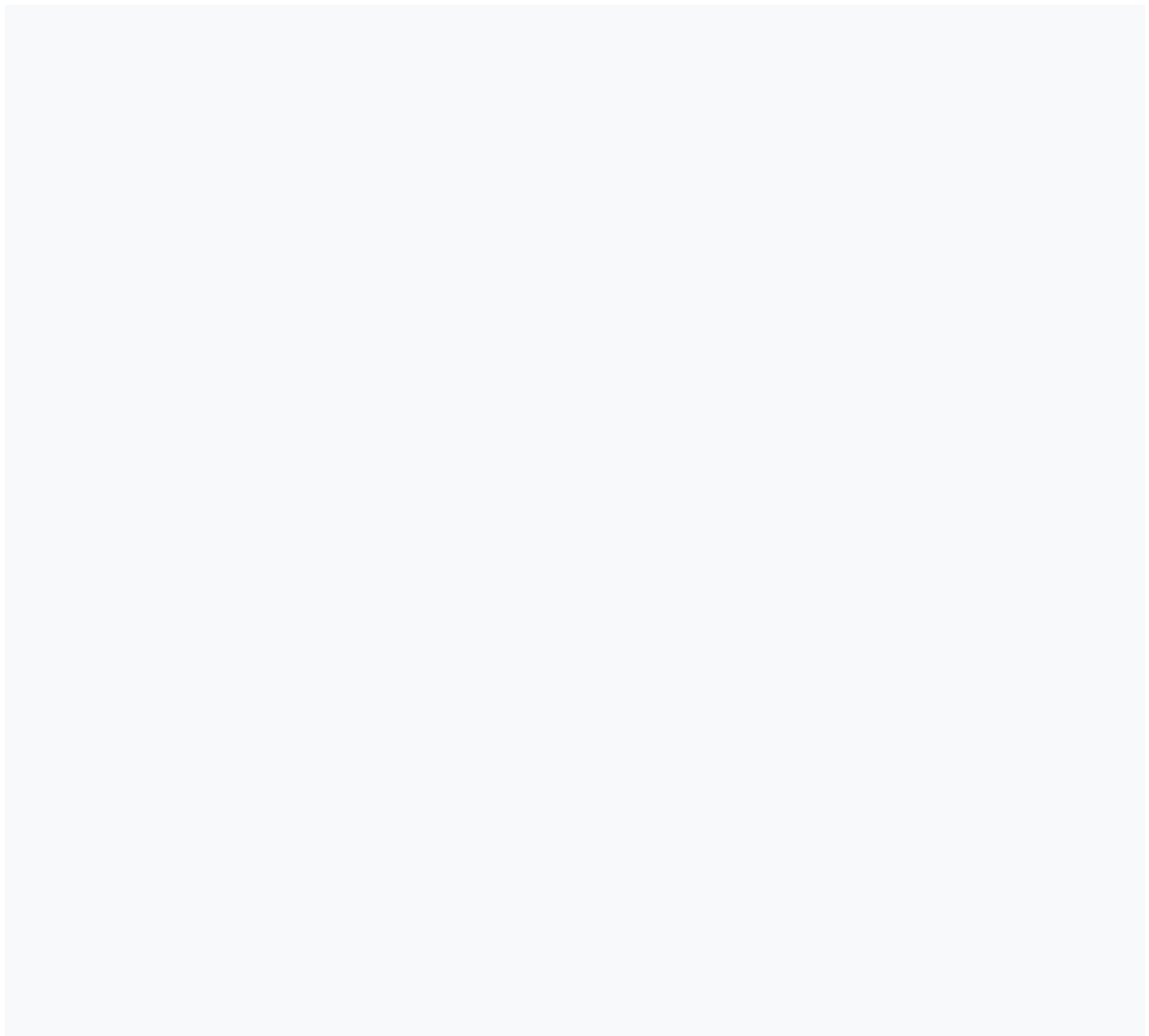
Ključne riječi: osobe oboljele od depresije i shizofrenije, psihijatrijska bolnica, multidisciplinarni tim, socijalni rad, uloga socijalnog radnika u bolnici, korisnička perspektiva

Abstract

The social worker's profession plays a significant role in the field of protecting people's mental health. Social workers conduct interventions directed at empowering patients, in order for them to achieve their goals and overcome difficulties, by appreciating the perspective of the most vulnerable group in the society i.e., patients suffering from mental illnesses. The goal of the research was to explore the experience of patients suffering from mental illnesses about the role and activities of social workers employed in the hospital. The paper outlines results of the qualitative research conducted on the sample of 48 individuals suffering from depression and schizophrenia, who are being treated at the Dr. Ivan Barbot Neuropsychiatric Hospital at Popovača. Semi-structured interview was used for collecting data. The results show that the persons suffering from depression use the system's cash benefits more often, such as allowance for assistance and care by others, personal disability allowance and one-off cash benefit. On the other hand, patients suffering from schizophrenia use the accommodation benefit in greater numbers. The beneficiaries using the social welfare system benefits express satisfaction with the exercised rights and obtained services. The respondents stated that the role of a social worker in a hospital is manifested through individual and group work, work with the patient's family, providing information about the relevant laws, counselling and professional support. Respondents consider social workers as those interested in the sick people, they perceive them as experts full of understanding and as confidants. They gather new information from the social workers, which information thus help them understand and solve social issues. Respondents believe that social workers are important experts in the hospital system. They perceive them as persons with whom they can converse frequently, as persons that empower them, as members of the multidisciplinary team who are involved in the treatment within the hospital context. They state that their expectations are fulfilled due to daily availability and positive experiences with the social workers. The foremost psycho-social methods emphasized as those used by social workers in the process of treatment at the hospital are psychoeducation, occupational therapy, therapeutic community and social skills training. Participants feel the effective impact of hospitalisation through experience of greater personal well-being, equality, safety and absence of stressors. After hospitalization, increased levels of functionality occur and positive changes are evident, making them feel empowered and rehabilitated. This research enables

presenting the views of patients suffering from depression and schizophrenia about the social workers employed in the hospital, which has enabled gaining insight into possibilities of advancing existing practices based on the users' perspective.

Key words: patients suffering from depression and schizophrenia, psychiatric hospital, multidisciplinary team, social work, role of the social worker in the hospital, users' perspective



| | |
|---|--------------------------------------|
| 1. UVOD..... | 1 |
| 2. SOCIJALNI RAD U PSIHIJATRIJI..... | 3 |
| 2.1. Odrednice i zadatci socijalnog rada..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.2. Povijesni pregled socijalnog rada u psihijatriji..... | Error! Bookmark not defined. |
| 2.2.1. Povijesni pregled socijalnog rada u hrvatskoj psihijatriji..... | 5 |
| 2.3. Kompetencije socijalnog radnika na psihijatriji..... | 5 |
| 2.3.1. Rad s pacijentima..... | 7 |
| 2.3.2. Individualan rad..... | 8 |
| 2.3.3. Grupni rad..... | 9 |
| 2.3.4. Rad s obitelji psihijatrijskog bolesnika..... | 9 |
| 2.3.5. Rad u timu..... | 10 |
| 3. PSIHIČKO OBOLJENJE: DEPRESIJA I SHIZOFRENIJA..... | Error! Bookmark not defined.0 |
| 3.1. Psihički poremećaj i psihičko oboljenje..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.2. Spolne razlike u psihičkim poremećajima..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.3. Etiologija duševne bolesti..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.4. Depresija..... | Error! Bookmark not defined. |
| 3.4.1. Teorijska objašnjenja depresije..... | 14 |
| 3.4.2. Liječenje depresije..... | 15 |
| 3.5. Shizofrenija..... | 16 |
| 3.5.1. Klinička slika..... | 17 |
| 3.5.2. Podjela shizofrenije..... | 18 |
| 3.5.3. Tijek bolesti..... | 20 |
| 3.5.4. Liječenje shizofrenije..... | 21 |
| 3.5.5. Obiteljsko liječenje..... | 22 |
| 3.6. Psihosocijalni postupci u rehabilitaciji oboljelih od shizofrenije..... | 23 |
| 3.6.1. Psihoterapija..... | 31 |
| 4. ULOGA I ZADATCI SOCIJALNOG RADNIKA U RADU S OSOBAMA OBOLJELIM OD DEPRESIJE I SHIZOFRENIJE..... | 32 |
| 4.1. Uloga socijalnih radnika u socioterapiji i rehabilitaciji osoba oboljelih o depresije..... | 32 |
| 4.2. Uloga socijalnih radnika u ranoj fazi otkrivanja shizofrenije Error! Bookmark not defined. | Error! Bookmark not defined. |
| 4.2.1. Uloga socijalnih radnika u radu s osobama oboljelim od shizofrenije Error! Bookmark not defined. | Error! Bookmark not defined. |
| 4.2.2. Specifičnosti, poteškoće i izazovi u radu s oboljelima od shizofrenije Error! Bookmark not defined. | Error! Bookmark not defined. |
| 5. SUSTAV PSIHOSOCIJALNE SKRBI..... | Error! Bookmark not defined. |
| 6. CILJ I ISTRAŽIVAČKA PITANJA..... | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 7. METODA..... | 40 |
| 7.1. Sudionici istraživanja..... | 40 |
| 7.2. Metoda prikupljanja podataka..... | 41 |
| 7.3. Postupak istraživanja..... | 42 |
| 7.4. Etički aspekti istraživanja..... | 43 |
| 7.5. Obrada podataka..... | 43 |
| 8. REZULTATI I RASPRAVA..... | 44 |
| 8.1. Doživljaj sustava socijalne skrbi prije dolaska u bolnicu..... | 44 |
| 8.2. Doživljaj uloge i postupaka socijalnih radnika tijekom liječenja i rehabilitacije..... | 46 |
| 8.3. Doživljaj korisnika psihosocijalnih metoda tijekom liječenja u bolnici..... | 55 |
| 9. OGRANIČENJA I SMJERNICE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA..... | 64 |
| 10. ZAKLJUČAK..... | 65 |
| 11. LITERATURA..... | 67 |
| 12. PRILOZI..... | 72 |
| 13. ŽIVOTOPIS..... | 73 |

1. UVOD

Socijalni rad je profesija koja ima značaj u unaprjeđenju dobrobiti ljudi i zauzima važno mjesto u području brige i zaštite mentalnog zdravlja (Kletečki Radović, 2021.). Socijalni rad u zdravstvu počeo se razvijati početkom 20. stoljeća u Americi. Začetnik je bio liječnik, Richard S. Cabot koji je smatrao potrebnim proučavanje životnih uvjeta pacijenata, a ne samo ograničavanje na patološke nalaze (Jeleč Kaker, 2009.). Organizirao je prvi socijalni odjel za vanjske pacijente unutar opće bolnice. Uloga socijalnih radnika bila je sastavljanje dijagnoze i djelotvorni program uz pomoć liječnika. Socijalni radnici su radili prvobitno u bolničkim dispanzerima, a zatim i na klinikama. Istraživali su fizičko okruženje pacijenta koje je liječniku pomoglo u razumijevanju ljudskog bića. On je bio taj koji prikuplja sve relevantne podatke. Empirijski dokazi ukazali su na to da su pacijentovi ishodi bolji kada je u liječenju uz liječnika sudjelovao i socijalni radnik (Karlović i sur., 2019.).

Socijalni rad u zdravstvu nastaje kao posljedica demografskih promjena, različitih mišljenja kako bi se oboljeli trebali liječiti te uloge psiholoških i društvenih čimbenika u zdravlju (Gehlert i Browne, 2006.). Prvi socijalni radnik u Hrvatskoj zaposlen je 1955. godine u tadašnjoj Bolnici za živčane i duševne bolesti u Vrapču (Ivančević, 1984.). Iako se naobrazba socijalnih radnika razlikuje od one zdravstvenog radnika, može se reći kako je rad socijalnog radnika bliži psihijatru u odnosu na ostale paramedicinske radnike. Upravo to drugačije školovanje daje mogućnost da se iz druge perspektive razmotre potrebe oboljelog i pridonese zaštiti duševnog zdravlja (Hudolin, 1982.). Socijalni radnici provode tretmane i intervencije u području zaštite pojedinaca i obitelji koji su suočeni s poteškoćama te osobama koje boluju od psihičkih bolesti. Profesija socijalnog rada je usmjerena na multidisciplinarno područje mentalnog zdravlja što podrazumijeva promociju mentalnog zdravlja, zatim prevenciju mentalnih poremećaja, u promicanju ljudskih prava, uklanjanju stigmatizacije te rehabilitaciji, oporavku i uključivanju osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja (Kletečki Radović, 2021.). Utvrđeno je kako medicina bez profesije socijalnog rada nije cjelovita jer liječnici nisu poznavali pozadinu pacijenta, njegov status, te ostale socio-anamnestičke podatke koji su korisni u procesu liječenja (Beder, 2006., prema Babić i Laklija, 2019.). Uvođenjem socijalnih radnika u bolnički sustav stavlja se naglasak na širi sustav svakog pojedinca. Praksa socijalnog rada podrazumijevala je niz intervencija usmjerenih na pozitivan ishod pacijenta (Judd i

Sheffield, 2010., prema Babić i Laklija, 2019.). Obzirom na samu prirodu psihičkih bolesti i njihovog utjecaja na cijelu obitelj, najviše socijalnih radnika je bilo zaposleno na odjelima psihijatrije (Ivančević, 1984.). Bolnički socijalni radnici su obavljali brojne aktivnosti poput procjene životnog okruženja pacijenta, dinamiku obiteljskih odnosa, utjecaj dijagnoze na kvalitetu života pojedinca (Beder, 2006., prema Babić i Laklija, 2019.). Danas najveći broj socijalnih radnika zaposlenih u zdravstvu rade u neurološko - psihijatrijskim odjelima te psihijatrijskim bolnicama (Pražetina i Šimić, 2014., prema Zlomislić, Laklija, 2018.).

Odnos prema duševnoj bolesti možemo vidjeti u svakodnevnom životu oboljele osobe. Gledajući kroz povijesna razdoblja, postojali su različiti oblici (ne)prihvatanja duševne bolesti što nam ukazuje na razvijenost određenog društva. Najstariji pristup psihičkoj bolesti bio je magijski i traje do 18. stoljeća kada se duševnim bolesnicima humanije počelo pristupati. U 19. i 20. stoljeću mijenja se pristup prema duševnim bolesnicima i nastaje dubinska psihologija i psihoanaliza koje se nezaustavljivo razvijaju uz otkrivanje bioloških, psiholoških i socijalnih modela, zatim destigmatizacija duševne bolesti, psihoedukacija i psihosocijalna rehabilitacija kao najznačajnija područja razvitka psihijatrije. Psihička bolest znači dublje odstupanje u psihičkim funkcijama, praćeno narušenim emocionalnim, kognitivnim i socijalnim funkcioniranjem. Razgraničenje bolesti i poremećaja je složeno što znači da je teško utvrditi o kojem je entitetu riječ osobito kod prijelaza poremećaja u bolest (Begić, 2016.). Depresija postoji koliko i ljudska rasa te su gotovo svi osjetili njezin dodir. Smatramo ju univerzalnim iskustvom. Ponekad se osjeti neobjašnjiva tuga, iznenada, bez ikakve najave koja za neke traje, a za druge je samo prolazan trenutak. U dvadesetom stoljeću, depresija se smatra bolešću koja se liječi na različite načine, od lijekova do elektrošokova i takva terapija mnogima pomaže. Ono predstavlja psihički poremećaj, a glavna obilježja su bezvoljnost, promjena raspoloženja, gubitak interesa, tjeskoba, nemir, poremećaj apetita, spavanja, teškoće s koncentracijom kao i suicidalne misli (Hautzinger, 2002.).

Drugi duševni poremećaj koji je u fokusu ovog rada je shizofrenija, a disfunkcionalnost pojedinca vidljiva je na socijalnom, radnom i obiteljskom području (Radić, Škrbina, 2011.). Misli i osjećaji su neusklađeni, a također nisu sukladni niti s vanjskim svijetom zbog čega oboljeli živi u svom svijetu (Begić, 2016.).

Psihijatrijski bolesnici su posebna, vulnerabilna društvena skupina koji su često dvostruko pogođeni što zbog svoje bolesti kao i stigmatizirajućih stavova od strane društvene zajednice

(Karlović i sur., 2019.). Postoje bolesti koje uvelike utječu na svakodnevni život oboljelih i na članove njihove obitelji te se ponekad pripisuju negativni komentari kao da su ljudi bolest, a ne da su oni ti koji pate od određene bolesti. Takva stigma predstavlja zapreku u liječenju i rehabilitaciji. Bolest znači samo po sebi nošenje dovoljno tereta i oduzimanje identiteta dovodi do pogoršanja bolesti i predstavlja vrijeđanje, jedno od osnovnih ljudskih prava, a to je pravo na članstvo unutar vlastite zajednice te da se pruži i primi pomoć kad je ona najpotrebnija (Sartorius, 2010.).

Socijalni radnici provode intervencije koje su usmjerene na osnaživanje oboljelih kako bi ostvarili svoje ciljeve, nadvladali poteškoće, uvažavajući perspektivu najvulnerabilnije skupine u društvu, osoba oboljelih od psihičkih bolesti. Stoga će ovaj rad biti usmjeren na perspektivu osoba oboljelih od depresije i shizofrenije kako bi dobili uvid u njihov doživljaj i ulogu socijalnog radnika u bolničkom kontekstu. U nastavku slijedi određenje socijalnog rada u psihijatriji te specifičnosti liječenja i multidisciplinarnog pristupa u odnosu na osobe oboljele od depresije i shizofrenije.

2. SOCIJALNI RAD U PSIHIJATRIJI

2.1. Odrednice i zadatci socijalnog rada

Prema Općoj skupštini Međunarodnog udruženja socijalnih radnika, socijalni rad je profesija koja promiče socijalne promjene, rješavanje problema u međuljudskim odnosima, osnaživanje kao i oslobađanje ljudi da postignu svoju dobrobit (Ajduković i Cajvert, 2001.). Temeljna određenja socijalnog rada je Američka nacionalna udruga socijalnih radnika uočila u svrsi socijalnog rada koja se ogleda u pomoći pojedincu i grupi da bolje identificiraju probleme koji nastaju zbog neuravnoteženosti između okruženja i njih samih, zatim identificiranje mogućih područja neuravnoteženosti između pojedinaca i grupa u cilju prevencije te ojačati potencijale pojedinaca i grupe, ali i cijele zajednice. Glavni zadatak socijalnog rada je dostupnost usluga kao što je socioterapija, individualna, grupna i obiteljska terapija, savjetovanje za što su socijalnim radnicima potrebna znanja iz teorije socijalnog rada, socijalne politike, intervencija u praksi socijalnog rada (Compton i Galaway, 1994.). Profesionalna

načela socijalnog rada su pravo korisnika na samoodređenje, poštovanje perspektive moći kao i poštovanje njegovog dostojanstva. Zatim usmjerenost na akciju koju socijalni radnici potiču i zauzimanje za vulnerabilne skupine kao i provođenje refleksivne prakse socijalnog rada. Također je važno djelovati na političkoj razini, ali i protivljenje svakoj diskriminaciji uz nastojanje da se i sami korisnici uključe u praksu socijalnog rada uz preuzimanje vlastite odgovornosti (Dominelli, 1997.).

2.2. Povijesni pregled socijalnog rada u psihijatriji

Potreba za socijalnim radom u psihijatriji pojavila se vrlo rano. Taj rad se temelji na dijagnostičkom shvaćanju, prognozi i terapijskoj pomoći osobi s psihosocijalnim poremećajima s naglaskom na suvremeno stajalište socijalnog rada. Najprije nastoji probuditi vlastite snage u osobi. Ukoliko ne uspije u samozaštiti duševnog i socijalnog zdravlja i ako sam nije sposoban riješiti nastalu poteškoću, javlja se potreba za stručnim radom socijalnog radnika. Glavni cilj socijalnog radnika je pomoći osobi u potpunoj rehabilitaciji. U svom radu primjenjuje metode socijalnog rada usklađene s znanstvenim dostignućima psihijatrije. Aktivnost je očita u planiranju i organiziranju zaštite duševnog zdravlja (Hudolin, 1982.). Socijalni rad se odvijao kroz rad dobrotvornih organizacija, no liječnici su izražavali potrebu za dodatnim podacima o materijalno ugroženim pacijentima koji se nalaze na hospitalizaciji. U početku je rad obuhvaćao ekonomske aspekte no razvojem profesije i edukacijom socijalnih radnika u području zdravstva ono se promijenilo. Tako je Američka asocijacija socijalnih radnika 1934. godine definirala socijalni rad kao formu *case worka*, odnosno međuodnos bolesti i socijalne (ne)prilagodbe. Pojavili su se izazovi za socijalne radnike jer se očekivalo njihovo znanje o ljudskoj motivaciji i njihovom utjecaju na bolest, zatim integracija znanja o funkcijama ličnosti s naglaskom na mentalne bolesti kao i metode promišljanja o proučavanju ličnosti i njihove povezanosti sa socijalnom situacijom pojedinca. Navedeni izazovi su potaknuti razvitkom psihijatrije i psihoanalize u medicini koje su utjecale na razvitak socijalnog rada u zdravstvu i značajnu ulogu u skrbi za zdravlje (Karlović i sur., 2019.).

2.2.1. Povijesni pregled socijalnog rada u hrvatskoj psihijatriji

Socijalni rad je sve do Drugog svjetskog rata imao karitativni karakter, a od osnivanja Više škole za socijalne radnike u Zagrebu 1952. godine s obrazovanjem u kadrovima za socijalnu zaštitu koja je ujedno bila i najstarija škola ne samo u Hrvatskoj i Jugoslaviji već i na području jugoistočne Europe. Nakon Drugog svjetskog rata počinju se pojavljivati problemi alkoholizma i drugih ovisnosti i osnivaju se socioterapijski klubovi psihijatrijskih bolesnika uz postojeće gerijatrijske klubove te se kao glavni osnivač javlja prof. Vladimir Hudolin koji je ujedno i zaslužan za status i položaj psihijatrijskih socijalnih radnika u hrvatskoj psihijatriji. Rad socijalnog radnika sličan je radu zdravstvenog radnika u radu na slučaju i grupnom radu no zbog drugačije perspektive, omogućuje cjelovitije i uspješnije uviđanje problema što se smatra prednošću rada u timu sa socijalnim radnikom. Podatak iz 1984. godine govori u prilog da je kod psihijatrijskih pacijenata u 30 do 40% potrebna neka od socijalnih intervencija, a na odjelima alkoholizma ta je potreba još veća (Karlović i sur., 2019.). 50 godina kasnije u 1319 zdravstvenih ustanova zaposleno je 65 socijalnih radnika i 14 socijalnih radnika u zavodima za javno zdravstvo (Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis, 2013., prema Karlović i sur., 2019.). Statistika ukazuje na nedostatak socijalnih radnika na psihijatriji i zdravstvu općenito (Karlović i sur., 2019.).

2.3. Kompetencije socijalnog radnika u psihijatriji

Hudolin je socijalne radnike definirao kao stručne suradnike na području socijalne medicine, psihijatrije i općenito s naglaskom na ulogu uočavanja poremećaja pojedinca na psihičkom, socijalnom i fizičkom planu i da pokuša taj poremećaj ispraviti. Kako bi se do toga došlo, potrebna je aktivacija i samog pojedinca/pacijenta. No za takav uspjeh, potreban je širok opseg znanja psihijatrijskog socijalnog radnika u području mentalnog zdravlja, socijalnog okruženja i njihovog međudjelovanja. Važno je osnažiti pojedinca, usmjeriti ga kako bi sam održao ravnotežu.

Glavne kompetencije koje socijalni radnik treba posjedovati su: kompetencije u radu s pojedincem, procjena potreba, životnih prilika pacijenta i njegove obitelji. Izrada individualnog plana i strategija s ciljem boljeg informiranja pacijenta, dostupnim mogućnostima liječenja,

potencijalnog smještaja po završetku hospitalizacije kao i objašnjenje instituta skrbništva. Kompetencije u planiranju, razmatranju, evaluaciji prakse psihijatrijskog socijalnog radnika, komunikacija s lokalnom zajednicom kako bi se postigle promjene i povećale životne šanse pacijenta. Poticanje individualnog rasta i razvoj vještina koje pomažu u osobnoj promjeni. Kompetencije za osnaživanje ljudi kako bi izrazili svoje potrebe, zauzeli se za svoje mjesto u društvu i snalazili se u izazovnim situacijama. Kompetencije za djelovanje u rizičnim situacijama što podrazumijeva procjenu rizika, s naglaskom na minimiziranje stresa i potencijalne štete. Kompetencije za upravljanje što znači utvrđivanje prioriteta, ispunjavanje profesionalnih obveza kao i osiguravanje kvalitete rada. Konstruktivno rješavanje nesporazuma unutar interdisciplinarnog tima. Intervencije socijalnog radnika trebaju biti dostupne i ostalim članovima tima kako bi se zajedničkim snagama doprinijelo u funkcioniranju pacijenta. Demonstriranje profesionalnih kompetencija u smislu razumijevanja literature na kojima počiva praksa socijalnog rada kao i kritičko promišljanje o etičkim dilemama (Karlović i sur., 2019.).

Glavna prednost profesije socijalnog rada počiva na činjenici što fokus stavlja na individualno unutar okoline ili cijelog konteksta, a u radu se koristi holistički pristup i uočava se pozadina pojedinca. Tako pojedini socijalni radnici rade na odjelima s pacijentima određenih dijagnoza poput shizofrenije i depresije ili pak rade sa svim bolesnicima bez obzira na dijagnozu. Iz tog razloga je potrebna kontinuirana edukacija i usavršavanje kako bi mogli raditi s hospitaliziranim pacijentima i s onima u dnevnim bolnicama, ili s obje skupine.

Rad psihijatrijskih socijalnih radnika određen je zakonskim okvirom: Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14), Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 155/09, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11), Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, 37/08), Zakon o socijalnoj skrbi (NN 157/13 i 152/14), Zakon o djelatnosti socijalnog rada (NN 124/11, 120/12), Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (HZZO 2015) kao i Etički kodeks socijalnih radnica i socijalnih radnika Republike Hrvatske u djelatnosti socijalnog rada (NN 114/2013 i 41/2014) (Karlović i sur., 2019.).

Načela socijalnog radnika su određena Etičkim kodeksom Hrvatske komore socijalnih radnika kao i Načelima zaštite osoba s mentalnim bolestima i unapređenja zaštite mentalnog zdravlja Ujedinjenih naroda (1991.). Standardi kojih su se psihijatrijski socijalni radnici dužni pridržavati su slijedeći:

Profesionalna tajna - svi tajni podatci se moraju štititi kao profesionalna tajna uz korištenje informacija koje su dobivene u povjerljivom razgovoru samo kada je potrebna zaštita treće osobe ili sprječavanje veće štete.

Govorenje istine bolesnicima- dužnost govorenja pune istine uz informiranje svih važnih aspekata profesionalnog odnosa osim kada bi to moglo naštetiti dobrobiti drugih osoba.

Sukobljene obveze i očekivanja - važno je razjasniti moguće neusklađenosti između pravila profesionalnog postupanja i zakonskih obveza s jedne strane te očekivanja s druge strane.

Informirani pristanak - za svaku planiranu intervenciju je potrebno pribaviti pristanak bolesnika osim kada bi to naštetilo interesima treće strane ili zbog nužne intervencije i provedbe zakona.

Socijalni radnici su samostalni djelatnici te im licenca za rad vrijedi šest godina nakon kojih se ponovno obnavlja te se podrazumijeva kontinuirano profesionalno usavršavanje (Karlović i sur., 2019.).

2.3.1. Rad s pacijentima

Rad s pacijentima nerijetko može bit otežavajući bilo da je riječ o počiniteljima nasilja koji su upućeni sudskom mjerom na liječenje ili o psihotičnim bolesnicima koji se ne žele liječiti. Njihova nekritičnost otežava rad obzirom da je suradljivost smanjena ili je uopće nema. Obitelj također otežava rad zbog njihovih uvjerenja, primjerice da je marihuana dobra za njihovo zdravlje, a lijekovi su štetni ili da se bolest dogodila upravo zbog smanjene vjere u Boga. S druge strane imamo pacijente koji imaju uvid i žele se liječiti. Rad socijalnih radnika treba biti jednoznačan što znači s pravilima struke, bez predrasuda ili stereotipa s jasnim i jedinim ciljem, a to je pomoć psihijatrijskom bolesniku i naravno njegovoj obitelji. Ukoliko socijalni radnik prepozna da s nekim bolesnikom ili njegovom obitelji ne može raditi u smislu da se uzrujava prilikom svakog kontakta, potrebno je potražiti pomoć kroz superviziju i sebe kritički sagledati jer možda postoji i neki problem iz prošlosti koji valja razriješiti. Djelovanje psihijatrijskog socijalnog radnika se temelji na individualnom, grupnom radu, rad s obitelji i timskom radu (Karlović i sur., 2019.).

2.3.2. Individualan rad

U individualnom radu s psihijatrijskim bolesnikom, socijalni radnik prikuplja dostupne informacije o okolnostima prijema. Kad pacijentovo psihičko stanje to dopusti, uspostavlja se prvi kontakt s njim, odnosno razgovor koji je iznimno važan kako bi se radilo na uspostavi povjerenja i kako bi pacijent uvidio da se s druge strane nalazi stručna osoba koja im može pomoći. U toj fazi, socijalni radnik već ima mnoštvo informacija koje je dobio preko nadležnog Centra za socijalnu skrb, policije ili obitelji i na temelju toga su stvorene smjernice za rad iliti daljnje intervencije koje se prema HZZO naziva Psihosocijalna procjena socijalnog radnika i sastavni je dio povijesti bolesti. Iz anamnestičkih podataka upoznaje se i s pacijentovim psihosocijalnim razvojem (Havelka, 2002.). Psihijatrijska socijalna obrada pruža informacije o socijalnom kontekstu u kojem bolesnik živi, od imena, prezimena, kontakata članova obitelji do podataka o socioekonomskim prilikama unutar primarne obitelji (odrastanju, obiteljskoj dinamici, stambenim uvjetima, podatke o partneru, primanjima u obitelji, radnoj organizaciji, razlozima aktualne hospitalizacije) kao i kontakte s drugim institucijama poput sudova, Centara za socijalnu skrb osobito vezano za lišenje poslovne sposobnosti. Individualan rad s pacijentom ovisi o njegovoj potrebi. Ponekad je dovoljno prikupiti podatke, odnosno načiniti psihijatrijsku socijalnu obradu, a nekad svakodnevno, individualno radi s pacijentom. Kada je potrebno nastavno liječenje, socijalni radnik im pruža informacije o primjerice Klubu liječenih alkoholičara ili ovisnika o kocki u koje se uključuju kao izvaninstitucionalni oblik liječenja. Rad socijalnih radnika je vidljiv i u sustavu zdravstva na način da bolesnici mogu doći nakon završene hospitalizacije na savjetovanje putem uputnice za kontrole kod nadležnog psihijatra (Karlović i sur., 2019.).

2.3.3. Grupni rad

Grupni rad se kontinuirano provodi ovisno o oblicima bolesničkih programa. U socioterapijskom radu, socijalni radnik koristi grupne tehnike kako bi bolesnika doveo do uvida u bolest, vlastito ponašanje koje je često štetno i pružio mu smjernice koje potiču promjenu. Metode ovakvog rada mogu biti drugačije, ali pristup i načela rada ostaje isti. Za rad su također poželjne dodatne edukacije iz grupnog rada. Nakon Drugog svjetskog rata, socijalni radnici su postali i terapeuti, a zapošljavaju se i u psihijatrijskim dječjim klinikama. Kada je psihijatrija u zajednici doživjela svoju ekspanziju, psihijatrijski socijalni radnici dobivaju posebnu ulogu i u

tom području. Tako su u vrijeme osnivanja Klubova liječenih alkoholičara, profesor Hudolin prepustio upravo socijalnim radnicima, rad na tercijarnoj prevenciji, ali glavni zadatak je bio i ostao raditi na otklanjanju stigme i osuđujućeg stava društva spram psihički bolesnim osobama (Karlović i sur., 2019.).

2.3.4. Rad s obitelji psihijatrijskog bolesnika

Rad s obitelji je prisutan od početka do kraja liječenja, a neki puta i prije hospitalizacije kada obitelj traži pomoć kao i nakon iste. Tijekom liječenja, socijalni radnik čini sve kako bi pacijenta zaštitio u radnom ili socijalnom statusu, a obitelji pruža podršku i informacije te pomaže u suočavanju sa stresnim trenucima tijekom liječenja njihovog člana obitelji. Obitelji često nisu suradljive i odbijaju prihvatiti činjenice i savjete, ali socijalni radnik zadržava svoju profesionalnu ulogu (Karlović i sur., 2019.). Ulogu socijalnog radnika u zdravstvu Monroe (1999.) opisuje kroz profesionalnu pomoć oboljelom i njegovoj obitelji kako bi lakše razumjeli faze bolesti te zadovoljavanje potreba uz pomoć okoline, uključujući mreže institucija te šire društvene zajednice (Monroe, 1999., prema Poredoš i sur., 2008.). Svaka obitelj bi trebala biti promatrana uzeći pritom njihovu prošlost, budućnost, socijalno te kulturološko okruženje. Socijalni radnik zna kako će oboljeli i njegova obitelj biti tretirana od strane zakona i ostalih socijalnih institucija (Poredoš i sur., 2008.).

2.3.5. Rad u timu

Socijalni radnik kao stručni član tima samostalan je u obavljanju svojih poslova i zadataka i odlučuje o obliku socijalne intervencije koja je najpogodnija za bolesnika. Također, informira liječnika o svim poduzetim radnjama, a s druge strane i liječnik informira socijalnog radnika o činjenicama koje utječu na socijalno - terapijski plan. Uspjeh se postiže ako postoji ravnopravnost struka unutar tima, a to je ujedno i mjesto gdje socijalni radnik može podijeliti sve moralne dileme vezane za bolesnika ili članove njegove obitelji kao što je primjerice lišenje poslovne sposobnosti. Tada surađuje s Centrom za socijalnu skrb. Važno je da socijalni radnik preuzme odgovornost za svoj dio posla unutar interdisciplinarnog tima (Karlović i sur., 2019.).

3. PSIHIČKO OBOLJENJE: DEPRESIJA I SHIZOFRENIJA

3.1. Psihički poremećaj i psihičko oboljenje

Psihički poremećaj predstavlja predmet psihijatrijskog liječenja zbog čega je dobro spoznati što zapravo znači (Brajša, 2016.). Poremećaj znači odstupanje u jednoj ili nekoliko psihičkih funkcija što u manjoj mjeri oštećuje ukupno funkcioniranje osobe. Prognoze su povoljne, kraćeg je trajanja te rijetko ostavlja dugoročne posljedice. Poremećaj je povezan s funkcionalnim promjenama središnjeg živčanog sustava. Depresivni poremećaj, anksiozni poremećaj, poremećaj ličnosti spadaju u skupinu psihičkih poremećaja. Događa se da psihički poremećaj prijeđe u bolest, primjerice iz depresivnog poremećaja koji se pojavio kao posljedica nepovoljne životne okolnosti u teški oblik depresije ili shizotipni poremećaj ličnosti u shizofreniju. Također je moguća i tranzicija u suprotnom smjeru, kada osoba oboljela od depresije razvije anksiozni poremećaj. Zato se i kaže da razgraničenje poremećaja i bolesti nije jednostavno osobito kad je riječ o prijelazu iz poremećaja u bolest (Begić, 2016.). Psihički poremećaj nije samo simptom bolesti kod određenog bolesnika koji čini predmet psihijatrije nego ukupnost važnih karakteristika koji čine taj poremećaj i mjesto na kojem je potrebno usmjeriti svoj rad (Brajša, 2016.). Također se može shvatiti kao poremećaj komunikacije jer nastaje u interpersonalnim odnosima (Jakovljević i Begić, 2013.).

Psihička bolest je dublje odstupanje u psihičkim funkcijama, uz dugotrajno narušeno kognitivno, emocionalno i socijalno funkcioniranje. Prognoza je nepovoljnija u odnosu na poremećaj. U psihičke bolesti ubrajaju se depresija i shizofrenija koje su u fokusu ovog rada (Begić, 2016.). Osoba s psihičkim oboljenjem nije samo pojedinac s određenim poremećajem ili bolesti već pojedinac sa svojom okolinom što bi značilo da se pod pojmom osobe oboljele od psihičke bolesti, podrazumijevaju i svi oni koji su u direktnoj vezi s njim, a to uključuje njegove roditelje, braću i sestre, partnera, prijatelje i susjede, ali također i stručnjake koji rade na poboljšanju bolesnikovog stanja. Uloga okoline je ključna i liječenjem se ne liječi bolesnika uz pomoć njegove obitelji nego njega s njegovom okolinom i radnom sredinom. Suvremena psihijatrija prednost daje očuvanim dijelovima ličnosti s ciljem razvijanja, održavanja kako bi se očuvale predispozicije za suprotstavljanje bolesnom procesu (Brajša, 2016.).

3.2. Spolne razlike u psihijatrijskim poremećajima

Uzroci mentalnih poremećaja čine kombinaciju genetskih, psihosocijalnih, kulturalnih i tjelesnih faktora, a specifični poremećaji su posljedica međuodnosa istih. Kulturalne i društvene norme mogu također pridonijeti pojavi mentalnih poremećaja, pa tako primjerice patrijarhalne kulture češće uključuju nasilje intimnih partnera što može dovesti do pojave depresije. Spolne razlike u prevalenciji psihijatrijskih bolesti su prepoznate i ona je veća kod žena od one u muškaraca (žene = 21.3%, muškarci = 12.7%). Depresija je također češća kod žena, pa tako studija Silversteina (2002.) potvrđuje da depresivne žene imaju izraženije simptome od muškaraca što je karakterizirano većom potrebom za spavanjem, javlja se poremećaj apetita, bolovi i anksioznost. Studije su pokazale kako je kod žena depresija nastupila u ranijom dobi života, obično postoji pozitivan psihijatrijski hereditet u obitelji, slabije socijalne prilagodbe i i narušene kvalitete života u odnosu na muškarce oboljele od depresije. Kod shizofrenije (žene = 1.3%, muškarci = 1.2%) postoji povoljniji tijek bolesti kod žena u odnosu na muškarce jer se bolest pojavljuje u kasnijoj dobi s manje negativnih simptoma i s boljim terapijskim odgovorom. Spolne razlike mogu biti uzrokovane psihosocijalnim čimbenicima, pa samohrano roditeljstvo, lošiji socijalni status kod žena i povećana osjetljivost također mogu pridonijeti višoj stopi pojavnosti depresije. Kulturalna pozadina kod žena je važna u načinu percipiranja same sebe kao i način na koji manifestiraju vlastite simptome pa se u nekim kulturama na psihičku bolest gleda negativno i izaziva stigmatizaciju zbog čega dolazi do frustracije. Tako mnogo žena ne potraži psihijatrijsku pomoć već se žale na somatska oboljenja kako bi se prikrio mentalni poremećaj (Degmečić, 2014.).

3.3. Etiologija duševne bolesti

Uzroci duševnih bolesti se dijele na neposredne čimbenike koji uzrokuju bolest i posredne koji pospješuju nastanak psihičkih bolesti. Što zapravo uzrokuje duševne bolesti, još uvijek ne znamo unatoč svim informacijama, istraživanjima i kliničkim iskustvima. Postoje pretpostavke kako određene promjene u mozgu, naslijeđe, stres, životni događaji te niz preostalih čimbenika djeluju na pojavu duševne bolesti, ali nije dokazano što je konkretno njihov uzrok (Begić, 2016.). Glavno polazište smatra se utjecaj bioloških, psiholoških i

socijalnih čimbenika po čemu je i nastao biopsihosocijalni model (Engel, 1977., prema Begić, 2016). Većina psihičkih bolesti i poremećaja nastaje prvenstveno zbog biološke predispozicije na koju utječu ostali psihološki i socijalni čimbenici koji međusobno oblikuju duševnu bolest. Predisponirajući čimbenici čine sklonost za razvitak određene bolesti i oni su prvenstveno genetski, zatim tjelesni, okolinski i drugi. Precipitirajući čimbenici koji se nazivaju i trigger faktorima se pojavljuju neposredno prije pojave bolesti ili poremećaja, a mogu biti tjelesni, psihički i socijalni. Valja razlikovati predisponirajuće od precipitirajućih čimbenika. Ukoliko je primjerice proteklo više od 12 mjeseci od pojave određenog čimbenika do pojave bolesti, tada govorimo o predisponirajućim čimbenicima, ako je prošlo manje od 12 mjeseci, riječ je o potonjim čimbenicima što znači da je važno vrijeme između pojavljivanja čimbenika i bolesti. Podržavajući čimbenici pomažu u održavanju bolesti i vežu se za okolinu. Ako radna sredina stigmatizira osobu oboljelu od shizofrenije smatrajući je nesposobnom za rad te na taj način podržava i njegovo uvjerenje, ruši samopouzdanje, a zapravo je u podlozi neznanje o bolesti koje nadalje utječe na resocijalizaciju. Naposljetku su ponavljajući čimbenici koji dovode do ponovne pojave simptoma. Svi navedeni čimbenici pridonose razvoju psihičke bolesti, a najveći problem predstavlja određivanje zastupljenosti pojedinog i njegov značaj u bolesti (Begić, 2016.).

3.4. Depresija

Depresija se ubraja u najranije opisane medicinske poremećaje u povijesti medicine, a danas predstavlja jedan od najčešćih psihičkih poremećaja. Dolazi od latinske riječi *deprimere* što znači pritisnuti, utisnuti (Karlović i sur., 2019.). Depresija je nadređen pojam lošem raspoloženju (Ehrenberg, 2003.). Depresivna raspoloženja većini su poznata, te se tada osjećaju prazno, pasivno i bezvoljno. Riječ je o normalnim reakcijama na svakidašnje događaje. Svatko poznaje osjećaj utučenosti, na primjer kada doživi neki gubitak, odvajanje od drage osobe, uzastopne neuspjehe na poslovnom planu. Razočaranja i loša raspoloženja spadaju u normalne osjećajne reakcije. No valja razgraničiti osjećaj tuge od patološke depresije (Dodig, 2004.). Zbog neprepoznavanja simptoma, sama bolest ne liječi se na vrijeme te dolazi do depresivnih epizoda i rizika od samoubojstva. Od ukupnog broja oboljelih od depresije, njih 50% potraži stručnu pomoć, a od njih samo 20% se ispravno liječi što uključuje medikamente i

psihosocijalne postupke. Uzroci depresije, biološki (genetika), psihološki i socijalni, dugo su bili predmet istraživanja u psihijatriji, no naglasak se stavlja na psihosocijalne kao što su traumatska iskustva, zlostavljanje, zanemarivanje, kronične bolesti i poremećaj osobnosti (Ljubičić i sur., 2010.). Integrativni pristup je važan u smanjenju recidiva. Suvremena tumačenja depresije obuhvaćaju širok opseg emocionalnih reakcija koje se mogu razviti u tešku bolest.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, davno se procijenilo kako će do 2020. godine, depresija postati drugi uzrok bolesti po učestalosti na svijetu što bi značilo da predstavlja ozbiljan zdravstveni problem (Holmes, 2006.). Kod žena se smatra bolešću koje zauzima prvo mjesto zbog biološke specifičnosti (hormonalne varijacije) te se pojavljuje gotovo dvostruko češće u odnosu na muškarce (2:1) (Begić, Jukić i Medved, 2015.). U Hrvatskoj je više od dvjesto tisuća oboljelih od depresije. Podatci govore da je prevalencija depresivnog poremećaja od 0.6% do 25%. Prema epidemiološkim studijama, svaka peta žena i svaki deseti muškarac tijekom života iskusi barem jednu depresivnu epizodu (Dodig, 2004.). Međutim ovdje je moguće da muškarci depresiju rješavaju na način da se okrenu ovisnosti o alkoholu ili su naučeni boriti se s ranjivošću i ne dozvoljavaju si toliku bespomoćnost poput žena. Također, depresija je češća kod osoba koje su socijalno izolirane kao i kod razvedenih. Prema novijim podacima, u svijetu je preko 150 milijuna oboljelih od depresije (Karlović, 2019.). Istraživanja su pokazala kako su proljeće i jesen dva godišnja doba u kojima se depresija najviše pojavljuje. (Jakovljević, 1997.).

Depresivnoj osobi sve su funkcije promijenjene, a glavne karakteristike su loše raspoloženje, nisko samopouzdanje, gubitak interesa za nekadašnje aktivnosti (Holmes, 2006.). Depresija nije bolest koja se sastoji od jednog uzroka već od nekoliko različitih kombinacija (Jakovljević, 2004.). Bolest koja značajno narušava svakodnevni život. Mnogo više od tuge i žalosti, nemogućnost uživanja u dosadašnjim aktivnostima, nesanica (Hautzinger, 2002.). Bolna tuga, nedostatak zanimanja za život, opća neaktivnost, pervazivni pesimizam, teškoće u donošenju odluka, noćne more su neki od simptoma koji se smatraju kliničkom depresijom, ukoliko traju barem dva tjedna (Blazer i sur., 1986., Pachana i sur., 1994., prema Schae i Willis, 2001.). Postoji razlika između nesretne i depresivne osobe. Ukoliko nesretna osoba pati od velike boli, potražiti će pomoć i utjehu, no u depresiji, takva slika ne postoji. Osoba je potpuno povučena u sebe, zarobljena u svome vlastitom tijelu i ne dopušta ljubav i suosjećanje svojih

bližnjih. Upravo zato se kaže da je depresija zatvor iz kojeg osoba ne može izaći. Ono bi se moglo opisati sivom ili crnom maglom ili pak beskonačnim tunelom. Jedno je sigurno, depresivna osoba je u potpunosti odvojena od svijeta (Rowe, 2006.). Mnogi pacijenti kao uzrok depresije krive nepovoljne životne okolnosti, što je istraživanje u socijalnoj psihijatriji i potvrdilo jer osobe koje pate od depresije, doživjele su u posljednjih godinu dana negativno iskustvo poput gubitka u odnosu na osobe koje nisu postale depresivne. Naravno da većina osoba koje su doživjele gubitke ne podliježu depresiji što upućuje da ostali čimbenici poput otpornosti igraju veliku ulogu (Holmes, 2006.).

3.4.1. Teorijska objašnjenja depresije

Razumijevanju depresije pridonose biološki, psihološki i društveni čimbenici. Poremećaji raspoloženja koji su praćeni naporom i osjećajem tuge u kombinaciji s biološkim obilježjima kao što su gubitak težine, poremećaj spavanja te anhedonija (nesposobnost doživljavanja užitka), možemo promatrati iz biološke perspektive koja je u interakciji s genetskom predispozicijom (Holmes, 2006.). Anhedonija je temeljni simptom velikog depresivnog poremećaja (Treadway, Zald, 2010.). Psihološke teorije naglašavaju ljutnju, krivnju, nisko samopoštovanje, te pesimističan pogled na svijet i budućnost, općenito. Društveni pristup polazi od gubitka koji ovdje predstavlja glavni okidač, pokretač depresije, koji je praćen pomanjkanjem društvene potpore. Predrasude okoline povećavaju aktiviranje neposrednih uzroka depresije.

Pristupi se također mogu podijeliti na unutarpsihičku koja je usmjerena na biokemijske i kognitivne teorije ili imaju obilježja društvenih teorija, pa su bazirani na međuljudskoj usmjerenosti. Neurobiologija je povezana s farmaceutskom industrijom i depresiju shvaća kao bolest, kao što je bolest želuca, a uzroke u potpunosti zanemaruje. Psihoanalitičke perspektive se usmjeravaju na mentalni život, te ulogu mozga posve odbacuju. Prema najnovijim istraživanjima neuropsihoanalize, mozak ima direktan utjecaj na mentalno iskustvo, te se javlja povezanost fizioloških i psiholoških modela depresije. Neuropsihologija je podijelila endogenu i reaktivnu depresiju, te klasična psihijatrija zauzima stajalište da je endogena depresija potaknuta unutrašnjošću pojedinca bez utjecaja vanjskog uzroka, a reaktivna depresija je reakcija na vanjski podražaj, kao što je gubitak bližnjeg, žalovanje. Socijalna psihijatrija je

izbrisala tu podjelu i smatra se da 70% depresija nastaje kao reakcija na životne probleme. Osobe različito reagiraju na gubitke, kod nekih dođe do depresije, a neki to uspiju prevladati bez trajnih posljedica. No, ozbiljni depresivni poremećaj ipak dolazi posve iznenada (Holmes, 2006.). Depresija danas predstavlja jedan od vodećih uzroka invaliditeta s budućim porastom troškova i dodatnim opterećenjem zdravstvenog sustava (Karlović i sur., 2019.).

3.4.2. Liječenje depresije

Liječenje ovog poremećaja je složeno jer uključuje biološke (psihofarmakološke i psihoterapijske) i socijalne metode. Navedenom kombinacijom moguće je postići zadovoljavajući učinak. Antidepresivi su vodeći lijekovi u liječenju depresije čiji se učinci djelovanja vide nakon nekoliko tjedana, uobičajeno, tri do četiri tjedna. Ovisno o terapijskom odgovoru, terapija se titrira ili se uvodi novi psihofarmak. Liječenje jedne depresivne epizode predviđa se minimalno jednu godinu i najmanje toliko je potrebno redovito uzimati terapiju, no često se događa da oboljeli već nakon nekoliko mjeseci prestanu s uzimanjem iste jer nestanu simptomi zbog čega dolazi do relapsa. Druga i svaka iduća depresivna epizoda, zahtjeva cjeloživotno uzimanje terapije. U slučajevima kada se depresivna epizoda ne liječi, ona može trajati od 8 do 10 mjeseci, a kada se liječi, njezino trajanje je od 2 do 3 mjeseca. 30% oboljelih je rezistentno na terapiju. Interpersonalna psihoterapija i kognitivno - bihevioralna terapija su pokazale uspjeh u liječenju depresije. Prva je vremenski ograničena, a naglašava interakciju između osobe i njezine okoline kako bi se oboljeli lakše nosio s poteškoćama u interpersonalnim odnosima i depresivnom simptomatologijom. Potonja terapija se temelji na povezanosti depresije i negativnih misli koje su podložne modifikaciji uz pomoć psihoterapijskih strategija. Oboljeli testira negativne kognitivne sheme i zamjenjuje ih alternativnim shemama koje nadalje uvježbava. Kognitivno – bihevioralna terapija omogućuje i trajni učinak koji sprječava relaps unatoč prekidu psihoterapije (Karlović i sur., 2019.).

3.5. Shizofrenija

Shizofrenija je psihička bolest koja se sastoji od skupine duševnih poremećaja koji uključuju kognitivne, emocionalne i bihevioralne disfunkcije (Begić, Jukić i Medved, 2015.).

Riječ shizofrenija je zapravo tipičan psihijatrijski poremećaj jer zahtjeva najobuhvatnije psihijatrijsko znanje i srž svakog psihijatra (Karlović i sur., 2019.). B-A. Morel je 1860. godine opisao oboljelog koji je počeo intelektualno propadati uz halucinaciju i sumanute misli što odgovara današnjem opisu shizofrenije. Ta bolest se nazvala *demence precoce*. Zatim je E. Hecker 1871. godine opisao psihozu nazvavši je *hebephrenia*, što odgovara hebefrenoj shizofreniji. E. Kraepelin je 1896. godine je podijelio duševne poremećaje u dvije velike skupine, a to su manično-depresivne psihoze te psihoze pod nazivom *dementia praecox* u koju ubraja hebefreniju, katatoniju, i dementiu paranoiu. E. Bleuler je shizofreniji dodao još jednu psihozu pod nazivom shizofrenija simplex. Shizofrenija se naziva i rascjep duše odnosno razuma jer predstavlja stanje u kojem su misli i osjećaji neusklađeni. Oboljeli živi u svom vlastitom svijetu koji se razlikuje od realiteta. Unatoč svim halucinatornim produkcijama, on može sačuvati funkcionalne oblike. Postoje brojne zablude vezane za shizofreniju, primjerice da je to jedna bolest, da je za njezin nastanak odgovoran oboljeli, odnosno njegova okolina, kako je shizofreni bolesnik opasan za sebe i okolinu. Shizofrenije nije jedna bolest nego skupina različitih poremećaja kojima je glavno obilježje psihotičnost. Najvažniji simptomi u shizofreniji su poremećaj mišljenja i govora, poremećaj afektivnosti, pažnje, opažanja, volje i psihomotorike, sumanutosti (Begić, 2016.).

3.5.1. Klinička slika

Klinička slika shizofrenije je raznolika. Najčešće započinje u adolescenciji, naglo ili postupno bez jasnih simptoma koji se dijele na pozitivne, negativne i kognitivne.

Pozitivni simptomi su podijeljeni u dvije skupine: pozitivni psihotični simptomi gdje spadaju halucinacije i deluzije i pozitivni simptomi smetenosti gdje se ubrajaju formalni poremećaj mišljenja i dezorganizirano ponašanje.

Deluzije ili sumanute ideje su poremećaji mišljenja koji nisu dostupni razuvjeravanju. Oboljeli shvaća da je sve vezano za njega, od vijesti na radiju do ideja proganjanja i religioznih ideja. Zatim *halucinacije* su kvalitativni poremećaji opažanja i javljaju se slušne, vidne, cenestetičke. Slušne (auditorne) halucinacije se pojavljuju u obliku tona, zvuka ili u obliku glasova. Vidne (optičke) halucinacije se javljaju kao jednostavne i složene. Prva skupina su primjerice bljesak

svjetla, a potonja skupina se javlja u obliku slika ili scena. Cenestetičke halucinacije se dijele na tjelesne osjete, mirisne, okusne i dodirne. *Formalni poremećaji mišljenja* podrazumijevaju smeteno mišljenje i govor. Oboljeli priča nepovezano, prelazi s teme na temu. *Dezorganizirano ponašanje* je jedan od simptoma koji može biti različit u smislu da se oboljeli mogu ponašati čudno, agitirano i nedistancirano. Može se pojaviti i katalepsija (zgrčenost mišića), katatoni stupor (ukočenost mišića).

Što se tiče *negativnih simptoma*, ubraja se alogija, poremećaj afektivnosti, anhedonija i avolicija. *Alogija* podrazumijeva osiromašen govor, usporeno mišljenje, kratki odgovori. *Poremećaj afektivnosti* se očituje zaravnjenim afektom (raspoloženje ne odgovara misaonom sadržaju). *Anhedonija* je sljedeći simptom koji je karakteriziran gubitkom životnih interesa. Oboljeli je izgubio doživljaj ugone i više ne uživa u stvarima koje su ga veselile. *Avolicija* je nemogućnost započinjanja i održavanja ponašanja koja su usmjerena određenim ciljem zbog čega dolazi do socijalne izolacije. Razlikuju se primarni negativni simptomi od sekundarnih negativnih koji su posljedica pozitivnih simptoma (sumanutost, izostanak podrške).

Kognitivni simptomi podrazumijevaju kognitivni deficit koji dovode do privremene ili trajne ometenosti mentalnih procesa koji uključuje poremećaj pažnje, oslabljenu koncentraciju, apstraktno mišljenje. Često pokazuju depresivne simptome (Begić, 2016.). Istraživanje je pokazalo da shizofreni bolesnici često unose veću količinu vode u organizam, oko 17% imaju polidipsiju (pojačano pijenje vode), a od njih 25% do 50% može dobiti hiponatremiju zbog čega može doći do letalnog ishoda (Aukst Margetić i Margetić, 2000, prema Begić, 2016.).

3.5.2. Podjela shizofrenije

Prema MKB-10 shizofrenija se dijeli na: paranoidnu shizofreniju, hebefrenu shizofreniju, katatonu shizofreniju, nediferenciranu shizofreniju, postshizofrenu depresiju, rezidualnu shizofreniju, shizofreniju simpleks, ostale shizofrenije, nespecificiranu shizofreniju.

Paranoidna shizofrenija je najčešći tip shizofrenije te je obilježena trajnom paranoidnom sumanutošću, nepovjerenjem, proganjanjem. Mogu postojati slušne halucinacije i ostali poremećaji opažanja, a najčešće se pojavljuje u kasnim 20. i ranim 30. godinama.

Hebefrena shizofrenija se naziva i dezorganiziranom shizofrenijom te se pojavljuje najranije od svih oblika shizofrenije, između 15. i 25. godine života. Za ovaj tip su karakteristične nagle, afektivne promjene praćene sumanutim mislima i prolaznim halucinacijama. Mišljenje je dezorganizirano, a raspoloženje neadekvatno. Kasniji tijek je praćen negativnim simptomima, a prognoza je negativna.

Katatona shizofrenija je najrjeđi oblik bolesti gdje su izraženi psihomotorni poremećaji. Izraženi simptomi su od stupora preko hiperkinezije, katatone uzbuđenosti do stereotipije i negativizma. Oboljeli s ovakvim oblikom bolesti dolaze najranije na liječenje (Mimica, Henigsberg, Uzun i sur., 2002., prema Begić, 2016).

Nediferencirana shizofrenija se naziva i atipična shizofrenija. Za ovakav oblik shizofrenije tipični su različiti simptomi poput halucinacija, sumanutosti, dezorganizirano ponašanje čiji kriteriji ne zadovoljavaju niti jedan drugi oblik shizofrenije ili ima obilježje više od jednog tipa shizofrenije.

Postshizofrena depresija je oblik na koju se nadovezuje duga depresivna epizoda karakterizirana neintenzivnim pozitivnim ili negativnim simptomima. Ukoliko izostanu takvi simptomi, tada je riječ o depresiji, no ako su oni izraženi, tada se postavlja dijagnoza određenog tipa shizofrenije.

Rezidualna shizofrenija je kronificirani tip koji je obilježen odsutnošću izrazite sumanutosti, dezorganiziranog ponašanja i halucinacija. Ovdje je riječ o ireverzibilnim negativnim simptomima te se najčešće naziva kronična nediferencirana shizofrenija.

Shizofrenija simpleks počinje jednostavno, neupadno i polagano praćeno negativnim simptomima i socijalnim nefunkcioniranjem. Glavni simptomi su bezvoljnost i poremećaj afekta, ali bez depresije. Moguće je pojavljivanje i pozitivnih simptoma nakon nekog vremena, ali nisu izraženi. Karakteristično je povlačenje osobe iz okoline, obitelji, emocionalne veze. Osoba živi u vlastitom svijetu (Begić, 2016.).

Kad dođe do pojave shizofrenije, oboljeli ne znaju što im se događa. Čuju glasove, doživljavaju proganjanja, prijetnje. Članovi obitelji su također zbunjeni, postavljaju razna pitanja, a odgovori ih još više zbunjuju. Nekad se pokušavalo psihičke bolesti klasificirati na osnovi uzroka, no

kako uzroci kod nekih bolesti nisu poznati, napušten je takav princip. Danas su glavni pokazatelji bolesti njihovi simptomi i tijek. Na taj način je pojam shizofrenije postao uži. Liječenje je također promijenjeno. Uz primjenu psihofarmaka, psihoterapija shizofrenije je napredovala, osobito psihoedukacija koja pruža informacije o bolesti i načinu nošenja s istom. Od sedamdesetih godina se provodi niz istraživanja o učestalosti psihičkih poremećaja. Jedno istraživanje je provedeno u Americi koje se ujedno smatra i najopsežnijim pod nazivom »Epidemiological Catchment Area Study« (Epidemiološko istraživanje obuhvatnog područja), uključivalo je više od 18 000 ispitanih intervjuom, a rezultati su pokazali da se psihički poremećaj pojavio kod 33% ljudi jedanput u životu, 15% ima problema s alkoholom, drogama i lijekovima, 15% pati od strahova, 8% od depresije te naposljetku 1.5% do 2% su oboljeli od shizofrenije. Prema nekim podacima ti postoci su nešto niži, između 0.5% i 1%, što bi značilo da jedna do dvije osobe od sto oboli od shizofrenije (Luderer, 2006.).

3.5.3. Tijek bolesti

Liječenje shizofrenije u 90% slučajeva omogućuje život izvan institucije. 15 do 20% bolesnika se ne oporavi u razdoblju od deset godina nakon pojave prve psihotične epizode, a oko 50% oboljelih je u remisiji u trajanju od dvije i više godina (Begić, Jukić i Medved, 2015.). Teško je predvidjeti ishod shizofrenije zbog same šarolikosti čimbenika o kojima ovisi. Kao što je njezin uzrok nepoznat tako se ne može znati niti njezin tijek kao ni sam ishod bolesti koji je različit kod oboljelih. Jedino se zna da uzrok shizofrenije nije jedan niti jedinstven. Ishod najviše ovisi o obiteljskoj opterećenosti ovom bolešću, načinu funkcioniranja u premorbidnoj fazi bolesti, dobi, načinu na koji je nastala, podvrsti, odgovoru na medikamente kao i drugim mnogobrojnim čimbenicima (Begić, 2016.). Smatra se da na ishod shizofrenije najviše utječe liječenje prve psihotične epizode (Medved, 2010., prema Begić, 2016.). Najviše oboljelih ima kroničan tijek s fazama pogoršanja i fazama remisije. Postoje tri glavna prognostička ishoda: najpovoljniji, srednje povoljan i najteži ishod.

Najpovoljniji ishod se pojavljuje u 20 do 30% slučajeva (Sadock i Sadock, 2007., prema Begić, 2016.). Kod oboljelog se nakon akutne faze javlja remisija, odnosno u potpunosti se oporavlja. Simptomi nestaju, a osoba funkcionira u svim životnim segmentima, iako se uzimanje

farmakoterapije i nadalje preporuča jer bi se u protivnom mogla ponoviti akutizacija shizofrene psihoze. Iako se može dogoditi da unatoč i primjeni farmakoterapije dođe do pogoršanja bolesti. I takvo stanje teško podnose te su posve nekritični jer su navikli na remisiju i tada nerijetko dolazi do suicidalnih misli.

Srednje povoljan ishod se odnosi na djelomični oporavak nakon izlaska iz akutne faze, te se javlja kod 20 do 30% oboljelih (Sadock i Sadock, 2007., prema Begić, 2016.). Karakteristike ovog ishoda su funkcioniranje u nekim segmentima i nefunkcioniranje na drugim razinama. Primjerice, u obitelji normalno funkcionira, što se ne može reći i za širu okolinu.

Najteži ishod koji je kod nekih oboljelih vidljiv od pojave prvih simptoma shizofrenije što je zapravo kroničan tijek bolesti, a simptomi su izraženi na način da ometaju funkcioniranje na svim područjima. Ovakav oblik bolesti je nekada bio redovit, ali se pojavom antipsihotika takav ishod smanjio. Kroničan oblik s najtežim ishodom je vidljiv kod 40 do 60% oboljelih. Prosječni životni vijek kod shizofrenih bolesnika je do deset godina kraći u odnosu na opću populaciju te ih oko 50% pokuša suicid što i 10% uspije (Sadock i Sadock, 2007, Begić, 2016.).

3.5.4. Liječenje shizofrenije

Ako se osoba osjeća bolesno, važno je ublažiti simptome akutne bolesti. Obzirom da osobe oboljele od shizofrenije tijekom života obole nekoliko puta, potrebno je nakon prestanka akutnih simptoma spriječiti pojavu akutne bolesti. Liječenje treba omogućiti da unatoč svim preprekama (negativnih simptoma) nastave funkcionirati. Zato postoje dvije faze liječenja: liječenje usmjereno na akutnu fazu bolesti kao i preventivno liječenje i rehabilitacija (Luderer, 2006.). Oboljeli od shizofrenije, a kojima je potrebna hitna intervencija su najčešće oni s paranoidno - halucinatornim oblikom. Preplavljenost sumanutim progonstvima dovode oboljelog do stanja intenzivnog straha što može rezultirati i opasnim ponašanjem osobito prema osobama koje percipira kao progonitelje. Takve bolesnike je potrebno prisilno zadržati u bolnici jer njihovo stanje zahtjeva odgovarajuće antipsihotike (Begić, Jukić i Medved, 2015.).

Razvoj psihofarmaka je započeo nakon Drugog svjetskog rata koji je doveo do velikih promjena u liječenju psihičkih bolesti tako da je za shizofreniju osobito važan lijek iz skupine

psihofarmaka, neuroleptika koji umiruju, uspavljaju i djeluju preventivno, tj. sprječavaju pojavljivanje akutne faze bolesti te kod više od 90% prvi put oboljelih od shizofrenije, uzimanje ovog lijeka se pokazalo učinkovitim jer su akutni simptomi potpuno nestali. Važno je pravilno doziranje lijeka (Luderer, 2006.). Antipsihotici su glavni lijekovi u liječenju shizofrenije, ali ne pokrivaju sve njezine simptome. Tako se primjenjuju i stabilizatori raspoloženja, benzodijazepini, antidepresivi, te ostali lijekovi. Prema istraživanjima, oko 15% do 50% oboljelih od shizofrenije uzima stabilizatore raspoloženja. Prema podacima, dvije trećine koristi benzodijazepine iako nema dokaza o njihovoj učinkovitosti na ključne simptome bolesti, a izaziva nuspojave poput vrtoglavice i sedacije te je jedna Švedska studija potvrdila da utječu na povećanje mortaliteta kod oboljelih od shizofrenije osobito kod uzimanja viših dnevnih doza. Polovica osoba oboljelih od shizofrenije prima antidepresive jer imaju učinak na negativne simptome, depresiju, opsesivno – kompulzivni poremećaj. Iako nema dokaza o njihovom učinku na pozitivne i kognitivne simptome, djeluju na porast dopamina i serotonina te na taj način dolazi do smanjivanja negativnih simptoma, depresivnih simptoma i prisilnih misli te samim tim poboljšavaju opće stanje (Karlović, Peitl i Silić, 2019.).

3.5.5. Obiteljsko liječenje

Uzimamo li u obzir etiologiju, kliničku sliku, tijek bolesti i liječenje shizofrenije, zaključuje se da je riječ o kompleksnoj bolesti s brojnim posljedicama koje su vidljive u svim sferama obiteljskog, radnog i socijalnog funkcioniranja. Obitelji teško prihvaćaju dijagnozu shizofrenije zbog silnih predrasuda koje ju prate više nego i jednu drugu bolest. Narušeno funkcioniranje se teško tolerira u modernom društvu što stvara priličnu frustraciju za oboljelog, ali i za cijelu obitelj. Postizanje remisija, normalizacija stanja nakon akutne faze bolesti, sprječavanje relapsa ovisi o pristupu liječenja kao i o primjeni psihosocijalnih/psihoterapijskih postupaka zbog čega je obiteljska psihoterapija jedna od najvažnijih psihoterapijskih postupaka. Obiteljska psihoterapija se počela razvijati 50-ih godina i njezini sami počeci su upravo vezani za istraživanja obitelji sa shizofrenijom. Naglasak se stavlja na interpersonalne obrasce s glavnim ciljem poboljšanja funkcionalnosti pojedinca. Obitelj danas promatramo unutar multidisciplinarnog pristupa i predmet je brojnih istraživanja. Suočene s raznim poteškoćama, pronalaze rješenja i kako se problemi mijenjaju kroz životni ciklus, obitelji se neprestano

prilagođavaju na nove zadatke koji su stavljeni pred njih. Razvijaju niz uvjerenja o sebi kao obitelji i načinu na koji funkcioniraju, jesu li skladni i složni ili distancirani. Istraživanja pokazuju da obitelji, sa shizofrenijom dijele zajedničke karakteristike. Vidljiva je umreženost odnosa do koje dolazi zbog visoke ekspresije odnosa između članova obitelji, devijacija u komunikaciji kao i pretjerano emocionalno uplitanje što podrazumijeva kontroliranje, pretjerana identifikacija s oboljelim, zatim socijalna izolacija zbog stigme bolesti. Zanimljivo je da je relaps nakon postignute remisije češći kod osoba koji su nakon demisije otpušteni u obitelj za razliku od onih koji su otpušteni u drugo okruženje. Emocionalna angažiranost, uplitanje, kritički komentari samo su neki od čimbenika koji su pridonijeli relapsu dok su pozitivni komentari i toplina minimalno utjecali na pojavu istog. Početkom 70-ih godina Brown i suradnici su povezali EE indeks (emocionalna ekspresija) s učestalošću relapsa. Istraživanja su pokazala da u obiteljima u kojima je prisutan visok EE indeks, relaps je prisutan kod 58% pacijenata nakon devet mjeseci, a kod obitelji s niskim EE indeksom, ono je 16%. Ekspresija emocija uvelike ovisi o životnim događajima. Tako da nizak EE indeks ne mora nužno značiti i funkcionalnost obitelji jer i tada je potrebna intervencija. Socio-kulturološki čimbenici su važni u prevenciji bolesti zbog čega se ističu protektivni čimbenici poput socijalne podrške, topla, obiteljska atmosfera kao i niska razina stresa. Istraživanja pokazuju da bi rad s obitelji trebao trajati najmanje devet mjeseci sa sveobuhvatnom procjenom obiteljske funkcionalnosti s heterogenim pristupom prema svakom pacijentu (Karlović, Peitl i Silić, 2019.).

3.6. Psihosocijalni postupci u rehabilitaciji oboljelih od shizofrenije

Za adekvatnu primjenu psihosocijalnih postupaka u rehabilitaciji, potrebno je odrediti pristup bolesti, planirane intervencije i tko je sve uključen u proces liječenja i rehabilitaciju. Liječenje i rehabilitacija počivaju na istom principu koji uključuje biološku, psihološku i socijalnu dimenziju. Potrebno se osvrnuti na izgubljene sposobnosti oboljelog, ali i one sačuvane. Važan je interdisciplinarni tim gdje svaki iz svog područja pridonosi oporavku bolesnika primjenjujući prethodno navedene dimenzije/metode s naglaskom na holistički pristup svakom bolesniku. Od tima u koji je uključen liječnik, medicinska sestra, socijalni radnik, psiholog, radni terapeut se očekuje kontinuirano educiranje kako bi bili sposobni odgovoriti potrebama bolesnika i članova obitelji. Ključna je koordinacija tima, suradnja te

prikupljanje socioanamnestičkih i heteroanamnestičkih podataka. Sastavlja se plan s bolesnikom i obitelji koji je podložan revidiranju tijekom liječenja i rehabilitacije (Karlović, Peitl i Silić, 2019.). Rehabilitacija se sastoji od skupa psihosocijalnih postupaka koji su usmjereni na poboljšanje funkcioniranja u životnoj zajednici. Istraživanja su pokazala da liječenje koje uključuje primjenu lijekova, rad s obitelji i trening socijalnih vještina, smanjuje rizik od ponovne bolesti za 20% u odnosu na osobu koja redovito uzima samo lijekove, ono iznosi 45% (Hogarty i sur., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.).

Fallon i suradnici (1999.) su u projektu istraživanja naveli odgovarajuću metodu liječenja za oboljele od shizofrenije koja se sastoji od: 1. primjene najmanje učinkovitih doza antipsihotika koji utječu na simptome, 2. edukacije o korisnosti lijekova i nuspojavama, zatim 3. suradnja u svrhu uzimanja odgovarajućih lijekova, 4. edukacija u slučaju pogoršanja stanja oboljelog, 5. edukacija pacijenata i članova obitelji o načinima nošenja sa stresom, 6. edukacija o boljem razumijevanju bolesti, 7. edukacija o ostvarivanju učinkovite komunikacije kako bi se lakše nosilo sa stresom, 8. asertivna koordinacija liječenja, 9. razvoj socijalne potpore, 10. otkrivanje i liječenje akutnih stanja koja omogućuju oporavak, 11. treninga socijalnih vještina, 12. razvoj farmakološke ili psihološke strategije za akutne simptome, 13. smjernice za nošenje s psihozom, 14. strategije za rješavanje negativnih simptoma, 15. strategije za suočavanje s panikom i tjeskobom i naposljetku, 16. strategije koje će savladati promjene raspoloženja, suicidalne misli i razdražljivost (Fallon, 1999., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Kako bi se realizirale navedene strategije, potrebno je znanje iz psihoterapije i socioterapije koji su neizostavni dio rehabilitacijskog procesa, kao i edukacija o bolesti, rad s obitelji te *case managementa* koji trebaju biti dostupni svakoj oboljeloj osobi.

Edukacija o bolesti predstavlja individualni ili grupni postupak koji se sastoji od informacija o bolesti i liječenju koje se odvija između terapeuta i oboljelog ili člana obitelji (Štrkalj-Ivezić, 2010.). Kada osoba oboli od shizofrenije to za njega i njegovu okolinu predstavlja veliku promjenu, stoga je potrebno omogućiti stručno informiranje kako bi se oboljeli bolje upoznao s bolešću i s onim što ona nosi (Luderer, 2006.). To se ne odnosi na predavanja o simptomima bolesti, već je ono proces koji se odvija u pozitivnoj atmosferi s naglaskom na simptome bolesti, prepoznavanje znakova bolesti, liječenje lijekovima i mogućim nuspojavama, očekivanja od liječenja, strategije prevencije recidiva bolesti, razumijevanje same

bolesti te psihološke i sociološke posljedice koje bolest izaziva. Svrha edukacije je osnaživanje, u smislu da je oboljeli u stanju utjecati na situaciju u kojoj se nalazi (Štrkalj-Ivezić, 2010.). Istraživanja su pokazala da edukacija o bolesti bitno utječe na smanjenje relapsa bolesti, učestalost hospitalizacije te se povećava suradljivost oko uzimanja propisane terapije (Karlović, Peitl i Silić, 2019.).

Rad s obitelji također uključuje edukaciju o bolesti, poboljšanje komunikacije, a radi se na prepoznavanju emocionalnih faktora i rješavanju poteškoća koje su povezane s ponovnom pojavom bolesti (Štrkalj-Ivezić, 2010.). Istraživanja su pokazala kako rad s obitelji oboljelog od shizofrenije utječe na stabilnost remisija i iz tog razloga se ovo ubraja u metode koje su dio standarda liječenja osoba oboljelih od psihotičnih poremećaja (Lehman i sur., 2004., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Na obitelj se gleda kao na saveznika u liječenju, ali upravo zbog toga i obitelji se treba pružiti adekvatna pomoć. Suradnja s obitelji se temelji na razradi ciljeva, prioriteta i zadataka, a bitna je i identifikacija njihovih snaga i poteškoća. Za adekvatno liječenje oboljelog je uz rad s obitelji, potrebna terapija lijekovima i provedba ostalih psihosocijalnih postupaka (Štrkalj-Ivezić, 2010.). Razumijevanje i podrška koju obitelj može osobi oboljeloj od shizofrenije pružiti od velikog su značaja, zato je važno pridržavati se sljedećih pravila: 1. potrebno je izbjegavati konfrontaciju s oboljelim koja može nastati zbog njegove uvjerenosti u istinitost sumanutih ideja i halucinacija jer one predstavljaju njegovu stvarnost. 2. važno je saslušati bolesnikovo doživljavanje i fokusirati se na onaj dio koji je zaista realan kako bi shvatio da ga se zaista razumije i podržava. 3. oboljelom se ne smije lagati, već se u svemu pokušati dogovoriti i obećanja izvršavati. 4. radna sposobnost je smanjena u bolesti kako u akutnoj fazi tako i kasnije, stoga ih se ne smije tjerati na rad nego ih poticati da se aktiviraju vlastitom voljom. 5. dnevni raspored je narušen zbog prirode bolesti, zato mu se ne smiju nametati aktivnosti jer se postiže suprotan učinak. U osobi se pojačava osjećaj bezvrijednosti i nesposobnosti, a pohvala je najbolji motivator. 6. nije uputno oboljelom kriomice davati lijekove jer ukoliko to primijeti, stvorit će se silno nepovjerenje prema obitelji. 7. potrebno je ugađati oboljeloj osobi, a ukoliko mu želje nisu realne, potrebno je ponuditi alternativna rješenja (Jakovljević, 2001.).

Psihosocijalna rehabilitacija razumijeva aktivno sudjelovanje u ostvarivanju ciljeva vezanih za mentalno zdravlje i zato je postupak treninga socijalnih vještina najčešće primjenjivani postupak u rehabilitaciji osoba oboljelih od psihotičnih poremećaja.

Trening socijalnih vještina se temelji na postavljanju očekivanja, korištenju uputa te modela koji će služiti za identificiranje ponašanja kroz igranje uloga koje nadalje pomažu u motivaciji kako bi se poboljšalo socijalno ponašanje. Osobe oboljele od psihotičnih poremećaja suočavaju se s nedostatkom volje za vođenjem osnovne higijene, zanemaruju slobodno vrijeme, nemaju sposobnosti za rješavanje svakodnevnih problema, nedostaju im socijalne vještine te se suočavaju sa stigmom zbog bolesti. Sva navedena stanja, osiromašuju oboljelog u socijalnim događanjima i upravo zato je tu trening socijalnih vještina kao dio psihosocijalne rehabilitacije koji osobama omogućuje vraćanje životnih funkcija i uloga kako bi mogli nastaviti živjeti u svojoj lokalnoj zajednici. Socijalne vještine su naučeni obrasci ponašanja koje su neophodne osobama u svakodnevnoj komunikaciji, a podrazumijevaju izražavanje pozitivnih i negativnih osjećaja (Lieberman, 1975., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Najvažnije vještine kod osoba oboljelih od psihotičnih poremećaja jesu vještine uzimanja lijekova, vještine brige o sebi, preuzimanje odgovornosti što uključuje raspolaganje novcem, zatim prepoznavanje simptoma bolesti i slično. Cilj je da oboljela osoba uz pomoć bihevioralnih tehnika učenja, nauči vještine koje su važne za funkcioniranje. Trening se može provoditi individualno, grupno i s članovima obitelji. Ono omogućuje i učenje vještina poput pravila, normi, očekivanja drugih s kojima je oboljeli u interakciji.

Lieberman (1989.) je podijelio socijalne interakcije u tri stupnja koja se sastoje od sljedećih vještina: 1. vještine primanja informacija koje se odnose na uočavanje interpersonalnih i okolnih znakova, 2. vještine koje služe za obrađivanje podataka, 3. vještine slanja informacija koja podrazumijeva kontrolu sadržaja i tijeka poruke (Lieberman, 1989., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Kako bi se osobu uključilo u trening socijalnih vještina, potrebno je praćenje uputa, pažnja i koncentracija na sam proces treninga. Trening uključuje procjenu socijalnih vještina radi utvrđivanja poteškoća na kojima je potrebno raditi. Tako se procjenjuje da li osoba pokazuje disfunkcionalnost u ponašanju, kada se to događa, što je prethodilo, tj. izazvalo navedeno i koji nedostatak socijalne vještine osoba posjeduje. Također procjena uključuje i sposobnosti, zatim brigu o higijeni, motivaciju za promjenom, radnu prošlost, koji ciljevi su osobi važni u životu i koji su njezini interesi. Nakon procjene, određuje se što se uopće želi postići treningom socijalnih vještina, koji su pacijentovi motivi, kako gleda na situaciju, koji su mu ciljevi, u kojim situacijama se javljaju problemi i imaju li veze s trenutnom anksioznošću ili je to stvar loše

socijalizacije. Procjenjivanje se najčešće vrši intervjuiranjem jer se na taj način najlakše dolazi do željenih informacija, prati se i neverbalna komunikacija, a potrebno je definirati životne uloge i ciljeve (El Hassan, Štrkalj-Ivezić, 2010., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.).

Radna terapija zauzima važno mjesto u procesu rehabilitacije jer je ujedno i prva metoda rehabilitacije koja se počela razvijati. Oduvijek je poznato da se ljudi uz rad brže i bolje oporavljaju, pa otuda i zanimanje za ovu metodu iz koje proizlazi dvostruka korist. Osim što se radom psihičko stanje poboljšavalo, osoba se smatrala i produktivnom. Otuda se i razvila suvremena radna terapija kojoj je cilj planiranje aktivnosti na temelju procjene potreba oboljele osobe, a sve u svrhu postizanja vještina koje su neophodne za samostalan život i rad. Ciljevi radne terapije su identični ciljevima rehabilitacije, a radni terapeuti se koriste različitim tehnikama od onih najjednostavnijih, rutinskih do kreativnih tehnika. Što bi značilo, da je radna terapija pomno isplanirana aktivnost koja rad koristi kao svoje terapijsko sredstvo, a u svrhu postizanja cilja, kao što je reintegracija oboljelog u obitelj i društvo, samostalnost u svakodnevnom životu, pomoći joj da se osjeća korisnom i potrebnom. Radni terapeuti u suradnji s pacijentom postavljaju ciljeve, rješavaju probleme, organiziraju vrijeme, razvijaju socijalne vještine i pomažu u traženju posla. Oni nastoje pomoći osobi u organizaciji njihovog vremena, kako bi ono postalo smisleno i svrsishodno. Radnoterapijski proces se sastoji od procjene, postavljanja ciljeva, planiranja liječenja, radnoterapijske intervencije i evaluacije, stoga će svaki segment procesa biti ukratko objašnjen.

Procjenom se procjenjuju motoričke, spoznajne, duhovne te emocionalne karakteristike osobe i okolinske faktore, kako bi se odredio način na koji oštećenje ometa funkcioniranje. Terapeut procjenjuje oboljelu osobu kroz aktivnosti svakodnevnog života te uočava poteškoće koje ometaju izvođenje tih aktivnosti. Analizom aktivnosti, terapeut djeluje na pacijentovo osamostaljivanje, a u svrhu poboljšanja kvalitete njegova života. Procjena također uključuje područje interesa, disfunkcije, raspored dnevnog života, motivaciju i promjene koje su se nedavno dogodile.

Planiranje programa podrazumijeva postavljanje krajnjih rezultata, vremenski raspored, definiranje uloga, metode koje će se upotrebljavati i sustav koji će pratiti ulaz i izlaz pacijenata iz programa (El Hassan, Vuković, 2010., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Kako bi se postigao navedeni program, potrebno je provesti sljedeće korake, a to je definiranje područja u kojem je

potrebno poboljšati kompetencije, što proizlazi iz procjene potrebe i osvrnuti se na ono područje u kojem osoba najslabije funkcionira. Sljedeći korak jest odabir načina rada gdje je potrebno voditi računa o terapeutovim osobnim iskustvima djelovanja, mora poznavati praksu kako bi mogao zadovoljiti potrebe pacijenta te da se njegovo djelovanje uklapa u program liječenja. Zatim slijedi uspostavljanje ciljeva i rezultata, što znači da ciljevi moraju biti u skladu sa standardom programa, a standardi odražavaju prihvatljiv postotak oboljelih koji su u programu, oni koji su prošli program kao i oni koji su postigli željene ciljeve. Dolazimo do uspostavljanja metoda koje će pridonijeti integraciji programa u cjelokupni sustav koji se odnosi i na ostale stručnjake koji rade s pacijentom. Bitno je definirati pojedino područje rada stručnjaka, kao i mogućnost konzultacija ukoliko je potrebno. Također se treba računati i na moguće zapreke u ostvarivanju ciljeva, stoga je bitno pronaći način kako bi ih premostili. I zadnji korak je razvijanje pravila rada, koje nam ukazuju na pravila pomoću kojih oboljeli ulaze u program, kako im je na radionicama te način otpusta iz programa.

Postupci u radnoj terapiji se odnose na učenje i uvježbavanje aktivnosti brige o sebi, učenje produktivnih aktivnosti, učenje aktivnosti u zajednici, kognitivni trening, kontrola stresa u svakodnevnici, korištenje kreativnih tehnika u terapijske svrhe, edukacija o načinu korištenja energije. I naposljetku radnoterapijskog procesa slijedi evaluacija koja govori o postignutom učinku programa radne terapije, smjeru razvoja programa te da li ga je potrebno nastaviti, prekinuti ili izmijeniti (Cottrel, Fleming, 2000., El Hassan, Vuković, 2010., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.).

Radna rehabilitacija i zapošljavanje kao što je već i navedeno su vrlo važni aspekti, kako za održavanje mentalnog zdravlja, tako i za oporavljanje osoba oboljelih od psihičkih poremećaja. Tako se radna rehabilitacija smatra metodom rehabilitacije koja priprema oboljele za posao, a potpomognuto zapošljavanje omogućuje uključivanje pacijenata u kompetitivno zapošljavanje koje ne mora biti na puno radno vrijeme. Liberman (2008.) smatra da rad utječe na postizanje dostojanstva, zadovoljstva, socijalizaciju, sklapanje prijateljstva i proširivanje socijalne mreže, pomaže u učenju socijalnih vještina, povećava kognitivne kapacitete i zaštićuje od ponovne pojave bolesti (Liberman, 2008., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Zapošljavanje osoba s psihičkim poteškoćama povećava životne šanse i mogućnost sudjelovanja u društvu, a to utječe na smanjenje predrasuda i stigmatizacije. Ukoliko se osoba ne zaposli, dolazi do marginalizacije,

nedostatka financija, a to narušava kvalitetu života. Upravo zato se zapošljavanje smatra terapijskim sredstvom koje pozitivno utječe na ishod liječenja. Cilj profesionalne rehabilitacije jest smanjiti funkcionalne poteškoće i pokušati osobu osnažiti kako bi mogla samostalno živjeti, a temelj je pronalaženje i zadržavanje posla, što utječe na financijsku neovisnost.

Profesionalna rehabilitacija se sastoji od sljedećih elemenata: 1. Funkcionalna procjena koja se provodi tijekom cijelog procesa rehabilitacije, a odnosi se na program potreba, želja, interesa i sposobnosti za rad. 2. Interpersonalni angažman koji se smatra važnim za razvijanje međuljudskih odnosa. Zato je potrebna veća količina vremena i karakteristike koje čine odnos, a to su povjerenje, poštovanje i podrška. 3. Postavljanje tradicionalnih ciljeva na temelju kojih se profesionalna rehabilitacija i planira, trebaju biti integrirani u plan liječenja. 4. Predprofesionalne vještine su potrebne za zapošljavanje. 5. Aktivnosti svakodnevnog života i socijalne vještine koje se sastoje od treninga životnih i socijalnih vještina, a cilj je usavršavati postojeće te naučiti nove vještine, poput kuhanja, čišćenja, rješavanja problema i slično. 6. Radne aktivnosti se odnose na izgradnju sposobnosti za rad. 7. Individualizirani razvoj i zapošljavanje uključuje procjenu radne sposobnosti, vještina, interesa i potreba oboljele osobe. Aktivnosti se odnose na uvježbavanje intervju za posao, sastavljanje životopisa. Također je bitno razmotriti interese, vještine i iskustva oboljele osobe u odnosu na određeni posao. 8. Podrška kod zapošljavanja se odnosi na pomoć oboljeloj osobi u zapošljavanju ili zadržavanju posla. Asistent pruža podršku, potiče na rad u lokalnoj zajednici kako bi se osoba socijalno integrirala (El Hassan, Ivezić, 2010., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.).

Ukoliko želimo da se osobe oboljele od kroničnih duševnih bolesti uključe u zajednicu i društvo, potrebno je provesti prilagođen program rehabilitacije prema svakom bolesniku, zbog čega se u Hrvatskoj uvodi koncept individualnog plana skrbi (Ajduković i Urbanc, 2009.). Europska istraživanja su pokazala kako je glavni preduvjet mentalnom zdravlju upravo rad i zapošljavanje (Cox i sur., 2004.). U Hrvatskoj postoji program zapošljavanja Udruge za promicanje inkluzije, gdje se odvija program zapošljavanja za osobe kojima je oduzeta radna i poslovna sposobnost, a sve u sklopu psihosocijalne rehabilitacije. Korisnike se zapošljava na prilagođenim, ali normalnim radnim mjestima (Buizza i sur., 2009., prema Gruber, 2012.).

Case management - koordinirano liječenje u zajednici je oblik specijalizirane psihijatrijske prakse, a namijenjeno je liječenju osoba sa psihotičnim poremećajima kao što je

shizofrenija ili bipolarni poremećaj. Prisutan je u zemljama koje imaju razvijenu psihijatriju u zajednici, a uključuje rad s oboljelima, bilo u njihovom domu ili u službama u zajednici, u svrhu redukcije hospitalizma (Ryan i Morgan, 2004., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Model koordinacije je nastao u Americi u razdoblju od 1960. do 1970. godine, zbog zatvaranja psihijatrijskih bolnica i prepuštenosti oboljelih samima sebi (Scot i Lehman, 2001., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Ovaj model je u Engleskoj nastao zbog loše koordinacije službi u zajednici za osobe sa psihotičnim poremećajem (DoH, 1990., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Model se zasniva na psihobiosocijalnom pristupu, kako bi se potaknuo oporavak ili prilagodba na psihičku bolest. Koordinirano liječenje obuhvaća procjenu stanja te koordinaciju liječenja i usluga kada se koriste druge službe. Casemanager je ključna osoba u cijelom sustavu, jer je glavni odgovorni za održavanje terapijske relacije bez obzira gdje je pacijent i tko je sve uključen u njegovo liječenje (Intagliata, 1982., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Njegova uloga jest uključenost u sve korisnikove aspekte, a to se odnosi na stanovanje, brigu o sebi, liječenje, obitelj i okolinu. On pomaže korisniku identificirati resurse, kako bi se osposobio za samostalan život u zajednici (Rapp, Kisthardt, 1991., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Koordinator može biti stručnjak koji je povezan s mentalnim zdravljem, kao što je socijalni radnik, psiholog, medicinska sestra, radni terapeut, a na temelju individualne ili timske procjene stanja osigurava dostupnost drugih službi za korisnika te se brine za njegovo liječenje. Ukoliko se žele postići najbolji rezultati, najbolje je sudjelovanje multidisciplinarnog tima.

Postoje različiti modeli koordinacije, pa se tako *Brokerage Model* sastoji od koordinatora koji identificira potrebe pacijenta i upućuje ga u odgovarajuće službe u zajednici. Tako će ovaj koordinator imati mnogo pacijenata, ali malo kontakata s njima, za razliku od kliničkog casemanagementa gdje je koordinator uključen u procjenu, planiranje, intervencije u okolini, obitelji, surađuje s drugim stručnjacima, direktno radi s oboljelim, što uključuje psihoterapiju, trening socijalnih vještina i psihoedukaciju. Znači ovdje je koordinator uključen sve faze liječenja (Kanter, 1989., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). *Assertive Community treatment* (ACT), podrazumijeva intenzivno liječenje u kući oboljelog, a namijenjen je teže suradljivim osobama koje su često hospitalizirane (Stein, Test, 1980., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). U ovom modelu postoji multidisciplinarni tim koji se sastoji od medicinske sestre, radnog terapeuta, socijalnog radnika, psihologa i psihijatra, a provode trening vještina, kontrolu simptoma, edukaciju obitelji, a sve to u domu ili zajednici oboljelog (Hoult, 1990., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Sljedeći

model je namijenjen za teško suradljive pacijente, a naziva se *Intenzivno koordinirano liječenje*. Ovaj model uključuje mali omjer osoblja na klijente te je veća individualna odgovornost. *Model personalnog osnaživanja* je usmjeren na pacijentove pozitivne strane, sposobnosti i kompetencije, a manje na deficitarnu stranu. Čvrsto se vjeruje u pacijentovu moć promijene i u suradnji s njim je dogovoreno liječenje što dovodi do zadovoljstva obje strane (Rapp, Wintersteen, 1989., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). *Rehabilitacijski model* naglašava želje pacijenata, a fokus je na njegovim nesposobnostima kako bi se postigao željeni ishod. U individualno koordiniranom liječenju, koordinator radi individualno s pacijentom i razvija intenzivan odnos s njim, dok u timskom koordiniranju, cijeli tim koji se sastoji od različitih stručnjaka, brine za pacijenta i zadovoljava njegove potrebe (Clark i Fox, 1993., Olsen, 1995., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Cluster case management, liječenje provodi u grupi pacijenata i to u isto vrijeme, a grupa pomaže u socijalnoj komunikaciji, smanjuje izolaciju i daje podršku (Bacharat, 1992., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.).

Potrebu za koordinatorom liječenja nemaju sve osobe koje su oboljele od psihotičnih poremećaja, nego samo one koje su nesuradljive, a njihovo stanje zahtjeva intenzivno liječenje. Broj pacijenata na jednog koordinatora ovisi o modelu liječenja, tako je za intenzivno koordinirano liječenje preporučljivo deset pacijenata na jednog koordinatora, a za standardno koordinirano liječenje, petnaest pacijenata. Assertive Outreach Team je model u Engleskoj gdje se liječenje provodi na terenu i preporučuje se maksimalno petnaest pacijenata na jednog koordinatora. U svijetu je razvijeno koordinirano liječenje koje pretpostavlja individualan rad s pacijentom s pretpostavkom o drugim službama za rehabilitaciju u koju se upućuju. Važno je dati stručne informacije, tzv. psihoedukaciju, kako bi u oboljeloj osobi razvili kritičnost spram zdravlja u smislu dugotrajnog liječenja (Luderer, 2006.).

3.6.1. Psihoterapija

Psihoterapija označava liječenje duše, a predstavlja sveobuhvatni i planirani tretman psihosocijalnih i psihosomatskih smetnji kao i smetnje u ponašanju koje se u interakciji s psihoterapeutom nastoje reducirati s ciljem pomoći osobama u modifikaciji ponašanja i osjećaja u smjeru u kojem žele. Psihotični simptomi nerijetko dovode do narušenih interpersonalnih odnosa. Razlikuje se individualna od grupne psihoterapije. Iako imaju svoje podudarnosti, no za liječenje osoba s psihotičnim poremećajima, primjerenija je individualna psihoterapija

osobito na samom početku liječenja jer omogućuje pacijentu lakše verbaliziranje problematike te vrijeme samo za sebe, bez grupe nepoznatih ljudi.

Važno je također razviti povjerenje u grupu i pobuditi motivaciju kako bi grupa kasnije postala liječidbeni medij, jer svi kao individue zapravo dolaze iz grupe kao što je primarna obitelj, radna grupa i u širem kontekstu, socijalna grupa. Osobe su zbog vlastite bolesti izolirane od grupe, a cilj je vraćanje u istu kako bi se integrirali u životnu zajednicu. Poteškoće u komunikaciji, nepovjerljivost i teškoće s intimnošću samo su neki od problema koji su prisutni kod osoba s psihotičnim poremećajem i prorađuju se u grupnom tretmanu. Dijeljenje svog iskustva s drugima koji su imali slične doživljaje doprinosi shvaćanju da osoba nije sama u svojoj patnji. U grupi kao zaštićenoj okolini dolazi do izražavanja osjećaja i misli, te stjecanje uvida kako ostali članovi vide osobu, uvid u vlastite obrasce ponašanja prema drugima, zatim uvid u svoja postupanja te genetski uvid koji pomaže u shvaćanju zašto smo ovakvi kakvi jesmo. Identifikacija s terapeutom i članovima grupe doprinosi procesu sazrijevanja. Ciljevi grupne psihoterapije su prihvaćanje vlastitih smetnji, jačanje ega, kao i poboljšanje interpersonalnih odnosa (Karlović, Peitl i Silić, 2019.).

Odjel za psihoterapiju u NPB dr. Ivan Barbot u Popovači je namijenjen liječenju osoba s anksiozno depresivnim poremećajima kao i poremećajima uzrokovanim psihotraumom poput PTSP, akutna reakcija na stres. Terapijski pristup podrazumijeva individualnu i grupnu psihoterapiju, psihofarmakoterapiju i socioterapiju.

Možemo zaključiti da je psihoterapija neizostavan segment liječenja osoba koje boluju od različitih psihičkih poremećaja, uključujući psihoze kako bi se postigli zadovoljavajući rezultati na emocionalnom, socijalnom i radnom području. Bez obzira na težinu bolesti, kao što je shizofrenija, svakome je omogućen oporavak na njemu najsmisleniji način. Važnost pripadnosti, prihvaćanja i korisnosti koji se razvijaju iz psihoterapije su glavni ciljevi liječenja (Karlović, Peitl i Silić, 2019.).

4. ULOGA I ZADATCI SOCIJALNOG RADNIKA U RADU S OSOBAMA OBOLJELIM OD DEPRESIJE I SHIZOFRENIJE

4.1. Uloga socijalnih radnika u socioterapiji i rehabilitaciji osoba oboljelih o depresije

Uloga socijalnog radnika u prevenciji osoba oboljelih od depresije definirana je zakonodavstvom koje razrađuje ulogu i dužnosti profesije. Tako socijalni radnici također imaju važnu ulogu u rehabilitaciji osoba koje boluju od depresije. Rehabilitacija je složen proces kojemu je cilj dovesti osobu u stanje koje je bilo prije nastanka bolesti. Takva vrsta pomoći pruža se osobama kod kojih postoji patološko stanje. Značajno mjesto u liječenju zauzima socioterapija sastavljena od niza postupaka koji se primjenjuju tijekom hospitalizacije ili nakon iste, a svrha je priprema pacijenta za život u njegovoj sredini do razine socijalnog funkcioniranja (Ružić i sur., 2009.). Oporavak podrazumijeva organizaciju svakodnevnice, samostalan život, aktivno sudjelovanje u školskim i radnim aktivnostima zbog čega je važan integrativni pristup kao i multidisciplinarni tim. Studije ukazuju na potrebu sveobuhvatnog pristupa uključujući biološke, psihološke i sociološke metode liječenja odnosno kombinacija farmakoterapije, psihoterapije, socioterapije i rehabilitacije. Važnu ulogu u cijelom procesu zauzima psihoterapija oboljelih i članova obitelji koja je primjenjiva u bolnicama, dnevnim bolnicama i kroz ambulantno liječenje (Karlović, Peitl i Silić, 2019.). Organiziraju se sve aktivnosti koje mogu unaprijediti pacijentovo funkcioniranje u svakodnevnom životu. Socioterapijske aktivnosti osim što djeluju na pacijente, učinak je vidljiv i na njihovu okolinu što znači da postoji dvojaka funkcija, ona bolnička i obiteljska (Stjepanović, Jendričko i Ostojić, 2015.).

4.2. Uloga socijalnog radnika u ranoj fazi otkrivanja shizofrenije

Pravodobno otkrivanje i liječenje oboljelog od shizofrenije predstavlja izazov za cijelu psihijatrijsku struku. Posebna pažnja se posvećuje prodromalnoj fazi i bolesnicima oboljelim od prve epizode shizofrenije. Nakon prve epizode su mogući razni ishodi, od potpunog oporavka (remisija), preko pogoršanja (relaps) ili djelomičnog poboljšanja bolesti do progresivnog tijeka bolesti (Ostojić, 2012.). Rezultati istraživanja oboljelih od prve shizofrene

epizode u petogodišnjem razdoblju su pokazali da je 16% oboljelih imalo samo jednu epizodu bez teškoća u funkcioniranju, kod 32% ispitanika dogodilo se nekoliko epizoda s minimalnim poteškoćama u funkcioniranju, kod 9% ispitanika je bilo višekratnih epizoda s poteškoćama u funkcioniranju i bez povratka na stanje prije pojave bolesti, a kod 43% ispitanika je došlo do značajnijeg pogoršanja kod svake sljedeće psihotične epizode (Sheperd, Watt i Faloon, 1998., prema Ostojić, 2012.). Uloga socijalnog radnika u ranoj fazi otkrivanja shizofrenog procesa, u fazi prodromalnih simptoma, trebala bi biti usmjerena na uočavanje promjena u funkcioniranju osobe. Socijalni radnici koji rade u Centrima za socijalnu skrb, ustanovama za odgoj i obrazovanje mladih u neposrednom kontaktu s pojedincima i njihovim obiteljima, nerijetko su u poziciji da prvi primijete promjenu u ponašanju i mogućnost pojave psihotičnog procesa. Posebnu pozornost bi se trebalo posvetiti nekim od simptoma kao što su socijalno povlačenje, pasiviziranje, sumnjičavost, gubitak osjećaja zadovoljstva, sniženi prag tolerancije na frustraciju. Do problema dolazi zbog preklapanja s razdobljem puberteta pa se navedeni simptomi javljaju i u toj fazi, međutim svako dublje pogoršanje u funkcioniranju potrebno je pratiti i pružiti psihosocijalnu podršku kako oboljelom tako i obitelji te ukoliko je potrebno uputiti na daljnju psihijatrijsku procjenu i liječenje u kojem su psihosocijalne intervencije sastavni dio terapijskog postupka (Ostojić, 2012.).

4.2.1. Uloga socijalnog radnika u rehabilitaciji osoba oboljelih od shizofrenije

Rehabilitacija je složen proces kojemu je cilj dovesti osobu u stanje koje je bilo prije nastanka bolesti. Takva vrsta pomoći pruža se osobama kod kojih postoji patološko stanje. Povezanost zdravstvenih i socijalnih aktivnosti vidljiva je u svim fazama liječenja oboljelih od shizofrenije tako je i uloga socijalnog radnika prisutna od liječenja do rehabilitacije (Ostojić, 2012.). Uloga socijalnog radnika je velika jer grupnim postupcima, socioterapijom, radom s obitelji oboljele osobe može poboljšati rezultate liječenja. Socijalizacija osobe oboljele od psihotičnog poremećaja ne predstavlja pokušaj u kojem ga se navodi na prihvaćanje normi, već osposobljavanje za funkcioniranje u zajednici. Potrebno je obratiti pažnju na dužinu hospitalizacije i ukoliko ona traje šest ili više mjeseci, postoji opasnost od razvijanja hospitalizma (Hudolin, 1982.).

Kod planiranog otpusta, aktivnosti su usmjerene na osiguranje izvanbolničkog prihvata, praćenje i podršku u daljnjem nastavku liječenja. Iskustvo je pokazalo da osobe oboljele od prvi psihotičnih poremećaja u najvećem broju nastavljaju život unutar obitelji, ali za neke je potrebno osigurati i smještaj u udomiteljskim obiteljima i/ili ustanovama. Planiranje smještaja započinje tijekom liječenja u suradnji s nadležnim Centrom za socijalnu skrb. Također se tijekom hospitalizacije započinje s procjenom poslovne sposobnosti kod osoba kod kojih je bolest prouzročila trajne posljedice zbog svog neliječenja te nisu u stanju štititi svoja prava i interese. Povratak osobe oboljele od shizofrenije u svoju lokalnu zajednicu najčešće je obilježeno stigmom zbog čega je potrebna posebna skrb od osoba koje brinu o njemu (Ostojić, 2012.).

Cilj psihosocijalnih postupaka je održavanje što duljeg razdoblja bez simptoma i kvalitetu funkcioniranja kakva je bila prije bolesti (Lieberman, 1988., prema Ostojić, 2012.). Uloga socijalnog radnika u rehabilitaciji ovakvih bolesnika situacijski je uvjetovana. Ukoliko bolesnik živi s obitelji, aktivnosti su usmjerene i na njega i na obitelj, a ako živi sam ili bez podrške, aktivnosti su usmjerene isključivo na oboljelu osobu. Također je dobro u proces rehabilitacije uključiti prijatelje, radne kolege i susjede. Aktivnosti socijalnog radnika imaju širok spektar djelovanja koje se odnosi na pružanje podrške, razvoj kapaciteta za samostalan život, uzimanje psihofarmakoterapije uz podršku socijalne okoline koja je važan preduvjet oporavka oboljelog od shizofrenije. Psihijatrijska rehabilitacija se sastoji od dvije strategije od kojih je prva usmjerena na individuu, a cilj je razvijanje individualnih vještina u interakciji s okolinom, a druga se naziva ekološkom jer je usmjerena na razvijanje metoda prema okolini koja bi trebala reducirati stresore. Potrebno je kombinirati obje strategije kako bi ono bilo uspješnije. Prilikom rehabilitacije potrebno je voditi računa o životnim situacijama i okolnostima u kojima oboljela osoba živi i s kojim će se susretati u svakodnevnicu. Cilj rehabilitacijskog procesa jest razvijanje emocionalnih, socijalnih i intelektualnih vještina koje su potrebne za život pojedinca. Kratkoročni ciljevi su osobni i odnose se na oporavak i osnaživanje oboljele osobe, a dugoročni su usmjereni na poboljšanje kvalitete života bolesnika, što dulju remisiju bolesti te uspostavljanje što adekvatnijeg funkcioniranja u lokalnoj zajednici. Rehabilitacija duševno oboljele osobe se može provoditi na različite načine, a to podrazumijeva uzimanje lijekova, psihoterapiju i socioterapiju koja u kombinaciji s bolesnikovom suradnjom i podrškom njegove obitelji daje pozitivne rezultate. U procesu sudjeluje različit profil

stručnjaka, a to je psihijatar, medicinska sestra socijalni radnik, psiholog, defektolog te radni terapeut, što upućuje na složenost oboljenja (Ružić i sur., 2009.). Rehabilitacija omogućuje oporavak i iz tog razloga je potrebno osmisliti postupak u kojem se na temelju individualne procjene funkcioniranja planira individualni plan rehabilitacije kojem je svrha postići samostalnost u životu i radu oboljelog te se procjenjuju njegove sposobnosti i nesposobnosti koje su povezane s životnim funkcioniranjem u odnosu na radne, socijalne, obiteljske uloge (Štrkalj-Ivezić, 2010.). Načela rehabilitacije podrazumijevaju osobni potencijal svake osobe za osnaživanje i oporavak, pa su tako dugogodišnje studije o osobama oboljelim od shizofrenije pokazale da se nakon razdoblja od 20 do 40 godina od postavljanja dijagnoze uspjelo oporaviti od 45% do 68% oboljelih (Harding i sur., 1992; Liberman, Kopelowich, 2005., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Istraživanje koje je proveo Hopper (1992.) na uzorku od 1000 osoba s dijagnozom shizofrenije, 60% ih je oporavljeno, a njih 75% čak i radi (Hopper i sur., 2007., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Bolji rezultati se postižu ukoliko se osim psihofarmaka i psihosocijalnih metoda prema osobi odnosi s poštovanjem i dostojanstvom, pa tako Liberman (2008.) navodi objektivne kriterije koje u razdoblju od 2 godine uključuju remisiju simptoma, sudjelovanje u radu, školovanje, samostalan život bez supervizije obitelji, organizaciju slobodnog vremena, socijalnu mrežu. Subjektivni kriteriji oporavka podrazumijevaju optimizam u pogledu nošenja sa simptomima, razvijanje pozitivne slike o sebi, sudjelovanje u liječenju, podrška prijatelja te destigmatizacija psihičke bolesti (Liberman, 2008., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Za rehabilitaciju je nužna procjena motivacije i podrške, važno je poznavanje što je osobu prije nastanka psihičke bolesti uveseljavalo, s kojim osobama je voljela provoditi vrijeme, na koja mjesta je voljela izlaziti. Podrška multidisciplinarnog tima, obitelji, okoline je vrlo važna komponenta rehabilitacije jer njezina uspješnost pretpostavlja suradljivost oboljelog, ali također i svih onih koji s njim žive u zajednici. Važno je pacijentima dozvoliti sudjelovanje u procesu rehabilitacije jer im to pomaže u otkrivanju vlastitih sposobnosti, interesa koji su uz rehabilitacijski tim smjernice prema oporavku (Štrkalj-Ivezić, 2010.).

4.2.2. Specifičnosti, poteškoće i izazovi u radu s oboljelima od shizofrenije

Osobe oboljele od shizofrenije susreću se sa simptomima koji utječu na kvalitetu funkcioniranja i života općenito. Slobodno vrijeme nije ispunjeno raznim aktivnostima zbog nedostatka volje i motivacije. Na osobnoj razini dolazi do smanjenog samopouzdanja i samopoštovanja. Poteškoće su vidljive i na području socijalnog funkcioniranja zbog poteškoća u komunikaciji, te se povećava osjećaj stigmatizacije. Također su moguće poteškoće u prihvaćanju normi, sukobi s okolinom, obiteljsko nasilje, autoagresija i ostali oblici neprihvatljivog ponašanja do kojeg dolazi zbog nekritičnosti i smanjenog uvida u vlastito stanje. Upitna je i egzistencija, prihodi se smanjuju, osoba se osjeća nekompetentnom. Zbog širine zahvaćenosti, potrebno je što ranije krenuti s liječenjem i rehabilitacijom. Sukladno navedenom, planiraju se intervencije koje su usmjerene prema oboljelom i njegovoj okolini. One su bitne na samom početku hospitalizacije pa i nakon otpusta, u izvanbolničkim programima. Glavni preduvjet u cijelom procesu je uspostavljanje suradnje s oboljelim, tj. razvijanje terapijskog odnosa koji se temelji na povjerenju. Kontinuirana evaluacija rada i zadovoljstva je nužna radi postizanja kvalitete rada.

Na početku, kada su simptomi bolesti najizraženiji, intervencije su usmjerene na razumijevanje i pružanje podrške. Tada je važno rješavanje statusnih pitanja poput reguliranje zdravstvene zaštite kao i komunikacija s Zavodom za zapošljavanje te ostalih pitanja kojima se štite pacijentova prava i interesi. S oboljelim osobom se radi na usvajanju životnih vještina kako bi sam stekao higijenske navike, brigu oko uzimanja terapije, održavanje kućanstva, organizacija svakodnevnih aktivnosti. Cilj je smanjivanje involviranosti članova tima, te preuzimanje osobne odgovornosti oboljelog radi daljnje uspješne reintegracije u lokalnoj zajednici. Kada je riječ o bolesnicima koji su korisnici prava u sustavu socijalne skrbi, osobe lišene poslovne sposobnosti, oni koji su u postupku razvoda braka, počinitelji obiteljskog nasilja ili se pripremaju za smještaj u udomiteljsku obitelj/ustanovu socijalne skrbi te je neke od navedenih postupaka potrebno pokrenuti za vrijeme hospitalizacije, tada se individualno radi s pacijentom u smislu informiranja o postupcima i pravima uz njegovu suglasnost te se ostvaruje suradnja s nadležnim institucijama. Posljednja faza podrazumijeva pripremu za otpust oboljelog koji se planira zajedno s njegovom obitelji.

Oboljelima je teško održavati postignute promjene u okolini ukoliko ona nije podržavajuća i ako predstavlja izvor stresova. Zato postoje izvanbolnički programi u koje je važno uključiti bolesnike kako bi im pružili potporu, osnaživali ih i održavali postignutu promjenu. Programi su zapravo most između bolnice i reintegracije u životnu sredinu. U praksi se tijekom liječenja susrećemo s preprekama i poteškoćama koje dolaze od bolesnika, njegove obitelji ili okoline. Glavne poteškoće tijekom rada su nedostatak motivacije oboljelog, nepovjerljivost, smanjeni kognitivni kapaciteti, nesuradljivost. Poteškoće su vidljive i na strani obitelji gdje su odnosi narušeni ili u okolini u kojoj se ne ostvaruje suradnja s poslodavcem odnosno kad postoji nepodržavajuće radno okruženje kao i stigmatizacija te diskriminacija spram bolesnika. Navedene poteškoće valja pretvorit u izazov i mogućnost za napredak i poboljšanje kao i usmjeravanje pažnje na senzibiliziranje okoline za individualne potrebe oboljelog (Karlović, Peitl i Silić, 2019.).

5. SUSTAV PSIHOSOCIJALNE SKRBI

Osobe oboljele od shizofrenije moguće je liječiti bolničko, parcijalno bolničko te ambulantno koje i nije primjereno za Hrvatsku. Bolničko liječenje se odvija u psihijatrijskim bolnicama ili na bolničkim odjelima, a parcijalno u dnevnim bolnicama. Glavni zadatak psihijatrijskih bolnica je liječenje u multidisciplinarnom timu koji uključuje liječnike, medicinske sestre, socijalne radnike, psihologe i radne terapeute. U Republici Hrvatskoj ambulantno liječenje se odvija u psihijatrijskim ambulantama koje postoje u sklopu bolnica ili kao samostalne ambulantne s kojima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ima sklopljen ugovor i pacijenti dolaze s uputnicom svog liječnika obiteljske medicine. Specijalisti psihijatri odrede medikamentoznu terapiju, dogovaraju se potrebni postupci rehabilitacije s oboljelim i članovima obitelji (Luderer, 2006.).

Znanstveno razdoblje psihijatrije započinje u prvoj polovini 19. stoljeća te se mijenja položaj psihijatrijskih bolesnika. Velike psihijatrijske bolnice su nastale iz najčešće ustanova za liječenje i skrb koje su građene početkom 19. i početkom 20. stoljeća (Begić, Jukić i Medved, 2015.). Sagrađene su izvan napućenih mjesta kako bi se oboljelima omogućio miran život i bavljenje određenim aktivnostima (Luderer, 2006.). Može se reći da izgradnjom današnje

Klinike za psihijatriju Vrapče, krajem 19. stoljeća zapravo započinje prava briga za psihijatrijske bolesnike (Begić, Jukić i Medved, 2015.). Psihijatrijske bolnice se razlikuju po veličini, ali i povijesti. Također se osnivaju druge psihijatrijske bolnice pa je tako 1934. godine u napuštenom dvorcu grofova Erdodya, dr. Ivan Barbot osnovao tada psihijatrijsku Bolnicu za umobolne, kasnije Bolnica za živčane i duševne bolesti Moslavina - Popovača te od 1974. godine nosi naziv njezinog tvorca, Neuropsihijatrijska bolnica dr. Ivan Barbot u Popovači. Glavna ideja je bila uključivanje bolesnika u sustav privređivanja unutar psihijatrijskih institucija. Na početku je bolnica bila azilnog tipa, a liječili su se psihijatrijski bolesnici s dijagnozom shizofrenije, oligofrenije, epilepsije, demencije, progresivne paralize, psihopatije i djeca s poteškoćama u razvoju. Trajanje liječenja je bilo dugo, a bolnica je smještavala i liječila nekoliko stotina bolesnika godišnje. Radna terapija je imala glavnu ulogu u rehabilitacijskom postupku i liječenju. Sadili su voćnjake i vinograde, proširio se rad na ekonomiji. Bolnica je tijekom Drugog svjetskog rata zbrinjavala ranjenike, a utočište su pronašli i proganjani liječnici Židovi. Danas Bolnica zauzima važno mjesto u sustavu zdravstvene zaštite Republike Hrvatske, a njezin status županijske bolnice nimalo ju ne sprječava u zbrinjavanju bolesnike iz cijele Hrvatske. Bolnica ima 631 kreveta od čega su 44 akutna, 379 kronična, 200 forenzična i 8 palijativna djelatnost. Dnevna bolnica raspolaže s 60 stolica. Rad se odvija u okviru bolničkih odjela za akutnu i subakutnu psihijatriju, gerontopsihijatriju, palijativu, forenzičku psihijatriju, dnevne bolnice, ambulante, internističko – neurološku dijagnostiku, radno okupacijsku djelatnost. U Bolnici je zaposleno više od 600 djelatnika, pa uz specijaliste, subspecijaliste, primariuse i magistre sestrinstva u dijagnostici i procesu liječenja sudjeluju stručnjaci poput socijalnih radnika, psihologa, defektologa, radnih terapeuta te ostali djelatnici bitni za funkcioniranje ovog sustava (<https://npbp.hr/o-nama/povijest-bolnice>).

Glavno obilježje psihijatrije jest trostruki pristup duševnoj bolesti, biološki, psihološki i socijalni. Takav pristup poznat je stoljećima, ali svoje teorijsko utemeljenje je dobilo 1977. godine u „biopsihosocijalni model“ koje je postavio G. Engel. Biološki model stavlja naglasak na biološke čimbenike u nastajanju, održavanju i oblikovanju psihičkih poremećaja. Psihološki model u psihološkom objašnjenju uzroka duševnih poremećaja, dok su u socijalnom modelu važni međuljudski odnosi, utjecaj obitelji i okoline. Važnost ovog modela nije samo u nastanku duševnog poremećaja, njegov tijek nego i za terapijski pristup jer se na taj način uvažava psihičkog bolesnika kao kompletnu osobu (Begić, Jukić i Medved, 2015.). Socijalna psihijatrija

se zadnja počela razvijati, ali s najviše doprinosa prema osobama oboljelim od duševnih smetnji. Najznačajniji su raznovrsni postupci zbog kojih je sve manje hospitalizacija, povećana kvaliteta života kao i reorganizacija psihijatrijske službe (Jakovljević i Begić, 2013.).

Odgovornost za mentalno zdravlje više nije samo na psihijatriji i zdravstvenim službama nego je potrebno uključiti sve dionike poput socijalnih službi, udruge korisnika, službe za zapošljavanje. Također je važan multidisciplinarni pristup kako bi se stvorila povezanost službi i usluga koje svojim zajedničkim djelovanjem pridonose oporavku kod osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja (Štrkalj-Ivezić i Štimac-Grbić, 2021.).

6. CILJ I ISTRAŽIVAČKA PITANJA

Cilj istraživanja je istražiti doživljaj osoba koje boluju od psihičke bolesti o ulozi i postupcima socijalnog radnika u bolnici. Specifično, istraživanjem se želi dobiti uvid u doživljaj uloge i postupke socijalnih radnika iz perspektive osoba oboljelih od depresije i shizofrenije, a koji se nalaze na liječenju u Neuropsihijatrijskoj bolnici dr. Ivan Barbot u Popovači.

Polazeći od navedenog cilja, postavljena su sljedeća istraživačka pitanja:

1. Kakav je doživljaj sustava socijalne skrbi prije dolaska u bolnicu osoba koje boluju od depresije i shizofrenije?
2. Kakav je doživljaj uloge i postupaka socijalnih radnika tijekom liječenja i rehabilitacije u bolnici osoba koje boluju od depresije i shizofrenije?
3. Kako osobe koje boluju od depresije i shizofrenije doživljavaju korisnost psihosocijalnih metoda tijekom liječenja u bolnici?

7. METODA

Provedeno je istraživanje o doživljaju uloge i postupcima socijalnih radnika iz perspektive osoba oboljelih od depresije i shizofrenije koji se nalaze na liječenju u NPB dr. Ivan

Barbot u Popovači, a koje se temelji na kvalitativnoj metodi prikupljanja i analize podataka. Podatci su prikupljeni metodom polustrukturiranog intervjua

7.1. Sudionici istraživanja

U uzorak sudionika istraživanja uključene su osobe oboljele od depresije i shizofrenije, kojima nije oduzeta poslovna sposobnost i nalaze se na bolničkom liječenju u NPB dr. Ivan Barbot u Popovači. U istraživanju se koristio prigodni uzorak pacijenata s navedenom dijagnozom koji su u trenutku provođenja bili na liječenju u bolnici te su dali svoju suglasnost za sudjelovanje. U istraživanju su bili uključeni isključivo na temelju njihove osobne odluke o sudjelovanju u istraživanju i temeljem preporuke nadležnog psihijatra. U istraživanju je sudjelovalo 48 osoba (n=48), 24 žena i 24 muškaraca. Istraživanje je provedeno od svibnja do prosinca 2021. godine. Najmlađa sudionica imala je 25 godina, a najstariji sudionik 65 godina. Prosječna dob sudionika iznosila je 45 godina.

7.2. Metoda prikupljanja podataka

U svrhu prikupljanja podataka korištena je metoda polustrukturiranog intervjua. Pitanja za polustrukturirani intervju unaprijed su određena i sistematizirana kroz tematske cjeline te se osiguralo postavljanje istih pitanja svim sudionicima. Pitanja su otvorenog tipa kako bi se sudionicima omogućilo iznošenje osobnih stavova i doživljaja. Sudionicima se prezentirao način izvođenja intervjua i da će se isti snimati diktafonom. Za svaku tematsku cjelinu navedeni su primjeri pitanja koja su postavljena sudionicima:

1. Iskustvo sa sustavom socijalne skrbi prije dolaska u bolnicu:

Koristite li neka prava ili usluge iz sustava socijalne skrbi (ZMN, osobnu invalidninu, DPN, smještaj, savjetovanja...). Ukoliko da, koje?

Možete li nešto više reći o njima, na koji način Vam pomažu?

Što bi moglo biti bolje po pitanju prava i usluga koje koristite u sustavu socijalne skrbi?

2. Iskustvo sa socijalnim radnikom u bolnici:

Jeste li tijekom liječenja u bolnici imali iskustvo (susreli se) sa socijalnim radnicama? Ukoliko jeste, jesu li se one prvo obratile Vama ili ste Vi izrazili potrebu za susret s njima?

Koliko puta ste razgovarali sa socijalnom radnicom (tijekom Vašeg boravka u bolnici)?

Koliko su Vam dostupne socijalne radnice tijekom liječenja?

Koja su bila vaša očekivanja od socijalnog radnika u bolnici?

Je li se socijalni radnik uključio u pomaganje u rješavanju Vaših pitanja ili poteškoća? Ako da, na koji način Vam je pomogao?

Jeste li od socijalnog radnika dobili ono što Vam je bilo potrebno? Što je moglo biti bolje, drugačije?

Jeste li dobili informacije o pravima iz sustava socijalne skrbi od strane socijalnog radnika u bolnici?

Jesu li ispunjena Vaša očekivanja vezana za djelovanje socijalnog radnika u bolnici? Što bi moglo biti bolje?

3. Korisnost psihosocijalnih metoda tijekom liječenja:

Koristite li neke od psihosocijalnih metoda podrške i liječenja u bolnici (socioterapija, grupni rad, individualno savjetovanje, radionice...)? Ako da, koje?

Možete li reći nešto više o tome, na koji Vam način pomažu (ako pomažu)?

Kako se osjećate nakon liječenja u bolnici?

Osjećate li se dovoljno osnaženima za funkcioniranje u svojoj lokalnoj zajednici (za život u sredini u koju se vraćate nakon izlaska iz bolnice)?

Što Vas je najviše osnažilo? Što bi moglo biti bolje?

Najkraći intervju trajao je 3 minute, a najduži 19 minuta. Prosječno vrijeme trajanja intervjuja iznosilo je 6 minuta. Provedeni su na radnom mjestu, u radnoj sobi na matičnom odjelu gdje je bio osiguran mir i povjerljivost kako bi se sudionici osjećali sigurno. Intervjui su uz suglasnost sudionika bili audio snimani, zatim transkribirani, a nakon transkripata audio snimke su uništene. Intervjue je provodila autorica ovog rada.

7.3. Postupak istraživanja

Nakon dobivenog informiranog pristanka od strane sudionika zatražio se kontakt s istima pri čemu se objasnila svrha i cilj istraživanja, zajamčena anonimnost i povjerljivost podataka kao i dogovoren termin intervjua. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i sudionici su u bilo kojem trenutku mogli odustati od sudjelovanja. Neki od sudionika nisu pristali na snimanje razgovora te su se njihovi odgovori bilježili u pismenom obliku. Sudionicima istraživanja je po završetku omogućen uvid u rezultate. Uvid se omogućio na način da se kopira dio specijalističkog rada s rezultatima i raspravom. Sudionici nisu biti izloženi riziku od moguće štete, neugode ili povrede zbog sudjelovanja u istraživanju. Istraživač je prikupljao podatke kroz razgovor sa sugovornicima.

7.4. Etički aspekti istraživanja

Prije provedbe istraživanja zatražena je suglasnost Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta za provođenje istraživanja na Studijskom centru socijalnog rada te Etičkog povjerenstva NPB dr. Ivan Barbot u Popovači.

Prije svakog intervjua, sudionici su još jednom upoznati s ciljem i svrhom istraživanja te informacijom da će se svaki razgovor snimati diktafonom radi pohrane podataka koji će se kasnije obrađivati u obliku transkripata, zatim će se snimke uništiti, a transkripti će biti dostupni mentoru. Voditeljica istraživanja informirala je sudionike istraživanja o etičkim aspektima provođenja ovog istraživanja. Osobama koje se nalaze na liječenju i čije su dijagnoze odgovarale ciljanoj populaciji za istraživanje, objašnjena je svrha, cilj i metode provedbe istraživanja te je zatražen pristanak po principu dobrovoljnosti. Posebno je zatražen pristanak za audio snimanje intervjua te je omogućeno odustajanje u bilo kojem trenutku kao i mogućnost da ne odgovore na sva postavljena pitanja. Jamčila se anonimnost u prikazu rezultata na način da su izjave označene slovom i rednim brojem kao i povjerljivost od strane istraživača u smislu da nitko drugi nije imao pristup transkriptima. Obzirom da je riječ o osjetljivoj skupini, posebno se obratila pozornost da sudionici imaju koristi od provedenog istraživanja uz obvezu govorenja istine od strane istraživača, uvažavanju njihovih različitosti, neosuđivanju, stvaranju međusobnog povjerenja kao i čuvanju profesionalne tajne.

7.5. Obrada podataka

Kvalitativna obrada podataka provedena je postupkom tematske analize (Braun i Clarke, 2006.). Teme su definirane kao dijelovi u cjelini prikupljenih podataka koji su važni za istraživačka pitanja. Pomoću tematske analize može se opisati i interpretirati aspekte istraživnog konstrukta. Proces obrade podataka uključivao je šest međusobno povezanih koraka: (1) upoznavanje s podacima; (2) generiranje inicijalnih kodova; (3) traganje za temama; (4) pregled i provjera prepoznatih tema; (5) određivanje i imenovanje tema (6) povezivanje i interpretiranje dobivenih rezultata (Braun i Clarke, 2006.). Dobiveni rezultati potkrijepljeni su izjavama sudionika koji su radi anonimnosti označeni brojevima.

8. REZULTATI I RASPRAVA

U nastavku slijedi prikaz podataka prema istraživačkim pitanjima. Za prvo istraživačko pitanje koje se odnosi na doživljaj sustava socijalne skrbi prije dolaska u bolnicu osoba koje boluju od depresije i shizofrenije, dobivene su tri teme koje su opisane kroz pripadajuće kodove (Tablica 1.).

8.1. Doživljaj sustava socijalne skrbi prije dolaska u bolnicu

Tablica 1. Doživljaj sustava socijalne skrbi prije dolaska u bolnicu

| Teme | Kodovi |
|---------------------------------------|--|
| Vrste prava u sustava socijalne skrbi | Doplatak za tuđu pomoć i njegu |
| | Osobna invalidnina |
| | Zajamčena minimalna naknada |
| | Smještaj |
| | Jednokratna novčana pomoć |
| | Mogućnost preživljavanja |
| | Zadovoljstvo ostvarenim pravima radi osiguravanja osnovne egzistencije |

| | |
|---------------------------------|---|
| Osnovne egzistencijalne potrebe | Zahvalnost podrške sustava socijalne skrbi |
| | Socijalna pomoć kao oslonac za preživljavanje |
| Radni status | Zaposlenost |
| | Mirovina |

Prva dobivena tema **vrste prava u sustavu socijalne skrbi** odnosi se na kodove izvedene iz izjava sudionika koje govore o *doplátku za tuđu pomoć i njegu, osobnu invalidninu, zajamčenu minimalnu naknadu, usluga smještaja i jednokratnu novčanu pomoć*. »Da, da, doplatak koristim i to u punom iznosu što iznosi 600,00 kn.« (S2). »Korisnik sam doplatka.« (S20). »Ostvarujem osobnu invalidninu.« (S5). »Koristim pravo u sustavu socijalne skrbi, zajamčenu minimalnu naknadu.« (S34). »Korisnica sam usluge smještaja.« (S23). »Isplaćena mi je jednokratna novčana pomoć.« (S7). »Koristio sam jednokratnu pomoć.« (S13). Rezultati su ukazali da osobe koje boluju od depresije u većoj mjeri koriste prava iz sustava socijalne skrbi. Zakon o socijalnoj skrbi definira naknade: zajamčena minimalna naknada, naknada za troškove stanovanja, naknada za ugroženog kupca energenata, naknada za osobne potrebe, jednokratna naknada, naknada za pogrebne troškove, naknada za redovito studiranje, plaćanje troškova smještaja u učeničkom domu, osobna invalidnina, doplatak za pomoć i njegu, status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja kao i tko su njegovi korisnici. Cilj socijalne skrbi je pomoći socijalno ugroženim osobama i ostalima koji se nalaze u nepovoljnim okolnostima u svrhu povećanja kvalitete života kao i njihovo osnaživanje radi uključivanja u život zajednice (NN 18/2022-181.). Navedena vrsta prava sprječavaju potpuno siromaštvo i osiguravaju egzistencijalni minimum.

Druga tema vezana uz doživljaj sustava socijalne skrbi odnosi se na **osnovne egzistencijalne potrebe**. Dobiveni nalazi kroz definirane kodove koji potkrepljuju temu odnose se na *moćnost preživljavanja* koje osigurava socijalno pravo koje ostvaruje pacijent što je vidljivo iz izjava: »A što bih ja bez tog novca, od čega bih živjela, s čim bih kupila kruh i mlijeko, pa to mi pomaže da potpuno ne potonem. Socijalna naknada mi je jedini izvor prihoda i da je nema, bila bi gladna. Sinovi su mi umrli, a unuci žive daleko.« (S6). Stariji, bolesni i nemoćni,

ostavljeni i zaboravljeni od svojih potomaka, društveno i geografski izolirani, ali zbrinuti od države koja im pomaže u preživljavanju. »Pomaže mi na način da preživim jer imam mirovinu u iznosu od 1214,00 kn i tih 1500,00 kn osobne invalidnine, a biti će kasnije i 1750,00 kn što mi omogućuju da preživim. Ja bez toga ne bih mogao preživjeti.« (S38). Odgovori opisuju koliko zapravo ljudi žive na rubu egzistencije. Obzirom na dobivene nalaze i povezanost osoba koje boluju od depresije s korištenjem prava iz sustava socijalne skrbi, konkretno socijalnom pomoći, može se zaključiti da je psihičko oboljenje, depresija u korelaciji sa siromaštvom. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku, stopa rizika od siromaštva je za 2020. godinu iznosila 18.3% dok je pokazatelj za osobe u riziku od socijalne isključenosti čak veći i iznosi 23% što predstavlja zabrinjavajući podatak (www.dzs.hr).

Nadalje se dolazi do koda *zadovoljstvo ostvarenim pravima radi osiguravanja osnovne egzistencije*: »Ja ne mogu niti jednu lošu riječ reći prema ljudima koji rade u Centru i svaka im čast. Imam mirovinu i svejedno su mi izašli u susret dali mi 600,00 kn i stvarno sam zadovoljan zbog toga. Ali papiri moraju biti jaki, to se mora znati.« (S2). Ovdje je stavljen naglasak na lošije zdravstveno stanje na temelju kojeg sudionik ostvaruje pojedino pravo. »Ja sam zadovoljan i iznenađen čak što sam dobio tih 600,00 kn, to je maksimalno. Zadovoljan sam sa socijalnim radom i sve ide preko socijalnog.« (S4). »Prezadovoljan sam s ovim što dobijem tu invalidninu, čak dobijem i vaucher za struju u iznosu od 200,00 kn.« (S38). Sudionici iskazuju zahvalnost podrške sustava socijalne skrbi: »Stvarno im puno hvala.« (S4). »Ja sam zadovoljna sa smještajem, dobro nagrade, a zna biti malo goropadna, ali ima to sve svoje razloge i hvala im na svemu. Ja se snađem i u hrani i u nabavi, imamo i džeparac od 100,00 kn.« (S29).

Neki od sudionika smatraju da uspiju preživjeti zahvaljujući ostvarenom pravu te dolazimo do posljednjeg koda, a odnosi se na *socijalnu pomoć kao oslonac za preživljavanje*: »Da nemam prava koja imam, ne bi mogao živjeti. To su mi jedina primanja da preživim.« (S34). »To pravo mi jednostavno spašava život.« (S38).

Iz dobivenih rezultata se može zaključiti da su 17 od 48 sudionika ovog istraživanja korisnici sustava socijalne skrbi i koriste materijalna prava koja im pomažu te odgovaraju na njihove egzistencijalne i životne potrebe.

Treća tema se odnosi na **radni status** što je potvrđeno izjavama: »Radim, zaposlen sam u Zavodu za hitnu medicinu, na mjestu dispečera sanitetskog prijevoza« (S2), zatim: »Zaposlen sam, ali sam sada na bolovanju.« (S15), te sudionici koji su u *mirovini*: »U mirovini sam.« (S3). Neki sudionici više nisu korisnici sustava socijalne skrbi jer su zajamčenu minimalnu naknadu zamijenili naknadom za nezaposlene branitelje, a jedan sudionik je pravo koje je ostvario iz sustava socijalne skrbi zamijenio privremenom invalidninom, ostvarivši status ratnog vojnog invalida: »U mirovini sam, bio jesam korisnik sustava socijalne skrbi, ali sad kad sam dobio privremeni ratni vojni invaliditet, odustao sam od doplatka za tuđu pomoć i njegu.« (S37).

U istraživanju su sudjelovale dvije skupine ispitanika, osobe koje boluju od depresije i osobe koje boluju od shizofrenije te postoje određene razlike u korištenju vrsti prava iz sustava socijalne skrbi. Osobe oboljele od depresije su u većem broju korisnici sustava u smislu novčanih davanja kao što su doplatka za tuđu pomoć i njegu, osobnu invalidninu i jednokratnu novčanu pomoć. Osobe oboljele od shizofrenije u većem broju koriste uslugu smještaja. Sudionici potvrđuju svrhu sustava, a to je osiguranje egzistencijalnih potreba zbog čega iskazuju zadovoljstvo ostvarenim pravima. Socijalni rad je profesija čija se uloga ogleda u unaprjeđenju dobrobiti osoba koje se nalaze u nepovoljnom položaju i zauzima važno mjesto u zaštiti mentalnog zdravlja ljudi (Kletečki Radović, 2021.).

8.2. Doživljaj uloge i postupaka socijalnih radnika tijekom liječenja i rehabilitacije u bolnici

Za drugo istraživačko pitanje koje se odnosi na doživljaj uloge i postupaka socijalnih radnika tijekom liječenja i rehabilitacije u bolnici osoba koje boluju od depresije i shizofrenije, dobiveno je pet tema koje su opisane kroz pripadajuće kodove (Tablica 2.)

Tablica 2. Doživljaj sa socijalnim radnikom tijekom liječenja i rehabilitacije iz perspektive oboljelih

| Teme | Kodovi |
|--|---|
| Intervencije socijalnog radnika u bolnici | Individualan rad |
| | Grupni rad |
| | Rad s obitelji pacijenata |
| | Informiranje o zakonima i pravima iz sustava socijalne skrbi |
| | Stručna podrška |
| | Savjetovanje |
| Suradni odnos | Zainteresiranost |
| | Povjerenje |
| | Razumijevanje |
| Informiranje | Korisnost dobivenih informacija o sustavu pomoći, podrške i liječenju |
| | Rješavanje socijalnih problema izvan bolnice |
| Socijalni radnik dio multidisciplinarnog tima u psihijatriji | Individualizirani pristup pacijentu |
| | Osnaživanje |
| | Timski rad |

Tema **intervencije socijalnog rada u bolnici**, sudionici navode da sa socijalnim radnikom individualno razgovaraju te dolazimo do koda »*individualnog rada*« što je potkrijepljeno izjavama: »*Najbolji su individualni razgovori, puno pomognu.*« (S4). »*Najbolji su mi*

individualni razgovori.« (S17). »*Individualni razgovori su mi bolji, lakše se iznese problem.*« (S48). Većina pacijenata navodi da im individualni razgovori najbolje odgovaraju, a to možemo pripisati većoj posvećenosti socijalnog radnika tijekom razgovara s pojedincem. Socijalni radnici provode tretman u području zaštite pojedinaca koji boluju od psihičke bolesti (Kletečki Radović, 2021.). Socijalna anamneza predstavlja osnovu na kojoj socijalni radnik planira intervencije i zato je važno da individualan razgovor bude kvalitetno obavljen. Socijalni rad u psihijatriji se temelji na raznim stručnim tehnikama koje su usmjerene ka rješavanju socijalne problematike bolesnika s različitim tegobama, a možemo ih svrstati u dvije glavne skupine: individualni i grupni socijalni rad (Frančišković, Moro i sur., 2009.).

Sljedeći kod je *grupni rad* koji sudionici prepoznaju kao još jednu ulogu socijalnog radnika u obavljanju posla u bolnici. Glavno obilježje čovjeka kao socijalnog bića jest pripadnost različitim grupama kroz život. Uloga socijalnog radnika u grupnom radu je kontinuirana te se koristi nizom tehnika kako bi oboljelog doveo do uvida i potaknuo ga na promjene (Karlović i sur., 2019.). Smisao grupnog rada je pružanje mogućnosti članovima da iskažu zajedničko i individualno nezadovoljstvo i potrebe te potom istraže koji je najbolji način zadovoljavanja zahtjeva (Kletečki Radović, 2008.). »*Imamo grupe sa socijalnom radnicom.*« (S2). »*Da se puno naučiti.*« (S4). »*Često smo se viđali na grupama.*« (S33). »*Imali smo grupe s vama.*« (S39). Ovdje je riječ o sociodinamskim grupama koje počivaju na socijalnoj problematici. Obitelj predstavlja važan čimbenik u liječenju i oporavku osobe s duševnim smetnjama jer utječe na kvalitetu njegovog života. Stručnjak bi trebao biti svjestan kroničnosti bolesti oboljelih kao i načina na koji uputiti i senzibilizirati njihovu obitelj na bolest i na život s istom. Tijekom liječenja, nužno je primijeniti holistički pristup i naglasiti da je iskustvo osobe oboljele od duševnih smetnji istodobno iskustvo svih članova obitelji (Leutar i Buljevac, 2021.). »*Što god treba ili nešto za sud, to socijalna radnica nazove moje roditelje.*« (S11). »*Socijalna radnica puno razgovara s mojom obitelji, informira ih o socijalnim pravima što poduzeti, gdje se javiti jer se ja baš najbolje u to ne razumijem. Često dolaze na razgovore kod nje.*« (S13). »*Moj brat i sestrična su se telefonski čuli sa socijalnom radnicom i došli su kod nje dvaput na razgovor. Pa puno mi to znači. Planiraju mi pronaći smještaj pa im je socijalna radnica dala popis domova jer imam svoju mirovinu pa će me privatno smjestiti.*« (S31). Rad s obitelji prisutan je od početka hospitalizacije osoba oboljelih od depresije ili shizofrenije, a ponekad i ranije radi

savjetovanja oko određenih prava te se nastavlja kroz hospitalizaciju pa i nakon otpusta pacijenta. S obitelji je potrebno biti informativan i suportivan (Karlović, Peitl i Silić, 2019.).

Sudionici istraživanja kao jednu od uloga socijalnog radnika u bolnici navode i *informiranje o zakonima i pravima iz sustava socijalne skrbi*: »Dosta naučimo o pravima.« (S4). »Dosta znam o pravima.« (S17). »Nisam mogao pokopčati sve te informacije i nisam razumio svoja prava, ali malo bolje to sad sve razumijem otkako sam u bolnici.« (S34). »U bolnici sam informiran o pravima.« (S36). »U grupi je to bilo, ja se nisam raspitivao jer sam na bolovanju, ali tko je god pitao za pravo, rečeno mu je i mislim da se od strane socijalne radnice sve može ovdje saznati. Započne se tema pa se tako dođe do određene informacije.« (S39). Socijalni radnik primjenjuje pravne propise pri pomaganju u ostvarenju određenog prava, a to se odnosi na socijalno zakonodavstvo koje uključuje propise iz obiteljskog, radnog, zdravstvenog, mirovinskog te zakonodavstvo koje uključuje prava iz sustava socijalne skrbi. Važno je naglasiti da socijalni radnik ima dvojaku ulogu bez obzira s kojom kategorijom pacijenata radi. Uloga posrednika između ustanove i sredine iz koje pacijent dolazi, ali ima i andragošku ulogu kojoj je glavni cilj uputiti na koji način sam može ostvariti određeno pravo (Karlović, Peitl i Silić, 2019.).

Sudionici su prepoznali *stručnu podršku* od strane socijalnog radnika: »Mnogo mi znači razgovor sa socijalnom radnicom. Stručna podrška koja osnažuje, niste sami.« (S13). »Puno mi znači razgovarati sa socijalnom radnicom. Lakše se čovjek osjeća kad ga netko razumije i pruži podršku. Pročitana sam knjiga što se tiče socijalnih radnika i doktora.« (S14). »Mislim da me socijalni radnik može uputiti.« (S34).

Zatim su sudionici doživjeli socijalnog radnika kao osobu koja ih može *savjetovati*: »Meni je dobro da mogu s vama porazgovarati, o nekim šta ja znam, ma ne trebaju to biti nikakva prava, meni ne trebaju prava, ali vi možete savjetovat po nekim pitanjima i tako.« (S24). »Da li ste mi savjete, upute.« (S37). »Jednom sam se obratio za neki savjet vezano za životni problem.« (S39). Osoba koja boluje od psihičkog poremećaja može adekvatno funkcionirati ukoliko joj se pruži kvalitetno liječenje, adekvatna podrška i uključenost u zajednicu. Socijalni radnici koriste modele koji su usmjereni na podršku osobama s poteškoćama u mentalnom zdravlju kako bi uspjeli ostvariti vlastite ciljeve (Kletečki Radović, 2021.).

Druga tema se odnosi na **suradni odnos** te sudionici socijalne radnike doživljavaju *zainteresiranim* za pomoć osobama koji se nalaze na hospitalizaciji: *»Uvijek nam stojite na usluzi, što god trebamo, obratimo se i vi sa zanimanjem popričate s nama.«* (S5). *»Sa zanimanjem nam pomognete.«* (S6). *»Imam osjećaj da se ne kriju nikakve informacije od nas nego da ste baš zainteresirani i da nam želite pomoći.«* (S39). Razgovor je središnji prostor u kojem se odvija proces pomaganja u suradnom odnosu. Istražuju se pomaci i omogućeno je zajedničko sudjelovanje u rješenju. Iz razgovora je važno izaći s novim pogledom na rješenje. Suradni odnos u socijalnom radu se temelji na procesu pomoći koji je u skladu sa suvremenim promjenama (Čaćinović Vogrinčić i sur., 2007.).

Zatim navode da imaju *povjerenja* u socijalnog radnika u bolnici što potkrepljuju izjavama: *»Potreban mi je socijalni radnik jer smatram da mi može pomoći u mojim problemima i vjerujem joj.«* (S5). *»Imam povjerenja u nju i cijelu socijalnu službu. Dobar razgovor mi dobro dođe, volim primit savjete.«* (S23).

Sudionici ovog istraživanja su doživjeli socijalne radnike kao osobe koje ih *razumiju*: *»Ima nešto što bi radije podijelio sa socijalnom radnicom nego sa psihijatrom jer nisu to iste stavke, vi radite svoj posao, ona svoj. Vi ste više angažirani oko socijalnih problema i razumijete te probleme.«* (S4). *»Puno mi znači razgovarati sa socijalnom radnicom jer me razumije.«* (S7). *»Vi kad razgovarate s bolesnom osobom koja nije u stanju rezonirati, koja je psihički i fizički labilna i to mnogo znači jer vas netko razumije i niste sami.«* (S13). Socijalni radnik u komunikaciji s pacijentom nastoji istražiti i oblikovati priču kako bi zajedno došli do željenog ishoda. Suradni odnos je ujedno i osobni odnos jer socijalna radnica dijeli vlastita iskustva i empatizira (Čaćinović Vogrinčić i sur., 2007.).

Sudionici doživljavaju socijalne radnike kao osobe koje ih **informiraju** i pomoću kojih dolaze do novih saznanja, stoga *korisnost dobivenih informacija o sustavu pomoći, podrške i liječenju* proizlazi iz izjava: *»Dobijem puno informacija na temelju kojih sam informiran.«* (S2). *»Dosta novih znanja dobijemo kroz razgovore i onda sam informiran i znam puno toga.«* (S4).

Sudionici navode da im socijalni radnici pomažu u *rješavanju socijalnih problema izvan bolnice*: *»Imao sam neka pitanja za socijalnu radnicu i to mi je riješeno i puno mi je značilo.«* (S3). *»Da li ste mi prave informacije kako se nositi s tim i riješiti određenu situaciju.«* (S22).

»Volim porazgovarat tako sa školovanom osobom koja mi pomaže u rješavanju problema i radi ovdje u ustanovi.« (S24). »Pitao sam za neke socijalne probleme koje imamo u civilnom životu gdje ste nam odgovorili. Ono što sam pitao socijalnu radnicu i što je u njezinoj domeni, to mi je i odgovoreno.« (S36). »Ovdje se pomaže ljudima u rješavanju socijalnih problema. Mislim da se radi na tome da se pruži pomoć i riješi problematika.« (S47). Sudionici razgovor sa socijalnim radnikom nerijetko shvaćaju kao pomažuci odnos i zapravo zagovaraju takvu poziciju jer tada stručnjak ima moć u pružanju profesionalne uloge i usmjerava proces kako bi se stvari poboljšale. Ovakav način ne ide u prilog stvaranju neovisnosti pacijenata već ga potiče da koristi sve alate iz zajednice koje su mu na raspolaganju i na taj način usporava njegovo osnaživanje odnosno osamostaljenje (Urbanc, 2006.).

Tema **socijalni radnik kao dio multidisciplinarnog tima u psihijatriji** formirana je na temelju kodova vezanih uz *individualizirani pristup pacijentu* a koja se očituje kroz višekratne razgovore: »Nekoliko puta mi je trebala socijalna radnica.« (S2). »Nekoliko puta sam razgovarao sa socijalnom radnicom.« (S4). »Imam potrebu često razgovarati sa socijalnom radnicom tijekom liječenja.« (S14). »Ja sam prvi put hospitalizirana i zatražila sam nekoliko razgovora sa socijalnom radnicom. Razgovarale smo o meni bitnim pitanjima, o životnim problemima, o onome što me muči, povjerila sam joj se i mislim da mi je to zaista pomoglo. Važno je s nekim tako razgovarati, sa stručnom osobom kojoj sve možeš reći, koja te neće osuditi i na kraju ti može pomoći.« (S40).

Iz izjava sudionika je vidljivo da su imali potrebu za socijalnom radnicom po nekoliko puta tijekom liječenja te ističu da su ih razgovori *osnažili*: »Značio mi je razgovor sa socijalnom radnicom, osjećam se bolje, osnažio me.« (S3). »Osjećam se osnaženo.« (S5). Sudionicima su važni razgovori, netko da ih sasluša, ali i čuje njihove probleme. Imaju se potrebu nekome otvoriti, a psihosocijalna podrška je u tom trenutku najvažniji proces za fizičko i psihičko osnaživanje pacijenta kako bi pronašli snage u sebi i načine za uspješno suočavanje sa socijalnim problemima. »Socijalna radnica mi je kao prijateljica, sasluša me, pomogne mi i osnaži me za dalje.« (S13). Osnaživanje utječe na poboljšanje samopouzdanja koje nadalje pozitivno utječe na socijalne uloge, kreiranje mišljenja, odlučivanje o životu (Štrkalj-Ivezić i sur., 2010.). »Razgovor je taj koji najbolje liječi., ja ovdje ne uzimam nikakve tablete, antidepressive niti ništa slično jer se nalazim na Odjelu za psihoterapiju i znam da se ovdje može

liječiti i bez medikamenata. Kad razgovarate, osjetite jednu vrstu snage, valjda zbog silnih smjernica koje ovdje dobivate.» (S40). Osnaživanje se smatra ključnim pojmom u psihosocijalnom radu. Glavno polazište se temelji na činjenici da su klijenti subjekti, a ne objekti u cijelom pomažućem procesu. Cilj pomagača je stvoriti okruženje u kojem korisnik može pronaći svu snagu u samome sebi (Ajduković, 1997.). Odnos socijalnog radnika i korisnika iz perspektive osnaživanja u socijalnom radu se temelji na povjerenju, suradnji, ravnopravnosti i otvorenoj komunikaciji. Provedeno je istraživanje koje je uključivalo osobe s psiho – socijalnim poteškoćama i njihovo samoosnaživanje temeljeno na učincima neurolingvističkog programiranja (Kletečki Radović i Šušnjara, 2018.) NLP (neurolingvističko programiranje) predstavlja model ljudskog ponašanja koji objašnjava kako osobe percipiraju svoj svijet, komuniciraju s ostalima te na koji način dolaze do promjene u vlastitoj percepciji radi povećanja funkcioniranja i postizanja općenitog zadovoljstva samima sobom (Heap, 2008., prema Kletečki Radović, i Šušnjara, 2018.). Socijalni radnik treba stvarati temelj kod korisnika u ovom slučaju pacijenta u smislu gradnje osobnih snaga jer se na taj način otvara prostor za njegovo samoosnaživanje. Staples (2008.) smatra da je samoosnaživanje proces koji ne završava nego ojačava kapacitete pojedinca za nošenje s životnim izazovima. Oni koji uspiju dosegnuti razinu samoosnaženosti, iskazuju veću razinu samopoštovanja i samopouzdanja. Smisao je postići efektivno djelovanje kao i mogućnost redefiniranja samog sebe (Staples, 2008., prema Kletečki Radović i Šušnjara, 2018.).

Dobiveni kod *timski rad* potkrepljuje se sljedećim izjavama sudionika: *»Pa vi nas liječite kao i doktori, svatko liječi svoj dio.« (S2). »Sa svima vama mi znači kad razgovaram jer me tako liječite.« (S3). Socijalni radnik kao stručni član tima sam odlučuje o obliku socijalne intervencije, ali liječnik je nosilac osnovne djelatnosti, stoga ga socijalni radnik informira o činjenicama koje utječu na socijalno - terapijski plan. Važno je da socijalni radnik podjeli sve dileme s ostalim članovima tima (Karlović i sur., 2019.). »Svima vam vjerujem jer da nije tako ništa ne bi ni uspjelo od liječenja.« (S15). »Ovaj odjel je poput hotela, svi se maksimalno trude, baš funkcionirate svi kao cjelina. Svatko se maksimalno daje. Zato se i vraćam ovdje.« (S23). »U ovom prostoru se osjećam zaštićeno i sigurno, informacije dobijemo od liječnika vezano za osobnu dijagnozu i terapiju, a od socijalnog djelatnika o svim pravima i socijalnim pitanjima. Potpuna briga medicinskog osoblja za potrebe pacijenata.« (S40). Zdravstvo i socijalna skrb predstavljaju dva odvojena sustava koja su se kroz povijest približavala i integrirala. Socijalni*

radnik prema bazičnom obrazovanju pripada sustavu socijalne skrbi, ali je danas njegova uloga vidljiva u prevenciji, dijagnostici, liječenju i rehabilitaciji naročito psihijatrijskih bolesnika (Francisković, Moro i sur., 2009.). Kako bi se postigao oporavak, potreban je multidisciplinarni pristup u smislu povezanosti svih službi i usluga u zajednici. Multidisciplinarni tim koji uključuje suradnju različitih stručnjaka, od psihijatra, medicinske sestre, socijalnog radnika, psihologa do radnih terapeuta pomažu oboljelima u izradi individualnih planova oporavka (Copeland, 2008., prema Štrkalj Ivezić i Štimac-Grbić, 2021.).

Sljedeća tema **uključenost socijalnog radnika u proces pomaganja** formirana je na temelju kodova vezanih uz *svakodnevnu dostupnost*: »Socijalna radnica nam stoji na raspolaganju, uvijek nam je dostupna.« (S4). (S5). »Kad god nešto trebam, obratim se i idem na razgovor.« (S33). »Nekoliko puta sam vas zamolila za razgovor i vi ste me primili isti dan i to je jako lijepo. Znači kad čovjek ima nekakvo pitanje, nekakvu svoju problematiku, ne mora čekati nekoliko dana da bi to podijelio sa stručnjakom nego kad gori sve u osobi, vi ju pozovete i to se zove dostupnost, susretljivost i briga za pacijenta«. (S40). Ovdje je riječ o poštivanju čovjeka kao člana zajednice, u ovom slučaju osobe koja se nalazi na liječenju kako bi joj dali na značaju i poručili da naša dostupnost znači razumijevanje hitnosti situacije. Ukoliko osoba nigdje ne pripada, osnovni zadatak socijalnog radnika je uključivanje istog što predstavlja i prvi korak do moći i nerijetko vrlo težak zadatak u socijalnom radu (Čaćinović Vogrinčić i sur., 2007.).

Sudionici su doživjeli *pozitivno iskustvo* sa socijalnom radnicom u bolnici: »Ugodan razgovor sa socijalnom radnicom, jedno pozitivno iskustvo.« (S15). »Imam pozitivno iskustvo sa socijalnom radnicom, nikad nije bilo ništa loše.« (S22). »Jedno prekrasno iskustvo, osoba s kojom se uvijek može razgovarati, bilo na hodniku u susretu ili u kancelariji.« (S36).

Sudionici istraživanja nadalje ističu *zadovoljstvo odnosom*: »Zadovoljan sam sa socijalnom radnicom.« (S14). »Kako ne bi bio zadovoljan sa socijalnom radnicom u bolnici, ja znam da vi hoćete dati savjet, hoćete pomoći.« (S24) »Izuzetno sam zadovoljan s komunikacijom i sa stavom, čak sam i opušten pred vama i vrlo sam zadovoljan što me sve ispitujete.« (S39). Socijalni radnik nastoji uspostaviti kontakt s osobama u problemu te podržava tu komunikaciju. Osobi pristupa s empatijom i suosjećanjem, ali se nastoji i udaljiti kako bi mogla osobno voditi i dati svoj primjer viđenja problema (Čaćinović Vogrinčić i sur., 2007.).

U skladu s navedenim, ispitanici jasno navode koja je uloga socijalnog radnika u bolnici pa tako naglasak stavljaju na individualan rad koji im je iznimno važan. Iskustvo pokazuje da često pacijenti samoinicijativno zatraže razgovor sa socijalnim radnikom jer osjećaju da se pred njima nalazi stručna osoba koja im je posvećena i želi pomoći. Sigurnost i povjerenje omogućuje da se u potpunosti otvore. Glavna je prednost profesije socijalnog rada što stavlja težište na individualno unutar određenog konteksta. Koriste holistički pristup i razmatraju istodobno pozadinu pojedinca kao i njegova prezentiranog problema. Dobra praksa socijalnog rada se temelji na profesionalnim vrijednostima, kritičkoj refleksiji, usavršavanju i etici što sveukupno djeluje na rad (Karlović i sur., 2019.). Grupni rad koji se odvija kontinuirano također igra važnu ulogu na psihijatriji, a cilj je razviti kritičnost spram vlastitog ponašanja i potaknuti na promjenu. Teme grupa su raznolike te su nerijetko izabrane od strane pacijenata koji cijene ovakav oblik rada što su potvrdili kroz intervju jer osjećaju duh zajedništva. Grupa je mjesto gdje shvaćaju da su svi na istom mjestu zbog sličnih problema i to im daje snagu i motivaciju za nastavak borbe, mjesto gdje imaju priliku čuti i slušati jedni druge, ponuditi konstruktivno rješenje i uz pomoć socijalnog radnika raditi na otklanjanju stigme kao i osuđujućeg, netolerantnog stava društva spram psihički bolesnim osobama. Glavno načelo na kojem počiva grupni rad je međusobna pomoć članova grupe kroz zajedničko iskustvo, sugestije, ideje (Heap, 1985., prema Kletečki Radović, 2008.). Nadalje, rad s obitelji psihijatrijskog bolesnika se provodi od početka hospitalizacije pa i nakon otpusta s liječenja. Važna je neformalna podrška od članova obitelji jer utječe na kvalitetu života osobe s duševnim smetnjama. Nerijetko je potrebno promijeniti stil života svih članova obitelji kako bi se uspješnije nosili s bolešću i budućnošću. Obitelj zajedno s osobom s duševnim smetnjama prolazi kroz put oporavka i borbe s bolešću zbog čega stručnjaci trebaju ukazati na percepciju duševnih smetnji te se naglašava važnost individualiziranog pristupa (Leutar i Buljevac, 2021.). Obitelj se savjetuje, ali često se nailazi na njihovo nerazumijevanje i nesuradljivost što otežava cijeli proces liječenja. Obitelji su nekritične i sebe smatraju stručnjacima, te nerijetko pacijenti po izlasku iz bolnice ne uzimaju propisanu terapiju što je osobito izraženo kod pojedinaca koji se vraćaju u primarnu obitelj. Obitelji imaju velika očekivanja od svakog člana tima i sukladno tome se ponašaju i nazivaju izvan vremena koje je predviđeno za informacije o zdravstvenom stanju, očekuju da im socijalni radnik riješi probleme, pronade odgovarajući smještaj, odgovori na pitanje o zdravstvenom stanju njihovog člana obitelji koje daje isključivo liječnik i dodatno otežavaju rad socijalnog radnika u bolnici. Nedostaju istraživanja o podršci koju pružaju članovi obitelji osobi s duševnim smetnjama što se može

pripisati nezainteresiranošću javnosti o neformalnim oblicima pomoći. Odnos između stručnjaka i obitelji osobe s duševnim smetnjama treba se temeljiti na iskrenoj i dvosmjernoj komunikaciji s vremenskim ulaganjem obiju strana (Leutar i Buljevac, 2021.).

Uloga socijalnog radnika je posebno naglašena kroz informiranje o zakonima i pravima iz sustava socijalne skrbi, radnog prava, prava o braniteljima što pacijentima predstavlja zanimljivo i aktualno područje iz njihovih života. Najčešće dolaze na razgovore radi dodatnog pojašnjenja prava koja im po zakonu pripadaju te dobiju smjernice kome i gdje se obratiti po otpustu s liječenja. Zadovoljni su stručnom podrškom i savjetima od strane socijalnog radnika. Važan je doživljaj pacijenata o socijalnim radnicima u bolnici jer su oni osobe koji dolaze u izravan kontakt i na temelju tog odnosa oblikuju sliku o profesiji socijalnog rada i socijalnog radnika kao stručnjaka. Sudionici su naveli da socijalnog radnika doživljavaju zainteresiranom osobom koja ima razumijevanja za njihovu problematiku i u koju imaju povjerenja. Socijalnom radniku je važno stvoriti pozitivan odnos s bolesnikom jer pomaže u procesu liječenja, a odnos se razvija kroz empatiju. Suradni odnos olakšava cijeli proces jer pomaže u sustvaranju i istraživanju pomoći. Socijalni radnik i osoba u potrebi u ovom slučaju pacijent predstavljaju sugovornike i zajedno traže rješenje (Čaćinović Vogrinčić i sur., 2007.). Osobe s duševnim smetnjama su različite dobne skupine, religije, socioekonomskog statusa, zbog čega se svakom pristupa individualno. Važno je da od socijalnog radnika dobiju one informacije koje im pomažu u nošenju sa svakodnevnim poteškoćama i pomoću kojih uspijevaju olakšati svoju situaciju. Kroz intervju je vidljivo kako pacijenti imaju potrebu za socijalnim radnikom u bolnici koja se očituje kroz dobivanje korisnih informacija o sustavu pomoći, podrške i liječenju što im pomaže u rješavanju socijalnih problema izvan bolnice. Višekratne razgovore sudionici smatraju važnim tijekom liječenja i nakon kojih se osjećaju osnaženo što je odgovarajuća povratna informacija socijalnom radniku. Osnaživanje je proces u kojem pojedinci zadobivaju moć i kontrolu nad svojim životima (Kletečki Radović, 2008.). Pacijenti socijalne radnike smatraju punopravnim članom multidisciplinarnog tima koji su odgovorni za socijalni aspekt njihovog liječenja. Empirijski podatci pokazuju da je pristup zdravstvenoj skrbi u koji su uključeni socijalni radnici u odnosu na same liječnike znatno povoljniji u smislu bolesnikovog ishoda. Tako su Sommers, Marton, Barbaccia i Randolph (2000.) proveli eksperimentalnu studiju o učinkovitosti multidisciplinarnog tima te je utvrđeno znatno manji broj hospitalizacija i povećana participacija u socijalnom aktivnostima kod skupine u čijem su liječenju osim liječnika sudjelovali i socijalni radnici te medicinske sestre za razliku od kontrolne skupine

koja je pomoć dobivala isključivo od strane liječnika (Karlović i sur., 2019.). Sudionici istraživanja navode da su ispunjena očekivanja od strane socijalnog radnika u bolnici, a takvo mišljenje potkrepljuju svakodnevnom dostupnošću socijalnog radnika na Odjelu što dovodi do zadovoljstva odnosom i ostvarenim pozitivnim iskustvom.

8.3. Doživljaj korisnosti psihosocijalnih metoda tijekom liječenja u bolnici

Za treće istraživačko pitanje koje se odnosi na doživljaj korisnosti psihosocijalnih metoda tijekom liječenja u bolnici, definirane su četiri teme koje su opisane kroz pripadajuće kodove (Tablica 3.).

Tablica 3. Korisnost psihosocijalnih metoda liječenja

| Teme | Kodovi |
|--|-------------------------------|
| Psihosocijalne metode koje pomažu | Individualni rad |
| | Psihoedukacija |
| | Radna terapija |
| | Terapijska zajednica |
| | Trening socijalnih vještina |
| Djelotvornost hospitalizacije | Osobna dobrobit |
| | Ravnopravnost |
| | Zaštita i sigurnost |
| | Odsustvo stresa |
| Povećana razina funkcionalnosti | Osjećaj „napunjenih baterija“ |
| | Korisnost društvu |
| Učinci primjenjivanih metoda tijekom liječenja u bolnici | Pozitivna promjena |
| | Rehabilitacija |

Tema **psihosocijalne metode koje pomažu** formirana je na temelju koda *individualni rad* i izjava sudionika koje metode najviše koriste i koliko im pomažu u liječenju.: »Pomažu mi individualni razgovori tijekom liječenja« (S2). »Ima mnogo stvari koje ovdje pomognu, pacijenti koji imaju svaki svoj život, svoju knjigu, individualna savjetovanja, grupna savjetovanja. Ja volim individualni razgovor.« (S13). »Koristim sve, sve mi pomaže ovdje, individualni rad, psihički najviše digne, raspoloženje« (S39).

Nadalje sudionici navode da im *psihoedukacija* pomaže: »Imamo psihoedukacije svaki tjedan i tu saznamo o bolesti, načinima kako se nositi s tim, neke tehnike i to puno pomogne.« (S4). »Jako puno mi znače sve metode, psihoedukacija je dobra, tu svašta naučimo.« (S5). Edukacija o bolesti pomaže oboljelima u načinu njihovog, uspješnijeg nošenja s bolesti, što podrazumijeva (Liberman, 2008.) smanjenje simptoma bolesti, zatim recidiva putem psihosocijalnih postupaka, učenje vještina za samopomoć (Hayes i Gannt, 1992; Štrkalj-Ivezić i sur., 2008). Psihoedukacija povećava suradljivost u uzimanju lijekova (Motlova, 2000.). To je metoda koja se koristi u liječenju oboljelih i članova njihove obitelji (Lam, 1991.).

Iduća psihosocijalna metoda je *radna terapija* u koju su također uključeni svi pacijenti koji se nalaze na bolničkom liječenju. Ukoliko pacijent iz somatskih razloga ne može otići na radnu terapiju, terapeuti donesu na Odjel određene rekvizite sukladno afinitetima pojedinaca kako bi mogli u potpunosti sudjelovati u psihoterapijskom tretmanu: »Uvijek odlazim na radnu terapiju jer se tamo opustim, popijem kavu i nađem nešto za sebe. Bavim se pirografijom i sjajno mi ide. Imam već puno radova i svaki put kad sam na liječenju tome se posvetim. Jednostavno pomaže.« (S2). »Liječnici nas potiču na odlazak u radnu terapiju i mislim da je to odlično. Svatko tamo nađe nešto za sebe. Imate toliko aktivnosti s kojima se možete baviti. (S5). »Odlazim na radnu terapiju, to nam je dio programa na ovom Odjelu. Tamo se uvijek zabavim, nešto crtkaram. Dobra je atmosfera, susretljivo osoblje.« (S22). Radna terapija je ujedno i prva metoda rehabilitacije. U početcima se smatralo kako je svaki rad koristan za oboljele, no došlo se do zaključka kako ono ima dvojaku funkciju u smislu sredstva za postizanje poboljšanja stanja, ali i za produktivnost i zapošljavanje. Suvremena radna terapija se temelji na individualnoj procjeni potreba svakog pacijenta i kao pomoć pri zapošljavanju na otvorenom tržištu što se naziva potpomognuto zapošljavanje (El Hassan, Vuković, prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Radni

terapeut koristi aktivnosti s određenom svrhom kako bi se izazvala terapijska reakcija (Creek, 1996).

Sudionici spominju *terapijsku zajednicu* koja ujedno i predstavlja središte psihosocijalnih metoda liječenja: »*Na terapijskoj zajednici svi sudjelujemo zajedno. I pacijenti i osoblje. To je vrhunac svega. Tamo razgovaramo o aktualnostima. Imamo podijeljena zaduženja kroz tjedan. Svatko je za nešto zadužen i tako se mijenjamo iz tjedna u tjedan. Zanimljiva je terapijska. Na ovom odjelu je jednom tjedno, a na drugim odjelima je i češće, negdje je i svaki dan.*« (S18). »*Terapijskoj zajednici se uvijek veselim jer se svi skupimo na istom mjestu i razgovaramo. Svatko može reći što ga muči, ako ima nekih problema s drugim pacijentima. Pacijenti imaju svoja zaduženja, netko je glavni za sanitarni čvor, netko za pušionu, netko za zalijevanje cvijeća, netko je zadužen za radnu terapiju, netko za tjelovježbu. Uglavnom puno nas ima nekakvo zaduženje koje onda nastojimo izvršiti i onda na idućoj terapijskoj iznesemo kako nam je bilo.*« (S20). Utemeljitelji terapijskih zajednica su isticali potencijal svakog člana zajednice i svih odnosa unutar zajednice kao cjeline (Jones, 1956.). »*Terapijska zajednica je zajednica gdje sudjelujemo svi, zanimljivo je što imamo tjedna izlaganja. Ako netko ima nekakav hobi, neku svoju zanimaciju ili interes za nešto, onda se javi i izlaže na idućoj terapijskoj. To budu jako zanimljiva predavanja iz kojih se može puno naučiti. I osoblje često postavlja pitanja. Imamo i predsjednika terapijske zajednice, on vodi cijelu terapijsku. Izabiru ga ostali pacijenti i onda onaj koji ima najviše glasova taj je predsjednik i ima svoju predsjedničku fotelju. Predsjednik je na vlasti skroz otkada je izabran do svog otpusta iz bolnice.*« (S27).

Kao važnu psihosocijalnu intervenciju, sudionici navode *trening socijalnih vještina* kojoj je cilj poboljšati sposobnosti pacijenta kako bi lakše funkcionirao u zajednici: »*Na treningu se nauče neke osnovne socijalne vještine kako bi ljudi lakše funkcionirali kada izađu iz bolnice. Pomogne, nauči se svašta.*« (S4). »*Može se naučiti kuhati, uređivati, komunikacijske vještine.*« (S13). Kurtz i Mueser (2008.) su proveli metaanalizu koja se sastojala od 22 istraživanja i 1521 ispitanika te su potvrdili pozitivan utjecaj treninga socijalnih vještina na poboljšanje funkcioniranja u svakodnevnom životu. Bellackov model (1997.) treninga socijalnih vještina se odnosi na potrebe osoba s mentalnim poremećajima s naglaskom na socijalno disfunkcionalne osobe koje imaju poteškoća u ostvarivanju samostalnosti u životu, od brige o sebi do interakcije s drugima. Istraživanja su potvrdila da trening socijalnih vještina pridonosi

oporavku oboljelih od shizofrenije stoga se ova metoda smatra standardom u liječenju osoba s navedenom dijagnozom (Štrkalj-Ivezić i sur., 2001.).

U temi **djelotvornost hospitalizacije** sudionici navode kako se osjećaju za vrijeme liječenja te koji su njezini učinci. Izjavljuju da boravak na odjelu pridonosi *osobnoj dobrobiti*: »Osjećam se bolje za vrijeme liječenja. To je liječenje za osobnu dobrobit. Izvuče svatko nešto za sebe.« (S3). »Osjećam se dobro kad sam ovdje. Puno mi pomogne liječenje, čekam samo da mi terapija prodjeluje. Sve je ovo napravljeno zbog nas i naše dobrobiti.« (S4). »Dobrobit ovog liječenja se nalazi u svemu ovdje... od prostora i smještaja, toplo, skuhanu, čisto. Pacijent je vođen, zbrinut, liječen i potpomognut kako bi njegovo liječenje, terapija bila što efikasnija i uspješnija.« (S40).

Sudionici se osjećaju ravnopravno: »Mi smo ovdje svi jednaki, nema neke razlike. Liječimo se, borimo se da nam bude bolje. Osjeti se zajedništvo i ravnopravnost.« (S2). »Osjećam se ovdje bolje kad smo svi zapravo jednaki, svi imamo probleme, nema neke razlike. Ta neka ravnopravnost među nama. Puno znači kakvi su ostali, kakva je atmosfera. Kad se osjećate prihvaćenim onda je sve lakše.« (S5). Sudionici za vrijeme liječenja osjećaju zaštitu i sigurnost jer se nalaze u zaštićenim uvjetima, izvan događanja u vanjskom svijetu, posvećeni samima sebi: »Meni je ovdje super, odmorim se baš, odmaknem se od svega, pratimo i ovdje vijesti i sve, ali drukčije je to, zaštićena sredina.« (S9).

Nadalje navode *odsustvo stresa*: »Pa nisam ovdje pod stresom, toga ovdje nema. Vani sam pod stresom.« (S3). »Ovdje imamo sve posloženo, ne moramo o ničemu brinuti pa nema nit tog stresa koji se javlja u realnom životu kad smo suočeni sa svim problemima koji nas napadaju. Kad ste ovdje, život je lijep zapravo. Iako je bolnica i možda čudno zvuči, osobito ljudima koji nisu bili ovdje liječeni jer imaju krivu predodžbu o apsolutno svemu i o ljudima koji se ovdje liječe i o svemu.« (S8). Kod sudionika je vidljivo zadovoljstvo boravkom u bolnici, uvjetima liječenja zahvaljujući personaliziranim programima koji predstavljaju temelj psihijatrije.

Vežano uz temu **povećana razina funkcionalnosti** sudionici navode da imaju *osjećaj „napunjenih baterija“*: »Baterije su mi nakon liječenja napunjene.« (S4). »Kad izađem odavde, ne mogu reći da sam na 100%, ali na nekih 60, 70% jesam i tako funkcionira jedno dva, tri

mjeseca dosta dobro, ali kasnije je sve po starom, kao prvo, neuredan život, sam si, jesi uzeo tabletu ili nisi...» (S16).

Sudionici također osjećaju da su nakon liječenja *korisni društvu* jer se mogu posvetiti svojoj obitelji, prijateljima i kolegama: *»Mislim da imaju i ljudi oko mene koristi od mog liječenja jer jednostavno bolje funkcioniram kad se vratim, osjeti se to jako. Moja obitelj to primjećuje. Nisam više onako depresivan i mrzovoljan. Mogu otići i u društvo, popričati s prijateljima, naći se s njima na kavi.« (S13).* *»Dobro funkcioniram nakon liječenja, i prema sebi sam bolja i prema drugima. Mogu puno više napraviti, učinkovitija sam.« (S14).* *»Osnažuje me to da će mi ovo liječenje pomoći u daljnjem životu, da budem koristan društvu, djeci, svima. Bolest neće nestati. Osnažuje me to što sam već nakon prvog ležanja shvatio da će mi jako pomoć, mada mi je netko rekao da idem u druge ustanove... jednostavno, ovdje sam zadovoljan, osjećaš se kao u prirodi. Od glavne doktorice, druge doktorice, vas... ja nemam riječi, svi se trudite oko nas. Ovo nije dodvoravanje zbog ovog snimka. Ja sam iznenađen i to su iskustva svih mojih kolega... stvarno sam oduševljen.« (S39).* Socijalni ishod procjenjuje na koji način osoba funkcionira, kako živi te kako se snalazi u različitim ulogama (Priebe, 2007.).

Posljednja tema pod nazivom **učinci primjenjivanih metoda tijekom liječenja u bolnici** iz kojih su vidljivi benefiti korištenja navedenih metoda i funkcioniranje po otpustu iz bolnice. Sudionici smatraju da su postignute *pozitivne promjene*: *»Zadovoljan sam, mislim da se nakon svakog liječenja postižu pozitivne promjene koje su vidljive u načinu našeg funkcioniranja.« (S4).* *»Ja sam prezadovoljan sa svime, uglavnom vidi se taj pozitivan pomak nakon liječenja.« (S14).* *»Dobro ću funkcionirati kad završi liječenje, sve je pozitivnije.« (S21).*

Sudionici nadalje navode da se u bolnici *rehabilitiraju*: *»Funkcioniram nakon liječenja jer je ovo jedna rehabilitacija.« (S30).* *»Ja se nadam i ovaj put kad izađem iz bolnice da ću moći funkcionirati i da sam rehabilitiran. Obavljam te stvari po kući, odem u trgovinu, platim račune.« (S34).* *»Sve nam ovo pomaže u našoj rehabilitaciji kako bi mogli funkcionirati.« (S38).* Rehabilitacija potiče oporavak, integraciju u život zajednice, socijalno funkcioniranje osoba koji boluju od psihičkog poremećaja. *»Po otpustu iz bolnice ću biti i rehabilitirana i resocijalizirana sigurno. Vidim kako ovdje funkcioniram, kako se sad osjećam, koliko bolje u odnosu na početak.« (S40).* Rehabilitacija poticanjem oporavka i osnaživanja osobe s

poremećajem mentalnog zdravlja utječe na povećanje kvalitete života te se na taj način smanjuje potreba za hospitalizacijom (Mužinić Marinić, 2021.).

Definirano tematsko područje odnosilo se na psihosocijalne metode koje pomažu pri čemu dobiveni odgovori na pitanja predstavljaju ujedno i odgovor na treće istraživačko pitanje. Rehabilitacija se sastoji od skupa psihosocijalnih postupaka koji su usmjereni na poboljšanje funkcioniranja u životnoj zajednici. Istraživanja su pokazala da liječenje koje uključuje primjenu lijekova, rad s obitelji i trening socijalnih vještina, smanjuje rizik od ponovne bolesti za 20% u odnosu na osobu koja redovito uzima samo lijekove, ono iznosi 45% (Hogarty i sur., prema Štrkalj-Ivezić, 2010.). Psihosocijalni postupci su dio standardnog liječenja s ciljem povećanja funkcionalnosti na osobnom, obiteljskom, socijalnom i radnom aspektu. Terapija se bazira na povjerljivom odnosu između stručnjaka i pacijenta u svrhu lakšeg nošenja s bolešću uz razvijanje potrebnih vještina (Mužinić Marinić, 2021.). Sudionici su izdvojili individualan rad, zatim psihoedukaciju koju vodi liječnik ili psiholog, a svrha je povećanje znanja o bolesti, osobito osoba oboljelih od shizofrenije i njihova načina nošenja s istom. Na psihoedukaciji dobiju odgovore na razna pitanja od njihova interesa sukladno aktualnom stanju zbog čega je ovaj vid liječenja dio terapijskog procesa. Zatim, radna terapija je aktivnost koja ima značajnu ulogu u psihijatriji i rehabilitaciji osoba s psihičkim poteškoćama. Ciljevi su sukladni ciljevima rehabilitacije i primjenjiva je za sve osobe s poteškoćom mentalnog zdravlja bez obzira na dijagnozu bolesti (Mužinić Marinić, 2021.). Program radne terapije se provodi individualno ili grupno, ovisno o potrebama pacijenta koji su u intervjuu iskazali zadovoljstvo provedbom jer im omogućuje usvajanje novih vještina potrebnih za život. Organizirana je svakim danom i pruža rad na onom području u kojem pacijenti pokazuju interes. Terapijska zajednica je najpoznatija socioterapijska metoda i mjesto na kojem pacijenti izlažu teme te su im dodijeljena zaduženja kako bi održavali radne navike. Središnju ulogu čini glavni sastanak na psihijatrijskom odjelu (Rice i Rutan, 1987.). Sastanci traju otprilike 60 minuta, a učestalost sastanka ovisi o tipu odjela. Predstavljaju se novi članovi, a oni koji odlaze se opraštaju s naglaskom na aspekt koji im je najviše pomogao u liječenju. Osoblje omogućuje otvorenu komunikaciju i uspostavljanje dijaloga (Lanza, 2000.). Mjesto gdje se izmjenjuju iskustva i gdje jedni od drugih uče i zajedno pridonose terapijskom efektu. Ispitanici su naveli trening socijalnih vještina kao još jednu psihosocijalnu metodu koja ih osposobljava za povratak u lokalnu zajednicu kao i bolje funkcioniranje i nošenje sa svakodnevnim životnim

situacijama. Važno je naglasiti da su programi rehabilitacije i psihosocijalne intervencije naročito podobni za osobe oboljele od shizofrenije i teže depresije (Drake, Mueser i Brunette, 2007., prema Mužinić Marinić, 2021.). Socijalne vještine omogućuju izražavanje osjećaja kao i interakciju s drugim osobama. Istraživanja su potvrdila da trening socijalnih vještina predstavlja postupak koji uvelike utječe na liječenje osoba oboljelih od shizofrenije, stoga se smatra standardom u nacionalnim smjernicama uključujući i nacionalne standarde (Štrkalj-Ivezić i sur., 2001.).

Sudionici istraživanja navode pozitivne aspekte liječenja i djelotvornost hospitalizacije kroz osobnu dobrobit. Liječenje im pomaže na način da se osjećaju ravnopravno u odnosu na ostale pacijente zbog problema s kojima dolaze, situacije s kojom se nose i poteškoća koje im ometaju svakodnevno funkcioniranje. U bolnici se osjećaju zaštićeno i sigurno te im odgovara struktura aktivnosti bez obzira na njihov intenzitet. Liječenje im omogućuje odsustvo stresa i potpunu posvećenost samima sebi. Reduciraju razgovore s vanjskim svijetom koji bi eventualno narušavao njihov tijek liječenja. Kod otpusta se osjećaju ispunjeno i spremno za suočavanje s nadolazećim problemima te vide sebe kao osobu kod koje se dogodila pozitivna promjena i koja će na kvalitetan način moći pridonijeti obitelji, prijateljima i lokalnoj zajednici.

Povećana razina funkcionalnosti je posljedica uspješne provedbe liječidbenih metoda koja se očituje kroz oporavak što ne mora značiti potpuno povlačenje simptoma nego vođenje kvalitetnijeg života unatoč postojanju istih (Cooper i Clark, 2005.). Osjećaj rehabilitiranosti se može zahvaliti složenom procesu kojem je cilj osobu s duševnim smetnjama dovesti u ono stanje kakvo je bilo prije nastanka bolesti. Važno je voditi računa o životnim situacijama i okolnostima u kojima oboljela osoba živi i s kojim će se susretati u svakodnevnicima. Cilj rehabilitacijskog procesa jest razvijanje emocionalnih, socijalnih i intelektualnih vještina koje su potrebne za život pojedinca. Rehabilitacija osoba s duševnim smetnjama se provodi na različite načine, a to podrazumijeva uzimanje lijekova, psihoterapiju i socioterapiju koja u kombinaciji s bolesnikovom suradnjom i podrškom njegove obitelji daje pozitivne rezultate (Ružić i sur., 2009.).

Dakle, ono što se pokazalo nužnim kod osoba oboljelih od shizofrenije i depresije, jest također i sudjelovanje u liječenju kako bi se posvetili razvijanju osobnih potencijala koji pozitivno utječu na bolest. Rehabilitacija osoba s duševnim smetnjama mogu doprinositi društvu u svojim granicama, ali isto tako i društvo treba podržavati iste osobe u granicama svojih

kapaciteta. Živjeti s bolešću nije lako i ono nerijetko zahtjeva napore i ulaganja zbog čega je to potrebno prepoznati i cijiniti (Sartorius, 2010.).

9. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA I SMJERNICE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA

Ovo istraživanje proširilo je spoznaje o doživljaju profesije socijalnog rada iz perspektive osoba oboljelih od depresije i shizofrenije. Postoje i određena ograničenja ovog istraživanja. Sudjelovale su osobe koje su zatečene na liječenju u vrijeme prikupljanja podataka, osobe koje isključivo boluju od depresije i shizofrenije, a nalaze se u bolničkom tretmanu i programu rehabilitacije te koje su dobrovoljno pristale na sudjelovanje u istraživanju. Nije moguće generalizirati podatke obzirom da su dobiveni na temelju istraživanja unutar samo jedne bolnice. Ograničenje također predstavlja uključenost voditeljice istraživanja u postupak prikupljanja podataka jer je ujedno i socijalna radnica zaposlena na Odjelu na kojem se vršilo istraživanje i jedina koja je interpretirala iste. Problem koji proizlazi je mogućnost davanja socijalno i za istraživača poželjnih odgovora od strane sudionika istraživanja, stoga bi u budućim istraživanjima trebalo uključiti neutralnog istraživača koji bi bio provoditelj polustrukturiranih intervjua. Iako je došlo do zasićenja u kontekstu koji je specifičan za ulogu socijalnog radnika u bolnici, ispitano je svih 48 sudionika, od kojih su 24 osobe oboljele od depresije i 24 osobe oboljele od shizofrenije. U budućim istraživanjima bilo bi korisno uključiti osobe oboljele od depresije i shizofrenije, ali koje se liječe u drugim bolnicama kako bi se dobio cjelokupan uvid u aktivnosti socijalnih radnika u području zdravstva i njihov utjecaj na kvalitetu života i rehabilitaciju sudionika. Također, bilo bi važno uključiti i nadležne liječnike specijaliste psihijatre kao i druge članove multidisciplinarnog tima, zdravstveno i nezdravstveno osoblje vezano za njihov doživljaj uloge i statusa socijalnih radnika u zdravstvu. Unatoč navedenim ograničenjima, dobiveni rezultati ovog istraživanja imaju svoju praktičnu vrijednost te nam svakako mogu poslužiti kao smjernice za neka buduća istraživanja, a to je naglašavanje uloge i profesije socijalnog rada u bolnici i saznanje poteškoća s kojima se oboljele osobe susreću odnosno uvažavanje korisničke perspektive s ciljem njihova osnaživanja na čemu i počiva struka socijalnog rada. Valja napomenuti da su istraživanja koja uključuju osobe s mentalnim

bolestima rijetkost u socijalnom radu osobito na području Republike Hrvatske. Svrha je naglasiti ulogu socijalnog radnika i podići kvalitetu boravka pacijenata u bolnici te osigurati što kvalitetnije liječenje, rehabilitaciju i resocijalizaciju radi primjerene društvene reintegracije.

10. ZAKLJUČAK

Mentalno zdravlje je dio općeg zdravlja i ono zapravo predstavlja određenu ravnotežu između okoline i pojedinca, a uloga socijalnog radnika je uspostavljanje narušene ravnoteže te osnaživanje bolesnika kako bi ju u budućnosti sami održavali (Kletečki Radović, 2021.). Psihijatrijski socijalni radnici su poveznica između oboljelih osoba i psihijatara, a rad zahtjeva strpljenje, određivanje prioriteta situacija te intervenciju (Karlović i sur., 2019.). Smatra se da 30% do 50% odraslih osoba tijekom života razvije neki od duševnih poremećaja. U svijetu je oko 450 milijuna duševno oboljelih dok se u Hrvatskoj od ukupno 26% svih uzroka invaliditeta odnosi upravo na osobe s duševnim smetnjama. Cilj liječenja je postizanje povlačenja simptoma i osnaživanje kako bi se oboljela osoba vratila na optimalnu razinu funkcioniranja. Rehabilitacija predstavlja dugotrajan proces koja uključuje angažman multidisciplinarnog tima. Važno je cjelokupno društvo usmjeriti na očuvanje i unapređenje duševnog zdravlja (Filaković i sur., 2014.).

Rezultati ovog kvalitativnog istraživanja su ukazali na važnost profesije socijalnog rada u području zaštite mentalnog zdravlja, osobito kod osoba oboljelih od depresije i shizofrenije iz čega slijedi da osobe koje boluju od depresije u većoj mjeri koriste prava iz sustava socijalne skrbi u obliku novčanih primanja dok osobe oboljele od shizofrenije su korisnici usluge smještaja. Obje skupine sudionika sustav socijalne skrbi doživljavaju pozitivno u smislu sprječavanja siromaštva uz zadovoljavanje egzistencijalnog minimuma. Također izražavaju zadovoljstvo ulogom i postupcima socijalnog radnika tijekom liječenja i rehabilitacije u bolnici što je vidljivo iz brojnih intervencija socijalnog rada kao što su individualni i grupni rad, zatim rad s obitelji koji je prisutan od početka hospitalizacije osoba oboljelih od duševnih smetnji te se nerijetko nastavlja i nakon liječenja. Sudionici su naglasili važnost stručne podrške od strane socijalnog radnika što im pomaže u osnaživanju. Praksa osnaživanja sastavni je dio profesije socijalnog rada na svim razinama. Ona uključuje detekciju direktnih i indirektnih zapreka koje

dovode do bespomoćnosti s naglaskom na razvoj strategije koje pomažu u svladavanju prepreka (Kletečki Radović, 2008.). Sudionici su naglasak stavili na suradni odnos u kojem se odvija proces pomaganja. Obje skupine su doživjele učinkovitost psihosocijalnih metoda liječenja koji su neizostavni dio rehabilitacijskog procesa. Ovisno o potrebama pacijenata, izrađuje se individualni plan liječenja i sukladno tome se planira primjena psihosocijalnih postupaka (Mužinić Marinić, 2021.). Sudionici su socijalnog radnika doživjeli kao osobu od povjerenja i stručnjaka koji ih razumije. Socijalnog radnika doživljavaju članom multidisciplinarnog tima, a zadatak je promicati socijalnu promjenu osobito kod osoba s problemima mentalnog zdravlja koji se susreću sa stigmatizacijom i socijalnim isključivanjem (Kletečki Radović, 2021.).

Sveobuhvatnim terapijskim liječenjem, uz osnaživanje i potporu, jačanjem samopouzdanja, postizanjem uvida i preuzimanjem osobne odgovornosti u svim aspektima života, socijalni radnici potiču na prihvaćanje duševnih smetnji, rješavanje nastalih problema kao što su bespomoćnost, socijalna izolacija, odbacivanje, podcjenjivanje i osjećaj manje vrijednosti. Primjenom psihosocijalnih metoda te kroz odnos povjerenja i odgovornog, aktivnog učešća tijekom liječenja, socijalni radnici nastoje utjecati na promjenu stavova i ponašanja kod osoba oboljelih od depresije i shizofrenije te je glavni cilj osnaživanje na njihovom putu ka što potpunijoj integraciji u socijalnu sredinu.

11. LITERATURA

1. Ajduković, M. (1997). *Grupni pristup u psihosocijalnom radu*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Ajduković, M. i Urbanc, K. (2009). Integrirajući pristup u socijalnom radu kao kontekst razumijevanja individualnog plana skrbi. *Ljetopis socijalnog rada*, 22(2), 211-220.
3. Ajduković, M., Cajvert, Lj. (2001). Supervizija psihosocijalnog rada kao specifičan oblik podrške i pomoći socijalnim radnicima i drugim stručnjacima u sustavu socijalne skrbi, *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, 8(2), 195-214.
4. Begić, D. (2016). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
5. Begić, D., Jukić, V., Medved, V. (2015). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
6. Brajša, P. (2016). *Drukčija psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
7. Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
8. Compton, B.R., Galaway, B. (1994). *Social Work processes*. Pacific Grove: Brooks and Cole Publishing Company.
9. Cooper, J. M., Clarke, A. (2005). *Expert patients: who are they? Lay led self-management programs: additional recourses in the management of chronic illness* London Long term medical conditions alliance.
10. Cox, T., Leka, S., Ivanov, I., Kortum, E. (2004). Work, employment and mental health in Europe. *Work & Stress*, 18(2), 179-185.
11. Creek, J. (1996). *Occupational Therapy and Mental Health*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
12. Čačinović Vogrinčić, G., Kobaš, L., Mešl, N., Možina, M., (2007). *Uspostavljanje suradnog odnosa i osobnog kontakta u socijalnom radu*. Biblioteka socijalnog rada.
13. Degmečić, D. (2014). *Mentalno zdravlje žena*. Zagreb: Medicinska naklada.
14. Dodig, G. (2004). Je li pred nama stoljeće depresije? *Medicus*, 13(1), 7-9.

15. Dominelli, L. (1997). *Anti-racist Social Work*. London: British Association of Social Workers.
16. Ehrenberg, A. (2003). Depresija/ Umor od samog sebe. *Europski glasnik*, 8(8), 443-461.
17. El Hassan, P., Vuković, A. (2010). Radna terapija, U: Štrkalj-Ivezić i sur., *Rehabilitacija u psihijatriji*, Psihobiosocijalni pristup, 186-193.
18. Filaković, P. i suradnici. (2014). *Psihijatrija*. Osijek: Medicinski fakultet.
19. Francisković, T., Moro, Lj. i suradnici. (2009). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
20. Gehlert, S. i Browne, T.A. (2006). *Handbook of health social work*. New Jersey: Wiley.
21. Gruber, E. N. (2012). Moguće intervencije u sustavu socijalne skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada*, 19(1), 73-94.
22. Hautzinger, M. (2002). *Depresija: modeli, dijagnosticiranje, psihoterapije, liječenje*. Jasrebarsko: Naklada Slap.
23. Holmes, J. (2006). *Depresija*. Zagreb: Naklada Jesenski Turk.
24. Hudolin, V. (1982). *Socijalna psihijatrija i psihopatologija*. Zagreb: Školska knjiga.
25. Ivančević, E. (1984). Socijalni rad u zdravstvu. U: Škrbić, M. i sur. (ur.), *Socijalna zaštita u Socijalističkoj Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada, 361-363.
26. Jakovljević, M. (1997). *Bolest našeg doba*. Pro Mente Croatica, 1(1-2), 6-8.
27. Jakovljević, M. (2001). *Suvremena farmakoterapija shizofrenije*. Od neurobiologije do potpune reintegracije. Zagreb: Pro Mente
28. Jakovljević, M. (2004). *Depresivni poremećaji: od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja*. Zagreb: Pro Mente.
29. Jakovljević, M., Begić, D. (2013). Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti. *Socijalna psihijatrija*, 41(2013), 16-20.

30. Jeleč Kaker, D. (2009). Izvori profesionalnog stresa i sindrom sagorijevanja socijalnih radnika u zdravstvu u Republici Sloveniji. *Ljetopis socijalnog rada*, 16 (1), 133-151.
31. Jones, M. (1956). The concept of a therapeutic community, *American Journal of Psychiatry*, 112, 647-650.
32. Karlović, D. i suradnici. (2019). *Psihijatrija*. Zagreb: Naklada Slap.
33. Karlović, D., Peitl, V., Silić, A. (2019). *Shizofrenije*. Zagreb: Naklada Slap
34. Kletečki Radović, M. (2021). Socijalni rad u zaštiti mentalnog zdravlja, U: Mužinić Marinić, L., *Psihijatrija u zajednici*, 201-222.
35. Kletečki Radović, M. (2008). Teorija osnaživanja u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(2), 215-242.
36. Kletečki Radović, M., Šušnjara, M. (2018). Kvalitativna evaluacija primjene NPL – a u samoosnaživanju osoba sa psihosocijalnim poteškoćama. *Ljetopis socijalnog rada*, 26(1), 81-105.
37. Lam, D. (1991). Psychosocial family interventions in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441
38. Lanza, M. L. (2000). Community Meeting: Review, Update and Synthesis. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50(4), 473-486.
39. Leutar, Z., Buljevac, M. (2021). Obitelj kao čimbenik podrške u psihijatrijskom liječenju i rehabilitaciji, U: Mužinić Marinić, L., *Psihijatrija u zajednici*, 223-237.
40. Luderer, H.J. (2006). *Shizofrenija*. Zagreb: Naklada Slap.
41. Ljubičić, Đ i suradnici. (2010). *Depresija i duhovnost*. Rijeka: Medicinski fakultet.
42. Milić Babić, M. i Laklija, M. (2019). Socijalni rad u zdravstvu – pogled iz kuta socijalnih radnika zaposlenih u bolnicama. *Jahr*, Vol. 10/1 (19).
43. Moltova, L. (2000). Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*, 33, 47-48.
44. Mrežna stranica Neuropsihijatrijske bolnice <https://npbp.hr/organizacija/odjeli>. Posjećeno 1.3.2022.

45. Mužinić Marinić, L. (2021). *Psihijatrija u zajednici*. Pravni fakultet: Biblioteka socijalnog rada.
46. Ostojić, D. (2012). *Prva epizoda shizofrenije- važnost ranog otkrivanja bolesti. Što o tome trebaju znati socijalni radnici? Ljetopis socijalnog rada, 19(1), 53- 72.*
47. Poredoš - Lavor, D., Tomaić, H., Mustapić, J., Znika, G. (2008). Dnevna bolnica: društveno-medicinska sadašnjost i budućnost. *Ljetopis socijalnog rada, 15(2), 323-332.*
48. Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 191(50), 15 – 20.*
49. Radić, S. i Škrbina, D. (2011). Uloga radnog terapeuta u rehabilitaciji oboljelih od shizofrenije. *Medica Jadertina, 41(1-2), 71-81.*
50. Rice, C. A., Rutan, J. S. (1987). *Inpatient Group Psychotherapy*. New York, Macmillan Publishing Company.
51. Rowe, D. (2006). *Depresija: kako iz vlastitog zatvora*. Zagreb: biblioteka Mi
52. Ružić, K., Medved, P., Dadić-Hero, E., Tomljanović, D. (2009). *Medicina, 45(4), 338-343.*
53. Sartorius, N. (2010). *Borba za duševno zdravlje*. Zagreb: Profil i Pro mente.
54. Schaie, W.K., Willis, S.L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
55. Stjepanović, M., Jendričko, T., Ostojić, D. (2015). Uloga socijalnog radnika u socioterapijskim i psihosocijalnim postupcima kod osoba s rizikom razvoja depresije uzrokovane stresnim životnim događajima. *Socijalna Psihijatrija, Vol (43), 36-43.*
56. Štrkalj-Ivezić, S. i suradnici. (2010). *Rehabilitacija u psihijatriji*. Psihobiosocijalni pristup. Zagreb: Udruga Svitanje.
57. Štrkalj-Ivezić, S. i Štimac-Grbić, D. (2021). Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i uloga mobilnih psihijatrijskih timova. U: Mužinić Marinić, L., *Psihijatrija u zajednici, 17-33.*

58. Štrkalj-Ivezić, S., Folnegović Šmalc, V., Mimica, N., Bajs Bjegović, M., Makarić, G., Bagarić, A., Krpan, I. (2001). Dijagnostičke i terapijske smjernice (algoritam) za liječenje shizofrenije, Preporuke Hrvatskog društva za kliničku psihijatriju, Hrvatskog liječničkog zbora, *Liječnički vjesnik*, 123, 11-12, 287-9.
59. Treadway, M.T. I Zald, D.H. (2010). Reconsidering anhedonia in depression: Lessons from Translation neuroscience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 537-555.
60. Urbanc, K. (2006). *Izazovi socijalnog rada s pojedincem*. Zagreb: Alineja.
61. Zakon o socijalnoj skrbi. *Narodne novine*, br. 18/2022.
62. Zlomislić, D., Laklija, M. (2018). Uloga socijalnih radnika zaposlenih na odjelima psihijatrije i čimbenici koji utječu na njihovu spremnost na uključivanje u superviziju. *Ljetopis socijalnog rada*, 26 (1), 107-133.

12. PRILOZI

Tablica 1. Doživljaj sustava socijalne skrbi prije dolaska u bolnicu

| Teme | Kodovi |
|---------------------------------------|--|
| Vrste prava u sustava socijalne skrbi | Doplatak za tuđu pomoć i njegu |
| | Osobna invalidnina |
| | Zajamčena minimalna naknada |
| | Smještaj |
| | Jednokratna novčana pomoć |
| Osnovne egzistencijalne potrebe | Mogućnost preživljavanja |
| | Zadovoljstvo ostvarenim pravima radi osiguravanja osnovne egzistencije |
| | Zahvalnost podrške sustava socijalne skrbi |
| | Socijalna pomoć kao oslonac za preživjavanje |
| Radni status | Zaposlenost |
| | Mirovina |

Tablica 2. Doživljaj sa socijalnim radnikom tijekom liječenja i rehabilitacije iz perspektive oboljelih

| Teme | Kodovi |
|--|---|
| Intervencije socijalnog radnika u bolnici | Individualan rad |
| | Grupni rad |
| | Rad s obitelji pacijenata |
| | Informiranje o zakonima i pravima iz sustava socijalne skrbi |
| | Stručna podrška |
| | Savjetovanje |
| Suradni odnos | Zainteresiranost |
| | Povjerenje |
| | Razumijevanje |
| Informiranje | Korisnost dobivenih informacija o sustavu pomoći, podrške i liječenju |
| | Rješavanje socijalnih problema izvan bolnice |
| Socijalni radnik dio multidisciplinarnog tima u psihijatriji | Individualizirani pristup pacijentu |
| | Osnaživanje |
| | Timski rad |
| Uključenost socijalnog radnika u proces pomaganja | Svakodnevna dostupnost |
| | Pozitivno iskustvo |
| | Zadovoljstvo odnosom |

Tablica 3. Korisnost psihosocijalnih metoda liječenja

| Teme | Kodovi |
|--|-------------------------------|
| Psihosocijalne metode koje pomažu | Individualni rad |
| | Psihoedukacija |
| | Radna terapija |
| | Terapijska zajednica |
| | Trening socijalnih vještina |
| Djelotvornost hospitalizacije | Osobna dobrobit |
| | Ravnopravnost |
| | Zaštita i sigurnost |
| | Odsustvo stresa |
| Povećana razina funkcionalnosti | Osjećaj „napunjenih baterija“ |
| | Korisnost društvu |
| Učinci primjenjivanih metoda tijekom liječenja u bolnici | Pozitivna promjena |
| | Rehabilitacija |

13. ŽIVOTOPIS

Lidija Koletić rođena je 16. srpnja 1986. godine u Zagrebu gdje je završila osnovnu i srednju školu. Diplomirala je 2012. godine na Studijskom centru socijalnog rada pri Pravnom fakultetu u Zagrebu. Na Studijskom centru socijalnog rada pri Pravnom fakultetu u Zagrebu upisala je 2018. godine poslijediplomski specijalistički studij iz Psihosocijalnog pristupa u socijalnom radu. Na Medicinskom fakultetu, Sveučilišta u Zagrebu, 2015. godine, završila je poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja 1. kategorije Psihološki aspekti u palijativnoj skrbi. Pri Kliničkom bolničkom centru „Sestre milosrdnice“, Zagreb, 2014. godine, završila je edukacijski tečaj o alkoholom uzrokovanim poremećajima. Pri Hrvatskom centru za logoterapiju i egzistencijalnu analizu, 2022. godine upisala je logoterapiju.

Kao socijalna radnica, od 2015. godine zaposlena je u Neuropsihijatrijskoj bolnici dr. Ivan Barbot u Popovači.

Aktivno sudjeluje na domaćim i međunarodnim konferencijama, pri čemu se posebno ističe profesionalno usavršavanje kroz sudjelovanja na konferencijama i skupovima socijalnih radnika.