Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije

Težak, Petra

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:192711

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1329/SS/2020

Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije

Petra Težak, 2479/336

Varaždin, rujan 2020. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1329/SS/2020

Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije

Student

Petra Težak, 2479/336

Mentor

Marija Božičević, mag. med. techn.

Varaždin, rujan 2020. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Koprivnica
Trg dr. Žarka Dolinara 1, HR–48000 Koprivnica

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Petra Težak | MATIČNI BROJ 2479/336

DATUM 31.08.2020. | KOLEGIJ Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Stigmatisation of patients suffering from schizophrenia

MENTOR Marija Božičević, mag. med. techn. | ZVANJE predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. izv.prof. dr.sc. Karlo Houra, predsjednik
2. Marija Božičević, mag. med. techn., mentor
3. Valentina Novak, mag.med.techn., član
4. dr.sc. Irena Canjuga, zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1329/SS/2020

OPIS

Stigmatizacija je problem s kojim se osobe oboljele od shizofrenije svakodnevno suočavaju u društvu, a odnosi se na negativne stavove, marginaliziranje i diskriminaciju upravo zbog bolesti od koje boluju. Stigma je utemeljena na pogrešnim vjerovanjima koja udaljavaju društvo od oboljelih, čine ga manje tolerantnim te ga sprječavaju u interakciji s oboljelim osobama.
Shizofrenija je jedan od najčešće stigmatiziranih poremećaja u skupini poremećaja mentalnog zdravlja.
Predstavlja psihički poremećaj obilježen poremećajima u mišljenju, percepciji, ponašanju i afektu, a najčešće rezultira kognitivnim deficitima i poremećajima u životnom funkcioniranju što uvelike narušava kvalitetu života oboljele osobe.
U ovome radu opisana je shizofrenija kroz sve njezine aspekte, definirana je stigmatizacija te su opisane njezine posljedice na oboljele. Na kraju, analizirano je znanje, stavovi i socijalna distanca opće populacije i zdravstvenih djelatnika prema shizofreniji i osobama oboljelima od shizofrenije.

ZADATAK URUČEN 09. 09. 2020. | POTPIS MENTORA Marija Božičević

REPUBLIKA HRVATSKA 4 KOPRIVNICA SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Prvenstveno, od srca zahvaljujem svojoj mentorici mag. med. techn. Mariji Božičević na uloženom trudu i vremenu, iskazanom povjerenju i vodstvu tijekom izrade ovog završnog rada.

Zahvaljujem i svim nastavnicima i profesorima koji su me pratili i dali svoj doprinos tijekom ove tri godine školovanja.

Veliko hvala mojoj obitelji koja mi je omogućila studiranje te pružala razumijevanje, podršku, povjerenje i neizmjernu ljubav kroz moje studentske dane.

Također, zahvaljujem svim dragim prijateljima koji su me bodrili te mi na taj način olakšali i uljepšali studiranje.

Neizmjerno hvala mojoj najdražoj prijateljici i kolegici s posla, Petri Hosni, koja mi je velikodušno i bezuvjetno pomagala i izlazila mi u susret kad god je to bilo potrebno.

I na kraju, beskrajno hvala mom dragom dečku, Karlu Košćaku, bez kojeg ja danas ne bi bila ono što jesam.

Sažetak

Stigma je danas najteža neformalna sankcija društva nastala kao posljedica neznanja i neinformiranosti, a prema tome i straha i nedostatka razumijevanja i empatije prema oboljelima. Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije podrazumijeva negativno obilježavanje, marginaliziranje i diskriminiranje osobe iz jednog jedinog razloga, a to je dijagnoza shizofrenije. Ovo je problem s kojim se oboljeli svakodnevno suočavaju u društvu, a koji za njih predstavlja ogromnu prepreku u poboljšanju kvalitete života. Kao takav, za sobom nosi niz negativnih posljedica za oboljelog, od pada samopouzdanja i samopoštovanja, povlačenja u svoj svijet, prikrivanja bolesti i nepravodobnog liječenja, do narušavanja vlastite vrijednosti, autentičnosti i dostojanstva. Shizofrenija je jedna od najčešće stigmatiziranih bolesti u skupini poremećaja mentalnog zdravlja. Označava psihički poremećaj, odnosno bolest obilježenu kognitivno spoznajnim oštećenjima koja narušavaju funkcionalnu sposobnost osobe, a posljedica su interakcije brojnih biopsihosocijalnih čimbenika. Prema posljednjim istraživanjima, u RH je zabilježeno oko 19 000 osoba oboljelih od shizofrenije, a godišnje se registrira 2 do 4 slučaja novooboljelih na 10 000 stanovnika. Bolest dovodi do poremećaja u mišljenju, percepciji, ponašanju i afektu koji uzrokuju pojavu psihotičnih simptoma, a sve zajedno najčešće rezultira kognitivnim deficitima te poremećajima u životnom funkcioniranju oboljele osobe. Kliničkom slikom najčešće dominiraju halucinacije, deluzije, dezorganizirano mišljenje i ponašanje, poremećaji afekta, pad motivacije i anhedonija te socijalna izolacija. Usprkos naporima i dugotrajnosti procesa liječenja shizofrenije, oporavak od iste i postizanje zadovoljavajuće kvalitete života mogući su. U tome imaju veliku ulogu sam bolesnik i njegova okolina te medicinsko osoblje koje će potpunom integracijom farmakoloških, psihosocijalnih, obiteljskih i radnih terapijskih intervencija omogućiti najbolji mogući ishod liječenja.

Glavni cilj ovog istraživanja bio je ispitati razinu stigmatizacije sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije. Istraživanje je provedeno na uzorku od 749 sudionika, od kojih je 92,8% bilo žena, a 7,2% muškaraca, najčešće u dobi između 18 i 25 godina. Za potrebe ovog istraživanja osmišljen je anketni upitnik kojim se nastojalo dobiti uvid u znanje, stavove i razinu socijalne distance sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije. Dobiveni rezultati su iznenađujuće pozitivni i ukazuju na nisku razinu stigmatizacije ispitivane skupine, no ista je i dalje prisutna.

Ključne riječi:

shizofrenija, pacijent, stigmatizacija, istraživanje

Summary

Stigma is one of the most serious informal sanction of society caused by ignorance and lack of information, and therefore led by fear and lack of understanding and empathy towards the person suffering from schizophrenia. Stigmatization of a person with schizophrenia implies the negative marking, marginalisation and discrimination of a person for one sole reason: the diagnosis of schizophrenia. This is a problem that patients have to deal with on a daily basis in society, which makes a huge obstacle for them in improving the quality of life. As such, it carries a series of negative consequences for the ill, from low self-esteem, patients pulling into their world, hiding the disease and untimely medical care, to undermining its own value, authenticity and dignity. Schizophrenia is one of the most frequently stigmatised diseases in the group of mental health disorders. It is a mental disorder which is characterized by cognitive knowledge impairment that disturbs the functional capacity of a person, resulting from the interaction of many biopsychosocial factors. According to the latest research, there were about 19,000 person diagnosed with schizophrenia registered in the Republic of Croatia, and 2 to 4 cases per 10,000 inhabitants annually registered. The disease leads to disturbances in the judgment, perception, behavior and affect that cause psychotic symptoms, and all together most often results in cognitive deficits and disorders in the life functioning of the patients. The clinical picture is mostly dominated by hallucinations, delusions, disorganised thinking and behaviour, affect disorders, decrease in motivation and anhedonia, and social isolation. Despite the efforts and length of the schizophrenia treatment process, recovery from it and achieving a satisfactory quality of life is possible. The patient, his surroundings and also a medical personnel play a major role in this, which enables the best possible outcome of the treatment by fully integrating pharmacological, psychosocial, family and working therapeutic interventions.

The main purpose of this research was to investigate the stigmatization level of participants toward person suffering from schizophrenia. This research included a sample of 749 participants, 92,8% of whom were women and 7,2% were men, mostly between 18 and 25 years of age. For the purpose of this research, a questionnaire was made to gain insight into the knowledge, attitude and level of social distance of participants towards person suffering of schizophrenia. The results are surprisingly positive and indicate a low sigmatization level of the test group, but it is still present.

Key words:

schizophrenia, patient, stigmatisation, research

Popis korištenih kratica

CT	kompjuterizirana tomografija
DSM – 5	Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peta revizija
HZJZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
i sl.	i slično
MKB – 10	Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija
MR	magnetska rezonancija
RH	Republika Hrvatska
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija (eng. *World Health Organization*)
tj.	to jest
tzv.	takozvani

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Shizofrenija 3
2.1. Epidemiologija 3
2.2. Etiologija 4
2.3. Klinička slika 5
2.3.1. Pozitivni simptomi 6
2.3.2. Negativni simptomi 7
2.4. Tijek 8
2.5. Dijagnoza 10
2.5.1. Paranoidna shizofrenija 12
2.5.2. Hebefrena shizofrenija 12
2.5.3. Katatona shizofrenija 12
2.5.4. Jednostavna shizofrenija (*shizofrenia simplex*) 13
2.5.5. Rezidualna shizofrenija 13
2.5.6. Postshizofrena depresija 13
2.6. Liječenje 14
3. Uloga medicinske sestra u radu s bolesnikom oboljelim od shizofrenije 15
4. Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije 19
4.1. Reakcije osoba oboljelih od shizofrenije na stigmatizaciju 20
4.2. Borba protiv stigmatizacije 20
5. Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije – istraživački dio rada 22
5.1. Cilj istraživanja 22
5.1.2. Hipoteze 22
5.2. Metode istraživanja 23
5.2.1. Sudionici 23
5.2.2. Instrumentarij 23
5.2.3. Postupak 23
6. Rezultati istraživanja 25
6.1. Sociodemografske karakteristike 25
6.2. Ispitivanje znanja o osobama oboljelima od shizofrenije 26
6.3. Ispitivanje stavova o osobama oboljelima od shizofrenije 30

6.4. Ispitivanje socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije 32

6.5. Ispitivanje karakteristika i vjerovanja sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije 34

6.6. Inferencijalna statistika – testiranje hipoteza na temelju dobivenih rezultata 36

6.6.1. Usporedba rezultata na testu znanja o shizofreniji i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelim od shizofrenije 36

6.6.2. Usporedba rezultata na upitniku socijalne distance i skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije 37

6.6.3. Usporedba rezultata na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na dobnu skupinu 37

6.6.4. Usporedba rezultata na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na zaposlenost u području zdravstva 38

6.6.5. Usporedba rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na zaposlenost u području zdravstva 39

7. Rasprava 41

8. Zaključak 45

9. Literatura 46

1. Uvod

Stigmatizacija je sveobuhvatan pojam koji uključuje probleme znanja, stavova i ponašanja koji se očituju osuđivanjem i diskriminacijom oboljelih osoba.[1] Predstavlja negativne stavove, marginaliziranje i diskriminaciju osobe zbog jednog razloga, a to je dijagnoza, odnosno bolest od koje boluje.[2] Shizofrenija je jedna od najčešće stigmatiziranih bolesti u skupini poremećaja mentalnog zdravlja.[3] Osobe oboljele od shizofrenije oduvijek su izložene negativnim stavovima i predrasudama društva.[2] Stigmatizacija je utemeljena na pogrešnim uvjerenjima, koja su nepravedna prema oboljelima, a sprječavaju društvo da ulazi u interakciju s oboljelima. Predrasude udaljavaju društvo od oboljelih, čine ga manje tolerantnim prema njima te ga sprječavaju da upozna ljude izbliza i otkrije njihove stvarne vrijednosti.[2] Shizofrenija je bolest koja utječe na sve aspekte života oboljele osobe. Obuhvaća kognitivno spoznajna oštećenja koja narušavaju funkcionalnu sposobnost oboljelog.[4] Klinička slika razlikuje se od osobe do osobe, a obuhvaća poremećaje u nekoliko različitih područja psihičkog funkcioniranja, a to su mišljenje, percepcija, ponašanje, afekt te životno funkcioniranje. Simptomi su podijeljeni na skupinu pozitivnih simptoma koji uključuju halucinacije, deluzije i poremećaje mišljenja i ponašanja, te na negativnu skupinu simptoma u vidu pada funkcionalne sposobnosti osobe, socijalne izolacije i pasivizacije, bezvoljnosti, anhedonije, poremećaja afektivnosti i dr.[5, 6] Tijekom čitavog procesa razvoja shizofrenije izmjenjuje se nekoliko faza. Prva je asimptomatska, koja podrazumijeva dugi period bez ikakvih simptoma koji bi ukazivali na mogući razvoj bolesti, zatim slijedi prodromalna faza koja prethodi bolesti, a nakon nje se razvija aktivna faza bolesti s izraženim simptomima shizofrenije.[7, 8] Posljednja faza shizofrenije je kronična faza u kojoj je prisutan značajan pad funkcionalnih sposobnosti osobe.[9] Dijagnoza se postavlja na temelju podataka dobivenih tijekom psihijatrijskog intervjua te na temelju kliničke slike uz pomoć dijagnostičkih kriterija za shizofreniju.[10] Na temelju navedenoga, dijagnosticira se i određeni podtip shizofrenije kao što je paranoidna, hebefrena, katatona shizofrenija i sl.[11] Točan uzrok koji dovodi do razvoja shizofrenije danas još uvijek nije posve poznat.[12] Ono što se sa sigurnošću može reći, postoji čitav niz rizičnih faktora koji utječu na njezin nastanak, a uključuju biološke, psihološke i socijalne čimbenike u složenoj međusobnoj interakciji.[13, 14] Prema podacima SZO-a, od shizofrenije trenutno boluje otprilike 45 milijuna ljudi u svijetu, a prema podacima HZJZ-a, u RH je registrirano oko 19 000 oboljelih.[15, 16] Liječenje bolesnika oboljelih od shizofrenije dugotrajan je proces u koji je potrebno uložiti velike napore i trud za postizanje uspjeha, a zahtjeva potpunu integraciju farmakoloških, psihosocijalnih, obiteljskih i radnih terapijskih intervencija.[6] Od velike je važnosti spomenuti ulogu medicinske sestre u cijelom procesu liječenja i oporavka od bolesti s obzirom da je ona osoba koja najviše vremena

provodi s bolesnikom. Utvrđivanjem problema iz područja zdravstvene njege prisutnih kod bolesnika, adekvatnim planiranjem zdravstvene njege i provođenjem najprikladnijih intervencija promiče i unaprjeđuje psihološku stabilnost bolesnika, interakciju s okolinom, a time i kvalitetu njegova života.[15]

Svrha izrade ovog završnog rada je osvješćivanje opće populacije o ozbiljnosti problema stigmatizacije s kojim se osobe oboljele od shizofrenije svakodnevno bore. Osim problema i teškoća koje im stvara sama bolest, prisiljeni su nositi se i s negativnim posljedicama stigmatizacije koja im dodatno otežava funkcioniranje. Podvrgnuti su brojim predrasudama i diskriminaciji koja im otežava borbu protiv bolesti, umjesto da im se pruži podrška, pomoć, razumijevanje i empatija uz pomoć kojih bi velika većina uspjela poboljšati kvalitetu življenja.

U svrhu izrade ovog završnog rada, izrađeno je istraživanje kojim se nastojala ispitati prisutnost stigmatizacije društva prema osobama oboljelima o shizofrenije. Uz pomoć ovog istraživanja, ispitivalo se znanje populacije o shizofreniji, njihova razmišljanja i stavovi te razina socijalne distance prema oboljelima.

2. Shizofrenija

Shizofrenija je bolest koju nije jednostavno opisati. Ni jedna definicija ne može adekvatno opisati sve osobe oboljele od shizofrenije jer se iza svakog od njih krije njegova osobna priča.[14] Jedan od opisa shizofrenije opisuje ju kao tešku duševnu bolest koja je posljedica utjecaja biopsihosocijalnih čimbenika koji dovode do poremećaja važnih psihičkih funkcija i ponašanja s izrazitim oštećenjem socijalnog, radnog i obiteljskog funkcioniranja.[15] Shizofrenija dolazi od grčkih riječi „*sheizen*“ što znači rascijepiti, i „*frein*“ što znači duša. U doslovnom prijevodu, to bi značilo da shizofrenija predstavlja rascjep duše, no to danas nije jedna od prihvatljivih definicija.[13] Najkraće rečeno, shizofrenija predstavlja psihički poremećaj, odnosno bolest koju obilježavaju kognitivno spoznajna oštećenja koja utječu na funkcionalnu sposobnost oboljelog.[4]

2.1. Epidemiologija

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (eng. *World Health Organization,* SZO), od shizofrenije trenutno boluje 45 milijuna ljudi u svijetu.[15] Incidencija shizofrenije, ukoliko se promatra cijela populacija, iznosi od 0,4 do 0,8 na 1 000 stanovnika, te 0,3 do 1,2 na 1 000 stanovnika ukoliko se promatra populacija iznad 15 godina.[13] Prevalencija shizofrenije tijekom života se kreće između 0,4 i 1,4%, a ti podaci ukazuju na to da od shizofrenije boluje oko 1% opće populacije.[15, 17] U Republici Hrvatskoj je prema posljednjim pronađenim istraživanjima zabilježeno oko 19 000 bolesnika koji boluju od shizofrenije, a stopa pojavnosti iznosi oko 0,4%.[17] Tome u prilog govori podatak da se godišnje registrira 2 do 4 slučaja novooboljelih na 10 000 stanovnika.[15] Što se tiče učestalosti s obzirom na spol, shizofrenija se u oba spola pojavljuje podjednako, iako treba uzeti u obzir činjenicu da je početak bolesti raniji kod muškaraca nego kod žena. Kod muškaraca se bolest pojavljuje najčešće između 15. i 25. godine života, dok se kod žena najčešće pojavljuje u dobi između 25. i 35. godine.[13] Dakle, shizofrenija se najčešće javlja između 15. i 45. godine života.[6] Razvoj bolesti prije 10. i nakon 50. godine života je rijedak, a iznosi svega 2 do 3%.[6, 13] Prognoza shizofrenije nešto je bolja u ženskog spola nego u muškog zbog kasnijeg početka bolesti.[13, 15] Ono što brojna istraživanja potvrđuju, razvoj shizofrenije je najčešći u zimi i u rano proljeće, što je povezano s mogućom virusnom etiologijom oboljenja.[6, 13] Također, veća je učestalost shizofrenije utvrđena među osobama nižeg socioekonomskog statusa što je moguće zbog nedostatka prisne interakcije i komunikacije s okolinom, veće mogućnosti za izolaciju i povlačenje iz društva i sl.[15] Ono što pogoršava prognozu jest činjenica da bolesnici oboljeli od shizofrenije u velikom postotku, koji iznosi otprilike 30 do 50%, uzimaju alkohol, 15 do 25% ih konzumira kanabis, a njih 5 do 10%

kokain, zbog čega je moguća pojava simptoma navike ili ovisnosti.[13] Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, shizofrenija se, uz duševne bolesti uzrokovane alkoholom, smatra vodećom bolesti po ukupnom broju hospitalizacija zbog mentalnih ili duševnih poremećaja u Republici Hrvatskoj. Godine 2010., zabilježene su 6 472 hospitalizacije zbog shizofrenije, a prema trajanju hospitalizacije zbog mentalnih ili duševnih poremećaja, shizofrenija je prednjačila s udjelom od 31,4%.[16] Stopa mortaliteta kod oboljelih od shizofrenije veća je zbog nesreća, ali i zbog prirodne smrti. Čest uzrok smrti je i samoubojstvo, odnosno suicid. Prema brojnim istraživanjima, otprilike 50% bolesnika koji boluju od shizofrenije tijekom svojeg života barem jednom pokuša izvršiti suicid, dok ga 10 do 15% bolesnika i izvrši. Što se tiče učestalosti pokušaja i izvršenja suicida s obzirom na spol, jednaka je kod muškaraca i žena.[13]

2.2. Etiologija

Etiologija shizofrenije danas još uvijek nije u potpunosti poznata. Shizofrenija se smatra multifaktorski determiniranom, odnosno smatra se da ju uzrokuje kombinacija brojnih čimbenika koji su u složenoj interakciji.[12] Ono što je sigurno, na nastanak shizofrenije utječu mnogi faktori koji uključuju biološke, psihološke i socijalne čimbenike.[13] Također, postoje brojne hipoteze koje nastoje razjasniti etiologiju shizofrenije, a trenutno najprihvaćenija teorija je neurorazvojna teorija. Ona podrazumijeva utjecaj prenatalnih čimbenika, kao što su infekcije, upalni procesi i malnutricija majke, zatim perinatalnih čimbenika i postnatalnih čimbenika, primjerice roditeljsko zanemarivanje, pothranjenost i infekcije u djece i slično. Također, podrazumijeva i interakciju navedenih čimbenika s izvanjskim faktorima.[10] Biološki čimbenici koji utječu na nastanak shizofrenije odnose se na patologiju određenih dijelova mozga, abnormalni neuralni razvoj te degeneraciju živčanih stanica nakon završenog razvoja.[13] Biološko shvaćanje shizofrenije temelji se na poremećaju različitih neurotransmitera, kao što su dopamin i serotonin, bitnih za skladno funkcioniranje mozga.[12] Tako, na primjer, brojna istraživanja dokazuju da višak ili manjak određenog neurotransmitora uzrokuje poremećaje s psihičkim simptomima. Primjerice, pojačana aktivnost dopamina utječe na nastanak pozitivnih simptoma shizofrenije, dok njegova smanjena aktivnost uzrokuje negativne simptome i sl.[6, 12] Osim toga, u biološke čimbenike spada i biološka vulnerabilnost osobe, odnosno genetička predispozicija.[12] Kao i kod većine bolesti, vrijedi pravilo da blizina srodstva povećava rizik od oboljenja.[15] Prema brojnim istraživanjima, vjerojatnost za oboljenje od shizofrenije za opću populaciju iznosi 1%. Za dvojajčane blizance vjerojatnost obolijevanja iznosi 8%, a za jednojajčanog blizanca 47%. Za dijete čiji jedan od roditelja boluje od shizofrenije, vjerojatnost

iznosi 12%, dok u slučaju da oba roditelja boluju od shizofrenije, vjerojatnost da će oboljeti i dijete iznosi čak 40%.[10] Što se tiče psihosocijalnih čimbenika, oni se odnose na razumijevanje individualnog sazrijevanja te na obiteljsko i socijalno okruženje.[13] Situacije koje povećavaju rizik za nastanak shizofrenije uključuju nezdrave obiteljske odnose, odnosno disfunkcionalnost obitelji s poremećenom komunikacijom, previše zaštitničko ponašanje roditelja, odnosi s drugim ljudima, manjak socijalnih vještina, uzimanje droge, alkohola i mnogi drugi.[13, 14] Tu spada i stres vulnerabilnost koja se odnosi na različite nepovoljne uvjete iz okoline, kao što su gubitak značajnih osoba, gubitak posla, loš socioekonomski status i slično.[12] Kod osobe je prisutna specifična vulnerabilnost koja pri stresnom utjecaju iz okoline dovodi do razvoja bolesti.[13] Predispoziciju, odnosno sklonost za nastanak shizofrenije, prema istraživanjima, imaju osobe koje su rano doživjele psihotraumu.[15] Prema neurorazvojnoj teoriji, biološke promjene postoje i prije nastanka bolesti, no bolest se razvija tek kad se postigne određeni stupanj neuralnog razvoja i kad dođe u interakciju s određenim izvanjskim, odnosno psihosocijalnim čimbenicima. Za pokušaj opisa nastanka shizofrenije koristi se i teorija dvostrukog udarca, tzv. *two – hit hypothesis,* koja prati neurorazvojnu hipotezu. Prema ovoj teoriji, prvi udarac se odnosi na genetičku vulnerabilnost, dok se drugim udarcem smatraju čimbenici koji u kombinaciji s prvim rezultiraju abnormalnim neurorazvojnim procesom, pa posljedično i razvojem shizofrenije.[10] Dakle, neka biološka promjena mozga, koja nije još posve poznata, ne može sama po sebi uzrokovati bolest, već moraju biti prisutni i nepovoljni faktori okoline.[14]

2.3. Klinička slika

Klinička slika bolesnika oboljelog od shizofrenije obuhvaća poremećaje u nekoliko različitih područja psihičkog funkcioniranja kao što su mišljenje i percepcija, motoričko ponašanje, afekt ili emocije te životno funkcioniranje.[5, 6] Također, klinička slika bolesnika različita je od jedne do druge osobe.[6] Dva će različita bolesnika predstaviti jedinstven prikaz i naizgled nepovezane simptome i znakove bolesti, odražavajući različite temelje psihopatologije.[18] Shizofrenija najčešće počinje postupno pa često bolesnik i njegova okolina nisu ni svjesni postupnog mijenjanja ponašanja bolesnika, zbog čega često prođe duži vremenski period dok ne zatraže pomoć. Rjeđi su slučajevi u kojima bolest počinje naglo, unutar nekoliko dana ili tjedana. Shizofreniju obilježava skup simptoma i znakova koji u specifičnoj zajedničkoj korelaciji čine kliničku sliku shizofrenije.[19] Glavna simptomi shizofrenije podijeljeni su u dvije skupine, a to su pozitivni i negativni simptomi.[5]

2.3.1. Pozitivni simptomi

Pozitivna skupina simptoma odnosi se na pojave koje nisu moguće kod osoba kod kojih nije prisutan poremećaj mentalnog zdravlja.[12] Ovi simptomi najčešće su prisutni u akutnoj fazi bolesti i zahtijevaju promptno liječenje. Uključuju psihotične simptome u koje se ubrajaju poremećaj percepcije u vidu halucinacija i sadržajne poremećaje u vidu deluzija. Osim toga, uključuju simptome smetenosti i dezorganiziranosti u koje spadaju formalni poremećaj mišljenja i dezorganizirano ponašanje.[6]

2.3.1.1. Halucinacije

Halucinacije označavaju osjetne percepcije koje se pojavljuju bez postojanja vanjskog stimulansa.[6] Riječ je o pogrešnoj percepciji osobe pri čemu ona čuje, vidi, osjeća dodir, miris i okus onoga čega u stvarnosti nema.[14] Kod bolesnika oboljelog od shizofrenije, najčešća je prisutnost auditivnih halucinacija u obliku zviždanja, mumljanja i drugih sličnih zvukova, no moguća je i pojava složenijih oblika slušnih halucinacija koje se očituju kao govor jedne ili više osoba.[6] Opisuju se kao glasovi koji se direktno obraćaju bolesniku, komentiraju njegovo ponašanje ili razgovaraju o njemu.[12] Osim slušnih, moguća je i pojava vidnih, mirisnih, okusnih, taktilnih i seksualnih halucinacija, no mnogo rjeđe.[6]

2.3.1.2. Deluzije

Deluzije predstavljaju pogrešna vjerovanja temeljena na nekonkretnom poimanju vanjskog svijeta. Primjerice, bolesnik može vjerovati da ga netko slijedi, prati, proganja ili mu želi nanijeti štetu, a u tom je slučaju riječ o deluzijama koje se nazivaju persekutornim deluzijama.[6] Grandiozne deluzije karakterizira vjerovanje osobe da posjeduje posebnu moć ili talent, a one mogu biti povezane i s idejama o drugom identitetu pa osoba vjeruje da je neka druga, primjerice slavna poznata osoba. Mnogi vjeruju da se sadržaji na televiziji, radiju ili razgovor ljudi u prolazu odnosi upravo na njih, dok se kod drugih mogu pojaviti tjelesne deluzije pa smatraju da se u njihovom tijelu stvara neki maligni proces.[6, 14] Pojavljuju se i sumanute ideje upravljanja ili kontrole pri kojima osobe vjeruju, na primjer, kako njima upravlja neka vanjska sila pa se osjećaju poput robota i uvjereni su da moraju izgovarati ili raditi neke pokrete protiv svoje volje. Moguće su i deluzije ljubomore, odnosno pogrešna vjerovanja o nevjernosti partnera, i mnoge druge.[14]

2.3.1.3. Formalni poremećaj mišljenja

Shizofrenija je bolest koja utječe na kognitivne sposobnosti osobe, manifestirajući se kao poremećaj mišljenja, odnosno formalni poremećaj, koji se, između ostalog, očituje u dezorganiziranom i nerazumljivom govoru. Kod osobe se javlja diskontinuitet mišljenja u vidu

promjena tema u razgovoru, prekidanju iskaza usred rečenice, čestih digresija, nelogičnim zaključcima.[20] Kod osobe je prisutan gubitak asocijacija, odnosno disocirano mišljenje koje je često toliko brzog tijeka da rezultira tzv. *salatom od riječi* pa govor postaje zbrkan i nerazumljiv toliko da ga je teško pratiti.[6, 12] S druge strane, tijek misli bolesnika može biti i usporen do razine blokade misli.[6] Česta je pojava tangencijalnosti, odnosno odgovora koji su ili tek na neki daleki način povezani, ili uopće nisu povezani s postavljenim pitanjem, te pojava verbigeracije i perservacije, tj. ponavljanja istih riječi i rečenica.[20] Neki bolesnici postaju agramatični pa mišljenje postaje inkoherentno, a neki sklapaju nove riječi, tj. neologizme.[6]

2.3.1.4. Dezorganizirano ponašanje

Kod bolesnika koji boluju od shizofrenije mogu se pojaviti različite vrste bizarnog i dezorganiziranog ponašanja. Jedno od njih je katatoni stupor ili motorička imobilnost koja označava potpuno ukočenje i nekomuniciranje s ljudima, kao i mutizam, odnosno kompletna šutnja. Isto tako, može se pojaviti katalepsija ili voštana savitljivost kod koje bolesnik zauzima neprirodne položaje tijela bez zamora mišića.[6, 12] Tako, na primjer, bolesnik zauzima bizarni položaj kao što je tzv. *raspelo* pri kojem zadržava glavu iznad jastuka nekoliko centimetara i to može održavati dugo vremena. Kod nekih bolesnika se može uočiti aktivno pružanje otpora pokušajima pokretanja tijela, odnosno katatoni negativizam, dok se kod drugih javlja automatska poslušnost. Neki bolesnici besmisleno ponavljaju neke radnje ili pokrete, što se naziva stereotipija, kod nekih se viđa katatona uzbuđenost, odnosno nesvrsishodno besciljno kretanje bez vanjskog podražaja, a kod nekih manirizam koji se odnosi na neprirodna ponašanja u obliku pretjeranih grimasa ili naglašavanja pokreta.[6]

2.3.2. Negativni simptomi

Za razliku od pozitivnih simptoma, pojave opisane u ovom poglavlju se u određenim oscilacijama mogu pojaviti kod osobe koja nema poremećaj u mentalnom zdravlju, odnosno odnose se na oscilacije koje se mogu pojaviti u svakodnevnom životu čovjeka u određenom intenzitetu koji značajno ne remeti njegov život.[12] U slučaju osobe oboljele od shizofrenije, negativni simptomi su stanja dužeg trajanja i jačeg intenziteta te znatno utječu na njegovo psihosocijalno funkcioniranje.[6, 12] Uključuju nedostatak spontanosti, inicijative, motivacije i socijalnih kontakata, nesposobnost kontinuiranog funkcioniranja na radnom mjestu, školovanju i sl.[6] Također, odnose se na pasivizaciju, bezvoljnost, nemogućnost, teškoće ili nesklad u izražavanju emocija, siromašni i nespontani govor, a sve to dovodi do teškoća u različitim aktivnostima potrebnima za svakodnevni život.[12] Jedan od simptoma koji se ubrajaju u ovu skupinu simptoma je alogija koja podrazumijeva siromaštvo govora i smanjenu količinu

izgovorenoga, a očituje se usporenim mišljenjem i smanjenom produktivnošću govora pa su odgovori bolesnika šturi i kratki.[5, 6] Nadalje, javlja se i poremećaj afektivnosti u obliku zaravnjenog ili neodgovarajućeg izražavanja afekta. Zaravnjeni afekt podrazumijeva smanjenu raznolikost, odnosno jakost osjećajnoga izražavanja, praćenog smanjenom mimikom lica, kratkim kontaktom oči u oči te oskudnim govorom tijela. S druge strane, neodgovarajuće izražavanje afekta odnosi se na pojave koje se nazivaju paratimija i paramimija. Paratimija podrazumijeva neprimjereno afektivno izražavanje na vanjski stimulus, primjerice smijanje na pogrebu, dok se paramimija odnosi na neprimjereno afektivno izražavanje svog raspoloženja, pa će bolesnik u stanju veselja plakati i sl.[6] U skupinu negativnih simptoma svrstava se i anhedonija ili nesposobnost doživljavanja zadovoljstva.[5] Kod anhedonije, bolesnik u potpunosti gubi životni interes i zadovoljstvo, dok kod avolicije dolazi do potpunog gubitka volje i energije za uobičajene rutinske aktivnosti.[5, 6] Kod osobe se primjećuje gubitak inicijacije, akcije i provedbe voljnog procesa.[6] Bolesnicima je teško ustrajati u obavljanju dužnosti na poslu, u školi ili domaćinstvu, a većinu vremena provode besposleno.[5] Osoba se može se čak i posve zapustiti do te mjere da ne brine o vlastitoj higijeni i sl.[12] Bolesnici koji boluju od shizofrenije mogu biti i depresivni, anksiozni i ljuti, a ponekad i nasilni i suicidalni, što je najčešće izraženo u akutnoj fazi bolesti i prisilne hospitalizacije. Nasilno ponašanje najčešće se javlja kad je bolesnik pod utjecajem slušnih halucinacija, a često može biti uzrok prisilnog dovođenja i liječenja u bolnici.[6, 14]

2.4. Tijek

Danas se smatra kako shizofrenija ima nekoliko faza tijekom svog razvoja. Prvom fazom smatra se asimptomatska faza, koja traje od rođenja do adolescencije.[8] Asimptomatska faza je razdoblje tijekom kojeg nema jasnih simptoma i znakova bolesti koji bi ukazivali na rizik od mogućeg kasnijeg javljanja bolesti.[7, 8] Ovu se fazu naziva i premorbidnom fazom, odnosno fazom prije pojave bolesti jer su tijekom tog razdoblja funkcionalne sposobnosti osobe još uvijek održane.[8] Još uvijek nisu poznati jasni znakovi koji bi ukazivali na kasniji razvoj shizofrenije, no postoje obilježja ličnosti kao što su nedruštvenost, sramežljivost, anksioznost, nesigurnost, preosjetljivost i sl., koja bi se mogla razviti, između ostalog, i u shizofreniju.[7] Ono što se može smatrati karakterističnim za premorbidnu fazu su abnormalnosti u ponašanju, slabije kognitivno i psihomotorno funkcioniranje osobe, poteškoće u održavanju pažnje, sporiji razvoj govora, slabljenje u školskim uspjesima, emocionalna udaljenost i otuđenost i slične karakteristike osobe.[21] Na premorbidnu fazu se nastavlja prodromalna faza koja počinje od adolescentskog doba i ranih dvadesetih godina života, a može trajati i nekoliko godina.[8] Ovo je faza koja

prethodi bolesti, odnosno javlja se prije pojave tipičnih simptoma i znakova bolesti.[7, 14] Karakteristično za prodromalnu fazu je izrazita vulnerabilnost osobe, prisutnost nespecifičnih psihičkih simptoma i znakova te promjene u funkcioniranju. Kod osobe se javlja redukcija koncentracije, pažnje i motivacije, anksioznost i depresivnost te poremećaji spavanja. Dolazi do promjena u ponašanju osobe u vidu dotadašnjih osobnih i socijalnih funkcioniranja.[8] Često dolazi do socijale izolacije, zanemarivanja vlastitog izgleda i higijene, osjećaja beznadnosti, zlouporabe sredstava ovisnosti, autodestruktivnog i suicidalnog ponašanja i sl.[7, 8, 14] Navedeni simptomi, kognitivni deficiti te pad općeg funkcioniranja osobe su ujedno i simptomi shizofrenije. Danas se smatra da su navedeni znakovi i simptomi prisutni u prodromalnoj fazi konzistentni kao i u aktivnoj fazi, no nisu toliko izraženi.[8] Od velike je važnosti pravodobno prepoznavanje ovih simptoma jer se oni mogu, osim kao rani znakovi upozorenja na pojavu bolesti, pojaviti i prije ponovne pojave bolesti. Na taj način bi se omogućilo pravodobno preveniranje sljedeće epizode bolesti ili pogoršanja postojećeg stanja.[7, 14] Važno je naglasiti i kako se stanje može nazvati prodromalnom fazom samo ako se nakon nje pojave jasni znakovi i simptomi shizofrenije.[8] Nakon prodromalne faze razvija se akutna ili aktivna faza bolesti, otprilike dvadesetih godina života, obilježena pozitivnim simptomima bolesti, remisijama i relapsima, najčešće bez vraćanja funkcionalne sposobnosti kakva je bila prije pojave bolesti.[8, 9] Kod osobe se može primijetiti niz oštećenja psihičkih procesa, kao što su misli, govor, percepcija i afekt.[6] U ranoj akutnoj fazi dolazi do nagle pojave psihotičnih znakova i simptoma, odnosno do prve psihotične epizode koja daje jasnu kliničku sliku shizofrenije.[6, 21] Prisutni su i pozitivni i negativni simptomi shizofrenije kao što su deluzije, halucinacije, sumanute ideje, dezorganizacija psihičkih procesa, socijalna disfunkcija i mnogi drugi simptomi navedeni u prethodnom poglavlju.[21] Ova faza se često naziva „kaotičnom“ fazom upravo zbog progresivnog tijeka bolesti.[8] Shizofrenija je bolest koja se najčešće pojavljuje u epizodama pa nakon što se akutni simptomi povuku ili su ublaženi u tolikoj mjeri da osoba može boraviti izvan bolničkih uvjeta, to se razdoblje naziva fazom stabilizacije. Ona može trajati i godinama, a često je prekidana fazama povratka akutne faze.[14] Posljednja faza razvoja shizofrenije je kronična ili rezidualna faza koja se najčešće razvije oko četrdesetih godina kada je bolest u znatnoj mjeri u fazi prominirajućih negativnih i kognitivnih simptoma s povremenim remisijama, a pad funkcionalnih sposobnosti osobe je značajan i najčešće progresivan.[9] U kroničnoj fazi, čest je slučaj da bolesnici pokazuju značajnu terapijsku rezistentnost na antipsihotike i psihosocijalne terapijske intervencije što potvrđuje kronificiranost bolesti.[6, 8] U ovoj fazi prevladavaju negativni znakovi i simptomi shizofrenije, a ona može trajati godinama. [21]

2.5. Dijagnoza

Dijagnozu shizofrenije najčešće prvo donosi psihijatar nakon višekratnih razgovora s bolesnikom i njegovom obitelji te nakon procjene postojanja tipičnih simptoma shizofrenije.[12, 19] Dijagnoza se postavlja na temelju psihološke procjene bolesnika, a osnovni psihijatrijski dijagnostički instrument je psihijatrijski intervju čiji je cilj prikupljanje informacija u svrhu dijagnostičke procjene.[6, 19] Tijekom psihološke procjene, vrlo je bitno prikupiti što više podataka koji opisuju cjelokupni život bolesnika, od rođenja do razvoja bolesti.[12] Podatci bitni za psihološku procjenu bolesnika uključuju osobnu i obiteljsku anamnezu, izgled bolesnika i njegovo ponašanje, socijalne odnose u obitelji, na poslu i u zajednici, socioekonomski status osobe, osobne i društvene aktivnosti i interesi, zatim načine suočavanja sa stresom i sposobnost prilagodne na isti.[6, 12] Također, uključuje organizaciju svakodnevnog života, uznemirujuće događaje iz sadašnjosti ili prošlosti, navike bolesnika kao što su pušenje, konzumacija alkohola, droga i slično. Liječnik će tijekom postavljanja dijagnoze procijeniti i kako sama bolest utječe na svakodnevni život bolesnika.[12] Kod postavljanja dijagnoze, vrlo je bitno imati na umu da će vrlo vjerojatno bolesnik htjeti dati što bolju sliku o sebi te da osobe sa shizofrenijom ponekad žele prikriti simptome od liječnika i svoje okoline ili često nemaju realan uvid u svoje stanje. Prema nekim istraživanjima, čak 50 do 80% bolesnika koji boluju od shizofrenije nemaju adekvatan uvid u svoju bolest.[22] Iz tog je razloga od velikog značaja uključivanje i sekundarnih izvora u postavljanje dijagnoze, kao što su obitelj, prijatelji i sve ostale osobe s kojima je bolesnik u čestom kontaktu.[6] Što se tiče pretraga, ne postoji ni jedna koja bi mogla potvrditi dijagnozu shizofrenije, no često se bolesnici upućuju na pretrage kao što su CT (kompjuterizirana tomografija) i MR (magnetska rezonancija) mozga koje će poslužiti za isključivanje drugih bolesti.[12]

Osim navedenoga, dijagnoza shizofrenije se postavlja i na temelju kliničkih simptoma i vremena njihovog trajanja.[8] U RH se za postavljanje dijagnoze koriste važeći dijagnostički kriteriji za shizofreniju navedeni u MKB – 10 (Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija), objavljenoj 1990. godine od strane SZO-a, i američkom DSM – 5 (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peta revizija), objavljenom 2013. godine.[6, 10] Prema MKB – 10, za postavljanje dijagnoze shizofrenije, bolesnik mora imati minimalno jedan vrlo jasan simptom iz skupine (a) do (d) ili najmanje dva simptoma navedena pod (e) do (h), uz napomenu da simptomi moraju trajati mjesec dana ili dulje.[23] U sljedećoj tablici (*Tablica 2.5.1.)* navedena je podjela simptoma prema MKB – 10.

Tablica 2.5.1. Podjela simptoma shizofrenije prema desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti.[23]

KLASIFIKACIJA SIMPTOMA SHIZOFRENIJE PREMA MKB – 10	
a)	jeka misli, umetanje ili oduzimanje misli i emitiranje misli
b)	sumanute ideje upravljanja, utjecaja ili pasivnosti koje se jasno odnose na tijelo ili kretanje udova ili na specifične misli, postupke ili osjećaje i sumanuto percipiranje
c)	halucinirani glasovi koji komentiraju bolesnikovo ponašanje ili komentiraju o njemu ili pak druge vrste haluciniranih glasova koje potječu iz nekog dijela tijela
d)	trajne sumanute ideje druge vrste, kulturno neprimjerene i sasvim nemoguće npr. o vjerskom ili političkom identitetu, o nadljudskoj moći ili sposobnostima (npr. sposobnost upravljanja meteorološkim pojavama ili komuniciranje s izvanzemaljskim bićima)
e)	trajne halucinacije bilo kojeg modaliteta praćene prolaznim ili poluuobličenim sumanutim idejama bez jasnog afektivnog sadržaja, precijenjenim idejama ili uz uporno javljanje svakodnevno tjednima ili mjesecima
f)	prekid misli ili umetanje u tok misli, što ima kao posljedicu nepovezan ili irelevantan govor ili neologizme
g)	katatono ponašanje kao npr. uzbuđenje, zauzimanje neprirodnog položaja, „voštana savitljivost“, negativizam, mutizam i stupor
h)	„negativni“ simptomi kao što su izrazita apatija, oskudan govor, tupost ili nesklad emocija, što obično uzrokuje socijalno povlačenje i pad socijalne efikasnosti; mora biti jasno da nije riječ o posljedici depresije ili neuroleptične terapije
i)	dosljedna promjena ukupne kvalitete nekih aspekata osobnog ponašanja koje se izražava kao bitan gubitak interesa, besciljnost, pasivnost, zaokupljenost sobom i povlačenje iz društva

Dijagnostički kriteriji od strane DSM – 5 navode ključne simptome za postavljanje dijagnoze shizofrenije, a to su barem jedan simptom koji uključuje sumanutosti, halucinacije i disocirani govor, a zatim i jako dezorganizirano ili katatono ponašanje te postojanje negativnih simptoma.[24]

Prema DSM – 5, ovi simptomi moraju kontinuirano trajati najmanje 6 mjeseci, a to šestomjesečno razdoblje uključuje najmanje mjesec dana trajanja navedenih simptoma aktivne faze i može uključivati razdoblja prodromalnih ili rezidualnih simptoma.[24]

S obzirom na raznolikost, intenzitet, početak i vrijeme trajanja simptoma u vrijeme postavljanja dijagnoze, shizofrenija je klasificirana na niz različitih podtipova i oblika, a neki, najznačajniji, opisani su u daljnjem tekstu.[11]

2.5.1. Paranoidna shizofrenija

Paranoidna shizofrenija najčešći je oblik shizofrenije u većem dijelu svijeta.[23] Obično se pojavljuje nešto kasnije nego ostali oblici, uglavnom u trećem ili četvrtom desetljeću života.[6, 19] Ovaj podtip shizofrenije karakteriziraju relativno trajno prisutne sumanute paranoidne ideje koje određuju ponašanje bolesnika u akutnoj fazi bolesti, a često su praćene i halucinacijama te poremećajima percepcije.[13, 15, 23] Najčešći simptomi su paranoidne ideje proganjanja, ideje odnosa, ljubomore i hipohondrijske sumanutosti te auditivne halucinacije u obliku prijetećih ili naređujućih glasova ili neverbalne auditivne halucinacije poput zviždanja, pjevušenja ili smijanja.[19, 23] Često se javljaju i poremećaji raspoloženja kao što su razdražljivost, strašljivost, nagla ljutnja i sumnjičavost. Tijek paranoidne shizofrenije je obično ili epizodičan s djelomičnim ili punim remisijama ili je kroničan.[23]

2.5.2. Hebefrena shizofrenija

Za razliku od paranoidne, hebefrena je shizofrenija obilježena ranim početkom, najčešće između 15. i 30. godine života.[6, 13] Karakteriziraju je izrazite afektivne promjene, neodgovorno i nepredvidivo ponašanje s čestim manirizmima, a moguće su i povremene sumanute ideje i halucinacije.[13, 23] Jedni od ključnih simptoma hebefrenog oblika shizofrenije su formalni poremećaj mišljenja, u obliku dezorganiziranog mišljenja i ponašanja i disociranog govora te afektivni poremećaj koji se očituje neodgovarajućim afektivnim odgovorima u obliku paratimije i paramimije, ili plitkim, lako promjenjivim afektom.[13, 19] Raspoloženje bolesnika je često povišeno i neprimjereno, praćeno smijuljenjem, grandioznim manirama, grimasama, manirizmima te ponavljanjem i naglašavanjem fraza.[23] Prognoza hebefrene shizofrenije je obično loša zbog brzog razvoja bolesti i brzog propadanja ličnosti.[6, 13, 15]

2.5.3. Katatona shizofrenija

Najznačajnije i najdominantnije obilježje ovog tipa shizofrenije je izraziti poremećaj psihomotorike koji obuhvaća razine od hipokinezije do hiperkinezije.[23, 13] Prema MKB – 10, za postavljanje dijagnoze katatone shizofrenije mora postojati jedno od obilježja koji uključuju

katatoni stupor, uzbuđenje, zauzimanje neprirodnih položaja, rigidnost, voštana savitljivost te drugi simptomi kao što su automatska poslušnost ili perservacija riječi i fraza, negativnizmi, mutizmi i sl.[23, 15]

2.5.4. Jednostavna shizofrenija (*schizofrenia simplex*)

Shizofrenija simplex je relativno rijedak oblik shizofrenije koji se razvija podmuklo i progredirajuće mjesecima ili čak godinama bez karakterističnih mahova bolesti i remisija.[19, 23] Kod bolesnika se razvija čudno ponašanje, socijalno zatajivanje te pad cjelokupne aktivnosti.[13, 23] Bolesnici postupno gube interes za okolinu, povlače se u svoj svijet, mijenjaju svoje običaje i prijašnji način života.[15] Kod osobe se može primijetiti zakazivanje u socijalnom funkcioniranju, nesposobnost prilagođavanja zahtjevima okoline, afektivno osiromašenje, a posljedično i opustošenje.[15, 23] Drugim riječima, uglavnom prevladavaju negativni simptomi shizofrenije koji se razvijaju bez prethodnih uočljivih psihotičnih simptoma kao što su sumanute ideje i halucinacije.[13, 19] Ovaj podtip shizofrenije ima tendenciju prelaska u kronični oblik i obično ima lošiju prognozu zbog nepravodobno prepoznatih znakova i simptoma bolesti pa bolesnici posljedično ostaju dugo neliječeni i neprepoznati kao bolesni.[19]

2.5.5. Rezidualna shizofrenija

Rezidualna shizofrenija predstavlja kroničnu fazu u razvoju shizofrenije s jasnom progresijom od rane faze, koja se sastojala od jedne ili više psihotičnih epizoda, do kasnijeg stanja obilježenog dugotrajnim negativnim simptomima.[23] Ti simptomi uključuju psihomotornu usporenost, otupljeni afekt, pasivnost, manjak inicijative, osiromašeni govor i neverbalnu komunikaciju, nedovoljnu brigu o sebi, manjkavi socijalni kontakt i sl.[13]

2.5.6. Postshizofrena depresija

Ovo stanje označava depresivnu epizodu koja može biti produljena, a pojavljuje se nakon shizofrenije.[13, 23] Neki od simptoma shizofrenije su i dalje prisutni, no ne i dominantni u kliničkoj slici. Simptomi koji perzistiraju mogu biti i pozitivni i negativni, no negativni su učestaliji.[23] Kliničkom slikom dominira depresivna simptomatologija.[19]

2.6. Liječenje

Liječenje bolesnika oboljelih od shizofrenije predstavlja naporan i dugotrajan proces za bolesnika, ali i za njegovu obitelj i okolinu.[6] Veliku ulogu u liječenju bolesnika ima rana detekcija bolesti, odnosno pravodobno prepoznavanje simptoma i znakova, a prema tome i rana primjena specifičnih terapijskih postupaka. Na taj način omogućena je prevencija i/ili redukcija psihotične dekompenzacije bolesnika, a time i sprječavanje ili minimaliziranje nepovoljnih posljedica psihotičnih procesa na psihičke i funkcionalne sposobnosti oboljele osobe.[10] Liječenje bolesnika oboljelih od shizofrenije započinje što ranijom primjenom farmakološke terapije, što je ponekad teže provesti s obzirom na činjenicu da se najveći broj bolesnika javlja liječniku kad bolest već traje određeni vremenski period.[15] Osim farmakološke terapije, u liječenje shizofrenije uključene su brojne druge, također vrlo značajne, metode, kao što su psihoterapijske i socioterapijske metode, psihoedukacija bolesnika i njegove obitelji i sl.[15] Farmakološki pristup u prvi plan stavlja antipsihotike, posebice one novije generacije, dok su psihosocijalne intervencije bazirane na multidisciplinarnom pristupu većeg broja educiranih stručnjaka kao što su psihijatri, psiholozi, socijalni pedagozi, socijalni radnici, radni terapeuti, medicinske sestre i tehničari, pri čemu bi terapijske intervencije trebale biti prilagođene potrebama svakog pojedinog bolesnika.[10] S obzirom na činjenicu da farmakoterapija samo donekle utječe na kognitivni deficit kod pacijenata sa shizofrenijom, u posljednjih 15 godina razna istraživanja su usmjerena na bihevioralnu terapiju usmjerenu ka poboljšanju funkcioniranja bolesnika u njegovoj svakodnevnici.[4] Tek potpunom integracijom farmakoloških, psihosocijalnih, obiteljskih i radnih terapijskih intervencija moguće je postići najučinkovitiji dugotrajni ishod liječenja.[6] Suvremeni koncept terapije bolesnika oboljelih od shizofrenije naglasak stavlja na ishod bolesti pri čemu se fokus stavlja na što bolji oporavak i postizanje zadovoljavajuće kvalitete života bolesnika.[10]

3. Uloga medicinske sestra u radu s bolesnikom oboljelim od shizofrenije

Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provodi s bolesnikom, stoga je od velike važnosti naglasiti njezinu ulogu.[15] Njezina je uloga da bolesnicima oboljelima od shizofrenije pruža kontinuiranu zdravstvenu njegu tijekom čitavog procesa bolesti, od pojave prvih simptoma, tijekom liječenja, pa sve do rehabilitacije.[6] Njezina je dužnost u radu s bolesnikom poštivati opća načela zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika koja uključuju cjelovitost zbrinjavanja bolesnika, poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića, privatnost i dostojanstvo, terapijsku komunikaciju, uključivanje bolesnika te pomoć bolesniku pri učinkovitoj prilagodbi.[25] U zdravstvenoj njezi bolesnika oboljelog od shizofrenije, medicinska sestra nastoji promovirati i unaprijediti interakciju bolesnika sa svojom okolinom, povećati i ojačati njegovu psihološku stabilnost, osigurati mu zaštitu te potaknuti obitelj i bližnje da se uključe u aktivnosti koje jačaju njegovu neovisnost i zadovoljstvo životom. Promatranjem bolesnika i postojećih simptoma i znakova bolesti, uloga je medicinske sestre utvrditi probleme iz područja zdravstvene njege te prepoznati potrebe svakog pojedinog bolesnika.[15] Pristup bolesniku mora biti individualiziran, realan i prilagođen njegovim mogućnostima. Na temelju toga, zadatak joj je prepoznati sestrinske dijagnoze prisutne kod bolesnika, prema njima izraditi plan zdravstvene njege i provoditi najučinkovitije intervencije.[26] Medicinska sestra u radu s oboljelima od shizofrenije, kao i s psihijatrijskim bolesnicima općenito, mora posjedovati određene kompetencije. Vrlo je bitno da je, prije svega, adekvatno educirana uz cjeloživotno nadograđivanje svog znanja, da je strpljiva, puna razumijevanja i empatije, da svakog bolesnika gleda kao individuu te da u radu sa svakim bolesnikom primjenjuje holistički pristup.[6]

Sestrinske dijagnoze su polazište za planiranje i provođenje zdravstvene njege bolesnika.[26] Neke od najčešćih sestrinskih dijagnoza koje se spominju u zdravstvenoj njezi bolesnika oboljelih od shizofrenije prikazane su tabelarno (*Tablica 3.1.).* Njima su pridružene i intervencije izdvojene kao najvažnije.

Tablica 3.1. Sestrinske dijagnoze i pridružene intervencije u zdravstvenoj njezi bolesnika oboljelog od shizofrenije.

SESTRINSKA DIJAGNOZA	SESTRINSKE INTERVENCIJE
PROMIJENJENI PROCESI MIŠLJENJA, SHVAĆANJA I RAZUMIJEVANJA	✓ stvaranje terapijskog odnosa primjenom terapijske komunikacije ✓ pravilno pristupati bolesnikovim promijenjenim procesima shvaćanja i razmišljanja ✓ stvarati ozračja sigurnosti i povjerenja, tj. ozračja koji omogućuje interpersonalne interakcije ✓ odbijati raspravu, diskusiju i svađu te slaganje s dezintegriranim mišljenjima i shvaćanjima ✓ aktivno slušati bolesnika kako bi se poboljšalo shvaćanje i razumijevanje bolesnikovog shvaćanja i razmišljanja ✓ razjasniti ono što je nejasno, dati prednost bolesnikovim osjećajima, a ne sadržaju, regulirati slijed i tok misli ako je to potrebno [15, 25]
PROMJENA SENZORIČKOG – PERCEPTUALNOG FUNKCIONIRANJA	✓ provoditi vrijeme s bolesnikom, pozorno ga slušati i pružati podršku ✓ osiguravati sigurno okružje za bolesnika ✓ orijentirati se na stvarnost pomoću djelotvorne komunikacije – sučeliti bolesnika s realnim interakcijama i aktivnostima s drugim bolesnicima, osobljem te bolesnikovom obitelji ✓ postaviti granice za bolesnikove impulzivne reakcije na promijenjene percepcije ✓ upotreba distraktora (glazba, TV, igra) može dati bolesniku potporu da ponovno stekne sposobnost kontroliranja svojih reakcija na promijenjene percepcije ✓ reći bolesniku kada je njegovo ponašanje takvo da nas plaši i izaziva strah, osigurati anticipatorne smjernice (verbaliziranjem) koje su usmjerene na pažnju posvećenu realnosti te pružiti pomoć u reduciranju napetosti [15, 27]

SOCIJALNA IZOLACIJA	✓ provoditi dodatno vrijeme s bolesnikom ✓ uspostaviti suradnički odnos, odnos povjerenja ✓ stvoriti ozračje sigurnosti i povjerenja ✓ poticati bolesnika da verbalizira svoje osjećaje ✓ poticati bolesnika na uspostavljanje međuljudskih odnosa i razmjenu iskustava s drugim bolesnicima ✓ ohrabrivati bolesnika i pohvaliti njegov napredak ✓ osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba ✓ poticati bolesnika na aktivno druženje i komuniciranje s ostalim bolesnicima i osobljem te članovima obitelji ✓ upoznati bolesnika sa suportivnim grupama, uključiti ga u grupnu i radno okupacijsku terapiju te u program svakodnevnih aktivnosti na odjelu [15, 27, 28]
NISKO SAMOPOŠTOVANJE	✓ provesti određeno vrijeme s bolesnikom, pokazati razumijevanje i interes, slušati ga i prihvaćati ✓ osigurati privatnost i adekvatan prostor za razgovor ✓ poticati bolesnika na izražavanje emocija ✓ uočavati promjene u mentalnom statusu te prisutnost suicidalnih misli i namjera ✓ poticati bolesnika na fizičku aktivnost, ako nije kontraindicirana, te na socijalne kontakte s drugima ✓ uključiti bolesnika u donošenje odluka ✓ raspravljati s bolesnikom o pozitivnim aspektima njegova osobnog sustava (socijalne vještine, radne sposobnosti, edukacija i obrazovanje, talenti, izgled) kako bi se osnažili njegovi osjećaji da je korisna, vrijedna i kompletna ličnost ✓ bolesnika i obitelj uključiti u grupnu terapiju [15, 29]

VISOK RIZIK ZA SUICID	✓ osigurati sigurnu okolinu – ukloniti potencijalno opasne predmete (oštre predmete i uređaje, elektroničke uređaje, staklene predmete, užad i remenje, lijekove itd.) ✓ učestalo kontrolirati prostor u kojem bolesnik boravi ✓ osigurati adekvatan nadzor bolesnika sukladno riziku za počinjenje suicida ✓ osigurati odnos povjerenja temeljen na empatiji i aktivnom slušanju ✓ poticati bolesnika da verbalizira svoje negativne osjećaje te osigurati dovoljno vremena za komunikaciju ✓ svakodnevne aktivnosti organizirati u skladu s bolesnikovim sposobnostima i mogućnostima te ga poticati da se usredotoči na određene aktivnosti ✓ kontrolirati uzimanje terapije ✓ uključiti obitelj u skrb bolesnika ✓ kod pogoršanja stanja bolesnika kontaktirati liječnika [15, 29]

4. Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije

Stigma predstavlja veliki i iscrpljujući problem s kojim se osobe oboljele od mentalnih bolesti, posebice od shizofrenije, danas suočavaju u društvu. Ovaj problem započinje nedostatnom edukacijom opće populacije o shizofreniji, i mentalnim bolestima općenito, te nedostatkom kontakata s oboljelima, a rezultira stigmatizacijom i negativnim stavovima prema njima.[30] Riječ „stigma“ grčkog je podrijetla, a nosi značenje „naglašavanja, isticanja, označavanja“.[31] Općenito, stigmatizacija osoba oboljelih od mentalnih bolesti definira se kao negativno obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje oboljelih upravo zato što boluju od psihičke bolesti. Danas nema dvojbe o tome da je stigmatizacija psihički oboljelih osoba duboko ukorijenjena u predrasudama koje se prenose s generacije na generaciju, bez pravog osvješćivanja nepravde prema oboljelima. Povezana je skupom negativnih stavova i vjerovanja koja dovode do toga da se kod opće populacije budi strah, odbacivanje, izbjegavanje i diskriminiranje osoba s poremećajem mentalnog zdravlja.[2] Stigma je sveobuhvatan pojam koji uključuje probleme znanja, odnosno neznanja i dezinformacija, probleme stavova, u vidu predrasuda, te probleme ponašanja koji se očituju diskriminacijom oboljelih osoba.[1] Shizofrenija je jedna od najčešće stigmatiziranih bolesti u skupini poremećaja mentalnog zdravlja. Osobe oboljele od shizofrenije opća populacija doživljava osobama s nepoželjnim karakteristikama, osobama koje zaslužuju biti odbijene od društva upravo zbog svoje bolesti.[3] Smatra ih se nasilnima, opasnima, nepredvidivima, nepouzdanima, uvijek iracionalnima i neshvaćenima.[31, 32] Percipira ih se osobama koje su nesposobne za donošenje odluka i zarađivanje, osobama koje su nesamostalne i lijene.[31, 33] Doživljava ih se kao osobe s kojima je teško razgovarati i komunicirati.[34] Predrasude i negativni stavovi idu toliko daleko da se osobe oboljele od shizofrenije smatra nesposobnima čak i za život te nesposobnima da budu članovi obitelji koji će obavljati svoje socijalne obveze.[2, 31] Istraživanje stigmatizacije prema osobama oboljelima od shizofrenije u dvadeset zemalja dokazalo je diskriminaciju u 47% ispitanika vezano uz zadržavanje prijateljstva, 43% ispitanika je doživjelo diskriminaciju unutar obitelji, 29% njih u traženju ili zadržavanju posla i 27% u traženju intimnog prijateljstva.[2] Ovaj veliki problem ostavlja još veći utjecaj na same bolesnike. Utječe, kako na njih, tako i na njihovu obitelj i bližnje u zajednici.[35] Osobe oboljele od shizofrenije osjećaju se odbačenima iz društva, ograničenima u svojim mogućnostima u društvu i posramljenima zbog svoje bolesti.[3] Ono što ljudima rijetko pada na pamet kad im se spomene shizofrenija su mogućnosti oboljelog za postizanje bilokakvih uspjeha, no dokazano je da osobe oboljele od shizofrenije mogu postići velike uspjehe. Tako su, na primjer, neki ljudi oboljeli od ove bolesti nagrađivani Nobelovim nagradama, neki su bili svjetski muzičari i slično.[32]

4.1. Reakcije osoba oboljelih od shizofrenije na stigmatizaciju

Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije djeluje na sve aspekte njihova života. Na individualnoj razini dovodi do sniženja samopouzdanja i samopoštovanja, a na društvenoj do povlačenja u sebe i socijalne izolacije.[2] Kako će osoba reagirati na stigmu ovisi o brojnim faktorima, od vlastite percepcije bolesti do okoline koja osobu okružuje. Neke će osobe prihvatiti stigmu i nesvjesno usvojiti sliku koju je okolina stvorila na temelju predrasuda, pa će posljedično same sebe smatrati ovisnima, nesposobnima, nefunkcionalnima i slično.[32] Ovakav odgovor na stigmatizaciju naziva se samostigmatizacija ili internalizirana stigma, a odnosi se na proces transformacije identiteta u vidu prihvaćanja stereotipnih stavova populacije prema shizofreniji od strane osobe koja boluje od shizofrenije, kao osobno relevantnima.[36] Posljedično tome, dolazi do raznih negativnih posljedica stigmatizacije. Kod oboljelog dolazi do smanjenja samopouzdanja i samopoštovanja, osoba sama sebe smatra kao osobu s greškom, osjeća se bespomoćno te se svojevoljno izolira iz društva.[2, 36] Osim toga, dolazi i do značajnih poteškoća u oporavku bolesnika. Brojna istraživanja pokazuju da gotovo polovica bolesnika oboljelih od shizofrenije ima umjerenu do visoku razinu samostigme.[36] Diskriminacija oboljelih od shizofrenije nije samo percepcija, već je i realnost. Neki pojedinci anticipiraju stigmatizaciju i diskriminaciju čak i u odsutnosti stvarnog iskustva iste. Posljedično tome, odustaju u ostvarenju svojih ciljeva jer vjeruju da ih zbog stigme i diskriminacije ne mogu ostvariti.[2] Stigma ima i loš utjecaj na traženje medicinske pomoći. Pojedinci odbijaju prihvatiti sebe onakvima kakvima ih okolina smatra i na taj način odbijaju prihvatiti bolest kao svoje stanje.[32] Ne žele prihvatiti tu etiketu zbog čega često dolazi do odgađanja ili izbjegavanja liječenja i lošeg surađivanja tijekom samog procesa.[2, 32]

4.2. Borba protiv stigmatizacije

Stigmatizacija predstavlja jedan od ključnih problema u liječenju i oporavku oboljelih od shizofrenije te jednu od glavnih prepreka u postizanju zadovoljavajuće kvalitete života. Iz tog je razloga potrebno kontinuirano raditi na smanjenju njezinih negativnih posljedica. Problem stigme, prepoznat je na razini SZO-a rezultirajući provođenjem raznih programa borbe protiv stigmatizacije osoba oboljelih od shizofrenije.[2] Većina autora navodi tri metode borbe protiv stigme koje su se pokazale učinkovitima, a uključuju edukaciju, kontakt s predstavnicima stigmatizirane skupine i protest.[31] Prema tome, jedan od glavnih načina borbe protiv stigmatizacije osoba oboljelih od shizofrenije je, dakako, edukacija o shizofreniji kojoj je cilj povećati znanje populacije te suprotstaviti činjenične podatke s netočnim informacijama koje podržavaju stigmu.[2] Posljednjih desetljeća, razvijeni su različiti edukacijski programi čiji je glavni cilj redukcija stigme povezane sa shizofrenijom. Primjerice, u Kanadi i Hong Kongu je

među učenicima srednjih škola emitiran film o shizofreniji, prije i nakon kojeg su učenici rješavali anketni upitnik. U oba slučaja dokazana je smanjena razina stigmatizacije učenika prema osobama oboljelima od shizofrenije nakon emitiranja filma s obzirom na razinu stigmatizacije prije gledanja filma.[37] Nadalje, istraživanje provedeno u psihijatrijskoj bolnici Vrapče u Zagrebu dokazalo je znatnu ulogu psihoedukacije o bolesti i stigmi u sklopu oporavka bolesnika. Dokazano je da psihoedukacija mijenja povezanost dijagnoze s prijetećim stereotipima i predrasudama na način da pomaže u odbacivanju istih na osobnoj razini te da bi upravo psihoedukacija trebala biti ključni dio uspješnog programa za smanjenje stigmatizacije.[36] Drugi je način omogućavanje i organizacija kontakta, odnosno interakcije društva s predstavnicima stigmatizirane skupine, u ovom slučaju osobama oboljelima od shizofrenije, s ciljem reduciranja stigmatizirajućih stavova. Brojna su istraživanja dokazala smanjenje stigme upravo nakon interakcije s oboljelima, osobito s onima koji su ostvarili zadovoljavajuću kvalitetu života usprkos bolesti. Prosvjed, kao treća metoda, je reaktivna strategija koja cilja na prenošenje poruke medijima o prikazivanju netočnih i neprijateljskih prezentacija shizofrenije, te prenošenje poruke javnosti koja vjeruje da su upravo te prezentacije točne.[2] Jedan od načina borbe protiv stigme je i poticanje na usvajanje danas prihvatljivijeg izraza. Umjesto „shizofreni bolesnik“ usvojiti izraz „osoba oboljela od shizofrenije“. Na taj način naglasak je stavljen na ljudsko biće, osobu i njezinu individualnost, a ne na bolest.[32] Na kraju, najvažnije je prenijeti bolesnicima da shizofrenija sama po sebi ne određuje njihov karakter i ne umanjuje ljudske vrijednosti njih kao osobe.[31]

5. Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije – istraživački dio rada

Ovo istraživanje na temu „*Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije*“ provedeno je u svrhu izrade ovog završnog rada.

5.1. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je ispitivanje prisutnosti stigmatizacije osoba oboljelih od shizofrenije. Istraživanje je provedeno s ciljem da se dobije uvid u upoznatost opće populacije i zdravstvenog osoblja sa shizofrenijom te u njihove stavove i razmišljanja o oboljelima. Ujedno, cilj je bio i ispitati razinu socijalne distance populacije prema osobama oboljelima od shizofrenije.

5.1.2. Hipoteze

Hipoteza 1. Očekuje se statistički značajna negativna povezanost između rezultata na testu znanja sudionika o shizofreniji i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije. Sudionici koji imaju niži rezultat na testu znanja o shizofreniji imat će negativnije stavove prema osobama oboljelima od shizofrenije.

Hipoteza 2. Očekuje se statistički značajna pozitivna povezanost između rezultata na upitniku socijalne distance i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije. Sudionici koji imaju više izraženu socijalnu distancu prema osobama oboljelima od shizofrenije imat će negativnije stavove prema istima.

Hipoteza 3. Očekuje se statistički značajna razlika u rezultatu na upitniku socijalne distance sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na dobnu skupinu sudionika. Sudionici koji pripadaju starijoj dobnoj skupini imat će niži rezultat na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije u odnosu na mlađe dobne skupine.

Hipoteza 4. Očekuje se statistički značajna razlika u rezultatu na skali stavova sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na područje zaposlenosti sudionika. Sudionici koji su zaposleni u području zdravstva imat će niži rezultat na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije u odnosu na sudionike koji nisu zaposleni u području zdravstva.

Hipoteza 5. Očekuje se statistički značajna razlika u rezultatu na upitniku socijalne distance sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na područje zaposlenosti sudionika. Sudionici koji su zaposleni u području zdravstva imat će niži rezultat na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije u odnosu na sudionike koji nisu zaposleni u području zdravstva.

5.2. Metode istraživanja

5.2.1. Sudionici

Istraživanje je provedeno na uzorku od 749 sudionika od kojih je 92,8% (N=695) bilo ženskog spola, a 7,2% (N=54) sudionika bilo je muškog spola. Prema dobi, sudionici su podijeljeni u skupinu od 18 do 25 godina, zatim od 26 do 35 godina, od 36 pa do 45 godina te 46 godina i više. Obzirom na to da je ispitivanje provedeno u općoj populaciji, sudionici su kategorizirani na one čije zanimanje pripada području zdravstva i na one čije zanimanje ne pripada području zdravstva.

5.2.2. Instrumentarij

Za potrebe ovog istraživačkog rada i mjerenje stigmatizacije, sudionici su ispunjavali posebno strukturirani anketni upitnik pod nazivom „*Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije*“, koji je priložen na posljednjim stranicama ovog rada. Upitnik je strukturiran na osnovi raznih već ranije primijenjenih upitnika te je modificiran prema potrebama ovog istraživanja. Sastojao se od 28 pitanja raspoređenih u 5 dijela pomoću kojih su prikupljeni potrebni podaci (sociodemografske karakteristike, znanje, stavovi, socijalna distanca).

5.2.3. Postupak

Istraživanje je provedeno u općoj populaciji u vremenskom razdoblju od 9. do 21. srpnja 2020. godine. U svrhu provedbe ovog istraživanja, sudionici su ispunjavali anonimni anketni upitnik izrađen putem Interneta pomoću web aplikacije Google Docs za izradu ankete. Isti je postavljen i podijeljen na društvenim mrežama. Sudionici su dobrovoljno i anonimno sudjelovali u istraživanju te prije početka sudjelovanja bili su upoznati sa svrhom i ciljevima ovog istraživanja. Kroz rješavanje upitnika, sudionicima su dana uputstva o onome što se od njih očekuje u pojedinom dijelu ankete te na koji način je ispuniti. U prvom dijelu upitnika prikupljali su se opći sociodemografski podaci koji su uključivali spol, dob i razinu obrazovanja sudionika, te podatak o njihovom zanimanju na temelju kojeg ih se svrstalo u kategoriju opće populacije i zdravstvenih djelatnika. U drugom djelu upitnika ispitivalo se znanje sudionika o shizofreniji, a

uz uvodna pitanja, sudionicima je ponuđeno 5 tvrdnji koje su označavali odgovorima „točno“ ili “netočno“ ovisno o znanju koje posjeduju o shizofreniji i stigmi. U trećem dijelu označavali su odgovore s obzirom na to koliko se slažu sa svakom od 4 tvrdnje pomoću kojih su se ispitivali stavovi o osobama oboljelima od shizofrenije. Četvrti dio upitnika činile su tvrdnje za ispitivanje socijalne distance prema oboljelima koje su sudionici također označavali ovisno o tome koliko se s pojedinom tvrdnjom slažu. Završni, peti dio ankete služio je za ispitivanje izvora informacija kojima sudionici raspolažu te za ispitivanje svijesti o važnosti edukacije kad je u pitanju shizofrenija, ali i psihičke bolesti općenito.

6. Rezultati istraživanja

Dobiveni rezultati istraživanja prikazuju sociodemografske karakteristike sudionika, njihovo znanje, stavove i socijalnu distancu prema osobama oboljelima od shizofrenije. Statistička obrada i analiza podataka napravljena je kompjutorskim programom SPSS Statistics (eng. *Statistical Package for the Social Sciences,* verzija 24.0.).

6.1. Sociodemografske karakteristike

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 749 sudionika. U tablici 6.1.1. prikazani su deskriptivni podaci sociodemografskih varijabli korištenih u ovom istraživanju. Uzorak je najviše sadržavao sudionike ženskog spola (92,8%), dobnog raspona između 18 i 25 godina (49%). Najveći broj sudionika ima završeno srednjoškolsko obrazovanje (42,5%). Oko polovice sudionika pripada, odnosno ne pripada području zdravstva (48,6% nasuprot 51,4%). Od onih sudionika čije zanimanje pripada području zdravstva, najčešće se radilo o medicinskim sestrama/tehničarima (39,1%). Proporcije pojedinih odgovora s obzirom na čestice mogu se vidjeti u tablici *6.1.1*..

Tablica 6.1.1. Frekvencije i postotak sudionika s obzirom na sociodemografske varijable kategorijalnog oblika korištene u istraživanju. (N=749).

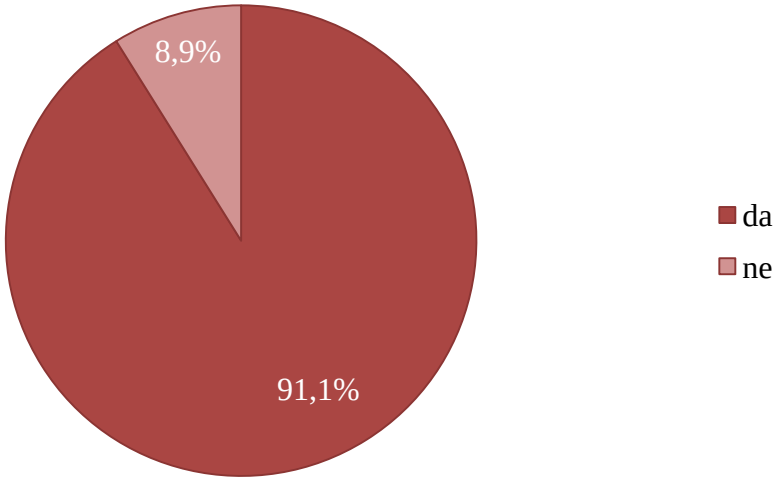
Izvor: [Autor: P.T.]

Sociodemografska karakteristika	**N (%)**
SPOL SUDIONIKA	
Muški	54 (7,2)
Ženski	695 (92,8)
Ukupno	*749 (100)*
DOB SUDIONIKA	
18 - 25 godina	367 (49)
26 - 35 godina	177 (23,6)
36 – 45 godina	104 (13,9)
46 godina i više	101 (13,5)
Ukupno	*749 (100)*

RAZINA OBRAZOVANJA	
Osnovnoškolsko obrazovanje	3 (0,4)
Srednjoškolsko obrazovanje (SSS)	318 (42,5)
Viša stručna sprema (VŠS)	243 (32,4)
Visoka stručna sprema (VSS)	185 (24,7)
Ukupno	*749 (100)*
PRIPADANJE ZANIMANJA PODRUČJU ZDRAVSTVA	
Da	364 (48,6)
Ne	385 (51,4)
Ukupno	*749 (100)*
Liječnik	5 (0,7)
Medicinska sestra/ tehničar	293 (39,1)
Fizioterapeut	14 (1,9)
Medicinsko - laboratorijski tehničar	1 (0,1)
Drugo	172 (23)
Ukupno	*749 (100)*

6.2. Ispitivanje znanja o osobama oboljelima od shizofrenije

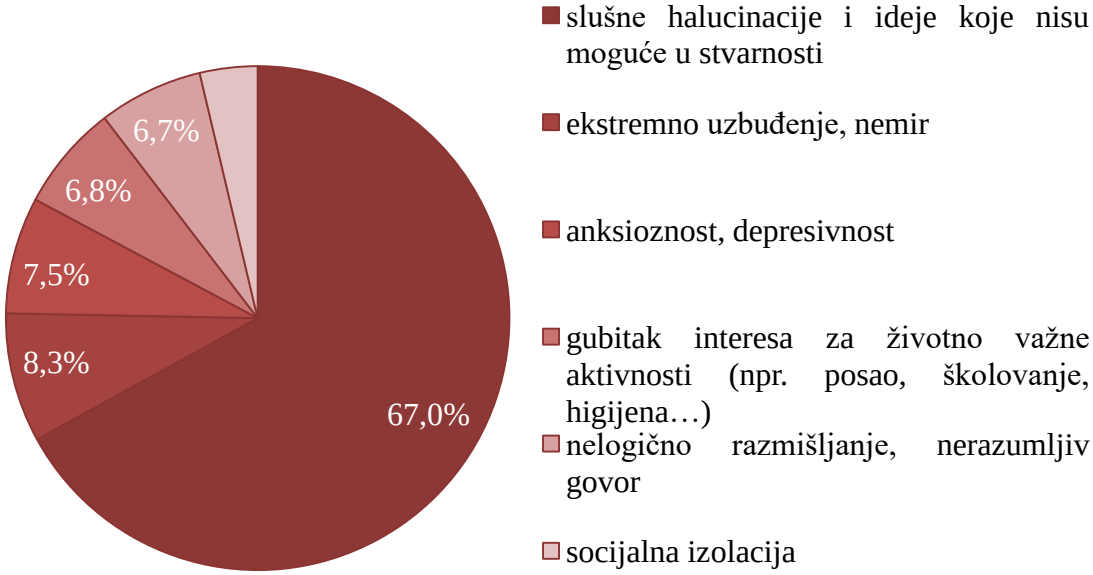
Prvi dio upitnika koji ispituje upoznatost sudionika sa shizofrenijom sastoji se od 3 čestice na koje su sudionici trebali odgovoriti u skladu sa ponuđenim odgovorima. Inspekcijom odgovora koje su sudionici davali na pojedine čestice, može se zaključiti kako velika većina sudionika ima određeno saznanje o shizofreniji (91,1%), što potvrđuje sljedeći grafikon (*Grafikon 6.2.1.*).



Grafikon 6.2.1. Distribucija rezultata s obzirom na upoznatost s pojmom shizofrenije.

Izvor: [Autor: P.T.]

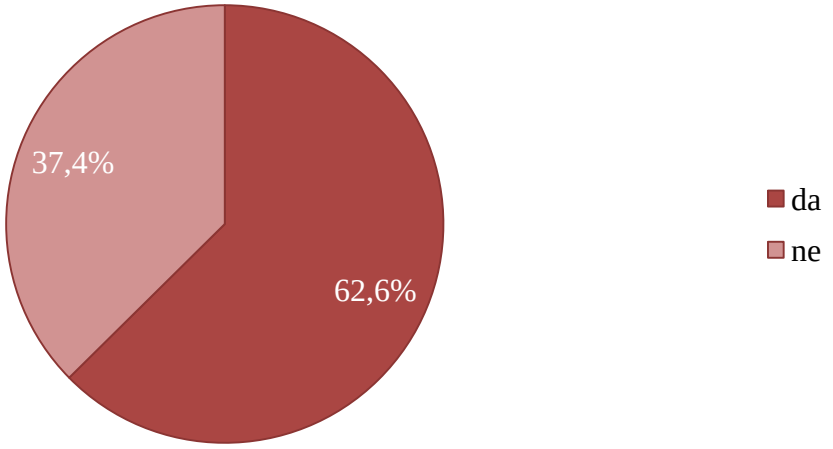
Od ponuđenih simptoma shizofrenije, sudionici su najčešće kao simptom shizofrenije prepoznali slušne halucinacije i ideje koje nisu moguće u stvarnosti (67%). Distribucija ostalih odgovora sudionika prikazana je u *Grafikonu 6.2.2.*.



Grafikon 6.2.2. Distribucija rezultata s obzirom na povezanost simptoma sa shizofrenijom.

Izvor: [Autor: P.T.]

Od 749 sudionika, nešto više od polovice susrelo se s osobom koja boluje od shizofrenije (62,6%), što se može iščitati iz sljedećeg grafikona (*Grafikon 6.2.3.).*



Grafikon 6.2.3. Distribucija rezultata s obzirom na iskustvo sudionika s osobom oboljelom od shizofrenije.

Izvor: [Autor: P.T.]

Drugi dio upitnika koji ispituje znanje sudionika o shizofreniji sastojao se od 7 tvrdnji na koje su sudionici na temelju svojih saznanja odgovorili sa „točno“ ili „netočno“. Pregledavajući proporcije točnih odgovora, može se zaključiti kako su sudionici najtočnije odgovarali na tvrdnju broj 7. „*Stigma može za neke osobe predstavljati veći problem od same bolesti jer može dovesti do socijalne izolacije, smanjenja samopoštovanja i depresije*.”. Na ovu je tvrdnju 89,3% sudionika odgovorilo točno. Najteža tvrdnja na koju su sudionici morali odgovoriti je zasigurno tvrdnja broj 2, „*Shizofrenija je neizlječiva, doživotna i najteža psihička bolest.“,* koju 61,3% sudionika nije odgovorilo točno. Distribucija odgovora s obzirom na postavljenu tvrdnju koja ispituje znanje sudionika o shizofreniji prikazana je tabelarno (*Tablica 6.2.1.*).

Tablica 6.2.1. Frekvencije pojedinih odgovora s obzirom na postavljenu tvrdnju koja ispituje znanje o shizofreniji.

Izvor: [Autor: P.T.]

TVRDNJA	**PONUĐENI ODGOVORI**	**N (%)**
1. Shizofrenija i ludilo su sinonimi.	Točno	136 (18,2)
	Netočno	613 (81,8)
Ukupno		*749 (100)*

2. Shizofrenija je neizlječiva, doživotna i najteža psihička bolest.	Točno	459 (61,3)
	Netočno	290 (38,7)
Ukupno		*749 (100)*
3. Za nastanak shizofrenije odgovoran je bolesnik, okolina ili odgoj.	Točno	122 (16,3)
	Netočno	627 (83,7)
Ukupno		*749 (100)*
4. Osobe oboljele od shizofrenije pate od podvojene ili višestruke ličnosti.	Točno	334 (44,6)
	Netočno	415 (55,4)
Ukupno		*749 (100)*
5. Usprkos shizofreniji, osobe se mogu oporaviti od bolesti i uspostaviti dobru kvalitetu života.	**Točno**	659 (88)
	Netočno	90 (12)
Ukupno		*749 (100)*
6. Shizofrenija je jedna od najviše stigmatiziranih bolesti.	**Točno**	669 (89,3)
	Netočno	80 (10,7)
Ukupno		*749 (100)*
7. Stigma može za neke osobe predstavljati veći problem od same bolesti jer može dovesti do socijalne izolacije, smanjenja samopoštovanja i depresije.	**Točno**	669 (89,3)
	Netočno	80 (10,7)
Ukupno		*749 (100)*

Prema kasnijoj statističkoj analizi, na temelju 7 postavljenih tvrdnji, formiran je ukupni rezultat znanja o shizofreniji za svakog sudionika. Ukupni rezultat je formiran na način da je svaki točan odgovor bodovan 1 bodom, a netočni odgovor s 0 bodova. Dakle, svaki sudionik je na ovom testu znanja o shizofreniji mogao osvojiti maksimalno 7 bodova, a minimalno 0. Deskriptivni parametri ukupnih rezultata se mogu vidjeti u sljedećoj tablici (*Tablica 6.2.2.)*.

Tablica 6.2.2. Prikaz deskriptivnih podataka ukupnih rezultata testa znanja o shizofreniji.

Izvor: [Autor: P.T.]

	N	**M**	**D**	**V**	**SD**	**Min**	**Max**
Test znanja o shizofreniji	749	5,35	6	1,28	1,13	1	7

Legenda: N-broj ispitanika; M-aritmetička sredina; D-mod; V-varijanca; SD-standardna devijacija; Min-najmanji rezultat; Max-najveći rezultat

Iz ove tablice može se vidjeti kako je distribucija ukupnih rezultata testa znanja o shizofreniji negativno asimetrična to jest, da u rezultatima dominiraju visoke vrijednosti (D=6), što znači da je za većinu sudionika ovaj test znanja bio lagan.

6.3. Ispitivanje stavova o osobama oboljelima od shizofrenije

Skala stavova o osobama oboljelima od shizofrenije sastojala se od 4 čestice koje su sudionici ocjenjivali s obzirom na to u kojoj se mjeri slažu s pojedinom česticom uz pomoć Likertove skale od 5 stupnjeva. Pri tome, ocjena "1" označava odgovor „uopće se ne slažem", dok ocjena "5" znači „u potpunosti se slažem". Inspekcijom deskriptivnih parametara čestica skale može se vidjeti kako se sudionici najviše slažu s česticom broj 3, *„Osobe oboljele od shizofrenije nisu sposobne za samostalan život, za donošenje odluka i privređivanje."* (M=2,52), a najmanje se slažu s česticom broj 1, *„Osobe koje boluju od shizofrenije su agresivne i predstavljaju opasnost - treba ih zatvoriti ili na neki način izolirati iz društva."* (M=1,95). Čestica broj 1 ima ujedno i najmanji varijabilitet (V=0,85). Najveći varijabilitet je uočen kod čestice broj 4*, „Osobe oboljele od shizofrenije ne bi trebale imati djecu kako bi se izbjegli nasljedni hendikepi."* (V=1,35). Prema aritmetičkim sredinama pojedinih čestica, može se zaključiti da rezultati naginju normalnoj raspodijeli, izuzev čestice broj 1 koja naginje pozitivnoj asimetričnosti. Distribucija odgovora s obzirom na čestice koje ispituju stavove sudionika o osobama oboljelima od shizofrenije prikazana je u sljedećoj tablici (*Tablica 6.3.1.*).

Tablica 6.3.1. Frekvencije pojedinih odgovora s obzirom na čestice koje ispituju stavove o osobama oboljelima od shizofrenije.

Izvor: [Autor: P.T.]

ČESTICE	N	MIN	MAX	M	V	SD
1. Osobe koje boluju od shizofrenije su agresivne i predstavljaju opasnost - treba ih zatvoriti ili na neki način izolirati iz društva.	749	1	5	1,95	0,85	0,92
2. Osobe koje boluju od shizofrenije nisu svjesne svojih postupaka pa im treba oduzeti bilo kakvu odgovornost.	749	1	5	2,42	1,16	1,08
3. Osobe oboljele od shizofrenije nisu sposobne za samostalan život, za donošenje odluka i privređivanje.	749	1	5	2,52	1,33	1,15
4. Osobe oboljele od shizofrenije ne bi trebale imati djecu kako bi se izbjegli nasljedni hendikepi.	749	1	5	2,20	1,35	1,16

Ukupan rezultat na skali stavova o osobama oboljelima od shizofrenije formiran je tako da su se zbrojili odgovori svakog sudionika na svakoj čestici i zatim podijelili s ukupnim brojem tvrdnji (4). Najveći mogući rezultat za svakog sudionika na ovom upitniku bio je 5, a najmanji 1. Viši rezultat sudionika indicira njegov negativniji stav prema oboljelima. Deskriptivni parametri cijelog upitnika uz koeficijent pouzdanosti mogu se vidjeti u tablici 6.3.2..

Tablica 6.3.2. Prikaz deskriptivnih podataka ukupnih rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofreniji.

Izvor: [Autor: P.T.]

	N	M	V	SD	Min	Max	Cronbach α
Skala stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije	749	2,27	0,67	0,82	1	5	0,76

Legenda: N-broj ispitanika; M- aritmetička sredina; D- mod; V- varijanca; SD- standardna devijacija; Min- najmanji rezultat; Max- najveći rezultat; Cronbach α- koeficijent pouzdanosti

6.4. Ispitivanje socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije

Upitnik socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije sastojao se od 6 čestica koje su sudionici trebali ocijeniti s obzirom na to u kojoj se mjeri slažu s pojedinom česticom uz pomoć Likertove skale od 5 stupnjeva, pri čemu je ocjena „1“ značila da se sudionik uopće ne slaže s tom česticom, a ocjena „5“ da se sudionik u potpunosti slaže s navedenom česticom. Inspekcijom deskriptivnih parametara čestica upitnika, može se vidjeti kako se sudionici najviše slažu s česticom broj 4, „*Sklopio/la bih prijateljstvo s osobom koja boluje od shizofrenije.*.“ (M=3,82), a najmanje se slažu s česticom broj 5, *„Sramio/la bih se kad bi ljudi znali da netko u mojoj obitelji boluje od shizofrenije.“* (M=1,95). Najveći varijabilitet je uočen kod čestice broj 6, *„Osobe oboljele od shizofrenije predugo su predmet ismijavanja i stigmatizacije.”* (V=1,97), a najmanji kod čestice pod brojem 5, *„Sramio/la bih se kad bi ljudi znali da netko u mojoj obitelji boluje od shizofrenije.“* (V= 0,70). Prema aritmetičkim sredinama pojedinih čestica, može se zaključiti da rezultati u česticama 1, 2, 3 i 4 naginju pozitivnoj asimetričnosti, dok rezultati u česticama 4 i 6 naginju negativnoj asimetričnosti. Distribucija odgovora s obzirom na postavljenu tvrdnju koja ispituje socijalnu distancu sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije prikazana je u sljedećoj tablici (*Tablica 6.4.1.*).

Tablica 6.4.1. Frekvencije pojedinih odgovora s obzirom na čestice koje ispituju socijalnu distancu prema osobama oboljelima od shizofrenije.

Izvor: [Autor: P.T.]

ČESTICE	N	MIN	MAX	M	V	SD
1. Upašio/la bih se razgovora s osobom koja boluje od shizofrenije.	749	1	5	1,72	1,04	1,02
2. Uznemirilo bi me da radim s osobom koja boluje od shizofrenije.	749	1	5	1,97	1,26	1,12
3. Uznemirilo bi me da moj susjed boluje od shizofrenije.	749	1	5	1,81	1,13	1,06
4. Sklopio/la bih prijateljstvo s osobom koja boluje od shizofrenije.	749	1	5	3,82	1,19	1,09

5. Sramio/la bih se kad bi ljudi znali da netko u mojoj obitelji boluje od shizofrenije.	749	1	5	1,46	0,70	0,84
6. Osobe oboljele od shizofrenije predugo su predmet ismijavanja i stigmatizacije.	749	1	5	4,35	1,97	0,99

Legenda: N-broj ispitanika; M-aritmetička sredina; V-varijanca; SD-standardna devijacija.

Ukupan rezultat na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije formiran je tako da su se zbrojili odgovori svakog sudionika na svakoj čestici, a zatim i podijelili s ukupnim brojem tvrdnji (6). Najveći mogući rezultat za svakog sudionika na ovom upitniku bio je 5, a najmanji 1. Važno je napomenuti da su čestice 4 i 6 prilikom formiranja ukupnog rezultata bile obrnuto kodirane. Viši rezultat sudionika indicira njegovu veću socijalnu distancu prema osobama oboljelima od shizofrenije. Deskriptivni parametri cijelog upitnika za ispitivanje socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije uz koeficijent pouzdanosti mogu se vidjeti u tablici 6.4.2..

Tablica 6.4.2. Prikaz deskriptivnih podataka ukupnih rezultata upitnika socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofreniji.

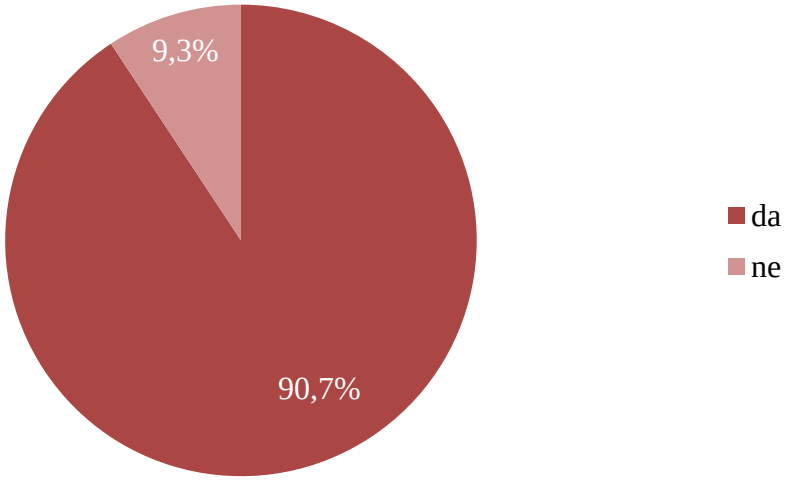
Izvor: [Autor: P.T.]

	N	**M**	**V**	**SD**	**Min**	**Max**	**Cronbach α**
Upitnik socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije	749	1,79	0,47	0,68	1	4,33	0,749

Legenda: N-broj ispitanika; M-aritmetička sredina; D-mod; V-varijanca; SD-standardna devijacija; Min-najmanji rezultat; Max-najveći rezultat; Cronbach α- koeficijent pouzdanosti

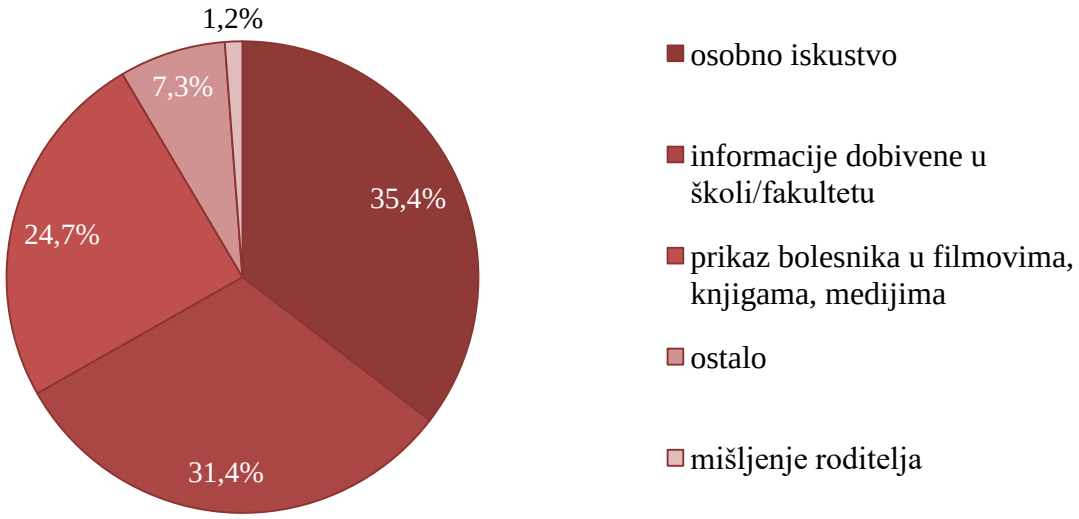
6.5. Ispitivanje karakteristika i vjerovanja sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije

Dio upitnika koji ispituje neke karakteristike i vjerovanja sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije sastojao se od 3 čestice na koje su sudionici trebali odgovoriti u skladu s ponuđenim odgovorima. Inspekcijom odgovora koje su sudionici davali na pitanje „*Smatrate li da bi se osobe oboljele od shizofrenije brže i lakše oporavile kad ne bi imale problema sa stigmatizacijom?“,* može se zaključiti kako velika većina sudionika smatra da bi se osobe oboljele od shizofrenije lakše oporavljale kad ne bi imale problema sa stigmatizacijom (90,7 %). Raspodjela rezultata na temelju ove čestice prikazana je sljedećim grafikonom (*Grafikon 6.5.1.).*



Grafikon 6.5.1. Distribucija rezultata s obzirom na pitanje „Smatrate li da bi se osobe oboljele od shizofrenije brže i lakše oporavile kad ne bi imale problema sa stigmatizacijom?“.
Izvor: [Autor: P.T.]

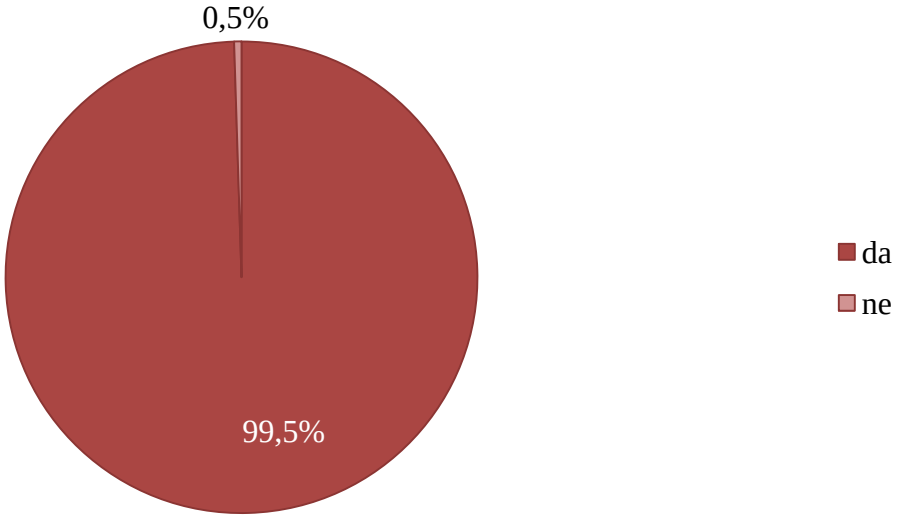
Generalno, na stav sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije najviše je utjecalo njihovo osobno iskustvo (35,4 %), a nešto manje informacije dobivene u školi ili fakultetu (31,4 %). Distribucija rezultata prema izvorima koji su najviše utjecali na stav sudionika prema oboljelima prikazan je sljedećim grafikonom (*Grafikon 6.5.2.).*



Grafikon 6.5.2. Distribucija rezultata s obzirom na izvore koji su najviše utjecali na stav prema osobama oboljelima od shizofrenije.

Izvor: [Autor: P.T.]

Gotovo svi sudionici smatraju da bi opću populaciju trebalo više educirati o shizofreniji i psihičkim bolestima općenito. Proporcije pojedinih odgovora sa obzirom pitanje „*Smatrate li da bi opću populaciju trebalo više educirati o shizofreniji i psihičkim bolestima općenito?*“ mogu se vidjeti u sljedećem grafikonu (*Grafikon 6.5.3.)*..



Grafikon 6.5.3. Distribucija rezultata s obzirom pitanje „Smatrate li da bi opću populaciju trebalo više educirati o shizofreniji i psihičkim bolestima općenito?“.

Izvor: [Autor: P.T.]

6.6. Inferencijalna statistika – testiranje hipoteza na temelju dobivenih rezultata

6.6.1. Usporedba rezultata na testu znanja o shizofreniji i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelim od shizofrenije

Prije testiranja prve hipoteze bilo je potrebno provjeriti odstupaju li distribucije rezultata testa znanja o shizofreniji i skale stavova sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije od normalne distribucje kako bi se utvrdilo koji je koeficijent korelacije opravdano koristiti. Kolmogorov – Smirnov test je odbacio pretpostavku o normalnosti distribucija u obije varijable te je odlučeno da će se za provjeru njihove povezanosti koristiti Spearmanov koeficijent korelacije. Spearmanovim koeficijentom korelacije utvrđena je statistički značajna negativna korelacija između rezultata na testu znanja o shizofreniji i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije (r= -0,366, <0,01). Uz 1 % rizika, može se tvrditi da će sudionici koji imaju niži rezultat na testu znanja o shizofreniji imati negativniji stav prema oboljelima. Time je potvrđena prva hipoteza. Povezanost između rezultata na testu znanja o shizofreniji i rezultata na skali stavova sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije prikazana je sljedećom tablicom (*Tablica. 6.6.1.1.).*

Tablica 6.6.1.1. Prikaz povezanosti između rezultata na testu znanja o shizofreniji i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije.

Izvor: [Autor: P.T.]

Varijabla	**N**	**M**	**SD**	**ND**	**r**	**p**
Test znanja o shizofreniji	749	5,35	1,13	Ne	-0,366	<0,01
Upitnik stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije	749	2,27	0,82	Ne		

Legenda: N-broj ispitanika; M-aritmetička sredina; SD-standardna devijacija; ND-normalnost distribucije provjerena Kolmogorov – Smirnovim testom normalnosti distribucija korištenih varijabli; r-Spearmanov koeficijent korelacije; p-razina značajnosti

6.6.2. Usporedba rezultata na upitniku socijalne distance i skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije

Prije testiranja druge hipoteze bilo je potrebno provjeriti odstupaju li distribucije rezultata upitnika socijalne distance i skale stavova sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije od normalne distribucije kako bi se utvrdilo koji koeficijent korelacije je opravdano koristiti. Kolmogorov – Smirnov test je odbacio pretpostavku o normalnosti distribucija u obije varijable te je odlučeno da će se za provjeru njihove povezanosti koristiti Spearmanov koeficijent korelacije. Spearmanovim koeficijentom korelacije je utvrđena statistički značajna pozitivna korelacija između rezultata na upitniku socijalne distance i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije (r= 0,51 <0,01). Uz 1 % rizika, može se tvrditi kako će sudionici koji imaju više izraženu socijalnu distancu prema osobama oboljelima od shizofrenije imati negativniji stav prema njima. Time je potvrđena druga hipoteza. Povezanost između rezultata na upitniku socijalne distance i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije prikazana je sljedećom tablicom (*Tablica. 6.6.2.1.*).

Tablica 6.6.2.1. Prikaz povezanosti između rezultata na upitniku socijalne distance i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije.

Izvor: [Autor: P.T.]

Varijabla	**N**	**M**	**SD**	**ND**	**r**	**p**
Upitnik socijalne distance prema osobama oboljelim od shizofrenije	749	5,35	1,13	Ne	0,51	<0,01
Upitnik stavova prema osobama oboljelim od shizofrenije	749	1,79	0,68	Ne		

Legenda: N-broj ispitanika; M-aritmetička sredina; SD-standardna devijacija; ND-normalnost distribucije provjerena Kolmogorov – Smirnovim testom normalnosti distribucija korištenih varijabli; r-Spearmanov koeficijent korelacije; p-razina značajnosti

6.6.3. Usporedba rezultata na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na dobnu skupinu

Prije testiranja treće hipoteze bilo je potrebno provjeriti da li distribucija rezultata upitnika socijalne distance sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije odstupa od normalne distribucije s obzirom na dobnu skupinu sudionika da bi se odlučilo o korištenju parametrijskog ili neparametrijskog statističkog testa. Kolmogorov Smirnov test odbacio je pretpostavku o normalnosti distribucije upitnika socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije za dobne skupine sudionika. Radi toga je odlučeno da će se prilikom testiranja treće hipoteze

koristiti Kruskal – Wallis test jednostavne analize varijance za nezavisne uzorke. Kruskal – Wallisova jednosmjerna analiza varijance za nezavisne uzorke nije utvrdila statistički značajan glavni efekt varijable dobne skupine na rezultat na upitniku socijalne distance sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije (t=1,55, p>0,05). Sudionici se neće razlikovati u rezultatima na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije bez obzira na njihovu dobnu skupinu. Time je odbačena treća hipoteza, uz 5% rizika. Povezanost između rezultata na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na dobnu skupinu sudionika prikazana je sljedećom tablicom (*Tablica. 6.6.3.1.*).

Tablica 6.6.3.1. Rezultati Kruskal - Wallisove jednosmjerne analize varijance za nezavisne uzorke rezultata na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na dobnu skupinu ispitanika.

Izvor: [Autor: P.T.]

Dobna skupina	**N**	**M**	**SD**	**t**	**p**
18 – 25 godina	367	1,67	0,7	1,55	>0,05
26 – 35 godina	177	1,67	0,7		
36 – 45 godina	104	1,5	0,62		
46 godina i više	101	1,67	0,63		

Legenda: M-medijan; SD-standardna devijacija; t – statistički test; p-razina značajnosti

6.6.4. Usporedba rezultata na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na zaposlenost u području zdravstva

Prije testiranja četvrte hipoteze bilo je potrebno provjeriti odstupa li distribucija rezultata upitnika socijalne distance sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije od normalne distribucije s obzirom na područje zaposlenost sudionika kako bi se odlučilo o korištenju parametrijskog ili neparametrijskog statističkog testa. Kolmogorov Smirnov test odbacio je pretpostavku o normalnosti distribucije upitnika socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na područje zaposlenosti sudionika. Radi toga je odlučeno da će se prilikom testiranja četvrte hipoteze koristiti Mann – Whitney U test za nezavisne uzorke. Mann – Withney U test za nezavisne uzorke je utvrdio statistički značajnu razliku u rezultatima na upitniku socijalne distance sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije između sudionika koji su zaposleni u području zdravstva i onih koji nisu zaposleni u području zdravstva (U=80270,5, p<0,01). Sa 99 % sigurnosti, može se tvrditi da sudionici zaposleni u području zdravstva imaju niži rezultat na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od

shizofrenije (M=1,67) u odnosu na sudionike koji nisu zaposleni u području zdravstva (M=1,83). Time je potvrđena četvrta hipoteza. Povezanost između rezultata na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom područje zaposlenosti sudionika prikazana je sljedećom tablicom (*Tablica. 6.6.4.1.*).

Tablica 6.6.4.1. Rezultati Mann – Withney U testa za za nezavisne uzorke rezultata na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelim od shizofrenije s obzirom na područje zaposlenosti. Izvor: [Autor: P.T.]

Područje zaposlenosti	**N**	**M**	**SD**	**U**	**p**
Zdravstvo	364	1,67	0,61	80270,5	<0,01
Ostalo	385	1,83	0,73		

Legenda: M-medijan; SD-standardna devijacija; U _ statistički test; p-razina značajnosti

6.6.5. Usporedba rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na zaposlenost u području zdravstva

Prije testiranja pete hipoteze bilo je potrebno provjeriti da li distribucija rezultata na skali stavova sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije odstupa od normalne distribucije s obzirom na područje zaposlenosti sudionika kako bi se odlučilo o korištenju parametrijskog ili neparametrijskog statističkog testa. Kolmogorov Smirnov test odbacio je pretpostavku o normalnosti distribucije skale stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na područje zaposlenosti sudionika. Radi toga je odlučeno da će se prilikom testiranja četvrte hipoteze koristiti Mann – Whitney U test za nezavisne uzorke. Mann-Withney U test za nezavisne uzorke je nije utvrdio statistički značajnu razliku u rezultatima na skali stavova sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije između sudionika koji su zaposleni u području zdravstva i onih koji nisu zaposleni u području zdravstva ($U=73375{,}5$, $p>0{,}05$). Sa 95 % sigurnosti se može tvrditi kako se sudionici zaposleni u području zdravstva neće razlikovati na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije u odnosu na sudionike koji nisu zaposleni u području zdravstva. Time je odbačena peta hipoteza. Povezanost između rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na područje zaposlenosti sudionika prikazana je sljedećom tablicom (*Tablica. 6.6.5.1.*).

Tablica 6.6.5.1. Rezultati Mann – Withney U testa za za nezavisne uzorke rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na područje zaposlenosti. Izvor: [Autor: P.T.]

Područje zaposlenosti	**N**	**M**	**SD**	**U**	**p**
Zdravstvo	364	2,25	0,82	73375,5	>0,05
Ostalo	385	2,25	0,81		

Legenda: M-medijan; SD-standardna devijacija; U _ statistički test; p-razina značajnosti

7. Rasprava

Istraživanje je provedeno s ciljem da se ispita prisutnost stigmatizacije osoba oboljelih od shizofrenije, odnosno da se ispitaju znanje, razmišljanje i stavovi opće populacije i zdravstvenog osoblja o shizofreniji te razina socijalne distance prema oboljelima. Relevantnu skupinu sudionika čine opća populacija te zdravstveni djelatnici koji su tijekom svog obrazovanja stekli elementarna znanja o shizofreniji i oboljelima. Razlog izbora ovih kategorija sudionika je usporedba znanja, stavova te razine socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije između članova opće populacije i zdravstvenih djelatnika. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 749 sudionika, od kojih je njih 92,8% bilo ženskog spola, a 7,2% muškog spola. Prema dobivenim rezultatima s obzirom na dob, najveći broj sudionika (49%) pripadao je dobi između 18 i 25 godina, dok je najmanji broj sudionika (13,5%) imao 46 i više godina. Većina sudionika (42,5%) imala je završeno srednjoškolsko obrazovanje. Od ukupnog broja sudionika, veći broj njih (51,4%) radi na poslovima izvan zdravstva. Od ostatka sudionika koji rade na području zdravstva (48,6%), najveći broj ih radi na poziciji medicinske sestre/tehničara (39,1%).

Danas se smatra kako postoji određena direktna povezanost straha i neznanja s jačinom stigmatizacije.[38] Najčešća znanja o shizofreniji su uglavnom ona povezana sa stigmom utemeljenoj na predrasudama koje opisuju bolesnike kao opasne, agresivne, nesposobne i sl.[12] Ispitivajući znanje o shizofreniji i oboljelima, sudionici su pokazali dobru informiranost. Zadovoljavajući je podatak da je velika većina sudionika (91,1%) upoznata sa shizofrenijom, a kad ih se pitalo o njezinim simptomima najveći dio sudionika (67,0%), kao točan odgovor, odabrao je upravo jedan od najčešćih simptoma shizofrenije, a to su slušne halucinacije i ideje koje nisu moguće u stvarnosti. Od ukupnog broja sudionika, nešto više od polovice (62,6%) tvrdi da se susrelo s osobom koja boluje od shizofrenije. Na upitniku koji je ispitivao znanja sudionika o shizofreniji i oboljelima, većina sudionika je uglavnom zaokružila točne odgovore. Shizofreniju 81,8% sudionika ne smatra sinonimom za ludilo, što je točno. Na tvrdnju koja shizofreniju opisuje kao neizlječivu, doživotnu i najtežu psihičku bolest, većina sudionika (61,3%) označila je kao točnu, što je netočan odgovor. Većina sudionika ne smatra bolesnika, njegovu okolinu i odgoj odgovornima za nastanak shizofrenije (83,7%), ne smatra da oboljeli od shizofrenije pate od podvojene ili višestruke ličnosti (55,4%) i ti su odgovori točni. Većina ih smatra da se osobe oboljele od shizofrenije mogu oporaviti od bolesti i uspostaviti dobru kvalitetu života (88,0%), što je također točno. Sudionici su potvrdili svoje znanje i na sljedeće dvije tvrdnje o stigmatizaciji osoba koje boluju od shizofrenije, pa su tvrdnju koja shizofreniju opisuje kao jednu od najviše stigmatiziranih bolesti označili kao točnu (89,3%), kao i tvrdnju koja govori da suočavanje sa stigmatizacijom i diskriminacijom može za osobu predstavljati veći

problem od same bolesti jer često dovodi do socijalne izolacije, pada samopouzdanja i samopoštovanja te depresije (89,3%). Analizirajući odgovore na testu znanja i ocjenjivanjem istog, rezultati su pokazali da su sudionici najčešće pokazivali dobre rezultate te da je za većinu sudionika ovaj test znanja bio lagan.

Kao što je već rečeno, jedan od ciljeva ovog istraživanja bio je ispitati stavove sudionika o osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na činjenicu da su brojna istraživanja dokazala prisutnost stigmatizacije oboljelih koja za njih predstavlja jednu od većih prepreka na koje nailaze u svakodnevnom životu. Stigmatizacija je posljedica predrasuda, odnosno negativnih stavova i uvjerenja ljudi. Za sve društvene predrasude, pa tako i predrasude o oboljelima od shizofrenije, karakteristična je generalizacija da na osnovi stava prema jednoj kategoriji ljudi zauzimaju stavove i prema pojedincima iz cijele skupine, a da se ne provjeri je li takav stav uopće opravdan.[12] I predrasuda je po svojoj definiciji sud koji je određen unaprijed, bez ispitivanja ili pokušaja razumijevanja.[38] Za postizanje ovog cilja i utvrđivanje stavova sudionika o oboljelima od shizofrenije, osmišljene su 4 čestice na Likertovoj skali stava koje su formirane tako da viši rezultat sudionika indicira njegov negativniji stav prema oboljelima. S prvom česticom koja osobe oboljele od shizofrenije opisuje kao agresivne i opasne osobe koje treba zatvoriti ili na neki način izolirati iz društva, većina sudionika se uopće ne slaže (39,5%), a 31,2% sudionika se ne slaže, što ostavlja manje od 30% onih sudionika koji se ili niti ne slažu niti se slažu i onih koji se slažu s tom česticom. Na sljedeće dvije čestice koje tvrde da osobe oboljele od shizofrenije nisu svjesne svojih postupaka pa im treba oduzeti bilo kakvu odgovornost te da nisu sposobne za samostalan život, donošenje odluka i privređivanje, sudionici su u istom postotku od 31,2% odgovorili da se s tom česticom ne slažu. Također, najveći broj sudionika (36,7%) se uopće ne slaže s tvrdnjom da osobe oboljele od shizofrenije ne bi trebale imati djecu kako bi se izbjegli nasljedni hendikepi. Rezultati ovog djela istraživanja ukazuju na iznenađujuće pozitivne stavove sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije, no sadržajnom analizom rezultata vidljivo je da su neki stigmatizirajući stavovi ipak prisutni. Prva postavljena hipoteza pretpostavljala je da će sudionici s nižim rezultatom na testu znanja o shizofreniji imati negativnije stavove prema osobama oboljelima od shizofrenije. Rezultati dobiveni ovim istraživanjem potvrdili su ovu hipotezu te govore u prilog tome da nedostatak znanja i neobaviještenost populacije sasvim sigurno podržavaju stigmu.

Sljedeći dio istraživanja nastojao je ispitati razinu socijalne distance sudionika prema osobama oboljelima od shizofrenije. U tu svrhu, ovaj dio anketnog upitnika sadržavao je pitanja vezana su uz svakodnevne društvene situacije, kao što su osnovna svakodnevna komunikacija i interakcija s okolinom, ali i uz odnose koji su posljedica snažnije emocionalne povezanosti.

Na taj se način mogla procijeniti spremnost sudionika na interakciju s osobama oboljelima od shizofrenije. Prema dobivenim rezultatima, 58,5% sudionika uopće se ne bi uplašilo razgovora s osobom koja boluje od shizofrenije, 45,9% sudionika ne bi uznemirilo da rade s oboljelim, a 53,4% sudionika ne bi uznemirilo da njihov susjed boluje od shizofrenije. U situaciji sklapanja prijateljstva s oboljelim, ukupno je 63,4% (34%, 29,4%) sudionika koji bi sklopili prijateljstvo s oboljelim, a 24,4% ih nije u potpunosti sigurno. Čak 70,9% sudionika tvrdi da se ne bi sramili kad bi ljudi znali da netko u njihovoj obitelji boluje od shizofrenije. Većina sudionika (61%) svjesna je ozbiljnosti problema stigmatizacije i diskriminacije u društvu te smatra da su osobe oboljele od shizofrenije predugo predmet ismijavanja. Može se reći da je ovaj dio istraživanja, usprkos manjini negativnih, također dao vrlo pozitivne rezultate koji se mogu povezati s podatkom da gotovo polovica sudionika (48,6%) radi na području zdravstva te da se više od polovice sudionika (63,6%) susrelo s osobom koja boluje od shizofrenije. Obzirom da su rezultati na skali stavova i upitniku socijalne distance pokazali pozitivne rezultate, može se reći da je i druga hipoteza ovog istraživanja potvrđena, odnosno da sudionici koji imaju manje izraženu socijalnu distancu prema oboljelima imaju i pozitivnije stavove prema njima. Treća je hipoteza nastojala povezati sociodemografske karakteristike sudionika s razinom socijalne distance pa je glasila da će se sudionici razlikovati po razini socijalne distance s obzirom na dobnu skupinu kojoj pripadaju, no usporedbom rezultata svih dobnih skupina nije uočena statistički značajna razlika čime je treća hipoteza odbačena. Prema četvrtoj i petoj hipotezi smatra se da sudionici zaposleni u području zdravstva imaju niži rezultat na skali stavova i na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije u odnosu na sudionike koji nisu zaposleni u području zdravstva. Uspoređujući rezultate ovih dviju skupina sudionika, došlo se do zaključka da postoji razlika u razini socijalne distance sudionika s obzirom zaposlenost na u području zdravstva, ali ne i u njihovim stavovima. Naime, sudionici zaposleni u području zdravstva pokazali su nižu razinu socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije u odnosu na sudionike koji ne rade u području zdravstva, no što se tiče stavova, značajna statistička razlika sudionika ovih dviju kategorija ne postoji.

Kao osnovni izvor informacija o shizofreniji te najveći utjecaj za stav prema osobama oboljelima od shizofrenije, sudionici su odabrali osobno iskustvo (35,4%), a sljedeći najčešće odabirani odgovor na to pitanje nudio je informacije dobivene u školi/fakultetu (31,4%).

Bez obzira na to što je, kako su rezultati pokazali, velika većina sudionika upoznata sa shizofrenijom, gotovo svi (99,5%) smatraju da opću populaciju ipak treba educirati o shizofreniji i psihičkim bolestima općenito.

Ipak, najbolja metoda ublažavanja predrasuda društva prema određenoj skupini je upravo edukacija društva, odnosno informiranje i proširivanje znanja svakog pojedinca uz neposredan uvid u konkretnu situaciju. Na taj način se smanjuje osjećaj straha prema stigmatiziranoj skupini što vodi ka krajnjem cilju, a to je smanjenje stigmatizacije.[39]

8. Zaključak

Stigma je najteža neformalna sankcija društva koja se javlja najčešće kao posljedica svojevrsnog neznanja i neinformiranosti populacije. Neovisno o kojoj se skupini društva radi, stigmatizacija je iznimno negativna pojava. Za osobe oboljele od shizofrenije, stigmatizacija predstavlja jednu od najvećih prepreka u njihovoj svakodnevnici. Osim problema koje im nosi samo primarno oboljenje, oboljeli od shizofrenije se, jednako kao i psihijatrijski bolesnici, suočavaju sa stigmatizacijom koja ih sputava u postizanju zadovoljavajuće kvalitete njihova života. Negativno obilježavanje osobe iz jednog jedinog razloga, a to je dijagnoza, u ovom slučaju, shizofrenije, danas predstavlja veliki medicinski, društveni, ali i etički problem. Mentalno i duševno zdravlje sastavni su dio općeg zdravlja, a problemi i poremećaji vezani uz mentalno i duševno zdravlje zbog visoke stope incidencije i prisutnosti u društvu, predstavljaju jedan od prioritetnih javnozdravstvenih problema današnjice. Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije je vrlo raširena uz psihološke, socijalne i ekonomske posljedice za oboljele, narušavajući njihova osnovna ljudska prava na poštovanje, ravnopravnost, pripadnost, dostojanstvo i sl. Jedinstvenost i vrijednost svake osobe u odnosu na poštovanje njezina integriteta, autonomije i dostojanstva jedno je od krucijalnih pitanja filozofije sestrinstva. Svaka je osoba, pa tako i oboljela od shizofrenije, individua za sebe. Svaka je vrijedna, svaka posjeduje kvalitete i vrline koje su društvu potrebne. Iz tog je razloga od iznimne važnosti osvijestiti populaciju o ozbiljnosti ovog problema te ju potaknuti na povećanje tolerancije prema osobama oboljelima od shizofrenije da bi se stigmatizacija svela na najmanju moguću razinu, ako ne i u potpunosti uklonila. Može se zaključiti da, unatoč tome što su rezultati ovog istraživanja pokazali vrlo pozitivne rezultate, stigmatizacija je još uvijek prisutna u društvu. U sklopu pozitivnih društvenih promjena raste i tolerancija društva prema oboljelima. Samo prihvaćanjem jedni drugih kao ravnopravnih i vrijednih članova društva, moguće je zaustaviti stigmatizaciju i poboljšati kvalitetu života osobama oboljelima od shizofrenije.

U Varaždinu, _____. Petra Težak

_____

Potpis

9. Literatura

[1] Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N., Leese M., Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey, The Lancet, Vol. 373, str. 408 – 415, 2009. posjećeno: 22. srpnja 2020., dostupno na: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19162314/

[2] Štrkalj Ivezić S., Život bez stigme psihičke bolesti, Klinika za psihijatriju Vrapče, Medicinska naklada, Zagreb., 2016.

[3] Dickerson F. B., Sommerville J., Origoni A. E., Ringel N. B., Parente F., Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia, *Schizophr Bull*., Vol. 28, No. 1, str. 143 – 155, 2002., posjećeno: 22. srpnja 2020., dostupno na: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12047014/

[4] Bellani M., Ricciardi C., Rossetti M. G., Zovetti N., Perlini C., Brambilla P., Cognitive remediation in schizophrenia: the earlier the better?, Epidemiology and Psychiatric Sciences, Vol. 29., E57., 2019., posjećeno: 13. srpnja 2020., dostupno na: https://doi.org/10.1017/S2045796019000532

[5] Davison G. C., Neale J. M., Psihologija abnormalnog doživljavanja, Jastrebarsko, Slap, 2002.

[6] Moro Lj., Frančišković T. i sur., Psihijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2011.

[7] Lopašić R., Betlheim S., Dogan S., Psihijatrija, Medicinska knjiga, Beograd – Zagreb, 1961.

[8] Ostojić D., Prva epizoda shizofrenije - važnost ranog otkrivanja bolesti, Ljetopis socijalnog rada Vol. 19 N. 1., str. 53 – 72, 2012., posjećeno: 10. kolovoza 2020., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/82947

[9] Begić D., Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

[10] Jukić V. i suradnici, Hrvatska psihijatrija početkom 21. stoljeća, Medicinska naklada, Zagreb, 2018.

[11] Jakovljević M., Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije, Zagreb, 2001.

[12] Štrkalj Ivezić S., Bauman L., Shizofrenija – Put oporavka, priručnik, Svitanje, Hrvatski liječnički zbor, Zagreb, 2009.

[13] Kozarić – Kovačić D., Grubišić Ilić M., Grozdanić V., Forenzička psihijatrija, drugo izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Medicinska naklada, Zagreb, 2005.

[14] Štrkalj – Ivezić S., Psihoza, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, Klinika za pshijatriju Vrapče. Medicinska Naklada, Zagreb, 2011.

[15] Sedić B., Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.

[16] Silobrčić Radić M., Jelavić M. i sur., Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2011., posjećeno: 14. srpnja 2020., dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/mental_bilten_2011.pdf

[17] Barbato A., Schizophrenia and public health, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, 1998., posjećeno: 13. srpnja 2020., dostupno na: https://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf?ua=1

[18] Jurišić D., Ćavar I., Sesar A., Sesar I., Vukojević J., Ćurković M., New insights into schizophrenia: A look at the eye and related structures, Psychiatria Danubina, 2020., Vol. 32, No. 1, str. 60 – 69, 2020., posjećeno: 15. srpnja 2020., dostupno na: https://doi.org/10.24869/psyd.2020.60

[19] Karlović D., Peitl V., Silić A., Shizofrenije, Bibliotheca Psychiatrica, Klinički bolnički centar sestre milosrdnice, Naklada Slap, Zagreb, 2019.

[20] Hitrec I., Knežević A., Pupovac M., Sekulić Sović M., Simeon I., Koliko konteksta ima u shizofreniji? Analiza diskursa osobe koja boluje od shizofrenije, Suvremena lingvistika, Vol. 41, No. 80, str. 87 – 103, 2015. posjećeno: 19. srpnja 2020., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/150140

[21] Jakovljević M., Shizofrenija u teoriji i praksi, Etiopatogeneza i klinička slika, Pro Mente, Zagreb, 2011.

[22] Štrkalj – Ivezić S., Horvat K., Nedostatak uvida kod oboljelih od shizofrenije: Definicija, etiološki koncepti i terapijske implikacije, Liječnički vjesnik, Vol. 139, No. 7 – 8, 2017., posjećeno: 22. srpnja 2020., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/189793

[23] Međunarodna klasifikacija bolesti, MKB – 10, Klasifikacija mentalnih poremećaja i ponašanja, Klinički opisi i dijagnostičke smjernice, deseta revizija, Medicinska naklada, Zagreb, 1999.

[24] Američka psihijatrijska udruga, Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, Naklada Slap, 2014.

[25] Prlić N., Rogina V. i Muk B., Zdravstvena njega 4., Školska knjiga, Zagreb 2005.

[26] Fučkar G.: Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996.

[27] Muk B., Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Školaska knjiga, Zagreb, 2014.

[28] Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Sestrinske dijagnoze 2, Zagreb, 2013.

[29] Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Sestrinske dijagnoze 3, Zagreb, 2015.

[30] Pierce M. L., Stigma and Knowledge: a Questionnaire and Literature Review, Cleveland State University, ETD Archive 696, posjećeno: 22. srpnja 2020., dostupno na: https://core.ac.uk/reader/216946036

[31] Snaga sestrinstva, Glasnik medicinskih sestara i tehničara Kliničke bolnice Dubrava, No. 7, Zagreb, 2019., posjećeno: 22. srpnja 2020., dostupno na: file:///F:/Zavr%C5%A1ni%20rad/Izvori/hrv/Stigma/snaga-sestrinstva-201911.pdf

[32] Warner R., Combating the stigma of schizophrenia, Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Vol. 10, No. 1, str. 12 – 17, 2001., posjećeno: 22. srpnja 2020., dostupno na: https://doi.org/10.1017/S1121189X00008496

[33] Zagorščak K., Buhin Cvek A., Sajko M., Božičević M., Stavovi i predrasude studenata Studija sestrinstva prema psihički bolesnim osobama / Attitudes and Prejudices of Nursing Students Towards Psychiatric Patients, Socijalna psihijatrija, Vol. 45, No. 3, str. 209 – 2016, 2017., posjećeno: 23. srpnja 2020., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/190351

[34] Pavlinić D., Petelinšek A., Razlika u sadržaju stigme prema različitim psihičkim poremećajima, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 2016., posjećeno: 23. srpnja 2020., dostupno na: https://apps.unizg.hr/rektorova-nagrada/javno/stari-radovi/3808/preuzmi

[35] Gaebel W., Zäske H., Baumann A. E., Klosterkötter J., Maier W., Decker P., Möller H. J., Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia — Open the Doors": Results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions, Schizophrenia Research, Vol. 98, Issues 1–3, str. 184 – 193, 2008. posjećeno: 22. srpnja 2020., dostupno na: https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.013

[36] Štrkalj Ivezić S., Sesar M. A., Mužinić L., Effects of a group psychoeducation program on self-stigma, empowerment and perceived discrimination of persons with schizophrenia, Psychiatria Danubina, Vol. 29, No. 1, str. 66 – 73, 2017., posjećeno: 22. srpnja 2020., dostupno na: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28291976/

[37] Ling Y., Watanabe M., Yoshii H., Akazawa K., Characteristics linked to the reduction of stigma towards schizophrenia: a pre-and-post study of parents of adolescents attending an educational program, *BMC Public Health*, Vol. 14**,** No. 258, 2014., posjećeno: 22. srpnja 2020., dostupno na: https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-258

[38] R. Elgie, Stigma i duševna bolest u Europi: Konferencija s međunarodnim sudjelovanjem „Stigma i aktivnosti za sigurnost u liječenju i rehabilitaciju duševnog bolesnika“, Zbornik radova, Popovača, str. 30., 2008.

[39] Miletić L., Sokolić F., Stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama, Istraživanje stajališta studenata Pravnog fakulteta u Rijeci, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Vol. 38 No. 3, str. 1163 – 1182, 2017., posjećeno: 10. kolovoza 2020., dostupno na: https://hrcak.srce.hr/193719

Popis korištenih tablica

Tablica 2.5.1. Podjela simptoma shizofrenije prema desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti. [23] 11

Tablica 3.1. Sestrinske dijagnoze i pridružene intervencije u zdravstvenoj njezi bolesnika oboljelog od shizofrenije. 16

Tablica 6.1.1. Frekvencije i postotak sudionika s obzirom na sociodemografske varijable kategorijalnog oblika korištene u istraživanju. (N=749). 25

Tablica 6.2.1. Frekvencije pojedinih odgovora s obzirom na postavljenu tvrdnju koja ispituje znanje o shizofreniji. 28

Tablica 6.2.2. Prikaz deskriptivnih podataka ukupnih rezultata testa znanja o shizofreniji. 30

Tablica 6.3.1. Frekvencije pojedinih odgovora s obzirom na čestice koje ispituju stavove o osobama oboljelima od shizofrenije. 31

Tablica 6.3.2. Prikaz deskriptivnih podataka ukupnih rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofreniji. 31

Tablica 6.4.1. Frekvencije pojedinih odgovora s obzirom na čestice koje ispituju socijalnu distancu prema osobama oboljelima od shizofrenije. 32

Tablica 6.4.2. Prikaz deskriptivnih podataka ukupnih rezultata upitnika socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofreniji. 33

Tablica 6.6.1.1. Prikaz povezanosti između rezultata na testu znanja o shizofreniji i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije. 36

Tablica 6.6.2.1. Prikaz povezanosti između rezultata na upitniku socijalne distance i rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije. 37

Tablica 6.6.3.1. Rezultati Kruskal - Wallisove jednosmjerne analize varijance za nezavisne uzorke rezultata na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na dobnu skupinu ispitanika. 38

Tablica 6.6.4.1. Rezultati Mann – Withney U testa za za nezavisne uzorke rezultata na upitniku socijalne distance prema osobama oboljelim od shizofrenije s obzirom na područje zaposlenosti. 39

Tablica 6.6.5.1. Rezultati Mann – Withney U testa za za nezavisne uzorke rezultata na skali stavova prema osobama oboljelima od shizofrenije s obzirom na područje zaposlenosti. 40

Popis korištenih grafikona

Grafikon 6.2.1. Distribucija rezultata s obzirom na upoznatost s pojmom shizofrenije. 27
Grafikon 6.2.2. Distribucija rezultata s obzirom na povezanost simptoma sa shizofrenijom. 27
Grafikon 6.2.3. Distribucija rezultata s obzirom na iskustvo sudionika s osobom oboljelom od shizofrenije......28
Grafikon 6.5.1. Distribucija rezultata s obzirom na pitanje „Smatrate li da bi se osobe oboljele od shizofrenije brže i lakše oporavile kad ne bi imale problema sa stigmatizacijom?“......34
Grafikon 6.5.2. Distribucija rezultata s obzirom na izvore koji su najviše utjecali na stav prema osobama oboljelima od shizofrenije. 35
Grafikon 6.5.3. Distribucija rezultata s obzirom pitanje „Smatrate li da bi opću populaciju trebalo više educirati o shizofreniji i psihičkim bolestima općenito?“. 35

Prilozi

Anketni upitnik

Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije

Poštovani,

studentica sam treće godine preddiplomskog studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu. U svrhu izrade završnog rada iz kolegija "Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika" izradila sam ovu anketu kako bih ispitala znanje, stavove i socijalnu distancu prema bolesnicima oboljelima od shizofrenije.

Vaši odgovori biti će korišteni isključivo za potrebe završnog rada. Anketa je u potpunosti anonimna.

Unaprijed zahvaljujem na izdvojenom vremenu i trudu.

Petra Težak, studentica 3. godine studija sestrinstva, Sveučilišta Sjever.

I. DIO – Sociodemografske karakteristike

1. **Spol**: *
   - muški
   - ženski

2. **Dob**: *
   - 18 - 25 godina
   - 26 - 35 godina
   - 36 - 45 godina
   - 46 godina i više

3. **Razina obrazovanja:** *
   - osnovnoškolsko obrazovanje
   - srednjoškolsko obrazovanje (SSS)
   - viša stručna sprema (VŠS)
   - visoka stručna sprema (VSS)

4. **Pripada li Vaše zanimanje području zdravstva?** *
   - da
   - ne

5. **Ako da, koje je Vaše zanimanje?**
   - liječnik
   - medicinska sestra/tehničar
   - fizioterapeut
   - medicinsko - laboratorijski tehničar
   - drugo

II. DIO – Ispitivanje ZNANJA o osobama oboljelima od shizofrenije

6. **Imate li ikakvih saznanja o shizofreniji?** *
   - o da
   - o ne

7. **Kad čujete riječ "shizofrenija", koji bi od navedenih simptoma najviše povezali s ovom bolešću?** *
   - o socijalna izolacija
   - o slušne halucinacije i ideje koje nisu moguće u stvarnosti
   - o nelogično razmišljanje, nerazumljiv govor
   - o gubitak interesa za životno važne aktivnosti (npr. posao, školovanje, druženje, higijenu...)
   - o ekstremno uzbuđenje, nemir anksioznost, depresivnost

8. **Jeste li se do sada susretali s osobama koje boluju od shizofrenije?** *
   - o da
   - o ne

Molim Vas da pažljivo pročitate svaku tvrdnju te odgovorite je li ona točna ili netočna. Označite odabrani odgovor.

9. **Shizofrenija i ludilo su sinonimi.** *
   - o točno
   - o netočno

10. **Shizofrenija je neizlječiva, doživotna i najteža psihička bolest.** *
    - o točno
    - o netočno

11. **Za nastanak shizofrenije odgovoran je bolesnik, okolina ili odgoj.** *
    - o točno
    - o netočno

12. **Osobe oboljele od shizofrenije pate od podvojene ili višestruke ličnosti.** *
    - o točno
    - o netočno

13. **Usprkos shizofreniji, osobe se mogu oporaviti od bolesti i uspostaviti dobru kvalitetu života.** *
    - o točno
    - o netočno

14. **Shizofrenija je jedna od najviše stigmatiziranih bolesti.** *
    - o točno
    - o netočno

15. **Stigma može za neke osobe predstavljati veći problem od same bolesti jer može dovesti do socijalne izolacije, smanjenja samopoštovanja i depresije.** *
    - o točno
    - o netočno

III. DIO – Ispitivanje STAVOVA o osobama oboljelima od shizofrenije

Molim Vas da pažljivo pročitate svaku tvrdnju i da na priloženoj skali od 5 stupnjeva označite koliko se slažete s pojedinom tvrdnjom.

- 1 – uopće se ne slažem
- 2 – ne slažem se
- 3 – niti se slažem niti se ne slažem
- 4 – slažem se
- 5 – u potpunosti se slažem

16. **Osobe koje boluju od shizofrenije su agresivne i predstavljaju opasnost - treba ih zatvoriti ili na neki način izolirati iz društva.** *

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	☐	☐	☐	☐	☐	U potpunosti se slažem

17. **Osobe koje boluju od shizofrenije nisu svjesne svojih postupaka pa im treba oduzeti bilo kakvu odgovornost.** *

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	☐	☐	☐	☐	☐	U potpunosti se slažem

18. **Osobe oboljele od shizofrenije nisu sposobne za samostalan život, za donošenje odluka i privređivanje.** *

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	☐	☐	☐	☐	☐	U potpunosti se slažem

19. **Osobe oboljele od shizofrenije ne bi trebale imati djecu kako bi se izbjegli nasljedni hendikepi.** *

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	☐	☐	☐	☐	☐	U potpunosti se slažem

IV. DIO – Ispitivanje SOCIJALNE DISTANCE prema osobama oboljelima od shizofrenije

20. **Upašio/la bih se razgovora s osobom koja boluje od shizofrenije.** *

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	☐	☐	☐	☐	☐	U potpunosti se slažem

21. **Uznemirilo bi me da radim s osobom koja boluje od shizofrenije.** *

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	☐	☐	☐	☐	☐	U potpunosti se slažem

22. **Uznemirilo bi me da moj susjed boluje od shizofrenije.** *

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	☐	☐	☐	☐	☐	U potpunosti se slažem

23. **Sklopio/la bih prijateljstvo s osobom koja boluje od shizofrenije.** *

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	☐	☐	☐	☐	☐	U potpunosti se slažem

24. **Sramio/la bih se kad bi ljudi znali da netko u mojoj obitelji boluje od shizofrenije.** *

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	☐	☐	☐	☐	☐	U potpunosti se slažem

25. **Osobe oboljele od shizofrenije predugo su predmet ismijavanja i stigmatizacije.** *

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	☐	☐	☐	☐	☐	U potpunosti se slažem

V. DIO – Završni dio

26. **Smatrate li da bi se osobe oboljele od shizofrenije brže i lakše oporavile kad nebi imale problema sa stigmatizacijom?** *
    - o da
    - o ne

27. **Što je najviše utjecalo na Vaš stav prema osobama koje boluju od shizofrenije?** *
    - o osobno iskustvo
    - o mišljenje roditelja
    - o prikaz bolesnika u filmovina, knjigama, medijima
    - o informacije dobivene u školi/fakultetu
    - o ostalo: _____

28. **Smatrate li da bi opću populaciju trebalo više educirati o shizofreniji i psihičkim bolestima općenito?** *
    - o da
    - o ne

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, PETRA TEŽAK *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Težak Petra
(vlastoručni potpis)

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

Ja, PETRA TEŽAK *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Stigmatizacija osoba oboljelih od shizofrenije *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Težak Petra
(vlastoručni potpis)