

KVALITETA ŽIVOTA STUDENATA SOCIJALNOG RADA I OSOBA OBOLJELIH OD PRVE EPIZODE SHIZOFRENIJE U STANJU REMISIJE

SAŽETAK

Kvaliteta života ima bitnu ulogu u svakodnevnom životu. U ovom istraživanju, istraživala se kvaliteta života studenata i osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije. U istraživanju je bilo uključeno 50 studenata i 50 osoba oboljelih od prvih epizoda shizofrenije u stanju remisije. Procjena kvalitete života provedena je Upitnikom o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL – BREF). Rezultati su pokazali da mlade osobe oboljele od prve epizode shizofrenije u remisiji u odnosu na studente socijalnog rada, procjenjuju vlastitu kvalitetu života lošijom u domeni socijalnih odnosa. Nije nađena statistički značajna razlika u domenama psihičkog zdravlja, fizičkog zdrav-

¹ Adisa Karahasanović, studentica diplomskog socijalnog rada, e-mail: ak329019@gmail.com

² Dr. sc. Draženka Ostojić, psihijatrica, e-mail: drazenkaostojic@gmail.com

³ Prof. dr. sc. Vlado Jukić, psihijatar, e-mail: vlado.jukic@bolnica-vrapce.hr

Prethodno priopćenje

Primljeno: studeni, 2013.

Prihvaćeno: siječanj, 2014.

UDK 304.3-057.87:304.3-056.34

Adisa

Karahasanović¹

Studijski centar socijalnog rada

Pravni fakultet Sveučilišta u

Zagrebu

Draženka

Ostojić²

Vlado Jukić³

Klinika za psihijatriju Vrapče

Ključne riječi:

kvaliteta života, osobe oboljele od prve epizode shizofrenije, studentska populacija.

Ije i okolišne dimenzije. Rezultati ovog istraživanja potvrđuju neophodno sveobuhvatno i učinkovito liječenje i skrb za bolesnike oboljele od prvih epizoda shizofrenije pri čemu je posebno važna kvalitetna socijalna rehabilitacija.

UVOD

» The quality of life is more important than life itself.«

Alexis Carrel

Kao što je definirano u Europskom istraživanju o kvaliteti života (UNDP, 2007.), koncept kvalitete života odnosi se na sveukupnu dobrobit unutar društva, a usmjeren je na to da omogući svakom članu društva da ostvari svoje ciljeve. Procjena kvalitete života temelji se i na indikatorima materijalnog životnog standarda (pokazatelji dohodovne nejednakosti, realnog dohotka, stope siromaštva), ali i na različite subjektivne čimbenike koji utječu na ljudski život (npr. društveni odnosi, sigurnost, mentalno zdravlje, kvaliteta prirodne sredine, dokolica, kulturni resursi i sl.). U određenju kvalitete života Svjetska zdravstvena organizacija više je usmjeren prema subjektivnom doživljaju i definira kvalitetu života kao pojedinčevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu (World Health Organization, 1998.). Polazeći od ovakvih određenja, ne iznenađuje da se pojmom kvalitete života bave različite znanstvene discipline, npr. sociologija, psihologija, medicina, socijalni rad. Pri tome se kvaliteta života često koristi i kao varijabla pri procjenjivanju životne situacije, ali i ishoda širokog raspona intervencija, najčešće upravo u području socijalnih politika, socijalnog i zdravstvenih usluga.

Tako je, na primjer, socijalna skrb definirana kao »djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku kojom se osiguravaju i ostvaruju mjere i programi namijenjeni socijalno ugroženim osobama, kao i osobama s nepovoljnim osobnim ili obiteljskim okolnostima, koji uključuju prevenciju, promicanje promjena, pomoć u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba i podršku pojedincu, obitelji i skupinama, s ciljem unapređenja kvalitete života i osnaživanja korisnika u samostalnom zadovoljavanju osnovnih životnih potreba te njihovog aktivnog uključivanja u društvo« (Zakon o socijalnoj skrbi, čl.3, st.1.). Kao što možemo vidjeti, upravo je unapređenje kvaliteta života jedan od ključnih ciljeva socijalne skrbi.

U području zdravstva, pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu jedno je od temeljnih ljudskih prava čovjeka. Cilj zdravstvenog sustava je poboljšanje kvalitete zdravstvenog stanja čime se ujedno omogućava i poboljšanje kvalitete života (Mittermayer, Huić i Meštrović, 2011.). I u nizu drugih strateških dokumenata spominje se kvaliteta života kao jedan od ključnih društvenih ciljeva. Tako se, npr., u

Akcijском planu za provedbu nacionalnog plana za borbu protiv diskriminacije za razdoblje 2011. – 2013. (Vlada Republike Hrvatske, 2010.), kao cilj navodi poboljšanje kvalitete življenja u nizu područja: suzbijanjem diskriminatornog ponašanja u obiteljskim odnosima, integracijom osoba s invaliditetom, skrbi o starijim osobama (međugeneracijska solidarnost, institucionalna skrb za starije i nemoćne osobe te razvoj mreže davatelja usluga), skrbi o psihički bolesnim osobama te kvalitetnijim pružanjem socijalnih usluga izvan i unutar institucije.

S obzirom na značaj kvalitete života za procjenjivanje životne situacije i ishoda širokog raspona intervencija, od prevencije do vrlo specifičnih tretmanskih intervencija usmjerenih prema različitim ranjivim skupinama, ne iznenađuje da su u nas istraživanja u ovom području sve prisutnija. Tako je, npr., istraživana kvaliteta života starijih osoba (Poredoš i Ivanec, 2004.), osoba s invaliditetom (Bratković i Rozman, 2006.), starijih osoba s invaliditetom (Leutar, Štambuk i Rusac, 2007.), osoba pogođenih ratom (Ajduković, Kraljević i Penić, 2007.). Značajan doprinos razumijevanju kvalitete života općenito te kvalitete života različitih skupina kao što su, npr., studenti, osobe starije životne dobi, psihički bolesne osobe, osobe oboljele od multiple skleroze omogućilo je složeno istraživanje objedinjeno u znanstvenoj monografiji Kvaliteta života i zdravlje (Vuletić, 2011.).

Uvid o ove i druge radove pokazao je da se konstrukt kvalitete života još uvijek definira na različite načine, te da ne postoji njegova općeprihvaćena definicija. To se odrazilo i na činjenicu da se u istraživanjima koriste različiti jednodimenzionalni ili višedimenzionalni upitnici, pri čemu se uključene dimenzije ne podudaraju što otežava usporedbu dobivenih rezultata (Markanović i Jokić-Begić, 2011.).

U fokusu ovog rada je kvaliteta života osoba s psihičkim poremećajem, konkretno oboljelima od prve epizode shizofrenije (Ostojić, 2012.) i usporedbi s kvalitetom života studentske populacije. U skladu s prethodnim navodima, nesumnjivo je da je kvaliteta života jedan od osnovnih parametara procjene i subjektivnog i objektivnog zadovoljstva kako u osobnom, tako i u širem socijalnom kontekstu. Iz toga proizlazi da je kvaliteta života osoba s duševnim smetnjama jedan od suvremenih parametara procjene uspješnosti njihovog liječenja pri čemu su indikatori mentalnog zdravlja i kvalitete liječenja duševnih bolesnika multifaktorijalno povezani i međusobno složeno determinirani (Jukić i sur., 2010.). To se posebno odnosi na kvalitetu života osoba oboljelih od shizofrenije. Prema suvremenim smjernicama, liječenje i skrb o oboljelima od ovog poremećaja moraju obuhvaćati i farmakološko i psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje s krajnjim ciljem postizanja remisije bolesti (simptomatske i funkcionalne). S obzirom da se prva epizode shizofrenije javlja kod mladih ljudi odnosno u razdoblju kasne adolescencije i ranim dvadesetim godinama života, usmjeravanje na kvalitetu života već u početnoj fazi od iznimnog je značaja kako bi se smanjio rizik od smanjivanja kvalitete života u kasnijim fazama bolesti i života (Ostojić, 2012.)

CILJ I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je utvrditi:

1. Postoji li razlika u procjeni kvalitete života u domeni fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i domeni okoliša između studenata socijalnog i mladih osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije.

Hipoteza:

1. Postoji statistički značajna razlika u sve četiri domene, odnosno studenti socijalnog rada svoju kvalitetu života percipiraju boljom od osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije.

Na postavljenu hipotezu upućuje istraživanje koje ukazuje da mnogi bolesnici oboljeli od shizofrenije inicijalno iskazuju brojne psihosocijalne probleme koji uključuju heterogene simptome praćene padom općeg funkcioniranja – poteškoće u školovanju, samostalnom životu, radnom funkcioniranju, socijalnim interakcijama i padom kvalitete života (Law i sur., 2005.).

Također, polazimo od pretpostavke da je kod bolesnika oboljelih od prve epizode shizofrenije lošija procjena kvalitete života s obzirom na moguću socijalnu stigmatizaciju i njihove, uslijed bolesti, potencijalno umanjene kapacitete za aktivno participiranje na planu osobnog, socijalnog, radnog, obrazovnog i ostalih područja funkcioniranja.

METODA

Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 50 studenata četvrte godine zagrebačkog Pravnog fakulteta, smjer socijalnog rada i 50 bolesnika oboljelih od prve epizode shizofrenije čije je psihičko zdravlje u trenutku procjene kvalitete života bilo u remisiji. Uključeni bolesnici liječeni su u Zavodu za dijagnostiku i intenzivno liječenje, Odjel za prve psihotične poremećaje, Klinike za psihijatriju Vrapče u Zagrebu. Radi se o prigodnom uzorku, odnosno pristup uzorkovanju bio je neprobabilistički i počivao je na prosudbi istraživača o specifičnim potrebama istraživanja (Milas, 2005.). Sudionici su sudjelovali u istraživanju dobrovoljno.

Prosječna dob studenata sudionika istraživanja bila je 23,1 (\pm 1,8) godina, a osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije 22,48 (\pm 2,1) godina. To se podudara s podacima prema kojima se shizofrenija najčešće javlja tijekom adolescencije i mlađe odrasle dobi, odnosno od 15. do 24. godine života (Sadock, 2003.).

U istraživanju studenata sudjelovalo je 48 žena (98%) i 2 muškarca (2%). U istraživanju osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije sudjelovalo je 27 muških (57,9%) i 23 ženska (39,8) ispitanika. Prema nekim istraživanjima, više od polovice oboljelih muškaraca zaprima se na bolnička liječenja prije dvadeset pete godine života. Istodobno, u toj se dobnoj skupini nalazi samo trećina oboljelih žena. Metaanaliza trajanja neliječene psihoze koja je uključivala 11 000 bolesnika oboljelih od prve psihotične epizode također je ukazala na veću zastupljenost muškaraca – njih 61% (Marshall i sur., 2005.).

Što se tiče obrazovanja i zaposlenosti, u uzorku osoba oboljelih od shizofrenije u stanju remisije njih šestero završilo je fakultet, četrdeset dvoje ih je završilo srednju školu, a dvoje je završilo osnovnu školu. Njih osmero je zaposleno, četvero studira, a ostali su se izjasnili kao nezaposleni.

Mjerni instrument

Procjena kvalitete života ispitanika provedena je Upitnikom o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL – BREF). Radi se o samoprocjenskoj skali. Sastoji se od 26 čestica koje su grupirane u četiri područja (domene) procjene kvalitete života: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okruženje:

- Tjelesna domena (fizičko zdravlje) obuhvaća: dnevne aktivnosti, potrebu za medicinskom pomoći, energiju, mobilnosti, bol i neugodu, kvalitetu spavanja i odmora te radni kapacitet.
- Psihološka domena (psihičko zdravlje) obuhvaća: doživljaj samog sebe, pozitivne i negativne osjećaje, samopoštovanje, duhovnost i vjerovanja, mišljenje, učenje, pamćenje i koncentraciju.
- Socijalna domena (socijalna komunikacija) obuhvaća: međuljudske odnose, socijalnu podršku i seksualnu aktivnost.
- Okolišna domena (okruženje) obuhvaća: izvore financija, slobodu, fizičku sigurnost, dostupnost i kvalitetu zdravstvenog i socijalnog osiguranja, kućni okoliš, mogućnost stjecanja novih informacija i vještina, rekreaciju, kvalitetu okoliša i mogućnosti prijevoza.

WHOQOL-BREF pouzdan je i validan dokument procjene kvalitete života. Boudje se percepcija kvalitete života u svakoj od četiri domene upitnika zasebno pri čemu je skala usmjerena pozitivno, što znači da veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života. Svako pitanje procjenjuje se na Likertovoj skali od pet stupnjeva (od 1 do 5). Nakon transformacije bodova, koje se vrše u dva koraka, bodovi za pojedinu domenu kreću se u rasponu od 0 do 100. Preporučena norma iznad koje se kvaliteta života smatra zadovoljavajućom iznosi 60 (WHO, 1998.). U ovom je istraživanju korištena validirana hrvatska verzija upitnika (Pibernik-Okanović, 2001.).

Za svakog ispitanika prikupljeni su i osnovni sociodemografski podaci: spol, životna dob, bračni status, stručna sprema, radni status.

Postupak istraživanja

U istraživanju su sudjelovale osobe oboljele od prve epizode shizofrenije, pacijenti Klinike za psihijatriju Vrapče, Zavod za dijagnostiku i intenzivno liječenje, Odjel za prve psihotične poremećaje. Istraživanje je provedeno 2010. godine nakon odobrenja Etičkog povjerenstva Klinike za psihijatriju Vrapče i uz pismeni pristanak ispitanika.

Uključeni su bolesnici kod kojih je prvi put postavljena dijagnoza shizofrenije po dva neovisna psihijatra, a sukladno dijagnostičkim kriterijima X Međunarodne klasifikacije bolesti i ozljeda (MKB-X) i Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne bolesti (eng. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition – DSM-IV*) (World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, 1992.*; Američka psihijatrijska udruga. *Dijagnostički o statistički priručnik za duševne poremećaje međunarodna verzija s MKB-10 šiframa, DSM-IV, 1996.*). U trenutku ispitivanja svi bolesnici nalazili su se u fazi remisije bolesti i provodili su ambulantno psihijatrijsko praćenje i liječenje u sklopu kojeg su procjenjivali kvalitetu života ispunjavanjem upitnika WHOQOL-BREF. Težina psihotičnih simptoma ispitanika, tj. stanje remisije bolesti, procjenjivana je po autorici istraživanja (educiranom psihijatru) ocjenskom skalom *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) i ocjenskom skalom *Clinical Global Impression* (CGI). Skala PANSS omogućuje validnu i relijabilnu procjenu intenziteta shizofrenih simptoma (Perkins, Stroup i Lieberman, 2000.). CGI ocjenskom skalom izvršena je procjena težine shizofrene psihoze, a ista omogućuje relijabilnu i validnu procjenu težine kliničke slike na temelju kliničke impresije psihijatra (Williams, 2000). Sukladno ranije navedenim kriterijima uključivanja u istraživanje, ispitanici su individualno ispunjavali upitnik koji im je uručen po autorici istraživanja, specijalistici psihijatrije, kod koje su provodili redovito ambulantno liječenje i praćenje.

Istraživanje u skupini studenata četvrte godine socijalnog rada provedeno je na Studijskom centru socijalnog rada Pravnog fakultet u svibnju 2013. godine u Zagrebu.

Svakom studentu omogućeno je da dobrovoljno sudjeluje u istraživanju i za to se tražio njegov usmeni pristanak. Nakon usmenog pristanka, sudioniku se prije provođenja upitnika objasnila svrha istraživanja kao i zajamčeno pravo anonimnosti svih podataka. Po završetku ispunjavanja upitnika sudionicima se zahvalilo na istraživanju.

REZULTATI I RASPRAVA

Rezultati istraživanja prikazani su u tablici 1.

Tablica 1. Kvaliteta života studenata socijalnog rada (N=50) i osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije (N=50)

Područje kvalitete života	Studenti		Osobe oboljele od prve epizode shizofrenije u stanju remisije		Testiranje značajnosti	
	M	SD	M	SD	t	p
Fizičko zdravlje	77,36	11,85	73,69	10,15	-1,66	0,101
Psihičko zdravlje	71,83	11,83	70,41	13,02	-0,60	0,551
Socijalni odnosi	76,50	14,16	61,90	21,52	-3,99	0,001
Okoliš	65,53	14,22	67,73	13,29	0,80	0,428

Pokazalo se da studenti ($M=77,36$; $SD=11,85$), kao i osobe oboljele od prve epizode shizofrenije u stanju remisije ($M=73,69$; $SD=10,15$), ne odstupaju statistički značajno u percipiranju kvalitete života u pogledu fizičkog zdravlja ($t=-1,66$, $p=0,101$). Obje skupine ispitanika procijenile su kvalitetu života u ovoj domeni kao zadovoljavajuću.

Tjelesna domena, odnosno fizičko zdravlje obuhvaća dnevne aktivnosti, potrebu za medicinskom pomoći, energiju, mobilnost, bol i nelagodu, kvalitetu spavanja i odmora te radni kapacitet.

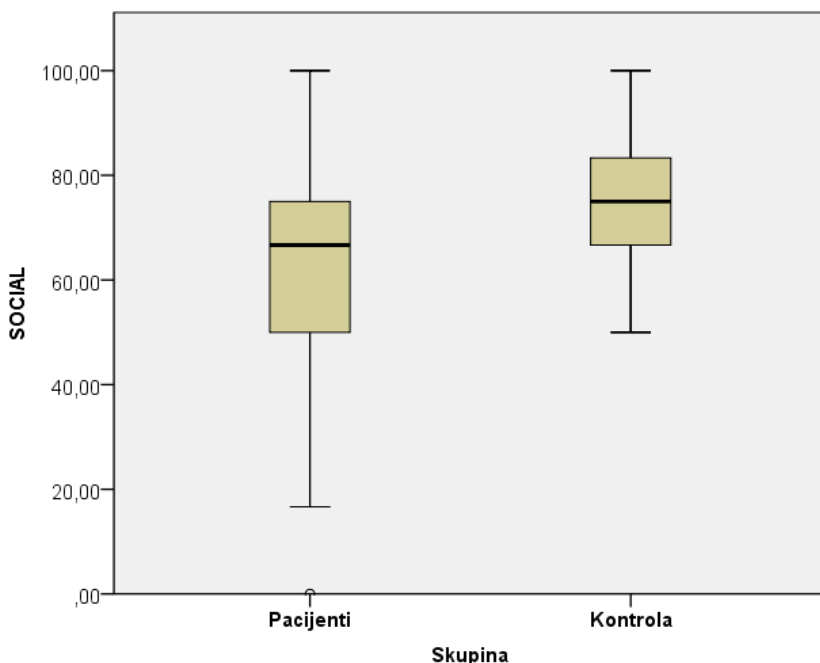
Istraživanje koje su proveli Ormel i sur. (1994.) pokazala su da psihički bolesne osobe imaju nižu kvalitetu života od fizički oboljelih osoba. Oni polaze od toga da su bitne komponente subjektivnog doživljavanja kvalitete života viši kapaciteti, kao što su kognicije, emocije i motivacija. Fizička oboljenja mogu dovesti do pada kvalitete života zbog ograničenja u fizičkim kapacitetima (vida, sluha, pokretljivosti i sl.), dok mentalni poremećaji dovode do pada u kvaliteti života upravo kroz ograničenja u kognitivnim i motivacijskim kapacitetima, afektivnoj regulaciji, socijalnoj percepciji te kroz tendenciju pojačavanja tjelesnih simptoma (npr. umora, boli) ili širenja na njih. Autori zaključuju da posljedice malih ili umjerenih oštećenja mentalnih kapaciteta na funkcioniranje u različitim ulogama i kvalitetu života mogu biti mnogo ozbiljnije od onih izazvanih blagim ili umjerenim oštećenjima fizičkih kapaciteta.

Rezultati istraživanja pokazali su da se studenti i osobe oboljele od shizofrenije u stanju remisije statistički značajno ne razlikuju niti u procjeni kvalitete života u domeni psihičkog zdravlja ($t=-0,60$, $p=0,551$). I studenti ($M=71,83$; $SD=11,83$), kao i osobe oboljele od prve epizode shizofrenije u stanju remisije ($M=70,41$; $SD=13,02$),

procijenili su kvalitetu života na planu doživljaja samog sebe, pozitivnih i negativnih osjećaja, samopoštovanja, duhovnosti i vjerovanja, mišljenja, učenja i pamćenja te koncentracije, zadovoljavajućom.

Rezultati istraživanja t-testom pokazali su da se studenti i osobe oboljele od prve epizode shizofrenije u stanju remisije statistički značajno razlikuju samo u percipiranju kvalitete života u području socijalnih kontakata ($t=-3,99$, $p=0,001$) pri čemu studenti ($M=76,50$; $SD=14,16$) procjenjuju boljom kvalitetu življenja u području socijalnih odnosa u odnosu na osobe oboljele od prve epizode shizofrenije u stanju remisije ($M = 61,90$; $SD=21,52$).

Tako je potvrđen dio hipoteze koji se odnosi na socijalnu domenu. Naime, studenti procjenjuju značajno boljom kvalitetu života kad su u pitanju socijalni odnosi nego osobe oboljele od prve epizode shizofrenije u stanju remisije. Studenti su procijenili kvalitetu života u ovoj domeni zadovoljavajućom (76,50), dok je rezultat od 61,9 bodova za skupinu osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije na granici od 60 bodova što upućuje na zadovoljavajuću kvalitetu u određenoj domeni. Kao što pokazuju standardna devijacija i slika 1., raspršenje na domeni socijalnih odnosa kod skupine osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije pokazuje da je znatan broj njih u ovom području ispod granice od 60 bodova, te upravo njima treba posvetiti dodatnu pozornost.



Slika 1. Distribucija rezultata na domeni socijalnih odnosa

Bolesnici oboljeli od prve psihotične epizode vrlo često nemaju dostatnu podršku socijalne sredine, a što je uvjetovano nizom faktora. Neki od tih čimbenika vezani su uz neprepoznavanje psihotičnog procesa kao bolesti, ali i uz stigmatizaciju osoba s težim duševnim smetnjama. S druge strane, bolesnik često nema dostatne kapacitete osobnosti kojima bi zadržao svoju premorbidnu društvenu poziciju i odnose i/ili sadržaj psihopatoloških doživljavanja u akutnoj fazi.

Procjena kvalitete života osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije nije bila u centru psihijatrijskog interesa pa su ta istraživanja malobrojna. Ona istraživanja koja postoje, kroz rezultate ukazuju na to da mnogi bolesnici oboljeli od prve psihotične epizode, pogotovo shizofrenije, inicijalno ukazuju na brojne psihosocijalne probleme koji uključuju heterogene psihotične simptome praćene padom općeg funkcioniranja – poteškoće u školovanju, samostalnom životu, radnom funkcioniranju, socijalnim interakcijama i padom kvalitete života, te da su ove tri domene bolesti slabo i nejasno međusobno povezane.

Istraživanje provedeno kroz praćenje bolesnika nakon prve shizofrene epizode pokazala su (Shepherd, Watt i Falloon, 1998.) da je 16% bolesnika imalo samo jednu epizodu bolesti bez kasnijeg značajnijeg pada funkcioniranja, 32% imalo je nekoliko epizoda s minimalnim padom funkcioniranja, 9% imalo je višekratne epizode bolesti bez povratka na razinu funkcioniranja prije pojave bolesti, a čak 43% bolesnika iskazalo je značajno lošije funkcioniranje nakon svake sljedeće psihotične epizode.

Dotatna otežavajuća okolnost socijalnog funkcioniranja bolesnika oboljelih od shizofrenije je i stigmatizacija, posebice socijalna. Stigmatizacija je socijalni čimbenik koji pridonosi pogoršanoj kvaliteti življenja psihički bolesnih osoba, a time i njihovom zadovoljstvu i ispunjenosti različitim životnim domenama (prijateljstvo, ljubav, posao, slobodne aktivnosti, itd.).

Stigma je posljedica negativnog etiketiranja, uključuje prepoznavanje različitosti na temelju neke oznake i posljedično obezvređivanje osobe koja je nositelj te oznake (Heatherton i sur., 2000.). Prema Goffmanu (1963.), postoje tri kategorije stigmatizirajućih oznaka: obilježja tijela (npr. fizičke deformacije), »mrlje« karakter (npr. psihički poremećaji, ovisnosti, nezaposlenost, delinkvencija i kriminalitet) i identitet plemena (npr. rasa, spol, religija, nacionalnost).

Kvaliteta života mentalno oboljelih definira se negativnom ne samo zbog bolesti i nemogućnosti koje izaziva, već također i zbog reakcija njihove bližnje okoline: kroz socijalne predrasude, osjećaje krivnje, odbacivanje i klevetanje. Davno je još uočeno da pacijenti pate ne samo od svog imenovanog psihičkog poremećaja, nego i od posljedica stigmatizacije oko svoje patnje te tako štete svom identitetu (Goffman, 1963.).

Ovo se posebno odnosi na pacijente koji su u grupi oboljelih od shizofrenije, kod kojih je umanjeње stigmatizacije, odnosno nepostojanje stigmatizacije ozna-

čeno više kao izuzetak, a ne pravilo. Browne i sur. (2000.) naglašavaju stajališta nekoliko autora da bi klinička (bolnička) procjena psihijatrijskih izvješća pacijenata o kvaliteti života koja bi poželjno utjecala na kvalitetu rezultata mogla biti pod utjecajima ustrajnih psihičkih simptoma i idiosinkrazijskih pogleda i vrijednosti ovih pacijenata te prilagodbe štetnim okolnostima. Nasuprot tome, Skantze i sur. (1992.) pokazali su da pacijent koji je obolio od shizofrenije osjeća, doživljava i u mogućnosti je pokazati svoja socijalna (društvena) ograničenja pa, prema tome, podržavaju tezu da se kvaliteta života može procijeniti subjektivno.

Osim toga, postoji uvriježeno mišljenje »da je duševna bolest sramota«, odnosno da odlazak u psihijatrijsku ustanovu sa »zloglasnim imenom« predstavlja poniženje, sramotu, isključenost iz društva, odlazak u »svijet ludih«. S takvim stavom ova skupina bolesnika dovodi u opasnost pravodobnu mogućnost vlastitog liječenja što se onda uvelike odražava i na prognozu ishoda liječenja. Na ovom području potrebno bi bilo uključiti organizacije civilnog društva u cilju osnivanja udruga oboljelih, ali i članove njihovih obitelji, kako bi se pridonijelo poboljšanju kvalitete povezanosti članova obitelji bolesnika, razvoju programa podrške oboljelima i edukaciji javnosti što bi moglo rezultirati boljom informiranosti i destigmatizaciji oboljelih. Takvim akcijama razvijala bi se tolerancija, empatija i pozitivni stavovi prema osobama s duševnim smetnjama.

Rezultati su pokazali da se studenti i osobe oboljele od prve epizode shizofrenije u stanju remisije statistički značajno ne razlikuju u procjeni kvalitete života u domeni okruženja ($t=0,80$, $p>0,428$), pri čemu studenti ($M=65,53$; $SD=14,22$), kao i osobe oboljele od shizofrenije u stanju remisije ($M=67,73$; $SD=13,29$), iskazuju procjenu kvalitete života u ovoj domeni zadovoljavajućom. S obzirom na sadržaj ove domene, a koja se odnosi na izvore financija, mogućnost stjecanja novih informacija i vještina te dostupnost i kvalitetu zdravstvenog osiguranja nameće se pitanje kolike su stvarne mogućnosti u širem društvenom okružju koje omogućavaju bolje postizanje kvalitete života u ovom području.

Ograničenja istraživanja

Radi se o preliminarnom istraživanju te naglašavamo njegova ograničenja kao smjernice za daljnja istraživanja u ovom značajnom području. Kvaliteta života psihički bolesnih osoba u velikom broju studija uspoređivana je s kvalitetom života zdravih ljudi. To je napravljeno i u ovom istraživanju, no iako su ispitanici ne razlikuju značajno s obzirom na svoju dob, udio muških i ženskih ispitanika u kontrolnoj grupi studenta ne odgovara omjeru mladih muškaraca i žena oboljelih od prve epizode shizofrenije u remisiji. Uz to, u uzorku oboljelih je 64% onih koji su nezaposleni, a 28% ih studira ili je već diplomiralo. Stoga je u budućim istraži-

vanjima potrebno voditi računa o boljoj rodnoj/spolnoj uravnoteženosti uzoraka te o boljoj uravnoteženosti s obzirom na radni status. Naime, istraživanja su utvrdila da zaposlenost osoba oboljelih od prve psihotične epizode u prvoj godini nakon početka liječenja relativno brzo pada, stoga oboljeli postanu ovisni o potpori obitelji i/ili socijalne službe, a što posljedično dovodi i do pada njihova inicijalnog socioekonomskog standarda, ali i manje mogućnosti da ostvare socijalne odnose (Agerbo i sur., 2004.). Rinaldi i sur. (2010.) također su ukazali da oboljeli od prve psihotične epizode imaju visoku stopu nezaposlenosti i manji stupanj edukacije već u trenutku prvog kontakta s psihijatrijskom službom. Turner i sur. (2009.) utvrdili su da su dulje trajanje neliječene psihoze i negativni simptomi bolesti signifikantno povezani s višom stopom nezaposlenosti bolesnika oboljelih od prvih psihotičnih poremećaja. Izrazito kompleksnu povezanost radnog statusa i shizofrenog procesa odražavaju rezultati koji upućuju da nezaposlenost povisuje rizik javljanja shizofrenije te da shizofrenija povisuje rizik nezaposlenosti. Uočeno je, također, da razvoj shizofrenije limitira socijalna postignuća oboljelih znatno prije početka liječenja (Agerbo i sur., 2004.).

Također postoji podvojeno mišljenje o tome mogu li psihijatrijski pacijenti valjano samoprocjenjivati kvalitetu života. Kao što navode Markanović i Jokić-Begić (2001.), teške mentalne bolesti utječu na kognitivno i afektivno funkcioniranje pa stoga mogu utjecati i na pacijentovo prosuđivanje. Navode da se kod pacijenata sa shizofrenijom često nalazi da su oni subjektivno zadovoljniji svojim životom nego što bi se to moglo očekivati s obzirom na njihove životne uvjete. Stoga bi bilo potrebno u budućim istraživanjima uz subjektivne mjere kvalitete života psihički bolesnih osoba koristiti i objektivne indikatore.

Istraživanje je otvorilo još neke neke ideje za buduća istraživanja. Tako su npr. Meyer i Franz (2006.) pokazali da više od 60% osoba oboljelih od shizofrenije živi sa svojim roditeljima, odnosno članovima obitelji, tako da istraživanje kvalitete života potrebno proširiti i na njih.

ZAKLJUČAK

Cilj istraživanja bio je provjeriti postoje li razlike u kvaliteti života između studentske populacije i osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u remisiji. Indikatori kojima se mjerila kvaliteta života odnosili su se na fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, socijalne odnose te okruženje. Rezultati su pokazali da su obje skupine ispitanika procijenile vlastitu kvalitetu života zadovoljavajućom u svim domenama. Osobe oboljele od prve epizode shizofrenije procjenjuju vlastitu kvalitetu života značajno lošijom u domeni socijalnih odnosa, a nije nađena statistički značajna razlika u domenama psihičkog zdravlja, fizičkog zdravlja i okolišne dimenzije. Dakle,

postavljene hipoteze o pretpostavljenoj lošijoj kvaliteti života oboljelih osoba od prve epizode shizofrenije u svim domenama potvrđena je tek za jednu dimenziju kvalitete života, a to su socijalni odnosi.

Bolesnici oboljeli od prve psihotične epizode vrlo često nemaju dostatnu podršku socijalne sredine, a to je uvjetovano nizom faktora. Neki od tih čimbenika vezani su uz neprepoznavanje psihotičnog procesa kao bolesti, ali i uz stigmatizaciju osoba s težim duševnim smetnjama. S druge strane, bolesnik često nema dostatne kapacitete osobnosti kojima bi zadržao svoju premorbidnu društvenu poziciju i odnose i/ili sadržaj psihopatoloških doživljavanja u akutnoj fazi.

Iz navedenog zaključujemo da pravodobno provođenje liječenja osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije rezultira i zadovoljavajućom kvalitetom života. S druge strane, rezultati upućuju da je osobama oboljelima od prve psihotične epizode neophodna kontinuirana socijalna podrška i rehabilitacija.

S obzirom da Meyer i Franz (2006.) navode da se oko trećine psihijatrijskih bolesnika liječi do kraja života, a kada se na to dodaju problemi društvenog etiketiranja takvih bolesnika, pitanje kvalitete njihove života ima izuzetnu važnost.

LITERATURA

1. Agerbo, E., Majella, B., Eaton, W. & Mortesen, P. (2004). Marital and labour market status in the long run in schizophrenia. **Archives of General Psychiatry**, 61, 28-33.
2. Ajduković, D., Kraljević, R. & Penić, S. (2007). Kvaliteta osoba pogođenih ratom. **Ljetopis socijalnog rada**, 14 (3), 505-526.
3. **Akcijski plan za provedbu nacionalnog plana za borbu protiv diskriminacije za razdoblje 2011. – 2013.** (2010). Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.
4. Američka psihijatrijska udruga (1996). **Dijagnostički statistički priručnik za duševne poremećaje međunarodna verzija s MKB-10 šiframa, DSM-IV.** Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Bratković, D. & Rožman, B. (2006). Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama. **Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja**, 42 (2), 101-112.
6. Browne, S., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, L., Larkin, C. & OCallaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**, 176, 173-176.
7. Goffman, E. (ed.) (1963). **Stigma: Notes on the management of spoiled identity.** Englewood Cliffs: Prentice Hall.
8. Heatherton, T., Kleck, R., Hebl, M. & Hull, J. (eds.) (2000). **The social psychology of stigma.** New York: Guilford Press.

9. Jukić, V., Brečić, P., Ostojić, D. & Majdančić, Ž. (2010). Indikatori mentalnog zdravlja – indikatori kvalitete liječenja duševnih bolesnika. **Medix**, 86, 37-42.
10. Law, C. W., Chen, E. Y., Cheung, E. F., Chan, R. C., Wong, J. G., Lam, C. L., Leung, K. F. & Lo, M. S. (2005). Impact of untreated psychosis on quality of life in patients with first-episode schizophrenia. **Quality of Life Research**, 14 (8), 1803-1811.
11. Leutar, Z., Štambuk, A. & Rusac, S. (2007). Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. **Revija za socijalnu politiku**, 14 (3-4), 327-346.
12. Markanović, D. & Jokić-Begić, N. (2011). Kvaliteta života psihički bolesnih osoba. U: Vuletić, G. (ur.), **Kvaliteta života i zdravlje**. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, 124-157.
13. Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. & Croudace, T. (2005). Association between duration untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients. **Archives of General Psychiatry**, 62, 975-983.
14. Meyer, T. & Franz, M. (2006). Concepts of quality of life in patients with schizophrenia. The relationship to their quantitative evaluation of quality of life. **Psychiatrische Praxis**, 33, 344-349.
15. Milas, G. (2005). **Metode istraživanja u psihologiji i drugim društvenim znanostima**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
16. Mittermayer, R., Huić, M. & Meštrović, J. (2011). Kvaliteta zdravstvene zaštite, akreditacija nositelja zdravstvene djelatnosti i procjena zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj. **Acta Medica Croatica**, 64, 425-434.
17. Ormel, J., Van Korff, M., Ustun, B., Pini, S., Korten, A. & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: Results from The WHO collaborative study on psychological problems in general health care. **Journal of the American Medical Association**, 272, 1741-1748.
18. Ostojić, D. (2012). Prva epizoda shizofrenije – Važnost ranog otkrivanja bolesti. Što o tome trebaju znati socijalni radnici? **Ljetopis socijalnog rada**, 19 (1), 53-72.
19. Perkins, D. O., Stroup, T. S. & Lieberman, J. A. (2000). Psychotic disorders measures. In: Rush, J. A., First, M.B. & Blacker, D. (eds.), **Handbook of psychiatric measures**. Washington: American psychiatric association, 485-514.
20. Pibernik-Okanović, M. (2001). Psychometric properties of the World Health Organization quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in diabetic patients in Croatia. **Diabetes Research and Clinical Practice**, 51, 133-143.
21. Poredoš, D. & Ivanec, D. (2004). Izloženost ratnim događajima i kvaliteta života starijih osoba. **Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada**, 11 (1), 43-61.
22. Rinaldi, M., Killackey, E., Smith, J., Shepard, G., Sing, S. P. & Craig, T. (2010). First episode psychosis and employment: A review. **International Review of Psychiatry**, 22, 148-162.

23. Sadock, J. B. (ed.) (2003). **Schizophrenia. Synopsis of psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
24. Shepherd, M., Watt, D. & Falloon, I. (1998). The natural history of schizophrenia: A five year follow up and prediction in representative sample of schizophrenics. **Psychological Medicine**, 15, 1-46.
25. Skantze, K., Malm, U., Dencker, S., May, P. & Corrigan, P. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. **British Journal of Psychiatry**, 161, 797-801.
26. Turner, N., Browne, S., Clarke, M. & Gervin, M. (2009). Employment status amongst those with psychosis at first presentation. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 44, 863-869.
27. UNDP (2007). Preuzeto s: <http://www.undp.hr/show.jsp?page=86767> (05.11.2013.).
28. Vuletić, G. (ur.) (2011). **Kvaliteta života i zdravlje**. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku.
29. Zakon o socijalnoj skrbi. (2012). **Narodne novine**, 33/12.
30. Williams, J. B. (2000). Mental health status, functioning, and disabilities measures. In: Rush, J. A., First, M.B. & Blacker, D. (eds.), **Handbook of psychiatric measures**. Washington: American psychiatric association, 93-117.
31. World Health Organization (1998). Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. **Psychological Medicine**, 28, 551-558.
32. World Health Organization. (1992). **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders**. Oxford: Oxford University Press.

Adisa Karahasanović

University of Zagreb, Faculty of Law

Department of Social Work

Draženka Ostojić

Vlado Jukić

Psychiatric Clinic Vrapče

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH FIRST-EPISODE SCHIZOPHRENIA IN REMISSION AND SOCIAL WORK STUDENTS

SUMMARY

The quality of life has an important role in everyday life. In this study, the quality of life of social work students (N=50) and young people with first-episode schizophrenia (N=50) in remission was studied. The assessment of the quality of life of patients and students was conducted using the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). The results show that young people with first-episode schizophrenia assess their quality of life as worse in the domain of social relations in comparison to social work students. There were no statistically significant differences in the domains of mental health, physical health, and environmental dimensions. The results confirm the necessity of a comprehensive and effective treatment and care for patients with the first episode of schizophrenia in which special attention should be given to quality social relations and rehabilitation.

Key words: quality of life, persons with first-episode schizophrenia, students.

