

Kvaliteta života psihijatrijskih bolesnika

Pecik, Petra

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:636198>

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

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



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Petra Pecik

KVALITETA ŽIVOTA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

ZAVRŠNI RAD

Zagreb, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Petra Pecik

KVALITETA ŽIVOTA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

ZAVRŠNI RAD

Mentorica: doc.dr.sc Draženka Ostojić

Komentorica: izv.prof.dr.sc Marina Milić Babić

Zagreb, 2023.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Kvaliteta života.....	1
3. Psihijatrijske bolesti.....	2
3.1 Psihički poremećaji	3
4. Epidemiologija	5
5. Kvaliteta života psihijatrijskih bolesnika	7
5.1 Zaposlenost oboljelih od psihičkih bolesti.....	7
5.2 Socijalni odnosi.....	11
6. Stigmatizacija psihičkih bolesnika	15
7. Uloga socijalnog radnika kod pacijenata s psihijatrijskim bolestima	18
8. Zaključak	20
Literatura.....	21

Kvaliteta života psihijatrijskih bolesnika

Sažetak:

Psihičke bolesti utječu na svakodnevno funkcioniranje pojedinca, često počinju u mlađoj životnoj dobi te potencijalno smanjuju kvalitetu života oboljelih. Neke od mogućih posljedica psihičkih bolesti su nemogućnost rada i zaposlenja kao i narušeni socijalni odnosi. Navedeno je posebice izraženo kod depresije, jednog od najčešćih psihičkih poremećaja današnjice, i shizofrenije koja predstavlja jedan od najtežih psihičkih poremećaja. Socijalni radnik kroz široki spektar svojih aktivnosti, uključujući i socioterapiju ima ulogu u unaprjeđenju kvalitete života bolesnika.

Ključne riječi: psihičke bolesti, kvaliteta života, depresija, shizofrenija, stigma

Quality of life of psychiatric patients

Abstract:

Mental illnesses affect the daily functioning of an individual, often start at a younger age and potentially reduce the quality of life of the sufferers. Some of the possible consequences of mental illness are the impossibility of work and employment, as well as impaired social relationships. This is particularly expressed in depression, one of the most common mental disorders today, and schizophrenia, which is one of the most severe mental disorders. Through a wide range of activities, including sociotherapy, the social worker plays a role in improving the quality of life of the patient.

Keywords. mental illness, quality of life, depression, schizophrenia, stigma

Izjava o izvornosti

Ja, Petra Pecik pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Petra Pecik

Datum: 28.6.2023.

1. Uvod

Mentalno zdravlje je vrlo važno u svakodnevnom funkcioniranju čovjeka. Ono je također vrlo važna tema u socijalnom radu. O mentalnom zdravlju se u javnosti sve više govori, a s ciljem promocije istog, svake se godine 10. listopada obilježava i Svjetski dan mentalnog zdravlja. To je jedan od načina na koji se smanjuje stigmatizacija prema psihijatrijskim bolesnicima. Prikazat će se epidemiologija psihičkih bolesti, kako bi se istaknuo broj osoba koji žive s psihičkim poremećajima. Naglasak će biti na kvaliteti života psihijatrijskih bolesnika s posebnim osvrtom na kvalitetu života osoba sa depresijom i shizofrenijom. Govorit će se o tome kakvu ulogu psihička bolest ima na različite aspekte života pojedinca kao što su funkcionalnost pacijenta, odnosi koje pacijent ima sa osobama u svome životu te kakve su mogućnosti njegovog zaposlenja. S obzirom da su psihijatrijski bolesnici i dalje stigmatizirani u društvu, prikazat će se i usporedba s kvalitetom života somatskih, odnosno tjelesnih bolesnika. Uz to, bit će opisana uloga i značaj socijalnog radnika u radu s psihijatrijskim bolesnicima.

2. Kvaliteta života

Kvaliteta života je složen koncept kod kojeg autori razlikuju objektivne i subjektivne pokazatelje. Postoje različite definicije ovog koncepta. Felce i Perry (1993., prema Vuletić i Mujkić, 2002.) definiraju kvalitetu života kao sveukupno, opće blagostanje koje se odnosi na objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, emotivnog i socijalnog blagostanja, uz osobni razvoj i svrhovitu aktivnost te se sve pobrojano vrednuje kroz osobni skup vrijednosti određene osobe.

Razlikuju se subjektivni od objektivnih pokazatelja kvalitete života. Subjektivnost znači da se kvaliteta života može razumjeti samo kroz perspektivu pojedinca. Kada se procjenjuje kvaliteta života putem subjektivnih pokazatelja tada se zahtijeva procjenjivanje brojnih različitih dimenzija života pojedinca. Pod objektivne čimbenike spadaju relativno trajni uvjeti koji predodređuju mogućnost zadovoljenja važnih osobnih

potreba kao što su socio-ekonomski status pojedinca i njegove obitelji te njegova prirodna okolina. Osim prethodnih čimbenika, objektivni čimbenici su i trenutni događaji koji su važni za ispunjenje ciljeva pojedinca, to mogu biti bolest, gubitak važne osobe u životu, prestanak zaposlenja i slično (Vuletić i Mujkić, 2002.). Uz to, važni životni događaji kao što su pogoršanje zdravstvenog statusa, materijalnog statusa, pogoršavanje ili čak poboljšavanje psihološkog stanja, također mogu imati jak efekt na kvalitetu života.

Kvaliteta života može se procijeniti putem upitnika ili skala procjene. Tehnike koje se danas koriste za mjerenje kvalitete života utemeljene su na upitnicima koji se odnose na određeni kulturni kontekst. Stoga se javlja problem kako prilagoditi upitnik na različite kulture. Način na koji se ovaj problem može riješiti je korištenje objektivnih mjera kvalitete života pod pretpostavkom da se one mogu primjenjivati interkulturalno te da su one valjani pokazatelji kvalitete života. Prema Cumminsu (1995., prema Vuletić i Mujkić, 2002.) u istraživanjima se naglasak stavlja na sljedećih 7 koncepata, odnosno na zdravlje, emocionalnu dobrobit, materijalno blagostanje, bliske odnose s drugim ljudima, društvena zajednica, sigurnost i produktivnost. Bliski odnosi s drugim ljudima odnose se na obitelj, partnera, prijatelje i druge značajne osobe. Prethodno navedeni koncepti mogu se smatrati univerzalnim u provedbi istraživanja kvalitete života. Procjene mogu biti subjektivne, što znači da sam pacijent procjenjuje svoju kvalitetu života ili mogu biti objektivne što znači da stručnjaci ocjenjuju kvalitetu života pacijenta. Jedan od instrumenata za samoprocjenu je WHOQOL-BREF. On se sastoji od 26 čestica te od 4 domene, a to su fizičko zdravlje, psihološko zdravlje, društveni odnosi i zdravlje okoliša (Vahedi, 2010.).

3. Psihijatrijske bolesti

Za socijalne radnike važno je da su upoznati sa psihijatrijskim bolestima kako bi korisnicima mogli holistički pristupiti. Socijalna psihijatrija je područje psihijatrije koja se u najširem smislu bavi odnosom sociokulturalnih procesa i mentalne bolesti. Glavna vodilja psiho-socijalnog pristupa je da su psihički poremećaji i bolesti usko povezane sa socijalnom dimenzijom. Ovaj pristup objašnjava da je osoba „psihički zdrava“ ako se

može prilagoditi socijalnom okruženju odnosno normama koje društvo nameće. Ako osoba to nije sposobna učiniti, radi se o poremećaju. Kod upotrebe ovoga kriterija zapreka je u tome što se socijalne norme međusobno razlikuju u različitim zemljama, kulturama i društvima (Jakovljević i Begić, 2013.). Važno je rano prepoznavanje poremećaja mentalnog zdravlja kako bi se oboljeli mogli što brže uključiti u programe liječenja što reducira mogućnost pogoršanja bolesti i rezultira boljom kvalitetom života bolesnika. (Hrvatski zavod za javno zdravstvo i Trimbos institut, 2018.).

3.1 Psihički poremećaji

Grupe psihičkih poremećaja su organski i simptomatski mentalni poremećaji, poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih tvari, shizofrenija, poremećaji slični shizofreniji i sumanuta stanja, poremećaji raspoloženja, neurotski i somatoformni poremećaji i poremećaji izazvani stresom, poremećaji ličnosti i poremećaj ponašanja odraslih, poremećaji psihološkog razvoja, mentalna retardacija te neodređeni mentalni poremećaj (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012.).

Postoji širok raspon normalne anksioznosti koja se smatra zdravom pod normalnim okolnostima, dok patološku anksioznost karakterizira ekscitativnost, pervazivnost i nemogućnost kontrole te interferira sa čovjekovom sposobnosti funkcioniranja (Gregurek i sur., 2017.). Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih poremećaja, deseta revizija (MKB 10) anksiozni poremećaji pripadaju grupi neurotskih i somatoformnih poremećaja i poremećaja izazvanih stresom. Anksiozne poremećaje čine fobijsko-anksiozni poremećaj, nespecifični, drugi fobijsko-anksiozni poremećaji, drugi anksiozni poremećaj, anksiozni generalizirani poremećaj, mješovit anksiozni i depresijski poremećaj te anksiozni poremećaj, nespecifičan (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012.). Što su simptomi anksioznosti ozbiljniji to je kvaliteta života lošija. Kognitivno bihevioralne terapije za anksioznost imaju pozitivne učinke na kvalitetu života (Wilmer i sur., 2021.).

U ovom će se radu pobliže prikazat kako depresija narušava kvalitetu života budući da je to jedan od najčešćih psihičkih poremećaja današnjice (Ledić, 2019.). S druge strane prikazat će se i shizofrenija kao jedna od najtežih i najozbiljnijih duševnih bolesti jer narušava, potencijalno, kapacitete ličnosti bolesnika za primjereno funkcioniranje. (Letovancova i Davidekova, 2014.).

Svjetska zdravstvena organizacija navodi kako je depresija čest mentalni poremećaj. Na svjetskoj razini procjenjuje se kako 5% odrasle populacije pati od depresije. Glavni pokazatelji depresije su stalna tuga i nedostatak interesa i zadovoljstva u aktivnostima koje su prethodno stvarale ugodu. Moguć je poremećen san i apetit. Česti simptomi su umor i loša koncentracija. Danas je depresija vodeći uzrok invaliditeta širom svijeta te daje velik doprinos globalnom teretu bolesti. Depresija može imati dugotrajne negativne učinke na funkcionalnost i kvalitetu života oboljelih, i ti učinci mogu znatno utjecati na sposobnost osobe da primjereno funkcionira i živi punim životom (Svjetska zdravstvena organizacija, 2023a.). Depresija se pojavljuje gotovo dvostruko češće kod žena nego muškaraca. Pretpostavlja se da su tome uzrok hormonalne promjene žena u generativnoj dobi. Tipični depresivni simptomi prema MKB 10 su depresivno raspoloženje, gubitak interesa i zadovoljstava u uobičajenim aktivnostima i smanjena životna energija, a drugi česti simptomi su poremećaji spavanja, apetita, koncentracije i pažnje, smanjeno samopoštovanje i samopouzdanje, ideje krivnje i bezvrijednosti, pesimističan pogled na budućnost i ideje o samoozljeđivanju ili samoubojstvu (Begić, 2022.). Da bi se postavila dijagnoza depresije, odnosno depresivne epizode ovi simptomi trebaju trajati najmanje 2 tjedna (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017.).

Shizofrenija se ubraja u psihotične poremećaje. “Iako se o shizofreniji često govori kao da je riječ o jednoj bolesti, ona vjerojatno obuhvaća skupinu poremećaja jer su klinička slika i tijek izrazito heterogeni. Ne postoji samo simptom koji se pojavljuje u svih bolesnika, kao ni simptom koji se pojavljuje samo u shizofreniji.” (Begić, 2022.). Prema MKB 10 simptomi shizofrenije dijele se na pozitivne, negativne, kognitivne, afektivne i psihomotorne simptome. Pozitivni simptomi uključuju pozitivne psihotične simptome, odnosno halucinacije i sumanute ideje i pozitivne simptome dezorganiziranosti, odnosno

dezorganizirano mišljenje i ponašanje. Sumanute ideje pojavljuju se kod otprilike 70-80% osoba sa shizofrenijom, barem u početku bolesti. To su zablude koje se ne mogu korigirati, a za njih je bolesnik uvjeren da su istinite. Povezane su s nedostatkom uvida i bolesnik se često ponaša u skladu s njima. S druge strane, “halucinacije su doživljaj podražaja kojeg nema, uz kvalitetu doživljaja kao da su stvarne, a pojavljuju se u 60 do 80% bolesnika” (Begić, 2022.). Kod shizofrenije su najčešće slušne halucinacije. Negativni simptomi shizofrenije su smanjenje ili prestanak normalnih aktivnosti, motivacije, interesa i želja. Često se mogu pojaviti prije pozitivnih simptoma. Kognitivni simptomi prisutni su kod 75-80% bolesnika sa shizofrenijom. Kognitivni simptomi uključuju smanjenu brzinu procesuiranja informacija, a ona je povezana sa smanjenom psihomotornom brzinom, zatim poremećaj pamćenja, otežano pohranjivanje i upotrebu novih informacija, poremećaj pažnje, poremećaj verbalne fluentnosti te socijalne kognicije, odnosno otežano razumijevanje emocija drugih osoba. Afektivni simptomi odnose se na simptome poremećaja raspoloženja, a ne na zaravnjen afekt koji pripada negativnim simptomima. Psihomotorni simptomi se mogu uočiti kod oko 60% akutnih te u do 80% kroničnih bolesnika. Oni obuhvaćaju povišenu psihomotornu aktivnost, sniženu psihomotornu aktivnost, ovisno radi li se o akutnoj ili kroničnoj fazi bolesti, katatone simptome, neželjene pokrete i blage neurološke simptome (Begić, 2022.). Pojavnost shizofrenije je relativno jednaka u različitim dijelovima svijeta te iznosi između 0,5 i 1,0%. Kod shizofrenije je narušeno kognitivno funkcioniranje što utječe na pacijentovo samostalno radno i socijalno funkcioniranje. Jedan od simptoma shizofrenije je i promijenjeno socijalno ponašanje (Begić, 2015.).

4. Epidemiologija

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije u 2017. godini, 970 milijuna ljudi u svijetu iskazivalo je psihičke smetnje. To znači da je svaki osmi čovjek na svijetu imao poremećaj mentalnog zdravlja. Anksioznost i depresija najčešći su mentalni poremećaji današnjice. Nadalje, procjene iz 2019. godine pokazuju da je od depresije

bolovalo 280 milijuna ljudi, od kojih su 23 milijuna bili djeca i adolescenti, od anksioznih poremećaja bolovao je 301 milijun ljudi što uključuje i 58 milijuna djece i adolescenata. Od bipolarnog poremećaja bolovalo je 40 milijuna ljudi, a procjenjuje se da je iste godine od shizofrenije bolovalo 24 milijuna ljudi. Od poremećaja u prehrani bolovalo je 14 milijuna ljudi od kojih su oko 3 milijuna djeca i adolescenti (Svjetska zdravstvena organizacija, 2023b.).

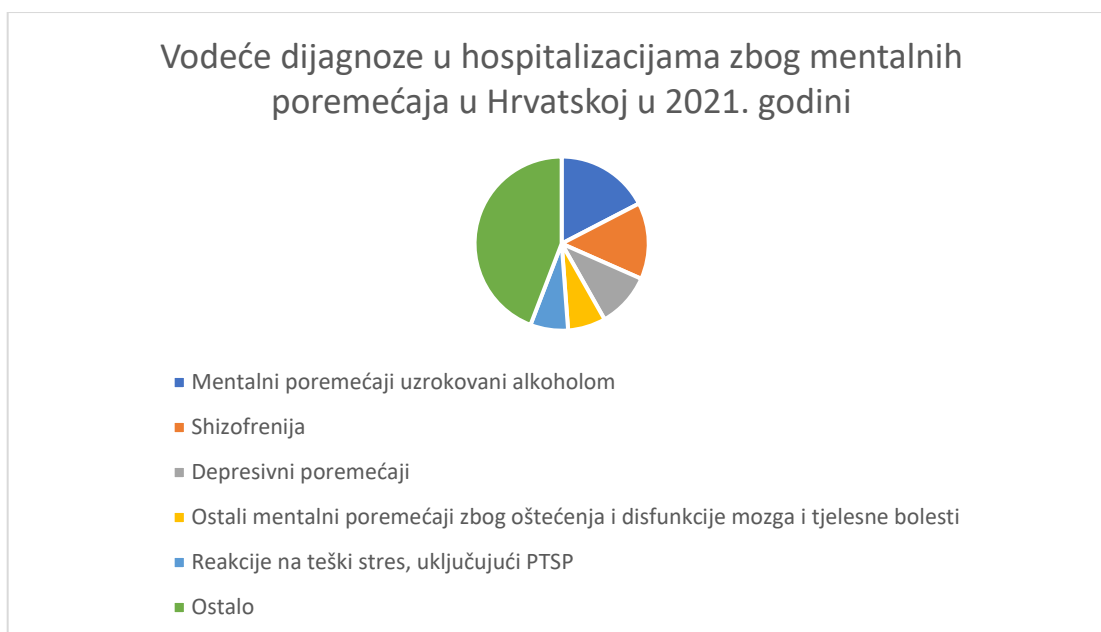
Izvešće “Ukratko o zdravlju: Europa” Organizacije za gospodarsku suradnju i razvoj čija je skraćenica OECD napravljenog u suradnji sa Europskom komisijom pokazuje podatke koji govore kako je 2016. godine 84 milijuna ljudi u Europskoj Uniji imalo poteškoće s mentalnim zdravljem. To znači da je probleme s mentalnim zdravljem imalo više nego svaka šesta osoba (OECD, Europska komisija, 2018.). Isto izvješće iz 2022. godine govori o snažnom utjecaju pandemije na psihičko i fizičko zdravlje mladih. Navodi se kako je posebno zabrinjavajuć broj mladih stanovnika Europe koji su zbog pandemije imali prekide u društvenim aktivnostima i obrazovanju. U nekim europskim zemljama kao što su Belgija, Estonija, Francuska, Švedska i Norveška, udio mladih koji navode pojavu simptoma depresije za vrijeme pandemije virusa COVID-19 se više nego udvostručio (OECD, Europska komisija, 2022.).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo navodi kako mentalni poremećaji imaju relativno visoku pojavnost, često započinju u mlađoj odrasloj dobi, mogu imati kroničan tijek te uz to znatno umanjuju kvalitetu života i za njihovo liječenje potrebno je koristiti zdravstvene resurse. Mentalni poremećaji i ovisnosti su u 2019. godini sačinjavali 4,85% udjela svih bolesti u Hrvatskoj. Odjel za mentalne poremećaje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo navodi kako je najveći broj hospitalizacija prisutan kod osoba starih između 20 i 59 godina što mentalne poremećaje ubraja među vodeće uzroke korištenja bolničkih usluga u radno aktivnoj dobi. Noviji podaci iz 2021. godine govore o broju od 28 769 hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja. Od toga broja, njih 66% bilo je u dobi od 20 do 59 godina. Podaci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo pokazuju kako su najčešći uzroci hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja u 2021. godini bili – mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom te su oni iznosili 17,6%, slijedila ih je shizofrenija sa

14,4%, depresivni poremećaji sa 10,3%, mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti iznosili su 7,1% te su reakcije na teški stres uključujući i posttraumatski stresni poremećaj iznosili udio od 5,9%. (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022.).

Grafikon 4.1.

Vodeće dijagnoze u hospitalizacijama zbog mentalnih poremećaja u Hrvatskoj u 2021. godini



Izvor: HZJZ, <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>, posjećeno 23.06.2023.

5. Kvaliteta života psihijatrijskih bolesnika

5.1 Zaposlenost oboljelih od psihičkih bolesti

Zapošljavanje osoba s psihičkim bolestima omogućuje oboljelima sudjelovanje u društvu kroz aktivno građanstvo te smanjuje prepreke koje su povezane s predrasudama i diskriminacijom. Nemogućnost da se održi posao ili pronađe novi dovodi do

marginaliziranog položaja u društvu, nedostatka financijskih sredstava, socijalne izolacije te može imati nepovoljan utjecaj na samopoštovanje i kvalitetu života oboljelog. Rad je iznimno važan čimbenik za održavanje mentalnog zdravlja i za promicanje oporavka oboljelih od psihičkih poremećaja (Štrkalj-Ivezić i sur., 2011.). Stigma oboljelih jedna je od glavnih prepreka za zapošljavanje te zadržavanju na poslu osoba sa psihičkom bolesti.

Poslodavci često imaju zadržku da zaposle osobu kod koje je prisutna psihička bolest, mnoge oboljele osobe gube posao ili im se daju poslovi koji su ispod njihovih sposobnosti (Štrkalj-Ivezić i sur., 2011.). Osoba koja boluje od psihičke bolesti trebala bi imati jednaku mogućnost pri zapošljavanju te sama dijagnoza nebi smjela biti razlog za davanje otkaza. Ema Gruber navodi kako je istraživanje McQuilken iz 2003. dokazalo da ako se osobi pruži primjerena podrška, ona može raditi i treba ju se poticati da unatoč poremećaju samostalno privređuje. Ako joj se uz to pomogne u pronalasku odgovarajućeg zaposlenja, to može dovesti do većeg zadovoljstva te manjeg osjećaja diskriminacije (McQuilken, 2003., prema Gruber, 2011.). Osoba zbog psihičke bolesti može razviti i invaliditet. Invaliditet također ne bi smio biti zapreka jednakoj mogućnosti zapošljavanja kao što ju ima bilo koja druga osoba.

Kod shizofrenije je očekivan veći postotak osoba koje imaju smanjenu radnu sposobnost te su im potrebni različiti programi podrške pri zapošljavanju. Takvi programi imaju pozitivno djelovanje kod oporavka od bolesti. S druge strane, većina oboljelih od depresije s jednom ili više epizoda blage i srednje teške depresije neće imati zamjetnijih poteškoća s radnom sposobnošću. Osobe kod kojih je prisutna kronična depresija nakon liječenja mogu imati poteškoće sa radnom sposobnosti ili mogu biti nesposobni za rad zbog poteškoća koncentracije, umora, smanjenja vitalne energije i usporenosti (Štrkalj-Ivezić i sur., 2011.). Dosadašnja istraživanja dovela su do zaključka kako nezaposlenost povećava rizik od oboljevanja od shizofrenije i obrnuto (Agerbo i sur., 2004., prema Balaž Gilja, 2021.). Također, pokazalo se kako je rizik od relapsa shizofrenije povezan s nezaposlenošću (Chabungbam i sur., 2007., prema Balaž Gilja, 2021.). Stope nezaposlenosti kod populacije kroničnih duševnih bolesnika su visoke. Zaposlenost bolesnicima omogućava financijsku neovisnost, društveni status i kontakt s drugim

ljudima. Osim toga omogućava im i strukturiranje vremena i ciljeva, priliku za osobni uspjeh te mogućnost doprinosa društvenoj zajednici (Kučukalić i sur., 2006.). Svjetska zdravstvena organizacija procijenila je da depresija i anksiozni poremećaji koštaju globalnu ekonomiju milijardu američkih dolara godišnje zbog izgubljene produktivnosti i stope izostanaka s posla (Svjetska zdravstvena organizacija 2019., prema Hennekam i sur., 2020.). Istraživanje Parent-Lamarche i suradnika (2020.) pokazalo je kako su psihološki zahtjevi, radni raspored i nesigurnost posla bili neizravno povezani s nižim razinama profesionalne učinkovitosti, odnosno radnog učinka zbog njihove pozitivne povezanosti s depresijom. Rezultati istraživanja čiji su sudionici bili pacijenti sa shizofrenijom pokazali su kako je 73 od 99 ispitanika primalo invalidsku mirovinu, a njih 92 uopće nisu radili. Ovo istraživanje je ukazalo i na potrebu za financijskom i materijalnom pomoći oboljelome od njegove obitelji (Letovancova i Davidekova, 2014.). Hampson i suradnici (2020.) proveli su istraživanje koje se bavilo proučavanjem stigme i diskriminacije na radnom mjestu osoba koje boluju od psihoza. Rezultati su doveli do zaključka kako stigma i diskriminacija imaju dalekosežne učinke na tražitelje posla i zaposlenike sa psihozom. Stigma utječe na radno iskustvo, uključujući traženje posla, zapošljavanje, odnose i komunikaciju na radnom mjestu i emocionalnu dobrobit zaposlenika. Osim toga njihovo istraživanje ukazuje na potrebu mijenjanja kulture radnih mjesta i stavova prema socijalnoj uključenosti različitih skupina ljudi i na potrebu za poboljšanjem mogućnosti zapošljavanja osoba sa psihozama. Istraživanje provedeno na osobama koje boluju od depresije i anksioznosti dovelo je do zaključka da su simptomi i lijekovi ispitanika umanjili njihov radni učinak. Ispitanci su također navodili doživljene nesreće koje povezuju s uzimanjem lijekova. Primjeri tih nesreća su padovi i industrijske ozlijede. Uz to, ispostavilo se da zaposlenici s depresijom i anksioznošću nisu željeli otkrivati svoje stanje kolegama zbog straha od stigme vezane za mentalne bolesti. Autori ovog istraživanja podijelili su efekte ovih bolesti u dvije kategorije. Prva se odnosi na učinak depresije i anksioznosti na pojedinca i ovdje pripadaju gubitak socijalne mreže, odnosno socijalna izolacija, nezaposlenost, odsutnost zbog bolesti, nesreće na radu i smanjeni radni učinak. Druga kategorija odnosi se na učinak ovih bolesti na organizaciju u kojoj je

bolesnik zaposlen. Ona uključuje slab moral osoblja, odnosno nezdravu organizaciju, povećanu fluktuaciju osoblja i smanjenu produktivnost zaposlenika (Haslam i sur., 2005.).

Osim stigmatizacije kod zapošljavanja te radne nesposobnosti, važno je osvrnuti se i na (potencijalne) radne kolege osoba oboljelih od psihičkih poremećaja. U Finalnom izvještaju za Federaciju Bosne i Hercegovine o istraživanju stavova javnosti o osobama sa mentalnim poremećajima navedeni su rezultati odgovora na postavljenu tvrdnju koja je glasila “Ne bih imao/imala ništa protiv da radim na istom poslu sa oboljelim od...” gdje se ispitala socijalna distanca prema oboljelima od shizofrenije, depresije, liječenim alkoholičarima, liječenim ovisnicima o drogama, oboljelima od anksioznih poremećaja, oboljelima od PTSP-a te mentalno zaostalim osobama. Na ovu tvrdnju odgovorilo je 1169 ispitanika. Najveću socijalnu distancu ispitanici su iskazali prema liječenim alkoholičarima, njih 10,6%, zatim prema oboljelima od shizofrenije 7,3%, dok je prema oboljelima od depresije 3,9%. Najmanja socijalna distanca iskazana je prema oboljelima od anksioznih poremećaja 2,9% te prema oboljelima od PTSP-a 3,0% (Vučina i sur., 2012.).

Prema navodima svjetske psihijatrijske asocijacije osobe s psihičkim bolestima, invalidnošću ili smetnjama mentalnog zdravlja imaju sposobnost zadržati i koristiti svoja prava te bi prema tome trebali biti tretirani jednako drugim građanima. Ova prava obuhvaćaju i pravo na rad, mogućnost zaposlenja, zaštitu na radnom mjestu te pravo na primjeren prihod kako bi se zadovoljile njihove osnovne potrebe za hranom, smještajem, odjećom i drugim osnovnim potrebama (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022a.).

U Hrvatskoj su programi kojima se nastoji poduprijeti zapošljavanje osoba sa psihičkim poteškoćama rijetki i većina ih je u domeni organizacija civilnog društva. Projekt koji se provodio 2011. godine pod imenom “Program Europske unije za Hrvatsku IPA komponenta IV – Razvoj ljudskih potencijala” pružao je korisnicima rehabilitaciju osposobljavanja za posao putem radnog centra. Ona je uključivala povećanje radnog kapaciteta, pripremu za zapošljavanje te mogućnost stjecanja vještina u konkretnom zanimanju. Kroz program je bilo moguće ostvariti i pomoć pri traženju zaposlenja i zapošljavanje osoba s poteškoćama uzrokovanim psihičkim poremećajima (Štrkalj-

Ivezić i sur., 2011.). Partneri ovog projekta bili su Hrvatski zavod za zapošljavanje, odnosno Područna služba Zagreb te Grad Zagreb i Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom. Iako većinu programa provode organizacije civilnog društva, može se vidjeti da postoji određen interes za ovu tematiku na razini države jer je 2022. donesen Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030. godine. To ne čudi jer je ekonomski teret države uzrokovan poremećajima mentalnog zdravlja visok. Strateški okvir navodi kako su unapređenje i zaštita mentalnog zdravlja izrazito važni za društvenu zajednicu u cjelini zbog podizanja kvalitete zdravlja građana što posljedično dovodi do osobnog zadovoljstva, socijalne uključenosti i produktivnosti cijele zajednice (Ministarstvo zdravstva, 2022.). Potrebno je više raditi na razvijanju i implementaciji novih programa radne rehabilitacije i socijalne uključenosti osoba sa duševnim smetnjama na prostoru Republike Hrvatske.

5.2 Socijalni odnosi

Socijalni aspekt je jedan od aspekata kojim se može promatrati kvaliteta života. Važan dio socijalnih odnosa su, zasigurno, obitelj i partner oboljele osobe. Smatra se da bolest nije samo iskustvo na razini pojedinca, nego da je ona interpersonalno i socijalno iskustvo te da ona zahvaća i bolesnikovu obitelj i njegovu širu socijalnu sredinu. Sukladno tome, može se zaključiti kako su teme mentalnog zdravlja, odnosno mentalnih poremećaja teške pa čak i traumatične za cijelu obitelj. Mentalno zdravlje, odnosno bolest, ima značajan utjecaj na emocionalne, socijalne i ekonomske sastavnice obitelji (Pompeo i sur., 2016., prema Milošević, 2020.). Mentalni poremećaj prisutan u obitelji često predstavlja stres za obitelj koji je veći nego što ga obitelj može podnijeti (Crowe i Lyness, 2013., prema Milošević, 2020.). S obzirom da se potiče deinstitucionalizacija velik dio brige za bolesnika pada na obitelj, što dovodi do toga da se “intenzivna patnja, doživljaj besmisla i niz simptoma kojima je bolesna osoba preplavljena paralelno isprepliću i sa specifičnim osjećanjima, ponašanjem i doživljajem ostalih članova obitelji” (Draganić-Gajić, 2005., prema Milošević, 2020.: 357). Važno je dodati kako društveni kontekst i kulturološke specifičnosti mogu oblikovati dinamiku reakcija članova obitelji oboljelih te njihov doživljaj brige o oboljelom članu (Dunjić-Kostić i sur., 2011., prema Milošević, 2020.).

Mentalna oboljenja također su povezana i s partnerskim odnosima. Bračna disfunkcionalnost može biti povezana s mentalnom bolešću jednog od partnera. U takvim situacijama, bračne odnose najčešće opisuju niska razina bliskosti i kohezivnosti (Paunović, 2008., prema Milošević, 2020.). Ukoliko je bračno nezadovoljstvo postojalo i prije pojave bolesti to je najznačajniji prediktor disfunkcionalnog prilagođavanja i iscrpljenosti zdravog partnera (Draganić-Gajić i sur., 2005., prema Milošević, 2020.). Istraživanje autora Rehman i suradnika (2008., prema Milošević, 2020.) pokazuje kako depresivne osobe mogu kod svog partnera izazvati ljutnju, napetost, depresivnost ili odbijanje. Prema istraživanju koje su proveli Choi i Marks (2008., prema Milošević, 2020.) gotovo polovina supružnika žali se na probleme u bračnom odnosu, dok kod trećine parova dolazi do prestanka seksualnih odnosa. Navedeni razlozi mogu biti ključni pri odlučivanju o razvodu braka.

Članovi obitelji oboljelih svakodnevno se suočavaju sa simptomima shizofrenije i društvenim deficitima koji su s njom povezani. Iako je moguće da neki članovi obitelji mogu poprilično dobro odgovoriti na izazove koje život sa pacijentom sa shizofrenijom nosi, visoka razina obiteljske napetosti puno je češća (Hooley, 2010.). Ahlstrom i suradnici (2009.) proveli su istraživanje kojim su željeli postići uvid u iskustva svakodnevnog obiteljskog života s odraslim članom oboljelim od depresije. Ispitali su 7 različitih obitelji. Rezultati su pokazali kako su se ispitane obitelji našle u zahtjevnim uvjetima zbog prisutnosti depresije kojom su zajedno pokušavali upravljati. Djeca su, također, bila svjesna bolne situacije svog roditelja i bila su uključena u upravljanje svakodnevnim životom te su bila emocionalno pogođena situacijom u kojoj se nalaze. U obiteljima je prisutan umor, gubitak energije i osjećaj krivnje, a što dovodi obitelj u teške i stresne životne situacije. Neuspješno obavljanje svakodnevnih dužnosti dovelo je obitelji do odricanja od kontrole nad svakodnevnim životom. Djeca u obiteljima s članom koji boluje od depresije pogođena su gubitkom energije, zabrinuta su i osjećaju se loše. U ovom istraživanju djeca su doživljavala neuspjeh kada su pokušavala pomoći, a nisu u tome uspjela. Njihovi roditelji smatraju da je važno osloboditi djecu krivnje koju osjećaju

zbog depresije u obitelji. Djeca čiji roditelji boluju od depresije doživljavaju osjećaj krivnje češće nego druga djeca (Ahlstrom i sur., 2009.).

U istraživanju provedenom 2006. godine u Turskoj upitnicima samoprocjene ispitana je kvaliteta života kroničnih duševnih bolesnika, kroničnih somatskih bolesnika te zdrave populacije. Rezultati istraživanja pokazali su kako u svakoj podskupini kvalitete života psihijatrijski bolesnici imaju najlošiji rezultat. Domene koje su ispitane su fizička i psihološka domena, socijalni odnosi te okolišna domena. Najlošiji rezultat bio je prisutan u domeni socijalnih odnosa (Akvardar i sur., 2006.). Socijalna domena procjenjuje kvalitetu drugih međuljudskih odnosa, osim obiteljskih, društvenu podršku i seksualnu aktivnost. U ovoj domeni pacijenti sa shizofrenijom imali su najniže ocjene, a slijede ih bolesnici s ovisnošću o alkoholu. Ovaj trend se čini u skladu sa stigmatizacijom ovih poremećaja u društvu o kojoj će riječi nešto više biti kasnije. Društvena izolacija zbog stigme općenito može imati dramatičan učinak i na društvenu domenu u bolesnika s ovisnošću o alkoholu i sa shizofrenijom. Nadalje, socijalna izolacija kod shizofrenije može se u određenoj mjeri promatrati i kao izvor i kao posljedica invaliditeta povezanog sa psihičkim poremećajima (Akvardar i sur., 2006.). Oliveira i suradnici (2015.) proveli su istraživanje koje je dovelo do zaključka kako su internalizirana stigma i nezadovoljstvo društvenim odnosima i povezani sociodemografski pokazatelji čimbenici rizika za društvenu izolaciju osobe sa shizofrenijom što može pogoršati tijek poremećaja. Također, njihovi nalazi naglašavaju važnost razvoja strukturiranih intervencija usmjerenih na smanjenje internalizirane stigme isključivanja onih koji trpe gubitak svojih društvenih uloga i mreža. Wilson (2003., prema Topor i sur., 2016.) je utvrdio da osobe koje boluju od teških mentalnih bolesti povezuju svoju socijalnu izolaciju sa stanjem siromaštva. Zbog siromaštva su sudionici istraživanja imali poteškoća pri pozivanju ljudi u svoj dom, nisu si mogli priuštiti odlazak na kulturna događanja niti odlazak u restoran. Uz to, nisu mogli pozvati druge osobe da im se pridruže. Rezultati dosadašnjih istraživanja s ovih prostora (Andrić i Babić, 2015.; Vučina i sur., 2012.) također prikazuju slične rezultate. Tako prema istraživanju Andrić i Babić (2015.) kvaliteta života kroničnih duševnih bolesnika je lošija u odnosu na kvalitetu kroničnih somatskih bolesnika. Kvaliteta kroničnih

duševnih bolesnika statistički je značajno lošija u svim segmentima, odnosno lošiji su im tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje te socijalni odnosi i okolina. Uz to, kronični duševni bolesnici su značajno više puta hospitalizirani od somatskih bolesnika.

Istraživanje stavova javnosti koje su provodili Vučina i suradnici (2012.) o osobama s mentalnim poremećajima ispitalo je spremnost opće populacije na prijateljstvo osobe sa mentalnim poremećajem. Tvrdnja je glasila "Bio/bila bih u prisnom prijateljstvu sa oboljelim od..." Na ovo pitanje odgovorilo je 1173 osoba i pri tome su najveću socijalnu distancu iskazali prema liječenim ovisnicima o psihoaktivnim tvarima, odnosno ona je iznosila 15,3%, slijedi ju socijalna distanca prema oboljelima od shizofrenije sa 8,5%, dok je najmanja socijalna distanca prema oboljelima od depresije 4,0% te prema oboljelima od anksioznih poremećaja 4,2%. Ovo istraživanje je pokazalo kako je najveća distanca zabilježena kod stupanja u brak ispitanika ili nekoga njemu bliskog, a najmanja disonanca je prema odnosu življenja u istoj ulici sa osobom s mentalnim poremećajem (Vučina i sur., 2012.).

Istraživanje društvenih vještina osoba sa shizofrenijom koje su proveli Bellack i suradnici (1994., prema Hooley 2010.) temeljilo se na igranju uloga i dovelo je do spoznaja o specifičnim nedostacima u socijalnom funkcioniranju pacijenata sa shizofrenijom. Uočili su da u razgovoru, pacijenti sa shizofrenijom imaju slabije verbalne i neverbalne vještine nego osobe iz kontrolne skupine koju su činile osobe koje nemaju shizofreniju. Slabije verbalne vještine su im jasnoća, pregovaranje i upornost, dok su neverbalne interes, tečnost i afekt. Ovi nedostaci stvaraju poteškoće i za bolesnike i za ljude koji s njima komuniciraju. S vremenom to može dovesti do povećanja negativnih stavova, socijalne distance i odbacivanja od okoline.

Problemi socijalnog funkcioniranja prisutni su i kod depresije. Osobe s izraženijim depresivnim simptomima prijavljuju češće negativne društvene interakcije i snažnije reaguju na njih. Kod osoba s depresijom prisutne su predrasude u obradi društvenih informacija te one umanjuju vjerojatnost uočavanja znakova prihvaćanja i pripadnosti u društvenim interakcijama (Steger i Kashdan, 2009.).

Funkcioniranje u socijalnom okruženju je uz oporavak na razini simptoma i osobni oporavak važan aspekt liječenja osobe sa psihičkim poremećajem. Važnim dijelom liječenja se smatra i socijalno uključivanje te povećanje kompetencija za ispunjavanje različitih socijalnih uloga (Ministarstvo zdravstva, 2022.).

6. Stigmatizacija psihičkih bolesnika

Kad je osoba fizički bolesna nitko ju ne osuđuje što ide doktoru, a kad je riječ o psihičkoj bolesti često je prisutna stigmatizacija okoline prilikom odlaska psihijatru. Kod različitih autora mogu se pronaći različita objašnjenja stigme. Penava i suradnici (2022.) navode kako je stigma povezana s predrasudama, odnosno s negativnim stavovima koji su utemeljeni na pogrešnim činjenicama. Upravo je stigma dodatan teret osobi koja se mora nositi s problemima koji se pojavljuju zbog njezine bolesti. Prema autorima Yang i suradnicima (2007., prema Penava i sur., 2022.) stigmatizirati nekoga znači davati svrsishodan, smislen odgovor na registrirane prijetnje, stvarne opasnosti i strah od nepoznatog. To je objašnjenje koje stigmatu čini opasnom, otpornom na promjenu te trajnom.

Pojam stigma predstavlja društveni, medicinski i etički problem te negativno utječe na traženje pomoći, prihvatanje liječenja, uspješni ishod liječenja, kvalitetu života te integraciju oboljelih u zajednici. Stigmatizacija duševno oboljelih osoba je vrlo raširena. Ima psihološke, ekonomske i socijalne posljedice na život stigmatizirane osobe te nepovoljno utječe na pravo oboljelih na liječenje, poštovanje i ravnopravnost (Babić i sur., 2018., prema Penava i sur., 2022.). Stigmatizacija psihički oboljelih osoba prvenstveno je prisutna zbog neznanja društva o psihičkim bolestima. Ljudi se zbog neznanja mogu bojati psihički bolesnih osoba. Zbog straha i neznanja ih mogu i izbjegavati. Kod dijela opće populacije postoji i mišljenje kako se psihička bolest ne može liječiti (Sulejmanpašić-Arslanagić i sur., 2015., prema Penava i sur., 2022.).

Psihički oboljele osobe se uz stigmatiziranje i diskriminira. Zbog sprječavanja diskriminacije i zaštite psihički oboljelih osoba postoji Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. On propisuje temeljna načela, način organiziranja i provođenja zaštite te pretpostavke za primjenu mjera i postupanje prema osobama s duševnim smetnjama. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (2014.) navodi kako se zaštita i unaprjeđivanje zdravlja osoba s duševnim smetnjama ostvaruju: “poštovanjem i zaštitom njihovih prava te unapređivanjem njihova zdravlja, primjenom odgovarajućega medicinskog postupka prema njima, njihovim uključivanjem u redovite obrazovne programe ili u posebne programe namijenjene osobama s duševnim smetnjama, njihovim uključivanjem u obiteljsku, radnu i društvenu sredinu, poticanjem rada udrugama kojima je cilj ostvarivanje prava i interesa tih osoba, izobrazbom osoba koje se bave zaštitom prava i unapređivanjem zdravlja osoba s duševnim smetnjama” (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, 2014.: članak 2.).

Na temu stigmatizacije duševnih bolesnika provedena su brojna istraživanja. Istraživanje koje su proveli Miletić i Sokolić (2017.) pokazuje kako je izravna posljedica stigmatizacije upravo negativan odnos društva prema osobi s duševnim smetnjama. To se često očituje u problemima kod zapošljavanja, uspostavljanja romantičnih i prijateljskih veza te kod zasnivanja obitelji. Lauber i suradnici (2006., prema Rončević-Gržeta i sur., 2021.) u istraživanju koje su proveli nisu pronašli razliku između stavova koji su prisutni kod opće populacije te profesionalaca sa područja mentalnoga zdravlja, a koji se odnose na stereotipe da su osobe sa duševnim smetnjama čudne i opasne. No, ako se usporede ispitanici opće populacije u odnosu na profesionalce iz područja mentalnoga zdravlja, ispitanici opće populacije skloniji su stereotipima kada je u pitanju nepredvidivost bolesnika, niska samokontrola, nerazumnost, nepouzdanost te uvjerenje da su duševno oboljele osobe manje inteligentne. Isto istraživanje pokazalo je kako je rad na odjelu s akutnim bolesnicima imao negativan utjecaj na odnos prema osobama s duševnim smetnjama. To se događa kao rezultat napornijega rada u usporedbi s radom u ambulantom sustavu liječenja. Ove činjenice govore u prilog tome kako je potrebno raditi i na pozitivnijim stavovima te smanjenju stigme profesionalaca.

Penava i suradnici (2022.) došli su do zaključka kako mediji imaju veliku ulogu u stvaranju društvene perspektive o psihički oboljelim osobama. S informacijama koje prenesu javnosti mogu poboljšati sliku društva o psihički oboljelim osobama. Osim toga, slažu se kako stavovi društva u cjelini trebaju poprimiti pozitivan prizvuk što bi oboljelima donijelo podršku, a ne odbijanje. To bi dovelo do toga da se ranije javljaju na tretman te da ga ne prekidaju do trenutka kada liječnik odredi da se liječenje može prekinuti.

Istraživanje autora Papish i suradnika (2013.) na studentima medicine pokazalo je kako i studenti medicine prije početka edukacije, odnosno rada sa pacijentima koji imaju mentalne poremećaja imaju određene predrasude. Rezultati istraživanja nakon edukacije, odnosno tečaja pokazali su značajno smanjene stigme kod studenata, dok su rezultati kod onih studenata koji su imali samo jednokratni susret sa oboljelima neznatno promijenjeni. Osim što se smanjila stigma prisutna kod studenata, poraslo je njihovo samopouzdanje da rade s ovom skupinom bolesnika.

Prema istraživanju Štrkalj-Ivezić i suradnika (2011.) stigmatizirani su svi oboljeli od psihičkoga poremećaja, bez obzira na dijagnozu. Bolesnici koji boluju od shizofrenije i sličnih poremećaja značajno su jače stigmatizirani od onih koji boluju od depresije i anksioznih poremećaja. “Kriterij uspješnog liječenja psihičke bolesti nije samo nestanak simptoma duševne bolesti već omogućavanje nastavka života u zajednici na način kako izliječene osobe to žele, a koji je u skladu s njihovim osobnim ciljevima i ulogama uz produktivno pridonosnje životu u zajednici” (Štrkalj-Ivezić i sur., 2011.).

Udruga svitanje također navodi kako velik broj oboljelih pati od posljedica stigme čak i više nego od posljedica psihičke bolesti. To je zastrašujuća činjenica koja govori u prilog potrebe rada na smanjenju stigmatizacije. Ovo ujedno znači kako bi sama kvaliteta života osoba sa psihičkim poremećajima bila bolja kada bi stigmatizacija u društvu bila manje prisutna (Štrkalj-Ivezić i sur., 2011.).

Za smanjivanje stigmatizacije od velike je važnosti edukacija bolesnika, njihovih obitelji, ali i njihove šire okoline te javnosti. Cilj edukacije je bolje razumijevnje psihički oboljelih osoba i na taj se način smanjuje njihova stigmatizacija (Penava i sur., 2022.).

7. Uloga socijalnog radnika kod pacijenata s psihijatrijskim bolestima

Jedna od ključnih odrednica socijalnog rada je pružanje pomoći i osnaživanje osoba s narušenim mentalnim zdravljem. Socijalni radnici u području psihijatrije svakodnevno se u svome radu susreću s pacijentima kojima je postavljena dijagnoza nekog psihičkog poremećaja (Mahmutović i Huremović, 2018.). Socijalni radnik član je tima u procesu liječenja i rehabilitacije oboljelih osoba. On je zadužen za socijalne intervencije u radu s pacijentom uz konzultacije s liječnikom kojeg obavještava o tijeku socijalne terapije, a liječnik je zadužen da informira socijalnog radnika o činjenicama o oboljeloj osobi koje mogu utjecati na socijalno-terapijski plan i socijalne intervencije (Ivančević, 1984., prema Laklija i Zlomislić, 2019.). Socijalni radnik u psihijatrijskoj bolnici provodi individualnu i grupnu socioterapiju, vodi slučaj te zastupa pacijenta u slučaju kontakta s drugim ustanovama od značaja za rješavanje problema prisutnih za vrijeme trajanja hospitalizacije. Prilikom prijema bolesnika na liječenje socijalni radnik sa bolesnikom obavlja razgovor, upoznaje se s njegovim obiteljskim prilikama te izađuje socijalnu anamnezu bolesnika koja će se koristiti u daljnjem liječenju (Mahmutović i Huremović, 2018.). Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama određeno je kako se kod primanja na liječenje bez valjanog pristanka mora obvezno zatražiti suglasnost od Hrvatskog zavoda za socijalni rad, a u slučaju prisilnog zadržavanja zavodu se šalje obavijest (Klinika za psihijatriju Vrapče, 2022.). Podaci Klinike za psihijatriju Sv. Ivan navode kako socijalni radnici ovisno o socijalnoj problematici u konkretnom slučaju surađuju sa pojedinim resornim ministarstvima, ministarstvom unutarnjih poslova, sudovima, poslodavcima, nadležnim liječnicima obiteljske medicine, zavodima za zdravstveno i mirovinsko osiguranje, domovima socijalne skrbi, građanskim udrugama, vjerskim zajednicama te svim ostalim institucijama nadležnim u postupcima zaštite prava i interesa bolesnika (Klinika za psihijatriju Sv. Ivan, 2023.).

Za psihički oboljelu osobu i njezinu obitelj važne su psihosocijalne intervencije. One su važne za poboljšanje kvalitete života (Stjepanović i sur, 2015.). “Stručnjaci koji provode psihosocijalne intervencije u ustanovama socijalne skrbi su: socijalni radnici, socijalni pedagozi, psiholozi, stručnjaci iz područja edukacijske rehabilitacije, radni

terapeuti, zdravstveni radnici (liječnici/medicinske sestre) te drugi stručnjaci koji imaju dodatne edukacije iz područja psihološkog/psihosocijalnog savjetovanja ili psihoterapije” (Ružić i sur., 2009., prema Stjepanović i sur., 2015.; 41).

Jedna od uloga socijalnog radnika u rehabilitaciji pacijenta je socioterapija. Socioterapija obuhvaća “skupinu postupaka čiji je cilj u tijeku ili nakon psihijatrijskog liječenja pripremiti pacijenta za povratak u njegovu sredinu” (Stjepanović i sur., 2015.: 40). Pacijenta se kroz socioterapiju uči na koji način da prihvati pritisak sredine u kojoj živi i radi. U socioterapijske postupke ubrajaju se učenje socijalnih vještina, radna i okupacijska terapija, trening radnih vještina, klubovi psihosocijalne pomoći i programa samopomći, terapija glazbom i plesom te sve aktivnosti koje doprinose unapređenju funkcioniranja pacijenta u njegovom svakodnevnom životu. Važno je objasniti da se socioterapija provodi u psihijatrijskim institucijama, ali i u različitim psihijatrijskim jedinicama izvan institucija kao što su jedinice mentalnog zdravlja, poliklinička služba ili socijalno- medicinske ustanove (Stjepanović i sur. 2015.). Provođenje terapije izvan ustanove može pozitivno djelovati na osobu. Neki od ishoda koji se očekuju od psihosocijalnog tretmana su postizanje remisije, povećanje suradljivosti pacijenta, kontinuitet u liječenju, promjena stila života i poboljšanje kvalitete života (Malhotra i sur., 2005., prema Stjepanović i sur., 2015.). Kroz te postupke socijalni radnik s pacijentom radi na poboljšanju utjecaja okolinskih čimbenika na mentalno zdravlje pacijenata s posebnim naglaskom na obiteljske odnose i odnose u lokalnoj zajednici u kojoj je pacijent prije boravio s ciljem da se uklone faktori koji su doprinjeli razvoju bolesti (Mahmutović i Huremović, 2018.). Također, važno je napomenuti kako rad socijalnih radnika ne prestaje uvijek po liječenju. Socijalni radnici navode kako se korisnici nakon liječenja često jave za savjet i podršku (Laklija i Zlomislić, 2019.). Iz tog podatka može se uočiti koliko je zapravo važna uloga socijalnog radnika u rehabilitaciji oboljelih osoba od mentalnih poremećaja.

8. Zaključak

Brojna istraživanja kvalitete života psihijatrijskih bolesnika pokazala su da psihičke bolesti nepovoljno utječu na razne sfere bolesnikovog života kao što su zaposlenje, rad, obiteljski odnosi te ljubavne veze. Osobe s psihičkim bolestima trebaju koristiti svoja prava i trebali bi biti tretirani kao i drugi građani. Treba istaknuti njihovo pravo na rad, mogućnost zaposlenja, zaštitu na radnom mjestu te pravo na primjeren prihod. Istraživanja pokazuju da ako se osobi sa psihičkim poremećajem pruži primjerena podrška, ona može raditi i treba ju se poticati da unatoč poremećaju samostalno privređuje. Također iz istraživanja se vidi visoka socijalna disonanca kolega na poslu prema kolegama sa shizofrenijom te u manjoj mjeri prema kolegama sa depresijom. Potrebno je podizati svijest javnosti o sposobnosti rada osoba s psihičkim smetnjama kako bi se smanjila stigma okoline prema njima i na taj način im se olakšalo u svijetu rada. U Republici Hrvatskoj postoji manjak programa koji uključuju ovu skupinu ljudi na tržište rada ili se bave očuvanjem njihovih radnih mjesta. Prva Nacionalna strategija za mentalno zdravlje donesena je tek 2022. godine, ističe se važnost uloge socijalnog radnika u liječenju i rehabilitaciji psihičkog bolesnika. Socijalni radnik raznim postupcima pomaže pacijentu da postigne bolju kvalitetu života odnosno bolje svakodnevno funkcioniranje u različitim izazovima u koje ga može staviti njegova okolina. Obitelj predstavlja veliku podršku oboljelima od psihičkih bolesti, no i obitelji je potrebna podrška kako bi se bolje mogla nositi s brigom za oboljelog člana obitelji. Osobe sa shizofrenijom i depresijom imaju probleme i u socijalnom funkcioniranju. Osobe s izraženijim depresivnim simptomima prijavljuju češće negativne društvene interakcije. Socijalna disonanca je visoka kod shizofrenije, dok je kod depresije na zadnjem mjestu od svih psihičkih poremećaja. Ova činjenica govori u prilog potrebe edukacije opće populacije o osobama sa shizofrenijom jer je kod prisutnog neznanja, prisutan i strah. Edukacijom opće populacije na temu psihičkih bolesnika može se smanjiti stigma društva i na taj način poboljšati kvaliteta života psihički bolesnika. Oboljelima je najvažnije pružiti podršku i osnaživati ih da budu ravnopravan dio društva u čemu važnu ulogu imaju socijalni radnici.

Literatura

1. Ahlström, B. H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2009). Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(2), 309–316.
2. Akvardar, Y., Akdede, B. B., Ozerdem, A., Eser, E., Topkaya, S. & Alptekin, K. (2006). Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 60(6), 693–699.
3. Balaž Gilja, A. (2021). Siromaštvo i socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama. *Socijalne teme*, 1 (8), 115-134.
4. Begić, D. (2022). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
5. Begić, D., Jukić, V. & Medved, V. (2015). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
6. Elmer, T., & Stadtfeld, C. (2020). Depressive symptoms are associated with social isolation in face-to-face interaction networks. *Scientific reports*, 10(1), 1444.
7. Gregurek, R., Ražić Pavičić, A. & Gregurek ml., R. (2017). Anksioznost: psihodinamski i neurobiološki dijalog. *Socijalna psihijatrija*, 45 (2), 117-124.
8. Hampson, M.E., Watt, B.D. & Hicks, R.E. (2020). Impacts of stigma and discrimination in the workplace on people living with psychosis. *BMC Psychiatry* 20, 288.
9. Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S. S., & Haslam, R. A. (2005). Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *Journal of affective disorders*, 88(2), 209–215.
10. Hennekam, S., Follmer, K., & Beatty, J. E. (2021). The paradox of mental illness and employment: A person-job fit lens. *The International Journal of Human Resource Management*, 32(15), 3244–3271.
11. Hooley, J. M. (2010). Social Factors in Schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19(4), 238–242.

12. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2017). *Depresija*. Posjećeno 28.07.2023. na mrežnoj stranici HZJZ-a: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/>.
13. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022a). *Prava osoba s duševnim smetnjama u Hrvatskoj*. Posjećeno 23.06.2023. na mrežnoj stranici HZJZ-a: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/prava-osoba-s-dusevnim-smetnjama-u-republici-hrvatskoj/>
14. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022b). *Odjel za mentalne poremećaje*. Posjećeno 23.06.2023. na mrežnoj stranici HZJZ-a: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>
15. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Trimbos institut (2018). *Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja (cro MHD)*. Posjećeno 21.06.2023. na mrežnoj stranici HZJZ-a: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/04/Osiguravanje-optimalne-zdravstvene-skrbi-za-osobe-s-poremecajima-mentalnog-zdravlja-CRO-MHD.pdf>
16. Jakovljević, M. & Begić, D. (2013). Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti. *Socijalna psihijatrija*, 41 (1), 16-20.
17. Klinika za psihijatriju Sv. Ivan (2023). *Socijalni Rad*. Posjećeno 26.06.2023. na mrežnoj stranici klinike za psihijatriju Sv. Ivan: <https://www.pbsvi.hr/med-specijalisticke-i-suradne-jedinice/socijalni-rad/>.
18. Klinika za psihijatriju Vrapče (2022). *Odjel socijalne skrbi*. Posjećeno 30.07.2023. na mrežnoj stranici Klinike za psihijatriju Vrapče: <https://bolnica-vrapce.hr/zavodi-odjeli/jedinica-za-specijalisticko-dijagnosticke-i-suradne-jedinice/odjel-socijalne-skrbi/>.
19. Kučukalić, A., Džubur-Kulenović, A. & Bravo-Mehmedbašić, A. (2006). *Vodič za liječenje shizofrenije*. Institut za naučnoistraživački rad i razvoj kliničkog centra univerziteta u Sarajevu.
20. Ledić, L. (2019). Depresija u djece i adolescenata. *Zdravstveni glasnik*, 5 (2), 75-85.

21. Letovancova, K. & Davidekova, M. (2014). Impact Of Schizophrenia On The Life Quality. *Interdisciplinary Management Research*, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Economics, Croatia, vol. 10, 712-720.
22. Miletić, L. & Sokolić, F. (2017). Stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama - istraživanje stajališta studenata Pravnog fakulteta u Rijeci. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38 (3), 1163-1182.
23. Milošević, S. (2020). Kvalitet života porodica mentalno obolelih osoba. *Društvene devijacije*, 5(1). Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
24. Ničea Gruber, E. (2012). Moguće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 73-94.
25. OECD, European Union. (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
26. OECD, European Union. (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
27. Oliveira, S. E., Esteves, F., & Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry research*, 229(1-2), 167–173.
28. Papish, A., Kassam, A. & Modgill, G. (2013). Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ* 13, 141.
29. Parent-Lamarche, A., Marchand, A., & Saade, S. (2020). Does Depression Mediate the Effect of Work Organization Conditions on Job Performance? *Journal of occupational and environmental medicine*, 62(4), 296–302.
30. Penava, I., Barać, K., Begić, A. & Babić, D. (2022). Stigmatizacija psihički oboljelih osoba. *Zdravstveni glasnik*, 8 (2), 46-58.
31. Rončević-Gržeta, I., Kušić, I., Fogas, D. & Rebić, J. (2021). Stavovi prema duševno oboljelim osobama. *Medica Jadertina*, 51 (1), 49-58.

32. Silobrčić Radić, M. & Švigir, I. (2022). *Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
33. Steger, M. F., & Kashdan, T. B. (2009). Depression and Everyday Social Activity, Belonging, and Well-Being. *Journal of counseling psychology*, 56(2), 289–300.
34. *Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030.* (2022). Zagreb: Ministarstvo zdravstva.
35. 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*, 43 (1), 0-43.
36. Svjetska zdravstvena organizacija (2012). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*. Deseta revizija, svezak 1, drugo izdanje. Zagreb: Medicinska naklada.
37. Svjetska zdravstvena organizacija (2023a). *Depresija*. Posjećeno 20.06.2023. na mrežnoj stranici Svjetske zdravstvene organizacije: https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
38. Svjetska zdravstvena organizacija (2023b). *Mentalni poremećaji*. Posjećeno 25.06.2023. na mrežnoj stranici Svjetske zdravstvene organizacije: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
39. Štrkalj-Ivezić, S., John, N., Sućec, J., Grgin, M. & Halić, M. (2011). *Zapošljavanje osoba sa psihičkom bolesti*. Zagreb: Udruga Svitanje.
40. Topor, A., Ljungqvist, I., & Strandberg, E.-L. (2016). The costs of friendship: Severe mental illness, poverty and social isolation. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 8(4), 336–345.
41. Vahedi, S. (2010). World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. *Iranian journal of psychiatry*, 5(4), 140–153.
42. Vučina, I., Musa, S. & Dizdarević-Maksumić, A. (2012). *Istraživanje stavova javnosti o osobama sa mentalnim poremećajima*. Finalni izvještaj za Federaciju Bosne i Hercegovine. Dostupno na mrežnoj stranici Zavoda za javno zdravstvo

Federacije Bosne i Hercegovine: <https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2009/02/Istrazivanje-stavova-javnosti-o-osobama-sa-mentalnim-poremecajima-u-FBiH.pdf>

43. Vuletić, G. & Mujkić, A. (2002). Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. *Liječnički Vjesnik*, 124 (2), 64-70.
44. Wilmer, M. T., Anderson, K., & Reynolds, M. (2021). Correlates of Quality of Life in Anxiety Disorders: Review of Recent Research. *Current psychiatry reports*, 23(11), 77.
45. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Narodne novine*, br. 76/2014.
46. Zlomislić, D. & Laklija, M. (2019). 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.