

Kvaliteta života obitelji koje skrbe o shizofrenom bolesniku

Gopo, Denis

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:214257>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-08**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br.

KVALITETA ŽIVOTA OBITELJI KOJE
SKRBE O SHIZOFRENOM BOLESNIKU

Denis Gopo

Varaždin, prosinac 2022.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Studij Sestrinstvo – menadžment
u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br.

KVALITETA ŽIVOTA OBITELJI KOJE
SKRBE O SHIZOFRENOM BOLESNIKU

Student:

Mentor:

Denis Gopo, 4437/601

izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, dr. med

Varaždin, prosinac 2022.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK Denis Gopo

MATIČNI BROJ 0231039239

DATUM 18.11.2022.

KOLEGIJ Javno zdravstvo i promocija zdravlja

NASLOV RADA Kvaliteta života obitelji koje skrbe o shizofrenom bolesniku

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Quality of life of families caring for a schizophrenic patient

MENTOR Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović

ZVANJE izvanredni profesor; viši znanstveni suradnik

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Izv. prof. dr. sc. Rosana Ribić, predsjednica Povjerenstva
2. Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor
3. Izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg, član
4. Doc. dr. sc. Ivana Živoder, zamjenski član
- 5.

Zadatak diplomskog rada

BROJ 229/SSD/2022

OPIS

Shizofrenija je poremećaj koji spada u mentalne bolesti, zahvaća mlađu populaciju, a klinička slika varira ovisno o pojavi simptoma. Liječenje shizofrenije se najčešće provodi kombiniranim pristupom koji uključuje različite oblike psihoterapije u kombinaciji sa farmakološkim preparatima koji su dostupni na tržištu. Kada osoba pati od shizofrenije ili bilo kojeg drugog mentalnog oboljenja, tada ne pati samo oboljeli, nego se takva bolest odražava na kvalitetu života cijele obitelji. Uz prizmu stigme, koja se nažalost neizostavno veže sa mentalnim oboljenjima, obitelji je potrebno pružiti pravovremenu i pravovaljanu pomoć u smislu kvalitetne edukacije i psihoterapije, kako bi na ispravan način mogli biti podrška oboljelom od shizofrenije. U današnje vrijeme sve se ozbiljnije radi na rano otkrivanju mentalnih oboljenja, pa tako i shizofrenije, da bi se moglo krenuti sa liječenjem u ranom stadiju bolesti i koliko je to god moguće oboljeloj osobi i obitelji osigurati kvalitetu života da mogu funkcionirati u svojoj lokalnoj zajednici. U sklopu ovog diplomskog rada dat će se teoretski presjek ove problematike s naglaskom na ulogu visoko-educirane medicinske, tj. magistre/magistra sestristva, a zatim provesti kvalitativno istraživanje putem intervjua sa roditeljima osoba koje su oboljele od shizofrenije kako bi se ispitala njihova mišljenja i stavovi. Navedeno će doprinjeti daljnjem razumijevanju ove problematike u sklopu sestristva kao struke.

ZADATAK URUČEN

30. 11. 2022.



Predgovor

Posebne i iskrene zahvale u prvom redu, dugujem svom mentoru izv.prof.dr.sc Tomislavu Meštroviću na stručnosti, strpljenju, savjetima i nesebičnom vodstvu prilikom izrade diplomskog rada.

Posebne zahvale dugujem i svim ostalim predavačima i profesorima Sveučilišta Sjever koji su obogatili moj život novim znanjima.

Najveću zahvalnost dugujem supruzi Antoniji, užoj obitelji, prijateljima i kolegama koji su mi bili podrška tokom mog školovanja.

Sažetak

Zdravlje kao sastavnica ljudskog života sastoji se od psihičke i fizičke komponente koje je potrebno jednako tretirati da bi život bio potpun u pravom smislu te riječi. Negativni utjecaj na psihičko zdravlje dovodi do pojave mentalnih poremećaja i oboljenja, koji u konačnici predstavljaju jedan od javnozdravstvenih problema i to ne samo u Republici Hrvatskoj nego i u cijelom svijetu. Shizofrenija je poremećaj koji spada u mentalna oboljenja, zahvaća mlađu populaciju, a klinička slika varira ovisno o pojavi simptoma. Liječenje shizofrenije se najčešće provodi kombiniranim pristupom koji uključuje različite oblike psihoterapije u kombinaciji sa farmakološkim preparatima koji su dostupni na tržištu.

Kada osoba pati od shizofrenije ili bilo kojeg drugog mentalnog oboljenja, tada ne pati samo oboljeli, nego se takva bolest odražava na kvalitetu života cijele obitelji. Uz prizmu stigme, koja se nažalost neizostavno veže sa mentalnim oboljenjima, obitelji je potrebno pružiti pravovremenu i pravovaljanu pomoć u smislu kvalitetne edukacije i psihoterapije, da bi na ispravan način mogli biti podrška oboljelom od shizofrenije.

U današnje vrijeme sve se ozbiljnije radi na rano otkrivanju mentalnih oboljenja, pa tako i shizofrenije, da bi se moglo krenuti sa liječenjem u ranom stadiju bolesti i koliko je to god moguće oboljeloj osobi i obitelji osigurati kvalitetu života da mogu funkcionirati u svojoj lokalnoj zajednici.

U radu je prikazano kvalitativno istraživanje provedeno putem intervjua sa roditeljima osoba koje su oboljele od shizofrenije. Na istraživanje je pristalo sedam ispitanika, a analizom rezultata može se zaključiti da su obitelji oboljelih od shizofrenije socijalno izolirani. Od pojave prvih simptoma, koji nisu prepoznati od osnovne škole, do traženja stručne pomoći prođe i do desetak godina. Oboljeli od shizofrenije zahtijevaju kontinuiranu i dugotrajnu skrb, te uglavnom nisu sposobni za samostalni život bez skrbnika i profesionalne pomoći. Istraživanje je pokazalo da je potrebno provesti edukaciju roditelja od rane životne dobi njihove djece, da bi na vrijeme mogli prepoznati simptome i potražiti pomoć. Sa druge strane, potrebno je provoditi i cjelokupnu edukaciju društva, da bi se osvijestila njihova svijest i na takav način smanjila društvena izolacija oboljelog od shizofrenije i njegove uže obitelji.

Ključne riječi: edukacija, mentalna oboljenja, shizofrenija, obitelj.

Summary

Health as a component of human life consists of mental and physical components that need to be treated equally in order for life to be complete in the true sense of the word. The negative impact on mental health leads to the appearance of mental disorders and diseases, which ultimately represent one of the public health problems, not only in the Republic of Croatia, but also in the whole world. Schizophrenia is a disorder that belongs to mental illnesses, affects the younger population, and the clinical picture varies depending on the appearance of symptoms. The treatment of schizophrenia is most often carried out with a combined approach that includes various forms of psychotherapy in combination with pharmacological preparations that are available on the market.

When a person suffers from schizophrenia or any other mental illness, it is not only the patient who suffers, but such an illness affects the quality of life of the entire family. In addition to the prism of stigma, which is unfortunately inevitably associated with mental illnesses, the family needs to be provided with timely and valid help in terms of quality education and psychotherapy, so that they can properly support a person with schizophrenia.

Nowadays, more and more serious work is being done on the early detection of mental illnesses, including schizophrenia, so that treatment can be started at an early stage of the disease and as much as possible ensure the quality of life of the affected person and family so that they can function in their local community.

In the paper a quantitative research conducted through interviews with parents of people suffering from schizophrenia is being presented. Seven respondents agreed to the research, and by analyzing the results it can be concluded that the families of schizophrenia sufferers are socially isolated. It can take up to ten years from the appearance of the first symptoms, which have not been recognized since elementary school, to seeking professional help. Patients with schizophrenia require continuous and long-term care, and are generally not capable of living independently without a caregiver and professional help. Research has shown that it is necessary to educate parents from an early age of their children, so that they can recognize the symptoms and seek help in time. On the other hand, it is necessary to carry out the entire education of the society, in order to raise their awareness and in such a way reduce the social isolation of the schizophrenic patient and his immediate family.

Key words: education, mental illness, schizophrenia, family.

Popis korištenih kratica

DSM V- Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje V

GAMIAN - Europe - Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks (Globalni savez mreža za zagovaranje mentalnih bolesti)

EUFEST- European First Episode Schizophrenia Trial (Europsko ispitivanje prve epizode shizofrenije)

HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo

MKB 10 - Međunarodna klasifikacija bolesti

MS/T - Medicinska sestra/tehničar

PZZ - Primarna zdravstvena zaštita

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

1. UVOD	1
2. SHIZOFRENIJA	3
2.1 Simptomi shizofrenije	4
2.2 Dijagnosticiranje shizofrenije	6
2.3 Tipovi shizofrenije	7
2.4 Liječenje shizofrenije	9
2.5 Shizofrenija u Republici Hrvatskoj	13
2.6 Uloga medicinske sestre/tehničara kod oboljelog od shizofrenije	14
3. STIGMA MENTALNO OBOLJELIH.....	19
3.1 Obitelj i mentalno oboljeli	19
4. ISTRAŽIVAČKI DIO RADA	21
4.1 Cilj istraživanja	21
4.2 Metode istraživanja i ispitanici	21
4.2.1 Instrument za prikupljanje podataka	21
4.2.2 Postupak provođenja intervjua	22
4.2.3 Analiza podataka	23
5. REZULTATI.....	24
5.1 Ispitanici	24
5.2 Prvi susret sa dijagnozom shizofrenije	26
5.3 Okolina i obitelj oboljelog od mentalnog oboljenja	31
5.4 Pogled u budućnost.....	32
6. RASPRAVA	36
7. ZAKLJUČAK	43
8. LITERATURA.....	45
9. PRILOZI	51

1. UVOD

Mentalno zdravlje Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kao „stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te je sposoban pridonositi zajednici“ [1]. Narušeno mentalno zdravlje dovodi do različitih tipova mentalnih oboljenja. Mentalna oboljenja čiji je početak mahom u mlađoj životnoj dobi, a prevalencija je poprilično visoka, predstavljaju jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u našoj državi[2]. Zbog narušenog psihičkog zdravlja što se u konačnici manifestira kao mentalno oboljenje dolazi i do negativnog utjecaja na tjelesno zdravlje, što na posljertku negativno utječe i na socijalnu egzistenciju pojedinca i obitelji [2]. I nije to samo problem u Republici Hrvatskoj gdje je po zadnjim saznanjima udio mentalnih oboljenja 4,85% [2] nego se radi i o globalnom problemu, gdje je zastupljenost mentalnih oboljenja u svijetu 5% [2].

Prema dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne bolesti (DSM-V) shizofrenija je poremećaj koji traje najmanje šest mjeseci i uključuje najmanje dva ili više simptoma aktivnog stadija koji traju najmanje mjesec dana [3]. Simptomi koji se pojavljuju kod shizofrenije su podijeljeni na pozitivne (halucinacije, sumanute ideje i formalni poremećaj mišljenja), negativnim simptomima (socijalna izolacija i afektivna tupost) [4]. Ovisno o tome u kojoj mjeri se manifestiraju postoje i različiti tipove shizofrenije [1]. Radi se o progresivnoj kroničnoj bolesti koja se liječi kombiniranim pristupom, na način da je u liječenje uključeno korištenje farmakološke terapije uz provođenje psihoterapije. Antipsihotici su skupina lijekova koji se koriste kod oboljelih od shizofrenije, međutim važno je naglasiti da navedena skupina lijekova ne liječi bolest, nego smanjuje simptome same shizofrenije [5]. Od uvođenja prvog antipsihotika, do danas osmišljene su tri generacije istih. Izbor antipsihotika ovisi o nizu parametra kao što su: pojava i jačina simptoma, komorbiditet, suradljivost bolesnika [6]. Psihoterapija, kao sastavni model liječenja bolesnika oboljelih od shizofrenije može se provoditi ambulanto ili u težim slučajevima prilikom hospitalizacije bolesnika u neku od specijaliziranih ustanova.

Prema podacima Hrvatskog zavod za javno zdravstvo (HZJZ) mentalni poremećaji uzorkovani shizofrenijom su na drugom mjestu sveukupnih hospitalizacija od mentalnih oboljenja u Republici Hrvatskoj. Ispred njih se nalaze mentalna oboljenja vezana za

konzumiranje alkohola [2]. No, prema broju dana hospitalizacije od mentalnih oboljenja, oboljeli od shizofrenije zauzimaju udio od 30% svih promatranih broja dana hospitalizacije mentalnih oboljenja [2]. Samim time, shizofrenija kao bolest postaje javnozdravstveni problem koji zahtjeva kontinuiranu i ranu edukaciju stanovnika, da bi se na vrijeme moglo reagirati, te da bi oboljeli i njegova obitelj shvatili važnost kontinuiranog liječenja.

Jedan od problema koji se veže za sva mentalna oboljenja, pa tako i shizofreniju je stigmatizacija društva [7]. Stigmatizacija mentalnih oboljenja kod ljudi je stanje svijesti koje se proteže od daleke prošlosti i pomaci u tom segmentu su zaista minimalni. Opća populacija nije educirana o metalnim oboljenjima, pa samim time zauzima i negativne stavove što u konačnici dovodi do socijalne, odnosno, društvene izolacije samog oboljelog i njegove obitelji. Svi ljudi su društvena bića kojima je potrebno komunicirati, družiti se, provoditi vrijeme sa ostalim ljudima da bi postigli sreću, zadovoljstvo i naposljetku kvalitetu života. Obiteljima oboljelih od shizofrenije i ovako je teško zbog situacije u kojoj su se našli, tako da im je društvena izolacija još jedan teret na leđima. Upravo je ova teza, glavni cilj istraživanja u ovom radu. Osnovni cilj istraživanja je utvrđivanje odnosa društva prema oboljelima koji imaju člana obitelji koji boluje od shizofrenije. Nadalje, pokušava se utvrditi period koji je prošao od prvih simptoma do traženja profesionalne pomoći, funkcioniranje same obitelji oboljelog od shizofrenije, mogućnost samozbrinjavanja oboljelog i vizija obitelji oboljelog od istraživanja.

Na istraživanje koje je provedeno sredinom 2022 godine (lipanj-listopad) pristalo je sedam ispitanika koji su direktni skrbnici (roditelji) oboljelih od shizofrenije. Kvalitativno istraživanje je provedeno putem intervjuja, korištenjem pripremljenih pitanja koji se nalaze u Prilogu. Svakom ispitaniku zajamčena je anonimnost podataka, te sigurnost da će se dobiveni podaci koristiti isključivo u svrhu ovog istraživačkog (diplomskog) rada.

2. SHIZOFRENIJA

Shizofrenija (grč. *schizophrenia*) je kronično mentalno oboljenje koje se manifestira pojavom pozitivnih i negativnih simptoma. Naziv same bolesti je sastavnica dvije riječi *shizeiu* (podijeliti) i *fren* (duša) što bi se moglo provesti kao „podjela duše“ [8].

Kod ovog oboljenja dolazi do neusklađenosti između misli i osjećaja, gdje se javljaju poremećaji koji dovode do gubitka dodira sa realnim svijetom, a manifestiraju se kroz pozitivne simptome. Shizofrenija je praćena i poremećajima govora i ponašanja, manjkavosti emocija što dovodi do društvene izolacije. Prema Schinderu, simptomi shizofrenije se mogu podijeliti na simptome prvog i drugog reda, koji su važni zbog mogućnosti postavljanje dijagnoze prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB 10) i Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM V). Simptomi kod shizofrenije se mogu podijeliti na pozitivne i negativne simptome, ali je bitno za naglasiti da moraju biti povezani sa matricom vremena [1,3]. Pozitivni simptomi manifestiraju se kao višak odnosno iskrivljenost normalnih djelatnosti, dok su negativni simptomi odraz smanjivanja odnosno gubitka normalnih djelatnosti [3].

Etiologija shizofrenije je multi faktorska i zapravo se tu radi o interakciji između genetskih predispozicija i čimbenika okoliša [9]. Genetska predispozicija za razvoj shizofrenije se danas može procijeniti korištenjem poligeneske ocjene rizika za shizofreniju [10]. Različita istraživanja su potvrdila da trudnoća i komplikacije kod poroda mogu biti prediktori za razvoj shizofrenije i to: niska porođajna težina, krvarenja tijekom trudnoće, preeklampsija kao i infekcije majke tokom trudnoće [11]. Čimbenici iz okoliša predstavljaju rizik za razvoj shizofrenije. Studije se dokazale da traume u djetinjstvu, pa čak i u odrasloj dobi mogu biti prediktori za razvoj shizofrenije. Traume kao što su fizičko, seksualno ili emocionalno zlostavljanje, zanemarivanje ili smrt jednog od roditelja pokazali su se kao prediktori razvoja shizofrenije u odrasloj dobi [12]. Odrastanje u gradskom istraživanju je često povezano sa povećanim rizikom od razvoja shizofrenije [13]. Obično se prvi simptomi pokažu u adolescentskoj ili ranoj odrasloj dobi, međutim mnoga retrospektivna istraživanja potvrđuju da su naznake shizofrenije vidljive već i u prvoj godini života a manifestiraju se kao niži kvocijent inteligencije, oštećenje sluha i poteškoće u međuljudskim odnosima [14].

Temeljni simptomi shizofrenije ometaju razvoj kada se poremećaj pojavi u mladoj odrasloj populaciji. Tradicionalni pozitivni simptomi mijenjaju pacijentov osjećaj za stvarnost. Negativni simptomi rezultiraju smanjenjem dnevnih aktivnosti, kao što su briga o sebi, ustrajnost ustrukturiranim aktivnostima i socijalizacija. Negativni simptomi, zajedno sa simptomima kognitivnog i izvršnog funkcioniranja, ometaju akademsko i profesionalno napredovanje. Neki pacijenti mogu priznati svoje simptome kao uznemirujuće i percipirati bolest, dok drugi ne prepoznaju u sebi nikakav oblik poremećaja pokazujući nedostatak uvida [15].

Studija o globalnom opterećenju bolesti (GBD) iz 2016. godine uključivala je dijagnoze vezane za shizofreniju (F20.0-F20.3 F20.5-F20.9) koja je pronađena u 129 izvora, gdje je uzorak iznosio 756 podatkovnih točaka [16]. Navedena studija govori o tome da je prevalencija shizofrenije relativno niska (0,28%) i zabilježene su oscilacije između različitih zemalja. Prevalencija u Nizozemskoj (0,36%) je definitivno najviša u Zapadnoj Europi, a najniža je zabilježena u saharskoj i sjevernoj Africi [16].

2.1. Simptomi shizofrenije

U pozitivne simptome se ubrajaju simptomi koji su vezani za poremećaje vezane uz psihičko funkcioniranje osobe. Svi pozitivni simptomi imaju jednu zajedničku točku, a to je da su bolesne osobe jasno uvjerenе da nešto što oni doživljavaju postoji, iako to zapravo ne postoji. Karakteristično za pozitivne simptome je i to da se javljaju u akutnoj fazi bolesti.

Halucinacije spadaju u pozitivne simptome, a u tom slučaju je riječ o poremećaju percepcije gdje se osoba koja ima halucinacije osjećao da nešto stvarno doživljava, a to nešto zapravo ne postoji. Kako se radi o kvalitativnom poremećaj senzornog doživljaja tako se one dalje mogu manifestirati kao vidne, slušne, taktilne mirisne i/ili seksualne halucinacije, ovisno o tome gdje su usmjerene kod pojedine osobe. Slušne halucinacije kod osoba oboljelih od shizofrenije su prisutne u 70% slučajeva, dok samo 20% osoba koji pate od halucinacije uz slušne ne doživi i vidne halucinacije [17]. Slušne halucinacije koje se javljaju u akutnim fazama karakteristične su jer imaju pet specifičnih aspekata, a to su :

- glas je posebno značajan
- glasovi koje osoba čuje imaju uglavnom fiksni identitet

- stvara se odnos sa glasovima koji naginju intimi
- iskustvo sa glasom/glasovima značajno utječe na život oboljele osobe
- iskustvo sa glasom ima uvjerljiv osjećaj stvarnosti [18].

Iluzije kao i halucinacije spadaju u pozitivne simptome oboljelih od shizofrenije. Radi se o poremećaju percepcije koji je vezan uz stvaranje krive slike na osnovu nekog podražaja. Iluzije se javljaju u budnom stanju, a mogu biti vidne ili slušne [15].

Deluzije, odnosno zablude, su sadržajni poremećaj misli koje je ponekad teško i prepoznati [19]. Sukladno navedenom Stephens i Graham opisuju četiri kriterija kojima pokušavaju utvrditi normalna uvjerenja od zabluda. Prema njima uvjerenja imaju sadržaj, ideju podrazumijevanja, ideju o činjenicama da postoje i povezani su sa emocionalnim odgovorom [20]. Izostanak neka od ova četiri kriterija u konačnici se može smatrati postojanjem deluzije. Međutim, deluzija nije simptom koji se pojavljuje isključivo u shizofreniji, pa je potrebno sagledati i širu sliku prije potvrđivanja same dijagnoze, jer je zabilježeno da se iste mogu pojaviti u 20% slučajeva kod velike depresivne epizode ili su česti simptom kod bipolarnog poremećaja [18]. Deluzije kod oboljelih od shizofrenije se mogu javiti kao paranoidne ideje, ideje upravljanja ili kao ideje proganjanja [5].

Negativni simptomi su simptomi koji se manifestiraju smanjenom mogućnošću motivacije, pasivnošću, bezvoljnošću, poteškoćama u izražavanju emocijama i sl., a predstavljaju problem jed direktno utječu na osobni i društveni život oboljele osobe [5]. Tri osnovna negativna simptoma shizofrenije su: osjećajna zaravnjenost, alogija i avolicija [3].

Osjećaj zaravnjenosti je učestao simptom kod shizofrenije koja se manifestira tako da apsolutno izostane mimika lica kod razgovora sa oboljelom osobom. Alogija je termin koji se koristi za deficit govora, a radi se o siromaštvu govora. Osoba u tom slučaju komunicira koristeći kratke i isprazne rečenice, a proces razmišljanja je usporen pa samim time i dolazi do smanjene produkcije govora [3, 5].

I treći negativni simptom kod shizofrenije je avolicija, odnosno, nesposobnost započinjanja i održavanja radnje usmjerene nekom cilju. Avolicija potom uzrokuje probleme koji se odnose na samozbrinjavanje, održavanje vlastite higijene, samostalnosti što na posljetku dovodi do društvene izoliranosti [3, 5].

2.2. Dijagnosticiranje shizofrenije

Shizofrenija je poremećaj kod kojeg su simptomi izraženi šest mjeseci a aktivno prisustvo dvaju ili više simptoma, mjesec dana. Prema DSM-V dijagnostički kriteriji koji su potrebni da se potvrdi dijagnoza podijeljeni su u pet odjeljenja:

- A: karakteristični simptomi
- B: socijalne/radne smetnje
- C: trajanje
- D: isključenje shizoaktivnih poremećaja i poremećaja raspoloženja
- E: isključenje psihoaktivnih tvari i općeg zdravstvenog stanja
- F: Veza s pervazivnim razvojem poremećaja [3].

Postavljanje radne dijagnoze kreće sa tim da se utvrdi izraženost barem dva simptoma u jednomjesečnom periodu. Simptomi koji su uključeni kod shizofrenije su: sumanutosti, halucinacije, smeten govor, jako smeteno ili katatono ponašanje i negativni simptomi, odnosno osjećaj zaravnjenosti, alogije ili avolacije [21]. Ukoliko se radi o jako izraženim halucinacijama ili naglašenoj bizarnoj sumanutosti tada je za postavljanje dijagnoze dovoljan samo jedan simptom.

Socijalne ili radne smetnje koje su prisutne kod shizofrenije odnose se na smanjene međuljudske odnose, smanjena briga o sebi i oni se u pravilu pojavljuju puno prije samog razvoja shizofrenije [21].

Trajanje znakova ovog poremećaja je vremenski period od barem šest mjeseci, a pri tome se moraju isključiti neka druga stanja kao što su : poremećaji raspoloženja i/ili korištenje psihoaktivnih tvari. Temeljem svih navedenih kriterija potvrđuje se radna dijagnoze shizofrenije. Prema MKB10 dijagnostički kriteriji shizofrenije su:

- Različita percepcija misli (u vidu jeke, nedostatka ili nametanja, prekid misli) koje utječu na govor
- Sumanute ideje koje se manifestiraju kao ideje upravljanja(aktivnog ili pasivnog), a djeluju na aktivno ili pasivno ponašanja tijela
- Halucinacije, akutne ili kronične
- Sumanute ideje

- Katatoničko ponašanje
- Pojava negativnih simptoma
- Narušena kvaliteta elemenata koji direktno djeluju na ponašanje osobe

[1].

Nakon što se potvrdi dijagnoza shizofrenije ovisno o tome koji simptomi dominiraju postoji i detaljnija podjela shizofrenije po tipovima.

2.3. Tipovi shizofrenije

Prema MKB 10 klasificirana su sve bolesti i zdravstvenih stanja sa ciljem lakše komunikacije na međunarodnim razinama [1]. Bolesti i zdravstvena stanja podijeljena su na 22 poglavlja, gdje svako poglavlje obuhvaća jedan organ ili skupinu bolesti. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja svrstani su u V. poglavlje, a označeni su oznakama od F00-F99. U ovu skupinu spadaju poremećaji psihološkog razvoja [1].

Unutar navedenog poglavlja slijedi daljnja podjela mentalnih poremećaja gdje dominira shizofrenija, a uz nju su i shizotipni i sumanutni poremećaji klasificirani su od F20-F29. Detaljna podjela unutar shizofrenije prikazana je u tablici 2.3.1.

Paranoidna shizofrenija je shizofrenija kod koje je izražena sumanutost ili halucinacija, najčešće slušna. Halucinacije su povezane sa sumanutim idejama, a sumanute ideje se odnose uglavnom na ideje proganjanja ili ideje veličine. Ideje proganjanja mogu dovesti do suicidalnih radnji, a kad se ideja proganja poveže sa idejom veličine (nadmoćnosti) ovaj tip shizofrenije potiče nasilje unutar društva. Negativni simptomi nisu tipični za ovaj tip shizofrenije, no mogu se pojaviti ostali poremećaji poput anksioznosti, srdžbe, suzdržanosti ili svadljivosti. Ovaj tip shizofrenije javlja se u kasnijoj životnoj dobi nego ostali tipovi, a prognoza im je značajno bolja od ostalih tipova shizofrenije [3].

Dezorganizirana ili hebefrena shizofrenija u svojoj kliničkoj slici ima izražene sljedeće simptome: smeten govor, smeteno ponašanje, osjećaj zaravnjenosti i/ili neodgovarajuće osjećaje [21]. Smeteni govor može biti praćen i histeričnim smjehom koji nema veze sa sadržajem kojeg oboljela osoba govori. Smetnje ponašanja kod ovog tipa se manifestiraju kroz

nedostatak brige o sebi, ne provođenje osobne higijene [3]. Sam tijekom bolesti je u većini slučajeva postepen, dolazi do postepenog povlačenja u sebe, a ovaj tip se javlja u vrijeme puberteta, najčešće u 16-toj godini života. Prognoze su loše zbog rapidnog razvoja bolesti dominacije negativnih simptoma [21].

Kataona shizofrenija je shizofrenija višestruke etiologije [22]. Zastupljenost kataone shizofrenije je otprilike između 10-25% [22]. Ovaj tip shizofrenije se prepoznaje zbog pojave psihomotornih smetnji kao što su: motorička nepokretljivost, izražen negativizam, neobični voljni pokreti, eholalija i ehopraksija[3]. Motorička nepokretljivost je karakteristična jer bolesnik može imati nevjerojatni stupanj savitljivosti, tzv „voštana savitljivost“. Eholagija je zapravo patološko ponavljanje istih riječi dok je ehopraksija patološko oponašanje druge osobe [3]. Ovaj tip shizofrenije također ima lošiju prognozu od ostalih tipova [22].

Tipovi shizofrenije	MKB-10
paranoidna	F20.0
hebefrena	F20.1
kataona	F20.2
neidentificirana	F20.3
postshizofrenu depresiju	F20.4
rezidualna	F20.5
simplex	F20.6
ostale	F20.8
nespecificirana	F20.9

Tablica:2.3.1. Tipovi shizofrenije
Izvor: [1]

Kao što i sam naziv kaže nije definiran shizofrenija je ona shizofrenija koja ima sve potrebne simptome ali simptomi ne udovoljavaju niti jednom od do sad nabrojanih tipova [23].

Postshizofrena depresija je vrsta shizofrenije kod koje se nakon postavljene dijagnoze javlja depresivna epizoda koja ne mora biti vremenski ograničena od postavljanja dijagnoze do

pojave depresivne epizode. Kako je poznato da depresivne epizode povećavaju rizik za suicidom, samim time potrebno je liječiti i depresiju kod oboljelog od shizofrenije [24].

Kada oboljela osoba ima jednu epizodu, a dulje vrijeme su prisutni negativni simptomi tada se govori o rezidualnoj shizofreniji, koja je prepoznatljiva zbog pojave negativnih simptoma u svim stadijima bolesti, dok su pozitivni simptomi manje izraženi [25].

2.4. Liječenje shizofrenije

Jedan od važnih aspekata u medicini je prevencija. Preventivnim mjerama se pokušava spriječiti nastanak nekog bolesti ili stanja. Kako su mentalna oboljenja sa udjelom od 5% u svijetu i 4,85% u nas [2]. Ozbiljan javnozdravstveni problem, tako se kontinuirano radi na preventivnim mjerama.

U Londonu je 2018. godine izdana Deklaracija o mentalnom zdravlju u kojoj je naglašena potreba za poduzimanjem onih mjera koje bi pozitivno djelovala na socijalne komponente mentalnog zdravlja [26]. Deklaracija dalje govori o usmjeravanju na zaštitu mentalnog zdravlja mladih, te preporuča da se postignu takvi uvjeti da svi ljudi imaju jednake šanse za zdrav život. Preporuka je nadalje da se osigura aktivno provođenje preventivnih mjera koje služe za poboljšanje kvalitete mentalnog zdravlja.

Kako još nije dokraja razjašnjeno kako, zašto i zbog čega dolazi do shizofrenije iz tog je razloga liječenje usmjereno na ublažavanje simptoma koji ometaju kvalitetu života bolesnika i pomoći mu da bolje funkcionira u kognitivnom i socijalnom području [27].

Najčešći pristup liječenju oboljelog od shizofrenije je kombinacija antipsihotika koji su praćeni psihijatrijskim tretmanima, a i istraživanja su potvrdila su bolje prognoze u liječenju ako se odmah u prvoj epizodi u terapiju uključe antipsihotici [28].

Antipsihotici su skupina lijekova koji djeluju na različite simptome kao što su: agitacija, agresivnost, sumanutost, halucinacije, psihomotorno uzbuđenje, apatija i socijalno povlačenje koje je posljedica različitih uzorka. Znači, radi se o skupni lijekova koja ublažava simptoma, a ne liječi osnovu bolesti [29].

Antipsihotici prve generacije djeluju tako da blokiraju D₂ receptore koji se nalaze u mozgu [29]. U tu skupinu spadaju: fenotiazini, butirofenoni, tioksanten, dihidroindoloni, dibenzepini, difenilbutilpiperidini [30,31].

Lijek	Raspon doza	Uobičajena doza za odrasle
Klorpromazin †,‡1	30-800 mg	400 mg per os prije spavanja
Tioridazin ‡	150-800 mg	400 mg prije spavanja
Trifluoperazin †,‡	2-40 mg	10 mg per os prije spavanja
Flufenazin †,‡	0.5-40 mg	7,5 mg prije spavanja
Perfenazin †,‡	12-64 mg	16 mg per os prije spavanja
Loksapin	20-250 mg	60 mg per os prije spavanja
Molindon	15-225 mg	60 mg per os prije spavanja
Tiotiksen †,‡	8-60 mg	10 mg per os prije spavanja
Haloperidol †,‡	1-15 mg	8 mg per os prije spavanja

Tablica 2.4.1. Antipsihotici prve generacije. Izvor: [31]

Novo poglavlje u liječenju shizofrenije kreće četrdesetak godina nakon uvođenja klorpromazina, kada agencija za lijekove odobrava primjenu klozapina koji se indicira kod liječenja shizofrenije koja je otporna na antipsihotike prve generacije [6].

Lijek	Raspon doze	Uobičajena doza za odrasle
Aripiprazol	10-30 mg per os	15 mg per os

¹* Trenutna preporuka doziranja tipičnih antipsihotika je započeti sa niskom dozama te postepeno titrirati sve veće doze, po mogućnosti prije spavanja. Nema dokaza da je brza primjena većih doza učinkovitija.

†Ovi lijekovi su dostupni u obliku IM preparata za akutno liječenje.

‡Ovi lijekovi su dostupni kao oralni koncentrat.

Asenapin	5-10 mg sublingvalno	10 mg sublingvalno
Breksipirazole	2-4 mg per os	2-4 mg per os
Kariprazin	1,5-6 mg per os	3-6 mg per os
Klozapin	150-450 mg per os	400 mg per os prije spavanja
Iloperidon	1-12mg per os	12 mg per os jednom na dan
Lurasidon	40-160 mg per os jednom na dan	80 mg per os jednom na dan
Olanzapin	10-20 mg per os prije spavanja	15 mg per os prije spavanja
Paliperidon	3–12 mg per os prije spavanja	6 mg per os prije spavanja
Pimavanserin	34 mg na dan	34 mg per os prije spavanja
Kvetiapin	150-375 mg per os S produljenim oslobađanjem: 400-800 mg per os prije spavanja	200 mg per os
Risperidon	4-10 mg per os prije spavanja	4 mg per os prije spavanja
Ziprasidon	40-80 mg per os	80 mg per os

Tablica 2.4.2. Antipsihotici druge generacije. Izvor: [31]

Klozapin, kao atipični antipsihotik, antagonist je dopaminskih i serotoninских receptora. Radi o prvom lijek s jačom sposobnošću smanjenja negativnih simptoma [6]. Uz antiserotoninski i antipsihotični učinak izaziva brzu sedaciju, a sa druge strane njegovo primjenom ne dolazi do većih epstrapiramidalnih reakcija [6]. Za razliku od klozapina, olanzapin koji je sličnih farmakoloških svojstava izaziva manji broj nuspojava, a djeluje na principu da blokira D₃ i D₄ receptore [6]. Istraživanja su potvrdila da je njegovo djelovanje na pozitivne simptome jednako kao i djelovanje halopredola, međutim učinkovitije mu je djelovanje na negativne simptome i što je jako važno, za razliku od haloperidola ima manje

nuspojave [32]. Kvetiapin, kao jedan odatipičnih antipsihotika djeluje kao antagonist na serotoninске i dopaminske receptore D₁ i D₂ [33]. Odnuspojava koje se pojavljivale kod njegove primjene valja upozoriti na pospanost,omaglicu, opstipaciju, poremećaj jetrenih enzima i suhoću usta [33].

Risperidon se smatra prvim atipični antipsihotik. Uveden je na tržište početkom 1990-ih, dvadeset godina nakon uvođenja klopazina [32]. U najnoviju skupinu antipsihotika, koja se još naziva i antipsihotici treće generacija spadaju: aripiprazol, brekspiprazol i karpiprazin. Ta je skupina individualizirana na temelju mehanizma djelovanja na dopaminske receptore [32].

Odabir farmakološke terapije za bolesnika koji se liječi od shizofrenije ovisi o nizu karika kao što su:

- Klinička slika bolesnika
- Odgovor na prethodne tretmane liječenja
- Podnošljivost farmakološke terapije i profil nuspojave ako se razviju
- Komorbiditeti
- Farmakokinetika i dostupnost lijeka
- Suradljivost bolesnika [34].

Podaci koji su dostupni iz istraživanja koje je provedeno od strane Europskog ispitivanja prve epizode shizofrenije (EUFEST) uključivala je 498 bolesnika sa prvom psihotičnom epizodom. cilj studije je bio procijeniti uspješnost pet različitih antipsihotika (haloperidol, olanzapin, amisulprid, kvetiapin ili ziprasidon) na utjecaj halucinacija kod bolesnika koji boluju od shizofrenije[35]. Rezultati su pokazali da nema značajne razlike u učinkovitosti na potencijalno suzbijanje halucinacija, ali isto tako je istraživanje pokazalo da su halucinacije smanjene ukupne težine simptoma za oko 60% kod svih navedenih antipsihotika nakon 12 mjeseci uzimanja propisane terapije [35].

Smatra se da je oko 30% osoba koji boluju od shizofrenijom otporno na trenutno dostupne farmakološke pripravke na tržištu [36]. Velika većina bolesnika treba doživotno uzimati propisanu terapiju [26]. Zabrinjavajuća je i brojka koja govori da 80-90% bolesnika koji se liječe od shizofrenije doživi recidiv koji je najčešće povezan sa ne redovitim uzimanjem terapije[36].

Farmakološko liječenje je potrebno popratiti i psihoterapija za mlade oboljele od shizofrenije, jer im taj proces terapije može uliti nadu i potaknuti suradljivost [37].

Općenito postoje različiti oblici psihoterapije koje su sastavnice u liječenju mentalnih oboljenja pa tako i same shizofrenije. Kako se aktivno radi na utvrđivanju najoptimalnije psihoterapije za oboljele od shizofrenije tako se provode i različite vrste istraživanja.

Kod rane faze bolesti kognitivno bihevioralna terapija pokazala je zadovoljavajuće rezultate [38], isto kao i kod bolesnika koji imaju halucinacije kao jedan od simptoma [17].

2.5. Shizofrenija u Republici Hrvatskoj

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) u sklopu svog poslovanja istražuje i stanje mentalnog zdravlja u Republici Hrvatskoj. Mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom su vodeći poremećaji zbog kojeg se osobe hospitaliziraju u segmentu mentalnih oboljenja, a shizofrenija je odmah iza njih [2]. Međutim, po broju dana bolničkog liječenja, shizofrenija je daleko ispred svih oboljenja, jer udio dana bolničkog liječenja iznosi 30% od svih promatranih bolničkih dana u segmentu mentalnih oboljenja. Iz istog izvora se saznaje da su češće hospitalizirani muškarci nego žene, a stopa hospitalizacije je u porastu za dobnu skupinu od 20-te do 39-te godine života [2].

Aktivno se radi na smjernicama koje bi pomogle da se mentalna oboljenja na vrijeme prepoznaju i da se na vrijeme reagira. Smjernice „Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja“ (u daljnjem tekstu: Smjernice) [39] sastoje se od nekoliko segmenata koji obuhvaćaju:

- rano prepoznavanje i intervenciju kod mentalnog zdravlja
- Zaštitu mentalnog zdravlja djece i adolescenata
- Smjernice za zaštitu mentalnog zdravlja cjelokupne populacije
- Smjernice za javna izlaganja po pitanju mentalnog zdravlja i poremećaja mentalnog zdravlja (Hrvatski zavod za javno zdravstvo [39]).

Uz navedene smjernice Ministarstvo zdravlja izdaje Nacrt strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja 2022-2030.(u daljnjem tekstu Nacrt) [40] kojem je glavni cilj zacrtati dugoročne ciljeve kojim bi se unaprijedile već implementiran model zaštite mentalnog zdravlja da bi se došlo do smanjenja ukupnog broja mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj. Nacrt se sastoji od poglavlja koja obuhvaćaju:

- Unaprijeđenje mentalnog zdravlja

- Prevencija i rano prepoznavanje problema mentalnog zdravlja
- Liječenje, rehabilitacija i ljudska prava osoba s problemima mentalnog zdravlja
- Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici [40].

2.6. Uloga medicinske sestre/tehničara kod oboljelog od shizofrenije

Medicinska sestra/tehničar (MS/T) je sastavni dio tima koji se brinu o oboljelom od shizofrenije. Uloga MS/T jednako je važna na primarnoj, sekundarno ili tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Da bi MS/T mogla dati svoj maksimum u brizi za oboljelog od shizofrenije najprije je potrebno da ima potrebu razinu stručne spreme, znanja vještine i kompetencija [41].

Važan korak za planiranje zdravstvene njege oboljelog od shizofrenije je postaviti sestrinsku dijagnozu [41]. Cilj sestrinske dijagnoze je utvrditi intervencije koje je potrebno provesti da bi se ostvario željeni cilj. Evaluacija je zadnji postupka koji se odnosi na planiranje zdravstvene njege, a smisao je procijeniti je li cilj zadovoljen, odnosno je li potrebno uvesti korekciju u sestrinskim intervencijama da bi se zadovoljio početni cilj.

Kako je shizofrenija stanje koje obiluje pozitivnim i/ili negativnim simptomima, tako postoji i cijeli niz potencijalnih sestrinskih dijagnoza koji mogu biti kod oboljelog od shizofrenije.

Sestrinske dijagnoze oboljelog od shizofrenije kod kojih dominiraju pozitivni simptomi su:

- Visok rizik za nasilje
- Visok rizik za samoozljeđivanje
- Visok rizik za suicid
- Poremećaj motorike
- Poremećaj govora

Svaka od navedenih sestrinskih dijagnoza ima svoj cilj, intervencije i željenu evaluaciju, koji su prikazani u tablici 2.6.1 i tablici 2.6.2.

Sestrinska dijagnoza	Cilj	Intervencije MS/T	Evaluacija
Poremećaj govora	Uspostava razumljive komunikacije	<ul style="list-style-type: none"> • Utvrditi koliki su komunikacijski problemi • Objasniti bolesniku da je potrebno da govori sporo i razgovjetno • Educirati obitelj kako da budu strpljivi u komunikaciji 	Bolesnik će moći razumljivo govoriti
Poremećaj motorike	Poticanje prirodnih položaja tijela	<ul style="list-style-type: none"> • Educirati bolesnika o potrebi za tjelesnom aktivnošću • U razgovoru sa bolesnikom zaključiti koju potencijalnu aktivnost provoditi • Poticati ga da provodi tjelovježbu • Educirati obitelj da se brine o provođenju tjelovježbe 	Bolesnik će moći kontrolirati pokrete

Tablica 2.6.1. Sestrinske dijagnoze kod pozitivnih simptoma. Izvor [42, 43]

Sestrinska dijagnoza	Cilj	Intervencije MS/T	Evaluacija
Visok rizik za nasilje	Spriječiti agresivno ponašanje	<ul style="list-style-type: none"> • Educirati bolesnika da izrazi osjećaje • Razgovorom sa bolesnikom pokušati dokučiti koje situacije dovode do potencijalno nasilja • Educirati bolesnika kako da se sam smiri primjenom tehnika disanja • Objasniti obitelji koje situacije dovde do potencijalnog nastanka agresivnog ponašanja 	Bolesnik neće biti verbalno ni fizički agresivan

Visok rizik za samoozljeđivanje	Spriječiti ozljede bolesnika	<ul style="list-style-type: none"> • Uspostaviti kvalitetan odnos sa bolesnikom, baziran na povjerenju • Educirati bolesnika kako verbalizirati osjećaje • Objasniti bolesniku posljedice samoozljeđivanja • Educirati obitelj kako da se nosi sa potencijalnim pokušajem samoozljeđivanja 	Bolesnik si neće nanositi ozljede
Visok rizik za suicid	Spriječiti suicidalne radnje	<ul style="list-style-type: none"> • Potaknuti bolesnika da razgovara o osjećajima • Potaknuti ga da verbalizira svoje misli • Sa razumijevanjem slušati o njegovim sumanutim idejama ili halucinacijama • Ne umanjivati značaj njegovih prisilnih misli • Objasniti obitelji potencijali problem i posljedice 	Bolesnik neće pokušati izvršiti suicid

Tablica 2.6.2. Sestrinske dijagnoze kod oboljelih od shizofrenije. Izvor [42,43]

Sestrinske dijagnoze kod oboljelih od shizofrenije kod kojih dominiraju negativni simptomi, prikazani u tablicama 2.6.3 i 2.6.4 su:

- Smanjena mogućnost brige o sebi
- Poremećaj u unosu hrane
- Anksioznost
- Društvena izoliranost

Sestrinska dijagnoza	Cilj	Intervencije MS/T	Evaluacija
----------------------	------	-------------------	------------

Smanjena mogućnost brige o sebi	Osposobiti oboljelog da se samostalno brine za osobnu higijenu	<ul style="list-style-type: none"> • Edukacija bolesnika o potrebi održavanju osobne higijene • Dogovoriti način i učestalost održavanja osobe higijene • Potaknuti obitelj za nadzor u održavanju higijene • Pohvaliti bolesnika za samostalne korake 	Bolesnik će samostalno voditi obavljati osobnu higijenu
	Osposobiti oboljelog za samostalno dotjerivanje i oblačenje	<ul style="list-style-type: none"> • Edukacija bolesnika o potrebi za čistom odjećom • Objasniti bolesniku važnost urednog izgleda • Poticati bolesnika za svakodnevno kupanje • Educirati obitelj kako bolesniku osigurati čistu odjeću • Poticati bolesnika da samostalno odlučuje što obući 	Bolesnik će se svakodnevno oblačiti čisto rublje

Tablica 2.6.3. Sestrinske dijagnoza: smanjena mogućnost brige o sebi. Izvor [41]

Sestrinska dijagnoza	Cilj	Intervencije MS/T	Evaluacija
Poremećaj unosu hrane	Edukacija oboljelog o pravilnom unosu hrane	<ul style="list-style-type: none"> • Edukacija bolesnika po potrebi za optimalnim unosom hrane • Educirati bolesnika o kvalitativnoj vrijednosti namirnica 	Bolesnik će samostalno voditi brigu o sebi

		<ul style="list-style-type: none"> • Educirati obitelj o nadzor nad unosom hrane • Potaknuti bolesnika na samostalno hranjenje 	
Anksioznost	Osposobiti oboljelog da zna prepoznati simptome anksioznosti i kako se nositi sa njima	<ul style="list-style-type: none"> • Stvoriti odnos sa bolesnikom u kojem će on imati povjerenja • Educirati bolesnika o anksioznosti: simptomima i liječenju • Educirati bolesnika kako prepoznati simptome anksioznosti • Poticati bolesnika na razgovor o simptomima • Educirati obitelj kako da se nosi sa pojavnom simptomima anksioznosti 	Bolesnik verbalizira znakove anksioznosti
Društvena izoliranost	Ostvarivanje socijalnih kontakata	<ul style="list-style-type: none"> • Potaknuti bolesnika na razgovor • Poticati bolesnika da izražava sve svoje emocije • Educirati obitelj o potrebi uključenosti u socijalni život • Educirati bolesnika o potrebi za stvaranjem socijalnih kontakata 	Bolesnik će znati uspostaviti socijalni kontakt

Tablica 2.6.4. Sestrinske dijagnoze kod negativnih simptoma. Izvor [41, 42, 43]

3. STIGMA MENTALNO OBOLJELIH

Jedno od područja koje su obuhvaćeni Nacrtom je i unaprjeđivanje mentalnog zdravlja. Mjera koja je obuhvaćena Nacrtom u tom segmentu govori da postoji potreba za smanjivanjem razine stigme prema mentalno oboljelim, a predlažu da se taj problem riješi provođenjem edukacije cjelokupnog stanovništva [40]. Stigma kao naziv koji ima korijene u grčkom i latinskom jeziku, označava pojam koji se veže za naglašavanje nečega u negativnom kontekstu, odnosno znači sramoćenje i/ili degradaciju [44]. Samim time stigmatizacija je proces dodavanja negativnih konotacija nekom ili nečemu. Od davne povijesti do danas stigmatizacija je usko vezana za oboljele od svih mentalnih oboljenja. Uzroci stigmatizacije vežu se za strah i/ili neznanje, a manifestiraju se kroz mitove i predrasude (negativnog karaktera). Takva pojava u društvu dovodi do toga da se zbog javnog mišljenja osobe oboljele od mentalnih oboljenja dolazi do izolacije od društva u kojem osoba živi. Jedini način za smanjivanje stigme u društvu je kontinuirana edukacija [45].

3.1. Obitelj i mentalno oboljeli

Da bi se najprije obitelj, a onda i cijela zajednica aktivno mogla nositi sa poteškoćama koje proizlaze iz svakog mentalnog oboljenja, kako je već rečeno potrebno je raditi na de stigmatizacijskim mjerama, koje uključuje edukaciju. Između ostalog, potrebno je educirati obitelj da sudjeluje u ranom otkrivanju mentalno oboljelih unutar svoje obiteljske jezgre. Uža obitelj, koja uključuju oca, majku brata i/ili sestru ukoliko primijeti bilo kakve psihološke probleme u svoje djece (ili drugih članova obitelji) trebala bi imati mogućnost da se najprije konzultira sa zdravstvenim djelatnicima na razini primarne zdravstvene zaštite (PZZ), gdje su uključeni: pedijatri na PZZ, liječnici obiteljske medicine, liječnici školske medicine, medicinske sestre/tehničar (MS/T), patronažna služba. Oni bi zaista trebali imati najvažniju ulogu kao most između obitelji i pružatelja zdravstvene skrbi koja je potrebna za mentalno oboljelog [39].

Medicinski djelatnici na razini PZZ-a su usko povezani sa svojim bolesnicima i njihovim obiteljima jer ti bolesnici dolaze kod njih u kontinuitetu. Takav pristup omogućava liječnicima na PZZ razini da imaju relevantne podatke o bolesniku i njihovoj obitelji. Povijest bolesti, socijalno stanje, skrb samo su neki od podataka koji ima pomažu u kvalitetnom

provođenju obiteljske i osobne anamneze, da bi pravovremeno mogli prepoznati zabrinutost obitelji i intervenirati kod prepoznavanja mentalnih oboljenja. Kada se potvrdi radna dijagnoza mentalnog oboljenja, za dobrobit samog bolesnika i njegove obitelji, potrebno je uključivati i ostale sudionike. Ukoliko se radi o djeci, kod shizofrenije (a i ostalih mentalnih oboljenja), potrebno je uključiti i stručne suradnike u školi koju dijete pohađa. Razrednika, pedagoga, psihologa i ostale stručne službe treba uputiti u problematiku da bi se dalje moglo kvalitetno raditi na pomoći za oboljelo dijete. Ovakav potez je jer će se u tom trenutku aktivnije raditi na edukaciji, da bi se u slučaju neželjenog događaja u školi stručne osobe znale postaviti i intervenirati.

Paralelo sa tim, potrebno je raditi i na cijeloj obitelji mentalnog oboljeloga. Neki će se sramiti, neki će ignorirati situaciju, neki jednostavno neće željeti sudjelovati, ali jako je važno da cijela obitelj bude uključena u proces liječenja. Pred cijeloj obitelji je velika teška situacija puna nepoznanica, sa kojom moraju biti spremni nositi se. Tako da, nije potrebno samo pružiti psihološku podršku oboljelom od shizofrenije, nego treba pružiti mogućnost da i ostali članovi obitelji dobiju kvalitetnu psihološku podršku kako bi se mogli nositi sa situacijom u kojoj su se našli, bez obzira na koji razini zdravstvene zaštite se liječi oboljeli od shizofrenije.

4. ISTRAŽIVAČKI DIO RADA

4.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja koje je provedeno je utvrditi odnos društva prema obitelji koja ima člana obitelji koji boluje od shizofrenije. Uz osnovni cilj, dodatni ciljevi istraživanja su :

- analizirati period od pojave prvih simptoma do postavljanja dijagnoze
- utvrditi funkcionalni status obitelji koja ima za člana mentalno oboljelog od shizofrenije
- mogućnost samozbrinjavanja osobe koja boluje od shizofrenije
- vizija obitelji oboljelog od shizofrenije

4.2. Metode istraživanja i ispitanici

Istraživanje je provedeno putem kvalitativnog pristupa putem intervjua. Kvalitativna istraživanja se provode kada je cilj saznati mišljenje pojedinca o procesima koji se događaju oko njega [46]. Ovakav pristup omogućava uvid u iskustvo samog ispitanika što omogućava shvaćanje same problematike. Konkretnim pitanjima koji se postavljaju na individualnom intervjuu omogućavaju da se osoba koja se intervjuira jasno izrazi.

Iz cjelokupne populacije izdvojen je uzorak koji predstavlja odabranu skupinu za potrebe ovog istraživanja.

Glavni kriterij za određivanje uzorka je prisustvo mentalno oboljele osobe od shizofrenije unutar uže obitelji. U istraživanju je sudjelovalo 7 ispitanika koji aktivno skrbe o osobama oboljelih od shizofrenije. Uzorak ispitanika je prilagođen tipu istraživanja, te adekvatan s obzirom na učestalost same problematike u populaciji.

4.2.1 Instrument za prikupljanje podataka

S obzirom na postavljeni cilj istraživanja, autor smatra da je najoptimalniji pristup upravo kvalitativni pristup proveden pomoću posebnih metoda prikupljanja podataka. Posebne

metode prikupljanja podataka mogu biti kroz anketu, intervju ili analizu sadržaja [46], ovdje se koristi metoda intervju

Od soci demografskih pitanja (zbog kompletne zaštite privatnosti osoba koje su pristale na intervju) koristi se spol i dob ispitanika, mjesto stanovanja i bračni status. Prva grupacija pitanja koji su postavljeni osobi koja se intervjuira odnosila se na njihovo prepoznavanje shizofrenije i prve korake koje i kada su poduzeli. pitanja su bila konkretna, a ispitanicima je bilo dopušteno da sami odgovore na ista jednostavnim rječnikom. Sljedeća skupina pitanja se odnosila na samu osobu koja se intervjuira, znači roditelja osobe sa shizofrenijom. Pitanja su usmjerena na njihove prve reakcije, kako su se nosili sa spoznajom, koliko su još uvijek zabrinuti za oboljelog, te se postavlja i niz pitanja koji se odnosi na njihov društveni život i prihvaćanje okoline. I treća skupina pitanja se odnosi na njihovo mišljenje o tome koliko je shizofrena osoba sposobna za samostalnost, kakva skrb im je potrebna u životu.

4.2.2 Postupak provođenja intervju

Prije nego se krenulo sa intervjuom svakom ispitaniku ponaosob je objašnjeno najprije zašto je on odabran kao reprezentativan uzorak. Nadalje, objašnjeno mu je koja je svrha i cilj istraživanja koje se provodi. Svi ispitanici su dobrovoljno pristali na intervju i pri tome su potpisali pismeni pristanak. Zagarantirana im je anonimnost i povjerljivost, kao i zaštita da će dobiveni podaci biti iskorišteni samo za istraživačke svrhe ovog diplomskog (istraživačkog rada).

Svaki intervju odvijao se odvojeno u obiteljskoj kući ispitanika. Prosječno trajanje svakog od intervju je bilo od 45 minuta do sat vremena. Ispitanici su odgovarali na pitanja koja su bila unaprijed pripremljena na način da su bilježili svoje odgovore pisanim putem.

4.2.3. Analiza podataka

Kada su svi ispitanici odgovorili na upitnik uslijedio je sljedeći korak koji se sastojao od pripreme podataka, analize podataka i pripreme tablica u koje su se unosili dobiveni odgovori. Podatke koje je autor dobio, najprije je pretipkao koristeći Microsoft Office Word 97 - 2003 Document.doc. Dobiveni odgovori su preformulirani na način da su se izdvajali bitni podaci, sa tim da se nije diralo u samu srž opisa. Potom su selektirani na način da su se odgovori od svakog ispitanika bilježili u već napravljene tablice u Microsoft Office Excel 2007. Nakon što su svi odgovori od svih ispitanika zabilježeni radila se završna selekcija i opisnim putem su se izrazile devijacije u zapaženim rezultatima upitnika.

5. REZULTATI

U nastavku su prikazani rezultati kvalitativnog istraživanja koje je provedeno putem intervjua sa osobama koje se skrbe o bolesniku oboljelom od shizofrenije.

5.1. Ispitanici

Glavni kriteriji za uključivanje ispitanika u ovo kvantitativno istraživanje su bili:

- Član obitelji kojem je potvrđena dijagnoza shizofrenije prema MKB-u
- Punoljetne osobe
- Glavni skrbnik/njegovatelj za oboljelog od shizofrenije.

S obzirom na navedene kriterije, autor nalazi 7 ispitanika koji su pristali na intervju. Prije samog intervjua zajamčena im je zaštita podataka, pa je iz tog razloga svakom ispitaniku dodano jedno slovo abecede. Od ukupnog broja ispitanika (N=7) u intervju je sudjelovalo više žena (N=5) nego muškaraca (N=2). U svim slučajevima radi se o roditeljima koji se direktno brinu o svojoj djeci, odnosno sinovima (N=7) koji su oboljeli od shizofrenije. Prosječna životna dob ispitanika je 63,5 godina (raspona od 51-72), dok je prosječna životna dob njihovih oboljelih od shizofrenije 36 godina (raspona od 24-53). U mirovini je većina ispitanika (N=5), dok su ostali ispitanici u radnom odnosu (N=2). Svi ispitanici koji su sudjelovali u istraživanju žive u gradovima dok ih većina živi u Zagrebu (N=5), a ostala dva ispitanika žive u okolnim manjim gradovima (Sisak, Velika Gorica). Detalji prikaz općih podataka ispitanika dan je u tablici 5.1.1.

	A	B	C	D	E	F	G
Spol ispitanika	muško	žensko	žensko	žensko	muško	žensko	žensko
Dob ispitanika	58	75	51	71	57	72	61
Radni status	zaposlen	Mirovina	zaposlena	mirovina	zaposlena	mirovina	mirovina
Bračni status	razveden	udovica	razvedena	udovica	brak	udovica	brak
Članovi uže obitelji	Nema podataka	Još jedan sin	Još jedan sin	Još jedno dijete	Nema podataka	Nema podataka	Nema podataka
Mjesto stanovanja	Velika Gorica	Zagreb	Zagreb	Zagreb	Zagreb	Zagreb	Sisak
Odnos sa oboljelim	Otac/sin	Majka/sin	Majka/sin	Majka/sin	Otac/sin	Majka/sin	Majka/sin
Dob oboljelog	28	4 6	2 4	5 3	27	4 9	2 5
Spol oboljelog	muško	muško	muško	muško	muško	muško	muško

Tablica 5.1.1. Opći podaci ispitanika Izvor: (Autor:D.G.)

5.2. Prvi susret sa dijagnozom shizofrenije

Nakon što su ispitanici odgovorili u kojem odnosu sa oboljelim od shizofrenije, krenula su pitanja koja su se odnosila na početak promjene ponašanja oboljele osobe. U prvom redu im je postavljeno pitanja kada i kako su uočili promjene ponašanja. Kada pogledaju unatrag, najčešće su prvi simptomi krenuli već u osnovnoj školi (N=4), potom u srednjoj školi (N=2). Najneobičniji odgovor je ispitanice D, koja uopće nije primijetila nikakve probleme niti poteškoće kod svog djeteta, do trenutka kada je njeno dijete bilo na odsluženju vojnog roka. Tada su je nazvali i rekli "daj je njen sin poslan u psihijatrijsku ustanovu zbog čudnog ponašanja".

Društvena izoliranost primijećena je odgovorima većine ispitanika (4 slučaja). Ispitanik A navodi „*povlačio se iz društva, nije imao prijatelje. Sve se više osamljuje*“ sličnom terminologijom se koristi i ispitanik C koji kaže „*povlačio se iz društva i postepeno odustajao sa izvanškolskih aktivnosti*“. Nedostatak školskog uspjeha je odgovor kojeg je spomenulo pet ispitanika, no u početku nitko od njih taj nedostatak doživio kao nešto što će poslije kulminirati u mentalno oboljenje. Zabilježen je jedan odgovor gdje je bila riječ o suicidalnim mislima/ pokušaju „*prijetio je da će se baciti sa prozora*“ te je upravo ta radnja bila i pokretač za traženje stručne pomoći. Različite vrste agresivnog ponašanja spomenuo je dio ispitanika (N=3) B „*tučnjave...frustracije...mučenje kućnih ljubimaca*“ E „*verbalno i fizički agresivan*“ F „*pijan i agresivan pobacao je sve ploče i kasete kroz prozor*“.

Daljnijim intervjuom saznaje se da su roditelji takva događanja prepisivali „*pubertetu*“ i „*adolescentnoj krizi*“. Samo u jednom slučaju ispitanik C navodi „*agresivno ponašanje u kojem je oboljeli izvadio nož u svađi sa ocem smatra dobrim pokretačem za reakciju i tada ...sam bila je primorana zvati i policiju koja ga je odvela u psihijatrijsku ustanovu*“. Kompletan prikaz odgovora prikazan je u tablici 5.2.1.

Usljedilo je pitanje koje se odnosilo na osjećaje ispitanika kada je njihovom djetetu potvrđena dijagnoza shizofrenije. Sasvim je očekivano da se ispitanici teško nosili sa dijagnozom shizofrenije koja je postavljena njihovom djetetu. Ispitanik A navodi da je bio toliko tužan da „*sam i ja završio na psiho farmakoterapiji, te imam stručnu pomoć psihijatra i psihoterapeuta*“. Isprepleću se termini kao što su panika, tuga, nevjerica, strah i očaj. U daljnjoj analizi dobivenih odgovora jasno se vidi da uslijed postavljanja dijagnoze dolazi i do

narušavanja odnosa unutar uže obitelji, osim u slučaju kada ispitanik B kaže „*zdravog sina sam pokušala što više zaštititi*“.

Pred ispitanike je stavljeno pitanje o odgovornosti, odnosno smatraju li se oni odgovornim za stanje svog oboljelog od shizofrenije.

Ispitanici		
Primjećivanje prvih promjena	Osnovna škola	A, B, F,G
	Srednja škola	C; E
	Adolescentska faza	
Simptomi koji su prevladavali prije dijagnoze	Društvena izoliranost	A, C D,F
	Nedostatak školskog uspjeha	A „ <i>...moje dijete nije na istoj intelektualnoj razini kao i ostali</i> “ B, C „ <i>nije se mogao fokusirati na učenje</i> “ E, F
	Nezadovoljstvo, povlačenje u sebe	A, „ <i>razgovara sam sa sobom. Zapostavlja osobnu higijenu</i> “ B G“ <i>demotiviranost</i> “
	Agresivno ponašanje	B,„ <i>tučnjave...frustracije. Mučenje kućnih ljubimaca</i> “ E „ <i>verbalno i fizički agresivan</i> “ F „ <i>pijan i agresivan pobacao je sve ploče i kasete kroz prozor</i> “ G
	Suicidne misli i pokušaji	B“ <i>prijetio je da će se baciti sa prozora</i> “
	Konsumacija psihoaktivnih tvari	F; E“ <i>konzumirati alkohol i razne vrste droga. Često je dolazio kući pijan i drogiran</i> “
Prvo traženje stručne pomoći	Odmah po simptomu	F „ <i>3-4 godine nakon</i> “
	Do 5 godina od prvih simptoma	E“ <i>relativno brzo</i> “
	Do 10 godina od prvih simptoma (kasno)	B „ <i>kasno. Bilo nas je sram priznati da nešto nije u redu</i> “
	Više od 10 godina	A,D
Pokretač	Pokušaj suicida	B
	Pokušaj napada na drugu osobu	C „ <i>u svađi sa ocem jednu večer izvadio nož</i> “

Tablica 5.2.1. Stanje koje je prethodilo postavljanju dijagnoze Izvor: (Autor. D.G.)

Prvi susret sa potvrđenom dijagnozom shizofrenije		
		Ispitanici
Osjećaji ispitanika	Panika	B
	Tuga	A „ <i>shrvan od tuge</i> “ B
	nevjerica	C, G, E „ <i>šok</i> “
	Očaj	D, E, G
	Strah	G
Osjećaji ostalih u obitelji	Ne prihvaćanje dijagnoze	A „ <i>njegova majka to još ne može prihvatiti</i> “
	Zaštita ostalih članova obitelji	B „ <i>zdravog sina sam pokušala što više zaštititi</i> “
	Narušeni obiteljski odnosi	C „ <i>situacija sa sinom nas je dokrajčila...na poslijetku došlo je do rastave</i> “ D „ <i>nisam imala podršku unutar obitelji</i> “ G „ <i>obitelj mog supruga je krivnju prebacila na mene</i> “ F „ <i>suprug se teže nosi sa tim, poseže za alkoholom</i> “
Odgovornost za dijagnozu	Da, podjednako oba roditelja	A „ <i>teško mi je to priznati</i> “ B „ <i>zbog biologije</i> “
	Da, krivi sebe	D „ <i>jer promjene nisam uočila na vrijeme</i> “ F „ <i>jako sam pogriješila u njegovom odgoju. Razmazila sam ga. Nisam kriva za samu bolest</i> “
	Djelomična krivnja	F „ <i>djelomično shvaćam da puno toga ide iz genetike, no možda sam trebala ranije nešto poduzeti</i> “
	Izbjegavanje odgovora	C „ <i>činim sve da mu bude bolje</i> “ E „ <i>možda sam od njega tražio previše</i> “

Tablica 5.2.2. Prvi susret sa potvrđenom dijagnozom (izvor A.G.)

Dva ispitanika smatraju da su podjednako kriva za dijagnozu njihovog djeteta, sa tim da jedan ispitanik jasno kaže „*teško mi je to priznati*“, dok je drugi svjestan da je to „*zbog biologije*“. Ispitanik koji je naveo djelomičnu krivnju, također govori da je svjestan genetike, ali osjećaj krivnje je i dalje postojan, jer smatra da „*no možda sam trebala ranije nešto poduzeti*“ ili „*jako sam pogriješila u njegovom odgoju. Razmazila sam ga. Nisam kriva za samu bolest*“.

Od svih dobivenih odgovora iskače odgovor jednog ispitanika koji govori „*činim sve da mu bude bolje, da se osamostali. Uspjela sam ga motivirati da upiše visoko učilište s kojim je pri kraju, naravno uz moj ogroman trud i aranžman*“. Detaljan prikaz dobivenih odgovora prikazan u je tablici 5.2.2.

Nakon postavljanja dijagnoze kreće se u sam proces liječenja, tako da se i sljedeće pitanje koje je postavljeno odnosilo na tretman liječenja oboljelog od shizofrenije. Tri ispitanika, od ukupno 7 govori da se ide na redovite kontrole. Vrijedno je spomenuti odgovor ispitanika D „*nikada ne preskače redovite kontrole*“. Ista tako isti ispitanik ne navodi hospitalizaciju. Doduše, hospitalizaciju ne navodi ni ispitanika A, ali jasno govori o tome kako su izbjegavali hospitalizaciju. Troje ispitanika govori da su njihovi oboljeli od shizofrenije više puta hospitalizirani, dok ispitanici B i F potvrđuju više putne hospitalizacije, no nažalost, svaki puta uz intervencije hitne medicinske pomoći (HMP) i pripadnika policije (MUP). Prikaz je dan u tablici 5.2.3.

	Vrsta liječenja	Ispitanici
Ambulanto liječenje	Redovito	A, C, D „ <i>nikad ne preskače redovne kontrole</i> “
	Neredovito	B, E
	EKT terapija	E
Hospitalizacija	Nikada	A“ <i>izbjegli smo bolničko liječenje</i> “
	Više puta	B, F“ <i>uz asistenciju MUP-a i HMP</i> “ C E G

Tablica 5.2.3. Vrste liječenja (izvor A.G.)

Na pitanja koliko dugo traje njihova skrb za oboljelog od shizofrenije ispitanici su uglavnom navodili i o kakvoj vrsti skrbi se radi. Detaljniji prikaz prikazana je u tablici 5.2.4

Jedan ispitanik smatra da se radi o „*intenzivnoj*“, dok drugi navodi da se u radi o „*kontinuiranoj skrbi*“. Troje ispitanika se nije izjasnilo o kakvoj je skrbi riječ, međutim zanimljiva su dva odgovora koji skrb opisuju kao „*borba*“ i „*na iglama*“.

Skrb za bolesnika		Ispitanici
Trajanje skrbi	Do pet godina	A
	Od 5 do 10 godina	G
	Više od 10 godina	C, E
	Više od 20 godina	D
	Više od 30 godina	B, F
Vrsta skrbi	Intenzivna skrb	B
	Kontinuirana skrb zdravstvenog osoblja	A
	Ostalo: primjeri	Bez odgovora: C, E;G
		„ <i>borba</i> “: D
	„ <i>na iglama</i> “ : F	

Tablica 5.2.4. Skrb za oboljelog od shizofrenije (izvor A.G.)

5.3. Okolina i obitelj oboljelog od mentalnog oboljenja

U sljedećoj skupini pitanja koji su postavljeni na intervju ispitanici su trebali odgovoriti koliko se promijenio njihovi društveni život zbog oboljelog od shizofrenije, te kakve je njihov osjećaj u svezi sa društvenim životom. Od ukupno 7 ispitanika, samo jedan ispitanik E navodi da „*ne osjećam da smo izolirani od društva.... nastavili smo normalno živjeti, ići na putovanja*“.

Društveni život skrbnika		Ispitanici
Izoliranje od društva	Izolirao se skrbnik	A „ <i>ja sam se razbolio... zapostavio sam prijatelje, čak i djevojku</i> “ B „ <i>nemam društveni život...posjećuje me samo dvoje starih prijatelja</i> “ D „ <i>zanemarila sam društveni život</i> “ F „ <i>izolirala sam se od svijeta</i> “ G „ <i>smatram da izolacija ide sa naše strane</i> “
	Izoliralo ga društvo	C „ <i>društvo nas izbjegava</i> “ D „ <i>i bliža rodbina nas izbjegava</i> “
	Nisu izolirani	E „ <i>ne osjećam da smo izolirani</i> “
Članovi obitelji	Oba roditelja	E
	Samo majka	B „ <i>ostala sam sama sa njim</i> “ F „ <i>ostala sam sama sa bolesnim djetetom</i> “
	Ostali članovi	C „ <i>trudim se da on, njegov mlađi brat i ja imamo normalna život</i> “
Funkcioniranje obitelji	Odgovori	A „ <i>obitelj je konstantno u nekim sukobima</i> “ C „ <i>njegov brat je stigmatiziran od društva</i> “ D „ <i>kada se razbolio, situacija se u obitelji samo pogoršavala</i> “ E „ <i>nastavili smo normalno živjeti, ići na putovanja</i> “ F „ <i>oko mene je ostala samu uža obitelj</i> “

Tablica 5.3.1. Društvena izoliranost (izvor A.G.)

Takav način života ispitanik vode jer su privatnici, pa im njihovi poslovi ne dopuštaju izolacija od društva. Svi ostali ispitanici navode socijalnu izolaciju i mahom govore o tome da su oni ti koji su se izolirali od društva. I problem nije samo socijalno/društvena izolacija već aktivno govore i o narušenim odnosima unutar obitelji. Ispitanici B, F navode „*ostala sam sama sa bolesnim djetetom*“ dok jedan ispitanik navodi da je situacija unutar obitelji kulminirala do te mjere da je brak završio razvodom.

5.4. Pogled u budućnost

Zabrinutost za budućnosti i egzistenciju njihovog oboljelog od shizofrenije je situacija koja je sastavni dio njihovih života. Od ukupnog broja ispitanika (N=7), samo jedan ispitanik je izjavio da ne razmišlja o tome tko će voditi brigu o oboljelom nakon njegove smrti. Svoj odgovor je obrazložio na način da „*vjeruje da će se sa vremenom osamostaliti i stati na noge i živjeti normalna život*“. Ostali ispitanici aktivno rade na tome da se već sada, dok su sposobni brinuti o oboljelom, nađu rješenja nakon njihove smrti dvoje ispitanika je izjavilo da je to „*njihov najveći strah*“ (tablica 5.4.1.)

	Odgovor	Ispitanici	Komentar
Razmišljate li o tome tko će voditi brigu o oboljelom nakon Vaše smrti	Da	A	„ <i>poduzeti koraci</i> “
		B	„ <i>osigurala sam mu stan i ljude</i> “
		D, F	„ <i>to je moj najveći strah</i> “
		E, G	
	Ne	C	„ <i>vjerujem da će se sa vremenom osamostaliti</i> “

Tablica 5.4.1. Briga nakon smrti ispitanika (izvor A.G.)

U nastavku intervjua ispitanici su pokušali procijeniti koliko je njihov oboljeli od shizofrenije sposoban za samostalno zbrinjavanje. Većina ispitanika (N= 5) smatra da se njihov oboljeli od shizofrenije može brinuti sam za sebe, ali uz nadzor i kontrolu. Jedan ispitanik B smatra da je mentalno oboljeli od shizofrenije sposoban za samozbrinjavanje „*vodi računa o higijeni, brizi za kućanstvo, financijama*“ dok jedan ispitanik F „*smatra da nije sposoban za*

samostalni život ... na žalost ne može se brinuti za sebe“. Po pitanju financijske konstrukcije dvoje od ukupno sedam ispitanika živi samostalno u svom stanu, a dvoje ih se izjasnilo da imaju minimalne prihode. Ostali ispitanici nisu iznijeli mišljenje glede financijske situacije unutar obitelji.

Samozbrinjavanje oboljelog		
	Ispitanik	
Samozbrinjavanje	Da, uz kontrolu	A “ <i>može biti samostalan uz maksimalnu kontrolu</i> “ C “ <i>sposoban za sve, ali ga je potrebno poticati na obveze</i> “ D “ <i>svakodnevno ga treba podsjećati</i> „ E “ <i>treba imati podršku</i> “ F “ <i>smatram da se ponekad može sam brinuti za sebe</i> “
	Da	B “ <i>vodi računa o higijeni, brizi za kućanstvo, financijama</i> “
	Ne	F “ <i>na žalost ne može se brinuti za sebe</i> “
Financije	Minimalni prihodi	A “ <i>troši jako puno, nema kontrolu</i> “ D “ <i>potrebna je konstantna financijska pomoć</i> “
	Egzistencijski siguran	B, E “ <i>živi u svom stan</i> “

Tablica 5.4.2. Samozbrinjavanje oboljelih od shizofrenije (izvor A.G.)

Od svih ispitanika jedan ispitanik (F) smatra da se ne oboljeli od shizofrenije ne može brinuti za sebe, dok ostali smatraju da se njihov oboljeli može brinuti za sebe ali im je potrebna pomoć: profesionalca i skrbnika (A,G), samo skrbnika (B, E) i pomoć obitelji (C,D). Dvoje ispitanika je naglasilo da je njihovim oboljelima potrebna osoba koja bi ih potakla na društveni život, odnosno pomogla da se ne osjećaju toliko sami i izolirani.

Situacija u kojoj se sam oboljeli i njegova obitelj našla uopće nije lagana, pa se shodno tome postavlja i pitanju tome što planiraju poduzeti da život njima i oboljelom bude ugodniji. Zanimljivu je spomenuti da su sve svi ispitanici orijentali na to što učiniti da njihovom oboljelom bude ugodnije u životu, a nitko od ispitanika nije naglasio da će raditi na pomanjkanju svoje društvene izoliranost, nego ugodan život smatraju time da njihovom

oboljelom bude bolje (Tablica 5.4.4.). Troje, od ukupno sedam ispitanika odgovara “ *učiniti sve da ne završi u socijalnoj ustanovi*“, a zapravo svi govore da će nastaviti provoditi dosadašnju kontinuiranu skrb za oboljelog.

Vrsta pomoći		Ispitanik
Samostalni život	Da, uz kontrolu profesionalca i skrbnika	A, G
	Da, uz skrbnika	B “ <i>koji će voditi brigu o redovitom uzimanju terapije</i> “ E
	Da, uz pomoć obitelji	C, D
	Ne	F “ <i>ne može se brinuti za sebe, potrebna mu je pomoć profesionalca</i> “
Društveni život	Potrebna pomoć	B “ <i>najviše treba društvo</i> “ D “ <i>osoba kojoj će vjerovati</i> “

Tablica 5.4.3. Vrste pomoći za oboljelog od shizofrenije (izvor A.G.)

Ispitanici		
Što planiraju učiniti	Nastaviti kontinuitet	A „ <i>nastaviti ovako, imati osobu od povjerenja, psihijatra i psihoterapeuta</i> “ B, D, F “ <i>učiniti sve da ne završi u socijalnu ustanovu</i> “ C “ <i>nastaviti se truditi i raditi sa njim</i> “

		<p>E <i>“truditi se da ima profesionalnu pomoć i maksimalno ga osamostaliti“</i></p> <p>G <i>“pokušati sve što možemo da postignemo optimističnu perspektivnu“</i></p>
--	--	--

Tablica 5.4.4. Koraci za ugodniji život (izvor A.G.)

6. RASPRAVA

Shizofrenija je kronična mentalna bolest koja se manifestira pojavom pozitivnim i negativnih simptoma. Zbog oscilacije simptoma, oboljela osoba se ne može u potpunosti samostalno brinuti o sebi, pa se za oboljele od shizofrenije uglavnom brine obitelj. Kakva je kvaliteta života obitelji koje se brinu u oboljelima od shizofrenije je i tema provedenog istraživanja. Na istraživanje je pristalo sudjelovati desam ispitanika koji se direktno brinu o svom oboljelom od shizofrenije. Stigmatizacija od strane društva, socijalna izoliranost, kontinuirana skrb za oboljelog su pojmovi koji su proizašli iz provedenog istraživanja.

Wong i suradnici su napravili kvalitativno istraživanje na temu shizofrenije, gdje su ispitanici bili skrbnici koji se direktno brinu o oboljelima od shizofrenije. Uzorak istraživanje se sveo na 18 ispitanika, životne dobi između 33 i 69 godina [47]. U istraživanju koje provodi autor srednja životna dob ispitanika koji s direktno brinu o oboljelim od shizofrenije je oko 63, 5 godine starosti i sami ispitanici su starije životne dobi (raspon 51-71) negoli ispitanici koji su sudjelovali u Wongovom istraživanju. U istraživanje je uključeno 8 muškaraca i 10 žena [47]. U ovom istraživanju broj uzoraka je manji (N= 7) i zapaža se razlika u ispitanicima koji su pristali odgovoriti na upitnik, odnosno na upitnik je odgovorilo znatno više žena (N=5) u odnosu na muškarce (N=2). Postoji i razlika u skrbnicima za oboljelog od shizofrenije. U istraživanju koje provodi autor za oboljele od shizofrenije brinu se roditelji, majka (N=5) i otac (N=2), dok su u istraživanju koje je provedeno od strane Wong-a i suradnika podaci nešto drugačiji .U njihovom istraživanju osim majke (N=6), oca (N=5), za oboljele od shizofrenije brinu se i bračni drug (N=2), sestra (N=4) ili brat (N=1) [47]. Zaključak već spomenutog istraživanja potvrđuje da je stigma važan čimbenik koji utječe na ponašanje prilikom traženja pomoći, jer su se skrbnici osjećali osramoćeno zbog predrasuda povezanih sa mentalnim oboljenjima [47].

U Australiji je također provedeno slično istraživanje na uzorku od 20 sudionika gdje su sudionice bile žene (N=17, 85% ispitanika), prosječne životne dobi od 49 godina (raspon od 21- 76) [48]. U većini slučajeva (N=17) radilo se o roditeljima koji su se brinuli za mladu oboljelu osobu u dobi od 15 do 24-te godine života [48]. Sudionici navedenog istraživanja se također osjećaju izolirano od društva i smatraju da je to posljedica stigme. Odgovor jednog sudionika iz tog istraživanja *“Neki ljudi još uvijek osuđuju, a to ne pomaže, to nije podrška, osuđivanje. Imam prijatelje koji su najbrižniji, divni ljudi, ali oni se jednostavno ne mogu nositi s tim (sugovornik 5)”*[48] se u pravilu slaže i sa odgovorima koji su dobiveni u ovom

istraživanju C“ *naravno, društvo me izolira i to se osjeti u svim segmentima*“. Primijećeno je da su svi ispitanici zaključili da ih društvo izolira, ali nitko od njih nije koristio riječ „stigma“. U sklopu Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe (GAMIAN-Europe) provedeno je istraživanje o učestalosti samo stigmatizacije i percepcije diskriminacije oboljelih od shizofrenije i shizoafektivne psihoze na 1.229 sudionika, u 14 europskih zemalja, koje je uključivalo i Hrvatsku [49]. Sesar i suradnici provode istraživanje u kojem žele procijeniti razine samo stigmatizacije i percepcije diskriminacije, koristeći iste obrasce kao i instrumenti korišteni u GAMIAN-u. Rezultati su pokazali da je 41,7 % sudionika imalo umjeren do visok stupanj samostigmatizacije, a 69,4 % je navelo da javnost ima negativne stavove prema oboljelima od psihičke bolesti, odnosno iskazalo je percipiranu diskriminaciju[50].

No, kada se dobivenim rezultatima pridodaju i rezultati koji se odnose na sposobnost za samostalni život oboljelog od shizofrenije, evidentno je da su i oboljeli od shizofrenije socijalno izolirani, što se može pokrijepiti dobivenim tvrdnjama poput „ *uzima redovno terapiju...ali najviše mu treba društvo*“ ili „ *treba osobu od povjerenja, osobu kojoj će vjerovati*“. Navedene tvrdnje mogu se protumačiti kao istovjetni rezultati koje su Wong i suradnici dobili u svom istraživanju.

Društvena izolacija nije jedini problem koji prati socijalne komponente skrbnika i oboljelih od mentalnih oboljenja. Pharoah i suradnici u svom istraživanju u kojem je uključena 21 studija o shizofreniji i obitelji dolaze do zaključka da su neprijateljski odnosi unutar obitelji, viša razina kritike, pretjerana uključenost elementi koji su preduvjet za recidive [51]. Prema njihovim spoznajama manji su recidivi kod obitelji kojima imaju tendenciju manje izraženih emocija. Ovakvi rezultati potvrđuju da je potrebno provoditi kvalitetnu psihoterapiju obitelji oboljelog od psihoterapije, jer je njihova uključenost jedan od prediktora recidiva stanja. Funkcioniranje unutar obitelji je problema koji je proizašao iz intervjua sa ispitanicima iz provedenog istraživanja. Naime, unutar uže obitelji nizala se cijel paleta odgovora od kojih jedan ispitanik tvrdi „ *njegova majka to još ne može prihvatiti*“ „*suprug se teže nosi sa tim, poseže za alkoholom*“, „ *situacija sa sinom nas je dokrajčila...na posljetku je brak završio razvodom*“. Sve navedene tvrdnje idu u prilog tome da je narušen odnos unutar uže obiteljske zajednice, pa samim time osoba koja brine o oboljeloj osobi, umjesto da ima podršku vlastite obitelji, to završava još jednim dodatnim teretom, što može biti jedan od uzorka i recidiva oboljele osobe, kao što Pharoah i suradnici tvrde u svom istraživanju.

Disfunkcionalna obitelj uopće ne začuđuje jer je iz istraživanja jasno da je skrb o oboljelim osobama od shizofrenije kontinuirana skrb koja traje dugi vremenski period. U pojedenim slučajevima unutar istraživanja koje provodi autor, ta skrb u dva slučaja traje više od 30 godina. Za opise o kakvoj skrbi je riječ ispitanici koriste termine poput“ *intenzivna skrb*“,*kontinuirana skrb*“ što je u skladu sa rezultatima koji su dobiveni iz Mccannovog istraživanja gdje se većina sudionika se slaže da je skrb za mentalno oboljele kontinuirana skrb „*To je težak posao, 24 sata dnevno, 7 dana u tjednu; ti si dežuran u slučaju da ona ima problem i ne može se nositi s njim*“. (sugovornik 7) [48]. I kod njih jedan ispitanik takvu skrb vidi kao borbu navodeći „*to je vrlo fizički, emocionalno i mentalno naporno. Stres koji mi to uzrokuje jednostavno je prevelik. Jako je teško; moraš biti tu svaki put i stalno je provjeravati*“(sugovornik 1)[48]. Istim terminom „*borba*“ služi se i ispitanik D, navodeći „*sad već 20 godina traje naša borba*“.

Jedan od problema koji se također može povezati sa disfunkcionalnoću obitelji i socijalnom izoliranošću oboljeloga i njegove obitelji je agresivno ponašanje oboljelog od shizofrenije. U četiri slučaja provedenog istraživanja ispitanici navode agresivno ponašanje, opisujući sljedećim terminima: „*tučnjave, frustracije...mučenje kućnih ljubimaca*“. ...*verbalno i fizički agresivan ...pijan i agresivan pobacao sve ploče i kasete kroz prozor... u svađi sa ocem jednu večer izvadio je nož*“. Ovakve faze oboljelog od shizofrenije su nažalost sastavni dio njegove kliničke slike što potvrđuje i studija koja je provedena na deset skrbnika koji se direktno brinu o oboljelom od shizofrenije [52]. Verbalna agresija je opisana u jednom slučaju, dok je fizička agresija opisana u dva slučaja [52]. S obzirom na veličinu uzorka (N=10) može se zaključiti da su ispitanici iz našeg istraživanja osjetno češće izloženi agresivnošću svojih oboljelih nego što je to kod istraživanja koje je proveo Neha. suočavanje s agresivnim ponašanjem bolesnika sa shizofrenijom bila je teška situacija za njegovatelje iz provedene studije [52], a u ovom istraživanju agresivni ispadi su bili radnja zbog koje su njegovatelji krenuli tražiti stručnu pomoć.

Ne smije sa zanemariti i odgovor ispitanika koji navodi „*prijetio je da će se baciti sa prozora*“. Suicidalne radnje i misli su jedna od stanja koja prate dijagnozu shizofrenije. Godinama su suicidi bili vodeći uzrok smrtnosti od ozljeda u našoj državi, gdje je udio bio oko 30 %. U zadnjih nekoliko godina taj broj je pao, pa je taj udio u 2020 godine 21,3% [2]. Muškarci češće od žena izvrše suicid (u 2020 godini, omjer je bio 2,2 : 3,71) [2], a skok sa visine (MKB:XB0) je uzrok suicida u 10,1% slučajeva u prethodnoj godini, a kako prednjači grad Zagreb po broju izvršenih samoubojstava (N=77), sasvim je pravdana reakcija ispitanice

koja je u tom trenutku potražila profesionalnu pomoć za svoga oboljelog od shizofreniju i njegovu nakanu doživjela kao realnu reakciju. Iz navedenog se može zaključiti da je ispitanica svjesna stanja svoga oboljelog. Analizom dobivenih odgovoraskrbnici iz provedenog istraživanja se aktivno brinu o svom oboljelom, pa je samim time i funkcionalni ishod povoljniji, nego kod dugotrajnih neliječenih psihoza koje se direktno vežu sa lošim kliničkim i funkcionalnim ishodima što pokazuju rezultati drugi studija [53].

Cadario i kolege su se u svom kvalitativnom istraživanju/model intervju/ usredotočili na bolesnike mlađe životne dobi (do 18 godina). U njihovom istraživanju sudjelovalo je 12 skrbnika koji se također direktno brinu o mentalno oboljelima. Iz istraživanja je proizašao nedostatak svijesti o mentalnim oboljenjima što kao posljedicu ima zakašnjelu reakciju na reakciju na prve simptome [54]. Teško je sa sigurnošću tvrditi je li zbog istog problema zakašnjela reakcija i kod ispitanika iz ovog istraživanja. Mahom su se simptomi pojavljivali kroz osnovnu školu, manifestirajući se kao društvena izoliranost, loš školski uspjeh, nezainteresiranost i kroz srednju školu: konzumacija psihoaktivnih tvari, agresivno ponašanje, suicidalne misli“ međutim do trenutka traženja profesionalne pomoći prošlo je podosta vremena ..“*kasno, bilo nas je sram priznati da nešto nije u redu...ako pogledam unazad ja i moj pokojni suprug prvi put smo zatražili pomoć 3-4 godine nakon...nažalost previše vremena je prošlo*“. Od svih dobivenih odgovora, gdje se ispitanici slažu da su reagirali kasno, jer nisu prepoznali potencijalne simptome nego su ih objašnjavali sebi „*pubertet...adolescentska dob*“ iskače odgovor ispitanice D „*nažalost nisam tražila pomoć. Možda da nisam samohrana majka i da se nisam skrbila za dvoje male djece, možda bih shvatila da mu je pomoć potrebna*“.

Slično istraživanje provedeno je u Indiji, a objavljeno je 2019 godine [55]. Cilj istraživanja koje su proveli je bio istražiti koji su to čimbenici koji utječu na kvaliteti života. U navedenom istraživanju ciljana skupina je podijeljena na dvije grupe. U jednoj grupi je bilo uključeno 6 osoba oboljelih od shizofrenije, prosječne životne dobi od 38.5 godina, od kojih je bilo četvero muškaraca i dvije žene. U drugoj skupini je šest njegovatelja, pet muškaraca i jedna žena koji se direktno brinu o oboljeloj osobi od shizofrenije. Njihova pak prosječna životna doba je 55 godina, a prosječno trajanje skrbi bilo je 12 godina [55]. U ovom istraživanju nalaze se poklapanja sa provedenim istraživanjem u smislu samozbrinjavanja oboljelih osoba. Njegovatelj je izvijestio o važnosti neovisnog života iz perspektive dobrobiti i pacijenta i njegovatelja na sljedeći način“*On nije sposoban brinuti se o sebi zbog prirode svoje bolesti. Mora mu se reći, jer na primjer, kada se okupati, koju odjeću obući za koju priliku, itd.*”[55].

Slični odgovori su zabilježeni u provedenom istraživanju „ *on može voditi računa o svojoj higijeni, samo ga svakodnevno moram podsjećati na to....često zapušteno izgleda*“. Ispitanici dalje navode sa je njihovim oboljelima potrebna stručna i profesionalna pomoć koja bi im olakšala samostalni život i spriječila pojavu simptoma koje dovode do hospitalizacija. Njihova razmišljanja o imaju i medicinsko uporište jer studije pokazuju da bolesnici sa shizofrenijom nisu skloni dugotrajnu uzimati propisanu terapiju, štoviše čak $\frac{2}{3}$ ispitanika to ne radi, pa je samim time povećani rizik za hospitalizaciju[56]. U svom istraživačkom radu Kaplan i suradnici upravo dolaze do zaključka da uvođenjem depo preparata se postiže manji broj hospitalizacije i općenit manji broj dana hospitalizacije bolesnika koji se liječe od shizofrenije [57]. Svrha korištenja dugodjelujućih injekcionih antipsihotika je premostiti nesuradljivost bolesnika [58]. Nesuradljivost je sasvim logična kod oboljelih od shizofrenije upravo zbog pojave negativnih simptoma koji u akutnim fazama dominiraju i očiti su i skrbnicima... „*on nažalost ne brine za sebe....socijalno, društveno nimalo aktivan...ima dana kad je najbolje ne očekivati ništa od njega*“.

Može se zaključiti da generalno, na globalnoj, a tako i na nacionalnoj razini postoje propusti u edukaciji cjelokupnog stanovništava. Aktivan rad na edukaciji o mentalnim oboljenjima potrebno je utkati u sastavnicu svih odgojno- obrazovnih ustanova, krenuvši od predškolskog uzrasta. Edukacija roditelja već u toj ranoj fazi odrastanja njihove djece mogla bi doprinijeti brznoj reakciji, odnosno smanjenju vremenskog perioda od pojave prvih simptoma do trenutka traženja profesionalne pomoći. Isto tako, tim edukacijskim programima mogla bi se produbiti njihova svijest o mentalnim oboljenjima na način da su ipak svjesni ograničenja njihovog oboljelog. Jedna ispitanica je izjavila da “ *ne brine..za budućnost, jer će stati na noge*”.. Pozitivan stav o mentalno oboljelima je jako važan za proces ozdravljenja, ali je također potrebno shvatiti i prihvatiti da mentalno oboljeli trebaju kontinuirani zdravstveni i obiteljski nadzor da bi se spriječila pojava recidiva koja bi im uskratila samostalno funkcioniranje.

Sastavni dio multidisciplinarnog tima koji se brinu o oboljelom od shizofrenije je i MS/T. Kvalitetna zdravstvena skrb za oboljelog od shizofrenije uključuje i podršku obitelji, gdje se naglasak stavlja na edukaciju same obitelji kako i na koji način nositi se sa izazovima oboljelog od shizofrenije. Ovisno o stručnoj spremi same MS/T ovisi i stupanj kompetencija djelovanja u zdravstvenoj skrbi. Kvalitetna zdravstvena skrb ne može biti implementirana u liječenje ukoliko magistra sestrinstva ne učini temeljiti plan zdravstvene njege. Plan zdravstvene njege je skup radnji koje je potrebno napraviti da bi se kvalitetno pristupilo brizi o oboljeloj osobi od shizofrenije i njegovoj obitelji. Navedeni plan sastoji se od postavljanja

sestrinske dijagnoze iz kojih slijedi cilj zdravstvene njege. Cilj zdravstvene njege potom služi da se odrede potrebne sestrinske intervencije koje je potrebno provesti da bi se zadovoljio postavljeni cilj. Neizostavni dio plana je određivanje same evaluacije, što znači da je potrebno odlučiti što se prema cilju i intervencijama želi postići. Magistar sestrinstva zadužen za edukaciju obitelji oboljele osobe od shizofrenije može postaviti sljedeće sestrinske dijagnoze:

- Pozitivni simptomi
- Negativni simptomi
- Promijenjeni obiteljski odnosi
- Visok rizik za nasilno ponašanje
- Visok rizik za suicid
- Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa [41, 42, 43].

Sve navedene sestrinske dijagnoze, sa aspekta edukacije obitelji imaju za cilj educirati obitelj na koji način da se nosi sa svakom postavljenom dijagnoze. Željena evaluacija prema postavljenim ciljevima je: obitelj je educirana za izazovima koju donosi skrb za oboljelog od shizofrenije.

Intervencije koje MS/T može provesti a odnose se na edukaciju obitelji oboljelog od shizofrenije su sljedeće:

- o prepoznavanju pozitivnih simptomima
- Edukacija obitelji o postupanju kod pojave izraženijih pozitivnih simptoma
- Edukacija obitelj o negativnim simptomima
- Edukacija obitelji o postupanju kod pojave izraženijih negativnih simptoma
- Edukacija obitelj o načinu komunikaciju unutar obitelji
- Edukacija obitelji o načinu komunikacije sa oboljelom osobom u različitim fazama bolesti
- Edukacija obitelji o težini stanja njihovog oboljelog od shizofrenije
- Edukacija obitelji o povećanom riziku za samoozljeđivanje
- Edukacija obitelji o postupanju kod rizika za samoozljeđivanje
- Edukacija obitelji u slučajevima fizičkog ili verbalnog napada oboljelog od shizofrenije
- Edukacija obitelji o prihvaćanju mentalnog stanja oboljelog od shizofrenije
- Edukacija obitelji o mogućnostima suicida
- Edukacija obitelji o postupanju kod uočavanja pokušaja suicida
- Edukacija obitelji o farmakološkoj terapiji koju oboljeli mora uzimati

- Edukacija obitelji o nadzoru nad uzimanjem propisane terapije
- Edukacija obitelji o potrebi za redovitim nadzorom psihijatra, psihoterapeuta i kontrolama
- Edukacija obitelji o postupanju ukoliko oboljeli ne želi na redovite kontrole kod psihijatra
- Psihološka podrška obitelji
- Edukacija obitelji o potrebi verbalne komunikacije sa oboljelim [41, 42, 43].

7. ZAKLJUČAK

Na uzorku od sedam ispitanika koji se direktno brinu od oboljelom od shizofrenije, metodom intervjuja provedeno je kvalitativno istraživanje. U svim slučajevima radi se o roditeljima oboljelih od shizofrenije, gdje su majke zastupljenije od očeva. Svi oboljeli i njihovi roditelji žive u gradu.

Glavni cilj istraživanja je bio utvrditi odnos društva prema obitelji koja ima člana obitelji koji boluje od shizofrenije. U većini slučajeva (N=6) obitelji su društveno izolirane. Bitno je spomenuti da je ta socijalna izolacija krenula od samih ispitanika, odnosno svaki od njih je izjavio da su se sami izolirali nakon što su saznali dijagnozu svog člana obitelji. Za socijalnu izolaciju glavni krivac može biti ne znanje i općenita svijest ljudi koji stigmatiziraju mentalno oboljele osobe. Programi edukacije bi se trebali provoditi u svim odgojno obrazovnim ustanovama, krenuvši od predškolske dobi. Kampanje koje bi se mogle provoditi u suradnji javnog zdravstva i predškolskih/školskih ustanova mogle bi širiti svijest o mentalno oboljelima. Cilj bi bio educirati sve roditelje/skrbnike o pojavnosti i učestalosti mentalnim oboljenja, te na koji način sagledati prve simptome koji na posljertku dovode do prve psihotične epizode. Upravo ovaj nivo ne znanja, odnosno ne educiranosti šireg pučanstva dovodi nas do drugog cilja ovog istraživanja, a to je: analizirati period od pojave prvih simptoma do postavljanja dijagnoze. Naime, u većini slučajeva prošlo je poprilično puno vremena od pojave prvih simptoma do traženja stručne pomoći. U svim slučajevima govori se o godinama ignoriranja simptoma koji su na kraju doveli do mentalnog oboljenja. Djeca su već u osnovnoj školi imala problema sa izoliranošću, nedostatkom pažnje, da bi tijekom odrastanja krenula konzumacija alkohola (N=2), agresivno ponašanja (N=4), i u jednom slučaju je došlo do prijetnje suicidom. Roditelji su dalje, zbog vlastite needuciranosti takve pojavnosti smatrali dijelom odrastanja i normalnim pojavama u pubertetu. Zanimljiv je podatak da jedan roditelj uopće nije primijetio nikakve ispade u ponašanju svog oboljelog, nego je situacija kulminirala na odsluženju vojnog roka. Isti ispitanik govori da je samohrani roditelj, financijski ne zbrinut, radeći dva posla, možda jednostavno nije primijetio znakove u promjenama ponašanja. Jedan od problema, koji je također cilj ovog istraživanja je utvrditi i obiteljski funkcionalni status mentalno oboljele osobe.

Iz provedenog istraživanja je proizašlo da su u većini slučajeva (N=6) osobe koje boluju od shizofrenije sposobni samostalno se zbrinuti ali uz nadzor ili skrbnika ili profesionalne pomoći. Ovakav podatak ulijeva nadu, jer ukoliko se uzme u obzir da skrbnici redovito brinu o

kontinuiranom uzimanju terapije i pohađanjem ambulantnih tretmana, recidivi se mogu svesti na najmanji mogući broj, što u konačnici dovodi i do manjeg broja hospitalizacija. Shizofrenija je trenutno na drugom mjestu po broju hospitalizacija od svih mentalnih oboljenja pa je samim time u interesu cijelog društva da se na primarnoj razini zdravstvene zaštite osobama oboljelih od mentalnim oboljenja osiguran adekvatna i kontinuirana profesionalna skrb u vidu educiranih volontera (medicinskih sestara/tehničara/njegovatelja, studenata medicine) koji bi svojim znanjem i iskustvom pružali dodatnu pomoć oboljelima od shizofrenije i njihovim obiteljima.

Nakon šoka, nevjerice, panike i ostalih negativnih emocija koje su proizašle nakon potvrđivanja dijagnoze shizofrenije, svi ispitanici su se uhvatili u koštac sa situacijom u kojoj su se našli. Kontinuirano, intenzivno i adekvatno brinu o svojim oboljelima, te gotovo svi (N=6) su već sada, za vrijeme svoga života razvili modele i strategije kako osigurati potrebu skrb njihovom oboljelom nakon što njih više ne bude. Samo jedan ispitanik, nije razradio plan jer vjeruje u bolje sutra, vjeruje da će njihovo dijete ozdraviti i biti spremno na samostalni život. Iako su pozitivni stavovi, optimistične nade jedna od faktora koji su bitni za zdravo i normalno funkcioniranje same osobe pa tako i obitelji, upitno je je li ovaj ispitanik dovoljno educiran, treba li njemu „otvoriti oči“ i je li on uopće prihvatio samu dijagnozu svoga djeteta. Ovaj ispitanik navodi da su nastavili sa dosadašnjim životom, naglašava da nisu društveno izolirani, vjeruju u svijetlu budućnost svoga oboljeloga, međutim autor smatra da ovakvi odgovori zahtijevaju dodatni razgovor sa stručnim osobama koji bi provjerili je li skrbnik oboljelog zaista svjestan stanja svog oboljelog djeteta.

8. LITERATURA

- [1] Svjetska zdravstvena organizacija: Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema - 10. revizija, svezak 1., drugo izdanje, Medicinska naklada, Zagreb, 2012.
- [2] Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb: 2022. Dostupno 15.09.2022 na adresi: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/09/Bilten_Mentalni-poremecaji_2022.pdf,« [Mrežno].
- [3] Američka psihijatrijska udruga . DSM-5. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, Jastrebarsko: Naklada Slap, 2013.
- [4] G. Sulejmanpašić-Arslanagić: Shizofrenija, stigma, seksualnost,, Zdravstveni glasnik 1, ,2015, str. 68-72.
- [5] T. Frančišković. LJ. Moro i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
- [6] P.G. Strange. Antipsychotic drugs: Importance of dopamine receptors for mechanisms of therapeutic actions and side effects. *Pharmacol. Rev.* 2001, str. 119–133.
- [7] W. Budiono. K. Kantonno. FC. Kristianto. C. Avanti. F. Herawati: Psychoeducation Improved Illness Perception and Expressed Emotion of Family Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 str.7522-7528.
- [8] S. Štrkalj-Ivezić: Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Medicinska naklada, Zagreb, 2011..
- [9] SA. Stilo. RM. Murray: Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;str 100-110.
- [10] C. Purcell SM. Wray JL. Stone JL, et al. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Natu-re.* 2009; str. 748–52.
- [11] Cannon M, Jones PB, Murray RM: Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry.* 2002;str: 1080–1092.
- [12] F. Varese, F. Smeets et al.: Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull.* 2012; str. 661–71.

- [13] M. Marcelis F. Navarro-Mateu R. Murray JP. Selten O. Van.: Urbanization and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in The Netherlands. *Psychol Med.* 1998;str. 871–879.
- [14] HJ. Sorensen. et al.: Early developmental milestones and risk of schizophrenia: a 45-year follow-up of the Copenhagen Perinatal Cohort. *Schizophr Res.* 2010;str. 41–74.
- [15] V. Chan.: Schizophrenia and Psychosis: Diagnosis, Current Research Trends, and Model Treatment Approaches with Implications for Transitional Age Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2017;str. 341-366.
- [17] IE. Sommer CW. Slotema. Et al. Gaag. The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull.* 2012; str. 704-714.
- [18] V. Beavan. Towards a definition of “hearing voices”: a phenomenological approach, *Psychosis*, 2011, str. 63-73.
- [19] P. Bebbington. D. Freeman: Transdiagnostic Extension of Delusions: Schizophrenia and Beyond. *Schizophr Bull.* 2017; str. 273-282.
- [20] GL. Stephens G. Graham.: Reconceiving delusion. *Int Rev Psychiatry.* 2004;str. :236–241.
- [21] I. Harold B.. Kaplan, Benjamin J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije, Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
- [22] A. Jain P. Mitra. Catatonic Schizophrenia. 2022 May 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): 2022.
- [23] D. Ostojić: Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti, Pregledni članak, Klinika za psihijatriju Vrapče, 2012.
- [24] RA. Bressan. AC. Chaves LS. Pilowsky I. Shirakawa. JJ. Mari Depressive episodes in stable schizophrenia: critical evaluation of the DSM-IV and ICD-10 diagnostic criteria. *Psychiatry Res.* 2003; str. 47-56.
- [25] FJ. Charlson AJ. Ferrari et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull.* 2018 str. 1195-1203.
- [26] P. Stępnicki P, M. Kondej AA. Kaczor.: Current Concepts and Treatments of Schizophrenia. *Molecules.* 2018;

- [27] M. Maroney: An update on current treatment strategies and emerging agents for the management of schizophrenia. *Am J Manag Care*. 2020;str. S55-S61.
- [28] S. Štrkalj-Ivezić, B. Restek Petrović i sur.: Psihički poremećaj sa psihozom i shizofrenija; Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Zagreb, 2017.
- [29] V.Chan. Schizophrenia and Psychosis: Diagnosis, Current Research Trends, and Model Treatment Approaches with Implications for Transitional Age Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2017;str. 341-366.
- [30] A.F. Lehman, J.A. Lieberman, L.B. Dixon, et al., American Psychiatric Association 2017;str. 300-309.
- [31] Hemed. Dostupno 03.10.2022. na adresi:
https://www.hemed.hr/Default.aspx?sid=12624#v39692604_hr.
- [32] H.J. Möller. Risperidone: A review. *Expert Opin. Pharmacother*. 2005, str. 803–818.
- [33] PG.Strange.Antipsychotic drugs: Importance of dopamine receptors for mechanisms of therapeutic actions and side effects. *Pharmacol. Rev*. 2001; str.119–133.
- [34] GA. Keepers. LJ. Fochtmann. JM. Anzia et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia [draft]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2019.
- [35] IE. Sommer. CW. Slotema ZJ. et al. The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*. 2012; str.704-714.
- [36] C.Fellner. New schizophrenia treatments address unmet clinical needs. *P T*. 2017;42(2):130-134.
- [37] A.F. Lehman, J.A. Lieberman, L.B. Dixon, et al., American Psychiatric Association
- [38] H. Ising. M. Lokkerbo. et al. Four-year cost-effectiveness of cognitive behavior the-rapy for preventing first episode psychosis: the Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial *Schizophrenia Bulletin*, 43 str.:106-110.
- [39] Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno 28.09.2022 na adresi:
<https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/04/Osiguravanje-optimalne-zdravstvene-skrbi-za-osobe-s-poremecajima-mentalnog-zdravlja-CRO-MHD.pdf>,« [Mrežno].

- [40] Ministarstvo zdravlja. Nacrt strateškog okvira razvoja mentalnog zdravlja. Dostupno 27.09.2022 na adresi: <https://esavjetovanja.gov.hr/ECon/MainScreen?entityId=20208>,« [Mrežno].
- [41] Hrvatska komora medicinskih sestara. Male sestrinske dijagnoze. Zagreb: 2011.
- [42] Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze II. Zagreb, 2013.
- [43] Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze III. Zagreb, 2015.
- [44] Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno 26.09.2022 na adresi: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/kako-govorite-kada-govorite-o-mentalnome-zdravlju/>. [Mrežno].
- [45] C.Van Zelst: Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective, Schizophrenia Bulletin, 2009 str. 293 –296.
- [46] J. Sindik. Osnove istraživačkog rada u sestrinstvu Sveučilište u Dubrovniku Dubrovnik, 2012.
- [47] DTL. Wong. SF. Tong. T. Daud. SA. Aziz. M. Midin. Factors Influencing Professional Help-Seeking Behavior During First Episode Psychosis in Schizophrenia: An Exploratory Study on Caregivers' Perspective. Front Psychiatry. 2020 str. ;10:962.
- [48] TV.McCann. DI. Lubman. E. Clark. First-time primary caregivers' experience of caring for young adults with first-episode psychosis. Schizophr Bull. 2011;37(2):381-388.
- [49] E. Brohan. R. Elgie. N. Sartorius. G. Thornicroft. Gamian-Europe study group. Self stigma, em-powerment and perceived discrimination among people with shizophrenia in 14 European coun-tries: the GAMIAN-Europe Study. Schizophr Res 2010; str. 232-8.
- [50] S. Sesar. L. Ivezić. L. Mužinić. D. Zubić: Povezanost između samostigmatizacije, percepcije di-skriminacije i socijalne mreže kod oboljelih od shizophrenije. Soc. psihijat. 44 str. ,105-119.
- [51] F.Pharaoh. J. Mari. J. Rathbone. W. Wong. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2010 D 8; (12).
- [52] A.Neha.S. Gandhi. M. Manjula. N.Padmavathi: Caregivers' Experiences of Aggressive Persons with Schizophrenia. Indian J Psychol Med. 2021;str. 10-15.
- [53] JE. Jansen. MB. Pedersen. LH. Hastrup.UH. Haahr. E.Simonsen. Important first encounter: Service user experience of pathways to care and early detection in first-episode psycho-sis. Early Interv Psychiatry 2018, str. 169–176.

- [54] E.Cadario J. Stanton. P. Nicholls P. et al. A qualitative investigation of first-episode psychosis in adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2012, str. :81–102.
- [55] S. Durgoji. KP. Muliya D. Jayarajan D. SK. Chaturvedi. Quality of Life in Schizophrenia: What is Important for Persons with Schizophrenia in India?. *Indian J Psychol Med.* 2019; str. 420-427.
- [56] CU. Correll. E. Kim JK. Sliwa et al. Pharmacokinetic Characteristics of Long-Acting Injectable Antipsychotics for Schizophrenia: An Overview. *CNS Drugs.* 2021; str. 39-59.
- [57] G. Kaplan , J. Casoy, J. Zummo. Impact of long-acting injectable antipsychotics on medication ad-herence and clinical, functional, and economic outcomes of schizophrenia. *Patient Prefer Adhe-rence.* 2013; str. 1171-1180.
- [58] I. Pacchiarotti. J. Tiihonen. GD. Kotzalidis, et al. Long-acting injectable antipsychotics (LAIs) for maintenance treatment of bipolar and schizoaffective disorders: A systematic review. *Eur Neu-ropsychofarmacol.* 2019; str. 457-470.

Popis tablica:

Tablica	2.3.1				Tipovi
shizofrenije.....					Pogreška!
					Knjižna oznaka nije definirana.
Tablica	2.4.1		Antipsihotici		prve
generacije.....					Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.
Tablica	2.4.1		Antipsihotici		druge
generacije.....					Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.
Tablica 2.6.1. Sestrinske dijagnoze kod pozitivnih simptoma.....					14
Tablica 2.6.2. Sestrinske dijagnoze kod oboljelih od shizofrenije.....					16
Tablica 2.6.3. Sestrinske dijagnoza: smanjena mogućnost brige o sebi.....					17
Tablica 2.6.4. Sestrinske dijagnoze kod negativnih simptoma.....					18
Tablica	5.1.1		Opći		podaci
ispitanika.....					Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.
Tablica	5.2.1	Stanje	koje je	prethodilo	postavljanju
dijagnoze.....					Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.
Tablica	5.2.2.	Prvi	susret	sa	potvrđenom
.....					dijagnozom
					Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.
Tablica	5.2.3.				Vrste
liječenja.....					Pogreška!
					Knjižna oznaka nije definirana.
Tablica	5.2.4.	Skrb	za	oboljelog	od
shizofrenije.....					Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.
Tablica	5.3.1				Društvena
izoliranost.....					Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.

Tablica 5.4.1 Briga nakon smrti ispitanika.....**Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.**

9. PRILOZI

Popis pitanja sa intervjua:

1. Dob ispitanika _____
2. Spolispitanika _____
3. Dob oboljele osobe _____
4. Spol oboljele osobe _____
5. Mjesto življenja _____
6. U kakvom ste krvnom srodstvu sa oboljelim članom _____
7. Kada i kako ste uočili promjene u ponašanju Vašeg člana obitelji _____
8. Jeste li i kako ste reagirali?

9. Koliko je vremena prošlo dok ste potražili profesionalnu

- pomoć? _____
10. Kada ste od liječnika saznali da Vam član obitelji boluje od SCH kako ste reagirali i prihvatili to unutarobitelji? _____
 11. Je li bilo kontinuirano ambulantno ili bolničko liječenje na psihijatrijskom odjelu? _____
 12. Koliko godina traje briga i skrb za oboljelog? _____
 13. Osjećate li promjene u društvenom životu otkad Vam je član obitelji ozbiljno bolestan? _____
 14. Imate li osjećaj da Vas društvo izbjegava ili izolira? _____
 15. S čime se najteže nosite u toj problematici i kako se to reflektira na funkcioniranje u obitelji? _____
 16. Kako i na koji način doživljavate Vašeg oboljelog člana obitelji? _____
 17. Smatrate li se odgovornim za njegovo ili njeno stanje? _____
 18. Razmišljate li o tome tko će voditi brigu o oboljelom nakon Vaše smrti? _____
 19. Koliko oboljeli član može biti samostalan u samozbrinjavanju? _____
 20. Kakvu pomoć i skrb treba? _____
 21. Što planirate učiniti da Vama, Vašoj obitelji i oboljelom članu obitelji život budeugodniji? _____

—



IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, DEVIS GOPO (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Kvaliteta života djeteta koja skrbi o zdravlju (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)



(vlastoručni potpis)

Sukladno čl. 83. Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Sukladno čl. 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje znanstvena i umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.