

RESOCIJALIZACIJA PSIHIČKI OBOLJELIH OSOBA U ZAJEDNICI

Meden, Maria

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:659102>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-19**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Maria Meden

RESOCIJALIZACIJA PSIHIČKI OBOLJELIH OSOBA U ZAJEDNICU

Završni rad

Rijeka, 2021.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING

Maria Meden

**RESOCIALIZATION OF MENTALLY ILL PEOPLE INTO THE
COMMUNITY**

Final work

Rijeka, 2021

SADRŽAJ

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA	1
1.1. Definicija psihičkih bolesti i poremećaja	2
1.1.1. Terminologija u psihijatriji	5
1.1.2. Povijesni pregled psihičkih poremećaja.....	7
1.1.4. Uzroci mentalnih bolesti i poremećaja.....	9
1.1.5. Vrste i skupine mentalnih bolesti i poremećaja	10
1.2. Liječenje u psihijatriji.....	11
1.2.1. Biološka terapija	11
1.2.1.1. Liječenje lijekovima – psihofarmaci	12
1.2.1.2. Elektrostimulirajuća terapija – EST	16
1.2.2. Psihoterapija.....	17
1.2.2.1. Mjesto psihoterapije, psihoterapijskog pristupa i psihodinamskog razumijevanja u medicini	17
1.2.2.2. Tehnike psihoterapije	17
1.2.3. Socioterapija	18
1.3. Oblici organizacije psihijatrijske službe	19
1.3.1. Psihijatrijske ustanove.....	19
1.3.2. Izvanbolničke ustanove.....	21
1.3.3. Usluge organiziranog stanovanja	21
1.4. Stigma.....	21
1.4.1. Stavovi prema psihičkoj bolesti	22
1.4.2. Reakcija oboljelih na stigmu i diskriminaciju.....	23
1.4.3. Negativni utjecaji stigme	24
1.4.4. Samostigmatizacija	24
1.4.5. Kako pobijediti diskriminaciju i socijalnu stigmu?	26
1.5. Sestrinska skrb za psihički oboljele osobe.....	28
1.6. Pregled Domova za psihički oboljele osobe.....	29
1.6.1. Dom Turnić	29
1.6.1.1. Usluga smještaja.....	29
1.6.1.2. Usluga boravka.....	30
1.6.1.3. Usluga organiziranog stanovanja	30
1.6.2. Dom Motovun	31

2. CILJ ISTRAŽIVANJA	32
3. MATERIJALI I METODE	33
4. REZULTATI.....	34
5. RASPRAVA.....	64
6. ZAKLJUČAK	66
7. SAŽETAK.....	67
8.ABSTRACT	68
LITERATURA.....	69
PRILOZI.....	74
KRATKI ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA	77

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA

Tjelesno i mentalno zdravlje čine teško razdvojivu cjelinu, imaju ključnu ulogu u životu ljudi i razvoju društva. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), mentalno zdravlje definirano je kao stanje dobrobiti u kojem je osoba sposobna realizirati svoje potencijale, može se nositi s normalnim svakidašnjim stresom, produktivno i plodno raditi te je sposobna pridonositi svojoj zajednici (1).

Mentalni su poremećaji relativno česti, a često započinju u mladoj odrasloj dobi, imaju potencijalno kroničan tijek smanjuju životnu kvalitetu i iznimno pridonose korištenju resursa u zdravstvu. Zbog važnosti i sve veće učestalosti navedenog problema, psihičke bolesti jesu jedan od prioritetnih javnozdravstvenih izazova (2).

Važno je osvijestiti da su duševne bolesti sve prisutnije u našem društvu: kako u Hrvatskoj, tako i u svijetu. Iako postoje mnoge predrasude i često negativni stavovi o psihički oboljelim osobama, one mogu itekako doprinijeti zajednici i ispuniti svoje potencijale živeći kvalitetan život.

Kako su osobe koje pate od duševnih poremećaja sastavni dio društva, važno je uključiti ih u funkcioniranje zajednice, upravo zato što su često usamljene i socijalno isključene. Bez obzira na dijagnozu i deficit funkcionalnosti u određenim područjima, psihički oboljele osobe su često vrsni intelektualci i mogu uvelike doprinijeti rastu i razvoju zajednice.

Kroz ovaj rad opisane su temeljne značajke psihičkih bolesti, načela dijagnostike i terapije, kao i problemi s kojima se osobe sa psihičkim teškoćama svakodnevno susreću. Također, prikazani su i rezultati istraživanja provedenog u svrhu izrade završnog rada, a anketirane su psihički oboljele osobe koje žive samostalno, odnosno, koriste usluge organiziranog stanovanja.

Cilj rada jest ukazati na visok stupanj stigmatizacije i diskriminacije psihičkih bolesnika u društvenoj zajednici, te na česte stereotipe i negativnu percepciju duševno oboljelih. Kroz provedeno istraživanje, ispitana je i vlastita percepcija oboljelih o kvaliteti života i zadovoljstvo svojim angažmanom u zajednici, a sukladno dobivenim rezultatima, predstavljene su neke od ideja koje mogu pridonijeti resocijalizaciji psihički oboljelih u zajednicu.

1.1. Definicija psihičkih bolesti i poremećaja

Duševno zdravlje kao pojam vrlo je teško definirati zato što nije utvrđena jedinstvena definicija tog pojma. Također, većina udžbenika i priručnika iz psihijatrije i psihopatologije ne sadržava definiciju mentalnog zdravlja. Ipak, postoje određeni pristupi koji s različitih gledišta definiraju i opisuju duševno zdravlje (3).

Danas se duševnom zdravlju pristupa s različitih motrišta:

1. Medicinsko – klinički pristup,
2. Humanističko – filozofski pristup,
3. Pozitivno psihološki pristup.

Prema definiciji SZO – a, psihičko zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog, socijalnog i duhovnog blagostanja, a ne samo nepostojanje psihičke bolesti (4).

1. Medicinsko – klinički pristup

Duševno je zdravlje sastavna odrednica zdravlja općenito, pa prije svega valja definirati pojam *zdravlje*. U literaturi se najčešće nalaze sljedeće definicije zdravlja:

1. Zdravlje jest nepostojanje bolesti, patnje ili oštećenja,
2. Zdravlje je stanje u organizmu koje omogućava pojedincu obavljanje svih aktivnosti u skladu s njegovom dobi, spolu, ulogama te kulturnom određenju,
3. Zdravlje je stanje balansa u osobi te njezinoj okolini (5).

Problem kod ovog pristupa koji pokušava definirati duševno zdravlje jest to što u praksi nije jasno definirano što je to duhovno, duševno i socijalno blagostanje. Prema praktičnoj definiciji, mentalno je zdravlje odsutnost mentalnih poremećaja, odnosno nepostojanje određene dijagnoze, koja se postavlja temeljem određenih dijagnostičkih kriterija za duševne poremećaje (5).

Duševni su poremećaji raznovrsni, a prema MKB-10¹ razvrstani u 9 kategorija, a mogu se očitovati:

¹ MKB (međunarodna klasifikacija bolesti) jest sustav kategorija koje su dodijeljene određenim bolestima prema utvrđenim kriterijima. Postoji mnogo načina klasifikacije, ali odabrani ovisi o svrsi za koju će se upotrijebiti

1. Neočekivanim ili neprimjerenim ponašanjem, doživljavanjem i mišljenjem,
2. Kršenjem socijalnih i kulturnih normi,
3. Osobnom mukom i patnjom,
4. Smetnjama u funkcioniranju u društvu, obitelji i na poslu .

Ovaj pristup je vrlo praktičan, ali ne govori o tome što psihičko zdravlje zapravo jest, koje su mu sastavnice i zbog čega je bitno, nego govori samo o tome što ono nije, a to je duševni poremećaj. Zbog toga je vrlo važno definirati psihičko zdravlje na način da definicija obuhvaća sve ono što psihičko zdravlje uključuje, ali i sve što ono isključuje, te isto tako jasno definirati psihičko, fizičko, socijalno te duševno blagostanje. Prema N. Sartoriusu zdravlje bi trebalo doživljavati kao „stanje u kome osoba postiže stanje ravnoteže u sebi i s okolinom, stanje koje joj omogućuje izvršenje socijalnih i osobnih zadataka, stanje u kome su bolesti kontrolirane ili odsutne“ (5).

2. Humanističko – filozofski pristup

Utemeljitelji ovog pristupa su Erih Fromm, Herbert Marcuse i Abraham Maslow, a pristup se temelji na ideji kako je duševno zdravlje usko povezano s potencijalom ljudi i iskrenih, a ne neiskrenih ljudskih potreba nametnutih izvana. Problem je taj što nijedno društvo nije osiguralo uvjete za čovjekovu potpunu samoaktualizaciju, pa zbog toga briga zadovoljavanjem potreba koje su neiskrene vodi do stvaranja lažnog „ja“ i udaljavanja od vlastitih autentičnih potencijala, a to može biti jedan od čimbenika potrebnih za nastanak duševnih poremećaja (3).

U književnom djelu „Zdravo društvo“ Fromm je naveo i opisao pet bitnih ljudskih potreba:

1. Pripadanje i društvenost naspram narcisizmu,
2. Kreativnost naspram destruktiji,
3. Bratstvo naspram rodooskrvnjenja,
4. Osjećaj vlastitog identiteta i autentičnost naspram konformizma horde,
5. Racionalnost naspram iracionalnosti (7).

prikupljeni statistički podatci. Statistička klasifikacija treba obuhvaćati cjelokupni raspon bolesnih stanja, a da broj kategorija ne postane nesavladivo velik (6).

Maslowljeva teorija, nadalje, zastupa mišljenje da je za samoostvarenje nužno ostvariti potencijal sadržan u „unutarnjem ja“, ali ljudsku prirodu lako savladaju navike, kulturni i društveni pritisak. Mentalno se zdravlje očituje dobrom percepcijom stvarnosti, stupanjem prihvaćanja sebe i drugih, stupnjem spontanosti, sposobnosti fokusiranja na probleme, sposobnosti distanciranja i privatnosti te dobroj procjeni trenutne situacije (3).

3. Pozitivno psihološki pristup

Među zastupnicima ovog pristupa posebno se ističu Carol D. Ryff, Corey L.M. Keyes, Martin E.P. Seligman, Mihaly Csikszentmihalyi, R.C. Cloninger, ali i ostali. Pozitivno – psihološki pristup temelji se na spoznaji kako je duševno stanje neodvojivo povezano s pozitivnom psihologijom, osjećajem vlastite dobrobiti i blagostanja, kao i kvalitetom života (3).

Smjernice za psihičko blagostanje (subjektivno):

1. Prihvaćanje samoga sebe i optimističan stav prema vlastitom životu,
2. Empatija za druge ljude koja uključuje i davanje i primanje,
3. Autonomija i nezavisnost u visokom stupnju, unutarnja samokontrola i visoki standardi,
4. Utjecaj na okolinu u visokom stupnju, stvaranje pozitivnog okruženja za život i iskorištavanje ponuđenih prilika,
5. Realni životni ciljevi koje je moguće ostvariti, emocije i uvjerenja životu daju smisao,
6. Vlastiti razvoj i rast, mogućnost za napredovanjem i želja za novim iskustvima (3).

Kako navodi M. Seligman, autentična je sreća sastavljena od četiri vrste kvalitetnog života:

1. Lagodni život koji, između ostalog, uključuje utjecaj pozitivnih osjećaja u maksimalnoj mjeri i svladavanje takvih vještina koje pomažu produžiti ugodu i sreću,
2. Predan način života očitovan u otkrivanju i spoznaji sposobnosti pojedinca, ali i realizaciji tih sposobnosti u poslu, prijateljstvu, roditeljstvu itd.,
3. Smislen život prožet osjećajem pripadanja, predanosti i služenja nekome ili nečemu što je veće od pojedinca samog,
4. Uspješni život kojeg karakterizira postizanje viših vizija i ciljeva (7,8).

Odnos zdravlja i sreće prati i mnogo vrlo zanimljivih pitanja. Je li osjećaj sreće mjerilo duševnog zdravlja? Jesu li nesretne osobe psihički poremećene ili bolesne i obratno, jesu li sretne osobe duševno zdrave? Važno je razlikovati *hedonistički* (grč. *hedone* - *naslada*) *model psihičkog mira* kod kojeg dominira pozitivni afektivitet od *eudaimoničnog* (grč. *eudaimon* – *blažen*) *modela duševnog blagostanja* koji podrazumijeva prihvaćanje samoga sebe, pozitivne odnose s drugim ljudima, autonomiju, usklađenost pojedinca i njegove okoline, životni smisao, te osobni rast i razvoj (3).

Socijalna eudaimonična dobrobit karakterizirana je optimalnim funkcioniranjem koje dovodi do socijalnog ispunjenja, a ono je karakterizirano socijalnom koherencijom (npr. sposobnost razumijevanja i prihvaćanja vlastite zajednice), socijalnim prihvaćanjem (npr. prihvaćanje sebe i drugih), socijalna aktualizacija (npr. pozitivan pogled na potencijal zajednice), socijalni doprinos i osjećaj doprinosa općem dobru svojim aktivnostima te socijalna integracija (osjećaj pripadanja vlastitoj zajednici) (9).

1.1.1. Terminologija u psihijatriji

Psihičke smetnje mogu se definirati kao „prolazna stanja emocionalne nelagode i/ili napetosti, najčešće uvjetovana okolinskim ili fiziološkim promjenama koje [...] povremeno pogađaju sve ljude i ne ostavljaju trajne posljedice na funkcioniranje“, dok termin „psihička bolest“ podrazumijeva znatno kompleksnije simptome i znakove koji upućuju na teško narušeno mentalno stanje u kojem je funkcioniranje oboljelog najčešće znatno i trajno narušeno na emocionalnom, socijalnom i kognitivnom planu (3).

Iako se često prezentiraju na sličan način i sličnim simptomima, važno je razlikovati psihički poremećaj i psihičku bolest. Psihičke smetnje, koje se mogu definirati kao stanja i ponašanja koja u određenoj mjeri predstavljaju veće emocionalne smetnje te narušenu kvalitetu života i razinu sposobnosti uspješnog i stabilnog funkcioniranja pojedinca, za razliku od psihičkih bolesti, često su kraćeg i blažeg intenziteta i vijeka trajanja, te se ne moraju nužno manifestirati i negativno utjecati na sve aspekte osobe koja od istih pati (11).

Iako su psihički poremećaji definirani kao stanja koja, u pravilu ne ostavljaju trajne negativne posljedice na osobu, ovakvi poremećaji ponekad imaju razarajući učinak na velik broj osoba što dokazuje ozbiljnost i posebnu prirodu svakog mentalnog poremećaja kao i njegov loš utjecaj na pojedinca koji se s njime suočava. Glavna, dakle, razlika koja razdvaja psihički poremećaj od bolesti jest razina i intenzitet trajanja promjena. Psihička bolest je obilježena često nemilosrdnim i potencijalno razornim karakterom bolovanja, koji nerijetko prelazi u

kronični tijek. Osim svojstva dugotrajnosti, mentalne bolesti očituju se i kroz mogućnost značajnog narušavanja života osobe u cijelosti, a to znači da nerijetko imaju ponavljajući karakter, odnosno pogoršanja bolesti se smjenjuju s „mirnim“ razdobljima (tzv. remisijama) (11).

Katkad je vrlo teško razlikovati mentalne poremećaje od bolesti, posebice radi sličnih znakova manifestiranja i pojave simptoma čija klasifikacija može biti otežana i zbunjujuća. Tako, primjerice, određena dijagnosticirana mentalna bolest koja je po svojoj naravi teška, ali uspješno liječena, može imati puno povoljniji tijek od određenog mentalnog poremećaja koji bi trebao biti blažeg intenziteta, no zbog nepravovremenog pružanja pomoći i/ili nepravilnog liječenja izaziva mnogo veće, dugotrajnije i znatno izraženije negativne posljedice na cjelokupno psihofizičko stanje osobe (11).

To dodatno potvrđuje i govori u prilog činjenici da svakom mentalnom poremećaju i bolesti valja pristupati iznimno pažljivo i ozbiljno, imajući na umu kako se radi o stanjima narušenog mentalnog zdravlja u kojima se oboljela osoba nerijetko osjeća vrlo nezadovoljno, bespomoćno, neprihvaćeno, pa i beznadno (11).

1.1.2. Povijesni pregled psihičkih poremećaja

Psihijatrija (grč.*psihe*=duša, grč.*iatreo*=liječim) je grana medicine koja se bavi proučavanjem duševnih poremećaja, te liječenjem i rehabilitacijom osoba koje od istih pate. Još od početka civilizacije psihički su bolesnici imali vrlo loš društveni status, ali se i dan danas odnos prema duševnim bolestima izrazito sporo mijenja. Postoje mnoge predrasude usmjerene ka psihički oboljelim osobama (strah od mentalno oboljele osobe, negativni stavovi prema psihijatriji), a predrasude su najčešće temeljene na neznanju ili primitivnim vjerovanjima prema kojima duševne poremećaje uzrokuju nadnaravne sile (14).

U primitivnim je plemenima brigu o duševnom bolesniku preuzimao vrač, a u Srednjem vijeku Crkva. Kasnije, s razvojem medicine i psihijatrije, stvaraju se ustanove za brigu i izolaciju bolesnika, tzv. *psihijatrijski azili*. Briga o psihički oboljeloj osobi provodila se na način da je ista bila prisilno odvojena od obitelji, životne sredine i društva uopće, uz strogo ograničenu mogućnost kretanja. Ta je etapa karakteristična po odvajanju mentalno oboljelih od mentalno zdravih osoba, a upravo iz tog vremena datiraju nazivi *umobolnica*, *ludnica* i sl. (14).

Psihijatrijski azili provodili su trajnu izolaciju mentalno oboljelih osoba. Bolesnici su bili lišeni ljudskog dostojanstva, uz nemogućnost odlučivanja u postupcima terapije. Metode liječenja u to vrijeme podrazumijevale su fizičko sputavanje i kažnjavanje bolesnika, koji su često bili vezani lancima ili bivali smješteni u kavezima (14).

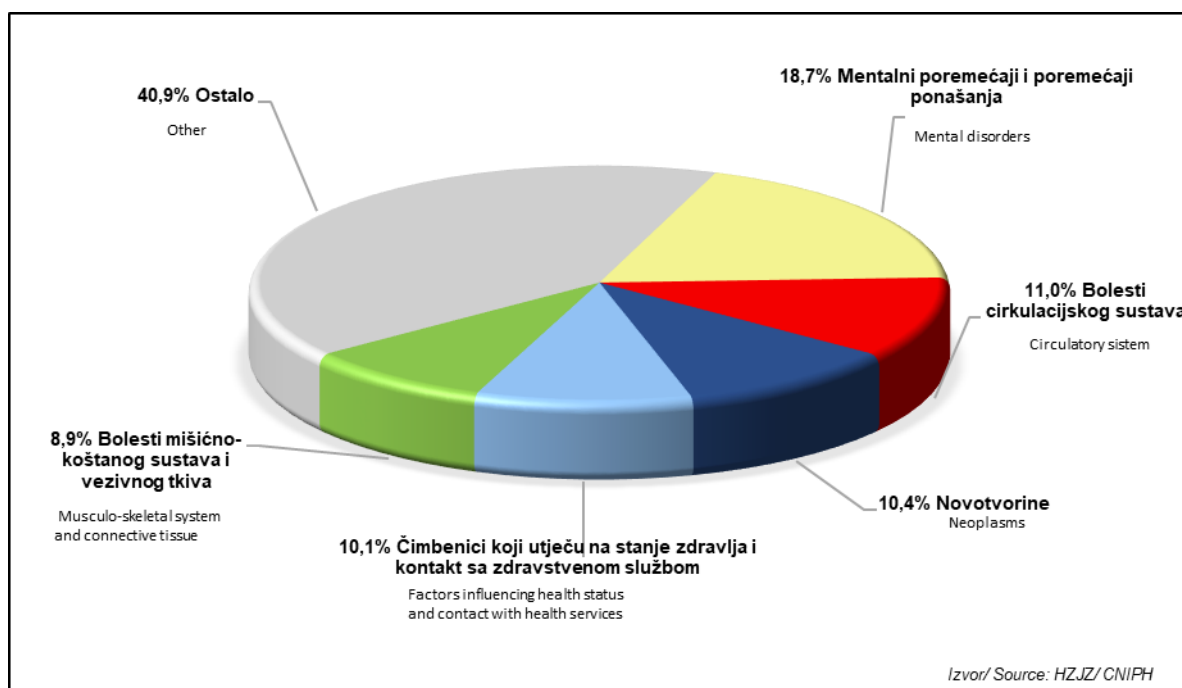
U povijesti psihijatrije najznačajniju ulogu ima francuski psihijatar Philippe Pinel, koji je 1798. godine, u doba Francuske revolucije, oslobodio duševne bolesnike iz lanaca i postavio temelj humanijeg odnosa prema bolesniku. Neki ga zbog toga nazivaju ocem suvremene psihijatrije. U tom periodu nije bilo educiranih medicinskih sestara, već su brigu o oboljelima provodili čuvari, čije su dužnosti bile da štite i pomažu oboljelome i kontroliraju mogućnost kretanja. Tek kasnije, s daljnjim napredovanjem medicine i psihijatrije, medicinske sestre bivaju uključene u interdisciplinarni tim stručnjaka koji cjelovito zbrinjavaju psihički oboljelu osobu i njezine potrebe (14).

1.1.3. Psihički poremećaji u Hrvatskoj danas

Mentalni poremećaji su relativno česti, često započinju u mladoj odrasloj dobi, imaju potencijalno kronični tijek, smanjuju kvalitetu života i značajno sudjeluju u korištenju zdravstvenih resursa. Zbog važnosti i veličine problema, mentalni poremećaji u Hrvatskoj, ali i globalno, predstavljaju jedan od prioritarnih javnozdravstvenih izazova (2).

Prema procjeni SZO – a za ukupni broj bolesti u Hrvatskoj, Disability-adjusted life year (DALY) za 2016. godinu, mentalni poremećaji zauzimaju četvrto mjesto među glavnim skupinama bolesti u Hrvata, iza kardiovaskularnih i smrtnih bolesti te ozljeda. Unutar skupine mentalnih poremećaja, najveći postotak opterećenja odnosi se na depresivne poremećaje (25,9%), a slijede poremećaji uzrokovani alkoholizmom (17,1%) te anksiozni poremećaji (14,6%) (2).

Grafikon 1. Vodeće skupine bolesti i srodnih zdravstvenih problema prema broju korištenih dana bolničkog liječenja u hrvatskoj 2019. godine



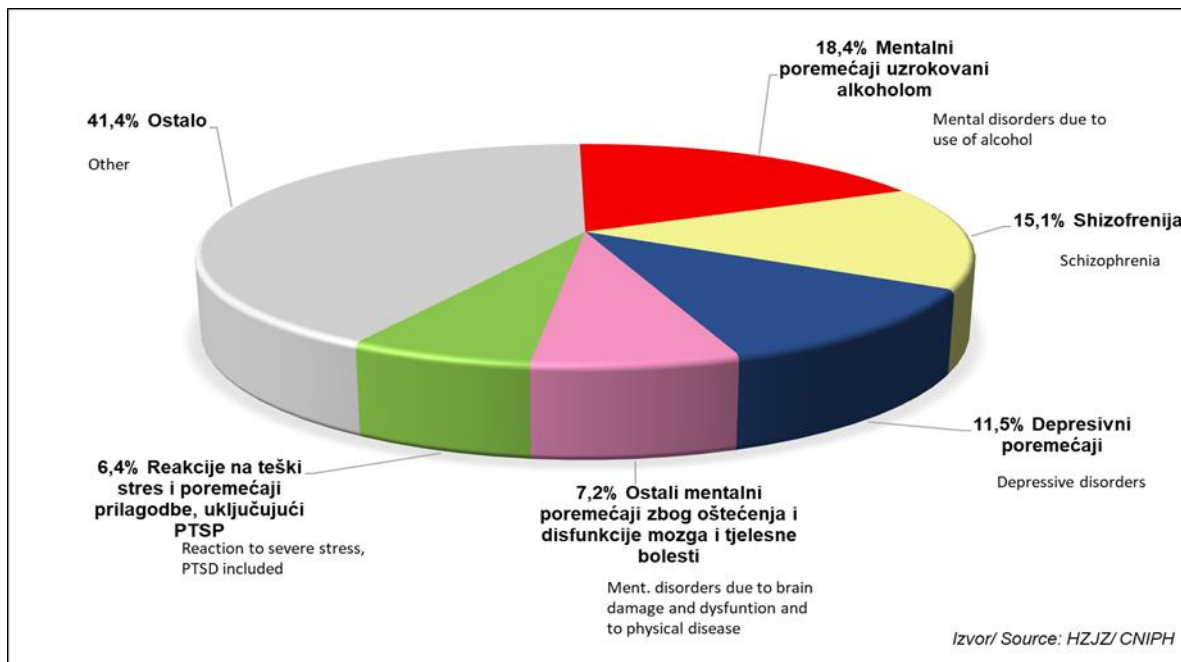
Izvor: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevenција-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremećaje/> [Pristupljeno: 19.06.2021.]

Prema broju hospitalizacija, skupina mentalnih poremećaja sudjeluje s približno 6% ukupnog bolničkog morbiditeta u Hrvatskoj. Najviše je hospitalizacija u dobnoj skupini od 20 do 59 godina, što ovu kliničku skupinu, zajedno s novotvorinama, svrstava među vodeće uzroke

nozokomijalnih bolesti u radno aktivnoj populaciji. Mentalni poremećaji također su vodeća skupina u pogledu korištenja dana bolničkog liječenja, s udjelom od oko 20% (2).

U 2019. godini bilo je ukupno 38.422 hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja, od čega je gotovo 70% bilo u dobnoj skupini od 20 do 59 godina. Također, za skupinu mentalnih poremećaja korišteno je 1.062.732 dana bolničkog liječenja. Najčešći razlozi za hospitalizaciju zbog mentalnih poremećaja u 2019. godini bili su alkoholizam (18,4%), shizofrenija (15,1%), depresivni poremećaji (11,5%), oštećenje i disfunkcija mozga te mentalni poremećaji zbog tjelesnih bolesti. (7,2%) i ozbiljne stresne reakcije, uključujući posttraumatski stresni poremećaj (6,4%) (2).

Grafikon 2: Vodeće dijagnoze u hospitalizacijama zbog mentalnih poremećaja u hrvatskoj 2019. godine



Izvor: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremećaje/> [Pristupljeno: 19.06.2021.]

1.1.4. Uzroci mentalnih bolesti i poremećaja

Krajem 70 – ih godina prošlog stoljeća došlo je do revolucionarnog zaokreta u razumijevanju pojave i održavanja bolesti. Tada je razvijen tzv. *biopsihosocijalni model*, koji je proširio vidike vezane uz poimanje i razumijevanje nastanka mentalnih bolesti. Naime, za razliku od dotad prihvaćenog tradicionalnog biomedicinskog modela, koji je govorio isključivo o

biološkoj podlozi zdravlja i bolesti, biopsihosocijalni model zagovarao je teoriju prema kojoj su za nastanak bolesti jednako važni i biološki, socijalni i psihološki čimbenici (10).

Za proučavanje i razumijevanje ove kompleksne problematike o povezanosti socijalnih, bioloških i mentalnih procesa, kao i njihov međusobni utjecaj na nastanak i razvoj bolesti, zaduženo je područje psihologije objedinjeno pod nazivom zdravstvena psihologija. Razvoj ove relativno mlade grane psihologije započeo je 1970-ih i 80-ih godina, kada se javlja sveobuhvatniji teorijski pristup kako bi se objasnili složeni odnosi između mentalnih stanja, ponašanja, zdravlja i bolesti. Temeljem razumijevanja tih spoznaja započinje razvoj i širenje primjene psihologije u rješavanju brojnih problema zdravstvene prakse (13).

Prema Havelki, naziv „zdravstvena psihologija“ osmislili su znanstvenici Stone, Cohen i Adler 1979.godine, a njihov je cilj bio proširiti dotad uskogrudno polje razumijevanja koncepta općeg zdravlja, kao i povezanost psihofizičkog zdravlja sa socijalnom komponentom neizostavnom u nastanku mentalne bolesti. Na taj su način uspjeli postići da se onda relativno mlado područje zdravstvene psihologije počne detaljni razmatrati i izvan okvira medicinske struke, postupno odbacujući redukcionistička tradicionalna stajališta koja su negirala nepostojanje veze između biološke, psihološke i socijalne komponente (13).

Predstavljene činjenice donose kratak pregled i uvid u nastanak, tijek i razvoj dosadašnjih saznanja i ispitivanja o mentalnim bolestima i poremećajima u okviru psihijatrije, psihologije i medicine. U znanosti je sada već nametnuta činjenica kako je za pojavu psihičke bolesti poteno više faktora, tj. potrebna je međuovisnosti konstitucijskih i čimbenika okoline. Najčešće je riječ o genetskoj predispoziciji, osobinama ličnosti pojedinca, fizičkim faktorima, uvjetima sredine u kojoj pojedinac živi i posebnom iskustvu kojeg pojedinac doživi. Zbog shvaćanja važnosti međudjelovanja ovih faktora, formiran je opći znanstveni konsenzus o ulogama fizičkih, duševnih i socijalnih čimbenika u kompleksnom procesu nastanka i razvitka psihičkih, ali i mnogih fizičkih bolesti kod ljudi (13).

1.1.5. Vrste i skupine mentalnih bolesti i poremećaja

Hrvatski zavod za javno zdravstvo navodi kako se mentalne bolesti i poremećaji mogu klasificirati prema „postojanju skupina simptoma, a kriteriji za dijagnozu ispunjeni su kada su skupine simptoma teške, dugotrajne i praćene smanjenom funkcionalom sposobnosti pojedinca ili invaliditetom“(12).

Mentalni poremećaji u 10. reviziji MKB – a klasificirani su u V.skupini bolesti pod naslovom „Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja“, a označene su slovom F. Slijedi brojka (od 1 do 9) unutar mentalnih poremećaja, a poremećaji su podijeljeni u 10 klasa, od F1 do F9. Mentalni su poremećaji svrstani u sljedeće kategorije:

- F0 – Organski i mentalni poremećaji
- F1 – Mentalni i ponašajni poremećaji izazvani psihoaktivnim supstancama
- F2 – Shizofrenija, shizotipni i deluzioni poremećaj
- F3 – Poremećaji raspoloženja
- F4 – Neurotski, stresom povezani i somatoformni poremećaji
- F5 – Ponašajni sindromi vezani za psihološke teškoće i fizičke čimbenike
- F6 – Poremećaji osobnosti
- F7 – Mentalna retardacija
- F8 – Poremećaji psihičkog razvoja
- F9 – Ponašajni i emocionalni poremećaji koji se prvi puta javljaju u djetinjstvu i adolescenciji (12).

1.2. Liječenje u psihijatriji

Liječenje je u psihijatriji složeno i podrazumijeva više oblika terapije (medikamenti, psihoterapija i sl.), ovisno o bolesnikovoj dijagnozi, kliničkim manifestacijama bolesti i stanju u kojem se bolesnik nalazi. Stoga je kod svakog pristupa bolesniku nužno uzeti u obzir njegove individualne potrebe, a samim time i mogućnost prihvatanja terapije.

1.2.1. Biološka terapija

Uvođenje lijekova i drugih bioloških metoda u liječenje duševnih poremećaja započelo je 30 – ih godina prošloga stoljeća, ali pravi zamah tih metoda započeo je dvadesetak godina kasnije, kada se prvi put u praksu uveo antipsihotik *klorpromazin*. Da bi se uopće započelo s medikamentoznom terapijom, potrebno je poznavati prirodu bolesti, dijagnostičke kriterije za određenu bolest, kao i kemijska svojstva primjenjivanog lijeka, konkretno farmakodinamiku i farmakokinetiku. U odabiru lijeka ili ostalih metoda biokemijskog liječenja fokus na pojedine simptome je pogrešan, jer se na taj način gubi cjelovita slika poremećaja (15).

Osim toga, prilikom odabira metode biološkog liječenja, valja uvidjeti omjer svih pozitivnih i negativnih terapijskih učinaka, ali i njihov potencijalni učinak za specifične populacijske skupine (djeca, starijih, bolesnici koji boluju od kroničnih bolesti itd.). Lijekovi i druge

metode samo su integralni dio ukupne strategije liječenja svakog pojedinog psihičkog bolesnika. Osnovna podjela bioloških metoda liječenja jest liječenje lijekovima (psihofarmacima) i elektrokonvulzivna terapija (15).

1.2.1.1. Liječenje lijekovima – psihofarmaci

Psihofarmaci su heterogena skupina kemijskih spojeva kojima je zajedničko svojstvo da djeluju na psihičko stanje pojedinca. Suvremena psihijatrija psihofarmake dijeli na:

1. Antipsihotike,
2. Antidepresive,
3. Anksiolitike i hipnotike,
4. Stabilizatore raspoloženja (15).

1. Antipsihotici

Antipsihotici su lijekovi primarno namijenjeni liječenju psihoza. Prvi poznati antipsihotik, klorpromazin, u kliničku je primjenu uveden 1953.godine, a od tada, pa do danas, u praksu je uveden velik broj antipsihotika. Dvije osnovne skupine antipsihotika jesu tipični (klasični) antipsihotici i atipični (noviji) antipsihotici. U kliničkoj se praksi koristi sve više atipičnih antipsihotika koji postupno iz uporabe istiskuju klasične antipsihotike, zato što su noviji antipsihotici bolje podnošljivi i imaju veću sigurnost primjene (15).

Liječenje psihotičnih poremećaja provodi se u dvije faze. Akutnu fazu bolesti, koja traje nekoliko tjedana, tretira se visokom dozom antipsihotika. Nakon toga slijedi faza održavanja terapije koja traje mjesecima, pa čak i godinama. Faza održavanja obilježena je povlačenjem većeg dijela simptoma, a doze primjenjivanih antipsihotika su puno niže nego u akutnoj fazi bolesti (15).

Indikacije za primjenu antipsihotika navedene su u nastavku:

- Relaps (akutno pogoršanje) u terapiji održavanja kod bolesnika sa shizofrenijom,
- Psihotični simptomi u afektivnim poremećajima (manija/depresija),
- Smirenje agitacije kod delirantnih stanja (intoksikacija ili organska oštećenja mozga)
- Perzistirajući sumanuti poremećaji (paranoidna psihoza, erotomanija), itd.

Ne preporuča se davanje antipsihotika u dužem vremenskom periodu kod liječenja nesanicе psihotičnih bolesnika, kao ni kod dugotrajnog kupiranja agresije bolesnika s poremećajem osobnosti (15).

Glavna razlika u podjeli dviju osnovnih skupina antipsihotika sastoji se u farmakodinamici djelovanja lijeka: tipični (klasični) antipsihotici djeluju preko D2 receptora, a atipični (noviji) preko drugih receptora. U nastavku su navedeni najistaknutiji antipsihotici i njihovi predstavnici s obzirom na njihovu osnovnu podjelu (15).

Tablica 1. Pregled antipsihotika po skupinama i glavni predstavnici

	TIPIČNI ANTIPSIHOTICI	ATIPIČNI ANTIPSIHOTICI
Tipični niskopotentni antipsihotici	Klorpromazin (Largactil)	Klozapin (Leponex)
	Promazin (Prazine)	Risperidon (Risset)
	Tioridazin (Melleril)	Olanzapin (Zyprexa)
Tipični visokopotentni antipsihotici	Haloperidol (Haldol)	
	Flufenazin (Moditen)	

Konsumaciju antipsihotika prate i nuspojave², a one se dijele na neurološke i neneurološke nuspojave. Najčešće neurološke nuspojave jesu medikamentozni parkinsonizam, distonija, akatizija, tardivna diskinezija, maligni neuroleptični sindrom, snižavanje epileptogenog praga, sedacija te centralni kolinergički sindrom. Neneurološke nuspojave obuhvaćaju promjene na srcu (aritmija, spori rad srca), ortostatsku pneumoniju, promjene na autonomni živčani i homeopatski sustav, poremećaje na endokrinološkom sustavu, povišenje tjelesne mase, poremećaje seksualnosti, dermatološke i oftalmološke nuspojave itd. Valja napomenuti da je moguća i pojava *Sindroma iznenadne smrti*, a to je rijetka, ali vrlo ozbiljna nuspojava kod liječenja antipsihoticima (15).

2. Antidepresivi

Početak ere liječenja depresivnih poremećaja bilježi se 1950.godine, i to uvođenjem prvoga ireverzibilnog inhibitora monoaminoooksidaze (MAO) iproniazida u kliničku praksu u SAD – u. Antidepresivi su lijekovi koji ublažavaju ili otklanjaju simptome depresije, a njihovo djelovanje temelji se na povećanju aktivnosti monoamina u mozgu (15).

² Nuspojava lijeka jest svaka štetna, neželjena reakcija na lijek dan u uobičajenoj dozi (15).

Tablica 2. Pregled antidepresiva po skupinama i glavni predstavnici

TRICIKLIČKI ANTIDEPRESIVI	SELEKTIVNI INHIBITORI PONOVNE POHRANE SEROTONINA	REVERZIBILNI INHIBITORI MONOAMINOOKSIDAZE	OSTALI ANTIDEPRESIVI
Amitriptilin (Amyzol)	Fluvoksamin (Avoksin, Fevarin)	Moklobemid (Aurorix)	Trazdon (Devidon)
Klomipramin (Anafranil)	Fluoksetin (Prozac, Portal, Fluval)		Tianeptin (Coaxil)
Maprotilin (Ladiomil)	Paroksetin (Seroxat, Deprozel)		
	Sertalain (Zoloft)		
	Citalopram (Celexa)		

Od komplikacija konzumacije antidepresiva valja izdvojiti antikolinergičke nuspojave (sušenje usta, pojačana salivacija, zamagljen vid, probavne smetnje itd.), sedaciju, utjecaj na rad srčanog mišića (snižavanje/ubrzanje srčanog ritma, ortostatska hipotenzija itd.), neurološke nuspojave (tremor, ukočenost mišića itd.), te hematološke nuspojave. Katkad se javljaju i hipotenzija, nervoza, glavobolja i povećanje tjelesne mase (15).

3. Anksiolitici i psihotici

Jedan od najčešćih psihijatrijskih poremećaja dijagnosticiranih u ljudskoj populaciji jesu anksiozni poremećaji. Od anksioznih poremećaja pati oko 16% ljudi, a oko 30% ljudske populacije pati od nesanicе i problema sa spavanjem. Sukladno tome, anksiolitici (lijekovi protiv anksioznosti) ili lijekovi za spavanje (hipnotici ili sedativi) su najviše upotrebljavani u liječničkoj praksi (15).

Nadalje, anksiolitici se rabe za liječenje spektra anksioznih poremećaja (opći anksiozni poremećaj, panični poremećaj, opsesivno – kompulzivni poremećaj, apstinentijske krize od alkohola ili opojnih droga).

Tablica 3. Pregled i podjela anksiolitika i psihotika s obzirom na anksiozni poremećaj

ANKSIOZNOST	NESANICA
Aprazolam (Xanax, Helex)	Flurazepam (Flurazepam)
Diazepam (Apaurin, Valium, Normabel, Diazepam)	Nitrazepam (Cerson)
Oksazepam (Praxiten, Olazepam)	Midazolam (Dormicum)
Lorazepam (Lorsilan, Loran)	

Najučestalija komplikacija primjene anksiolitika i sedativa jest sedacija. Nadalje, većina anksiolitika, posebno ako se primjenjuju u visokim dozama, mogu uzrokovati prolazna kognitivna zatajenja, probleme s pamćenjem i koncentracijom i paradoksnu agresivnost. Prisutan je i visok rizik od razvoja ovisnosti nakon duže primjene, pa se tako psihička javlja nakon nekoliko tjedana, a fizička ovisnost nakon nekoliko mjeseci (15).

4. Stabilizatori raspoloženja

Stabilizatori raspoloženja su raznorodna skupina lijekova koji utječu na maničnu epizodu u vidu bipolarnog afektivnog poremećaja (BAP-a). Prvi lijek upotrijebljen za liječenje manične depresije, uveden je u kliničku primjenu sredinom prošlog stoljeća, a osim na manične epizode, litij utječe i na depresivne epizode, kao i na profilaksu istih (15).

Tablica 4. Pregled i podjela stabilizatora raspoloženja s obzirom na afektivni poremećaj

KONVULZIJE	BIPOLARNO – AFEKTIVNI POREMEĆAJ
Karbamazepin (Tegretol)	Litij
Valproat (Apilepsin, Divalproex)	

Nuspojave litija nerijetko su vezane uz predoziranje, a javljaju se gastrointestinalne tegobe (mučnina, proljev), polidipsija i poliurija i tremor, a kod bolesnika koji više godina konzumiraju litij može doći do oštećenja bubrega. Kod bilo kakve nuspojave u tretmanu litijem, valja provjeriti razinu istoga u krvi. Nuspojave valproata uključuju tremor i pospanost,

a dugotrajna konzumacija dovodi do oštećenja jetre i djelovanja na krvnu sliku (sniženje broja trombocita) (15).

1.2.1.2. Elektrostimulirajuća terapija – EST

Elektrostimulirajuća terapija (u daljnjem tekst EST) je uporaba električne energije s ciljem izazivanja konvulzija (sličnih epi – napadu) za liječenje psihijatrijskih bolesti, prvenstveno manije i depresije, refrakterne psihoze i katatonije. EST je uveden u kliničku praksu u 30 – im godinama 20.stoljeća, a upotrebljava se i dan danas zbog djelotvornosti i sigurnosti primjene. EST danas postiže vrlo dobre rezultate i u kombinaciji sa medikamentoznom terapijom, a to rezultira postizanjem iznimnih rezultata u relativno kratkom vremenskom periodu, kod bolesnika koji pate od refrakternih duševnih poremećaja (15).

Primarna indikacija za primjenu EST – a je teška depresija s psihotičnim karakteristikama koja zbog dugotrajnog intenziteta ugrožava ne samo psihičko, već i tjelesno zdravlje oboljelog. EST se također koristi u liječenju depresivnih ili shizofrenih poremećaja koji slabo toleriraju nuspojave antidepresiva, kod shizofrenih bolesnika s katatonim simptomima, te maničnih bolesnika s teškom kliničkom slikom akutne manije (15).

Terapijski postupak EST – a je sljedeći: prije izvođenja tretmana potrebno je obaviti internistički i neurološki pregled bolesnika, analizirati kompletnu krvnu sliku, biokemijske parametre, analizu mokraće i EKG. Zbog visoke razine straha kod bolesnika i obitelji potrebno je provesti dobru i kvalitetnu edukaciju bolesnika i njegove obitelji, objasniti način izvođenja pregleda, kao i očekivane učinke i rizike (15).

Sam zahvat započinje pripremom bolesnika od strane anesteziologa. Neposredno prije postupka, bolesnik biva nakratko uspavan, uz dodatak miorelaksansa (pankuronija) i antikolinergika (atropin) te prevenciju komplikacija vezanih uz pojačanu salivaciju i moguću aspiraciju. Slijedi postavljanje elektroda bilateralno ili unilateralno na temporalnu regiju glave te se pristupa elektroničkoj stimulaciji, a za najbolje rezultate tretmana preporuča se trajanje električne stimulacije od 25 do 60 sekundi. Po provedenom tretmanu, anesteziolog budi bolesnika uz preporuku dvosatnog mirovanja. EST se primjenjuje tri puta tjedno (svaki drugi dan), a ukupno trajanje terapije iznosi dva do tri tjedna (15).

Od nuspojave tretmanom EST – a, valja izdvojiti konfuznost koja traje oko pola sata nakon provedenog tretmana. Kod manjeg broja ljudi, javljaju se prolazni problemi s pamćenjem, a

rijetko i epizode retrogradne amnezije. Ukoliko se prethodno obavi dobra priprema bolesnika, EST nema nuspojava (15).

1.2.2. Psihoterapija

Psihoterapija je psihološka metoda liječenja koja se temelji na odnosu terapeuta i korisnika, tj. bolesnika. To je, zapravo, etablirana terapijska metoda koja ima mnoga usmjerenja, a zahtijeva educiranog terapeuta. Koristi se ponajprije kod psiholoških teškoća i poremećaja (15).

1.2.2.1. Mjesto psihoterapije, psihoterapijskog pristupa i psihodinamskog razumijevanja u medicini

Psihodinamsko razumijevanje označava razumijevanje psiholoških čimbenika i reakciju bolesnika bez obzira na uzročnu dijagnozu. Psihodinamsko razumijevanje bolesnika vrlo je važno u medicini. Naime, razumijevajući bolesnikove potrebe i integrirajući psihološke aspekte njege bolesnika postižu se bolji rezultati i u liječenju somatskih bolesti. Na temelju psihoterapijskog razumijevanja međuljudskih odnosa, gradi se psihijatrijski pristup koji podrazumijeva ugradnju psihodinamskog razumijevanja u odnos zdravstvenog osoblja s bolesnikom i korištenje tih znanja za postizanje što bolje suradnje između terapeuta i pacijenta (15).

Tokom izobrazbe liječnika/medicinskih sestara često izostaje učenje o specifičnosti komunikacije s bolesnicima, pa zbog toga i liječnici i medicinske sestre čine temeljne komunikacijske greške. Katkad, zbog vlastitih problema nude bolesniku prisniji kontakt što rezultira neodgovarajućom reakcijom bolesnika/djelatnika. Zato je potrebno naglasak staviti na profesionalnu prirodu psihoterapijskog pristupa. To dozvoljava bolesniku da verbalizira svoje poteškoće, fizičke i emocionalne. Liječnik/sestra trebaju slušati i prepoznati bolesnikove potrebe (15).

1.2.2.2. Tehnike psihoterapije

Za razliku od psihoterapijskog pristupa, psihoterapija je način upotrebe psiholoških metoda u svrhu liječenja, a često se provodi kod tzv. *neurotskih poremećaja*. Osnovna podjela psihoterapijskih tehnika je sljedeća:

- Prema broju osoba koje zahvaća – individualna i grupna
- Prema cilju koji postavlja za svoje djelovanje – površinska i dubinska.

Površne psihoterapijske metode su one koje fokus stavljaju na rješavanje jednog problema i ne zahvaćaju dublje strukture osobnosti. Dubinske su, pak, one koje nastoje dokučiti bazična osobna iskustva (15).

Nadalje, najčešće primjenjivane psihoterapijske tehnike jesu:

- Socioterapija,
- Psihodinamske metode i tehnike,
- Obiteljska psihoterapija,
- Sugestivna psihoterapija.

Posebnu pažnju treba pridodati socioterapiji, koja pridonosi resocijalizaciji psihički oboljelih osoba u zajednicu, pozitivnoj percepciji vlastite ličnosti i pozitivno djeluje na cjelokupno djelovanje mentalno oboljele osobe (15).

1.2.3. Socioterapija

Socioterapija je grupna tehnika koja pomaže bolesniku ponovno uspostaviti relaciju s okolinom. Socioterapija je svoju najširu primjenu doživjela u okvirima duševnih bolnica. Zbog prirode bolesti duševni bolesnici izgube kontakt s realnošću, okolinom u kojoj žive. Tokom socioterapijskih sastanaka bolesnici postupno prihvaćaju svoju bolest, prepoznaju njezine rane simptome, kao i pozivanje pomoći na vrijeme. Osim toga, bolesnika se podučava važnosti kontinuiranog uzimanja terapije, kao i liječničkih pregleda. Bolesnik postupno prihvaća odgovornost za svoju bolest i na taj način počinje učiti o sebi i drugima, preuzima na sebe svakodnevne zadatke i ponovno uspostavlja odnos s najbližom okolinom (15).

Postoji socioterapija u instituciji i izvan institucije. Neke od socioterapijskih tehnika jesu:

- Terapijska zajednica,
- Grupna socioterapija,
- Suportivna psihoterapija,
- Art terapija,
- Film terapija i dr.(16).

U terapijskoj zajednici svi njezini članovi zajednički donose odluke i provode svakodnevne aktivnostima, a povezani su s funkcioniranjem terapijske zajednice. Prema Štrkalj-Ivezić, neka osnovna načela terapijske zajednice su poticanje njezinih članova da budu zainteresirani o samima, ostalim članovima, psihološkim procesima, zaposlenicima, grupnim procesima,

voditeljskim strukturama i odnosima unutar zajednice. Kako bi se ciljevi zajednice postigli, nužno je da članovi budu ravnopravni, ali i da daju svoj maksimalni doprinos. Bihevioralni i demokratski model osnovni su principi u funkcioniranju terapijske zajednice (17).

Suportivna psihoterapija ima za cilj podržati bolesnika u toku kriza ili povremenih stanja distresa. U toku slušanja bolesnika važno je empatijski slušati njegove smetnje, a ne optuživati ili prosuđivati njegove postupke. Valja izdvojiti i ostale metode i tehnike koje nastoje što brže minimalizirati bolesnikove smetnje i pomoći da se što prije vrati svakodnevnom funkcioniranju. Neke od tih tehnika jesu: kognitivno – bihevioralna terapija, gestalt terapija, transakcijska analiza, integrativna terapija i dr. (15).

1.3. Oblici organizacije psihijatrijske službe

Sve psihijatrijske ustanove (bez obzira na to jesu li bolničke ili izvanbolničke), dio su općeg plana o mentalnom zdravlju s ciljem prevencije nastanka psihičkih poremećaja, borbe za unaprjeđenje duševnog zdravlja, liječenja psihičkih bolesti i rehabilitacije osoba istima.

1.3.1. Psihijatrijske ustanove

Pod pojmom „psihijatrijske ustanove“, podrazumijevaju se sljedeće organizacije:

- Psihijatrijske bolnice,
- Psihijatrijski odjeli,
- Specijalne psihijatrijske ustanove,
- Dnevne psihijatrijske ustanove,
- Sestrinske bolnice (18).

Psihijatrijske bolnice

Psihijatrijske bolnice kakve poznajemo danas svoj razvitak doživjele su tek u novije vrijeme iako su se formirale iz nekadašnjih psihijatrijskih azila. Danas, prema preporuci Svjetske zdravstvene organizacije (u daljnjem tekstu: SZO), psihijatrijske bolnice ne bi smjele sadržavati kapacitet kreveta veći od 400. Uz hospitalizaciju akutno mentalno oboljelih osoba, provodi se i hospitalizacija manjeg ili većeg broja kronično oboljelih koji su smješteni na duži ili kraći vremenski period. Značajan postotak pacijenata otpada na skupinu gerijatrijskih

pacijenata³, a unutar psihijatrijske bolnice stvaraju se povoljniji međuljudski odnosi i postiže se bolja terapijska atmosfera (18).

Psihijatrijski odjeli

Psihijatrijski su odjeli namijenjeni kraćem boravku radi dijagnostike i liječenja akutnih oboljenja. Povezani su i s drugim odjelima, poput neurološkog, internog, kirurškog odjela i sl. Psihijatrijski su odjeli dobro povezani i usklađeni s raznim oblicima parcijalne hospitalizacije i patronažnom službom. Prema SZO, danas su to manji odjeli koji posjeduju od 30 do 50 kreveta (18).

Specijalne psihijatrijske ustanove

Postoje i ovakve vrste ustanova za duševno zaostalu djecu i mladež, ustanove za teško odgojivu djecu, specijalne ustanove za sociopatologiju i sl. (18).

Dnevne psihijatrijske bolnice

Dnevna psihijatrijska bolnica podrazumijevaju parcijalnu hospitalizaciju, tj. Ustanovu u kojoj bolesnik boravi u tijeku dana, ali se navečer vraća svojoj kući. U dnevnoj se bolnici provode sve kombinacije socioterapijskih postupaka i metoda, a bolesnik biva suočen sa svakodnevnim problemima, poboljšavaju se njegova samostalnost i vještine komunikacije, potiče ga se na interakciju s drugim ljudima, uči ga se načinima prihvaćanja bolesti i pravovremenoj reakciji na simptome i znakove pojave bolesti. U takvim je ustanovama koncipiran program liječenja: grupni rad, suradnja s obitelji, patronažna služba i centri za socijalni rad. Osim dnevnih bolnica, postoje i drugi oblici parcijalne hospitalizacije duševnih bolesnika, npr. noćne bolnice i vikend bolnice (18).

Sestrinske bolnice

Pod pojmom „sestrinske bolnice“ podrazumijeva se vrsta bolničke ustanove koji u Hrvatskoj još, nažalost, nije zaživio. Naglasak je stavljen na zdravstvenu njegu, te na cjelovit, holistički pristup koji bolesnika percipira kao nedjeljivo biopsihosocijalnu jedinicu spremnu maksimalno iskoristiti svoje potencijale. U takvim je bolnicama doktor samo konzilijarni član tima, a

³ Gerijatrijski pacijenti – pacijenti treće životne dobi. Gerijatrijska medicina podrazumijeva proučavanje starenja i liječenje bolesti u svim njezinim dimenzijama, uključujući socijalne, psihološke, bioantropološke, kulturne i dr. (18).

ustanove su organizirane najčešće za starije mentalno oboljele osobe, ali i za kronične duševne bolesnike (18).

1.3.2. Izvanbolničke ustanove

Izvanbolnički oblik organizacije psihijatrijske službe uključuje:

- Dispanzer za mentalno zdravlje,
- Centar za mentalno zdravlje (18).

1.3.3. Usluge organiziranog stanovanja

Organizirano stanovanje je jedna od vrsti socijalna usluga kojom se jednoj osobi, ili voše njih, kroz 24 sata na dan uz organiziranu povremenu ili stalnu pomoć stručne osobe, u stanu ili izvan stana, osiguravaju osnovne životne potrebe te socijalne, radne, kulturne, obrazovne, rekreacijske i druge potrebe. Također, pojam „organizirano stanovanje“ podrazumijeva i stanovanje u zajednici stambenih jedinica koje se nalaze na istoj lokaciji. Stambena zajednica može biti sastavljena od maksimalno osam korisnika (19).

Usluga organiziranog stanovanja predviđena je za osobe koje imaju intelektualne teškoće i kojima je potrebna podrška kako bi živjele u zajednici (osobe koje su deinstitutionalizirane i one osobe čija se institucionalizacija želi spriječiti).

Organizirano se stanovanje provodi u iznajmljenim stanovima ili stanovima koji su u vlasništvu osoba kojima je pružena podrška. Osobama je podrška pružena kako bi u što većoj mjeri mjeri usvojile vještine svakodnevnog funkcioniranja: odgovorno ophođenje financijama, briga o sebi i stanu, pripremanje obroka, korištenje javnog prijevoza, ali i stvaranje održavanje prijateljstava i poznanstava. Potiče se korištenje usluga i resursa koje nudi zajednica (zdravstvena skrb, kulturne, rekreacijske, sportske, umjetničke i religiozne aktivnosti). Svi korisnici usluga u program se upućuju temeljem rješenja nadležnog Centra za socijalnu skrb i Ministarstva socijalne politike i mladih (20).

1.4. Stigma

Predrasude su neprovjereni stavovi, temeljeni na uvjerenju bez dokaza o istinitosti. Predrasude su često praćene emocijama pa se one često žestoko brane bez obzira na to što nemaju čvrsto i na istini temeljeno uporište. Stereotipi i predrasude, nadalje, zasnovani su na vjerovanjima, a ne na provjerenim činjenicama, a stereotip se odnosi na selektivnu percepciju koja kategorizira ljude ističući razliku među ljudima (mi/oni). Na taj se način razne skupine ljudi grupiraju i distanciraju, posebice kad se radi o psihički bolesnima. Tada su stereotipi

previše pojednostavljene i previše generalizirane ideje o osobama sa psihičkim poremećajem (21).

1.4.1. Stavovi prema psihičkoj bolesti

Brojna istraživanja stavova društva o osobama sa psihičkim poremećajima potvrdila su raširenost negativnih stavova prema psihičkim poremećajima i njihovu otpornost na promjene (22). Iz toga je moguće zaključiti kako će stigma psihičke bolesti još dugo postojati, a istraživanja pokazuju kako su stigmatizirane sve psihički oboljele osobe, bez obzira na dijagnozu. Različite su bolesti stigmatizirane na različite načine, a najviše su stigmatizirani ovisnici o alkoholu i drogama, dok su najmanje stigmatizirani oboljeli od anksioznih poremećaja i depresije (23).

Stigmu čine četiri komponente. U prvoj komponenti ljudi etiketiraju ljudske različitosti; u drugoj dominantna kulturalna vjerovanja povezuju označenu osobu s neželjenim karakteristikama – negativni stereotip, u trećoj je etiketirana osoba stavljena u posebnu kategoriju (mi/oni), a u četvrtoj osoba doživljava gubitak statusa i diskriminaciju koja dovodi do nejednakosti.

Istraživanja su dokazala da javnost psihički bolesne osobe smatra:

- Opasnima – vezano uz oboljele od shizofrenije ili hospitalizirane u psihijatrijskoj bolnici,
- Nesposobnima za samostalan život, donošenje odluka i privređivanje – vezano uz oboljele od depresije ili hospitalizirane u psihijatrijskoj bolnici,
- Slabićima koji su sami krivi za svoju bolest – vezano uz oboljele od depresije i shizofrenije
- Lijenima – vezano za oboljele od shizofrenije i depresije,
- Neizlječivima – vezano uz oboljele od shizofrenije ili hospitalizirane u psihijatrijskoj bolnici (24).

Oboljeli od shizofrenije doživljavaju se nepredvidivima i kao osobe s kojima se teško razgovara, od kojih postoji distanca koja se povećava s povećanjem razine intimnosti (brak, zajedničko stanovanje, prijateljstvo i sl.) (25). Percepcija javnosti često je vezana s time da su oboljeli sami odgovorni za svoju bolest. Oboljeli će doživjeti manje suosjećanja za razliku od oboljelih od neke fizičke bolesti, a veća je i vjerojatnost da će se na invaliditet povezan s mentalnom bolesti reagirati s ljutnjom i vjerovanjem da osobi ne treba nikakva pomoć.

Većina članova obitelji oboljelih od duševnih poremećaja nastojat će zatajiti informaciju o psihičkoj bolesti. Zbog toga često izostaje potencijalna mreža podrške iznimno važna za oporavak (26).

Stereotipi o osobama sa psihičkim poremećajem univerzalni su i nisu vezani samo za stavove javnosti, već, nažalost, i za djelatnike zaposlene u zdravstvu, pa čak i one zaposlene u psihijatrijskoj struci (27).

Vrlo su zanimljivi i ohrabrujući rezultati istraživanja provedenog u Velikoj Britaniji nakon provođenja programa „Vrijeme je za promjenu“ koji je obuhvatio edukaciju o psihičkoj bolesti i omogućio kontakte s oboljelima u kojem su sudjelovali predstavnici javnosti, poslodavaca, studenata medicine i pacijenata. U ovom istraživanju oboljeli od psihičke bolesti izrazili su da doživljavaju da ih javnost manje diskriminira određeni broj poslodavaca izrazio je spremnost da iste zaposli, a studenti medicine pokazali su pozitivne promjene u percepciji duševno oboljelih (28).

Rezultati provedenih istraživanja o stavovima prema psihičkim bolestima dokazali su kako je nužno educirati sve slojeve društva uključujući i same pacijente, medicinsko osoblje i ostalo pučanstvo.

1.4.2. Reakcija oboljelih na stigmatizaciju i diskriminaciju

Pojedinci koji sebe percipiraju kao pripadnike stigmatizirane grupe (bez obzira na to radi li se o vidljivoj ili nevidljivoj stigmi) često doživljavaju stres koji može dovesti do ozbiljnih posljedica za njihov pojam o sebi, posebno samopouzdanje. Doživljavanje diskriminacije kod stigmatizirane osobe nerijetko vodi do manjka samopouzdanja i samopoštovanja, a kao posljedica toga može se javiti povlačenje u sebe i svojevolsna izolacija iz društva. Te promjene u slici o sebi i socijalnoj mreži vrlo često rezultiraju depresivnošću i tjeskobom te pojačanom osjetljivošću pojedinca (29).

Premda je socijalno izbjegavanje oboljelih od psihičke bolesti realnost a ne samo percepcija, određen broj oboljelih anticipirat će diskriminaciju u odsutnosti stvarnog iskustva diskriminacije. Osobe sa psihičkom bolesti razvijaju niz negativnih vjerovanja o anticipiranoj diskriminaciji i devaluaciji od društva, čak i prije nego se ovo negativno obilježavanje događa (30).

1.4.3. Negativni utjecaji stigme

Samopouzdanje je doživljaj vlastite vrijednosti. Ono je, također, kompromis procjene vlastite vrijednosti koja se temelji na personalnim dostignućima i anticipacije evaluacije vlastite vrijednosti od strane drugih osoba (31).

Stigma negativno djeluje na sve aspekte život oboljelih od neke psihičke bolesti, i to na individualnoj razini dovodi do sniženog samopouzdanja, a na društvenoj do socijalne izolacije i isključivanja. Govori se o začaranom krugu stigme, o lancu povezanih posljedica na razini osobe, obitelji, službi liječenja i društva u cjelini, a promjena samo jednog dijela lanca začaranog kruga može dovesti do promjene i u drugim dijelovima. Osobe niskog samopouzdanja na sebe gledaju kao na „robu s greškom“, a to je razmišljanje uvjetovano i sniženim samopouzdanjem prisutnim prije pojave bolesti. Kombinacija sniženog samopouzdanja prije bolesti i samopouzdanja oštećenog stigmom može samo pogoršati već postojeće psihičke probleme (21).

Procjena osobne vrijednosti usko je povezana s grupom kojoj osoba pripada i vrijednostima koje joj drugi u toj grupi pripisuju. Globalni doživljaj samopouzdanja uključuje procjenu stupnja voljenosti, kompetentnosti, moralne vrijednosti i sposobnosti upravljanja vlastitim životom te je povezan s osjećajem osnaženosti. Samopouzdanje je povezano i s osjećajem bespomoćnosti, stoga je potrebno raditi na individualnom osnaženju osobe i putem osiguranja pristupa resursima društva, primjerice zapošljavanjem, potaknuti osnaživanje pojedinca (21).

Stigma ima negativan utjecaj i na traženje medicinske pomoći, na način da stigma ili strah od stigme dovode do odgađanja traženja pomoći i loše suradnje u liječenju. Kvaliteta života oboljelih od shizofrenije u pozitivnoj je korelaciji sa socijalnom podrškom i osnaživanjem, a negativno korelira sa stigmom i depresijom (21).

1.4.4. Samostigmatizacija

Poznavanje postojanja stigme i diskriminacije prema mentalno oboljelima ne mora nužno imati negativan utjecaj na oboljele, pa tako na određeni broj pacijenata nema nikakav utjecaj, dok neke čak može i osnažiti. To, dakako, ovisi o mjestu u kojem osoba obitava (21).

Nažalost, velik broj osoba reagirat će na stigmatu razvojem monostigmatizacije, slaganjem sa stereotipnim uvjerenjima o mentalno oboljelim osobama, poput onih da su osobe sa psihičkim bolestima manje vrijedne, što će dovesti do obesnaživanja, bespomoćnosti i odustajanja od brojnih aktivnosti. Psihički oboljeli često će misliti da ih ljudi obezvrjeđuju i odbacuju samo

zato što pate od takve vrste bolesti, a takvo ih uvjerenje može dovesti do niza posljedica, kao što su demoralizacija, nisko samopouzdanje, teškoće socijalne adaptacije, nezaposlenost. itd. Također, može doći i do smanjenje suradnje u konzumaciji medikamentozne terapije te smanjene suradljivosti u rehabilitaciji (32).

Premda se psihički oboljele osobe mogu osloboditi simptoma bolesti i svoje nesposobnosti, još jedan izazov kojeg moraju savladati jest samostigmatizacija – vjerovanje da nisu punopravni članovi zajednice u čemu trebaju pomoć stručnjaka, jer je za mnoge samostigmatizacija glavna prepreka u dostizanju željenih ciljeva. Da bi netko uopće doživio samostigmatizaciju, on ne može imati samo svijest o postojanju stereotipa, nego se mora slagati sa stereotipom i primijeniti ga na sebe. Uz svijest o stereotipu da su psihički oboljele osobe ujedno i psihički slabe osobe, treba biti prisutno slaganje s tim stavom i primjenjivanje istog na vlastiti život (21).

Samostigma se odnosi i na proces putem kojeg oboljela osoba prihvaća stigmatizirajuće društvene stavove (npr. nekompetentnost, opasnost za druge i sl.), a kao posljedica stigme javljaju se ograničenja koja je osoba ranije imala (npr. ideja o zaposlenju, stvaranju vlastite obitelji i sl.). Zato se samostigma katkad definira kao svjesni ili nesvjesni proces u kojem osoba prihvaća smanjena očekivanja. Internalizirana stigma oboljelima stvara osjećaj niskog samopoštovanja, srama i krivnje, pa im je potrebno pomoći kako bi da se oslobode svih strahova i rade na samopouzdanju i oporavku (21).

Postoji i opasnost da će mnogi oboljeli zbog anticipacije odbacivanja i diskriminacije obrambeno koristiti izbjegavanje komunikacije da bi izbjegli odbijanje, što posljedično dovodi do teškoća adaptacije i koči oporavak. Povlačenje iz društva kao strategija nošenja s bolesti vodi do višeg stupnja tjeskobe i budućeg daljnjeg stigmatiziranja te smanjenja osnaživanja (21).

Identitet bolesnika odnosi se na uloge i stavove koje je osoba razvila u odnosu na svoje razumijevanje što znači imati mentalni poremećaj, a radi se o prihvaćanju definicije mentalnog poremećaja sa značenjem neadekvatnosti i nekompetentnosti što izrazito utječe na gubitak nade i samopouzdanja, utječe na radnu sposobnost kao i na socijalno i radno funkcioniranje. Bolesnikov identitet odnosi se na situaciju kad bolest postaje vodeća karakteristika ličnosti. Kada oboljeli od psihičke bolesti kao glavnu karakteristiku koja ga opisuje navodi svoju bolest, zanemaruje ostale crte ličnosti, zanemaruje svoje kvalitete, poput činjenice da je dobar prijatelj, kolega, radnik itd. (21).

Osoba koja nema identitet bolesnika sebe će prvenstveno percipirati kao osobu koja posjeduje razne kvalitete, a uz njih se liječi od, primjerice, shizofrenije, dok će osoba kojoj je identitet narušen ili nedefiniran, izjaviti kako je shizofreničar, zanemarujući većinu svojih karakteristika koje ga čine jedinstvenom osobom (21).

Za minimalizaciju samostigmatizacije kod duševnih bolesnika, nužna je transformacija identiteta vezana s procesom oporavka, stoga je u procjeni stanja i planu liječenja važno ne dozvoliti pacijentu da ostane zarobljen u identitetu bolesnika. Odnos terapeut – pacijent može pomoći u ovom procesu, a nada i samopoštovanje ključni su za proces oporavka. Iako je samostigmatizacija česta reakcija na stigmatu, moguće su i druge reakcije (npr. pravedna ljutnja, osnaženje) koje mogu dovesti do toga da oboljela osoba zauzme aktivniju poziciju u liječenju i bori se za poboljšanje vlastitog stanja. Svi terapijski planovi liječenja i programi udruga trebaju načela osnaživanja ugraditi u temeljna načela rada kako bi oboljelima od samog početka pomogli u nošenju sa stigmom (21).

1.4.5. Kako pobijediti diskriminaciju i socijalnu stigmatu?

Program stigme prepoznat je na razini SZO – a, a to je rezultiralo provođenjem programa borbe protiv stigme shizofrenije s preporukama koje sugeriraju potrebu nacionalnih programa borbe protiv stigme. SZO preporučuje sljedeće:

1. Program treba biti kontinuiran, a ne u vidu kampanje. Program bi trebao postati rutinskim dijelom socijalnih i zdravstvenih službi. Pokazalo se da se promjene koje su nastupile nakon kampanje gube vrlo brzo nakon njezina prestanka.
2. Program mora biti prilagođen sredini u kojoj se provodi. te mora biti uspješan, a to znači da sredina u kojoj se provodi mora biti zainteresirana za provođenje programa. On mora donositi i određene rezultate, primjerice provođenje programa u školi moraju podržavati nastavnici, školska uprava i sl.
3. Program treba biti povezan s konkretnim problemima koje doživljavaju i članovi obitelji psihički oboljelih osoba tako da se program planira na temelju prioriteta koje navode članovi obitelji, npr. problemi u zaposlenju i diskriminacije na radnom mjestu zbog bolesti.
4. Program treba biti rezultat timskog rada više službi, ne samo zdravstvene službe, i treba uključivati osobe koje su izložene stigmatizaciji.
5. Program treba aktivno uključiti osobe i njihove članove obitelji.

6. Primijenjeni model mora biti razumljiv i uključivati instrumente za evaluaciju koje mjere poboljšanje stavova, znanja, doživljaja diskriminacije itd.

7. Program treba ugraditi metode protiv sagorijevanja provoditelja programa.

8. Program se treba provoditi na nacionalnoj razini (21).

Nadalje, većina autora navodi tri strategije u borbi protiv stigme i diskriminacije, a to su edukacija, kontakt s predstavnicima stigmatizirajuće grupe i prosvjed.

Edukacija

Edukacija o bolesti uključuje informacije o psihičkoj bolesti kojima je cilj povećanje znanje i svijesti građana, s važnosti suprotstavljanja činjeničnih podataka s netočnim podacima vezanima uz stigmatu. Iako je povezanost psihičke bolesti i izvršavanja nasilja zanemarivo mala, javnost često psihičke bolesnike smatra nasilnima. Zato je iznimno važno informirati pučanstvo te predstaviti točne i provjerene informacije o psihički oboljelim osobama (21).

Kontakt s predstavnicima stigmatizirajuće grupe

Da se stigma smanjuje u izravnom kontaktu s bolesnikom, potvrdila su i istraživanja s policijom, srednjoškolcima i novinarima. Kontakt s oboljelima pruža mogućnost interpersonalnog kontakta kada u prvi plan dolazi osoba, a ne njezina dijagnoza. Kontakt može biti izravan (licem u lice), ili posredan (putem medija). Kontakt obično ima veći uspjeh ako uključuje statusnu jednakost, kooperativnu interakciju i institucionalnu potporu, učestali kontakt s pojedincima koji ne uvažavaju stereotipe i visok stupanj bliskosti (21).

Ako se, pak, u programe borbe protiv stigme uključuju i oboljeli, to mora biti isključivo dobrovoljno. Ako se bolesnici osjećaju prisiljenima sudjelovati i dijeliti osobne informacije drugim ljudima, to može napraviti više štete nego koristi i samo pojačati anksioznost i negativne misli. Stoga programi moraju paziti i na to da osobe budu dobro educirane za nošenje s takvim situacijama, kao i o selektivnom iznošenju informacija (21).

Prosvjed

Prosvjed ima za cilj medijima poslati poruku STOP prikazivanju netočnih i neprijateljskih informacija vezanih uz psihičke bolesti. Prosvjed je reaktivna strategija i prosvjedom se nastoji umanjiti negativne stavove o psihičkim bolestima, ali isti ne uspijeva potaknuti pozitivne stavove potkrijepljene činjenicama. Organiziran prosvjed može biti od koristi za

uvjerenja televizije i drugih medija da prestanu s prikazivanjem stigmatizirajućih programa i reklama. Prosvjedi koji se provode mogu sadržavati dvije poruke: jednu koja se odnosi na pogrešno predstavljanje psihičke bolesti, a drugu koja upućuje na negativna vjerovanja o psihičkim bolestima (21).

1.5. Sestrinska skrb za psihički oboljele osobe

Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi pojedinac sam obavljao kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje. To treba činiti na način da mu se pomogne postati neovisnim što je prije moguće. Psihijatrijskom medicinskom sestrom naziva se sestru zaposlenu na psihijatrijskom odjelu, a ona brine o duševnom i tjelesnom zdravlju bolesnika. Prema C.R.Lofstedu, neka od načela u radu psihijatrijske sestre su:

- Sestra mora gledati bolesnika kao osobu s mnoštvom potreba za komunikacijom i interakcijama,
- Sestra se usredotočuje na bolesnikov preostali potencijal i mogućnosti, a ne slabosti i nesposobnosti,
- Sestra prihvaća bolesnika kao jedinstveno ljudsko biće koje ima svoju vrijednost, itd. (15).

Proces zdravstvene njege psihijatrijskog bolesnika podrazumijeva logičan, racionalan i na znanju utemeljen pristup u otkrivanju i rješavanju bolesnikovih problema iz područja zdravstvene njege. Medicinska sestra koja radi s mentalno oboljelima, trebala bi pacijentima objasniti usluge, postupak i simptome dijagnostičko – terapijskih postupaka, slušati i savjetovati pacijenta, provoditi vrijeme s njime i predvidjeti njegove potrebe, ulijevali povjerenje, ali i očuvati vlastitu smirenost. U planiranju intervencija, sestra bi se trebala fokusirati na zdravi dio pacijentove ličnosti, a u tome kao vodilja mogu poslužiti sigurnost, briga, poštovanje i granice u odnosu pacijent – sestra (15).

Važno je i praćenje bolesnikova stanja kojim se procjenjuje ishod i tijek bolesti, kao i vođenje sestrinske dokumentacije. Sestrinska dijagnoza je mišljenje kojim sestra opisuje određeno ponašanje pojedinca ili grupe. Odnosi se na zdravstveno stanje ili aktualno/potencijalno promijenjen obrazac ponašanja kojeg sestra može identificirati i procijeniti postojanje potrebe za zdravstvenom njegom. Psihijatrijska sestra treba promatrati razinu pojedinih psihopatskih

stanja kao što su: agresivnost, anksioznost, osjećaj krivnje, perceptivni poremećaj, socijalna izolacija, strah i dr.(15).

Što se tiče dijagnostičko – terapijskih postupaka, uloga medicinske sestre je primjena medikamenata, edukacija pacijenta i obitelji, priprema bolesnika za EST, provođenje psihoterapije i socioterapije (15).

1.6. Pregled Domova za psihički oboljele osobe

U svrhu pisanja ovog završnog rada, poseban je naglasak stavljen na dva Doma za psihički oboljele odrasle osobe, od kojih je jedan na području Primorsko – goranske, a drugi na području Istarske županije. To su:

1. Dom Turnić – Dom za psihički bolesne odrasle osobe i

2. Dom Motovun – Dom za psihički bolesne odrasle osobe.

1.6.1. Dom Turnić

Odlukom resornog Ministarstva od 30. lipnja 2011.godine od Doma „Turnić“ odvojena je novoosnovana ustanova Dom za psihički bolesne odrasle osobe Delnice, a Podružnica Radočaj postala je Dislocirana jedinica Doma „Turnić“ te će kao takva funkcionirati sve do početka rada Doma Delnice. Ustanova zbrinjava 120 štićenika, od čega 83 na Turniću i 32 u Radočaju. O njima skrbi 53 radnika čija je osnovna djelatnost njega i briga o zdravlju odraslih osoba s mentalnim teškoćama (33).

Kako bi bili u korak sa standardima brige o osobama sa mentalnim teškoćama, aktivno rade na pokretanju projekta Dnevnog boravka te drugih oblika izvaninstitucionalne skrbi, a Dom Turnić danas nudi: uslugu smještaja, uslugu boravka te uslugu organiziranog stanovanja (33).

1.6.1.1. Usluga smještaja

Usluga smještaja u domu za odrasle osobe Turnić pruža se osobama s teškoćama mentalnog zdravlja kojima nije potrebno bolničko liječenje, ali im je potrebna njega i skrb druge osobe u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba jer se one ne mogu zadovoljiti izvaninstitucijskim uslugama. Dom Turnić pruža uslugu smještaja na lokaciji Giuseppea Carabina 6, Rijeka, za 70 odraslih osoba s mentalnim teškoćama (33).

Smještaj je socijalna usluga u sklopu koje se korisniku osigurava stanovanje, prehrana, njega, briga za zdravlje, socijalni rad, psihosocijalna rehabilitacija, fizikalna terapija, radna terapija, radne aktivnosti, aktivno provođenje vremena, odgoj i obrazovanje, ovisno o utvrđenim

željama i afinitetima korisnika. Smještaj se može priznati kao privremeni ili dugotrajni, tijekom svih dana u tjednu ili samo tokom pet radnih dana (33).

Privremeni smještaj priznaje se u kriznim situacijama, radi provođenja kraćih rehabilitacijskih programa. Dugotrajni smještaj priznaje se korisniku kojem je tijekom dužeg vremenskog perioda potrebno osigurati intenzivnu skrb i zadovoljavanje drugih životnih potreba. Dugotrajni smještaj u Domu za odrasle osobe Turnić priznaje se osobi s teškoćama mentalnog zdravlja sukladno dobi, vrsti i stupnju oštećenja kada nije moguće osigurati joj skrb u obitelji pružanjem odgovarajućih izvaninstitucijskih oblika skrbi (33).

1.6.1.2. Usluga boravka

Usluga boravka namijenjena je osobama s mentalnim poteškoćama kojima nije potreban dugotrajni smještaj u ustanovi, ali im je treba pomoć oko resocijalizacije, učenja vještina svakidašnjeg života, briga o svojem i tuđem zdravlju, primjenom individualiziranog pristupa potpore. Dom Turnić pruža uslugu boravka na adresi Josipa Završnika 2/1, Rijeka za 15 odraslih osoba s mentalnim teškoćama. Ova je socijalna usluga financirana od strane Grada Rijeke, Primorsko-goranske županije i Ministarstva socijalne politike i mladih. Dnevni boravak Doma Turnić radi radnim danima od 7.00 do 15.00 sati (33).

Boravak je socijalna usluga koja uključuje cjelodnevni i poludnevni boravak. Cjelodnevni boravak može trajati od šest do 10 sati, a poludnevni boravak od četiri do šest sati dnevno. Usluga boravka osigurava zadovoljavanje životnih potreba korisnika pružanjem usluga prehrane, održavanja osobne higijene, brige o zdravlju, čuvanja, odgoja, njege, radnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije, organiziranja slobodnog vremena, ovisno o utvrđenim potrebama i izboru korisnika. I cjelodnevni i poludnevni boravak mogu se priznati jedan dan u tjednu, više dana u tjednu ili tokom svih radnih dana u tjednu (33).

1.6.1.3. Usluga organiziranog stanovanja

Organizirano stanovanje je socijalna usluga kojom se jednoj ili više osoba tijekom 24 sata dnevno uz organiziranu privremenu ili stalnu pomoć stručne ili druge osobe, u stanu ili izvan stana, osiguravaju osnovne životne potrebe kao i socijalne, radne, kulturne, obrazovne, rekreacijske i druge potrebe. U jednoj stambenoj jedinici može stanovati najviše osam korisnika (33).

Dom Turnić pruža uslugu organiziranog stanovanja na 7 lokacija na području Rijeke i Gorskog kotara i to:

- Brod na Kupu, A.Starčevića 2,
- Delnice, S.S.Kranjčevića 1/a,
- Delnice, S.S. Kranjčevića 1/b,
- Mrkopalj, Jezero 7,
- Rijeka, J.Grabovška 6,
- Rijeka, Giuseppea Carabina 5,
- Rijeka, Šetalište Joakima Rakovca 17 (33).

Trenutno ovu uslugu u sklopu Doma za odrasle osobe Turnić koristi 30 korisnika. U svakoj zajednici organiziranog stanovanja pruža se razina i vrsta potrebne podrške koja je namijenjena potrebama svakog korisnika. Korištenjem ove usluge, korisnici koji su većinom bili dugi niz godina smješteni u instituciju postigli su visok stupanj oporavka te su funkcionalni na vrlo visokom stupnju (33).

1.6.2. Dom Motovun

Dom za odrasle osobe Motovun u Brkaču pravni je slijednik Doma umirovljenika Motovun. U kontinuitetu radi od 1954.godine, a osnovala ga je Vlada Republike Hrvatske. Dom, u sklopu stalnog smještaja, nudi usluge stanovanja, prehrane, održavanje osobne higijene, brigu o zdravlju, njegu, radne aktivnosti, psihosocijalnu rehabilitaciju, korištenje slobodnog vremena psihički bolesnim odraslim osobama. Ukupni kapacitet Doma u Brkaču je 89 mjesta: 48 u jedinici pojačane skrbi i njege i 41 u stambenoj jedinici. U Domu je smješteno sveukupno 89 korisnika (34).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja jest usporediti kvalitetu života mentalno oboljelih osoba koje koriste usluge stacioniranog smještaja s kvalitetom života osoba koje koriste usluge organiziranog stanovanja.

Specifičan je cilj istražiti jesu li mentalno oboljele osobe zadovoljne vlastitom kvalitetom života i svojim položajem u društvu sukladno usluzi stanovanja koju koriste.

U skladu s ciljem istraživanja, postavljene su dvije hipoteze:

1. Psihički oboljele osobe koje koriste usluge organiziranog stanovanja zadovoljnije su kvalitetom života od osoba koje su smještene u domu za psihički oboljele osobe.
2. Psihički oboljele osobe koje koriste usluge organiziranog stanovanja zadovoljnije su svojim položajem u društvu od osoba koje su stacionarno smještene u Dom.

3. MATERIJALI I METODE

Ispitivanje je provedeno metodom anketnog upitnika u periodu svibnja i lipnja 2021.godine, i to u direktnom kontaktu s korisnicima, a uz upitnik, korisnicima su date i Obavijest i Suglasnost za sudjelovanje u istraživanju, uz zamolbu da svaki korisnik ispuni anketu u svrhu izrade završnog rada. Anketni upitnici podijeljeni su korisnicima Doma za psihički bolesne odrasle osobe Turnić, ali ne svima, već onima koji koriste socijalnu uslugu organiziranog stanovanja. Dobiveni podaci o kvaliteti života uspoređivani su s kvalitetom života korisnika Doma Motovun (Dom za psihički bolesne odrasle osobe), i to korisnika koji su stacionarno smješteni u Dom. Anketni upitnik je anoniman, a sastoji se od tri dijela.

Kao anketni upitnik korišten je „Upitnik kvalitete života SZO-a (WHOQOL-BREF), program za mentalno zdravlje“. Drugi dio ispituje kvalitetu života. Sadrži 26 pitanja te uključuje subjektivnu procjenu kvalitete življenja, kulture, socijalne okoline i okruženja u kojem korisnik živi. Drugi upitnik sadrži Likertove ljestvice.⁴

Treći upitnik sastoji se od dvije numeričke skale koje sadrže po jedno pitanje. Jedna o subjektivnoj procjeni kvalitete života, a druga o subjektivnoj procjeni utjecaja bolesti na kvalitetu života. Upitnik je proširen pitanjem koje se tiče zadovoljstva integriteta u društveni život okoline.

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 60 ispitanika: 30 iz Doma Turnić (skupina koja predstavlja psihički oboljele osobe koje koriste usluge organiziranog stanovanja) i 30 iz Doma Motovun (skupina koja predstavlja psihički oboljele osobe trajno smještene u Ustanovi).

Prilikom prikupljanja podataka poštivana su usvojena etička načela koja podrazumijevaju tajnost podataka svakog ispitanika. Za provedbu istraživanja dobivena je suglasnost ravnateljica Doma Turnić i Doma Motovun.

Za analizu je korištena deskriptivna metoda obrade podataka, a u statističkoj analizi upotrijebljen je računalni program Microsoft Office Excel (verzija 10, Microsoft Corporation, SAD).

⁴ Likertova ljestvica – Najčešće primjenjivana ljestvice za mjerenje stavova. Razitak i upotrebu ljestvice 1932.godine razradio je Renis Likert. Likertova ljestvica sastavljena je najčešće od 15 do 20 tvrdnji, koje izražavaju pozitivan ili negativan stav prema nekom objektu stava. Svaka je tvrdnja popraćena sa pet mogućih odgovora. Njima se izražava stupanj slaganja, tj. neslaganja sa stavom koji je iznesen u tvrdnji (potpuno slaganje, slaganje, neodlučnost/neutralnost, neslaganje, potpuno neslaganje). Pojedinih kategorijama odgovora pridruženi su brojevi (bodovi), stav ispitanika izražava se zbrojem bodova na temelju odgovora koje je ispitanik odabrao. Zato se Likertova ljestvica naziva još i sumativna ljestvica. Što je taj zbroj veći, ispitanikov je stav prema objektu stava pozitivniji (35).

4. REZULTATI

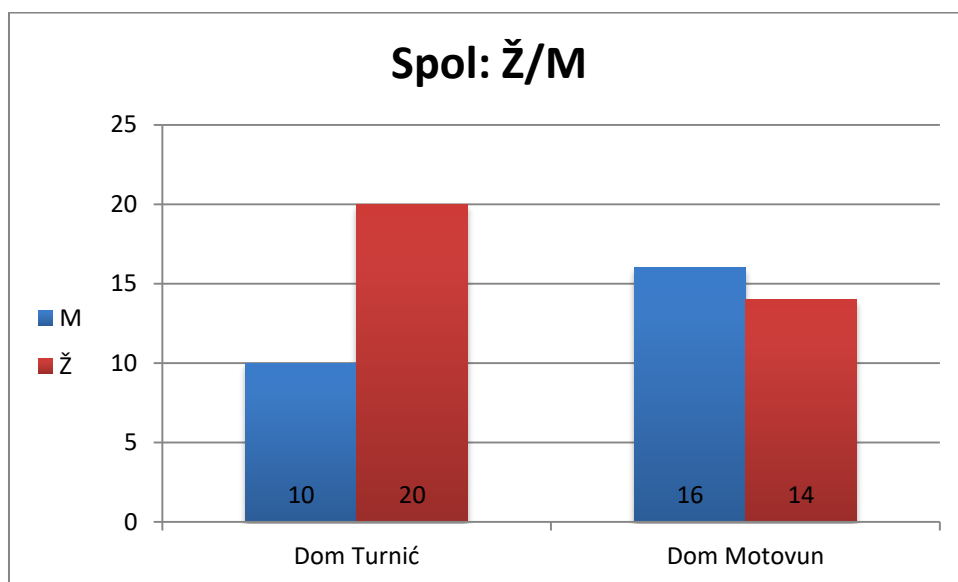
Istraživanje je provedeno anonimnim upitnikom namijenjenim za procjenu kvalitete života (WHOQOL - BREF), a ispitanicima je dat informirani pristanak koji su potpisali i tako dali svoju suglasnost za sudjelovanje u anketi.

1. SOCIODEMOGRAFSKI PODACI

1. PITANJE: Spol: Ž/M

U sklopu Doma Turnić anketu je ispunilo 30 ispitanika koji koriste uslugu organiziranog stanovanja, i to 67% žena i 33% muškaraca. I u Domu Motovun anketu je ispunilo 30 ispitanika, ali 53% muškaraca i 47% žena. Rezultati su prikazani u grafikonu br.3.

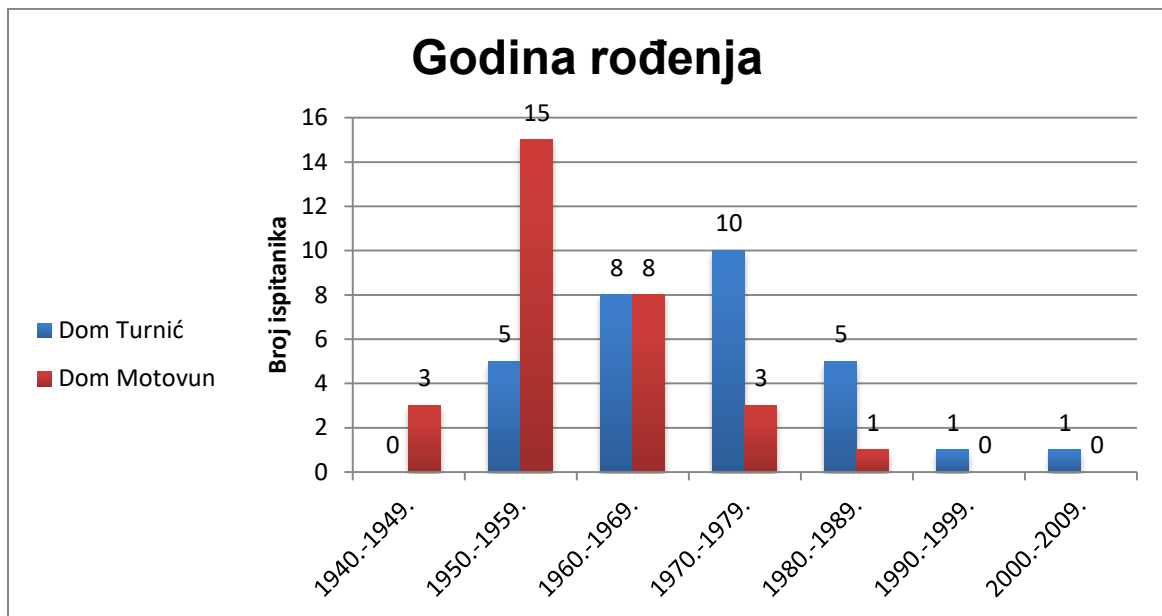
Grafikon 3. Prikaz po spolu



2. PITANJE: Godina rođenja

U 4.grafikonu prikazan je broj ispitanih prema godini rođenja. Vidljivo je da je najveći dio ispitanika koji koriste uslugu organiziranog stanovanja Doma Turnić (33,3%) rođeno u razdoblju od 1970.do 1979.godine, a najviše iapitanika Doma Motovun (50%) rođeno je u razdoblju od 1950.do 1959.godine.

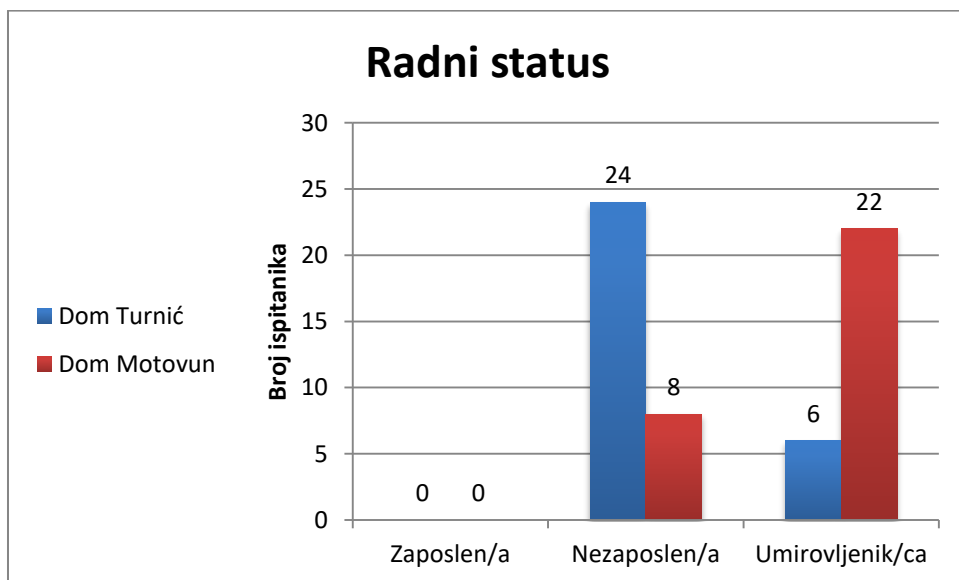
Grafikon 4. Prikaz po godini rođenja



3. PITANJE: Radni status

Od ispitanika u sklopu Doma Turnić 80% ih je nezaposleno, a 20% u mirovini, dok je u Domu Motovun 73% ispitanih korisnika umirovljeno, a 27% nezaposleno.

Grafikon 5. Prikaz po radnom statusu

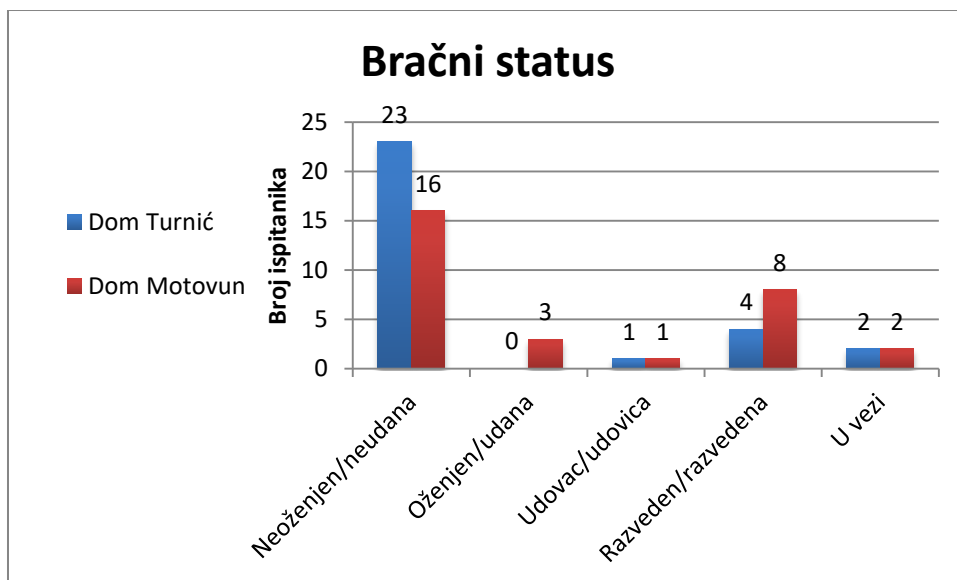


4. PITANJE: Bračni status

Od ispitanika organiziranog stanovanja, 77% njih navelo je kako nije u braku, a kod tri posto ispitanika bračni je drug preminuo. Nadalje, 13% ispitanih je razvedeno, dok je 7% u vezi.

Više od polovine ispitanih u Domu Motovun (53%) nije u braku, a kod tri posto ispitanih bračni je drug preminuo. Nadalje, 27% ispitanika je razvedeno, 7% u vezi te 10% u braku.

Grafikon 6. Prikaz bračnog statusa

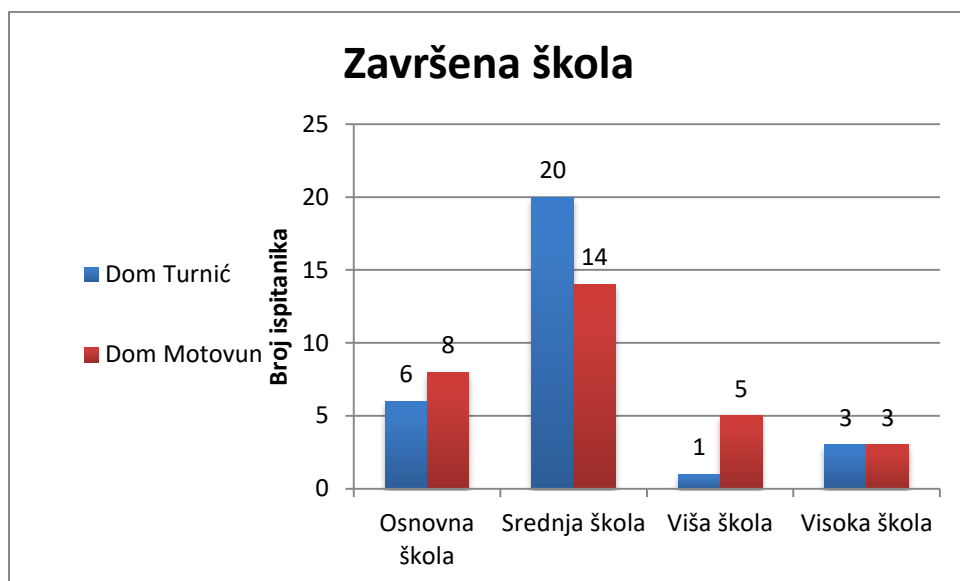


5. PITANJE: Školovanje

Na pitanje koji su stupanj obrazovanja stekli, 20% ispitanika u sklopu Doma Turnić navelo je kako ima završenu osnovnu, a 67% srednju školu. Tri posto istih završilo je višu, a 10% visoku školu.

Od trajno smještenih ispitanika Doma Motovun, 27% ispitanih ima završenu samo osnovnu, a 47% srednju školu. Višu školu završilo je 17% ispitanih, a visoku 10%.

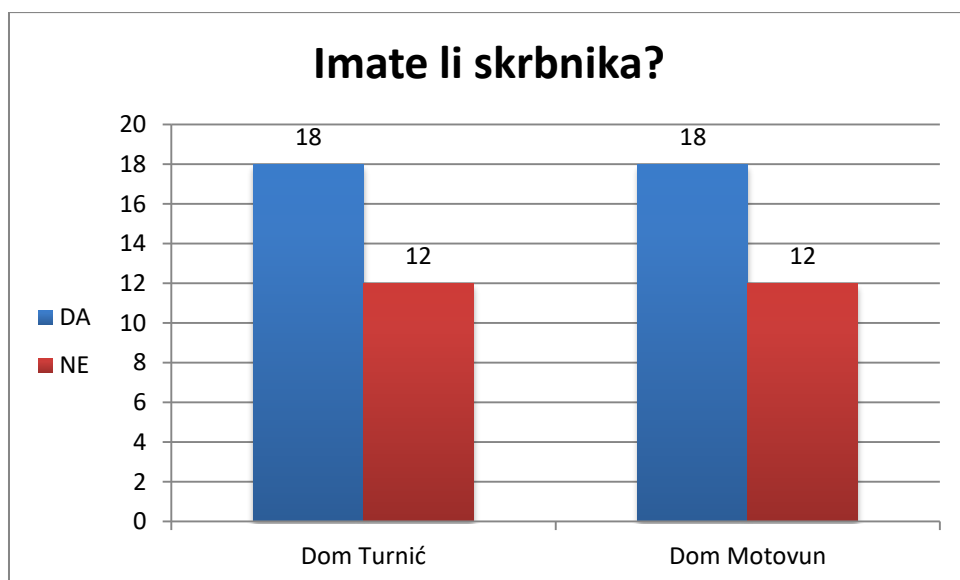
Grafikon 7. Prikaz po stupnju obrazovanja



6. PITANJE: Skrbništvo

Jednak broj ispitanika u Domu Turnić i Domu Motovun, odnosno 60% istih ima skrbnika, dok ostatak (40%) nema.

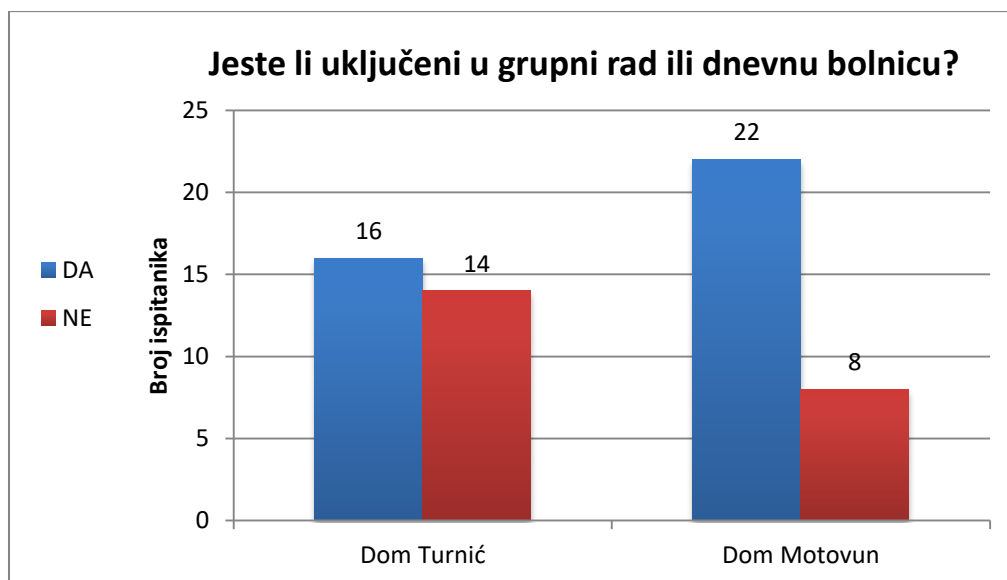
Grafikon 8. Prikaz po skrbništvu



7. PITANJE: Jeste li uključeni u grupni rad ili dnevnu bolnicu?

Više od polovice ispitanih korisnika organiziranog stanovanja (53%) izjavilo je kako sudjeluje u grupnom radu, odnosno dnevnoj bolnici, a 47% ne sudjeluje. Većina ispitanih u Domu Motovun također sudjeluje u grupnim aktivnostima, odnosno 73%, a 27% ne sudjeluje.

Grafikon 9. Angažman u grupnom radu/dnevnoj bolnici

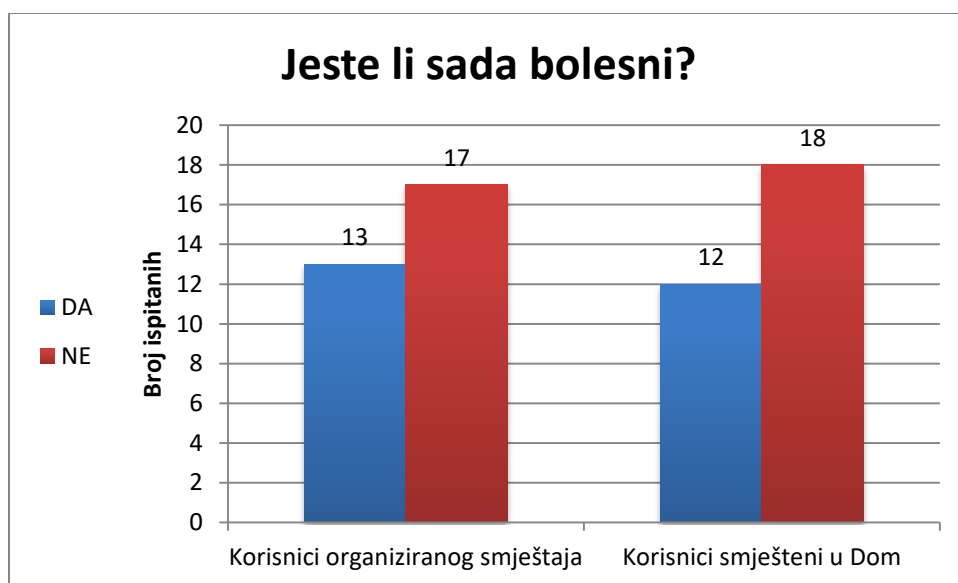


2. UPITNIK KVALITETE ŽIVOTA

„Jeste li sada bolesni?“

Na gore navedeno pitanje, 57% ispitanika iz Doma Turnić odgovorilo je kako trenutno nije bolesno, a 43% da jest. Nadalje, 60% ispitanih u Domu Motovun navodi da nije bolesno, a 40% da jest.

Grafikon 10. Prikaz prihvaćanja vlastite bolesti



1. PITANJE: Kakvom biste procijenili kvalitetu svog življenja?

Tri posto ispitanih u Domu Turnić, ali i Domu Motovun navelo je kako kvalitetu svog življenja smatra vrlo lošom, a isti postotak u obje navedene grupe svoju kvalitetu življenja smatra prilično lošom. Deset posto ispitanika koji koriste uslugu organiziranog stanovanja navodi kako kvaliteta življenja nije niti dobra niti loša, a više od polovice ispitanih (53%) svoje življenje smatra izrazito dobrim.

Trideset posto ispitanih u Domu Motovun svoju kvalitetu življenja ne smatra niti dobrom niti lošom, 27% prilično dobrom, a 37% vrlo dobrom.

Grafikon 11. Prikaz procjene kvalitete vlastitog življenja



2. PITANJE: Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?

Na pitanje „Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?“ isti su rezultati dobiveni i kod ispitanika Doma Turnić i Motovun: tri posto ispitanika navelo je kako im je zdravlje vrlo loše, a 7% prilično loše. Nadalje, 23% ispitanih korisnika organiziranog stanovanja izjavilo je da im zdravlje nije niti dobro niti loše, dok je 37% svoje zdravlje ocijenilo poprilično dobrim. Vrlo dobrim svoje zdravlje smatra 30% ispitanih.

Trideset posto ispitanika smještenih u Dom navodi kako im zdravlje nije dobro ni loše, 27% kaže da je ono poprilično dobro, a 37% vrlo dobro.

Grafikon 12. Prikaz zadovoljstva vlastitim zdravljem

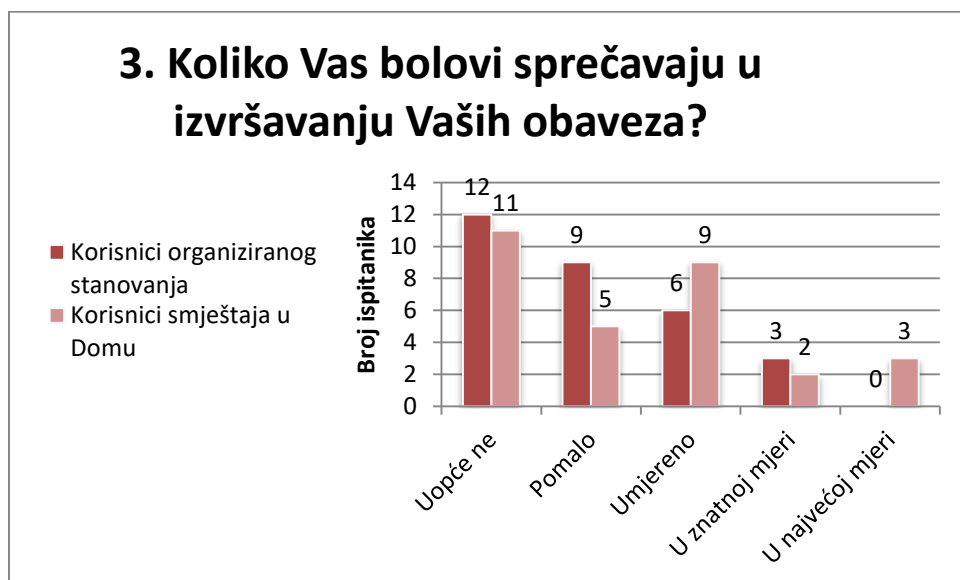


3. PITANJE: Koliko Vas bolovi sprječavaju u izvršavanju Vaših obaveza?

Četrdeset posto ispitanih korisnika organiziranog smještaja navodi kako ih bolovi uopće ne sprječavaju u izvršavanju svakodnevnih obaveza, a za drugih 30% bolovi pomalo utječu. Bolovi umjereno utječu na izvršavanje obaveza kod 20% ispitanika, a u znatnoj mjeri kod 10%.

Za 36% ispitanih korisnika Doma Motovun bolovi uopće nisu otežavajući faktor u izvršavanju obaveza, dok za 30% pomalo. Bolovi umjereno utječu na izvršavanje obaveza kod 20% ispitanih, u znatnoj mjeri kod 7%, a u najvećoj kod 10%.

Grafikon 13. Prikaz stupnja u kojem bolovi sprječavaju izvršavanje obaveza



4. PITANJE: Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?

Na gore navedeno pitanje, 30% ispitanih korisnika organiziranog stanovanja navelo je kako im medicinski tretman uopće nije potreban u svakodnevnom životu, a za 10% ispitanih pomalo je potreban. Umjereno je potreban kod 30% ispitanih, u znatnoj mjeri kod 27%, a u najvećoj mjeri kod tek 3%.

Trinaest posto ispitanih u Domu Motovun izjavilo je kako im medicinski tretman u svakodnevnom životu uopće nije potreban, a za 17% ispitanih isti je potreban pomalo. Umjereno je potreban za 37% ispitanih, u znatnoj mjeri za 20%, a u najvećoj za 13% ispitanih.

Grafikon 14. Prikaz potrebe za nekim medicinskim tretmanom u svakidašnjem životu

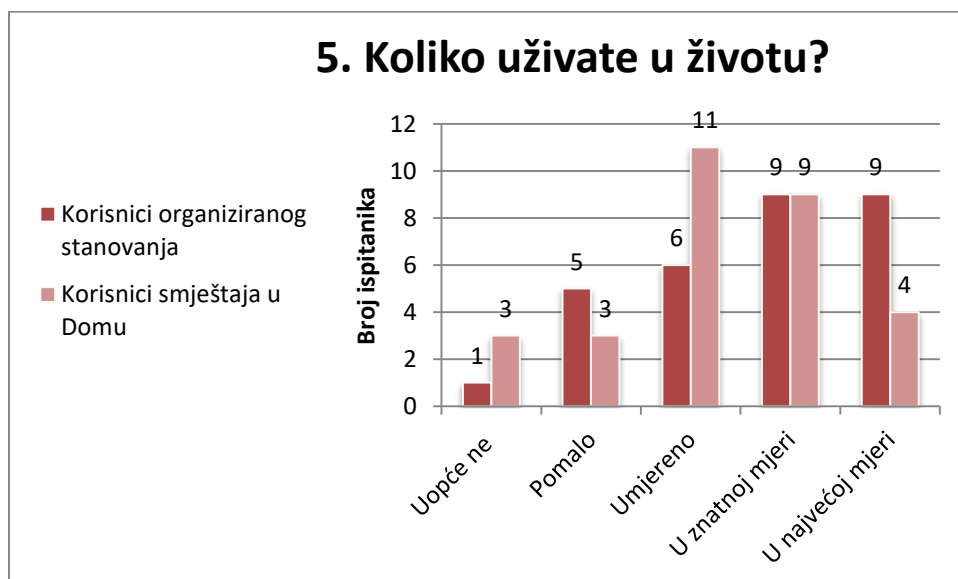


5. PITANJE: Koliko uživate u životu?

Rezultati dobiveni anketiranjem ispitanika koji koriste usluge organiziranog stanovanja dokazali su sljedeće: 3% ispitanih uopće ne uživa u životu, 17% pomalo uživa, 20% uživa umjereno, 30% u znatnoj mjeri, a isto toliko u najvećoj mjeri.

Deset posto ispitanih korisnika Doma Motovun izjavilo je kako uopće ne uživa u životu, isto toliko pomalo uživa, a 37% umjereno uživa u životu. U znatnoj mjeri u čarima života uživa 30% ispitanih, a u najvećoj mjeri tek 13%.

Grafikon 15. Prikaz stupnja uživanja u životu

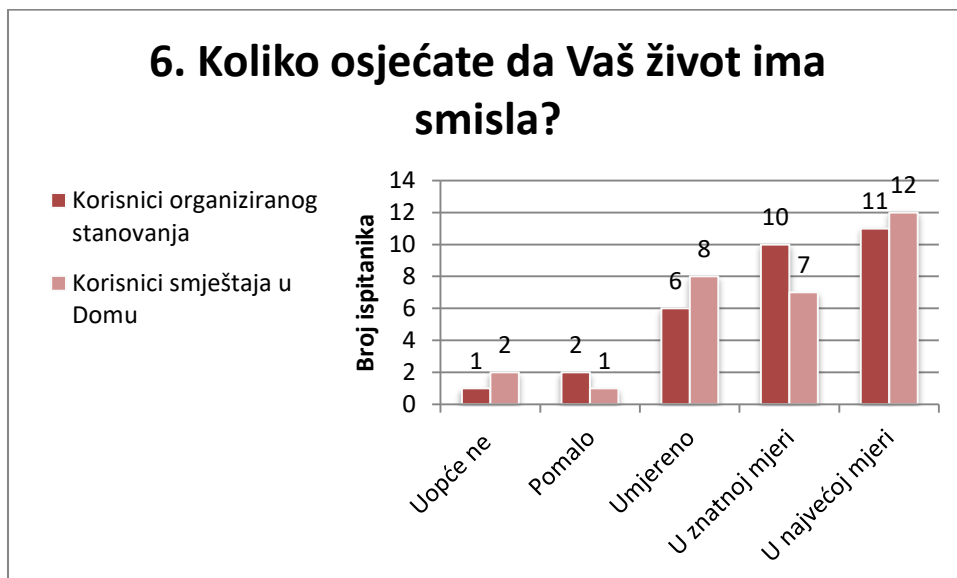


6. PITANJE: Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?

Za 3% ispitanih korisnika organiziranog stanovanja život uopće nema smisla, dok za 7% ima pomalo smisla. Nadalje, umjereni smisao u životu pronalazi 20% ispitanih, a u znatnoj mjeri život ima smisla za 33% ispitanih. Trideset sedam posto ispitanih osjeća da njihov život ima smisla u najvećoj mjeri.

Kod ispitanih korisnika Doma Motovun dobiveni su sljedeći rezultati: 7% ispitanika uopće ne uživa u životu, 3% uživa pomalo, 27% umjereno, 23% u znatnoj mjeri, a 40% u najvećoj mjeri.

Grafikon 16. Prikaz subjektivnog osjećaja smisla života

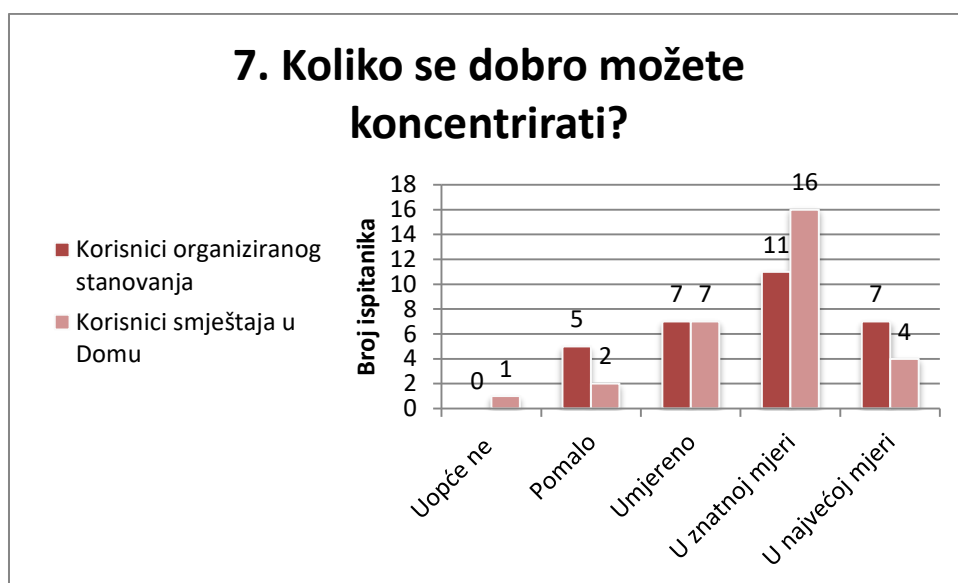


7. PITANJE: Koliko se dobro možete koncentrirati?

Ispitanici koji koriste usluge organiziranog smještaja odgovorili su na pitanje o mogućnosti koncentracije. Niti jedan ispitanik nije naveo da se uopće ne može koncentrirati, a 17% njih navelo je kako se pomalo mogu koncentrirati. Umjereno se može koncentrirati 23% ispitanih, 37% u znatnoj mjeri, a 23% u najvećoj mogućoj mjeri.

Rezultati kod ispitanika motovunskog Doma dokazali su sljedeće: 7% ispitanih se uopće ne može koncentrirati, 3% može pomalo, 27% umjereno, 23% u znatnoj mjeri i 40% u najvećoj mjeri.

Grafikon 17. Prikaz stupnja mogućnosti koncentracije



8. PITANJE: Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?

Nitko od ispitanika koji koriste organizirani smještaja nije naveo kako se uopće ne osjeća sigurno u svakodnevnom životu, dok se 10% anketiranih smatra pomalo sigurnima. Dvadeset posto ispitanih osjeća se umjereno sigurnima, 43% u znatnoj mjeri, a 30% u najvećoj mjeri.

U Domu Motovun, 10% ispitanih uopće se ne osjeća sigurno, a 7% pomalo sigurno. Umjereno sigurnima osjeća se 17% ispitanih, a 43% osjeća sigurnost u znatnoj mjeri. Dvadeset tri posto ispitanih osjeća se fizički sigurno u najvećoj mjeri.

Grafikon 18. Prikaz stupnja osjećaja fizičke sigurnosti u svakidašnjem životu



9. PITANJE: Koliko je zdrav Vaš okoliš?

Na pitanje „Koliko je zdrav Vaš okoliš?“, tri posto ispitanih korisnika organiziranog stanovanja navelo je kako njihov okoliš uopće nije zdrav, 7% reklo je kako je on pomalo zdrav, a 17% ispitanika okoliš smatra umjereno zdravim. Prema 47% ispitanika, okoliš je zdrav u znatnoj mjeri, a za 27% njih u najvećoj mjeri.

Rezultati dobiveni anketom koju su ispunjavali ispitanici Doma Motovun dokazali su sljedeće: 10% ispitanih navelo je kako okoliš uopće nije zdrav, 3% reklo je kako je pomalo zdrav, a za 27% ispitanih on je umjereno zdrav. Za 40% ispitanih okoliš je zdrav u znatnoj mjeri, dok je prema mišljenju preostalih 20% zdrav u izuzetnoj mjeri.

Grafikon 19. Prikaz stupnja zadovoljstva zdravljem okoliša

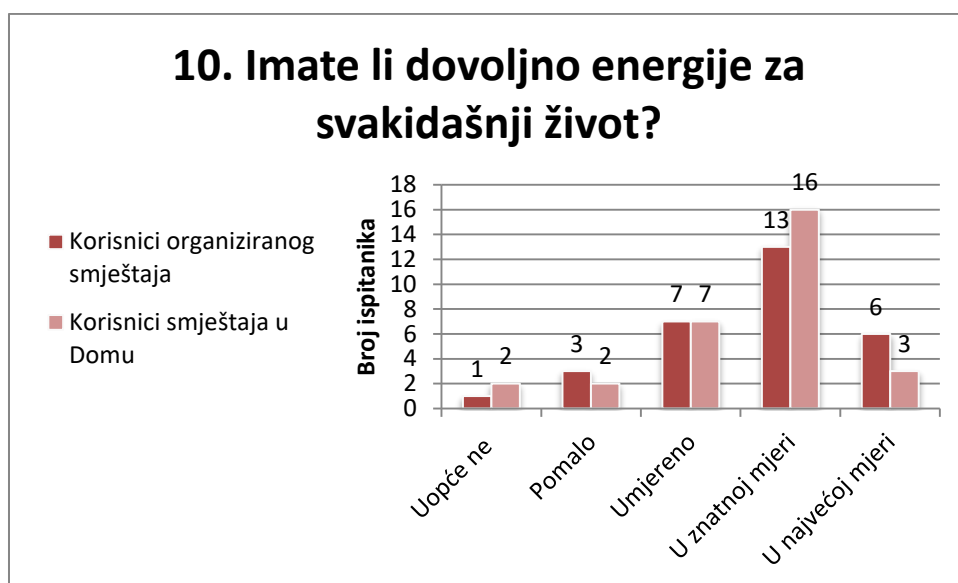


10. PITANJE: Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?

Na ovo pitanje kod ispitanika Doma Turnić dobiveni su sljedeći rezultati: tri posto ispitanih navelo je kako uopće nema energije za svakodnevni život, 10% ima pomalo energije, 23% umjereno ima energije, 43% ima energije u znatnoj mjeri, a 20% u najvećoj.

Sedam posto ispitanih u Domu Motovun navelo je kako uopće nema energije za svakodnevni život, a isto toliko ima pomalo energije. Umjereno energije za svaki dan ima ukupno 23% ispitanih, a u znatnoj mjeri 53%. Deset posto ispitanika motovunskog Doma ima maksimalno puno energije za obavljanje svakodnevnih aktivnosti.

Grafikon 20. Prikaz stupnja energije potrebne za svakidašnji život

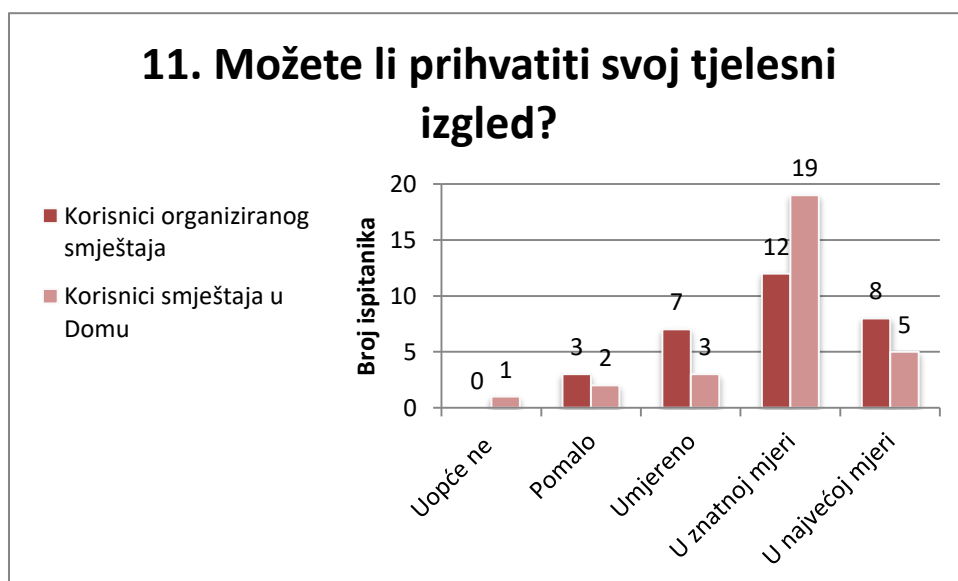


11. PITANJE: Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?

Nijedan ispitanik koji koristi organizirano stanovanje nije naveo kako uopće ne prihvaća svoj izgled, ali je tek 10% njih izjavilo kako pomalo prihvaća svoj izgled. Dvadeset tri posto ispitanih umjereno prihvaća svoj izgled, a 40% u znatnoj mjeri. U najvećoj mjeri svoj izgled prihvaća 20% ispitanih.

Tek tri posto ispitanih u Domu Motovun uopće ne prihvaća svoj fizički izgled, 7% pomalo prihvaća, a 10% umjereno. U znatnoj mjeri izgled može prihvatiti 63% ispitanika, a u najvećoj mjeri 17%.

Grafikon 21: Prikaz stupnja prihvaćanja vlastitog tjelesnog izgleda



12. PITANJE: Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?

Trinaest posto ispitanika koji koriste usluge organiziranog stanovanja navelo je kako uopće nema dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba, 23% pomalo ima novca, a 30% umjereno. Trideset posto ispitanih navodi da umjereno ima novca, 20% u znatnoj, a 13% u najvećoj mjeri.

Ispitanici Doma Motovun naveli su sljedeće: 7% njih uopće nema dovoljno novca, 23% pomalo ima novca, 20% ima umjereno dovoljno novca, 30% u znatnoj mjeri i 20% u najvećoj mogućoj mjeri. svoji

Grafikon 22. Prikaz stupnja zadovoljstva količinom novca



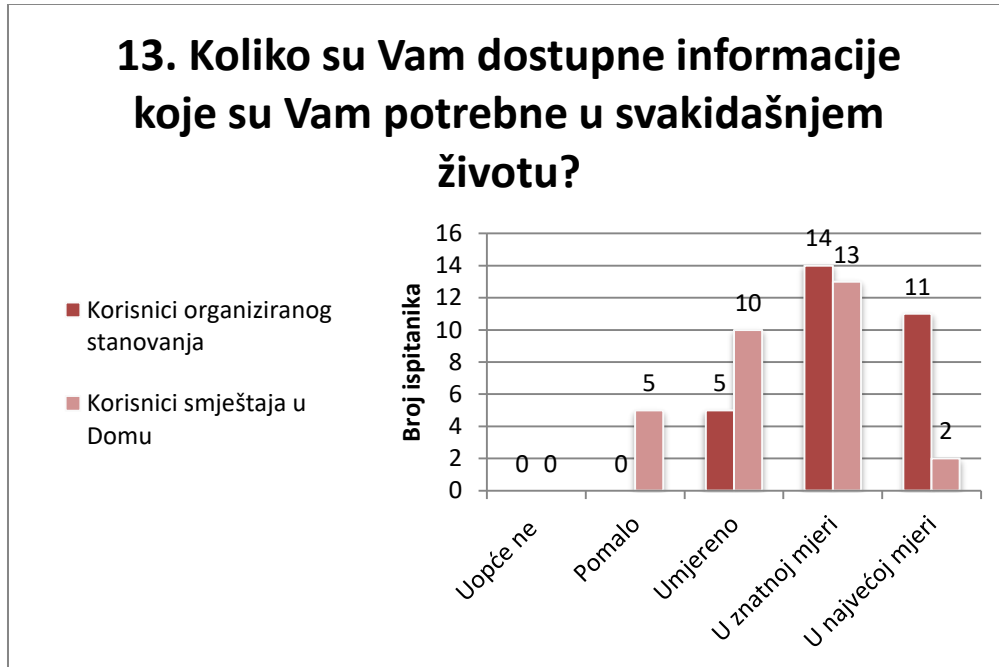
13. PITANJE: Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?

Rezultati dobiveni anketiranjem ispitanika obje skupine podudaraju se u navodu kako nema ispitanika kojima nisu dostupne informacije potrebne za svakodnevni život. Nadalje, niti jedan ispitanik koji koristi organizirano stanovanje nije naveo kako su mu neke informacije pomalo dostupne, a 7% ispitanika reklo je kako su im umjereno dostupne željene informacije. Gotovo polovica (47%) ispitanih korisnika organiziranog stanovanja kazalo je kako su im informacije dostupne u znatnoj mjeri, a 37% u najvećoj mogućoj mjeri.

Nadalje, kod ispitanih smještenika u Domu Motovun, rezultati su sljedeći: sedamnaest posto ispitanika navelo je kako su im svakodnevne informacije pomalo dostupne, 33% u umjerenj,

a 43% u znatnoj mjeri. U najvećoj željenoj mjeri informacije su dostupne tek za 7% ispitanika motovunskog Doma.

Grafikon 23. Prikaz stupnja zadovoljstva informacijama potrebnima za svakidašnji život

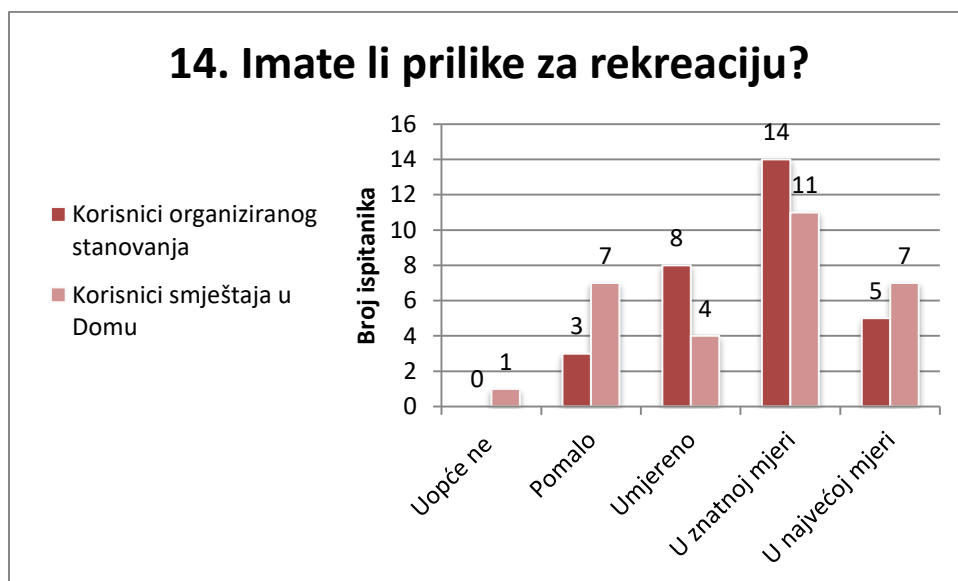


14. PITANJE: Imate li prilike za rekreaciju?

Nijedan ispitanik organiziranog smještaja nije naveo kako uopće nema priliku za rekreiranje, dok njih 10% pomalo ima priliku. Dvadeset sedam posto ispitanih navodi kako umjereno ima priliku za rekreaciju, 47% u znatnoj, a 17% u najvećoj mogućoj mjeri.

Tri posto ispitanih korisnika Doma Motovun navelo je kako uopće nema priliku za rekreaciju, 23% pomalo ima priliku, 47% u znatnoj mjeri i 23% u najvećoj mogućoj mjeri.

Grafikon 24. Prikaz stupanj zadovoljstva mogućnostima rekreacije



15. PITANJE: Koliko se možete kretati uokolo?

Nijedan od ispitanika u obje ispitivane grupe nije naveo kako se uopće ne može kretati uokolo, što dokazuje da štićenici obe Ustanove imaju slobodu i mogućnost kretanja. Nadalje, tri posto ispitanika koji koriste usluge organiziranog stanovanja navodi da se pomalo može kretati uokolo, 13% u umjerenom, a 47% u znatnoj mjeri. U najvećoj mjeri uokolo se može kretati 37% ispitanika.

Deset posto ispitanika Doma Motovun navelo je kako se pomalo može kretati uokolo, 37% njih to može umjereno, a isto toliko i u znatnoj mjeri. U najvećoj mjeri uokolo se može kretati 17% ispitanika.

Grafikon 25. Prikaz stupnja zadovoljstva mogućnostima kretanja uokolo



16. PITANJE: Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?

Na pitanje o zadovoljstvu snom, kod ispitanika koji koriste organizirano stanovanje dobiveni su sljedeći rezultati: 7% ispitanika uopće nije zadovoljno spavanjem, 13% je pomalo zadovoljno, 10% umjereno, 30% u znatnoj, a 40% u najvećoj mogućoj mjeri.

Ispitanici smješteni u Domu Motovun u anketi su naveli sljedeće: snom uopće nije zadovoljno 3% ispitanih, a isto toliko njih pomalo je zadovoljno kvalitetom sna. Trinaest posto ispitanih umjereno je zadovoljno spavanjem, a 37% u znatnoj mjeri, dok je 43% ispitanika zadovoljno u znatnoj mjeri.

Grafikon 26. Prikaz stupnja zadovoljstva spavanjem

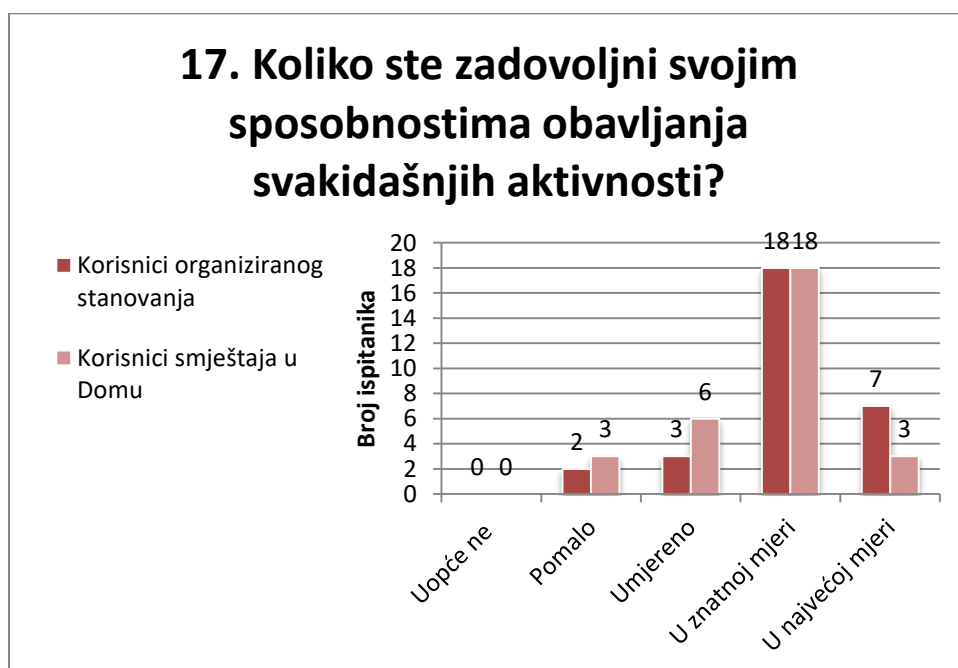


17. PITANJE: Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?

Što se tiče odgovora ispitanika koji koriste usluge organiziranog stanovanja, nitko nije naveo kako uopće nije zadovoljan svojim sposobnostima obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Sedam posto ispitanih naveo je kako je pomalo zadovoljno, a 10% umjereno zadovoljno sposobnostima obavljanja svakodnevnih aktivnosti. U znatnoj mjeri zadovoljno je 60%, a u najvećoj 23% ispitanih.

Nijedan ispitanik korisnik smješten u Dom nije naveo kako uopće nije zadovoljan svojim sposobnostima obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Deset posto ispitanih kaže kako je pomalo zadovoljno, a 20% je umjereno zadovoljno. U znatnoj mjeri svojim sposobnostima obavljanja svakodnevnih aktivnosti je 60% ispitanika, a u najvećoj mogućoj 10%.

Grafikon 27. Prikaz stupnja zadovoljstva obavljanja svakidašnjih aktivnosti



18. PITANJE: Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?

Anketiranje ispitanika koji koriste uslugu organiziranog stanovanja dokazalo je sljedeće: 23% ispitanih uopće nije zadovoljno svojim radnim sposobnostima, 17% pomalo je zadovoljno, 30% umjereno, 27% u znatnoj, a 3% u najvećoj mogućoj mjeri.

Nadalje, 3% ispitanika Doma Motovun navelo je kako uopće nije zadovoljno svojim radnim sposobnostima, 20% ispitanika pomalo je zadovoljna, 30% umjereno, isto toliko u znatnoj, a 17% u najvećoj mjeri.

Grafikon 28. Prikaz stupnja zadovoljstva svojim radnim sposobnostima



19. PITANJE: Koliko ste zadovoljni sobom?

Tri posto ispitanika koji koriste usluge organiziranog stanovanja izjavilo je kako je pomalo zadovoljno sobom, a 33% umjereno. U znatnoj mjeri sobom je zadovoljno 37% ispitanika, a u najvećoj 27%.

Dvadeset sedam posto ispitanih korisnika Doma Motovun navelo je kako je umjereno zadovoljno sobom, 47% zadovoljno je sobom u znatnoj mjeri, a 27% u najvećoj mogućoj mjeri.

Grafikon 29. Prikaz stupanja zadovoljstva samih sobom



20. PITANJE: Koliko ste zadovoljni odnosima s bliskim osobama?

Na pitanje koliko su zadovoljni odnosima s bliskim osobama, ispitani korisnici organiziranog stanovanja odgovorili su na sljedeći način: 10% uopće nije zadovoljno, 13% pomalo je zadovoljno, 23% umjereno je zadovoljno, 20% zadovoljno je u znatnoj mjeri, a 33% u najvećoj mjeri.

S druge strane, nijedan ispitanik u Domu Motovun nije naveo kako uopće nije zadovoljan odnosima s bliskim osobama, a 13% je pomalo zadovoljno. Deset posto ispitanih umjereno je zadovoljno, 33% u znatnoj mjeri, a 43% u najvećoj mogućoj mjeri.

Grafikon 30. Prikaz stupnja zadovoljstva odnosima s bliskim osobama

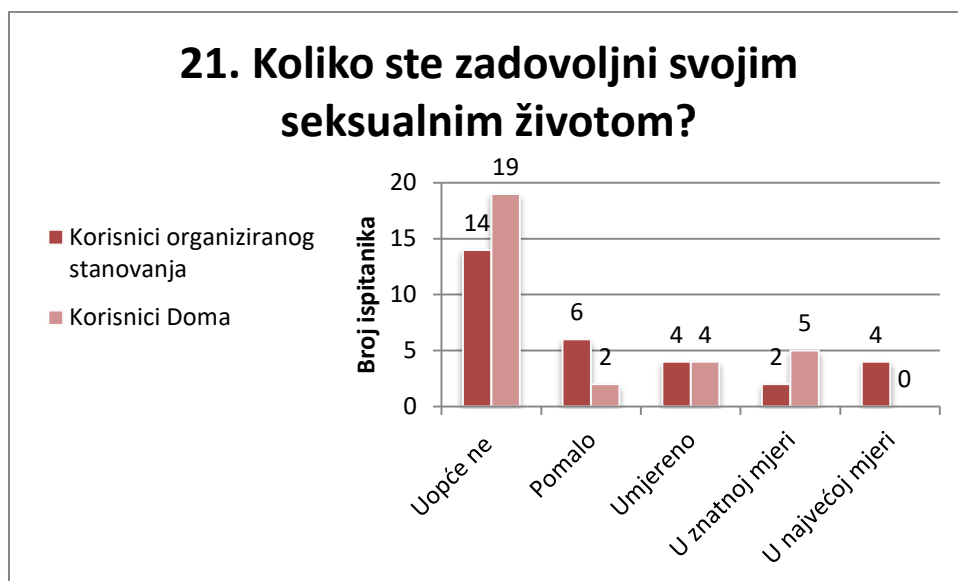


21. PITANJE: Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?

Gotovo polovina (točnije, 47%) ispitanih korisnika organiziranog stanovanja, navelo je kako uopće nije zadovoljno svojim seksualnim životom, a 20% pomalo je zadovoljno. Trinaest posto ispitanih umjereno je zadovoljno, 7% u znatnoj, a 23% u najvećoj mjeri.

U Domu Motovun, 63% ispitanih navelo je kako uopće nije zadovoljno spolnim životom, 7% pomalo je zadovoljno, 13% umjereno je zadovoljno, a 17% u seksualnim aktivnostima uživa u znatnoj mjeri. U Domu Motovun nitko od ispitanih nije u potpunosti zadovoljan svojim seksualnim životom.

Grafikon 31. Prikaz stupnja zadovoljstva seksualnim životom

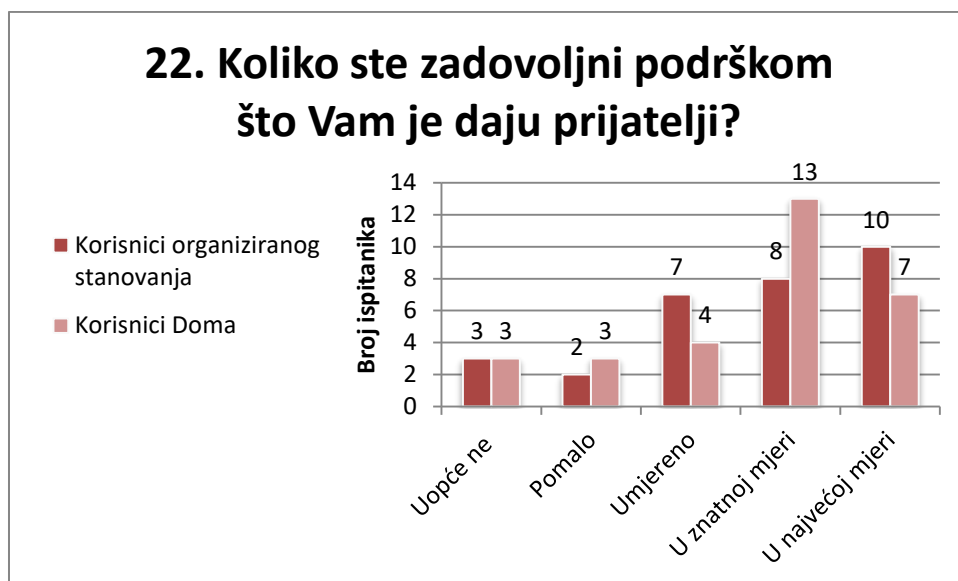


22. PITANJE: Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju prijatelji?

Deset posto ispitanika u obje ispitivane grupe navelo je kako uopće nije zadovoljno podrškom prijatelja. Sedam posto ispitanika iz Doma Turnić kazalo je kako je pomalo zadovoljno istom, a 23% je umjereno zadovoljno. Podrškom prijatelja u znatnoj mjeri zadovoljno je 27% ispitanih koji koriste usluge organiziranog stanovanja, a u najvećoj mjeri 33%.

U Domu Motovun, 10% ispitanih pomalo je zadovoljno podrškom prijatelja, 13% umjereno zadovoljno, 43% u znatnoj, a 33% u najvećoj mjeri.

Grafikon 32. Prikaz stupnja zadovoljstva podrškom koju pružaju prijatelji

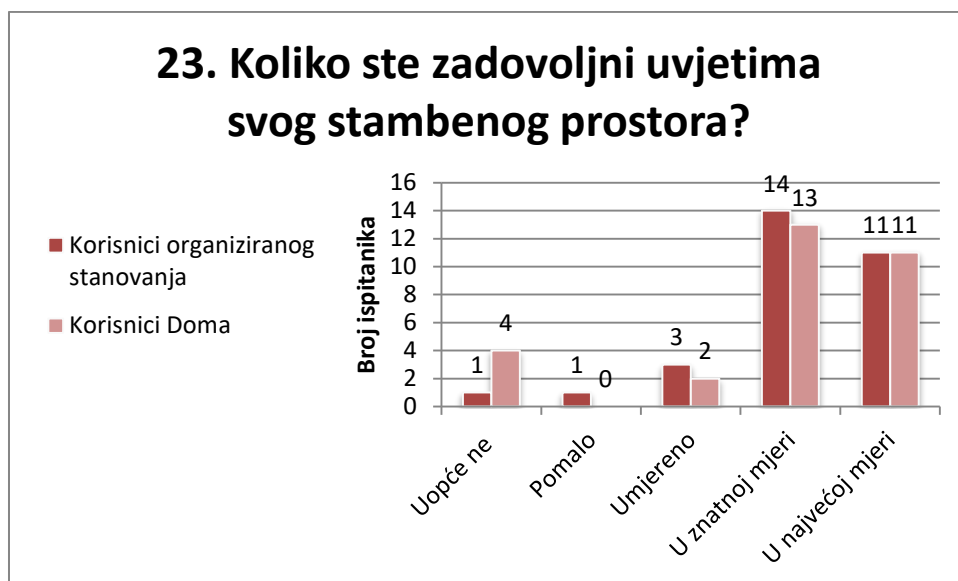


23. PITANJE: Koliko ste zadovoljni uvjetima stambenog prostora?

Tri posto ispitanika koji koriste usluge organiziranog stanovanja kazalo je kako uopće nije zadovoljno uvjetima stambenog prostora, a isto isti postotak ispitanika je pomalo zadovoljan istim. Prostornim uvjetima je umjereno zadovoljno 10% ispitanika, 47% u znatnoj mjeri, a 37% ispitanika je zadovoljno u najvećoj mogućoj mjeri.

Trinaest posto ispitanika iz Doma Motovun navelo je kako uopće nije zadovoljno uvjetima stambenog prostora, a 7% ispitanih umjereno je zadovoljno. Nadalje, 43% ispitanih je u znatnoj mjeri zadovoljno stambenim prostorom, a 37% ispitanih zadovoljno je u najvećoj mjeri.

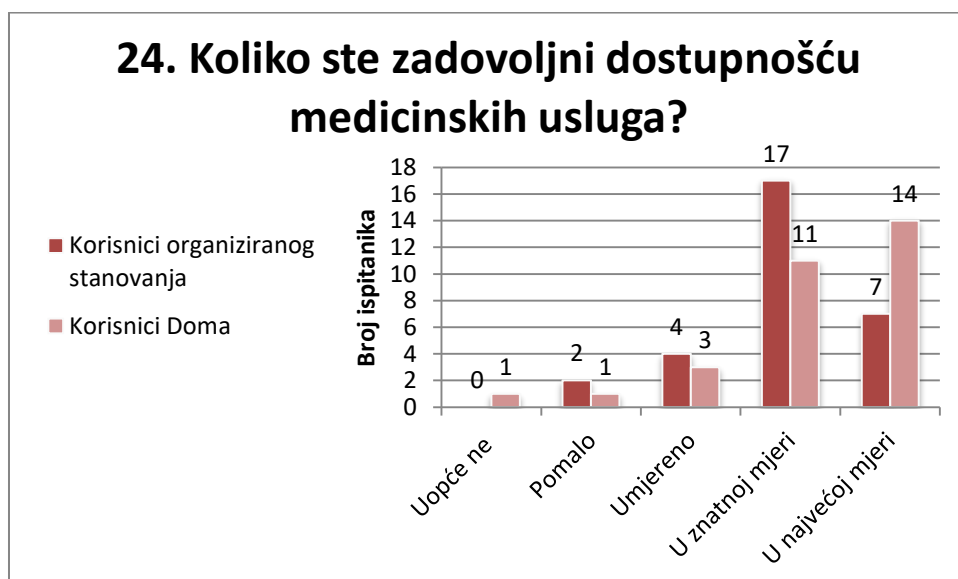
Grafikon 33. Prikaz stupnja zadovoljstva uvjetima stambenog prostora



24. PITANJE: Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?

Nitko od ispitanika koji koriste usluge organiziranog stanovanja nije naveo kako uopće nije zadovoljan dostupnošću medicinskih usluga, a 7% ispitanih navelo je kako je samo pomalo zadovoljno, dok je 13% ispitanih umjereno zadovoljno. U znatnoj mjeri medicinskim uslugama zadovoljno je 47% ispitanika, a u najvećoj mjeri njih 57%.

Grafikon 34. Prikaz stupnja zadovoljstva dostupnošću medicinskih usluga



25. PITANJE: Stupanj zadovoljstva prijevoznim sredstvima?

Tri posto ispitanih korisnika organiziranog stanovanja kazalo je kako uopće nije zadovoljno svojim prijevoznim sredstvima, a 7% ispitanika pomalo je zadovoljno. Umjereno zadovoljstvo prijevoznim sredstvima iskazalo je 13% ispitanih, polovica ispitanih (50%) zadovoljno je u znatnoj mjeri, a 27% ispitanih u najvećoj mjeri.

Prijevoznim sredstvima uopće nije zadovoljno 13% ispitanika smještenih u Domu Motovun, dok je isti postotak ispitanih pomalo zadovoljan. Umjereno je zadovoljno ukupno 23% ispitanika, u znatnoj mjeri 33%, a u najvećoj mjeri 17% ispitanih.

Grafikon 35. Prikaz stupnja zadovoljstva vlastitim prijevoznim sredstvima

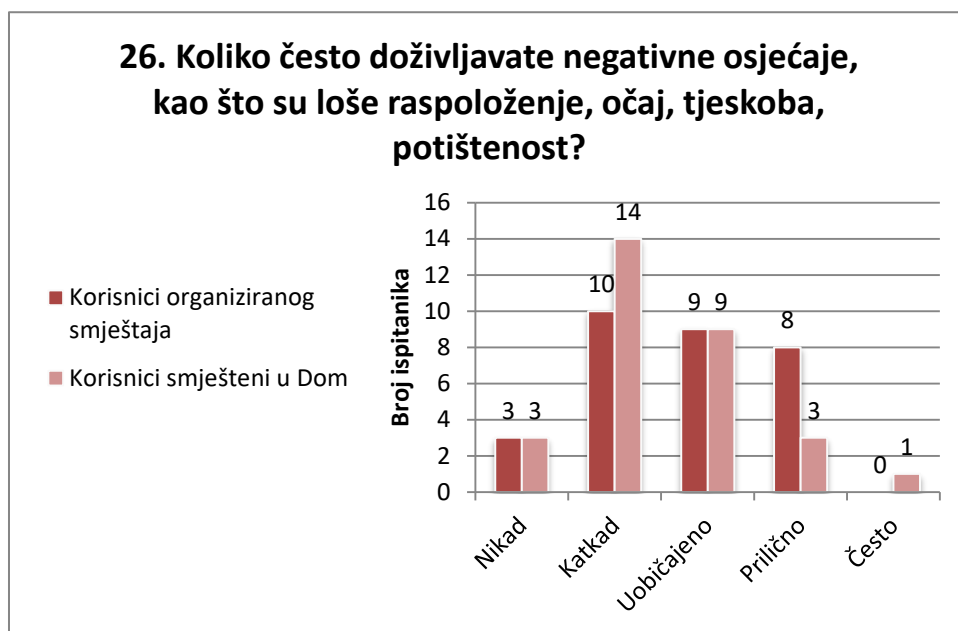


26. PITANJE: Koliko često doživljavate negativne osjećaje, kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?

Jednak postotak ispitanika (10%) u obje ispitivane grupe naveo je kako nikad ne doživljava negativne osjećaje poput lošeg raspoloženja, tjeskobe i dr. Kod ispitanika koji koriste organizirano stanovanje ti se osjećaji katkad javljaju kod 33% ispitanika, a uobičajeno kod 30% ispitanih. Nadalje, negativne osjećaje u stambenoj zajednici prilično često doživljava 27% ispitanih, a nijedan ispitanik te osjećaje ne doživljava često.

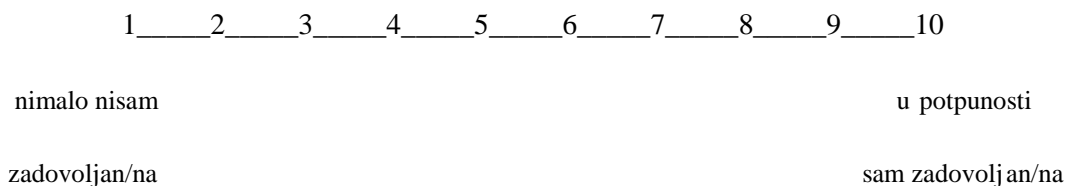
Gotovo polovina (47%) ispitanika koji borave u Domu Motovun katkad osjeća naveden negativne osjećaje, a 30% istih doživljava ih uobičajeno. Deset posto ispitanika doživljava ih prilično, a samo 3% često.

Grafikon 36. Prikaz stupnja subjektivnog doživljavanja negativnih osjećaja



Mjera subjektivne kvalitete života

1. PITANJE: Koliko ste zadovoljni svojim životom?



Ispitanici su bili zamoljeni da označe broj koji najbolje opisuje zadovoljstvo vlastitim životom. Dobiveni rezultati su sljedeći:

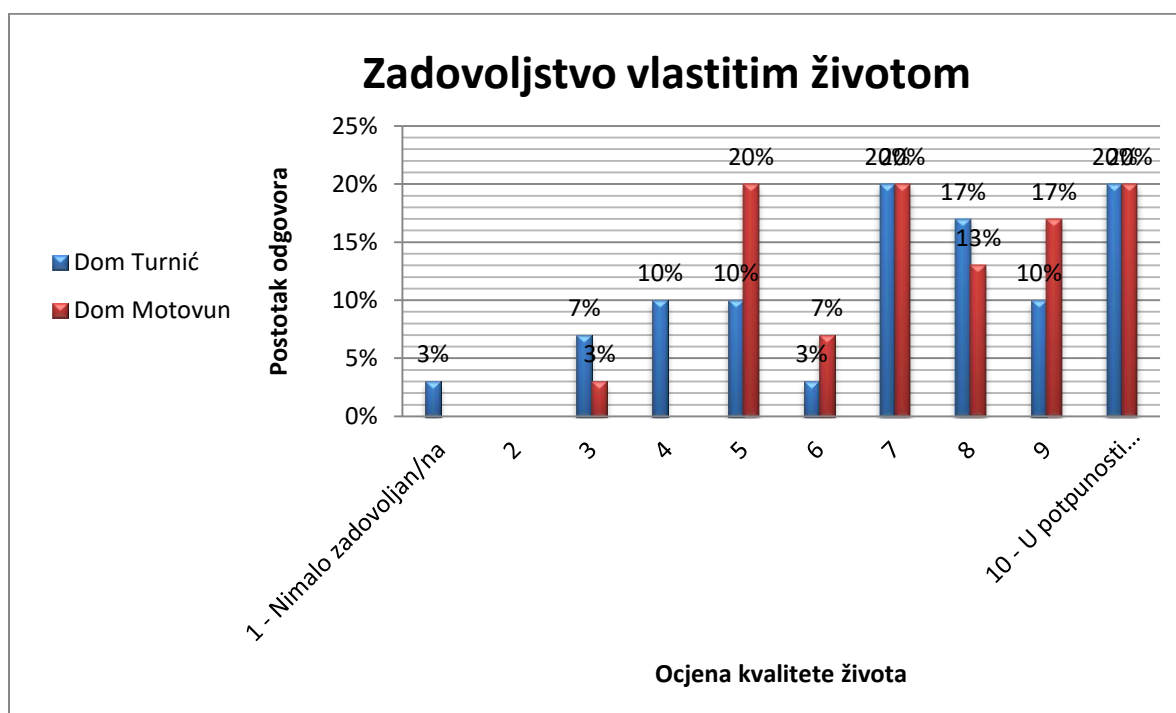
DOM TURNIĆ – KORISNICI ORGANIZIRANOG SMJEŠTAJA

Analizom podataka dobiveni su sljedeći rezultati: tri posto ispitanih korisnika organiziranog stanovanja uopće nije zadovoljno vlastitim životom i ocjenjuje ga najnižom ocjenom (1). Sedam posto ispitanih ocijenilo je kvalitetu života trojkom, 10% četvorkom, a isto toliko ispitanika peticom. Tri posto ispitanih ocjenjuje zadovoljstvo životom ocjenom 6, a 20% ispitanih daje ocjenu 7. Ocjenom 8 zadovoljstvo vlastitim životom ocjenjuje 17% ljudi, devetkom 10% ljudi, a 20% ispitanih daje ocjenu 10, što znači da su u potpunosti zadovoljni vlastitim životom. Prosječna ocjena kojom su ispitanici organiziranog stanovanja ocijenili zadovoljstvo vlastitim životom iznosi 6,9.

DOM MOTOVUN – KORISNICI SMJEŠTENI U DOM

U Domu Motovun nijedan od korisnika nije zadovoljstvo životom ocijenio jedinicom ili dvojkom, a tek 3% ispitanih dalo je ocjenu 3. Dvadeset posto ispitanih zadovoljstvo životom ocijenilo je peticom, a 7% šesticom. Ocjenu 7 dalo je 20% ispitanih, ocjenu 8 sveukupno 13% ispitanih. Sedamnaest posto dalo je ocjenu 9, a 20% ocjenu 10, što znači da su u potpunosti zadovoljni vlastitim životom. Prosječna ocjena zadovoljstva vlastitim životom kod korisnika Doma Motovun iznosi 7,5.

Grafikon 37. Prikaz stupnja zadovoljstva vlastitim životom



2. PITANJE: U kojoj mjeri je Vaša bolest utjecala na Vaš život?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

nimalo nije

izrazito je

utjecala

utjecala

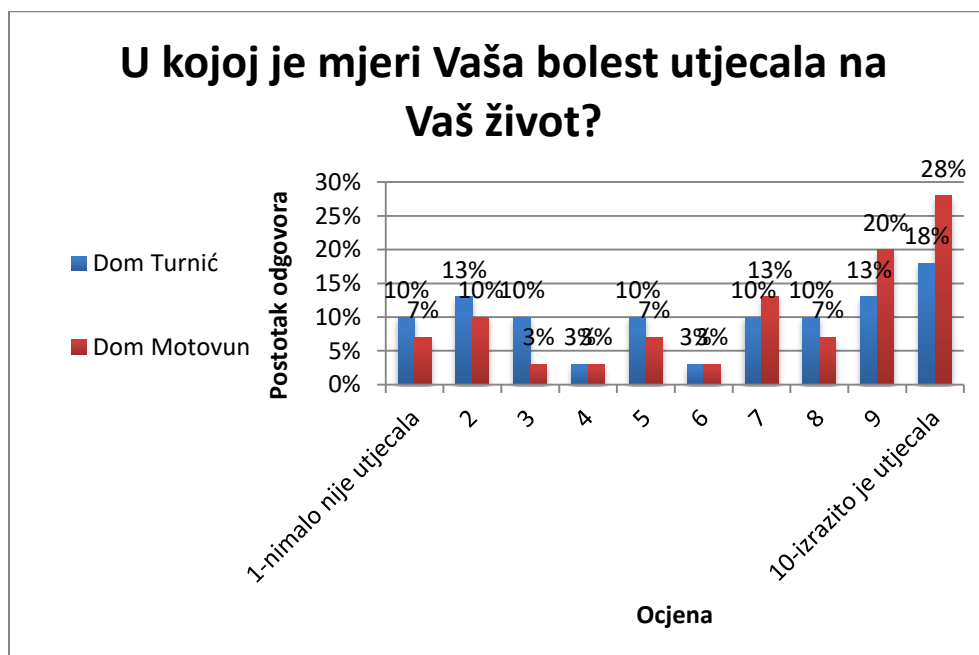
Ispitanici su bili zamoljeni da na prikazanoj skali označe koliko je njihova bolest utjecala na njihov život od 1 do 10. Dobiveni su sljedeći rezultati:

DOM TURNIĆ – KORISNICI ORGANIZIRANOG STANOVANJA

Deset posto ispitanih navelo je kako bolest nimalo nije utjecala na njihov život (ocjena 1), 13% ispitanika utjecaj bolesti ocijenilo je dvojkom, a 10% trojkom. Tri posto ispitanih četvorkom je ocijenilo utjecaj bolesti na život, a 10% peticom, dok je ocjenu 6 dalo 3% ispitanika. Ocjenu 7 i 8 dalo je po 10% ispitanih, ocjenu 9 sveukupno 13% ispitanih. Osamnaest posto ispitanika organiziranog smještaja navelo je kako je njihova bolest izrazito utjecala na njihov život, a to su ocijenili ocjenom 10. Prosječna ocjena utjecaja bolesti na život kod ispitanika koji koriste uslugu organiziranog stanovanja iznosi 5,9.

Deset posto ispitanika smještenih u Dom Motovun utjecaj bolesti na život ocijenilo je ocjenom 1 (bolest nimalo nije utjecala na njihov život), 13% ocijenilo je ocjenom 2, 10% ocjenom 3 a tri posto ocjenom 4. Nadalje, 10% ispitanika utjecaj bolesti na život ocjenjuje ocjenom 5, tri posto ocjenom 6, a ocjenom 7 i 8 ukupno 10% ispitanih. Za 20% ispitanika bolest je na život utjecala visokom ocjenom 9, a za čak 28% ispitanih bolest je izrazito utjecala na život. Prosječna ocjena utjecaja bolesti na vlastiti život kod ispitanika Doma Motovun iznosi 7.

Grafikon 38. Prikaz utjecaja bolesti na vlastiti život

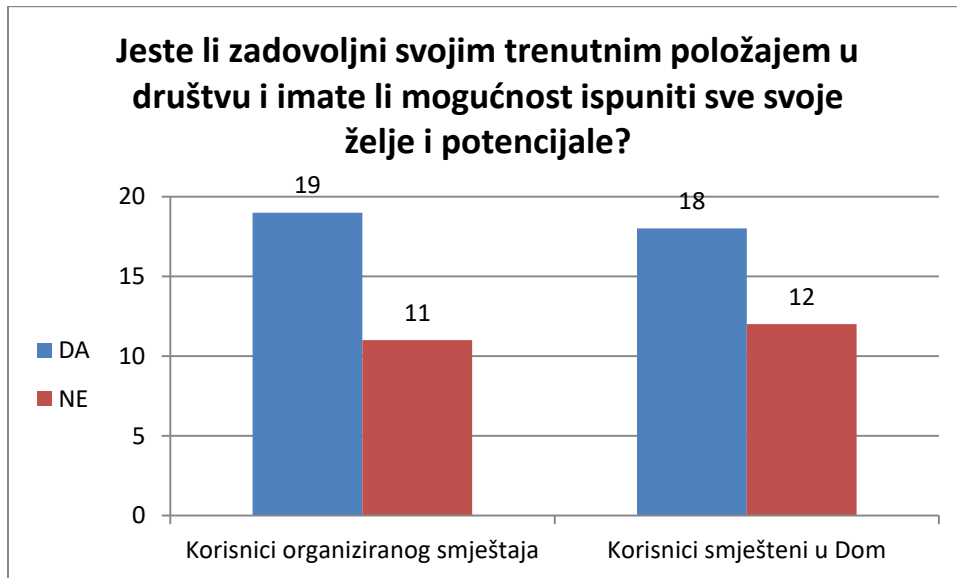


3. PITANJE: Jeste li zadovoljni svojim trenutnim položajem u društvu i imate li mogućnost ispuniti sve svoje želje i potencijale? DA / NE

Većina ispitanika koji koriste usluge organiziranog stanovanja, točnije, njih 63% navelo je kako je zadovoljno trenutnim položajem u društvu i kako ima mogućnost ispunjenja svojih

želja i potencijala, dok 37% nije. Slični rezultati dobiveni su i u anketiranju ispitanika Doma Motovun: 60% ispitanika izjavilo je kako je zadovoljno trenutnim položajem u društvu, a 40% ispitanika nije.

Grafikon 39. Prikaz zadovoljstva položajem u društvu



4.PITANJE: Ukoliko niste zadovoljni, na koje način/načine biste voljeli biti uključeni u društvo?

Neki od odgovora ispitanih korisnika organiziranog stanovanja, navedeni su u nastavku:

- Volio bih pronaći partnericu, ne osjećati se manje vrijednim zbog dijagnoze.
- Nemam ideju, sada je već kasno. Žao mi je što društvo degradira i stigmatizira psihički oboljele. Kada sam u društvu i kada se pokrene tema o mojoj bolesti, kreće tetošenje i žaljenje uz izjave „Mila moja“, „Draga moja“, itd. Da se barem stav prema nama, psihički oboljelim osobama promijeni. I mi smo ravnopravni članovi društva.
- Volio bih više surađivati s obitelji jer otkad imam dijagnozu psihičke bolesti i živim u stanu s drugim korisnicima, imam osjećaj da sam se udaljio od obitelji i da su me na neki način otpisali.
- Volio bih se zaposliti kao sportski trener. Nogomet mi je omiljeni sport.
- Biti zaposlen i živjeti samostalno, imati svoje prihode i izići iz sustava, brinuti sam o sebi.
- Živjeti sama na svojem i biti samostalna, ne ovisiti o drugima.
- Popraviti odnos s obitelji koja me ne prihvaća, iako ne znam zašto.

Ispitanici stalno smješteni u Dom Motovun imali su, pak, malo drukčije izjave.

- Iako smo svi u domu jako povezani i funkcioniramo kao obitelj, želio bih imati svoj stan i živjeti samostalno.
- Ne bih živjela u Domu, nego samostalno.
- Ne mogu biti u zajedničkom društvu, radije bih bila sama.
- Tu ću biti zavajk (zauvijek).
- Nemam uvjete za napraviti izložbu. Volio bih snimiti i izdati CD.
- Htio bih da zauvijek ostane ovako kako je.
- Više izleta.
- Samostalno življenje.
- Većom informiranošću, dostupnost podataka, stručne osobe da se više angažira u navedeno.
- Volio bih više aktivnosti u Domu (npr. tečaj informatike, stranog jezika itd.), voditi intelektualne razgovore. Jednom tjedno imamo grupu sa psihologinjom, ali to je premalo.
- Voljela bih biti više uključena u društvo tako da budem u kontaktu s ljudima koji nisu psihički bolesni, kako bi i oni uvidjeli da i mi (psihički oboljeli) vodimo normalan život, i da imamo puno kvaliteta.
- Osjećati se prihvaćeno od strane drugih ljudi.

5. RASPRAVA

Istraživanje se provodilo u toku lipnja 2021.godine, a u istraživanje su bili uključeni korisnici dvaju doma za psihički oboljele osobe: korisnici Doma za odrasle osobe Motovun u Brkaču i korisnici organiziranog stanovanja u sklopu Doma za psihički bolesne odrasle osobe Turnić. Istraživanje se provodilo na uzorku od po 30 korisnika iz svake Ustanove, pa je sukladno tome bilo ukupno 60 ispitanika. Cilj istraživanja bio je usporediti kvalitetu psihički oboljelih osoba koje samostalno žive (koristeći usluge organiziranog stanovanja) s kvalitetom psihički oboljelih stacionarno smještenih u dom za psihički oboljele osobe.

Hipoteza 1. Psihički oboljele osobe koje koriste usluge organiziranog stanovanja bit će zadovoljnije kvalitetom života od osoba koje su smještene u domu za psihički oboljele osobe.

Sudeći prema rezultatima provedene ankete i fokusirajući se na pitanja koja se tiču kvalitete života korisnika, rezultati pokazuju da su korisnici smješteni u Domu Motovun u Brkaču ipak zadovoljniji kvalitetom života od korisnika organiziranog stanovanja.

Nadalje, prosječna ocjena vezana uz pitanje uživanja u životu viša je kod korisnika Doma Motovun, a to je vidljivo u grafikonu br.15. Također, korisnici smješteni u Dom zadovoljniji su sobom nego korisnici organiziranog stanovanja u sklopu Doma Turnić, a to se da iščitati iz grafikona br.29. Nadalje, korisnici organiziranog stanovanja koji žive samostalno češće osjećaju negativne osjećaje (potištenost, očaj, tjeskobu i dr.) od korisnika stalno smještenih u Dom za psihički bolesne osobe, a to pokazuje grafikon br.36. Za kraj, valja promotriti i grafikon broj 37, koji nalaže kako je prosječna ocjena zadovoljstva vlastitim životom viša kod štićenika Doma Motovun (7,5/10) nego kod korisnika Doma Turnić (6,9/10). Hipoteza je odbačena.

2. Psihički oboljele osobe koje koriste usluge organiziranog stanovanja bit će zadovoljnije svojim položajem u društvu od osoba koje su stacionarno smještene u Dom.

Prema rezultatima prikazanima u grafikonu broj 39, 63% korisnika organiziranog stanovanja zadovoljno je svojim položajem u društvu, a kod ispitanih korisnika Doma Motovun taj postotak iznosi 60, što znači da je postavljena hipoteza točna. Hipoteza je prihvaćena. Psihički oboljele osobe koje žive samostalno, koristeći usluge organiziranog stanovanja, zadovoljnije su svojim društvenim položajem od osoba koje su stacionarno smještene u Dom za psihički oboljele osobe.

Ograničenja kod provedbe istraživanja jesu mali broj ispitanika, a preporuka za daljnja istraživanja jest ispitivanje većeg broja ljudi iz više Ustanova kako bi se dobila veća količina podataka, a samim time i vjerodostojniji rezultati.

Pregledom ostalih istraživačkih radova koji obrađuju tematiku društvenog položaja psihički oboljelih osoba, pronađena su brojna istraživanja s vrlo zanimljivim rezultatima.

U istraživanju kojeg su proveli Škugor i Sindik (36), rezultati su pokazali kako spol, dob, prethodna iskustva sa psihijatrijskim bolesnicima te vrsta zanimanja utječu na formiranje stavova o duševnim bolesnicima. Utvrđeno je da ženske osobe, osobe starije od 30 godina, ali i zdravstveni radnici imaju nešto pozitivnije stavove prema duševnim bolesnicima, dok muškarci i stariji od 30 godina više stigmatiziraju i degradiraju psihički oboljele. Rezultati navedenog istraživanja potvrđuju kako i dalje postoje predrasude i stigmatizacija psihički oboljelih osoba, a navedeno je također da je važno djelovati na svijest ljudi i njihove stavove prema psihički oboljelima. Psihijatrija bi trebala biti prisutna ne samo u bolnicama, već i u zajednici, jer se upravo tu stvaraju i očituju psihički poremećaji (36).

Nadalje, provedeno je i istraživanje među pripravnicima sestinstva s područja grada Vinkovaca, a cilj je bio ispitati sklonost stigmatizaciji psihički oboljelih osoba među pripravnicima sestinstva s područja grada Vinkovaca. Rezultati istraživanja pokazali su kako postoji mjerljiva razina stigmatiziranja, što je poražavajuće s obzirom na to da se radi o budućim zdravstvenim djelatnicima (37).

Sukladno rezultatima provedenih istraživanja, moguće je zaključiti kako je u društvu i dalje prisutan visok stupanj stigmatizacije mentalno oboljelih, pa čak i od strane medicinskih djelatnika, stoga je važno podizati svijest o mentalnim poremećajima kako bi se oboljele osobe mogle resocijalizirati i doprinijeti društvu.

6. ZAKLJUČAK

Kroz provedeno istraživanje, dobiveni su rezultati dokazali sljedeće: prva je hipoteza odbačena, što znači da su psihički oboljele osobe koje koriste usluge organiziranog stanovanja manje zadovoljne kvalitetom života od psihički oboljelih osoba koje su stacionarno smještene u Dom za odrasle oboljele osobe.

Druga postavljena hipoteza je prihvaćena, a potvrđuje kako su psihički oboljele osobe koje koriste usluge organiziranog stanovanja zadovoljnije svojim položajem u društvu od psihički oboljelih osoba koje koriste usluge stacioniranog smještaja.

Zaključno, rezultati istraživanja pokazali su kako su ispitanici koji koriste uslugu organiziranog stanovanja zadovoljniji svojim položajem u društvu od onih koji su stacionarno smješteni u dom za psihički oboljele osobe. Nadalje, ispitanici stacionarno smješteni u dom za psihički bolesne osobe zadovoljniji su kvalitetom života od ispitanika koji koriste uslugu organiziranog stanovanja.

7. SAŽETAK

Pojam „resocijalizacija“ podrazumijeva ponovno uključivanje pojedinaca u društvo, a resocijalizacija psihički oboljelih osoba je posebno važna i neophodna za funkcioniranje kako psihički oboljelih, tako i zajednice u kojoj žive.

Cilj rada jest ispitati i usporediti kvalitetu psihički oboljelih osoba koje koriste uslugu stacioniranog smještaja u Domu Motovun i onih koji koriste usluge organiziranog stanovanja u sklopu riječkog Doma Turnić, a istraživanje je provedeno anketnim upitnikom za procjenu kvalitete života SZO – a. Ispitano je ukupno 60 ispitanika, po 30 iz svake navedene Ustanove.

Rezultati istraživanja dokazali su da su osobe koje koriste uslugu organiziranog stanovanja zadovoljnije svojim položajem u društvu, dok su osobe koje su stacionarno smještene u dom za psihički oboljele zadovoljnije svojom kvalitetom života.

Ključne riječi: Psihički oboljele osobe, kvaliteta života, resocijalizacija

8.ABSTRACT

The term "resocialization" implies the reintegration of individuals into society. The resocialization of the mentally ill is especially important and necessary for the functioning of both: the mentally ill people and the community in which they live.

The aim of this paper was to examine and compare the quality of life of mentally ill people who use the service of stationary accommodation in Dom Motovun and those who use the services of organized housing within the Home Turnić. There were 60 respondents: 30 from each of the above Institutions.

The results of the research proved that people who use the service of organized housing are more satisfied with their position in society, while people who are hospitalized in a home for the mentally ill are more satisfied with their quality of life.

Key words: Mentally ill people, quality of life, resocialization

LITERATURA

1. Miliša Z, Tolić M. Zadovoljstvo životom štićenika uključenih u program komuna i rehabilitacijskih centara. Metodički ogledi [Internet]. 2005;12(1):113-21. Dostupno na adresi: <https://hrcak.srce.hr/2398>

Datum pristupa: 21.06.2021.

2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za mentalne poremećaje. Mentalni poremećaji u Hrvatskoj. Dostupno na adresi: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>.

Datum pristupa: 21.06.2021.

3. Jakovljević M. Nema zdravlja bez duševnog zdravlja: što je to duševno zdravlje? Postoji li posve normalno ludilo, suluda normalnosti, posve normalna glupost i glupa normalnost? Zdravstveni glasnik, 2016. Vol. 2. No. 1. Dostupno na adresi: <https://fzs.sum.ba/sites/default/files/8.%2065-71%20NEMA%20ZDRAVLJA%20BEZ%20DU%20C5%A0EVNOG%20ZDRAVLJA.pdf>.

Datum pristupa: 20.06.2021.

4. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. World Health Organization. 2005. Dostupno na adresi: <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20063199711>

Datum pristupa: 18.06.2021.

5. Diminić – Lisica I, Rončević – Gržeta I. Obitelj i kronična bolest. Medicina fluminensis. 2010; Vol. 46, No. 3, p. 300-308. Dostupno na adresi: file:///C:/Users/Maria/Downloads/Diminic_lisica_Family_and_chronic_illness.pdf

Datum pristupa: 7.7.2021.

6. Wah Fung K, Xu J, Bordenreider O. The new International Classification of Diseases 11th edition: a comparative analysis with ICD-10 and ICD-10-CM. Journal of the American Medical Informatics Association, 2020, 2020;27;738-46

7. Fromm E. Zdravo društvo. 1. izd. Zagreb: „Naprijed“; 1898.

8. Cloninger R. Feeling Good–The Science of Well-Being. PubMed. 2007; 18(3-4):218-24.

Dostupno na adresi:

https://www.researchgate.net/publication/6616232_The_science_of_well-being_An_integrated_approach_to_mental_health_and_its_disorders.

Datum pristupa: 15.06.2021.

9. Moneta GB. Positive Psychology – A Critical Introduction. New York: Palgrave Macmillan; 2014. 1.izd. 2018; 563-589

10. Jokić-Begić, N. Kognitivno-bihevioralna terapija u dječjoj i adolescentnoj dobi. 1. izd. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 1009-1021

11. Fabijanić I. Reprezentacija psihičkih poremećaja i bolesti u medijima te analiza društvene percepcije duševno oboljelih osoba [Internet]. Rijeka: Filozofski fakultet, Odsjek za kulturalne studije; 2019.

Datum pristupa: 16.06.2021.

12. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za mentalne poremećaje. Mentalni poremećaji u Hrvatskoj. Dostupno na adresi: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/>.

Datum pristupa: 16.06.2021.

13. Havelka M, Pacic-Turk Lj, Sever T. Zdravstvena psihologija u Hrvatskoj – dvadesetak godina poslije. Zagreb: Katedra za zdravstvenu psihologiju Visoke zdravstvene škole u Zagrebu; 2002.

14. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. 1.izd. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2006.

15. Moro Lj, Frančišković T, i sur. Psihijatrija udžbenik za više zdravstvene studije. 2.izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2011. p.284

16. Ružić K, Medved P, Dadić-Hero E, Tomljanović D. Rehabilitacija u psihijatriji - socioterapija. Medicina Fluminensis [Internet]. 2009;45(4):338-343. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/45853>

Datum pristupa: 15.06.2021.

17. Štrkalj-Ivezić S, Jendričko T, Pisk Z, Martić-Biočina S. Terapijska zajednica. Socijalna psihijatrija [Internet]. 2014; 42(3):172-179. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/134763>

Datum pristupa: 15.06.2021.

18. Jakovljević M, Begić D. Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti. Soc. psihijat., 41 (2013) Br. 1, str. 16–20

19. Zakon o socijalnoj skrbi, NN 57/2011; čl.117. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_05_57_1254.html

Datum pristupa: 15.06.2021.

20. Udruga za promicanje inkluzije. Organizirano stanovanje. Dostupno na: <http://inkluzija.hr/usluge-programi/organizirano-stanovanje/>

Datum pristupa: 15.06.2021.

21. Štrkalj – Ivezić S. Život bez stigme psihičke bolesti. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.

22. Pescolido Bernice A, Martin Jack K, Scott Long J, Medina Tait R, Phelan Jo C, Bruce Link G. A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. Am J Psychiatry; 2010; 167(11):1321-30

23. Gonçalves M, Moleiro C. Results of a pilot program for the de-stigmatization of youth mental health. Portugal: Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Cis-IUL, Lisboa, 2016. p. 276-282

24. Brockington I F, Hall P, Levings J, Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill. Br J Psychiatry, 1993; 162:93-9

25. Arboleda-Flórez J, Holley H, Crisanti A. Understanding causal paths between mental illness and violence. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1998; p.38 - 46

26. Guzder, J. Book Review: Dinesh Bhugra, Mad Tales from Bollywood: Portrayal of Mental Illness in Conventional Hindi Cinema. New York: Psychology Press, 2006. p.328

27. Charles, J.L.K. Mental health provider-based stigma: Understanding the experience of clients and families. Washington DC: American Psychological Association, 2013; p.360 – 75. Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/record/2013-19323-004>

Datum pristupa: 15.06.2021.

28. Crocker J, Brenda M. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. Washington DC: American Psychological Association, 1989. p.608 – 30. Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/record/1990-04498-001>

Datum pristupa: 17.06.2021.

29. Hetherington TF, Kleck RE. The Social Psychology of Stigma. 1.izd. Darmouth: Guilford Press, 2003. Dostupno na: <https://www.routledge.com/The-Social-Psychology-of-Stigma/Heatherington-Kleck-Hebl-Hull/p/book/9781572309425>

Datum pristupa: 15.06.2021.

30. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. Am J Public Health. 1999. p 1328–33. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508784/>

Datum pristupa: 17.06.2021.

31. Kernis MH. Measuring self-esteem in context: the importance of stability of self-esteem in psychological functioning. J. Pers. 2005. p. 1569-1605. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16274446/>

Datum pristupa: 17.06.2021.

32. Corrigan PW. The stigma effect: unintended consequences of mental health campaigns. New York: Columbia University Press, 2018; p.248. Dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638237.2020.1714016>

Datum pristupa: 17.06.2021

33. Dom Turnić. O nama. Datum pristupa: 21.06.2021. Dostupno na: <https://www.google.com/search?q=dom+turnic&oq=dom+t&aqs=chrome.0.69i59j69i57j35i39j0j46i175i199j69i60l3.1706j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

34. Dom Motovun. O Domu. Datum pristupa: 21.06.2021. Dostupno na: <http://dom-motovun.hr/en/>
35. Likertova ljestvica. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Datum pristupa: 21.06.2021. Dostupno na: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=36507>
36. Škugor T, Sindik J. Stavovi prema duševnim bolesnicima u društvu – usporedba u odnosu na odabrane socio-demografske čimbenike. 2017;22:273-9
37. Čizmar J. Sklonost stigmatizaciji bolesnika s duševnim poremećajima među pripravnicima sestinstva. Osijek: Sveučilište Josipa Juraja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet; 2017.

PRILOZI

Prilog A: Popis ilustracija

Tablice

Tablica 1. Pregled antipsihotika po skupinama i glavni predstavnici	13
Tablica 2. Pregled antidepresiva po skupinama i glavni predstavnici	14
Tablica 3. Pregled i podjela anksiolitika i psihotika s obzirom na anksiozni poremećaj	15
Tablica 4. Pregled i podjela stabilizatora raspoloženja s obzirom na afektivni poremećaj	15

Grafikoni

Grafikon 1. Vodeće skupine bolesti i srodnih zdravstvenih problema prema broju korištenih dana bolničkog liječenja u hrvatskoj 2019. godine	8
Grafikon 2. Vodeće dijagnoze u hospitalizacijama zbog mentalnih poremećaja u hrvatskoj 2019.godine	9
Grafikon 3. Prikaz po spolu	34
Grafikon 4. Prikaz po godini rođenja	35
Grafikon 5. Prikaz po radnom statusu.....	35
Grafikon 6. Prikaz bračnog statusa	36
Grafikon 7. Prikaz po stupnju obrazovanja	37
Grafikon 8. Prikaz po skrbništvu	37
Grafikon 9. Angažman u grupnom radu/dnevnoj bolnici	38
Grafikon 10. Prikaz prihvaćanja vlastite bolesti	39
Grafikon 11. Prikaz procjene kvalitete vlastitog življenja	40
Grafikon 12. Prikaz zadovoljstva vlastitim zdravljem	40
Grafikon 13. Prikaz stupnja u kojem bolovi sprječavaju izvršavanje obaveza	41
Grafikon 14. Prikaz potrebe za nekim medicinskim tretmanom u svakidašnjem životu	42

Grafikon 15. Prikaz stupnja uživanja u životu	42
Grafikon 16. Prikaz subjektivnog osjećaja smisla života	43
Grafikon 17. Prikaz stupnja mogućnosti koncentracije	45
Grafikon 18. Prikaz stupnja osjećaja fizičke sigurnosti u svakidašnjem životu	45
Grafikon 19. Prikaz stupnja zadovoljstva zdravljem okoliša	46
Grafikon 20. Prikaz stupnja energije potrebne za svakidašnji život	47
Grafikon 21. Prikaz stupnja prihvatanja vlastitog tjelesnog izgleda	47
Grafikon 22. Prikaz stupnja zadovoljstva količinom novca	48
Grafikon 23. Prikaz stupnja zadovoljstva informacijama potrebnima za svakidašnji život ...	49
Grafikon 24. Prikaz stupanj zadovoljstva mogućnostima rekreacije	50
Grafikon 25. Prikaz stupnja zadovoljstva mogućnostima kretanja uokolo	51
Grafikon 26. Prikaz stupnja zadovoljstva spavanjem	51
Grafikon 27. Prikaz stupnja zadovoljstva obavljanja svakidašnjih aktivnosti	52
Grafikon 28. Prikaz stupnja zadovoljstva svojim radnim sposobnostima	53
Grafikon 29. Prikaz stupanja zadovoljstva samih sobom	54
Grafikon 30. Prikaz stupnja zadovoljstva odnosima s bliskim osobama	55
Grafikon 31. Prikaz stupnja zadovoljstva seksualnim životom	56
Grafikon 32. Prikaz stupnja zadovoljstva podrškom koju pružaju prijatelji	57
Grafikon 33. Prikaz stupnja zadovoljstva uvjetima stambenog prostora	58
Grafikon 34. Prikaz stupnja zadovoljstva dostupnošću medicinskih usluga	58
Grafikon 35. Prikaz stupnja zadovoljstva vlastitim prijevoznim sredstvima	59
Grafikon 36. Prikaz stupnja subjektivnog doživljavanja negativnih osjećaja	60
Grafikon 37. Prikaz stupnja zadovoljstva vlastitim životom	61

Grafikon 38. Prikaz utjecaja bolesti na vlastiti život	62
Grafikon 39. Prikaz zadovoljstva položajem u društvu	63

KRATKI ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA

Osobni podaci:

Ime i prezime: Maria Meden

Datum i mjesto rođenja: 16.02.1999., Pula

Adresa: Pinkolica 7, Kanfanar

E-mail: mariameden1602@gmail.com

Obrazovanje

2018. – ~ Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci; Preddiplomski stručni studij Sestrinstva

2017. – 2018. Veleučilište u Bjelovaru; Preddiplomski stručni studij Sestrinstva

2013. – 2017. Gimnazija i strukovna škola Jurja Dobrile Pazin; opća gimnazija

2005. – 2013. Osnovna škola Petra Studenca, Kanfanar

Radno iskustvo

2013. – 2020. Sezonski rad u ugostiteljskim objektima