



University of Zagreb

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Samra Mahmutović

**OPORAVAK I POZITIVNO MENTALNO
ZDRAVLJE OSOBA KOJE BOLUJU OD
PSIHIČKE BOLESTI**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2023



University of Zagreb

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Samra Mahmutović

**OPORAVAK I POZITIVNO MENTALNO
ZDRAVLJE OSOBA KOJE BOLUJU OD
PSIHIČKE BOLESTI**

DOKTORSKI RAD

Mentor:

izv. prof. dr. sc. Marijana Kletečki Radović

Zagreb, 2023



University of Zagreb

PRAVNI FAKULTET

STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Samra Mahmutović

**RECOVERY AND POSITIVE MENTAL
HEALTH OF PEOPLE SUFFERING FROM
MENTAL ILLNESS**

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisor:

izv. prof. dr. sc. Marijana Kletečki Radović

Zagreb, 2023

O MENTORICI

Izv. prof. dr. sc. Marijana Kletečki Radović zaposlena je na Studijskom centru socijalnog rada, Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Diplomirala je socijalni rad na Studijskom centru socijalnog rada, Pravnog fakulteta u Zagrebu 1996. godine na kojem je i doktorirala 2011. godine.

Na Katedri za teoriju i metode socijalnog rada nositeljica je više kolegija te izvodi nastavu na preddiplomskoj i diplomskoj razini (kolegiji Socijalni rad s pojedincem, Socijalni rad u području mentalnog zdravlja, Terenska praksa). Nositeljica je kolegija Siromaštvo i socijalna isključenost na preddiplomskom studiju socijalne pedagogije na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu u Zagrebu. Mentorica je brojnih završnih i diplomskih radova te specijalističkih radova.

Sudjelovala je na više znanstveno istraživačkih projekata među kojima se u novije vrijeme ističu: projekt *Nova perspektiva za beskućništvo*, Hrvatska mreža za beskućnike (2020-2023), projekt „*Što (mi) se to događa?: Doživljaj poteškoća mentalnog zdravlja iz perspektive mladih*“, Sveučilišna potpora (2022), projekt *Participacija djece iz ranjivih skupina*, UNICEF (2018-2021), projekt *Indikatori dobrobiti i siromaštva djece u Hrvatskoj u doba krize: Kako prekinuti začarani kruga siromaštva djece?* (ADRIS i Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta u Zagrebu, (2017), projekt *Ekonomske teškoće obitelji, psihosocijalni problemi i obrazovni ishodi adolescenata u vrijeme ekonomske krize – FEHAP*, (2015-2019), financiran od Hrvatske zaklade za znanost, projekt *Siromaštvo i materijalna dobrobit predškolske djece u Republici Hrvatskoj*, prvo reprezentativno istraživanje siromaštva djece u Hrvatskoj, UNICEF (2012-2015).

Objavila je 34 znanstvena rada, od toga 17 radova u časopisima, devet poglavlja u knjigama i sveučilišnim udžbenicima te stručne radove koji uključuju priručnike i ekspertize. Suautorica je dviju znanstvenih monografija.

Recenzentica je u znanstvenim časopisima u državi i inozemstvu. Članica je uredništva časopisa *Ljetopis socijalnog rada* koji je indeksiran u značajnim međunarodnim bazama podataka.

Sudjelovala je u radnim skupinama za izradu nacionalnih strategija te drugim zakonima i dokumentima iz područja socijalne politike i djelatnosti socijalnog rada. Aktivno je uključena u rad profesionalnih udruženja socijalnih radnika.

Uključena je u brojne stručne projekte i programe kao edukator iz područja mentalnog zdravlja, siromaštva djece, socijalnog mentorstva i radne aktivacije, komunikacije, individualiziranog pristupa te osnaživanja ranjivih korisničkih skupina.

Jedna je od članica inicijative *Pravo svakog djeteta na školski obrok* koja je svojim zagovaračkim aktivnostima utemeljenim na znanstveno-istraživačkim spoznajama uspjela postići donošenje odluke Vlade RH o osiguravanju sredstava iz državnog proračuna za školski obrok za svu djecu u osnovnim školama. Za tu inicijativu dobitnica je nekoliko nagrada i priznanja: Posebno priznanje Hrvatske udruge socijalnih radnika (2021. godine), Priznanje za promicanje mirotvorstva, nenasilja i ljudskih prava „Krunoslav Sukić“, Centra za mir, nenasilje i ljudska prava Osijek (2022. godine), Nagrada „Croatian Women of Influence Award“ (2023. godine) i Nagrada Grada Zagreba za najbolji rezultat postignut u teorijskom i praktičnom radu na području djelovanja (2023. godine).

ZAHVALA

U vrijeme istraživanja, pisanja i promišljanja vezanih za nastanak ovoga rada vodila me dobrotu ljudi koji su mi pružali bezuvjetnu potporu.

Zahvaljujem mentorici izv. prof. dr. sc. Marijani Kletečki Radović na znanstvenom i stručnom usmjeravanju, korisnim savjetima te nesebičnoj pomoći i razumijevanju tijekom izrade ovog doktorskog rada.

Neizmerno sam zahvalna rahmetli ocu Mustafi, koji mi je pokazao kako se održati na životu upornošću, trudom i radom. Možda je najveća pouka takva odgoja bila upravo ta upornost, jer je i u posljednjim danima svog života davao sve od sebe da doprinese mojoj bezbrižnijoj budućnosti.

Zahvaljujem mojoj porodici, mami Džani, sestri Mireli i amidži Hasanu, na ljubavi, razumijevanju, pomoći i iskrenoj podršci tijekom svih godina moga stručnog i znanstvenog rada. Puno Vam hvala što ste mi pružili priliku da se školujem i što ste uvijek bili tu. Kćerkama Sairi, Nejri i Fatimi zahvaljujem na ljubavi koja mi je bila snažan oslonac.

Na potpori zahvaljujem zetu Nedžadu, Omaru i Hani, dragoj majki Faketi, tetki Nađi i tetku Dževadu, rodicama Dijani i Lejli, strini Zejni, dajdzama i ostaloj divnoj rodbini.

Jednom sam prigodom pročitala da su bitne osobe zapravo psihoterapeuti s kojima se, osim iskrenih i dugih razgovora, može upoznati cijeli svijet. Hvala mojoj Vesni što je sa mnom istraživala i odrastanje i odraslost. S tobom je životna svakodnevnica uvijek vedrija!

Osobitu zahvalu upućujem rukovodstvu Univerzitetskog kliničkog centra Tuzla i kolegama u Zavodu za psihološku i socijalnu zaštitu, koji su doprinjeli nastanku ove doktorske disertacije, ali i na različite načine oblikovali moj život proteklih godina. Također, zahvaljujem Klinici za psihijatriju UKC Tuzla na stečenom radnom iskustvu i Centrima za mentalno zdravlje na učešću.

Tijekom terenskog istraživanja upoznala sam niz srdačnih i dragih ljudi, no etički kodeks ne dopušta mi objaviti njihova imena. Ovim putem od srca im zahvaljujem. Njihova životna iskustva, koja su nesebično podijelili sa mnom pomogli su mi da upoznam zdravlje iz drugačije perspektive.

Naposlijetku se na poseban način, zahvaljujem ocu mojih divnih kćeri, Nuriji, porodici Mahmutović, osobito Jasmini i Fadilu.

Samra Mahmutović

SAŽETAK

Polazeći od suvremenog pristupa dvojnog modela kontinuuma mentalnog zdravlja i mentalne bolesti (eng. *dual continua model*) sveukupno mentalno zdravlje je više od samog odsustva mentalnog poremećaja ili bolesti. Prema ovom modelu osobe koje boluju od psihičke bolesti mogu imati dobro mentalno zdravlje i dobar oporavak i tokom iskustva s dijagnozom psihičke bolesti. Stoga je svrha ovog istraživanja produbiti spoznaju o oporavku i pojavnosti dimenzija pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti. Cilj istraživanja bio je ispitati ulogu određenih čimbenika rizika i zaštite za oporavak i pozitivno mentalno zdravlje osoba s psihičkim oboljenjem. Ispitao se doprinos obilježja psihičke bolesti, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama. U istraživanju je sudjelovalo 200 osoba koje boluju od psihičke bolesti, od čega 28,5% s dijagnozom shizofrenije, 43% sudionika s poremećajima raspoloženja i 28,5% sudionika s anksioznim poremećajima. Rezultati istraživanja pokazali su da korisnici usluga izvanbolničke psihijatrijske skrbi koji boluju od shizofrenije iskazuju višu razinu materijalne deprivacije i percipiraju nižu razinu socijalne podrške u odnosu na korisnike s depresivnim i bipolarno afektivnim poremećajem i korisnike s anksioznim i opsesivno-kompulzivnim poremećajem. Prediktorski skup koji obuhvaća varijable dva prediktora: Uznemirenost i Kvaliteta kao komponente stresa u posljednjem koraku modela objašnjava 52,7% varijance procjene oporavka. Rezultati istraživanja ukazali su na to da kvaliteta života i niska razina uznemirenosti, kao komponenta stresa, značajno doprinose oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti. Prediktorski skup koji obuhvaća varijable Uznemirenost i Kontrolu kao komponente stresa, Kvalitetu života i Socijalnu podršku od strane značajni drugih objašnjava se 51,2% varijance kriterija pozitivnog mentalnog zdravlja. Rezultati su ukazali na to da veća učestalost doživljavanja uznemirenosti i kontrole kao izvora stresnog događaja će predviđati nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja, Nadalje, veća razina subjektivne kvalitete života i veća razina podrške od značajnih drugih predviđati će veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja. Rezultati ovoga istraživanja ukazuju na potrebu unapređenja procesa prevencije mentalnog zdravlja orijentiranog na oporavak kroz poboljšavanje uvjeta kvalitete života osoba koje boluju od psihičke bolesti, osnaživanja mreža socijalne podrške i prevenciji izloženosti stresnim životnim događajima.

STRUKTUIRANI SAŽETAK

Uvod i cilj:

Tema kvalitete života osoba s psihičkim oboljenjem u istraživanjima je relativno dobro obuhvaćena, ali aspekt njihovog pozitivnog mentalnog zdravlja i oporavka, značajno je manje istraživani fenomen. Prema dvojnog modelu kontinuuma mentalnog zdravlja i mentalne bolesti sveukupno mentalno zdravlje više je od samog odsustva mentalnih bolesti i poremećaja. Prema ovom modelu osoba može imati visoku osobnu dobrobit, odnosno dobro mentalno zdravlje i tijekom iskustva s dijagnozom psihičke bolesti. Stoga je cilj istraživanja bio dobiti uvid u oporavak i pojavnost dimenzija pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti te ispitati doprinos određenih čimbenika rizika i zaštite za oporavak i mentalno zdravlje osoba s psihičkim oboljenjem. Ispitao se doprinos obilježja psihičke bolesti, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama.

Sudionici:

U istraživanje je uključeno ukupno 200 odraslih osoba koje boluju od psihičke bolesti s područja Tuzlanskog kantona, Federacije Bosne i Hercegovine. Od čega je njih 28,5% (n=57) s dijagnozom shizofrenije (F20), 43% sudionika (n=86) s poremećajima raspoloženja (depresivni poremećaj F32 i bipolarni afektivni poremećaj F31) i 28,5% (n=57) sudionika s anksioznim poremećajima (anksiozni F40, F41 i opsesivno-kompulzivni poremećaj F42). U istraživanje su uključene osobe starije od 18 godina, a prosječna dob uključenih sudionika bila je 54 godina.

Instrumenti:

Za potrebe ovog istraživanja korišten je anketni upitnik formiran od nekoliko skala koje se odnose na sociodemografske podatke, materijalnu deprivaciju, izloženost stresu, kvalitetu života, socijalnu podršku, zadovoljstvo pružanim uslugama, oporavak i pozitivno mentalno zdravlje. Mjerni instrumenti koji su korišteni u istraživanju su: *Upitnik sociodemografskih obilježja* - konstruiran za potrebe ovog istraživanja; *Hrvatska verzija upitnika za mentalno zdravlje* (eng. *The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) Scoring System*) (Vuletić i sur., 2018); *Skala za procjenu oporavka* (eng. *The Recovery Assessment Scale - RAS 24*) (Corrigan i sur., 2008); *Upitnik materijalne deprivacije* (Ajduković, Družić Ljubotina i Kletečki Radović 2016); *Ljestvica percipiranog stresa* (eng. *Perceived Stress Scale - PSS*) (Cohen, Kamarck i Mermestein, 1983); *Upitnik kvalitete života MANSA* (eng. *Manchester Short Assessment of Quality of Life Scale* -

MANSA) (Priebe i sur., 1999); *Višedimenzionalna ljestvica percipirane socijalne podrške* (eng. *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS*) (Zimet i sur.,1988); *Instrument za mjerenje korisnikovog zadovoljstva tretmanom* (eng. *Client Satisfaction Questionnaire - CSQ-18*) (Attkisson i Zwick, 1982).

Rezultati:

Rezultati su pokazali da osobe s oboljenjem shizofrenije imaju značajno više razine materijalne deprivacije i nižu razinu socijalne podrške za razliku od osoba s depresivnim i anksioznim poremećajima. Prediktorski skup koji obuhvaća varijablu Uznemirenost kao komponentu stresa i procjenu Kvalitete života, objašnjava 52,7% varijance kriterija oporavka.

Prediktorski skup koji obuhvaća varijable Uznemirenost i Kontrola kao komponente stresa, te procjena Kvalitete života i Socijalna podrška - značajni drugi objašnjava 51,2% varijance kriterija pozitivnog mentalnog zdravlja.

Zaključak:

Postoje statistički značajne razlike između osoba koje boluju od shizofrenije i osoba koje boluju od depresivnog i anksioznog poremećaja u razini materijalne deprivacije i socijalne podrške. Dobivene razlike ukazuju da osobe oboljele od shizofrenije iskazuju višu razinu materijalne deprivacije i percipiraju nižu razinu socijalne podrške u odnosu na osobe s depresivnim i anksioznim poremećajem. Uznemirenost kao komponenta stresa i Kvaliteta života, objašnjavaju visok postotak varijance oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti (52,7%). Uznemirenost i Kontrola kao komponente stresa, Kvaliteta života i Socijalna podrška od značajnih drugih su prediktori koji objašnjavaju visok postotak varijance kriterija pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti (51,2%). Sve navedeno ukazuje na povećanu potrebu razvijanja socijalnih usluga i intervencija usmjerenih povećanju razine kvalitete života osobe koja boluje od psihičke bolesti, izvora socijalne podrške i razvijanja vještina nošenja sa stresnim životnim događajima u organiziranom sustavu izvanbolničke psihijatrijske skrbi.

Ključne riječi: psihička bolest, dvojni model kontinuuma mentalnog zdravlja, oporavak, pozitivno mentalno zdravlje, sustav izvanbolničke psihijatrijske skrbi

ABSTRACT:

Introduction:

The topic of the quality of life of people with mental illness is relatively well covered in research, but the aspect of their positive mental health and recovery is a significantly less researched phenomenon. According to the dual continuum model of mental health and mental illness, overall mental health is more than just the absence of mental illnesses and disorders. According to this model, a person can have high personal well-being, that is, good mental health even during the experience with a diagnosis of mental illness. Therefore, the goal of the research was to gain insight into the recovery and incidence of positive mental health in people suffering from mental illness, and to examine the prediction of certain risk and protection factors for the recovery and mental health of people with mental illness. The contribution of the characteristics of mental illness, material deprivation, exposure to stress, quality of life, social support and satisfaction with the services provided was also examined.

Participants:

A total of 200 adults suffering from mental illness from Tuzla Canton, Federation of Bosnia and Herzegovina were included in the research. Of which 28.5% (n=57) were diagnosed with schizophrenia (F20), 43% of participants (n=86) with mood disorders (depressive disorder F32 and bipolar affective disorder F31) and 28.5% (n=57) of participants with anxiety disorders (anxiety F40, F41 and obsessive-compulsive disorder F42). People older than 18 years were included in the research, and the average age of the participants was 54 years.

Instruments:

Questionnaire consisting of several scales related to sociodemographic data, material deprivation, exposure to stress, quality of life, social support, satisfaction with services provided, recovery and positive mental health was used for the purposes of this research. The measuring instruments used in the research are: Questionnaire of socio-demographic characteristics - constructed for the needs of this research; Croatian version of the mental health questionnaire (The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) Scoring System) (Vuletić et al., 2018); The Recovery Assessment Scale (RAS 24) (Corrigan et al., 2008); Material deprivation questionnaire (Ajduković, Družić Ljubotina and Kletečki Radović 2016); Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen,

Kamarck and Mermestein, 1983); Manchester Short Assessment of Quality of Life Scale (MANSA) (Priebe et al., 1999); The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet et al., 1988); Instrument for measuring user satisfaction with treatment (Client Satisfaction Questionnaire - CSQ-18) (Attkisson and Zwick, 1982). The measuring instruments used in the research are: Questionnaire of socio-demographic characteristics - constructed for the needs of this research; Croatian version of the mental health questionnaire (The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) Scoring System) (Vuletić et al., 2018); The Recovery Assessment Scale (RAS 24) (Corrigan et al., 2008); Material deprivation questionnaire (Ajduković, Družić Ljubotina and Kletečki Radović 2016); Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen, Kamarck and Mermestein, 1983); Manchester Short Assessment of Quality of Life Scale (MANSA) (Priebe et al., 1999); The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet et al., 1988); Instrument for measuring user satisfaction with treatment (Client Satisfaction Questionnaire - CSQ-18) (Attkisson and Zwick, 1982).

Results:

The results showed that people with schizophrenia have significantly higher levels of material deprivation and a lower level of social support, unlike people with depression and anxiety disorders. The predictor set that includes the Distress variable as a stress component and the Quality of Life assessment explains 52.7% of the variance of the recovery criteria.

The set of predictors that includes the variables Distress and Control as components of stress, and the assessment of Quality of Life and Social Support - significant others explains 51.2% of the variance of the criterion of positive mental health.

Conclusion:

There are statistically significant differences between persons suffering from schizophrenia and persons suffering from depressive and anxiety disorders in the level of material deprivation and social support. The obtained differences indicate that people suffering from schizophrenia show a higher level of material deprivation and perceive a lower level of social support compared to people with depression and anxiety disorders. as a component of stress and Quality of life, explain a high percentage of the variance in the recovery of people suffering from mental illness (52.7%). Distress and Control as components of stress, Quality of life and Social support from significant others are predictors that explain a high percentage of the variance of the criterion of positive

mental health of persons suffering from mental illness (51.2%). The above indicates a greater need for the development of social services and interventions aimed at increasing the quality of life of a person suffering from a mental illness, sources of social support and developing skills for dealing with stressful life events in an organized outpatient psychiatric care system.

Key words: mental illness, dual continuum model of mental health, recovery, positive mental health, outpatient psychiatric care system

SADRŽAJ

1.	UVOD	13
1.1.	Mentalno (psihičko) zdravlje	5
1.1.1.	Pozitivno mentalno (psihičko) zdravlje.....	6
1.1.2.	Narušeno mentalno zdravlje: psihički poremećaj, psihička bolest i potreba za tretmanom.....	12
1.1.3.	Terminološko određenje osoba koje boluju od psihičke bolesti.....	15
1.2.	Koncept oporavka	16
1.3.	Čimbenici rizika i zaštite za oporavak i pozitivno mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti.....	21
1.3.1.	Materijalna deprivacija	24
1.3.2.	Izloženost stresu osoba koje boluju od psihičke bolesti	28
1.3.3.	Kvaliteta života osoba koje boluju od psihičke bolesti	31
1.3.4.	Socijalna podrška osoba koje boluju od psihičke bolesti	34
1.3.5.	Zadovoljstvo uslugama koje koriste osobe koje boluju od psihičke bolesti.....	38
1.4.	Razvoj Centara za mentalno zdravlje u Bosni i Hercegovini.....	42
2.	CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA.....	46
2.1.	Model istraživanja	46
3.	METODOLOGIJA	49
3.1.	Uzorak sudionika istraživanja	49
3.2.	Postupak istraživanja.....	51
3.3.	Etički aspekti istraživanja.....	52
3.4.	Mjerni instrumenti.....	53
3.5.	Obrada podataka.....	63
4.	REZULTATI I RASPRAVA.....	64
4.1.	Sociodemografska obilježja sudionika.....	65
4.2.	Razlike u materijalnoj deprivaciji, izloženosti stresu, kvaliteti života, socijalnoj podršci, zadovoljstvu pružanim uslugama, procjeni oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja s obzirom na vrstu psihičkog oboljenja.....	82
4.3.	Prediktori oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti.....	92
4.4.	Prediktori pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti.....	107
5.	ZAVRŠNA RASPRAVA	121
5.1.	Praktične implikacije istraživanja	142

5.2. Metodološka ograničenja istraživanja.....	145
6. ZAKLJUČAK.....	149
7. LITERATURA	153
8. ŽIVOTOPIS.....	169

1. UVOD

Psihičko oboljenje može biti čimbenik rizika i negativno utjecati na sva područja života pojedinca, počevši od školskog ili radnog uspjeha, odnosa s obitelji i prijateljima, pa sve do mogućnosti punopravnog sudjelovanja u zajednici. Tema utjecaja psihičke bolesti na, primjerice, kvalitetu života pojedinca relativno je dobro istražena u istraživanjima, no aspekt pozitivnog mentalnog zdravlja i oporavka osoba s psihičkim oboljenjem znatno je manje istražen fenomen.

Osobe koje boluju od psihičke bolesti u nekim europskim zemljama su opisane kao osobe s invaliditetom, jer zbog prirode bolesti (kronična bolest ili dugotrajno onesposobljenje) mogu ostvariti status osobe s profesionalnom nesposobnošću za rad. Najčešća oštećenja funkcionalnih sposobnosti kod osoba s invaliditetom u Hrvatskoj su psihičke bolesti (HZJZ, 2022). Nadalje, Deklaracija o pravima osoba s invaliditetom (NN 47/2005) naglašava kako je osoba s invaliditetom „svaka osoba koja je zbog tjelesnog i/ili mentalnog oštećenja, privremenog ili trajnog, prošlog, sadašnjeg ili budućeg, urođenog ili stečenog pod utjecajem bilo kojeg uzroka, izgubila ili odstupa od očekivane tjelesne ili fiziološke strukture te je ograničenih ili nedostatnih sposobnosti za obavljanje određenih aktivnosti na način i u opsegu na koji se smatra uobičajenim za ljude u određenoj sredini“. Zbog zdravstvenog stanja koje ih ometa u svakodnevnom funkcioniranju, osobe s invaliditetom su u dvostruko većem riziku od razvoja stanja kao što je depresija (SZO, 2022a). Invaliditet se danas ne shvaća samo kao psihofizički poremećaj, već predstavlja cijeli niz interakcija između zdravstvenog stanja i/ili poteškoća koje osoba doživljava, te niza kontekstualnih čimbenika povezanih s različitim okolinskim (demografske i epidemiološke promjene) i osobnim (dob, spol, mogućnost pristupa socijalnim uslugama, društveni stavovi) čimbenicima (SZO, 2022b). Invaliditet pridonosi teškoćama u mentalnom zdravlju, jer život s ozljedama, kroničnom bolešću ili dugotrajnim onesposobljenjem može značiti niz dodatnih opterećenja uključujući rizik od pogoršanja zdravlja, promjene u načinu života, stigmatu, smanjenu socijalnu podršku i sudjelovanje te socijalnu izolaciju (Sangster Jokić i Bartolac, 2018). Prema dostupnim podacima Svjetske zdravstvene organizacije za 2021. godinu (SZO, 2022a) osobe s invaliditetom čine 16% svjetske populacije. Točnije u svijetu živi oko 1,3 milijarde osoba s nekim oblikom invaliditeta, koje uglavnom trebaju i koriste zdravstvene usluge i usluge u zajednici.

Izvješće Europske unije (OECD, 2018) navodi da područje Europe zauzima središnje mjesto na statističkoj ljestvici prevalencije mentalnih bolesti u svijetu, s udjelom od 4,5%, što znači da danas postoji preko 21 milijun ljudi koji pate od depresije samo u europskim zemljama. Prema istraživanjima Svjetske zdravstvene organizacije za 2019 godinu (SZO, 2022c) o procjenama prevalencije najrasprostranjenijih mentalnih poremećaja, depresija i anksioznost predstavljaju dva najzastupljenija oblika na globalnoj i regionalnoj razini. Procjenjuje se da preko 280 milijuna ljudi pati od depresije, što je ekvivalentno 3,8% svjetske populacije. Točnije, danas u svijetu od depresije pati ukupno 5% odrasle populacije, 5,7% osoba starijih od 60 godina, a oko 20% djece i adolescenata ima problema s mentalnim zdravljem. Prema podacima SZO (2019) suicid predstavlja drugi vodeći uzrok smrti osoba dobi od 15 do 29 godina. Od anksioznog poremećaja pati 301 milijun ljudi na svijetu od čega 58 milijuna djece i mladih. S bipolarnim poremećajem bori se 40 milijuna ljudi na svijetu, a sa shizofrenijom 24 milijuna. Epidemiološke promjene koje su zadesile čitav svijet u vidu pandemije COVID 19 doprinijele su povećanju broja osoba koje žive s anksioznim ili depresivnim poremećajem. Početne procjene pokazuju povećanje od 26% odnosno 28% za anksiozne i velike depresivne poremećaje u samo jednoj godini. Okolinski čimbenik pandemije bolesti COVID-19 uzrokovao je da se u mnogim europskim zemljama prevalencija depresije udvostručila ili čak utrostručila u usporedbi s prethodnom godinom, dok je bez obzira na brojne preporuke pristup terapiji i inovativnim metodama liječenja i podrške i dalje neujednačen (Economist Group, 2022). Nekoliko istraživanja provedenih tijekom 2020. godine ukazala su na povezanost COVID-19 pandemije s većim stupnjem anksioznosti, depresivnih smetnji i posttraumatskih simptoma u osoba oboljelih od psihičkih bolesti (Hao i sur., 2020; Van Rheenen, 2020; Vindegaarda i sur., 2020).

U izvješću Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu FBiH), (2022) navodi se da su najčešći problemi mentalnog zdravlja za 2019 godinu: anksiozni poremećaji (F41), shizofrenija (F20), poremećaji ponašanja uzrokovani upotrebom psihoaktivnih supstanci (F11-F19), zatim umjerena depresivna epizoda (F32.1) i rekurentni depresivni poremećaji s umjerenim epizodama (F33.1). Najveći udio bolničko liječenih korisnika na području Tuzlanskog kantona u 2020 godini čine osobe s poremećajima raspoloženja 25,09% i poremećajima iz grupe shizofrenija, shizopatija i halucinacija (22,73 %), (ZZJZTK, 2021). Osobe koje boluju od psihičke bolesti korisnici su psihijatrijske skrbi u zajednici i veliki su izazov za postojeće oblike zdravstvene i socijalne skrbi. Predstavljaju predmet interesa u medicini i socijalnom radu, a na

svjetskoj i europskoj razini, izrađeni su dokumenti koji predstavljaju smjernice kako organizirati službe podrške. Važniji dokumenti koji ukazuju na brigu ključnih institucija u nastojanju da se promocija i prevencija mentalnog zdravlja podigne na višu razinu integracije u društvo, uz preduvjet postojanja nacionalnih i lokalnih strategija su: Povelja Svjetske zdravstvene organizacije pod nazivom Ottawa Charter (SZO, 1986), koja je rezultirala prvom Poveljom o promociji mentalnog zdravlja i smjernicom za daljnja djelovanja, zatim, Deklaracija u Jakarti (eng. *Jakarta Declaration*), (SZO, 1997). Na razini Europe značajno je istaknuti Deklaraciju o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje Europe (SZO, 2022a). Navedeni Akcijski plan navodi glavne izazove poput povećavanja svijesti o brizi za mentalnu dobrobit građana, kolektivnog adresiranja stigme i nejednakosti te osnaživanja i podrške. Nadalje, donošenje dokumenta Zelena knjiga Europske komisije „Poboljšanje mentalnog zdravlja populacije: prema strategiji o mentalnom zdravlju građana Europske unije“ (eng. *Green paper Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*), (2005b) i održavanje Konferencije mentalnog zdravlja 2008. godine dovela je do stvaranja Europskog pakta za mentalno zdravlje i dobrobit koji izdvaja pet nužnih područja djelovanja u zaštiti mentalnog zdravlja: preveniranje depresije i suicida, mentalno zdravlje mladih i ulaganje preventivnih aktivnosti u obrazovanje, mentalno zdravlje na radnom mjestu, mentalno zdravlje starijih te suprotstavljanje stigmati i socijalnoj isključenosti (SZO, 2009). Ulažući velike napore Svjetska zdravstvena organizacija tokom 2014. godine donosi odluku o „zdravlju za sve“ kao socijalnom cilju kojem teže sve države članice (SZO, 2014). Time su se države članice obvezale na osiguravanje zdravlja za sve, uz naglasak na pozitivno mentalno zdravlje. Nove aktivnosti uključuju Sveobuhvatni akcijski plan za mentalno zdravlje 2013. - 2030. (SZO, 2021) koji posebno naglašava važnost promocije i prevencije mentalnog zdravlja te postizanje univerzalne pokrivenosti uslugama mentalnog zdravlja. Plan se udaljava od čisto medicinskog modela i uvodi intervencije koje promiču skrb u zajednici i poštivanje temeljnih ljudskih prava, što iz perspektive socijalnog rada osigurava holistički odgovor na probleme vezane uz mentalno zdravlje. Nadalje, preporuča pružanje sveobuhvatnih, integriranih usluga mentalnog zdravlja i socijalne skrbi u zajednici korištenjem načela oporavka, socijalne uključenosti, multidisciplinarnog i multisektorskog pristupa. Ističe se važnost organiziranja dostupnih i različitih usluga za mentalno zdravlje u zajednici te povećanja učinkovitosti liječenja, rehabilitacije i oporavka utemeljenih na dokazima (eng. *evidence based mental health*) i istraživanjima.

Svjetska zdravstvena organizacija upozorava (SZO, 2022c) da unatoč navedenim dokumentima zdravstveni sustavi još uvijek nisu adekvatno odgovorili na potrebe osoba s mentalnim poteškoćama. Jaz između potrebe za liječenjem i pružane usluge tretmana velik je u cijelom svijetu, a zdravstvene usluge često su lošije kvalitete zbog nedostatka sredstava. Primjerice, samo 29% oboljelih osoba s psihozom i samo 33% osoba s depresijom ostvaruju formalne usluge mentalnog zdravlja.

Uz zdravstvenu skrb, potrebe osoba s mentalnim teškoćama zahtijevaju čitav niz različitih oblika socijalne podrške: podrška u razvoju i održavanju osobnih, obiteljskih i društvenih odnosa, podrška u obrazovanju, zapošljavanju, stambenom zbrinjavanju i mogućnosti ravnopravnog sudjelovanja u različitim aktivnostima. Za njihovu provedbu, potrebna je uporaba holističkog pristupa koji predstavlja sveobuhvatan i multidisciplinarni pristup, koji provode koordinirane službe iz zdravstvenog i socijalnog sektora. Svi navedeni dokumenti eksplicitno su predvidjeli organizaciju kratkotrajnog izvanbolničkog i bolničkog liječenja mentalnih bolesti i poremećaja što se u FBiH implementira u okviru djelovanja Centara za mentalno zdravlje. Ovakav oblik skrbi predstavlja važan korak ka širenju usluga liječenja mentalnih bolesti i poremećaja u lokalnoj zajednici te je u skladu s preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO, 2009) i Akcijskog plana za Europu (SZO, 2021), kao i domaćih stručnjaka (Štrkalj Ivezić i sur., 2010; Štrkalj Ivezić i Štimac Grbić, 2021, Kletečki Radović, 2021; Mahmutović, Kletečki Radović, Huremović, 2022). Osim navedenog, suvremena medicina i socijalni rad svakodnevno zahtijevaju potrebu ispitivanja učinkovitosti, neškodljivosti i isplativosti novih strategija liječenja, koje osim omjera troškova i koristi uključuju i perspektivu korisnika o osjećaju zdravlja kao mjera uspjeha liječenja (Revicki, Kleinman i Cella, 2014) te osnaživanje korisnika i korištenje intervencija koje potiču oporavak (Lieberman, 2008; SZO, 2017). U tom smislu preporuča se uspostaviti uravnotežen sustav skrbi za mentalno zdravlje koji uključuje uravnotežen omjer izvanbolničkog i bolničkog liječenja i podrške u skladu s potrebama korisnika (Štrkalj Ivezić i sur., 2018; SZO 2022d; Mahmutović, Kletečki Radović i Huremović, 2022).

Sveobuhvatne usluge mentalnog zdravlja koje uključuju medicinski tretman s multidisciplinarnim pristupom (psihološka i socijalna podrška) povećavaju suradnju u liječenju i smanjuju učestalost vraćanja ili pogoršanja psihičkih poteškoća, što rezultira boljim ishodima liječenja (bolja remisija psihopatologije, bolje osobno i socijalno funkcioniranje, poboljšanje kvalitete života) i povoljnijim

socijalnim pokazateljima (manje stigme, stambena stabilnost, radna rehabilitacija, život u zajednici) (Đedović i sur., 2019). Cilj intervencija koje se koriste u službama za mentalno zdravlje trebao bi biti osnaživanje i oporavak korisnika (Lieberman, 2008; SZO, 2017; Kletečki Radović, 2021).

Stoga će ovaj rad predstaviti koncept oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti iz perspektive holističkog pristupa razumijevanju mentalnog zdravlja na kojem se temelji i suvremeni razvoj usluga mentalnog zdravlja u zajednici. Za početak, u uvodu koji slijedi usmjeriti ćemo se na četiri glavna dijela: 1) Mentalno (psihičko) zdravlje, 2) Koncept oporavka, 3) Čimbenici rizika i zaštite za oporavak i pozitivno mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti i 4) Razvoj Centara za mentalno zdravlje u Bosni i Hercegovini. Kroz prvi dio bit će opisana važnost razumijevanja istraživanja pozitivnog, negativnog i dvojnog modela mentalnog zdravlja i pozitivnog koncepta Oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti. Nadalje će biti opisani holistički model razumijevanja područja mentalnog zdravlja (Kletečki Radović, 2021) i ekološka teorija (prema Ajduković, 2008) kao prikladni teorijski modeli za istraživanje ove teme. Na kraju će biti pobliže objašnjen i rezultatima istraživanja potkrijepljen doprinos materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, socijalne podrške, zadovoljstvu pružanim socijalnim uslugama na procjenu oporavaka i pozitivno mentalno zdravlje kod osoba koje boluju od psihičke bolesti.

1.1. Mentalno (psihičko) zdravlje

Mentalno zdravlje pojedinca oblikovano je različitim društvenim, ekonomskim i fizičkim okruženjem i uključuje uvjete u kojima se ljudi rađaju, žive, rade i stare te pristup javnim servisima koji su pak oblikovani ekonomskim, zdravstvenim, socijalnim, ekološkim i drugim politikama (Allen i sur., 2014). Mentalno zdravlje važna je sastavnica čovjekova zdravlja, a samim tim i preduvjet kvalitetnog života. Publikacija finskog Nacionalnog centra za istraživanja i razvoj socijalne skrbi i zdravstva (STAKES) iz Helsinkija pod nazivom Javnozdravstveni pristup mentalnom zdravlju u Europi (2000) ističe dva osnovna pristupa mentalnom zdravlju: pozitivni i negativni. Dobro (pozitivno) mentalno zdravlje promatra mentalno zdravlje kao resurs bitan za opću dobrobit kao i za čovjekovu sposobnost percepcije, razumijevanja i tumačenja okoline, prilagođavanja ili, ako je potrebno, njezine promjene te međusobnog komuniciranja.

Narušeno (negativno) mentalno zdravlje odnosi se na mentalne poremećaje, simptome i probleme. Mentalni simptomi i problemi postoje i bez ispunjavanja kriterija za kliničke poremećaje (Hrabak Žerjavić i Silobrčić Radić, 2011).

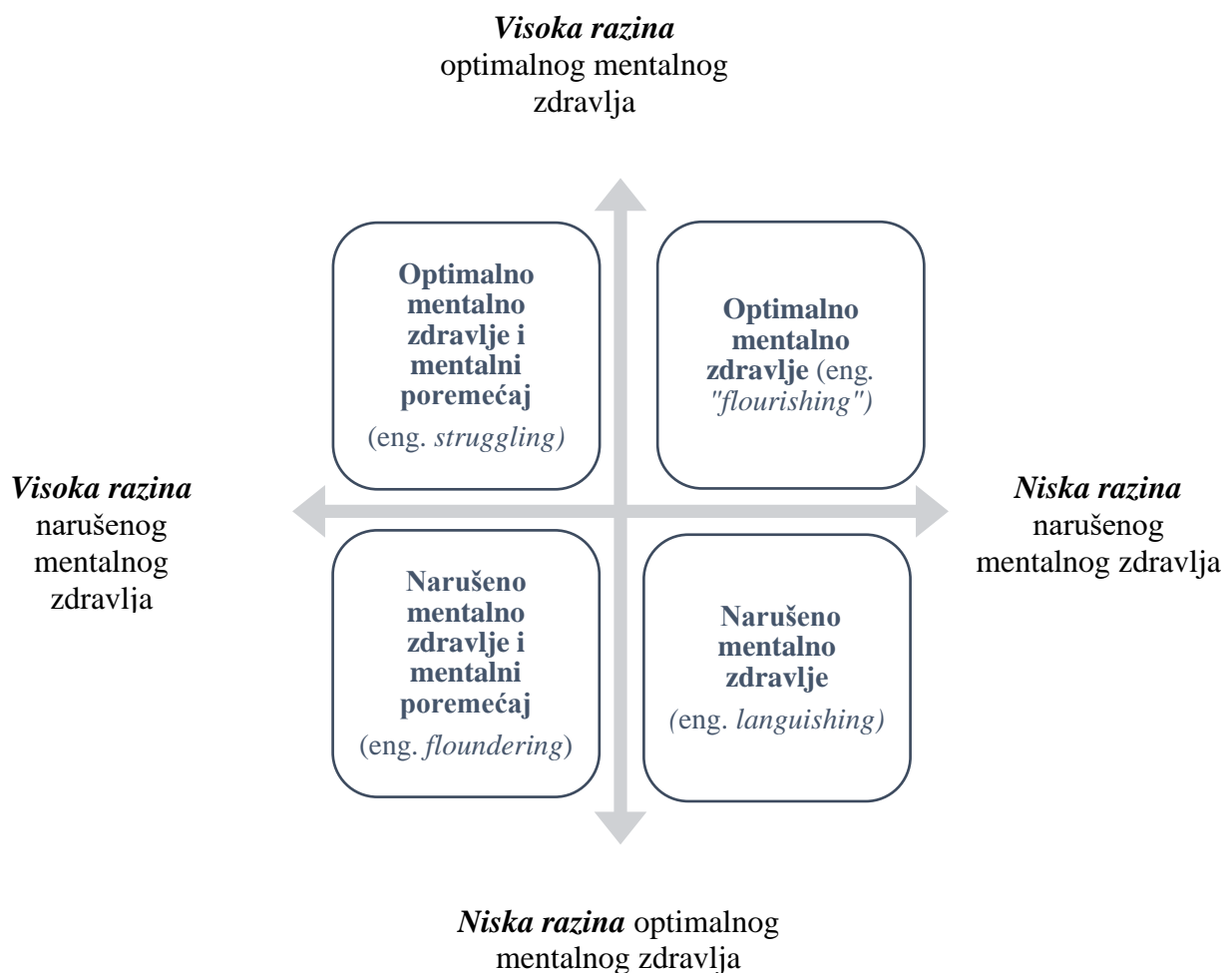
Veliki su naponi učinjeni unazad tridesetak godina kako bi se definiralo mentalno zdravlje kao koncept koji poznaje suvremena teorija. Doprinosi su dolazili iz najrazličitijih znanstvenih disciplina poput psihologije, sociologije, ekonomije i medicine, a svakako je ključno ishodište za daljnji napredak koncepta Aristotelov koncept dobrobiti (Saxena, Hosman i Jané Llopis, 2006). S ciljem promjene razumijevanja mentalnog zdravlja, koji je tradicijski vezan za mentalne poremećaje i psihopatologiju (loše mentalno zdravlje) suvremeni pristup, stavlja fokus na dobro (pozitivno) mentalno zdravlje i njegovu promociju (Antolić i Novak, 2016).

1.1.1. Pozitivno mentalno (psihičko) zdravlje

Mentalno zdravlje svrstava se u red psiholoških pojava, a definicija Svjetske zdravstvene organizacije mentalno zdravlje opisuje u polju pozitivne psihologije (Lamers, 2012) koja istražuje optimalno ljudsko funkcioniranje i ima za cilj otkriti i promovirati one čimbenike koji omogućuju pojedincima i zajednicama da rastu i razvijaju se (Seligman i Csikszentmihalyi, 2000; Rijevec, 2002; Gable i Haidt, 2005; Rijevec i Miljković 2006; Antolić i Novak, 2016; Ključević i sur., 2016). Pojam pozitivnog mentalnog (psihičkog) zdravlja podrazumijeva postojanje emotivnog, psihološkog i socijalnog zadovoljstva (Lamers i sur., 2011; Božičević, Brlas i Gulin, 2012; Vuletić, Erdeši i Nikić, 2018), te intelektualnog, i spiritualnog napredovanja i obuhvaća koncepte poput otpornosti, osjećaja izvrsnosti, kontrole, optimizma i nade (Novak i Petek, 2015). Ovim pristupom se naglašava važnost socijalnih i osobnih resursa, ali i psihičkih kapaciteta korisnika. Prema tome mentalno zdravlje predstavlja sposobnost vlastite prilagodbe na zahtjeve drugih osoba na okolinu uopće, sposobnost za djelovanje, te osjećaj sreće (Begić, 2016). Psihičko zdravlje je odraz cjelokupnog čovjekovog: ustrojstva: genetskog, ekološkog, povijesnog, društvenog, gospodarskog i kulturnog naslijeđa (Begić, 2016). Primjer tome su da: stečeni, naučeni, očekivani ili kulturološki prihvaćen odgovor za stres zbog gubitaka ili smrti voljene osobe nije mentalni poremećaj, tako konflikti i neprijateljstvo koji se dešavaju između pojedinca i društva nisu mentalne poteškoće, osim ukoliko ne rezultiraju disfunkcijom na individualnom planu. Također, prisustvo psihičkog

poremećaja i/ili bolesti ne treba nužno biti promatrano samo kroz prizmu psihopatologije i negativnog mentalnog zdravlja jer mentalno stanje pojedinca nije samo prisustvo i izraženost simptoma, znaka ili sindroma već ono ovisi i od subjektivnog osjećaja dobrobiti i drugih čimbenika koji tome pridonose.

Mentalno zdravlje danas se opisuje uz pomoć suvremenog dvojnog ili dualnog modela kontinuuma mentalnog zdravlja i mentalne bolesti (eng. *dual continua model*) prema kojem je sveukupno mentalno zdravlje više od samog odsustva mentalnih bolesti i poremećaja (Tudor, 1996; Bhugra, 1998; Keyes, 2002; Keyes i Lopez, 2002).



Slika 1: Suvremeni dvojni model kontinuuma mentalnog zdravlja i mentalne bolesti prilagođeno prema Keyes & Lopez, 2002.

Suvremeni dvojni model kontinuuma mentalnog zdravlja ističe da, odsutnost mentalnog oboljenja ne podrazumijeva prisutnost mentalnog zdravlja, a prisutnost mentalnog zdravlja ne podrazumijeva odsutnost mentalnog oboljenja (Keyes, 2002). Keyes (2002) ističe da konstrukti mentalnog zdravlja i mentalne bolesti predstavljaju dvije različite dimenzije koje su međusobno povezane. Predstavljaju jedan kontinuum koji se kreće od potpunog izostanka mentalnog zdravlja (eng. „*languishing*“) do optimalnog mentalnog zdravlja (eng. „*flourishing*“). Između te dvije podjele postoji i umjereno mentalno zdravlje (eng. „*moderate mental health*“). Osobe koje boluju od psihičke bolesti mogu imati dobro mentalno zdravlje ako se dobro nose sa zahtjevima života, tj. ako se primarna bolest dobro liječi i ako osoba ima dobru socijalnu i emocionalnu podršku, primjerene životne uvjete i optimalnu razinu uključenosti u zajednicu (Tudor, 1996; Jokić-Begić, 2012; Kletečki Radović, 2018). Pojedinaac s iskustvom psihičkog oboljenja ili poteškoće (npr. panični poremećaj) ima veći rizik za lošiju kvalitetu života ili smanjenu razinu funkcioniranja na individualnom ili društvenom planu, ali to je samo rizik. Takav pojedinac može imati relativno visoko pozitivno mentalno zdravlje, jer prisustvo ili odsustvo psihičke poteškoće nije jamstvo pojedincu da će imati dobar život. Točnije, osoba može imati visoku osobnu dobrobit (dobro mentalno zdravlje) i tokom iskustva s dijagnozom psihičke bolesti (osoba s izraženim psihopatološkim simptomima), ali može imati i nisku osobnu dobrobit (loše mentalno zdravlje) bez iskustva dijagnoze psihičke bolesti (Jaiyesimi Boluwaji Gbenga i sur., 2015.; Muslić i sur., 2020). To znači da osoba koja ima psihičko oboljenje može biti produktivna za sebe, svoju obitelj, društvo i zajednicu kao i osoba s niskom razinom ili bez psihopatoloških simptoma.

Pri istraživanju i pokušaju definiranja pozitivnog mentalnog zdravlja nezaobilazan je pojam subjektivne dobrobiti. Subjektivna dobrobit može se definirati u nekoliko smjerova: kao stupanj u kojemu osoba smatra, vjeruje i/ili osjeća da joj je dobro u životu (Diener, Lucas i Oishi, 2018), a s druge strane se izjednačava s mogućnošću pozitivnog funkcioniranja u životu (Huebner i Gilman i Furlong, 2009), i predstavlja spoj kognitivne evaluacije života i afektivnih tendencija (Pocnić i Batko, 2021). Diener Lucas i Oishi (2018) dobrobit (eng. *well-being*) opisuju kao konstrukt koji pokriva socijalnu, zdravstvenu, materijalnu i subjektivnu dimenziju dobrobiti. Dakle, subjektivna dobrobit samo je jedna dimenzija dobrobiti koja obuhvaća subjektivnu evaluaciju vlastitoga života kroz kognitivni i afektivni aspekt, a socijalna dobrobit se odnosi na ličnu percepciju uloge u društvu, uključujući elemente kao osjećaj povezanosti s društvom i osjećaj pripadnosti (Bohlmeijer 2016). Keyes (2014) navodi da emocionalna dobrobit uključuje sreću,

zanimanje za život i zadovoljstvo; psihološka dobrobit uključuje voljeti većinu dijelova svoje ličnosti, biti dobar u upravljanju svakodnevnim odgovornostima, imati dobre odnose s drugima i biti zadovoljan vlastitim životom; društvena dobrobit se odnosi na pozitivno funkcioniranje i uključuje doprinos društvu (socijalni doprinos), osjećati se dijelom zajednice (društvena integracija), vjerujući da društvo postaje bolje mjesto za sve ljude (društvena aktualizacija) i da način na koji društvo djeluje ima smisla za njih (socijalna koherencija). Takva holistička perspektiva i osjećaj za ravnotežu i sklad u različitim dimenzijama mentalnog (pozitivnog) zdravlja jasno su artikulirani u općem okviru i ideji o dobrobiti koja naglašava psihološke snage, društvenu i emocionalnu dobrobit te otpornost (Barry i sur., 2019).

Weijers i sur. (2020) proveli su istraživanje koje je imalo za cilj istražiti odnos između težine psihičke poteškoće i dobrobiti korisnika s depresivnim oboljenjem na početku tretmana i šest mjeseci kasnije. U istraživanju je sudjelovalo 77 sudionika, pretežno žene, srednjeg stupnja obrazovanja, zaposlene i u partnerskom odnosu. Sudionici su sudjelovali u tretmanu koji je uključivao farmakoterapiju i/ili psihoterapiju (kognitivno-bihevioralna terapija ili interpersonalna terapija). Rezultati istraživanja pokazali su umjerenu negativnu povezanost između težine simptoma depresije i dobrobiti na početku tretmana, te jake negativne povezanosti nakon šesto mjesecnog praćenja korisnika, sudionika istraživanja. Između 60 i 65% sudionika pokazalo je smanjenje razine težine simptoma i 40% je pokazalo povećanje dobrobiti. Nadalje, kod 59,3% došlo je do smanjenja razine težine simptoma depresije, kod 35,6% nije došlo do promjena, dok je 5,1% iskazalo pogoršanje prisutnosti simptoma.

Nadalje, Franken i sur. (2018) su proveli istraživanje koje je imalo za cilj utvrditi povezanost varijable dobrobiti i dvojnog modela mentalnog zdravlja kod sudionika s dijagnozoma: poremećaj raspoloženja ($n = 168$), anksiozni poremećaj ($n = 101$), poremećaj osobnosti ($n = 122$) i razvojni poremećaj ($n = 81$). U istraživanju su sudjelovale 472 osobe, srednjeg stupnja obrazovanja. Jedna trećina sudionika bila je uključena u redovne životne aktivnosti (primjerice škola, voloniranje), trećina je bila nezaposlena, a trećina je boravila kod kuće zbog prirode bolesti. Na cjelokupnom uzorku sudionika istraživanja rezultati su pokazali postojanje negativne korelacije između ukupne dobrobiti i težine psihopatologije. Rezultati na skali Upitnika mentalnog zdravlja ukazuju na visoku korelaciju između tri latentne varijable, osobito između emocionalne i psihološke dobrobiti ($r = 0,91$), zatim socijalne i psihološke dobrobiti ($r = 0,87$), te emocionalne i socijalne dobrobiti ($r = 0,87$).

= 0,76). Nadalje, uočene su visoke korelacije između dobrobiti i psihopatologije u bolesnika s poremećajima raspoloženja ($r = -0,79$) i anksioznim poremećajima ($r = -0,74$), dok su korelacije bile umjerene u bolesnika s poremećajem osobnosti ($r = -0,61$) i razvojnim poremećajem ($r = -0,64$). Rezultati su ukazali da je važno koncept dobrobit uključiti u proces brige o mentalnom zdravlju te da predstavlja važnu varijablu za mjerenje ishoda liječenja.

Lamers i suradnici (2015) su u svom istraživanju utvrdili povezanost psihopatoloških simptoma (negativno mentalno zdravlje) s pozitivnim mentalnim zdravljem i istovremenu povezanost pozitivnog mentalnog zdravlja s psihopatološkim simptomima. Rezultati otkrivaju da smanjenje psihopatoloških simptoma dovodi do povećanja dobrobiti i obrnuto, jer dobrobit djeluje kao zaštitni čimbenik od psihopatologije kroz npr. dobre odnose s drugima. Naime, smanjenje psihopatologije povezano je s boljim pozitivnim mentalnim zdravljem, dok je smanjenje pozitivnog mentalnog zdravlja povezano s višom razinom psihopatoloških simptoma. Objašnjena varijanca bila je veća za negativno mentalno zdravlje, nego za pozitivno mentalno zdravlje. Daljnje analize su otkrile da promjena u psihopatologiji čini 27% varijance u pozitivnom mentalnom zdravlju, a promjena u pozitivnom mentalnom zdravlju čini 18% varijance u psihopatologiji.

Rezultati dobiveni istraživanjem Vuletić i sur., (2018) na prigodnom uzorku od 327 studenata, od toga 138 mladića i 189 djevojaka u dobi od 18 do 36 godina ukazuju na nisku do umjerenu razinu pozitivnoga mentalnog zdravlja. Pokazalo se da se i mladići i djevojke po rezultatima pretežito svrstavaju u kategoriju umjerenog i niskog mentalnoga zdravlja. Svega 3,7% od ukupnoga uzorka postiže rezultat koji može biti kategoriziran kao visoko mentalno zdravlje. Prilikom podjele u dvije kategorije, visoko i nisko mentalno zdravlje, u ukupnom uzorku je 55,7% u kategoriji niskog, a 44,3% u kategoriji visokog mentalnoga zdravlja. Prema postignutim rezultatima nije uvrđena razlika u raspodjelama po spolu. Budući da je prepoznata važnost visokog mentalnoga zdravlja za pojedinca, ali i za zajednicu, rezultati ovoga istraživanja (niska do umjerena razina pozitivnog mentalnoga zdravlja) doprinose boljem razumijevanju trenutnoga stanja zdravlja mladih, te ukazuju na izrazitu potrebu za promicanjem pozitivnog mentalnoga zdravlja u svrhu njegovog poboljšanja.

Erp Taalman Kip i Hutschemaekers (2018) potvrđuju postojanost visoke negativne korelacije između pozitivnih koncepata mentalnog zdravlja (dobrobiti) i psihopatologije kod korisnika usluga mentalnog zdravlja u zajednici u odnosu na opću populaciju. U istraživanju je sudjelovalo 1069

ambulantno liječenih korisnika (53% žena i 47% muškaraca) s problemima mentalnog zdravlja i 1662 sudionika iz opće populacije (50,2 % žena i 49,8 % muškaraca). Rezultati istraživanja ukazali su na to da su korisnici s teškoćama mentalnog zdravlja imali značajno nižu razinu dobrobiti i znatno višu razinu psihopatologije od opće populacije, a i sama povezanost između razine dobrobiti i razine psihopatologije bila je veća od očekivane.

U istraživanju De Vosa i suradnika (2018) sudjelovalo je 486 ženskih osoba s poremećajem prehrane, kao ozbiljnog psihičkog poremećaja, prosječne dobi 28,7 godina. Rezultati su ukazali na to da sudionice s poremećajem prehrane iskazuju nižu razinu emocionalne ($M=2,36$ $SD=1,16$), psihološke ($M=2,40$ $SD=1,04$) i socijalne dobrobiti ($M= 2,10$ $SD=1,00$) u odnosu na opću populaciju. Nadalje, kod 26% sudionica s poremećajem prehrane utvrđena je niska razina dobrobiti, a kod 13% visoka razina dobrobiti, dok je kod opće populacije rezultat niske razine dobrobiti iznosio 4,8%, a visoke 36,8%. Niska razina dobrobiti je bila najprisutnija kod sudionica s anoreksijom, 33,5%, a visoka razina kod sudionica s poremećajem prejedanja 24,6%. Opća psihopatologija pokazala je visoku umjerenu negativnu korelaciju s ukupnom ($r = -0,73$, $p < 0,01$) i emocionalnom dobrobiti ($r = -0,71$, $p < 0,01$), te umjerenu negativnu korelaciju s psihološkom ($r = -0,69$, $p < 0,01$) i socijalnom dobrobiti ($r = -0,55$, $p < 0,01$). Naime, patologija poremećaja prehrane pokazala je nisku negativnu korelaciju s ukupnom ($r = -0,35$, $p < 0,01$), emocionalnom ($r = -0,33$, $p < 0,01$), psihološkom ($r = -0,33$, $p < 0,01$) i socijalnom dobrobiti ($r = -0,29$, $p < 0,01$). Analiza prema vrsti poremećaja prehrane pokazala je umjereno do visoko umjereno negativne korelacije opće psihopatologije sa svim dimenzijama dobrobiti za anoreksiju, poremećaj prejedanja, bulimiju i druge ($p < 0,01$). Rezultati ukazuju da se usluge mentalnog zdravlja trebaju temeljiti na ideji tj. konceptu dobrobiti umjesto isključivog fokusa na vrstu poteškoće. Vremenom s ciljem objašnjenja mentalne poteškoće koju osoba doživljava u kontekstu dobrobiti i oporavka, a ne isključivo u okvirima dijagnoze i poteškoćete, te unapređenja procesa prevencije i promocije mentalnog zdravlja prepoznata je važnost istraživanja koja se temelje na odrednicama suvremenog dvojnog modela kontnuuma mentalnog zdravlja i mentalne bolesti. U nastavku rada slijedi kratak prikaz odrednica narušenog mentalnog zdravlja.

1.1.2. Narušeno mentalno zdravlje: psihički poremećaj, psihička bolest i potreba za tretmanom

Razlikovanje psihičkog zdravlja i bolesti se temelji na nekoliko odrednica. Psihičko zdravlje prvenstveno predstavlja subjektivni osjećaj koji pojedinac ima o sebi i okolina o njemu (Begić, 2016) zatim pojedinčev osjećaj sreće, sposobnost prilagodbe na zahtjeve drugih osoba i na okolinu uopće te sposobnost za djelovanje.

Zajednička odrednica psihičkog poremećaja ili psihičke bolesti jest narušeno mentalno zdravlje, koje se ogleda u nekoliko odrednica koje opisuju ljudsko ponašanje koje odstupa od uobičajenog. Kao takvo nerijetko spriječava pojedinca u postizanju njegovih punih potencijala i ometa ga u njegovom optimalnom funkcioniranju. Narušeno mentalno zdravlje uključuje probleme mentalnog zdravlja i narušeno funkcioniranje povezano s distresom, simptomima ili klinički izraženim mentalnim poremećajima (Hrabak Žerjavić i Silobrčić Radić, 2011), a predstavlja i odstupanje od uobičajenog duševnog stanja ili ponašanja koje se pojavljuje u vidu psihičkog simptoma ili znaka, psihičkog poremećaja ili psihičke bolesti (Begić, 2016). Nacionalna alijansa za mentalne bolesti NAMI (2022) navodi da je psihički poremećaj psihičko stanje osobe koje negativno utječe na misli, osjećaje ili raspoloženje osobe, na sposobnost njenog povezivanja s drugim osobama i uobičajnog svakodnevnog funkcioniranja, poput profesionalnih i drugih važnih aktivnosti. Naime, psihički poremećaji predstavljaju odstupanje u jednoj ili u manjem broju psihičkih funkcija. Rijetko ostavljaju trajne posljedice na osobu, lakšeg su intenziteta, kraće traju i znatno manje oštećuju ukupno funkcioniranje osobe i u njih svrstavamo: anksiozne, depresivne i druge poremećaje.

Psihička bolest predstavlja jače, dulje i dublje odstupanje u psihičkim funkcijama i funkcioniranju uopće te je njen ishod nepovoljniji u odnosu na poremećaj, i predstavlja ozbiljan rizik za uspješno socijalno kognitivno i emotivno funkcioniranje pojedinca. U teže oblike psihičke bolesti se svrstaju: shizofrenija, bolesti ovisnosti, demencija i druge (Begić, 2016).

Shodno tomu, Begić (2016) ističe četiri glavna kriterija razlikovanja psihičkog zdravlja i bolesti: statistički, socijalni, subjektivni i medicinski. Važno je naglasiti da dijagnostički i klasifikacijski kriteriji psihičkog oboljenja često zanemaruju individualna obilježja pojedinca, svrstavajući ga u određenu kategoriju bolesti. Isključivo svrstavanje i kategoriziranje pojedinca s problemima mentalnog zdravlja u pojedine kategorije (etiketiranje kroz dijagnozu psihičke bolesti) je stigmatizirajuće i diskriminirajuće te u suprotnosti s odrednicama suvremenog tretmanskog

pristupa u liječenju problema i poteškoća mentalnog zdravlja. Takav pristup zanemaruje i utjecaj okoline te činjenicu da se jedan psihopatološki proces u različitim osoba pojavljuje u različitim oblicima i u vidu različitih simptoma. U praksi i svakodnevnom životu vidljivo je da mentalni simptomi i problemi postoje i bez ispunjavanja dijagnostičkih kriterija za kliničke poremećaje i da su često posljedica djelovanja različitih rizičnih čimbenika poput negativnih životnih događaja i svakodnevnog stresa. Svaki od navedenih kriterija ima određene prednosti i nedostatke, stoga razliku između psihičkog zdravlja ili bolesti treba promatrati individualno i holistički.

Unutar zdravstvenog sustava u svakodnevnom radu s korisnicima s problemima mentalnog zdravlja najčešće se koriste dvije sistematizacije odnosno dva dijagnostička priručnika: Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih oboljenja DSM (eng. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, DSM) i Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema MKB (eng. *International Classification of Diseases and Related Health Problems ICD*). MKB predstavlja klasifikaciju Svjetske zdravstvene organizacije koja obuhvaća sve bolesti, srodna stanja, ozljede i uzroke smrti i svaku skupinu bolesti opisuje karakterističnim simptomima upotrebom jednog slova i brojki. Duševnim bolestima je dodijeljeno slovo F iza kojeg slijede brojevi koji označavaju glavne skupine psihičkih poremećaja. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB-10 dijeli mentalne poremećaje u 10 kategorija: organski mentalni poremećaji (F00-F09), mentalni poremećaji ponašanja zbog upotrebe psihoaktivnih supstanci F10-F19, shizofrenija, shizotipski poremećaji i poremećaji sa sumanutošću (F20-F29), poremećaji raspoloženja (afektivni poremećaji) (F30-39), neurotski, stresom povezani i somatoformni poremećaji(F40-F48), ponašajni sindromi vezani za psihološke teškoće i fizičke faktore (F50-F59), poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih (F60-F69), mentalna retardacija (F70-F79), poremećaji psihičkog razvoja (F80-F89), poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji koji se prvi put javljaju u djetinjstvu i adolescenciji (F90-F98) i nespecifični mentalni poremećaji (F99), (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2012). Detaljniji opis pojedinog poremećaja u MKB 10 je omogućen na način da se nakon određivanja kategorije, stavlja točka iza koje dolazi još jedan broj, koji detaljno opisuje kategoriju poremećaja raspoloženja, primjerice F31.0 je oznaka za bipolarni afektivni poremećaj.

DSM je klasifikacijski sustav Američkog psihijatrijskog udruženja koji se odnosi samo na psihijatrijske poremećaje, a u Europi se pretežno koristi u istraživačke svrhe. Potrebno je istaknuti

da se DSM temelji na MKB, također da MKB-11 (SZO, 2018) nudi suvremeniju, opširniju i jasniju podjelu uvrježenu u praksi i jeziku socijalnog rada u odnosu na MKB 10. Primjer tome je klasifikacija mentalne retardacije pod novim nazivom razvojne teškoće (F70-F79). Međutim iako, socijalni rad zagovara korištenje suvremenih i osnaživajućih priručnika u praksi rada s korisnicima, za potrebe ovog istraživanja koristiti će se MKB 10 jer je to aktualni priručnik u praksi Centara za mentalno zdravlje na području Tuzlanskog kantona, i koristi se prilikom utvrđivanja vrste psihičkog oboljenja i prikazivanja statističkih podataka o njihovoj rasprostranjenosti na području FBiH i Tuzlanskog kantona.

Općenito, mentalne bolesti predstavljaju niz smetnji od poremećaja afekta mišljenja, opažanja, inteligencije, pažnje, nagona i volje do poremećaja svijesti koje se trebaju promatrati u odnosu na individualna obilježja pojedinca, njegovu okolinu, izraženost i vrstu simptoma (Begić, 2016). Često iskustvo u praksi je i kombinacija navedenih smetnji koje tada čine određenu kliničku sliku (Time to change, 2008) i iziskuju potrebu za bolničkim ili izvanbolničkim tretmanom. Klinička slika se temelji na utvrđivanju postojanja psihičkog poremećaja, te analizi o kakvom i kojem psihičkom poremećaju se radi te odabirom najboljeg dostupnog tretmana za pojedinca. Dijagnoza mentalnog poremećaja i/ili bolesti nije uvijek ekvivalent potrebi za medicinskim tretmanom ili negativnom mentalnom zdravljju. Potreba za medicinskim tretmanom podrazumjeva složenu kliničku odluku koja uzima u obzir ozbiljnost i izraženost simptoma (npr. prisutnost suicidalnih ideja), korisnikovu nevolju (duševnu bol) povezanu sa simptomima, invaliditet povezan svrstom teškoće, rizike i dobrobit korištenih i dostupnih tretmana te druge čimbenike (npr. psihijatrijski simptomi uzrokovani drugim oboljenjama) (Hrabak Žerjavić i Silobrčić Radić, 2011; Mahmutović, Kletečki Radović i Huremović, 2022).

U praksi, liječnici psihijatri se često susreću s pojedincima čiji simptomi ne zadovoljavaju u potpunosti kriterije za psihičko oboljenje/poremećaj, ali pokazuju jasnu potrebu za tretmanom ili skrbi. Osobe koje nemaju dijagnosticirano psihičko oboljenje i ne iziskuju potrebu za bolničkim tretmanom ne bi trebale biti ograničene u korištenju odgovarajuće skrbi ili resursa ukoliko imaju minimalnu razinu mentalne dobrobit, odnosno narušeno mentalno zdravlje.

Korisnici čiji simptomi ne zadovoljavaju kriterije za bolničko liječenje u FBiH upućuju se na izvanbolničko dispanzersko multidisciplinarno liječenje u Centre za mentalno zdravlje koji djeluju

na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a čije službe su smještene u Domovima zdravlja na području općine u kojoj korisnik ima prebivalište.

1.1.3. Terminološko određenje osoba koje boluju od psihičke bolesti

Veliki je broj rasprava o terminu/ima koji opisuju sam koncept pojedinca s psihičkim oboljenjem. Postojeća zakonska regulativa navodi različite nazive poput „osobe s mentalnim poremećajima”, “osobe s invaliditetom” i “osobe s duševnom bolešću” (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, 2013; Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodica s djecom, 2009; Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2013.; Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom, 2016). Navedeni termini dotiču se samo vrste i težine simptoma bolesti što s aspekta socijalnog rada djeluje stigmatizirajuće (Kletečki Radović, 2015). Njihova uporaba nije jednoznačna, a konsenzusa oko jedinstvenog i sasvim prikladnog naziva nema. Oni imaju negativnu konotaciju, a najprihvatljiviji i najmanje stigmatizirajući nazivi s aspekta socijalnog rada bili bi “osobe s problemima mentalnog zdravlja”, „osobe s psihičkim oboljenjem“, „osobe s iskustvom psihičke patnje“. Ovakvom terminologijom naglašava se da je osoba puno više od njezine bolesti, pri čemu se nastoji dati do znanja da osoba nije „luda“, „psihički/mentalno/duševno/bolesna“, „osoba s duševnim/mentalnim/psihičkim poremećajima” „duševno oboljela/poremećena/duševno oboljela/bolesna” nego su dio ili dijelovi njene psihe zahvaćeni određenim problemom i iz tog razloga nemaju funkcije kakve imaju ljudi bez takvog oboljenja. S ciljem jasnijeg opisa specifičnog zdravstvenog stanja uzorka sudionika u ovom radu i obveze bolničkog liječenja u radu će se koristiti termini “osobe koje boluju od psihičke bolesti/osobe s psihičkim oboljenjem/osobe s iskustvom psihičke patnje/osobe s problemima mentalnog zdravlja” kao sinonimi, jer su to korisnici čiji simptomi zadovoljavaju dijagnostičke kriterije MKB10 i čiji simptomi zadovoljavaju potrebu za liječenjem u CMZ. Umjesto termina pacijent u radu će se koristiti termin korisnik zdravstvenih usluga. Nadalje, prilikom opisivanja uzorka sudionika istraživanja umjesto termina dijagnoza koristiti će se termin „vrsta psihičke teškoće/psihičkog oboljenja ili bolesti“. Navedeni termini su u skladu s profesionalnim načelima socijalnog rada u zdravstvu i holističkim pristupom, te uvažavaju korisničku perspektivu i suvremene koncepcije socijalnog rada (Čaćinović Vogrinčić i sur., 2007).

1.2. Koncept oporavka

Oporavak mentalnog zdravlja pozitivan je koncept koji naglašava važnost četiri ključne komponente: pronalaženje i održavanje nade, ponovno uspostavljanje pozitivnog identiteta, pronalaženje smisla života i preuzimanje odgovornosti za vlastiti život (Andersen, 1995). Uveliko ovisi o socijalnim i osobnim resursima osobe i njenom psihičkom kapacitetu. Točnije, navedene komponente ovise o individualnim čimbenicima (npr. vrsti poteškoće) i okolinskim čimbenicima (npr. mogućnostima pristupa uslugama u lokalnoj zajednici).

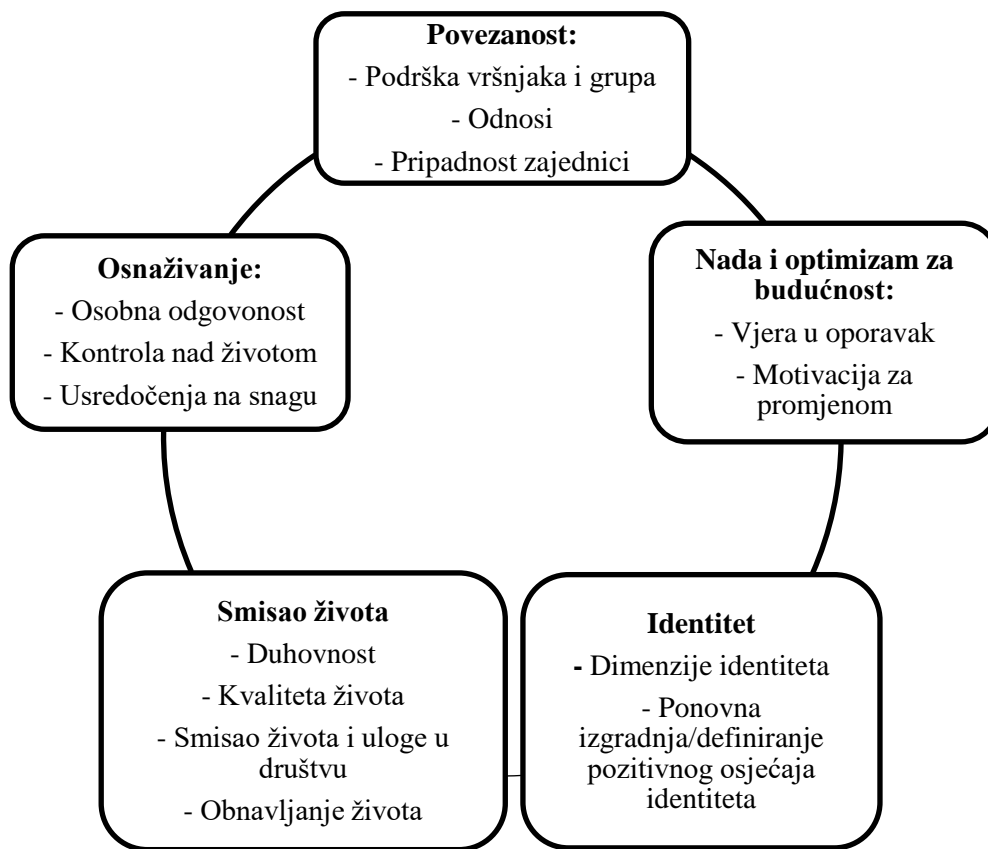
Oporavak podrazumijeva nadu u prevladavanje psihičke patnje, preuzimanje kontrole nad vlastitim životom, preuzimanje osobne odgovornosti za vlastiti oporavak i suočavanje sa životnim zahtjevima te imati prilike i sredstva za oporavak tj. potrebnu potporu i pomoć kroz dostupne zdravstvene, socijalne i druge usluge (Kletečki Radović, 2021). Oporavak prema eng. *recovery* znači "*dobiti nešto natrag*". Predstavlja duboko osoban, jedinstven proces mijenjanja vlastitih stavova, vrijednosti, osjećaja, ciljeva, vještina i/ili uloga, način življenja zadovoljavajućeg, nade punog i ispunjenog života (eng. *contributing life*)¹ čak i tijekom ograničenja uzrokovanih bolešću (Slade, 2009). Koncept osobnog oporavka je put „ozdravljenja“ i promjena koji omogućava osobi s psihičkim oboljenjem da samostalno živi smislen život u zajednici težeći da ostvari svoj puni potencijal (Tondora i sur., 2014) uz potporu stručnjaka i njegove socijalne okoline. Pregledom literature stječe se uvid u to da se oporavak opisuje na dva načina: kao ishod/rezultat tretmana i kao proces koji je promjenljiv (Slade, 2009; Štrkalj Ivezić, 2019; Keet, 2019; Van Eck i sur., 2023).

Teorijski okvir za razumijevanje osobnog oporavka je CHIME (eng. *Connectedness, Hope and optimism about the future, Identity, Meaning in life and Empowerment*) (Ballesteros Urpi i sur. 2019; Mahmutović, Kletečki Radović i Huremović, 2022). CHIME okvir predstavlja integraciju pet međusobno povezanih procesa oporavka: povezanost, nadu i optimizam u budućnosti, identitet, smisao života i osnaživanje.

CHIME (Slika 2) nastao je kao rezultat sustavnog pregleda i narativne sinteze postojeće literature o okvirima i definicijama osobnog oporavka. Doprinos ovog koncepta ogleda se u prikazu primjera

¹ Ostvareni život je kada osobe koje boluju od psihičke bolesti mogu ostvarivati ista prava, jednake mogućnosti i zdravstvenu skrb kao i osobe koje ne boluju od psihičke bolesti, npr. pravo na dom, sudjelovanje u aktivnostima, kvalitetna prijateljstva, učinkovitoj i dostupnoj zdravstvenoj zaštiti i mogućnostima obrazovanja, a sve to bez diskriminacije zbog bolesti.

dobre prakse i intervencija koje podupiru procese oporavka te pomaže stručnjacima za mentalno zdravlje u odabiru onih intervencija koje podupiru oporavak.



Slika 2: Koncept oporavka CHIME (Ballesteros Urpi i sar. 2019 prema Mahmutović, Kletečki Radović i Huremović, 2022).

Mišljenja o osobnom oporavku su različita, ne postoji „ista“ ili „univerzalna“ usluga mentalnog zdravlja koja se može primjeniti za svakog korisnika i ne postoji „univerzalan način“ oporavka korisnika. Usluge u zajednici koje impliciraju osobni oporavak, promociju i prevenciju mentalnog zdravlja trebaju biti prilagođene individualnim obilježjima, vrijednostima i potrebama korisnika, nadovezujući se na njegove zaštitne čimbenike. Proces oporavka u području psihijatrije i socijalnog rada zahtjeva timski rad stručnjaka (psihijatra, socijalnog radnika i drugih) i osobe s psihičkim oboljenjem (Tudor, 1996; SZO, 2013; Novak i Petek, 2015; Štrkalj Ivezić i Štimac Grbić 2021; Kletečki Radović 2021). Predstavlja kontinuirani proces intervencija koje poduzima pomagač u suradnji s korisnikom i njegovom okolinom, temeljen na načelima prevencije i

promocije mentalnog zdravlja (Antolić i Novak, 2016; Mahmutović, Kletečki Radović i Huremović, 2022; Štrkalj Ivezić i Radić, 2022).

U praksi socijalnog rada proces oporavka zahtjeva individualni plan liječenja/oporavka koji predstavlja dogovor između tima i korisnika o ciljevima liječenja i ishodima oporavka (Kletečki Radović, 2021). Cilj individualnog plana liječenja je da osoba usprkos poteškoći osjeća određenu razinu osobne dobrobiti. Oporavak je uspješan kada osoba prihvati zdravlje kao životni projekt i sudjeluje u aktivnostima kojima se smanjuju simptomi bolesti (osnaživanje, druženje i aktivno sudjelovanje u društvenoj zajednici) (Štrkalj Ivezić i sur., 2018). Kao pomoć stručnjacima u izradi individualnog plana liječenja, kao i osobama s mentalnim poteškoćama u izradi osobnog plana oporavka, Štrkalj Ivezić i Radić (2022) analizirajući dostupnu literaturu izradili su novi alat „*Kormilo oporavka*.“ Ovaj alat obuhvaća tri područja oporavka: oporavak od simptoma, oporavak funkcioniranja i oporavak identiteta. Temelji se na holističkom psiho-bio-socijalnom pristupu razumijevanja zaštitnih i rizičnih čimbenika za mentalno zdravlje i principima oporavka.,

Pregledom dostupne literature uočava se da se čimbenici koji pridonose oporavku oboljelih od shizofrenije dijele u tri skupine: socijalne, ekonomske i obilježja psihičkog oboljenja (Wunderink, 2009; Karow i sur., 2012; Tew i sur, 2012; Jääskeläinen i sur, 2013; O'Keeffe i sur, 2019; Bagarić i sur., 2020). S tim u vezi, Yu Yu i sur., 2020 su proveli istraživanje koje je imalo za cilj procjenu osobnog oporavka i utvrđivanje prediktora koji doprinose oporavku osoba s iskustvom shizofrenije kao težeg oblika psihičkog oboljenja. Istraživanje je provedeno u 12 zdravstvenih Centara u Kini, s ukupno 400 sudionika, prosječne starosne dobi od 47 godina. Ukupno 43% korisnika bilo je u bračnoj zajednici, dok su udio od 37,5% činili samci. Prema rezultatima ovog istraživanja, usluge, tretmani i aktivnosti za poboljšanje oporavka osoba koje boluju od shizofrenije trebaju biti orijentirane ka smanjenju simptoma poteškoće i poboljšanju funkcioniranja. Rezultati su ukazali na važnost ciljanih intervencija za manje obrazovane, starije osobe ženskog spola kako bi se povećala razina njihova oporavka. Nadalje, većina sudionika bile su osobe sa završenom srednjom školom (67,75%), međutim bez obzira na srednje prihvatljiv stupanj obrazovanosti stopa nezaposlenosti među sudionicima istraživanja je bila izrazito visoka, čak 89,5%. Usporedba rezultata oporavka u odnosu na različita sociodemografska obilježja korisnika pokazala je značajne razlike. Rezultati su ukazali da je razina oporavka bila veća kod muškaraca i kod zaposlenih osoba. Također, rezultat

oporavka bio je veći među mlađim sudionicima dobi između 18 i 35 godina koji su bili uključeni u neki vid obrazovanja, srednju školu ili fakultet.

Lloyd, King i Moore (2010) proveli su istraživanje u kojem je sudjelovalo ukupno 161 korisnika usluga mentalnog zdravlja u zajednici. Uzorak sudionika istraživanja činile su tri grupe u odnosu na primarnu dijagnozu psihičkog oboljenja: 1. shizofrenija (n=55), 2. anksioznost/depresija (n=61) i 3. bipolarni afektivni poremećaj (n=38). Ukupno 70 sudionika bili su korisnici prava iz sustava socijalne skrbi (invalidska mirovina), a 34 korisnika bilo je zaposleno na redovno plaćenom poslu ili su radili pola radnog vremena. Nadalje, osobe s psihičkim oboljenjem shizofrenije bili su korisnici prava iz sustava socijalne skrbi, pretežno ženskog spola. Rezultati su pokazali da znatno veće rezultate na skali oporavka iskazuju sudionici koji boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja u odnosu na korisnike s oboljenjem shizofrenije ili depresije. Nadalje, pokazalo se da je stupanj oporavka značajno veći kod zaposlenih osoba, u odnosu na osobe koji su korisnici materijalnih prava iz sustava socijalne skrbi i osiguranja. Nadalje, istraživanje (Green i sur., 2013) pronalazi da pristup i dostupnost kvalitetnih zdravstvenih usluga mentalnog zdravlja, poput dobrog odnosa s medicinskim osobljem, razumijevanje potreba korisnika, zadovoljstva s terapijom i podrške koja korisniku omogućava više dobrobiti uz manje opterećenja, ima pozitivan efekt na proces oporavka. Stoga su sudionici s višim rezultatima na ljestvici oporavka imali manje psihijatrijskih simptoma, bolje tjelesno zdravlje, iskazali su veće zadovoljstvo u radu sa stručnjacima, višu kvalitetu usluga i veće zadovoljstvo preporučenom terapijom. Kao glavni prediktori procesa oporavka ističu se simptomi mentalnog oboljenja, psihičko zdravlje, izvori podrške te terapija.

Štrkalj Ivezić i Radić (2022) ističu da su kvaliteta odnosa i doživljaj povezanosti s drugim ljudima, emocionalna povezanost s obitelji i prijateljima, potpora iz različitih izvora, prihvaćanje i socijalno uključivanje važni za oporavak. Ovi elementi uključeni su u procjenu i praćenje oporavka putem alata za razumijevanje procesa oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti, a pokazalo se da su značajno povezani s nizom ishoda vezanih za oporavak.

Istraživanje koje je imalo za cilj utvrditi povezanost između socijalne podrške (objektivne i subjektivne) i oporavka osoba s psihičkim poteškoćama, ističe da korisnici čiji je rezultat na skalama podrške i zadovoljstvo ukupnom socijalnom mrežom veći imaju veći rezultat iskazan na skali oporavka koji se odnosi na usmjerenost ka postojećim ciljevima i oslanjanju na druge osobe.

Sudionici istraživanja bile su pretežno korisnice ženskog spola (n=176) i srednje životne dobi. Rezultati su pokazali da su obje mjere socijalne podrške (objektivne i subjektivne) značajno povezane s razumijevanjem oporavka kao procesa. Točnije, veličina i zadovoljstvo cjelokupnom socijalnom mrežom koreliraju s nekoliko čimbenika koji čine proces oporavka mjeren upotrebom Skale za procjenu oporavka (eng. *Recovery assessment scale RAS*). Naime, osobe s težim psihičkim oboljenjem, koje prijavljuju prisutnost većeg broja ljudi u svojoj socijalnoj mreži ili veće zadovoljstvo u odnosu s njima, također prijavljuju veće rezultate oporavka u aspektima kao što su nada i orijentiranost ka ciljevima i uspjehu. Nadalje, rezultati impliciraju intervencije koje olakšavaju uspostavljanje i širenje društvene (socijalne) mreže. To podrazumjeva razvijanje programa poput zapošljavanja uz podršku, stanovanja i obrazovanja, kao i usluge usmjerene na porodicu koje nastoje pomoći porodičnoj mreži da se bolje nosi sa mentalnom poteškoćom člana/ova porodice (Corrigan i Phelan, 2004). Nadalje, Hendryx, Green i Perrin (2009) su proveli istraživanje u kojem je sudjelovalo 153 korisnika, jednake spolne zastupljenosti, prosječne starosne dobi od 16 do 84 godina. Istraživanje se bavilo oporavkom osoba s težim problemima mentalnog zdravlja. Rezultati su ukazali na značajan doprinos socijalne podrške, veličine socijalne mreže i socijalne uključenosti, samom oporavku te sugeriraju da socijalna podrška i aktivnosti u lokalnoj zajednici mogu promovirati oporavak. Shodno tomu, osobama s lošijom socijalnom podrškom uključivanje u razne individualizirane aktivnosti može biti od posebne koristi u procesu samog oporavka. Prema tome, korištenje resursa zajednice vezanih uz rad, slobodne aktivnosti, društvene kontakte, sport, kulturu, politiku, hobije, plaćeni posao, volontiranje, školovanje, uključenost u vjersku zajednicu ili grupu prijatelja, kao i sudjelovanje u raznim tretmanima i socijalnim programima pomaže procesu oporavka (Štrkalj Ivezić i Radić, 2022).

Roe, Mashlach Eizenberg i Lysaker (2011) proveli su istraživanje čija je svrha bila istražiti odnos između objektivnog kliničkog oporavka definiranog težinom simptoma i razinom funkcioniranja i subjektivnog osobnog oporavka definiranog kvalitetom života, domenama osobnog povjerenja i nade, spremnošću da se zatraži pomoć, socijalnom podrškom, izostankom simptomima bolesti). U istraživanju je sudjelovalo 159 osoba, čija se starosna dob kretala u rasponu od 19 do 66 godina. Većina sudionika bili su muškarci 66,7% koji nisu bili u braku 69,8%, sa najmanje završenim srednjoškolskim obrazovanjem. Prosječan broj njihovih hospitalizacija bio je veći od pet puta. Rezultati sugeriraju da je odnos između objektivnih i subjektivnih pokazatelja oporavka različit kod korisnika u odnosu na dob, vrstu teškoće i tijekom bolesti. Jedan od ciljeva istraživanja bio je

utvrditi povezanost između varijabli koje čine socijalno okruženje (usamljenost i socijalna podrška) i subjektivnog osobnog oporavka sudionika. Rezultati ukazuju da je socijalna podrška u značajnoj korelaciji s oporavkom i kvalitetom života, dok je usamljenost u negativnoj korelaciji s osobnim oporavkom i kvalitetom života. Što se tiče čimbenika koji bi mogli utjecati na subjektivno iskustvo oporavka, rezultati sugeriraju da niže razine usamljenosti i veća percipirana socijalna podrška dovode do poboljšane kvalitete života, što doprinosi većem osjećaju osobnog oporavka.

U kontekstu teme ovog rada, općenito se može vidjeti da je u istraživanjima pozitivnog mentalnog zdravlja i oporavka pretežno zastupljeni termin zaštite i rizičnih čimbenika. Stoga predmet interesa u ovom istraživanju je doprinos čimbenika rizika i zaštite u oporavku i pozitivnom mentalnom zdravlju osoba koje boluju od psihičke bolesti. Točnije, predmet istraživačkog interesa ovog doktorskog rada su materijalna deprivacija, izloženost stresu, kvaliteta života, socijalna podrška i zadovoljstvo pružanim uslugama te njihov doprinos relevantnim ishodima, oporavku i pozitivnom mentalnom zdravlju.

1.3. Čimbenici rizika i zaštite za oporavak i pozitivno mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti

Središnje mjesto u istraživanju psihičkih bolesti ima psihopatologija, dok psihijatrija predstavlja temeljnu medicinsku disciplinu koja oblikuje i pruža zdravstvene usluge osobama s iskustvom psihičke patnje pomoću tzv. intergrativnog biopsihosocijalnog modela. Vremenom, s ciljem objašnjenja mentalne poteškoće koju osoba doživljava i u kontekstu okolinskih i individualnih čimbenika (SZO, 2022b) te unapređenja procesa oporavka korisnika koje boluju od psihičkih bolesti prepoznata je potreba za uključivanjem drugih pomažućih profesija, kao što je i socijalni rad. S aspekta obje discipline, psihijatrije i socijalnog rada, te temeljnih normativa Svjetske zdravstvene organizacije (SZO, 2005; SZO, 2022a; SZO, 2022b) holistički model predstavlja najprikladniji teorijski okvir razumjevanja područja mentalnog zdravlja (Kletečki Radović, 2021). Polazeći od holističkog pristupa, zdravlje se opisuje kao stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsustvo oboljenja i slabosti, dok mentalno zdravlje osobe predstavlja stanje dobrobiti (eng. *well being*) u kojem osoba prepoznaje svoje vlastite sposobnosti, u mogućnosti je nositi se s uobičajnim životnim stresovima, može produktivno raditi i pridonositi

zajednici u kojoj živi (SZO, 2021). Kako bi se obuhvatio, objasnio i tumačio dvojni koncept mentalnog zdravlja u kontekstu socijalnog rada nužno je spomenuti temeljnu psihosocijalnu paradigmu socijalnog rada „*ekološku teoriju*“ koja ističe obvezu sagledavanja „*osobe-u-okruženju*“ (Jenson i Fraser, 2006., Ajduković, 2008). Ova teorija predstavlja pristup korisniku i njegovu životu u cjelosti, točnije umjesto da se usredotočuje na oboljenje, razmatra cijelu osobu i njenu interakciju s okolinom. Dakle, pozitivno i/ili negativno mentalno zdravlje osobe ne ovisi samo od osobe i njenih individualnih obilježja, nego i od utjecaja čimbenika, koji se povezuju s okolinom: socijalnih, ekonomskih, obrazovnih, religijskih, pravnih te resursa u lokalnoj zajednici kojim pojedinac raspolaže (Ferns, 2005; Salvador Carulla i Mezzich, 2012; Capak i Benjak, 2020., Kletečki Radović, 2021).

Čimbenici koji se povezuju s okolinom dijele se na: rizične i zaštitne (Saxena, Jané-Llopis i Hosman, 2006; prema Capak i Benjak, 2020., Kletečki Radović, 2021) i sagledavaju se kroz tri razine: individualne osobine i ponašanja (bio-psihosocijalna obilježja), društvene i ekonomske okolnosti te okolinsku razinu (National Research Council and Institute of Medicine IOM, 2009). Zaštitni čimbenici koji promoviraju pozitivno mentalno zdravlje i preveniraju psihičku patnju su: zaposlenost, povezanost s članovima obitelji, samopouzdanje, socijalne vještine, otpornost na stres i probleme, pozitivne međuljudske interakcije, socijalna uključenost, socijalna podrška, pripadnost lokalnoj zajednici i njeni reusursi, zadovoljstvo pružanim zdravstvenim uslugama, obrazovanje, subjektivni osjećaj dobrobiti i dr.

Čimbenici rizika su oni koji povećavaju rizik od mentalnih zdravstvenih problema i smanjuju mentalnu dobrobit te uključuju: biološke predispozicije, nasilje, zlostavljanje i zanemarivanje u djetinjstvu, nisku razinu obrazovanja, nezaposlenost, materijalnu deprivaciju, stresne životne događaje, nedovoljno resursa/usluga u lokalnoj zajednici, nizak stupanj socijalne podrške i kvalitete života, nezadovoljstvo pruženim uslugama u zajednici i dr.

Rizični i zaštitni čimbenici za mentalno zdravlje podijeljeni na tri razine prikazani su u Tablica 1. (National Research Council and Institute of Medicine IOM, 2009 prema Kletečki Radović 2021).

Tablica 1. Rizični i zaštitni čimbenici za mentalno zdravlje (National Research Council and Institute of Medicine, 2009 prema Kletečki Radović, 2021).

Razina	Rizični (nepovoljni) čimbenici	Zaštitni čimbenici
Individualne osobine	Nisko samopoštovanje ↔ Intelektualne teškoće/emocionalna nezrelost ↔ Poteškoće u komunikaciji ↔ Psihička bolest, uporaba sredstava ovisnosti ↔	Samopoštovanje, samopouzdanje Sposobnost rješavanja problema, upravljanja stresom, prevladavanje izazova Komunikacijske vještine Tjelesno zdravlje, biti u dobroj formi
Društvene okolnosti	Usamljenost, gubitci i traume ↔ Zanemarivanje, obiteljski sukobi ↔ Izloženost nasilju/zlostavljanju ↔ Niski prihodi i siromaštvo ↔ Poteškoće ili neuspjeh u školi ↔ Radni stres, nezaposlenost ↔	Socijalna podrška obitelji i prijatelja Podržavajuće roditeljstvo, dobra obiteljska interakcija Fizička zaštita i sigurno okruženje Ekonomska sigurnost Uspjeh u školi (akademsko postignuće) Zadovoljstvo i uspjeh na poslu
Okolinski čimbenici	Loš pristup osnovnim uslugama ↔ Nepravda i diskriminacija ↔ Društvene i rodne nejednakosti ↔ Izloženost ratu ili prirodnim katastrofama ↔	Jednake mogućnosti u pristupu osnovnim uslugama Socijalna pravda, tolerancija, uključenost Društvena i rodna ravnopravnost Fizička sigurnost i zaštita

Ekološka teorija i sagledavanje pojedinca i u kontekstu njegovog okruženja sugerira dvosmjernu vezu u kojoj do povećanja psihološke dobrobiti dolazi istovremenim jačanjem zaštitnih (npr. razvijanje kompetentnosti i sposobnosti u svakom pojedincu) i otklanjanjem rizičnih (nemogućnost aktivnog sudjelovanja u lokalnoj zajednici) čimbenika prisutnih u njegovom svakodnevnom životu. Shodno tomu, suvremeni pristupi u zdravstvenoj brizi osoba sa poteškoćama mentalnog zdravlja se oslanjaju na modele tretmana i oporavka osoba usmjerene na otklanjanje rizičnih i jačanje zaštitnih čimbenika. U njih svrstavamo: socijalnu psihijatriju, psihijatriju u zajednici (socio-terapijske zajednice, podršku obitelji, grupe ili lokalne zajednice), preventivnu psihijatriju, rehabilitaciju i druge (Jakovljević i Begić, 2013). Psihijatrija u zajednici sveobuhvatni je model organizacije liječenja osoba s psihičkim oboljenjem, koja osim bolničkog liječenja uključuje i izvanbolničko dispanzersko multidisciplinarno liječenje u centrima za mentalno zdravlje gdje se očituje značajna uloga socijalnog rada u rehabilitaciji i oporavku (Mužinić, 2021).

U nastavku rada opisani su i istraživanjima potkrijepljenipojedini čimbenici rizika i zaštite prisutni u svakodnevnom životu osoba koje boluju od psihičke bolesti.

1.3.1. Materijalna deprivacija

Werner (2012) navodi da ljudske potrebe predstavljaju zahtjeve pojedinaca za postizanjem, održavanjem ili vraćanjem prihvatljive razine društvene neovisnosti ili kvalitete života. Ljudske potrebe neophodne za tjelesno i mentalno blagostanje osobe su: hrana, odjeća i smještaj (Towl, 1945), dnevna struktura, društveni kontakti, kolektivna pripadnost i društveni status (Jahoda, 1958; 1992; 1997). One su univerzalne, ali i promjenljive, jer se po prirodi razlikuju u različitim trenucima životnog ciklusa. Materijalni status jedan je od ključnih elemenata i značajan resurs kojim osoba zadovoljava svoje potrebe. Kao takav može predstavljati rizični i zaštitni čimbenik u životu pojedinca. Biswas Diener (2008) navodi da ekonomska sigurnost (prihodi) kao zaštitni čimbenik u životu pojedinca proističe iz zaposlenosti koja je važna jer omogućava zadovoljenje temeljnih ljudskih potreba. Snažan učinak na dobrobit pojedinca imaju veći prihodi, jer vode većem osjećaju sigurnosti, a time i većem osjećaju autonomije i beneficijama koje povećavaju sreću i cjelokupnu psihološku dobrobit (Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014). Materijalnu deprivaciju, kao rizični čimbenik najjasnije određuje pojam siromaštva koji za sobom povlači široku lepezu nezadovoljenih osnovnih ljudskih potreba u biološkom, psihološkom i socijalnom smislu (Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014). Točnije niski materijalni prihodi i siromaštvo mogu pridonijeti riziku od narušavanja mentalnog zdravlja izazivajući dodatni psihosocijalni stres, manjak socijalnog kapitala, izloženost nasilju i nisku razinu socijalne potpore (Carra i sur., 2018; Brandow, Swarbrick i Nemeč, 2019).

Balaž Gilja (2021) ukazuje da je odnos zdravlje - siromaštvo složen i višedimenzionalan. Shodno tomu, loše zdravlje može doprinijeti niskom socioekonomskom statusu i lošem životnom standardu i povećanim rizikom od narušavanja mentalnog zdravlja (Schofield i sur., 2013). Poznato je da su potrebe osoba sa teškoćama mentalnog zdravlja kompleksnije u odnosu na zdravu populaciju. Također, potrebe se i različito percipiraju od strane pružatelja usluga, samog korisnika, ali i njegove okoline te ih je zbog toga teško terminološki odrediti i vršiti njihovu procjenu. Nezadovoljene potrebe osoba koje boluju od psihičke bolesti predstavljaju snažan prediktor lošije

percepcije mentalnog zdravlja i kvalitete života, a njihov stupanj je povezan sa materijalnim statusom, sustavom i resursima socijalne i zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja (Wiersma, 2006; Štrkalj Ivezić i Radić, 2022).

Istraživanja u kojima su sudjelovale osobe s teškoćama poremećaja raspoloženja pretežno su se temeljila na pretpostavkama da, obrazovanje doprinosi višoj razini dobrobiti jer povećava pristup plaćenom radu i ekonomskim resursima (Ross, Mirowsky i Goldsteen 1990; Ross 1995; Ross i Van Willigena, 1997). Rezultati ovih istraživanja su pokazali da se osobe starije životne dobi, višeg obrazovnog i materijalnog statusa u manjoj mjeri suočavaju s emocionalnim teškoćama kao što su depresija, anksioznost i bijes, ali i s tjelesnim teškoćama kao što su primjerice osjećaj boli i slabosti jer im bolji socio-ekonomski status omogućava osjećaj veće kontrole nad vlastitim životom. Zaštitno djelovanje radnog statusa, odnosno zaposlenosti po mentalno zdravlje pojedinca nije povezano samo s novcem kao egzistencijalnim resursom (Selenko, Stiglbauer i Batinic, 2020) već i nizom drugih dobrobiti koje zaposlenost sa sobom donosi, kao što su: društveni status, socijalna uključenost, dnevna struktura i pripadnost lokalnoj zajednici (Selenko i Batinic, 2013), osjećaj sigurnosti (Biswas Diener, 2008) i samoeфикаsnosti (Selenko i Batinic, 2011).

Istraživanje (Carra i sur., 2018) ukazuje na povezanost materijalnog statusa s lošijim psihičkim zdravljem ljudi, točnije da nezaposlenost povećava rizik od oboljevanja od shizofrenije. Nadalje, navodi da teret duševne smetnje negativno utječe na pojedinčevo radno funkcioniranje i zapošljivost, što uzrokuje financijske poteškoće, koje pak mogu dovesti do siromaštva

Butterworth i sur. (2012) su istraživali povezanost između financijskih rizika uvjetovanih nesigurnošću na tržištu rada i simptoma depresije. Rezultati su pokazali da je financijska nesigurnost snažno povezana s simptomima i razvojem depresije, u odnosu na druge ispitivane pokazatelje niskog socioekonomskog statusa kao što su niski prihodi, nezaposlenost i život u siromašnom području (siromašnom lokalnom i geografskom okruženju). Primjerice, istraživanja na temu „Psihološki aspekti nezaposlenosti u Hrvatskoj – longitudinalno istraživanje“ (Galić, Maslić Seršić i Šverko, 2006; Galić i Šverko, 2008) donose rezultate koji ukazuju da nezaposlene osobe doživljavaju poteškoće na financijskom, psihičkom i socijalnom planu, a utvrđeno je da je psihičko zdravlje nezaposlenih znatno niže nego zdravlje opće odrasle populacije. Psihičke posljedice koje proistječu iz gubitka/nedostatka dobrobiti rada su: anksioznost, depresija,

nezadovoljstvo životom, naptetost, sniženo samopoštovanje, osjećaj beznađa (Matko, 2002) te negativno mišljenje (Novak, 2008).

Družić Ljubotina i Ljubotina (2014) su istražili povezanost siromaštva, odnosno socioekonomskog statusa s nekim aspektima samopoštovanja, lokusa kontrole nad događajima u vlastitom životu, te samoprocjenom tjelesnog i mentalnog zdravlja. Istraživanje je provedeno na uzorku od 162 korisnika socijalne pomoći te 475 zaposlenih osoba podijeljenih u tri skupine prema visini primanja. Rezultati ukazuju da je lošiji materijalni status povezan sa nižim stupnjem samopoštovanja, vanjskim lokusom kontrole te nižom samoprocjenom vlastitog tjelesnog i mentalnog zdravlja. Istraživanja koja su se bavila ispitivanjem povezanosti pokazatelja materijalnog statusa sa psihičkim oboljenjem pokazala su da nezaposlenost predstavlja značajan prediktor simptoma depresije (Marić, 2005), osobe koje imaju niske prihode su pod većim rizikom od razvoja psihičkih poteškoća (Kiely i sur., 2015) te da siromaštvo može biti uzrok i posljedica lošijeg mentalnog zdravlja (Frankham, Richardson i Maguire, 2020). Rezultati istraživanja rizičnog učinka određenih psiholoških varijabli na povezanost između financijskih teškoća i mentalnog zdravlja pokazali su da su samopoštovanje, usmjerenost ka postizanju ciljeva, upravljanje s teškoćama i obilježja ličnosti najčešći rizični čimbenik (Frankham, Richardson i Maguire, 2020). Psihičke teškoće se ne razvijaju kod svake osobe koja se suočava s financijskim poteškoćama. Ključ je u razumijevanju da različitosti u osobnom iskustvu mogu biti i rizični i zaštitni čimbenik mentalnom zdravlju od različitih životnih stresora, poput primjerice financijskih teškoća. U kontekstu dobivenih rezultata najzanimljiviji osvrt i nalaz, jeste visoka povezanost između psihološke dobrobiti pojedinca te rizičnih materijalnih čimbenika kojima su izloženi. Shodno tomu, gubitak zaposlenja znači gubitak mogućnosti zadovoljenja temeljnih psiholoških potreba koje su preduvjet psihičkog zdravlja (Raito i Lahelma, 2015).

Osobe s problemima mentalnog zdravlja nalaze se u začaranom krugu siromaštva i psihičkog oboljenja, koji, između ostalog, prate nedostatak financijskih sredstava, otežan pristup tržištu rada, uslugama mentalnog zdravlja te oskudne mreže socijalne podrške (Harper, 2018; Balaž Gilja, 2021), a često mogu dovesti i do beskućništva i uključivanja u kaznenopravni sustav (Harper, 2018). Topor i sur., (2013) navode da psihička oboljenja dovode do rizika od siromaštva, a Boyle (2011) ističe da siromaštvo može biti značajan čimbenik za narušavanje mentalnog zdravlja i razvoja psihičkih smetnji.

Mentalno zdravlje oblikuje društveno, ekonomsko, psihičko i radno okruženje u kojem pojedinac živi i radi. Rizični čimbenici koji doprinose narušavanju mentalnog zdravlja su: društvena nejednakost, dugotrajno siromaštvo i diskriminacija. Čimbenici rizika za mnoge psihičke smetnje uvelike su povezani s društvenim nejednakostima (Allen i sur., 2014).

Epidemiološka istraživanja mentalnih poremećaja provedena u svibnju 1994. i listopadu 2015. u istih šest općina u okrugu Xinjin, Chengdu (Kina) pokazuju da je godišnji neto prihod osoba oboljelih od shizofrenije u oba razdoblja bio značajno nizak ($p < 0,01$). Razina lošeg ekonomskog statusa (<srednja razina) kod osoba sa shizofrenijom bila je značajno viša u 2015. (65,2%) nego u 1994. (48,2%, $p < 0,01$). Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna povezanost lošeg ekonomskog statusa s nižom razinom obrazovanja, nižim brojem članova obitelji, višim ukupnim rezultatom na skali prisustva simptoma bolesti, nižom razinom redovite uporabe lijekova u 2015. godini ($p < 0,05$). Nadalje, loš ekonomski status je prisutniji kod neoženjenih muškaraca s manjim brojem članova uže obitelji i nižom razinom oporavka ($p < 0,05$) (Ran i sur., 2018). Osobe koje boluju od shizofrenije imaju 2,7 puta veće izgleda da će biti siromašne (OR 2,66, 95% CI: 2,62–2,69, $p < 0,01$) u odnosu na ljude bez kroničnih zdravstvenih problema (Schofield, 2013).

Iz prethodno prikazanih nalaza istraživanja o značaju materijalne deprivacije za mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti sasvim je jasno da se radi o visoko rizičnoj okolnosti koja zahvaća sve aspekte njihova života. Siromaštvo i ostala obilježja materijalne deprivacije značajno mogu utjecati na fizično i mentalno zdravlje, emocionalnu stabilnost i uzrokovati stres kod pojedinca čija svakodnevna prisutnost pridonosi većem riziku od narušenog mentalnog zdravlja. Stoga će se u sljedećem poglavlju više pažnje posvetiti konceptu stresa i rezultatima dosadašnjih istraživanja.

1.3.2. Izloženost stresu osoba koje boluju od psihičke bolesti

Dosadašnja istraživanja pokazuju da narušeno mentalno zdravlje može biti posljedica poremećaja regulacije sustava sociokulturnog funkcioniranja i izloženosti stresnim događajima (Holmes, 1967; Kuiper, Olinger Lyons, 1986; Mavar, Rupić i Vučenović, 2012; Bagarić i sur., 2020). Stres je proces u kojem zahtjevi okoline opterećuju adaptivne kapacitete organizma što rezultira i psihološkim zahtjevima kao i biološkim promjenama koje bi organizam mogle dovesti u opasnost od bolesti (Echee i Eze, 2018). Termin stres označava različite vrste životnih iskustava i tjelesnih reakcija na životna iskustva koja remete čovjekovu homeostazu, odnosno označava stanje prijetnje čovjekovoj tjelesnoj, duševnoj, socijalnoj i duhovnoj ravnoteži izazvano životnim iskustvima, tzv. stresorima. Stres izaziva različite odgovore organizma na uzroke stresa, tj. stresore (Stjepanović, Jendričko i Ostojić, 2015:36). Nadalje, stres se u literaturi definira trojako. Prvo, kao objektivni podražaj koji izaziva stresni odgovor, drugo pod pojmom stres podrazumjeva se odgovor organizma na neki podražaj, a treće, neke ga definicije određuju u terminima odnosa osobe i njene okoline (Audwin, 1994., Hobfoll, Schwarzer i Chon, 1998. prema Hudek Knežević i Kardum, 2005). Stresori mogu biti okolinski, biološki i psihološki (Fink, 2016). Stresni događaji mogu se klasificirati prema intenzitetu prijetnje koju stresni događaj izaziva (Zotović, 2002). Najčešća kategorizacija tipova stresnih situacija koje rezultiraju doživljajem psihičkog stresa je ona koja uključuje: 1. velike životne promjene (vjenčanje, završetak škole, smrt voljene osobe), 2. kronične stresne događaje (nezaposlenost, svađe u obitelji), 3. traumatske događaje (prirodne i tehnološke katastrofe, ratne situacije i osobne traume) i 4. svakodnevne stresne situacije (žurba, gužva, neljubaznost ljudi). Reakcije na opisane stresne situacije različitog su intenziteta, a određuju ih obilježja stresora, osobine pojedinca, procjena značenja događaja, mogućnost utjecaja na njega i načini suočavanja (Arambašić, 1996).

S tim u vezi, percipirani stres pojedinca predstavlja individualnu procjenu u kojoj mjeri se osjeća pod stresom u datom trenutku i doživljava svoj život nepredvidivim, nekontroliranim i preopterećujućim (Allot i sur., 2013). Osobe s visokom razinom životnog stresa mogu percipirati opću nesposobnost nošenja s određenim dodatnim negativnim događajima i mogu smatrati te događaje potpuno nepodnošljivim, što dovodi do značajnog povećanja nivoa depresije (Pijević i Štrkalj Ivezić, 2015).

Ranija istraživanja bila su usmjerena na proučavanje stresa koji proizlazi iz negativnih ili svakodnevnih životnih događaja (Kuiper, Olinger i Lyons, 1986; Flores i sur., 2008) i njegov utjecaj na mentalno i tjelesno zdravlje. Navode da stres više ugrožava mentalno zdravlje žena, kod kojih pospješuje razvoj depresije. Rezultati ukazuju da povećanjem negativnih životnih događaja, dolazi i do povećanja razine depresije. Neki od najčešćih čimbenika koji mogu biti medijatori ili moderatori veze između depresije i negativnih životnih događaja jesu percipirani stresori, točnije kod osoba koje su slabije izložene stresu, prisutnost negativnih životnih događaja je imala minimalan utjecaj na razvoj depresije. Nasuprot tome, za osobe koje su pod utjecajem tzv. neočekivanih i nepredvidih stresora, utjecaj negativnih životnih događaja na pojavu i razvoj depresije je bio izraženiji. Nadalje, istraživanje Livingston i Boyd, (2010). pokazuje da i sama dijagnoza psihičke bolesti može biti stresna za osobu, jer se osobe oboljele od psihičke bolesti često susreću sa stigmom zbog koje se osjećaju socijalno isključeno. Istraživanje Nima i sur., (2013) potvrdilo je povezanost između stresa i pojave depresije te da pojedinci nakon dužeg stresnog razdoblja postaju osjetljiviji čime se povećava rizik od pojave depresije i anksioznosti. Depresija je pokazala pozitivnu, značajnu povezanost s anksioznošću ($M=7.67$ $SD=3.93$), stresom ($M=3.69$ $SD=2.75$) i negativnim učincima ($M=22.10$ $SD=7.59$).

Upotrebom Skale percipiranog stresa, a s ciljem utvrđivanja prediktora stresa i njihovog utjecaja na mentalno zdravlje opće populacije, Vallejo i suradnici (2018) su proveli istraživanje na uzorku od 37 451 osobe. Jedan od ciljeva istraživanja je bio utvrditi mijenja li se percepcija stresa u odnosu na sociodemografska obilježja pojedinca. Rezultati provedenog istraživanja ukazali su na to da se stres postepeno reducira s godinama, da udovci i samci, koji nisu u braku imaju lošije mentalno zdravlje u odnosu na one koje žive s partnerima. Nadalje, nezaposlene osobe i osobe s nižim stupnjem obrazovanja percipiraju viši stupanj stresa. Također je utvrđena i povezanost između niskog dohotka i stresa, točnije nizak dohodak predstavlja prediktor različitih psihičkih problema. U istraživanju DeCarlo Santiago i sur., (2011) također se potvrdilo da je nizak dohodak prediktor različitih psihičkih poteškoća. Lavoie i Douglas (2011) provode istraživanje na ukupno 1136 korisnika bolničke psihijatrijske skrbi i 519 osoba koje žive u susjedstvu gdje borave osobe nakon otpusta iz bolnice. Demografska obilježja sudionika koji su se nalazili na bolničkom liječenju govore da su sudionici pretežno bili samci, relativno mlade osobe starosne dobi do 40 godina. Prema vrsti oboljenja, uzorak je bio heterogen, a činile su ga osobe s dijagnozom depresije (22,8%), shizofrenije (20%) i bipolarnog afektivnog poremećaja (35,5%) i druge. Demografska

struktura uzorka iz lokalne zajednice su pretežno samci (53,9%), mlade osobe prosječne starosne dobi od 31 godinu. Rezultati su pokazali u oba uzorka sudionika da osobe ženskog spola u većoj mjeri percipiraju stres.

Nadalje, istraživanje Ezzatija i suradnika (2014) provedenog na uzorku od 768 odraslih osoba oba spola pokazalo je da su žene prijavljivale višu razinu stresa u odnosu na muškarce. Također, rezultati su ukazali na povezanost stresa s višim razinama depresije, anksioznosti i negativnog afekta te nižim razinama pozitivnog afekta. Rezultati istraživanja (Razurel, 2013; Roos, 2013; Lau i sur., 2014) ukazuju da visoke razine percipiranog stresa doprinose iskazivanju simptoma depresije. Općenito, se pokazalo da su više razine percipiranog stresa povezane s lošijim tjelesnim i psihičkim funkcioniranjem i da osobe oboljele od psihičke bolesti u većoj mjeri stresore doživljavaju kao prijeteće vlastitom zdravlju. Istraživanje Nakić, Tadinac i Herman (2009) je pokazalo da su anksioznost kao osobina ličnosti, dob, te razina percipiranog stresa značajni prediktori anksioznosti i da osobe oboljele od anksioznog poremećaja u većoj mjeri doživljavaju stresne događaje kao prijeteće. Kirsch i sur., (2020) su utvrdili da se negativan učinak stresa na osobe mlađe životne dobi oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja ogleda u povećanju težine simptoma bolesti i pojavi druge vrste psihičke teškoće.

Stres je često povezan sa simptomima anksioznosti, koji mogu biti osobito štetni za zdravlje i dobrobit izoliranih ljudi. Tako je primjerice u 2020. godini broj osoba koje žive s anksioznim ili depresivnim poremećajem značajno porastao zbog pandemije COVID-19 (Economist Group, 2022). Općenito, pokazalo se da su osobe koje su bile izolirane zbog pandemije bolesti COVID-19 prijavljivale više razine stresa i anksioznosti, što može biti posljedica umanjениh vještina regulacije emocija tokom trajanja izolacije (Hao Yao, Jian Hua Chen i Yi-Feng Xu, 2020). Pandemija bolesti COVID-19 doprinjela je podizanju razine straha, anksioznosti i depresije jer je onemogućila adekvatan pristup uslugama, iako su neki oblici skrbi i podrške za mentalno zdravlje bili dostupni online. Mnoge osobe s poremećajima mentalnog zdravlja redovno posećuju ambulante radi kontrole i terapije, koje su im zbog zakonskih regulativa i zabrana uvjetovanih bolesti COVID -19 postale uskraćene i nepraktične (Hao Yao, Jian Hua Chen i Yi-Feng Xu, 2020).

Polazeći od ranije definiranog koncepta stresa i stresora te rezultata istraživanja, razvidno je kako izloženost stresnim životnim događajima ugrožava cjelokupni biopsihosocijalni sustav čovjeka te može imati dugoročne posljedice po psihičko i tjelesno zdravlje (Andrew i sur., 2013). Nadalje,

negativni učinci stresa povezani su sa smanjenom kvalitetom življenja o čemu će biti više riječi u sljedećem poglavlju.

1.3.3. Kvaliteta života osoba koje boluju od psihičke bolesti

Kvaliteta života, podrazumijeva, percepciju životnih pozicija pojedinca u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojem živi, kao i u odnosu na njegove ciljeve, očekivanja, standarde i interese. Predstavlja širok koncept koji uključuje tjelesno zdravlje, psihičko stanje, stupanj neovisnosti, društvene odnose, osobna uvjerenja pojedinca u okviru sustava u kojem živi (SZO, 2023b). Kvalitetu života osoba s psihičkim teškoćama određuju sljedeći indikatori: psihološka dobrobit, socijalni odnosi, razvoj osobne kompetentnosti, mogućnost ostvarivanja osobno važnih ciljeva, stupanj osobne autonomije, društvena uključenost, te ostvarivanje prava (Bratković i Rozman, 2007). Promatra se kroz dvije razine: subjektivnu i objektivnu. Subjektivna se odnosi na "dobrobit", "sreću" ili „zadovoljstvo životom“, dok se objektivna odnosi na aspekte životne sredine i društvenog funkcioniranja (Fleury i sur., 2013). Percepcija kvalitete života rezultat je njihovog međuodnosa, koji ovisi od individualnih/subjektivnih perspektiva pojedinca, njegovog tjelesnog i mentalnog zdravlja, rizičnih i zaštitnih čimbenika (Patricia i sur., 2013). S ciljem izbjegavanja netočnog uvida u stvarnu kvalitetu života pojedinca, pri procjeni preporuča se obuhvatiti obje razine te se objektivni podaci ne bi smjeli interpretirati bez osvrta na individualne razlike (Vuletić, 2011; Eger i Maridal, 2015; Kovčo Vukadin, 2016). Nadalje, uvriježeni su koncepti u istraživačkoj praksi različitih pomažućih profesija poput psihijatrije i socijalnog rada gdje predstavljaju jedinstvene tehnike za mjerenje kvalitete života osoba koje boluju od psihičke bolesti. Ovakav pristup je u skladu s tvrdnjom da kvaliteta života predstavlja kompleksni i multidimenzionalan konstrukt koji zahtijeva pristupe iz različitih teorijskih područja (Theofilou, 2013). Barcaccia i sur., (2013) napravili su analizu interpretiranja i definiranja koncepta kvalitete života te zaključuju kako se subjektivnost nameće kao ključni aspekt u definiranju kvalitete života. Naime, ona predstavlja nezaobilazan koncept u definiranju kvalitete života pa autori smatraju da upravo subjektivna dimenzija treba biti početna točka u iscrpnijem razumijevanju kvalitete života. Priebe i sur., (2012) su u svom istraživanju utvrdili da su korisnici s oboljenjem shizofrenije iskazivali lošije rezultate na ljestvici subjektivne kvalitete života u odnosu na korisnike s

poremećajima raspoloženja i neurotičnim poremećajima. Sudionici su bile osobe s bolestima: shizofrenije, poremećaja raspoloženja i neurotičnim poremećajima (n=3936). Ispitivane sociodemografske varijable su: dob, spol, bračni status, stupanj obrazovanja, radni status, vrsta tretmana, dijagnoza psihičkog oboljenja i razina simptoma. U obje skupine sudionika, osobe starije životne dobi, zaposlene osobe i pojedinci sa slabije izraženim simptomima su iskazivali više razine subjektivne kvalitete života. Povezanost nezavisne varijable zaposlenosti i zavisne varijable subjektivne kvalitete života bila je veća kod osoba s poremećajem raspoloženja i neurotičnih poremećaja u odnosu na pojedince oboljele od shizofrenije. Vrsta tretmana (bolnička ili izvanbolnička skrb) je također jedan od prediktora subjektivne kvalitete života. Tako, razina subjektivne kvalitete života osoba koji se liječe u izvanbolničkim uvjetima je viša od kvalitete života osoba koji se liječe u bolničkim uvjetima (Miljković, Vukić i Trajanović., 2003 prema Opalić i Nikolić, 2008; Štrkalj Ivezić i sur., 2011).

Čolović i sur., (2017) proveli su istraživanje koje je imalo za cilj utvrditi koji simptomi u okviru psihičkih bolesti povezanih sa stresom (depresivni, anksiozni i somatizacioni poremećaji) najviše utječu na smanjenje kvaliteta života sudionika. Rezultati ukazuju da je prisustvo sve tri grupe simptoma (depresivni, anksiozni i somatizacioni) bilo u negativnoj korelaciji sa kvalitetom života, doprinoseći varijanci kvaliteta života sa 40%. Depresivni simptomi imali su najveći utjecaj na smanjenje kvaliteta života.

Meesters i sur., (2013) su proveli istraživanje u kojem je sudjelovalo ukupno 107 sudionika, prosječne starosne dobi od 68 godina. Uzorak sudionika su činile osobe sa psihičkim oboljenjem shizofrenije i shizoafektivnim poremećajem. Cilj istraživanja bio je ispitati učinak varijabli (obilježja psihičkog oboljenja, sociodemografske i društvene) na subjektivnu kvalitetu života. Prosječan rezultat subjektivne kvalitete života bio je 4,83. Gotovo polovica sudionika (47,7%) općenito je bilo zadovoljno subjektivnom kvalitetom života. Varijable obilježja psihičke bolesti koje su se ispitivale su dob kada je bolest započela, simptomi psihičke bolesti, remisija simptoma i simptomi poremećaja raspoloženja. Varijable obilježja psihičkog oboljenja objasnile su ukupno 50% varijance subjektivne kvalitete života sudionika, a socijalne ili društvene varijable (veličina socijalne mreže, socijalna uključenost) su objasnile 16% ukupne varijance dok demografski čimbenici nisu doprinijeli objašnjenju subjektivne kvalitete života. Autori zaključuju da su niže razine simptoma depresije ili anksioznosti povezane s višom subjektivnom kvalitetom života

sudionika. U društvenoj domeni, šire društvene mreže, prisutnost osobe od povjerenja, veće sudjelovanje u društvu i viša razina društvenog funkcioniranja povezani su s višom razinom subjektivne kvalitete života. Dakle, socijalno funkcioniranje i obilježja psihičke bolesti predstavljaju relevantne prediktore subjektivne kvalitete života.

Značajan je doprinos rezultata istraživanja kojeg su proveli Zalazar i sur., (2017) koji ukazuju da je ukupan rezultat dobiven na skali procjene oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti bio 85,03 (SD = 13,6). Nadalje, istraživanjem su utvrđene značajne razlike između dijagnoza ($F=3,65$, $p<0,007$). Sudionici s shizofrenijom ($M=87,86$ $SD=11,56$) i bipolarno afektivnim poremećajem iskazali su višu razinu oporavka (odnosno $M=86,50$ $SD=18,83$) u usporedbi s osobama s poremećajima osobnosti ($M=82,09$, $SD=15,48$), anksioznim poremećajima ($M=81,30$ $SD=11,78$) i depresijom ($M=79,57$, $SD=9,50$).

Na proces oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti znatno utječu dva konstrukta: socijalna podrška i kvaliteta života. Rezultati linearne regresijske analize pokazuju da veći rezultati na skali oporavka predviđaju višu ocjenu kvalitete života, a niže razine socijalne podrške su povezane s lošijom kvalitetom života sudionika. Nadalje, oporavak osoba koje boluju od psihičke bolesti ima veći utjecaj na kvalitetu života u odnosu na socijalnu podršku (Coffey i sur., 2018).

Adnanes i sur., (2019) su proveli istraživanje koje je imalo za cilj istražiti razlike u subjektivnoj kvaliteti života osoba koje boluju od: shizofrenije, shizoafektivnog poremećaja i bipolarnog afektivnog poremećaja (teže psihičke bolesti) u odnosu na osobe koje boluju od depresije i anksioznosti (lakše psihičke bolesti). Prosječna vrijednost subjektivne kvalitete života sudionika koji boluju od teže psihičke bolesti bila je značajno viša u odnosu na sudionike s lakšom ($p<0,01$). Varijable koje doprinose višoj razini subjektivne kvalitete života u oba uzorka su: viša razina obrazovanja, život u zajedničkom domaćinstvu i dobar odnos s obitelji i prijateljima.

Johanson i Bejerholm (2016) su ispitali odnos simptoma depresije s osnaživanjem, radnim aspiracijama, profesionalnim angažmanom i kvalitetom života iz perspektive nezaposlenih osoba s poremećajima raspoloženja. Većina sudionica bile su udate žene, s djecom, koje žive u zajedničkom domaćinstvu s partnerom ili roditeljima i imaju završenu srednju školu. Dvije trećine sudionika imalo je dijagnosticiranu depresiju, a 31% je bipolarni afektivni poremećaj. Ukupno 41% sudionik je imao iskustvo bolničkog liječenja jednom ili dva puta. Većina sudionika ($n = 35$, 57%) nije bila aktivno uključena u mjere profesionalne rehabilitacije, dok je 18 (29%) imalo radni

angažman u lokalnim agencijama. Nisu pronađene značajne razlike u oba uzorka. Rezultati regresijske analize ukazuju na obrnutu povezanost između ozbiljnosti depresije i osnaživanja i kvalitete života. Razina depresije smanjivala se s većim osnaživanjem i višom kvalitetom života. Nadalje rezultati ukazuju da radne aspiracije i radni angažman nisu bili povezani s razinom simptoma depresije.

1.3.4. Socijalna podrška osoba koje boluju od psihičke bolesti

Dostupna literatura ističe tri kategorizacije socijalne podrške: emocionalnu, instrumentalnu i savjetodavnu podršku (Balentović, 2012). Emocionalna predstavlja izvor moralne potpore, razumijevanja osjećaja, promišljanja, empatije te brige za drugu osobu od pojedinca ili okoline. Materijalna ili instrumentalna podrška pruža podršku osobi u obliku usluga i materijalnih dobara, usluga u zajednici, dok savjetodavna uključuje davanje savjeta, uputa, prijedloga ili povratnih informacija od strane pojedinaca. Ovako široko promatrana, socijalna podrška predstavlja konstrukt koji se odnosi na bilo koji proces ili resurs putem kojeg socijalni odnosi mogu djelovati na tjelesno i/ili psihičko zdravlje (Lakey i Cohen., 2000; Hudlek Kenežević i Kardum, 2005; Leutar i Oršulić, 2015). Socijalna podrška također predstavlja važan konstrukt u psihijatriji i socijalnom radu, jer usluge i tretmani koji za cilj imaju prevenciju i promociju mentalnog zdravlja u svojoj praksi kao nezaobilazni resurs koriste izvore socijalne podrške. Intervencije unutar centara za mentalno zdravlje koje se pružaju osobama sa iskustvom psihičke bolesti upućuju na to da svaka stručna zdravstvena i socijalna usluga korisnicima ima bolje rezultate ukoliko se kombinira sa izvorima socijalne podrške. Ovakav pristup u radu doprinosi boljoj kvaliteti života, povećanju nivoa pozitivnog mentalnog zdravlja i pospješuje proces oporavka. Ukoliko korisnik usluga nema odgovarajuće izvore socijalne podrške, centri za mentalno zdravlje sukladno svojim nadležnostima surađuju s institucijama na lokalnoj i državnoj razini, kao i raznim udrugama a sve u cilju razvoja mreže socijalne podrške (Čirić Milovanović, 2017; Sijenčić, 2021; Bandić, Brigić i Leutar, 2020).

Provedena istraživanja koje su analizirale tematiku socijalne podrške osoba koje boluju od psihičke bolesti naglašavaju važnost socijalnih veza (socijalne mreže i podrške) s aspekta zaštite mentalnog zdravlja (Speer, i sur., 2001; Pichler i Wallace, 2007; 2009). Socijalne veze čine strukturu kroz koju se razmjenjuje socijalna podrška kroz podržavajuće društvene interakcije.

Socijalna podrška se određuje veličinom, strukturom i obilježjima socijalne mreže pojedinca (Dobrotić i Laklija, 2009). Veliki broj dostupne literature navodi da, demografski čimbenici, koje prilikom procjene izvora i nivoa socijalne podrške treba uzeti u obzir su: dob, spol, bračni status, socijalnoekonomski status, zaposlenje, struktura obitelji, boravište i kultura (Berc, 2012; Almuneef i sur., 2016; Saris i sur., 2017; Rehan i sur., 2017; Al Shawi i sur., 2019). U istraživanju Jethwani i Sawant (2010) sudjelovali su korisnici usluga mentalnog zdravlja (n=50) i članovi njihovih obitelji. Jedan od kriterija za sudjelovanje bio je život u zajedničkom domaćinstvu s članovima obitelji. Prosječna starosna dob sudionika bila je 35 godina, od čega su 70% bile osobe muškog spola, sa srednjim ili visokim stupnjem obrazovanja, a 10% sudionika je bilo bez obrazovanja. Dvadeset jedan sudionik (42%) nije bio u bračnoj zajednici, a ukupno 23 (46%) sudionika su bili nezaposleni. Rezultati naglašavaju da se percepcija korisnika oboljelih od shizofrenije i članova obitelji ne razlikuje mnogo u domenama i izvorima socijalne podrške osim u domeni rješavanja problema. Nadalje, autori zaključuju da korisnici oboljeli od shizofrenije percipiraju više socijalne podrške od strane prijatelja nego od članova svoje obitelji, što se nerijetko povezuje s vrstom psihičke bolesti. Također, autori ističu potrebu daljeg izučavanja opisane percepcije, kako bi se poboljšala sama prognoza, tok bolesti i proces oporavka. Pretpostavljaju da će pružanje bolje socijalne podrške i razumijevanje odnosa u obitelji, rezultirati jačanjem obitelji kao cjeline, što bi u konačnici za rezultat imalo pružanje bolje skrbi za korisnika. Iako se obitelj i prijatelji smatraju jednom od najznačajnijih dijelova mreža potpore za osobe koje boluju od psihičke bolesti, zanimljivo je kako nalazi istraživanja pokazuju da niti obitelj niti prijatelji ne razumiju probleme mentalnog zdravlja te njihovo odražavanje na ponašanje osobe i stvaranje stereotipa (Milić Babić, 2012; Morgan i sur., 2017; Ibrahim i sur., 2020).

U osnovi, socijalna podrška osobe s teškoćom mentalnog zdravlja uključuje mrežu obitelji, prijatelja i stručnjaka, točnije izvore kojima raspolaže i kojima se može obratiti u vrijeme potrebe. Jedan od mehanizama očuvanja mentalnog zdravlja jeste ublažavanje učinaka stresa, koje se prema dostupnoj literaturi može odvijati pomoću dva procesa. Prvo, osoba s više izvora socijalne podrške može procijeniti stresnu situaciju manje ugrožavajućom jer zna da postoje drugi ljudi koji su joj spremni pomoći. Drugo, može ublažiti negativan utjecaj stresa poboljšavajući sposobnost osobe za suočavanje sa stresorom.

Naime, osoba se može učinkovitije suočiti s povećanim zahtjevima situacije kada su joj dostupni izvori koji joj pružaju različite oblike emocionalne, praktične ili materijalne pomoći (Cohen i Wills, 1985, Pećnik i Raboteg Šarić, 2005). Izvori socijalne podrške (resursi) korisnika usluga mentalnog zdravlja, mogu biti različiti od obitelji, prijatelja, njegovatelja, hranitelja, skrbnika, zdravstvenih radnika (liječnika i osoblja), terapeuta, socijalnih radnika i drugih aktera koji tvore socijalnu mrežu korisnika. Važno je utvrditi iz kojeg izvora korisnik dobija taj resurs, a iz kojeg ne, jer se na osnovu toga formira plan daljeg tretmana i osiguravaju bolji uslovi za oporavak (Ničea Gruber, 2012; Šarčević Ivić Hofman, Veselčić i Smolčić Jerković, 2022).

Jedan od rezultata istraživanja Lambert i Namer (2004) govori o tomu da socijalna podrška predstavlja zaštitni čimbenik koji pozitivno utiče na kvalitetu života i smanjenje težine simptoma kod osoba koje boluju od psihičke bolesti. Na slične rezultate također ukazuju Corrigan i Phelan (2004) te ističu njen značaj u životu osobe s psihičkom teškoćom, jer izvori socijalne podrške predstavljaju resurs koji podstiče oporavak i pozitivno utiče na tjelesno i mentalno zdravlje. Socijalna podrška, nadalje, štiti i pomaže oporavku od depresije (Gruber, 2012), čiji simptomi nerijetko otežavaju reintegraciju osobe s problemima mentalnog zdravlja u njezinu zajednicu (Gruber, 2012).

Pregledom literature uočava se da se koncept socijalne podrške i kvalitete života izučava zajedno, točnije veliki broj autora u svojim istraživanjima istražuje oba konstrukta i njihov međudnos. Hamaideh (2014) je proveo istraživanje koje je imalo za cilj utvrditi povezanost kvalitete života, socijalne podrške i psihičke teškoće, kao i utvrđivanje prediktora kvalitete života kod osoba koje boluju od shizofrenije. Rezultati su pokazali da je najvažniji oblik i najveći izvor socijalne podrške kod korisnika oboljelih od shizofrenije bliska osoba ($M = 5,1$ $SD = 2,5$), zatim obitelj ($M = 4,7$ $SD = 2,4$) i prijatelji ($M = 3,2$ $SD = 2,2$). Najčešći simptomi psihičke bolesti (afektivni) prisutni kod sudionika istraživanja su anksioznost, osjećaj krivnje, napetost i depresija ($M = 2,8$ $SD = 1,1$). Rezultati ukazuju na njihovu negativnu povezanost s socijalnom podrškom, jer doprinose socijalnoj isključenosti sudionika. Točnije, podrška prijatelja, trajanje perioda neliječene bolesti, razina prihoda i ozbiljnost afektivnih simptoma čine 47,3% varijance.

Sobhy Mahmoud, Berma i Gabal (2017) također su istraživali povezanost između kvalitete života i socijalne podrške te utvrdili da je polovica bolničkih pacijenata iskazivala nisku razinu kvalitete života, a dvije trećine nisku razinu socijalne podrške. Uočeno je da vrsta psihičke bolesti, tretman

i iskustvo bolničkog liječenja u visokom intenzitetu utječu na razinu socijalne podrške dok dob, materijalni status, zaposlenje, vrsta psihičke teškoće, težina simptoma utječu na kvalitetu života.

U Izraelu je provedeno istraživanje koje je imalo za cilj ispitati razinu subjektivne kvalitete života, usamljenosti i izvora socijalne podrške sudionika (n=97) koji boluju od teške psihičke bolesti i žive u dva različita modela stambenih zajednica: kolektivni (n=57) i stambene zajednica uz podršku koordinirane brige (n=40). Oba modela su formirana za osobe koje boluju od teške psihičke bolesti s ciljem unapređenja njihovog oporavka u zajednici. Rezultati su ukazali visoku razinu povezanosti između socijalne podrške i kvalitete života, te kvalitete života i usamljenosti. Nadalje, korisnici grupnih domova iskazivali su znatno višu razinu socijalne podrške. Usamljenost (obiteljska i društvena) bile su značajno negativno povezane sa socijalnom podrškom i kvalitetom života, dok je partnerska usamljenost bila značajno povezana samo sa socijalnom podrškom (Weiner i sur., 2010).

Nadalje, iako se socijalna podrška pokazala vrlo značajnom za mentalno zdravlje i proces oporavka, osobama s psihičkim oboljenjima mreže socijalne podrške su vrlo oskudne, u nedostatku socijalnog kapitala i nametnute stigme, stoga se pretežno oslanjaju samo na pomoć obitelji (Balaž Gilja, 2021). Milić Babić (2012) navodi da osjećaj sigurnosti u obitelji i povezanosti njezinih članova uvelike ovisi o dostupnosti i kvaliteti socijalne podrške (Milić Babić, 2012). Ibrahim i suradnici (2020) također u svom istraživanju potvrđuju da se kod članova mreže podrške osoba s problemima mentalnog zdravlja javlja osjećaj bespomoćnosti i nedostatak znanja o psihičkim oboljenjima. Prema tome, jasno je kako je nedovoljno raditi samo na osnaživanju osoba koje boluju od psihičke bolesti u pogledu jačanja njihove mreže podrške, nego je važno i paralelno pružati podršku osobama koje čine tu mrežu.

Pregledom teorijskih perspektiva i nalaza istraživanja, utvrđeno je da postoji kompleksna povezanost između socijalne podrške i kvalitete života. Jasno je da se socijalna podrška često identificira i kao ključna komponenta koja doprinosi višoj subjektivnoj kvaliteti života i poboljšanju tjelesnog i mentalnog zdravlja osobe.

1.3.5. Zadovoljstvo uslugama koje koriste osobe koje boluju od psihičke bolesti

Kao što je već navedeno, koncept dobrobit predstavlja mjerilo pozitivnog funkcioniranja pojedinca te vrijedan životni cilj (Rijavec i Miljković, 2006) koji se može opisivati i konceptom zadovoljstva. Osoba može izražavati zadovoljstvo u različitim aspektima, primjerice zadovoljstvo uslugom tretmana mentalnog zdravlja u zajednici (Skar Fröding i sur., 2021). Zadovoljstvo pojedinca predstavlja psihološko stanje koje proizlazi iz subjektivne osobne potvrde (zadovoljstva) ili neusklađenosti (nezadovoljstva) pojedinčevih očekivanja u odnosu na stvarne mogućnosti. Stoga, predstavlja indikator za mjerenje pozitivne ili negativne ocjene usluge od strane korisnika (Desta, Berhe i Hints, 2018). Zadovoljstvo tretmanom od strane korisnika važna je varijabla za procjenu kvaliteta usluge i oporavka jer omogućava istraživačima uvid u perspektivu korisnika, što olakšava odabir usluge. Zbog svoje važnosti zauzima središnje mjesto u području mentalnog zdravlja te je zaštitni čimbenik u osiguravanju kvalitetne skrbi (Lieber, 2014; Priebe i Miglietta, 2019).

Usluge mentalnog zdravlja mogu negativno ili pozitivno uticati na oporavak. Psihijatrijska skrb (izvanbolnička i bolnička) često zagovara i promovira oporavak, ali veliki izazov predstavlja odabir i pružanje usluga i programa koji doprinose oporavku (Jacobson i Greenley, 2001; Glover, 2005; Uppal i sur., 2010). Analiza dostupne literature nam kazuje da su provedena različita istraživanja koja su se bavile konceptom zadovoljstva koje izvještavaju da korisnici izvanbolničkih usluga mentalnog zdravlja u zajednici iskazuju više razine zadovoljstva uslugom, u odnosu na korisnike koji su liječeni u bolničkim uvjetima (Elbeck i Fecteau, 1990; Merson i sur., 1992; Dean i sur., 1993; Audini i sur., 1994; Marks i sur., 1994; Leese i sur., 1998; Boardman i sur. 1999; Henderson i sur. 1999; Ruggeri i sur., 2003; Ratner, 2018). Iz ovih nalaza jasno se može vidjeti iz korisničke perspektive koju vrstu tretmana i usluga mentalnog zdravlja u zajednici preferiraju korisnici. U tom se kontekstu zadovoljstvo korisnika uslugom može promatrati kao samostalna mjera oporavka i / ili kao čimbenik u procesu psihijatrijske skrbi koji utječe na oporavak (Ruggeri, 1994).

Rezultati istraživanja Sumedi (2018) govore da kvaliteta usluge i tretmana predstavlja zaštitni čimbenik koji ima pozitivan utjecaj na zadovoljstvo korisnika uslugom. Dalja istraživanja također ukazuju na važnost korisničke perspektive, za ocjenu i razvoj usluga mentalnog zdravlja orjenitranih ka korisniku (eng. *patient centred care, PCC*) i njegovom oporavku (Sowers, 2005).

Priebe i sur., (2012) su prepoznali korisnost stavljanja korisnika u središte zdravstvene i socijalne skrbi, što predstavlja uporabu suvremenih dostignuća u praksi u odnosu na tradicionalni paternalistički pristup zdravstvenoj skrbi. Ističu da je od iznimne važnosti stvoriti dobru dugoročnu komunikaciju s korisnikom te ga promatrati i izvan konteksta mentalne bolesti, što u konačnici ima dobrobiti kako za korisnika tako i za pružatelja skrbi. Ujedno i promoviranje procesa oporavka predstavlja mnoge prednosti vezane uz zadovoljstvo uslugom skrbi.

U istraživanju Greenwood i sur., (1999) koje se bavilo procjenom zadovoljstva uslugama mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti dobiveni su rezultati koji ukazuju na umjereno zadovoljstvo uslugom ($M=22,5$ $SD=5,94$). Rezultati su pokazali da 73,4% sudionika su bili "vrlo zadovoljni" ili "prilično zadovoljni", a 15,5% se opisuju kao „jako nezadovoljni“ ili „prilično nezadovoljni“ uslugama mentalnog zdravlja. Nadalje, ženske osobe i mlađi pacijenti starosne dobi do 38 godina češće su iskazali nezadovoljstvo uslugom. Nisu uočene razlike u razini zadovoljstva uslugom u odnosu na vrstu psihičke bolesti sudionika. Druga istraživanja, primjerice Smith i sur. (2014), koja su imala za cilj mjeriti razinu zadovoljstva uslugama sudionika na bolničkom liječenju i ispitati povezanost obilježja psihičke bolesti i tretmana pokazala su nešto drugačije rezultate. Razina zadovoljstva sudionika se nije razlikovala u odnosu na spol i nije bila povezana s dobi. Ukupna razina zadovoljstva tretmanom bila je dobra. Snaga terapijskog odnosa između korisnika usluga i njihovog psihijatra/savjetnika bila je umjereno u korelaciji s višom razinom zadovoljstva uslugama. Nisu uočene razlike u razini zadovoljstva uslugom u odnosu na vrstu psihičke teškoće. Nadalje, rezultati ukazuju na postojanje umjerene povezanosti između terapijskog odnosa s korisnikom s razinom zadovoljstva uslugama. Nižu razinu zadovoljstva uslugom su iskazivali korisnici kojima je izrečena mjera obaveznog/prisilnog liječenja, te koji su pri prijemu u bolnicu imali iskustvo fizičke prisile i nepoštivanja temeljnih ljudskih prava. Zaključak jasno ističe da bi servisi mentalnog zdravlja u zajednici trebali provoditi strategije za ublažavanje opisanih rizičnih čimbenika povezanih s nižim razinama zadovoljstva uslugom.

Vermeulen (2018) je proveo istraživanje koje je imalo za cilj istražiti ulogu i doprinos varijable zadovoljstva tretmanom kod sudionika s bolešću shizofrenije. Razine zadovoljstva sudionika bile su: niska (19,4%), srednja (48,9%) ili visoka (31,7%). Sudionici koji su iskazali više razine zadovoljstva uslugom tretmana pokazali su smanjenje simptoma psihičke teškoće, višu kvalitetu života, smanjenje broja nezadovoljenih potreba u usporedbi s pacijentima sa srednjom ili niskom

razinom zadovoljstva. Sudionici kod kojih je iskazana niska razina zadovoljstva tretmanom, imali su iskustvo čestog bolničkog liječenja u odnosu na umjereno zadovoljne sudionike ($p < 0,01$).

Transverzalno istraživanje provedeno u Norveškoj u 39 zdravstvenih ustanova koje su pružale usluge mentalnog zdravlja u zajednici (bolnički odjeli s ambulantama, dnevne bolnice, mobilni timovi, stacionari) obuhvatilo je korisnike usluga mentalnog zdravlja s dijagnosticiranom shizofrenijom ($n = 292$) starije od 16 godina. Prosječan rezultat na Skali zadovoljstva uslugama ukazuje na srednje zadovoljstvo uslugom ($M=25$, $SD=4,7$). Distribucija skupine rezultata zadovoljstva sudionika uslugom govori da je ukupno 10 % sudionika iskazalo nisko zadovoljstvo, 49% su iskazali srednje zadovoljstvo, a 41% sudionik je iskazao visoko zadovoljstvo uslugom. Rezultati ukazuju na pozitivnu povezanost zadovoljstva uslugom sa percipiranom podrškom u procesu oporavka, ali ne i s osobnim oporavkom ili kvalitetom života. Nadalje, ukazuju da su sudionici koji imaju veću percipiranu podršku za osobni oporavak zadovoljniji uslugom (Skar-Fröding, 2021).

Priebe i Miglietta (2019) navode dob kao sociodemografsko obilježje koje je povezano s većim zadovoljstvom pacijenata skrbi, koja je također povezana s većim zadovoljstvom životom općenito. Utvrđena je značajna povezanost zadovoljstva uslugom skrbi s nekim obilježjima psihičke bolesti i subjektivnom kvalitetom života. Sudionici s višom razinom simptoma depresije i shizofrenije i nižom razinom subjektivne kvalitete života iskazuju nižu razinu zadovoljstva uslugom tretmana. Percepcija lošeg terapijskog odnosa pridonosi nižoj razini zadovoljstva uslugom. Nadalje, istraživanja ukazuju na povezanost i učinak zadovoljstva korisnika s terapijskim odnosom (Middelboe i sur., 2001; Sweeney i sur., 2014; Zendjidjian i sur., 2014), osobito podrškom i pristupačnosti stručnjaka (Rose i sur., 2015.; Wallace, 2017) te obrazovnim i profesionalnim kvalitetama stručnjaka (Stewart i sur., 2015). Istraživanje Desta, Berhe i Hintsai sur. (2018) imalo je za cilj procijeniti razinu zadovoljstva uslugama i povezanost određenih sociodemografskih obilježja sa zadovoljstvom kod korisnika ambulantnih usluga mentalnog zdravlja u javnim bolnicama u gradu Mekelle, u sjevernoj Etiopiji. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 415 sudionika, 262 (63,1%) muškaraca i 128 (30,8%) žena. Srednja dob sudionika iznosila je 35 (± 12) godina. Od ukupnog broja sudionika 213 (51,3%) je bilo u braku, a 229 (55,2%) sudionika je imalo iskustvo bolničkog liječenja. U istraživanju su sudjelovale osobe s dijagnozom psihotičnog poremećaja $n=170$ (40,96%), poremećaja raspoloženja $n=127$ (30,6%), bolesti

ovisnosti $n = 39$ (9,4%), a preostalih $n = 79$ (19,04%) je imalo dijagnozu shizofrenije. Rezultati ukazuju da viša razina obrazovanja, duže vrijeme čekanja i vrsta psihičke teškoće predstavljaju predikotre koji su značajno povezani sa zadovoljstvom korisnika s iskustvom bolničkog liječenja. Nadalje, jedna trećina korisnika (28%) iskazala je nisku razinu zadovoljstva tretmanom dok je 70,8% bilo zadovoljno, a preostalih 1,2% korisnika su bili vrlo zadovoljni uslugama. Najviša razina zadovoljstva iskazana je u domenama kvalitete primljene usluge, 75,9% sudionika, nakon čega slijedi opće zadovoljstvo korisnika uslugom 72,3%, zatim 72% korisnika bi u slučaju potrebe preporučilo prijatelju slične usluge. Najniže razine zadovoljstva su iskazane u domenama povratka u bolnicu radi korištenja usluge, 70,8% sudionika, te s količinom pomoći koju su primili, njih 70,1%.

Lally i sur. (2013) su proveli istraživanje koje je imalo za cilj procijeniti razinu korisnikova zadovoljstva uslugom izvanbolničke psihijatrijske skrbi nasuprot bolničkoj. Željeli su utvrditi povezanost između razine zadovoljstva korisnika i čimbenika kao što su demografska obilježja, vrsta teškoće, i korisnička perspektiva u odabiru vrste tretmana mentalnog zdravlja u zajednici. Kao značajna prediktorska varijabla, korištena je korisnička perspektiva o tome kojoj usluzi tretmana mentalnog zdravlja (bolničkoj ili izvanbolničkoj) u zajednici korisnici daju prednosti. Istraživanje je provedeno na uzorku od 162 korisnika koji su iskazali umjerenu do visoku razinu zadovoljstva sa izvanbolničkom skrbi. Većina, njih 90% bilo je zadovoljno ovom vrstom skrbi. Nisu utvrđene značajne povezanosti vrste teškoće ili sociodemografskih obilježja s razinama zadovoljstva tretmanom. Nadalje, rezultati ukazuju na nisku razinu zadovoljstva tretmanom u domenama koje se odnose na potrebe korisnika i njihovu subjektivnu percepciju da li su dobili uslugu koju su željeli. Visoka razina zadovoljstva je iskazana u domeni pozitivnog iskustva korisnika sa osobljem gdje sudionici iskazuju da osoblje s njima postupa s poštovanjem.

Naime, psihijatrijska skrb u zajednici predstavlja isprepletenu mrežu različitih usluga koje se svrstavaju u dvije skupine: bolničku/tradicionalnu i izvanbolničku/suvremenu (Babić i Molnar, 2002; Jakovljević, 2007; Štrkalj Ivezić, 2010; Štrkalj Ivezić, 2018).

Sljedeće poglavlje daje uvid u koncept pružanja usluga u zajednici kroz konkretno, centre za mentalno zdravlje, kao oblika izvanbolničke i na suvremenim pristupima organizirane skrbi za podršku mentalnom zdravlju u zajednici.

1.4. Razvoj Centara za mentalno zdravlje u Bosni i Hercegovini

Početne promjene u području psihijatrijske skrbi povezane s razvojem izvanbolničke skrbi započele su tijekom 1960-ih i 1970-ih u Sjedinjenim Američkim Državama. Rezultirale su unapređenjem već postojeće socijalne psihijatrije. Socijalna psihijatrija se, slijedeći svoja temeljna načela, razvijala tijekom 20. stoljeća naglašavajući da su psihički poremećaji i bolesti socijalno uvjetovani. Opisane promjene su nastale s ciljem osuvremenjivanja usluga mentalnog zdravlja sa resursima kojima raspolaže korisnik unutar svoje lokane zajednice. Socijalna psihijatrija zagovara intervencije orjentirane ka socijalnom okruženju korisnika nasuprot tradicionalnom pristupu bolničkog liječenja i deinstitutionalizaciji (Jakovljević i Begić, 2013). Orijentiranost ka primjenama na području FBiH je počela tokom 1996.godine. S ciljem pružanja skrbi u zajednici nasuprot bolničkom liječenju i skrbi ili institucionalnoj skrbi (rezidencijalnoj skrbi, skrbi/njezi u velikm socijalno-zdrastvenim institucijama) učinjeni su veliki naponi ka razvoju i formiranju Centara za mentalno zdravlje. U strateškom dokumentu koji se odnosi na reformu zaštite mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini "*Politika i strategija zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja u FBiH (2012-2020.)*" ističe se da službe za mentalno zdravlje u zajednici osiguravaju promociju mentalnog zdravlja, preveniranje i tretman mentalnih problema, te psiho-socijalnu rehabilitaciju. Predstavljaju sponu između zdravstvenog i drugih sektora na razini lokalne zajednice i šire, i imaju za zadatak uspostavu veze i olakšan pristup drugim službama radi zaštite mentalnog zdravlja pojedinaca (Federalno ministarstvo zdravstva, 2012). Pomenuta strategija, vodeći se prethodno pomenutim evropskim standardima u zaštiti mentalnog zdravlja i prevenciji mentalnih poteškoća, daje početni okvir osnaživanja servisa u sistemu zdravstva. Servisi (izvanbolnički ili bolnički) su ti koji osiguravaju i pružaju liječničku podršku pomoću različitih specijalističko-konsultativnih usluga zdravstvene zaštite. Centri na području FBiH, kao servisi izvanbolničke psihijatrijske njege u zajednici, u skladu sa Zakonom o zdrastvenoj zaštiti (Sl. novine FBiH, br. 46/2010 i 75/2013) pružaju slijedeće usluge: promociju mentalnog zdravlja i prevenciju mentalnih poteškoća, liječenje i rehabilitaciju osoba koje boluju od psihičke bolesti, prevenciju invaliditeta i rehabilitaciju, brigu i pomoć osoba s invaliditetom, zdravstveno-promotivni rad na unapređenju mentalnog zdravlja u zajednici. Nadalje, pružaju usluge proaktivnog pristupa u prepoznavanju i ranom dijagnosticiranju osoba s rizikom po mentalno zdravlje, vrše edukaciju korisnika, članova porodice i radne okoline, vrše procjenu rizika po

mentalno zdravlje u zajednici i psihološka mjerenja putem testova, provode vanbolničke terapijske i rehabilitacione postupke iz domena zaštite mentalnog zdravlja, socioterapiju i tretman bolesti ovisnosti u vanbolničkim uvjetima. Navedene usluge uključuju multidisciplinarni pristup, timski rad i međusektorsku suradnju koju čine neuropsihijatri/psihijatri, psiholozi, socijalni radnici i drugi stručnjaci. Ovakav pristup liječenju doveo je do razvoja novih usluga čiji je cilj poboljšati opće funkcioniranje osoba oboljelih od psihičkih bolesti, smanjiti mogućnost povratka poteškoća nakon očitog oporavka, primjerice usluge koordinirane skrbi u zajednici (eng. *case management*). Koordinirana skrb je oblik zdravstvene skrbi koji uz biološko i psihološko uzima u obzir i socijalno funkcioniranje korisnika (Lakić i sur., 2013), točnije poštuje načela socijalne psihijatrije (Jakovljević i Begić, 2013). Usmjeren je ka korisniku, njegovim potrebama i predstavlja aktivan pristup izvanbolničkom tretmanu i skrbi osobe u riziku od ponovnog povratka u bolnicu i promovira deinstitucionalizaciju. U preglednom radu (Mahmutović, Kletečki i Huremović, 2022) opisan je koncept oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti i njegov doprinos razvoju usluga za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. Autorice ukazuju da danas u FBiH ne postoji noviji dokument koji bio poslužio za dalji proces odnosno nastavak strateškog unapređenja usluga u zajednici koje će biti dostupne i efikasne u ranom otkrivanju mentalnih problema, ranoj intervenciji i pružanju sveobuhvatnog tretmana osobama sa mentalnim poteškoćama, te osnaživanja službi mentalnog zdravlja u zajednici sa savremenim uslugama koje će promovirati oporavak. Nadalje, u radu su istaknuti ciljevi i dobrobiti modela koordinirane brige u procesu oporavka i osnaživanja korisnika. Ciljevi su usmjereni ka smanjenju, ublažavanju i povlačenju simptoma, povećanju sposobnosti i jačanju samostalnosti, a sve u svrhu kako bi se korisnika osposobilo za samostalno rješavanje različitih situacija u njegovom životu, te time ojačali njegovi kapaciteti za donošenje odluka i preuzimanje odgovornosti s ciljem korisnikova oporavka i osnaživanja (Lakić i sur. 2013; Mahmutović, Kletečki Radović i Huremović, 2022; Štrkalj Ivezić, 2022).

Dobrobiti koordinirane skrbi prvenstveno se ogledaju u činjenici da se ovakav vid suvremene zdravstvene skrbi sve više poziva na koncept skrbi utemeljene na dokazima (eng. *evidence based care*), a takav pristup u svojem stručnom radu primjenjuju medicina (eng. *evidence based medicine*) i socijalni rad (eng. *evidence based social work*), a oba pristupa se temelje na konceptu koji označava svrhovitu uporabu najboljih i najnovijih dokaza u donošenju najprikladnijih odluka o zbrinjavanju pacijenata/korisnika. Praksa temeljena na dokazima u socijalnom radu predstavlja

proces u kojem socijalni radnik kombinira dobro istražene intervencije s kliničkim iskustvom i etikom, preferencijama i kulturom korisnika (Roberts i Yeager, 2004). Ostvarenje navedenih ciljeva prvenstveno zahtijeva multidisciplinarni pristup, timski rad i međusektorsku saradnju naprijed pomenutih pomažućih profesija, a usluge koje će pružati, trebale bi doprinostiti promociji i prevenciji mentalnog zdravlja. Kao takve podrazumjevaju uvažavanje korisničke perspektive, njegovu sveobuhvatnu procjenu usmjerenu ka njegovim potrebama i izradu individualnog plana liječenja i oporavka (SZO 2021), preciznije rečeno uvažavaju i korisničku perspektivu pri odabiru servisa. Članovi tima trebaju raditi zajedno kako bi utvrdili šta je dobro u tretmanu, za koga i pod kojim uvjetima. Ovaj pristup osigurava da će tretmani i usluge, ako se upotrebljavaju ciljano, imati najefikasnije ishode. Također će osigurati da se usluge s dokazanim uspjehom razvijaju i budu od koristi većem broju ljudi. Centri za mentalno zdravlje predstavljaju sastavne organizacijske jedinice Domova zdravlja. Usluge iz oblasti izvanbolničke zaštite mentalnog zdravlja u FBiH u 2020. godini su se pružale u 57 geografskih lokacija/ambulantni centara za mentalno zdravlje, a njih 10 je registrirano na Tuzlanskom kantonu. Centri za mentalno zdravlje Tuzlanskog kantona su tijekom 2020. godine pružili ukupno 111.988 usluga, uz angažman 9 doktora medicine, 21 zdravstvenog tehničara, 2 radna terapeuta i 13 zdravstvenih saradnika, od čega su 97,16% zdravstvene usluge. Ukupan broj posjeta psihijatru bio je 20.216, a ostalim članovima tima (socijalni radnik, psiholog, medicinsko osoblje, terapeut i dr.) 19.198. Tijekom 2020. godine registrirane su ukupno 594 hospitalizacije (ZZJZTK, 2020).

Prema dostupnim podacima i rezultatima Projekta mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini u razdoblju ožujak 2018. – veljača 2019. ukupan broj osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja kojima su pružene usluge u zajednici putem centara za mentalno zdravlje bio je 14.793. Usluge su uključivale promociju i prevenciju mentalnog zdravlja jačanjem psihosocijalnih vještina, osposobljavanjem za svakodnevne aktivnosti, jačanje postojećih resursa i stjecanje novih znanja, redovito pohađanje terapije, povećanje samopouzdanja, poboljšanje mentalnog zdravlja, poboljšanje motoričkih funkcija, prilagodbu na novi način života, poboljšanje raspoloženja i razvoj kreativnosti. Što se tiče zadovoljstva korisnika 68% ih je izjavilo da im je pružena usluga značajno pomogla, a 66% da je kvaliteta usluge odlična (ZZJZFBiH, 2019).

Ulaganja u organizaciju i razvoj usluga mentalnog zdravlja još uvijek nisu dovoljna (Novak i Petek 2015) s obzirom na potrebe i izazove s kojima se ljudi danas nose, posebno pod vidom novih

zdravstvenih kriza poput pandemije COVID-19 (Mahmutović, Kletečki Radović, Huremović, 2022). U tom smislu važno je oblikovati sustave podrške koji omogućuje ravnomjerniji pristup uslugama mentalnog zdravlja i u kriznim situacijama, posebice osobama koje boluju od psihičke bolesti.

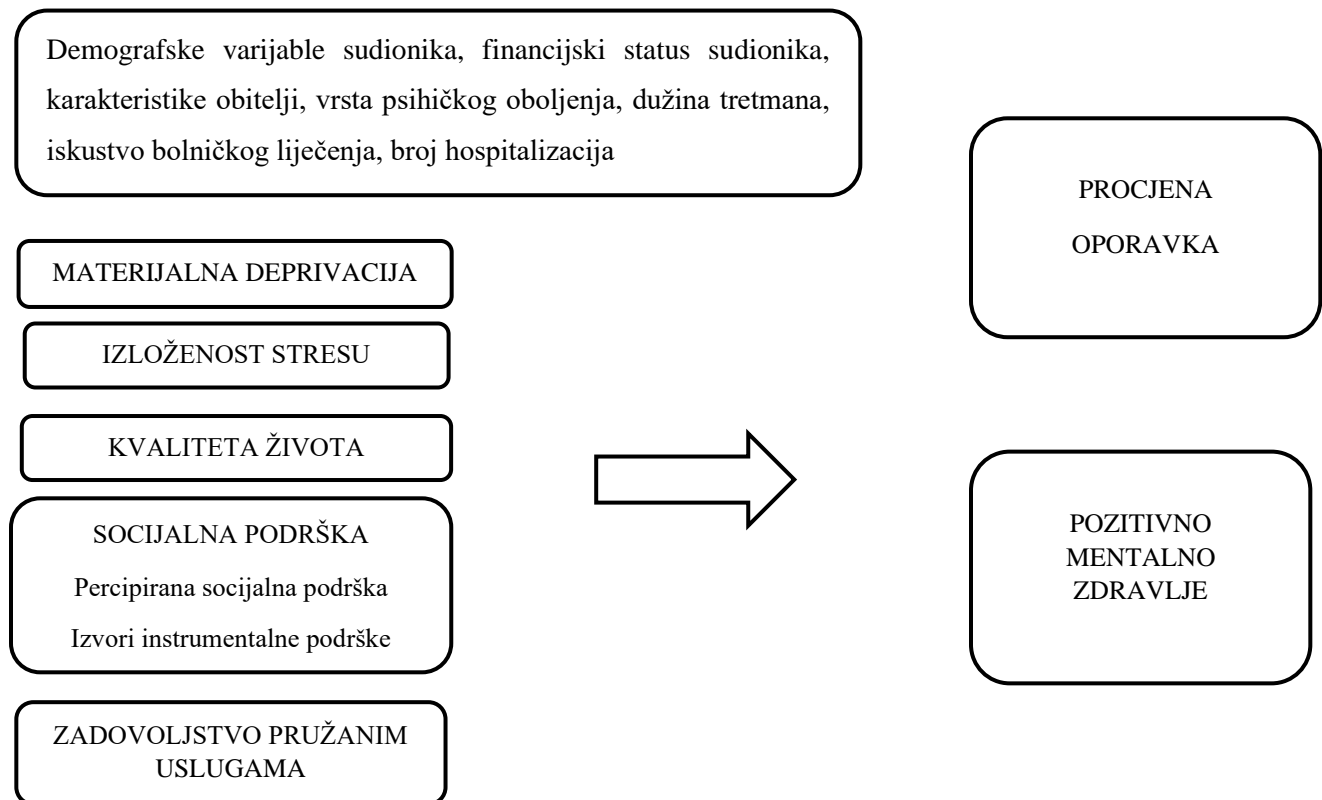
Sažimajući spoznaju o mentalnom zdravlju, vidljivo je da su pristupi u praćenju i izučavanju tog fenomena raznoliki. Istraživačka tradicija i opseg pokazatelja mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti razlikuju se od zemlje do zemlje. U FBiH gotovo nema istraživanja koja se bave suvremenom temom oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti, a stopa oboljelih od psihičke bolesti je gotovo ista kao i u drugim europskim zemljama. Nedostatak istraživanja o oporavku upućuje na nedovoljno poznavanje problema i potreba osoba koje boluju od psihičke bolesti, kao i na nedovoljnu senzibilizaciju društva u odnosu na ove teme. Mentalno zdravlje se može promatrati i razumijevati iz perspektive socijalne psihijatrije, psihologije ili socijalnog rada. Istraživanja o učinku čimbenika rizika i zaštite na mentalno zdravlje i oporavak osoba koje boluju od psihičke bolesti, o učincima koje rizični čimbenici mogu ostaviti na osobu koja boluje od psihičke bolesti, te odrediti njen društveni položaj i perspektivu za uspješno uključivanje u društvene tokove, izučavanje zaštitnih čimbenika koji mogu ublažiti posljedice psihičke teškoće, istraživanje uzročnosti i posljedica rizičnih čimbenika iz perspektive korisnika, izučavanje zadovoljstva izvanbolničkom skrbi u zajednici i specifičnog pristupa u radu s osobama koje boluju od psihičke bolesti, sve su to područja koja bi bilo zanimljivo i važno istraživati u bosanskom kontekstu. Ovo istraživanje nastoji dati doprinos tome.

2. CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je:

- (1) dobiti uvid u oporavak i pojavnost dimenzija pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti
- (2) ispitati ulogu određenih čimbenika rizika i zaštite za oporavak i mentalno zdravlje osoba s psihičkim oboljenjem
- (3) ispitati doprinos obilježja psihičke bolesti, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama.

2.1. Model istraživanja



Specifični problemi i hipoteze istraživanja su:

1. Ispitati razlike u razini rizičnih i zaštitnih čimbenika osoba koje boluju od psihičke bolesti s obzirom na vrstu psihičkog oboljenja.

Varijable ispitane unutar ovog problema su: materijalna deprivacija, izloženost svakodnevnom stresu, kvaliteta života, socijalna podrška, zadovoljstvo pružanim uslugama, procjena oporavka i pozitivno mentalno zdravlje

H1. Osobe koje boluju od shizofrenije (F20) će se prema svim ispitivanim obilježjima i učincima rizičnih i zaštitnih faktora razlikovati od osoba koje boluju od poremećaja raspoloženja (depresivni poremećaj F32 i bipolarni afektivni poremećaj F31) i osoba s anksioznim poremećajima (anksiozni F40, F41 i opsesivno-kompulzivni poremećaj F42). To znači da će osobe koje boluju od shizofrenije iskazivati višu razinu materijalne deprivacije, biti izloženiji stresu, imati lošiju kvalitetu života, percipirati nižu razinu socijalne podrške, biti manje zadovoljni pružanim uslugama te imati nižu razinu procjene oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja.

2. Ispitati doprinos obilježja psihičkog oboljenja, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, percipirane socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama na procjenu oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti.

H2. Oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti značajno će doprinijeti prediktorske varijable koje se odnose na:

- obilježja psihičkog oboljenja: očekuje se da će vrsta psihičkog oboljenja i manji broj hospitalizacija bit povezani s višom razinom oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti;
- materijalnu deprivaciju: bolja subjektivna i objektivna procjena materijalnog statusa predviđat će višu razinu oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti;
- izloženost svakodnevnom stresu: osobe koje boluju od psihičke bolesti i izložene su manjem broju stresnih životnih događaja iskazivat će višu razinu oporavka, odnosno veća

učestalost doživljavanja stresnih događaja predviđat će nižu razinu oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti;

- kvalitetu života: veća percipirana razina subjektivne kvalitete života predviđat će veću razinu oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti.
- percipiranu socijalnu podršku: veća percipirana dostupnost podrške iz formalnih i neformalnih izvora, te veća percepcija socijalne podrške predviđat će veću razinu oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti.
- zadovoljstvo pružanim uslugama: veća percipirana razina zadovoljstva pružanim uslugama predviđat će veću razinu oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti.

3. Ispitati doprinos obilježja psihičkog oboljenja, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, percipirane socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama na pozitivno mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti.

H3. Pozitivnom mentalnom zdravlju osoba koje boluju od psihičke bolesti značajno će doprinijeti prediktorske varijable koje se odnose na:

- obilježja psihičkog oboljenja: očekuje se da će vrsta psihičkog oboljenja i manji broj hospitalizacija bit povezani s višom razinom pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti;
- materijalnu deprivaciju: bolja subjektivna i objektivna procjena materijalnog statusa predviđati će višu razinu pozitivnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti;
- izloženost stresu: osobe koje su izložene manjem broju stresnih životnih događaja iskazivati će višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja, odnosno veća učestalost doživljavanja stresnih događaja predviđat će nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja;
- kvalitetu života: veća percipirana razina subjektivne kvalitete života osoba koje boluju od psihičke bolesti predviđat će višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.
- percipiranu socijalne podrške: veća percipirana dostupnost podrške iz formalnih i neformalnih izvora te veća percepcija socijalne podrške predviđat će veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti.

- zadovoljstvo pružanim uslugama: veća percipirana razina zadovoljstva pružanim uslugama predviđati će veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti.

3. METODOLOGIJA

3.1. Uzorak sudionika istraživanja

Ciljana populacija istraživanja bile su osobe korisnici usluga centara za mentalno zdravlje. U uzorak sudionika istraživanja uključeni su:

- korisnici s postavljenom dijagnozom psihičkog oboljenja od strane ordinirajućeg liječnika:
 - a.) Shizofrenija F20
 - b.) Depresivni poremećaj F32 i bipolarni afektivni poremećaj F31
 - c.) Anksiozni poremećaji F40, F41 i opsesivno-kompulsivni poremećaj F42,
- korisnici tretmana i usluga centara za mentalno zdravlje najmanje tri mjeseca,
- korisnici koji imaju prebivalište na području Tuzlanskog kantona u FBiH,
- korisnici kojima nije oduzeta poslovna sposobnost i
- korisnici koji su dali dobrovoljni pristanak za sudjelovanje u istraživanju.

U istraživanje je uključeno ukupno 200 odraslih osoba koje boluju od psihičke bolesti. Od čega je njih 28,5% (n=57) s dijagnozom shizofrenije (F20), 43% sudionika (n=86) s poremećajima raspoloženja (depresivni poremećaj F32 i bipolarni afektivni poremećaj F31) i 28,5% (n=57) sudionika s anksioznim poremećajima (anksiozni F40, F41 i opsesivno-kompulsivni poremećaj F42).

Tablica 2. Uzorak sudionika prema dijagnozi psihičkog oboljenja

Varijabla	Kategorija	%
Dijagnoza	Schizofrenija	28,5
	Dep. i bipolarni poremećaj	43,0
	Anksiozni i OKP	28,5
	Ukupni N	200

Centri za mentalno zdravlje u Tuzlanskom kantonu ključni su centri koji pružaju usluge psihijatrijske skrbi u zajednici osobama koje su oboljele od psihičke bolesti. U uzorak sudionika uključeni su korisnici usluga i tretmana centara za mentalno zdravlje Tuzlanskog kantona kojih sveukupno ima 10. Istraživanjem su obuhvaćeni korisnici iz sedam najvećih centara za mentalno zdravlje, a to su: Tuzla, Gračanica, Lukavac, Živinice, Kladanj, Doboj Istok i Čelić. Tri centra, Gradačac, Srebrenik i Banovići, nisu se odazvala na istraživanje jer nisu bili u mogućnosti organizirati provedbu zbog tehničkih i ljudskih ograničenja (u Centru zaposlena jedna ili dvije stručne osobe). Također, u periodu provedbe istraživanja nije bilo korisnika koji su dolazili u centar (ili bi se moglo organizirati da dođu), a da su odgovarali ciljanom opisu uzorka sudionika. Najviše korisnika usluga mentalnog zdravlja koji su obuhvaćeni ovim istraživanjem su bili iz Centra za mentalno zdravlje u Lukavcu (19%), Tuzli i Gračanici (po 18,5%), Živinicama (12,5%), Kladnju (16 %), dok nešto manje sudionika dolazi iz Doboj-Istoka (9%) i Čelića (6,5%). Popis uključenih centara za mentalno zdravlje prema općinama i udio uzorka sudionika uključen u istraživanje iz pojedinog Centra prikazan je u Tablici 3.

Tablica 3: Uzorak sudionika prema Centru za mentalno zdravlje Tuzlanskog kantona

Varijabla	Kategorija	%
U kojem Centru za mentalno zdravlje ostvarujete usluge podrške i liječenja?	Centar za mentalno zdravlje Tuzla	18,5
	Centar za mentalno zdravlje Banovići	0,0
	Centar za mentalno zdravlje Čelić	6,5
	Centar za mentalno zdravlje Gračanica	18,5
	Služba za mentalno zdravlje i rehabilitaciju Kladanj	16,0
	Centar za mentalno zdravlje Živinice	12,5
	Centar za mentalno zdravlje Srebrenik	0,0
	Centar za mentalno zdravlje Lukavac	19,0
	Centar za mentalno zdravlje Gradačac	0,0
	Centar za mentalno zdravlje Doboj-Istok	9,0
	Ukupni N	200

Detaljna demografska struktura uzorka, uz relevantne analize, je prikazana u prvom poglavlju Rezultata i rasprave ovog rada. Prema načinu izbora sudionika radi se o prigodnom uzorku.

3.2. Postupak istraživanja

Istraživanje je provedeno u razdoblju od svibnja 2022 do studenoga 2022 godine. Svakom od predviđenih Centara za mentalno zdravlje poslana je pismena obavijest o planiranom provođenju istraživanja i upućena molba za uključivanje. Nakon dobivanja suglasnosti Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i suglasnosti Javne ustanove Doma zdravlja na području Tuzlanskog kantona u sklopu čije organizacione strukture djeluju Centri za mentalno zdravlje, kontaktirani su socijalni radnici, članovi tima, te je dogovorena provedba istraživanja. Socijalni radnik ili nadležni liječnik su obavijestili pacijente, odnosno korisnike o planiranom provođenju istraživanja te se istraživanju pristupilo nakon dobrovoljnog pristanka sudionika. Prije provedbe istraživanja sudionicima je predstavljena svrha, cilj i etika istraživanja te je pročitana Uputa o etičkim aspektima i osnovnim podacima o istraživanju. Sudionici su dali svoju pismenu suglasnost za sudjelovanje na zasebnom obrascu koji ni na koji način nije bio povezan s upitnikom. Podaci su prikupljeni pomoću anketnog upitnika uz prisustvo i vođenje anketara. Korišten je individualizirani pristup prikupljanju podataka, tzv. pristup „jedan na jedan“ uvažavajući specifičnosti uzorka sudionika osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja. Prikupljanje podataka je vršila istraživačica osobno, te još jedna anketarka, tj. socijalna radnica, doktorandica na Doktorskom studiju socijalnog rada i socijalne politike koja ima iskustvo u provođenju istraživanja. Obje istraživačice imaju iskustva u radu s osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja i u terenskom prikupljanju podataka.

Trajanje ispunjavanja upitnika bilo je oko 40 minuta.

3.3. Etički aspekti istraživanja

Osnovna etička načela koja su uzeta u obzir prilikom provedbe istraživanja su: informiranje, anonimnost i povjerljivost, način prezentacije rezultata i autonomija u odlučivanju, osjetljivost teme, dobrovoljnost sudjelovanja, te pažljiva analiza i interpretacija podataka. Jedan od osnovnih preduvjeta za sudjelovanje u istraživanju bio je je informirani pristanak korisnika na sudjelovanje. Tijekom provedbe ovog istraživanja pazilo se na zaštitu svih sudionika istraživanja, te su provedeni sljedeći etički postupci:

1. Sudionicima je pojašnjeno, da je anketa anonimna i da će se rezultati koristiti isključivo u svrhu pisanja doktorske disertacije i znanstvenih radova.
2. Istraživačice su prije istraživanja informirale i upoznale sudionike o temi, ciljevima, svrhom istraživanja te načinu prezentacije rezultata.
3. Istraživačice su informirale sudionike o mogućnosti odbijanja sudjelovanja u istraživanju u bilo kojem trenutku za vrijeme provedbe istraživanja.
4. Istraživačice su uzele u obzir mogućnosti sekundarne traumatizacije sudionika zbog osjetljivosti teme istraživanja, a ukoliko se ukazala potreba, nadležni liječnik ili terapeut ponudio bi sudionicima podršku nakon istraživanja.
5. Istraživanje je provedeno u kontroliranim uvjetima i provodile su ga istraživačice osobno s korisnikom ("licem u lice"). Sudionicima je omogućena pauza prilikom popunjavanja upitnika i imali su ponuđeno osvježenje.
6. Istraživačice su ponudile mogućnost prekida i ponovnog dolaska, te nastavka popunjavanja upitnika u slučaju prevelikog opterećenja za korisnika prilikom popunjavanja upitnika.

3.4. Mjerni instrumenti

Za potrebe ovog istraživanja korišten je anketni upitnik formiran od nekoliko skala koje se odnose na sociodemografske podatke, materijalnu deprivaciju, izloženost stresu, kvalitetu života, socijalnu podršku, zadovoljstvo pružanim uslugama, oporavak i pozitivno mentalno zdravlje. Mjerni instrumenti koji su korišteni u istraživanju su:

1. *Upitnik sociodemografskih obilježja* - konstruiran za potrebe ovog istraživanja.
2. *Hrvatska verzija upitnika za mentalno zdravlje* (eng. *The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) Scoring System*), (Vuletić i sur., 2018). Dobivena suglasnost autora za korištenje instrumentarija.
3. *Skala za procjenu oporavka* (eng. *The Recovery Assessment Scale - RAS 24*), (Corrigan i sur., 2008). Radi se o standardiziranom, korištenom upitniku, javno dostupnom.
4. *Upitnik materijalne deprivacije* (Ajduković, Družić Ljubotina i Kletečki Radović 2016). Dobivena suglasnost autora za korištenje instrumentarija.
5. *Ljestvica percipiranog stresa* (eng. *Perceived Stress Scale - PSS*), (Cohen, Kamarck i Mermestein, 1983). Dobivena suglasnost autora za korištenje instrumentarija.
6. *Upitnik kvalitete života MANSA* (eng. *Manchester Short Assessment of Quality of Life Scale - MANSA*), (Priebe i sur., 1999). Radi se o standardiziranom, korištenom upitniku javno dostupnom.
7. *Višedimenzionalna ljestvica percipirane socijalne podrške* (eng. *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS*), (Zimet i sur., 1988). Radi se o standardiziranom, korištenom upitniku javno dostupnom.
8. *Instrument za mjerenje korisnikovog zadovoljstva tretmanom* (eng. *Client Satisfaction Questionnaire - CSQ-18*), (Attkisson i Zwick, 1982). Dobivena suglasnost autora za korištenje instrumentarija.

1. Sociodemografski upitnik

Sociodemografski upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja sadržava: osnovne demografske varijable sudionika (dob, obrazovanje, radni status); financijski status sudionika istraživanja (iznos mjesečnog primanja kućanstva, materijalni izvori prihoda kućanstva, subjektivna procjena materijalnog statusa, subjektivna procjena stambenih uvjeta), obilježja obitelji (bračni status, roditeljski status), vrstu psihičke teškoće, dužinu liječenja, iskustvo u bolničkoj skrbi (broj hospitalizacija, procjena iskustva zadnjeg bolničkog liječenja) te iskustvo u vanbolničkoj skrbi (duljina tretmana u CMZ, vrsta usluge, razlog dolaska u CMZ).

2. Hrvatska verzija upitnika za mentalno zdravlje (Vuletić i sur., 2018).

Hrvatska verzija ljestvice za mentalno zdravlje (eng. *The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) Scoring System*) (Vuletić i sur., (2018) **je instrument koji mjeri pozitivno mentalno zdravlje. Radi se o instrumentu koji mjeri pozitivno mentalno zdravlje kroz tri dimenzije: Psihološka dobrobit** ($\alpha = 0,88$), **Socijalna dobrobit** ($\alpha = 0,84$) i **Emocionalna dobrobit** ($\alpha = 0,87$). Pouzdanost cijelog upitnika iznosi $\alpha = 0,91$. Odgovori se bilježe na skali Likertovog tipa od 0 do 5 (gdje 0 označava Nikad, a 5 označava Svaki dan). Primjeri čestica: „U protekla tri mjeseca koliko često ste se osjećali... sretno; zadovoljni životom; slobodnima da izrazite svoje mišljenje i ideje?“ Zbroj svih čestica predstavlja ukupni rezultat gdje viši rezultat ukazuje na bolje mentalno zdravlje (Keyes, 2006). Ukupni rezultat se računa aritmetičkom sredinom svih rezultata (14 čestica) i po dimanzijama M tih čestica. Rezultat se može koristiti kao mjera izraženosti pozitivnog mentalnog zdravlja, ali i kao dijagnostička kategorija (Vuletić i sur., 2018). U ovom istraživanju dobiveni su vrlo visoki koeficijenti pouzdanosti cijele skale ($\alpha = 0,95$), kao i pojedinih subskala: za emocionalnu dobrobit ($\alpha = 0,94$), za socijalnu dobrobit ($\alpha = 0,93$) i za psihološku dobrobit ($\alpha = 0,89$).

3. *Skala za procjenu oporavka - RAS (The Recovery Assessment Scale; Corrigan i sur., 2008).*

U ovom istraživanju procjene kriterijske varijable oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti koristila se skraćena verzija **Skale za procjenu oporavka** koja sadrži 24 čestice. Razvili su je Corrigan i sur., (2008) za mjerenje faktora koji se smatraju važnim za oporavak: odnos samopouzdanja i nade za pozitivnu promjenu, spremnost za traženjem pomoći, orijentacija prema uspjehu, oslanjanje na druge osobe, prevazilaženje simptoma oboljenja. Pruža mogućnost sudioniku istraživanja (ispitaniku) odabir odgovora na Likertovoj skali od 0-5, gdje 0 označava potpuno neslaganje, a maksimalni 5 koji označava potpuno slaganje. Neka istraživanja su izračunavale rezultate kao zbir za svaku stavku, dok su druge računale srednje vrijednosti. Viši rezultati na skali ukazuju na bolju percepciju oporavka. Ima dobre psihometrijske karakteristike i rezultate i povezana je sa mjerenjima samopouzdanja, osnaživanja i kvalitete života (Corrigan i Phelan, 2004). Konfirmatorniom faktorskom analizom dobila su se četiri faktora: osobno samopouzdanje i nada ($\alpha = 0,72$), želja za traženjem pomoći ($\alpha = 0,66$) i nema dominacije simptoma. Trenutno je ova skala jedna od najčešće korištenih mjera osobnog oporavka u procesu liječenja. U ovom istraživanju dobiveni su visoki koeficijenti pouzdanosti kako za cijelu skalu ($\alpha = 0,96$), tako i za pojedine subskale i to: osobno samopouzdanje i nada ($\alpha = 0,87$); spremnost na traženje pomoći ($\alpha = ,99$); usmjerenost na cilj i uspjeh ($\alpha = 0,94$); oslanjanje na druge ($\alpha = 0,86$) i nedominiranje simtpoma ($\alpha = 0,89$).

4. Upitnik materijalne deprivacije (Ajduković, Družić Ljubotina i Kletečki Radović 2016).

Za istraživanje prediktorske varijable materijalne deprivacije osoba koje boluju od psihičke bolesti koristio se **Upitnik materijalne deprivacije** (Ajduković, Družić Ljubotina i Kletečki Radović 2016). Upitnik predstavlja skraćenu i prilagođenu verziju pokazatelja materijalne deprivacije na osnovu kojih se računa stopa materijalne deprivacije, na način da se umjesto devet koristi šest indikatora materijalne deprivacije. Ovako prilagođen upitnik sastoji se od dva dijela. Prvi dio kroz 4 čestice s ponuđenim odgovorima 1 (nikad), 2 (rijetko) i 3 (često) ispituje mogućnost obitelji da zadovolji osnovne potrebe ili se uključi u aktivnosti koje su dio prihvatljivog životnog standarda. Jedna čestica se obrnuto kodira, a ukupni rezultat formira se kao prosjek svih odgovora sudionika, pri čemu niži rezultat ukazuje na veće ekonomske teškoće obitelji, dok viši rezultati ukazuju na veću materijalnu priuštivost. Upitnik je konstruiran i primijenjen 2016. godine u okviru FEHAP projekta – „Ekonomske teškoće obitelji, psihosocijalni problemi i obrazovni ishodi adolescenata u vrijeme ekonomske krize“ Hrvatske zaklade za znanost, s 830 majki. Pouzdanost mjerena Cronbach α koeficijentom iznosila je 0,75, dok je u ovom istraživanju bila nešto niža i iznosila $\alpha = 0,69$. Drugi dio upitnika sastoji se od dvije čestice koje također provjeravaju ekonomske teškoće obitelji kroz ispitivanje dva važna segmenta ekonomskog statusa – posjedovanje automobila i osiguravanje adekvatnog grijanja tijekom zime. Na čestice sudionici odgovaraju s Da ili Ne, pri čemu se odgovori kodiraju s 1 i 0, a ukupni rezultat za ovaj dio formira se kao zbroj odgovora na čestice, pri čemu niži rezultat ponovno ukazuje na veće ekonomske teškoće obitelji. U ovom istraživanju je dobiven visok koeficijent pouzdanosti za cijelu skalu ($\alpha = 0,83$; $M=8,9$; $SD=2,28$).

5. *Ljestvica percipiranog stresa – PSS (Perceived Stress Scale; Cohen, Kamarck i Mermestein, 1983).*

U svrhu mjerenja stupnja u kojem osoba doživljava svoj život nepredvidljivim (U posljednjih mjesec dana, koliko često ste bili uznemireni zbog nečega što se dogodilo neočekivano?), nekontroliranim (U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da ne možete kontrolirati važne stvari u vašem životu?) i preopterećujućim (U posljednjih mjesec dana, koliko često osjećate da se ne možete nositi sa svim obavezama koje morate izvršiti?), što predstavlja tri primarne komponente doživljaja stresa (Nakić, Tadinac i Herman, 2009) korištena je **Ljestvica percipiranog stresa – PSS-10**. Razvijene su tri najčešće korištene verzije ljestvice percipiranog stresa (PSS-14, PSS-10 i PSS-4). Za potrebe ovog istraživanja, koristit ćemo skraćenu i prilagođenu verziju ljestvice (Hudek-Knežević i sur., 1999; prema Milojević, 2019) koja se sastoji od 10 čestica, dok originalna verzija posjeduje 14 čestica, a odgovori se boduju na ljestvici procjene od 0 do 4, pri čemu je 0 označava Nikada, 1 Rijetko, 2 Ponekad, 3 Često i 4 Stalno. Hudek-Knežević i sur. (1999; prema Nakić, Tadinac i Herman, 2009) su utvrdili jednofaktorsku strukturu, te pouzdanost tipa unutarnje konzistencije $\alpha = 0,88$, dok su Cohen, Kamarck i Mermestein (1983) utvrdili pouzdanost od ,84 do 0,86.

Na ovoj skali korištenjem Cronbach alfa koeficijenta dobivena je izrazito niska pouzdanost od $\alpha = 0,08$. Zbog toga je provedena analiza glavnih komponentata skale koja je pokazala da se prisilnim jednodimenzionalnim rješenjem čestice većinom ne bi trebale rekodirati, što ne odgovara sadržaju čestica. Korištenjem Kaiser Guttmanovog kriterija s oblimin rotacijom dobiveno je dvodimenzionalno rješenje, pri čemu je korelacija među komponentama zanemariva, odnosno, pokazuje se da se statistički radi o dva odvojena konstrukta, od čega se prvi (Komponenta 1) odnosi na Uznemirenost, a drugi (komponenta 2) na Kontrolu (Tablica 4). To znači da se u ovom istraživanju nije dobila jednodimenzionalna struktura kao u drugim istraživanjima (Hudek-Knežević i sur., 1999; prema: Nakić, Tadinac i Herman, 2009), već se radi o dvodimenzionalnoj strukturi, tj. o uznemirenosti i kontroli kao dva odvojena konstrukta koji nisu u korelaciji.

Tablica 4. Rezultati analize glavnih komponenti s oblimin rotacijom za Ljestvicu percipiranog stresa

Varijabla	Komponenta		1K rješenje
	1	2	
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste bili uznemireni zbog nečega što se dogodilo neočekivano?	0,893		0,888
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da ne možete kontrolirati važne stvari u vašem životu?	0,831		0,818
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste se osjećali nervozni i pod stresom?	0,870		0,862
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste bili sigurni u vaše sposobnosti nošenja s osobnim problemima?		0,809	0,016
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da se stvari odvijaju željenim tokom?		0,806	0,118
U posljednjih mjesec dana, koliko često osjećate da se ne možete nositi sa svim obavezama koje morate izvršiti?	0,751		0,762
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste bili u mogućnosti kontrolirati neugodne situacije u vašem životu?		0,843	0,260
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da vladate situacijom na poslu?		0,739	0,049
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste bili ljuti zbog stvari koje su izvan vaše kontrole?	0,777		0,785
U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da vam se teškoće gomilaju više nego što možete podnijeti?	0,904		0,894
Λ	4,282	2,572	4,282
$\lambda_{\text{rotirano}}$	4,271	2,601	-
% varijance	-	-	42,82
Korelacije komponenti:			
Komponenta 1	-		-
Komponenta 2	0,052	-	-

$K-M-O = 0,823$; $Bartlett \chi^2 = 573,720$; $df = 45$; $p = 0,000$

Rezultat na ovim komponentama formiran je kao zbroj odgovora na pojedinim česticama. Na čestici „U posljednjih mjesec dana, koliko često ste osjećali da vladate situacijom na poslu?“ 99 sudionika nije dalo odgovor te je ovim sudionicima imputiran prosječni odgovor na svim drugim česticama kao najbolji reprezent njihovog odgovora. Nakon urađene ove analize glavnih komponentata, dobiveni su prihvatljivi koeficijenti pouzdanosti za ova dva faktora, odnosno dvije subskale: za Uznemirenost ($\alpha = 0,91$; $M=14,4$; $SD=5,93$), a za Kontrolu ($\alpha = 0,87$; $M=8,8$; $SD=3,54$). Rezultati analize glavnih komponentata su prikazani u Tablici 4.

6. *Upitnik kvalitete života – MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life Scale; Priebe i sur., 1999).*

Za ispitivanje prediktorske varijable percipirane kvalitete života u istraživanju koristio se **Upitnik kvalitete života MANSA** (eng. *Manchester Short Assessment of Quality of Life Scale*) kojeg su razvili Priebe i sur. (1999) s ciljem ispitivanja općeg zadovoljstva životom te nekim specifičnim područjima života (obitelj, zdravlje, materijalni status). Upitnik se koristi u istraživanjima vezanim uz područje mentalnog zdravlja. Sastoji se od 16 pitanja od kojih se 12 procjenjuje na ljestvici Likertovog tipa od 7 stupnjeva, pri čemu 1 znači »ne može biti gore«, a 7 »ne može biti bolje«. Priebe i sur. (1999) ovih 12 pitanja nazivaju subjektivnim, s obzirom da učesnici u istraživanju procjenjuju vlastito zadovoljstvo određenim aspektima života, kao što su: općenito zadovoljstvo životom, posao, financijska situacija, broj i kvaliteta prijateljstava, aktivnosti u slobodno vrijeme, smještaj, osobna sigurnost, osobe s kojima žive, seksualni život, obiteljski život, tjelesno i mentalno zdravlje. Ostala 4 pitanja na koja se odgovara s »da« ili »ne« autori skale nazivaju objektivnima i služe kao kvalitativna informacija. Ukupan rezultat predstavlja prosjek odgovora na 12 pitanja, pri čemu je minimalni rezultat 1 i označava potpuno nezadovoljstvo kvalitetom života, a maksimalni 7 koji označava potpuno zadovoljstvo kvalitetom života. Cronbach alpha koeficijent na uzroku osoba s psihičkim poteškoćama iznosi 0,74 (Priebe i sur., 1999). U istraživanju provedenom u Hrvatskoj s 663 korisnika socijalne pomoći i zaposlenim osobama različitog materijalnog statusa Cronbachalpha koeficijent je iznosio $\alpha = 0,88$ (Družić Ljubotina, 2012). Ova skala je do sada primijenjena u brojnim svjetskim i domaćim istraživanjima subjektivne kvalitete života, a jedno od relevantnih je istraživanje provedeno u Hrvatskoj na područjima koja su bila pogođena ratom, u kojem je sudjelovalo 454 osobe, pri čemu je Cronbachalpha koeficijent iznosio $\alpha = 0,83$ (Ajduković, Kraljević i Penić, 2007). U ovom istraživanju pouzdanost je bila $\alpha = 0,89$.

7. *Višedimenzionalna skala percipirane socijalne podrške MSPSS (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support; Zimeti sur., 1988)*

Prediktorska varijablu percipirane socijalne podrške osoba koje boluju od psihičke bolesti istražila se upotrebom **Višedimenzionalne ljestvice percipirane socijalne podrške** (eng. *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS*). Predstavlja instrument koji mjeri percipiranu podršku iz tri različita izvora: obitelji, prijatelja i značajne osobe. Ljestvica se sastoji od 12 čestica na koje se odgovara na skali od 1 do 7 (1-uopće se ne slažem i 7-potpuno se slažem). Svaka od tri podljestvice ima četiri čestice, a podljestvice su – Podljestvica socijalne podrške obitelji (npr. moja mi se obitelj stvarno trudi pomagati), Podljestvica socijalne podrške prijatelja (npr. mogu računati na prijatelje kada stvarno krene loše) i Podljestvica socijalne podrške značajne osobe (npr. imam osobu koja mi je pravi izvor utjehe). Za izračun se koristi ukupan prosječan rezultat za ukupan rezultat te svaku podljestvicu. Rezultati ove skale može se izraziti kao ukupan rezultat koji obuhvaća sve čestice, a dobije se zbrajanjem svih odgovora. Dobiveni rezultat se može kretati u rasponu od 12 do 84. Rezultat u rasponu od 12 do 48 smatra se niskim (nizak stupanj percipirane socijalne podrške), rezultat u rasponu od 49 do 68 smatra se umjerenim (umjereni stupanj percipirane socijalne podrške), a rezultat u rasponu od 69 do 84 smatra se visokim (visoki stupanj percipirane socijalne podrške). Također, može se izračunati i rezultat za svaku podljestvicu, tako da se zbroje odgovori na česticama svake subskale, pri čemu je najmanji mogući rezultat 4, a najveći mogući 28 (Ekbäck, Benzein, Lindberg i Arestedt, 2013). Cronbach alpha za podskalu 10 obitelj je 0,87, značajnu drugu osobu 0,91, bliski prijatelji 0,85 i skalu u cijelosti 0,88. Instrument je višestruko validiran te je više istraživanja ukazalo na to da se radi o instrumentu od dobrih do odličnih koeficijenata internalne konzistencije i pouzdanosti test-retestova, pri čemu Cronbachov alfa iznosi od 0,81 do 0,98 na ne-kliničkim uzorcima a od 0,92 do 0,94 na kliničkim uzorcima (Zimet i sur, 1988, Zimet i sur, 1990, Clara i sur, 2003 prema Wongpakaran i Ruktrakul, 2011). Hrvatska verzija ljestvice preuzeta je od autorica Brajša Žganec i sur., (2018). Cronbachov alfa hrvatskog prijevoda u tom radu iznosio je 0,92 za podljestvicu socijalne podrške značajne osobe i 0,94 za onu obitelji i prijatelja.

U našem istraživanju dobiveni su visoki koeficijeni pouzdanosti kako za cijelu skalu ($\alpha = 0,96$), tako i za pojedine subskale i to: za Podršku – značajni drugi ($\alpha = 0,96$), za Podršku – prijatelji ($\alpha = 0,96$), a za Podršku – obitelj ($\alpha = 0,97$).

Za potrebe našeg istraživanja opisanu ljestvicu socijalne podrške smo proširili sa 6 tvrdnji koje se odnose na izvore izravne instrumentalne podrške. Za ispitivanje prediktorske varijable instrumentalne podrške, u kojoj mjeri korisnik može računati na pomoć sljedećih ljudi/ službi/organizacija/institucija korišten je **Upitnik socijalne podrške** (Šućur i sur., 2015). Upitnik socijalne podrške korišten je i konstruiran u okviru projekta UNICEF-a Siromaštvo i materijalna dobrobit djece predškolske dobi u Republici Hrvatskoj (Šućur i sur., 2015). Upitnik socijalne podrške primijenjen je s 1139 roditelja u okviru ovog projekta. Upitnik je dvodimenzionalan, što znači da se jedna dimenzija odnosi na formalne izvore podrške roditeljima i njihovoj djeci (8 izvora podrške, npr. centar za socijalnu skrb, liječnik, škola i dr.), a druga na neformalne izvore podrške (5 izvora podrške npr. obitelj, prijatelji, susjedi i dr.). Ponuđeni odgovori su od 1 (nikad) do 4 (uvijek), a sudionicima se postavlja pitanje u kojoj mjeri mogu računati na pomoć iz formalne i neformalne okoline. Ukupni rezultat računa se odvojeno za neformalne i formalne izvore podrške kao prosjek odgovora na pripadajućim česticama te se može kretati od 1 do 4, pri čemu veći rezultat označava veću percipiranu dostupnost podrške iz formalnih, odnosno neformalnih izvora. Pouzdanost je za subskalu neformalne podrške u ovom istraživanju iznosila $\alpha = 0,79$, a za subskalu formalne podrške $\alpha = 0,88$.

Pouzdanost je za subskalu neformalne podrške u ovom istraživanju iznosila $\alpha = 0,79$, a za subskalu formalne podrške $\alpha = 0,88$. Pouzdanost cijele skale koju smo nazvali „socijalnom mrežom“ bila je visoka i iznosila je ($\alpha = 0,85$).

8. *Upitnik za mjerenje korisnikovog zadovoljstva tretmanom - CSQ-18 (eng. Client Satisfaction Questionnaire; Attkisson, 1987).*

Prediktorsku varijablu o zadovoljstvu korisnika uslugama u zajednici istraživati ćemo upotrebom **Instrumenta za mjerenje korisnikovog zadovoljstva tretmanom** (eng. *Client Satisfaction Questionnaire CSQ-18*). **CSQ-18** otkriva korisnikovo mišljenje o korisnosti pruženih usluga u zajednici i predstavlja upitnik oblikovan za mjerenje korisnikovog zadovoljstva tretmanom. Razvili su ga Larsen i suradnici (1979). Predstavlja jednodimenzionalni osmodijelni upitnik koji se temelji na podacima stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja o broju stavki koje mogu biti povezane sa zadovoljstvom korisnika. Prvenstveno je odabran zbog njegove kratkoće, jasnoće i primjenjivosti (Attkisson, 1987), zbog tehničke kvalitete (Campbell, 1999); jer je korišten na sličnom uzorku i ima dobru konstruktivnu valjanost, kao i odličnu unutrašnju konzistentnost $\alpha=0,91$ i $\alpha=0,93$ (Larsen i sur., 1979; Attkisson i Zwick, 1982). Sastoji se od 8 pojedinačnih stavki ocijenjenih u 5-bodnom Likertovom formatu odgovora. Stavke i njihov oblik odgovora uključivaju sljedeće: *kvalitetu usluge* u rasponu od 1 (niska kvaliteta) do 5 (visoka kvaliteta), *stepen primanja traženih usluga* u rasponu od 1 (uopće nije zadovoljan) do 5 (vrlo zadovoljan), *stepen zadovoljavanja potreba* u rasponu od 1 (ne zadovoljava moje potrebe) do 5 (u potpunosti zadovoljavam moje potrebe), *stepen preporuke usluge* od 1 (ne preporučujem) do 5 (toplo preporučujem), *stepen zadovoljstva iznosom pomoći* kretao se od 1 (uopće nezadovoljan) do 5 (vrlo zadovoljan), *korisnost usluga za rješavanje problema* kretala se u rasponu od 1 (uopće nije pomogla) do 5 (mnogo je pomoglo), *stepen traženja istih usluga* od 1 (neće tražiti iste do 5 (vrlo će tražiti iste usluge) i *opće zadovoljstvo s uslugama* raspoređenim od 1 (uopće nije zadovoljan) do 5 (vrlo zadovoljan). Koeficijent pouzdanosti cijele skale je visok i iznosi $\alpha = 0,96$ ($M=62,91$; $SD=9,3$).

3.5. Obrada podataka

Podaci prikupljeni u istraživanju obrađeni su standardnim statističkim obradama. Za prikaz sociodemografske strukture uzorka korištene su frekvencijska i deskriptivna analiza podataka. Prije testiranja hipoteza provedeno je testiranje normaliteta distribucija za zavisne varijable kako bi se provjerio preduvjet za korištenje parametrijskih statističkih metoda na temelju čega se pristupilo korištenju parametrijske statistike (ANOVA i Hijerarhijska regresijska analiza).

Za ispitivanje razlika u razini rizičnih i zaštitnih čimbenika između subuzoraka osoba oboljelih od shizofrenije (F 20), poremećaja raspoloženja (depresivni poremećaj F32 i bipolarni afektivni poremećaj F31) i osoba s anksioznim poremećajima (anksiozni F40, F41 i opsesivno-kompulzivni poremećaj F42) korištena je jednostavna analize varijance ANOVA.

Središnji postupak analize bila je hijerarhijska regresijska analiza na osnovu koje se utvrdio doprinos obilježja bolesti (dijagnoze, trajanja oboljenja, duljine liječenja, sudjelovanja u tretmanu, broja hospitalizacija), materijalnog statusa, izloženosti stresu, kvaliteti života, socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama u predikciji pozitivnog mentalnog zdravlja i oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti. Za analizu modela korištena je hijerarhijska regresijska analiza pri čemu su varijable uvrštavane po blokovima sukladno hipotezama. Time je uz rezultate regresijske analize dobiven doprinos pojedinog bloka povrh ranije uključenih varijabli. U prikazu rezultata korišteni su sljedeći parametri: r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija, zatim β – standardizirani regresijski koeficijent. R – koeficijent multiple korelacije; R^2_{corr} za objašnjenje ukupne varijance kriterija).

Za provedbu analiza korišten je SPSS 23.0.

4. REZULTATI I RASPRAVA

U ovom poglavlju prikazani su i raspravljani rezultati provedenog istraživanja sukladno postavljenom istraživačkom cilju, problemima i hipotezama. Podaci su analizirani usporedbom razlika između subuzorka sudionika istraživanja, osoba koje boluju od psihičke bolesti i to: a) shizofrenije (F20), b) poremećaja raspoloženja (depresivni poremećaj F32) i bipolarno afektivnog poremećaja (F31) i c) anksioznog poremećaja (anksiozni F40 i opsesivno-kompulzivni poremećaj F41).

Na početku su prikazana sociodemografska obilježja uzorka sudionika istraživanja, osoba koje boluju od psihičke bolesti iz tri skupine. Nakon toga, kao odgovor na prvi istraživački problem, odgovarajućim je statističkim testovima provjereno postoje li razlike u razini materijalne deprivacije, izloženosti svakodnevnom stresu, kvaliteti života, socijalnoj podršci, zadovoljstvu pružanim uslugama, procjeni oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja obzirom na vrstu psihičkog oboljenja.

Nadalje, u sklopu drugog istraživačkog problema, prikazani su i raspravljani rezultati hijerarhijske regresijske analize kojima se ispitaio doprinos obilježja određenih čimbenika rizika i zaštite: psihičkog oboljenja, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, percipirane socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama, na oporavak osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Kao odgovor na treći istraživački problem, prikazani su i raspravljani rezultati regresijskih analiza kojima se ispitaio doprinos obilježja psihičkog oboljenja, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, percipirane socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama na pozitivno mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti kao kriterijske varijable.

4.1. Sociodemografska obilježja sudionika

Sociodemografska obilježja koja su ispitana u ovom istraživanju uključivala su sljedeće varijable: osnovne demografske varijable sudionika (spol, dob, obrazovanje, radni status); financijski status sudionika istraživanja (iznos mjesečnog primanja kućanstva, materijalni izvori prihoda kućanstva, subjektivna procjena materijalnog statusa, subjektivna procjena stambenih uvjeta), karakteristike obitelji (bračni status, roditeljski status), vrstu psihičke teškoće, dužinu liječenja, iskustvo u bolničkoj skrbi (broj hospitalizacija, procjena iskustva zadnjeg bolničkog liječenja) te iskustvo u vanbolničkoj skrbi (duljina tretmana u CMZ, vrsta usluge, razlog dolaska u CMZ).

Tablica 5. Sudionici prema postavljenoj dijagnozi nadležnog psihijatra

Varijabla	Kategorija	%
Dijagnoza koju Vam je postavio liječnik?	Schizophrenia	28,5
	Depresivni poremećaj	35,0
	Bipolarni afektivni poremećaj	8,0
	Anksiozni poremećaj	26,0
	Opsesivno kompulzivni poremećaj	2,5
	Ukupni N	200

U istraživanje je ukupno uključeno 200 sudionika, osoba s psihičkim oboljenjem, od kojih 28,5% sudionika osoba s dijagnozom shizofrenije, 43% osoba s poremećajima raspoloženja (uključuje depresivni poremećaj i bipolarni afektivni poremećaj) i 28,5% sudionika iz kategorije anksioznih poremećaja (uključuje anksiozni i opsesivno-kompulzivni poremećaj) (Tablica 5).

Tablica 6. Spolna struktura sudionika

Varijabla	Kategorija	%
Spol	Ženski	65,0
	Muški	35,0
	Ukupni N	200

Kao što je vidljivo iz Tablice 6 u ukupnom uzorku sudionika, značajniji je udio žena, 65% u odnosu na 35% muškaraca.

Prema dostupnim službenim podacima vodeće psihičke bolesti registrirane u Centrima za mentalno zdravlje u FBiH za 2021. godinu su depresivni poremećaji, čak 65%, a češće liječeni korisnici bile su žene. Prema dostupnim podacima o broju oboljelih i registriranih, žene češće boluju od depresije u odnosu na muškarce (broj oboljelih i registriranih muškaraca od depresije u centrima za mentalno zdravlje je 24%) te su i češće korisnice izvanbolničkih usluga psihijatrijske skrbi u zajednici u odnosu na muškarce (ZZJZFBiH, 2021). Dodatni službeni podaci pokazuju da depresija ima vodeću ulogu u procjenama prevalencije najrasprostranjenijih mentalnih poremećaja na globalnoj razini (SZO, 2022c) i na razini Tuzlanskog kantona (ZZJZTK, 2021) te da je oko 50 % češće prisutna kod žena nego kod muškaraca (SZO, 2023a).

Uzorak sudionika u ovom istraživanju nije inicijalno ujednačen po spolu i vrsti psihičke bolesti, već se koristio prigodan uzorak korisnika Centara za mentalno zdravlje. Stoga, sukladno pokazateljima da su žene češće korisnice usluga centara za mentalno zdravlje na području FBiH i češće u tretmanu zbog depresije kao psihičkog oboljenja, ne iznenađuje struktura uzorka sudionika u kojem prevladavaju žene (65%) s poremećajima raspoloženja koji uključuje depresivni i bipolarni afektivni poremećaj (43%).

Tablica 7. Dob sudionika

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max
Koliko imate godina	197	53,8	11,73	24	47	55	61	86

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat

U istraživanje su uključene osobe starije od 18. godina. Iz Tablice 7 vidljivo je da se starosna dob sudionika kretala od 24 do 86 godina starosti. Prosječna dob uključenih sudionika iznosi 54 godina. Otprilike $\frac{1}{4}$ sudionika je dobi do 47 godina, dok su $\frac{3}{4}$ starije osobe.

Tablica 8. Obrazovanje, radni i bračni status sudionika

Varijabla	Kategorija	%
Obrazovanje	nezavršena osnovna škola	17,0
	osnovna škola (NKV, KV)	24,5
	srednja stručna škola (VKV)	26,5
	srednja škola/gimnazija	25,5
	viša škola	1,5
	fakultet i više	4,5
	magistar/doktor nauka	,5
Radni status	zaposlen/a kod poslodavca	19,5
	samozaposlen/a, u vlastitom obrtu, preduzeću ili imanju	1,0
	nezaposlen/a	31,5
	student/ica	1,0
	u mirovini	27,5
	niste aktivni/a na tržištu rada(npr. kućanske obaveze, domaćica)	12,0
	nešto drugo, šta?	7,5
Bračni status	samac	19,5
	oženjen/udata	56,5
	vanbračna zajednica	,0
	razveden/a	9,0
	Ostalo	15,0
Ukupni N		200

U Tablici 8 prikazana su sociodemografska obilježja uzorka sudionika koja se odnose na obrazovanje, radni i bračni status. Vidljivo je da najveći broj sudionika ima završenu srednju školu (stručnu i gimnaziju) njih 52%, slijede sudionici sa završenom osnovnom školom 24,5%, a najmanji je udio onih sa završenom višom školom 1,5% i fakultetom, magisterijem/doktoratom, kojih je ukupno 5%. Relativno visok je udio sudionika s nezavršenom osnovnom školom od 17%. Ovaj podatak nije iznenađujući obzirom na to da FBiH i Tuzlanski kanton imaju nepovoljniju obrazovnu strukturu stanovništva. Službeni statistički podaci obrazovne strukture stanovništva pokazuju da je u FBiH i Tuzlanskom kantonu preko 50%, stanovništva završilo srednje obrazovanje, a približno 21% je završilo osnovnu školu. U FBiH je 4,44% stanovnika bez obrazovanja, a u Tuzlanskom kantonu 5,2% (Agencija za statistiku, 2018). Slični su i pokazatelji

obrazovne razine partnera sudionika ovog istraživanja. Srednjoškolsko obrazovanje ima 60,4% partnera, 20,6% ima završenu osnovnu školu. Udio sudionika istraživanja čiji partneri nemaju završenu školu iznosi 12,7%. Podaci o razini obrazovanja sudionika i njihovih partnera ukazuju da veći broj sudionika istraživanja koji su nižeg stupnja obrazovanja koriste usluge izvanbolničke psihijatrijske skrbi. Što se tiče radnog statusa, pokazalo se da je približno petina uzorka (19,5%) zaposlena kod poslodavca, 1% sudionika je samozaposleno u vlastitom obrtu, dok 31% sudionika je nezaposleno, 27,5% sudionika je u mirovini, a 12% sudionika nisu aktivni na tržištu rada (kućanske obaveze, domaćica). Dakle, gotovo uzorka obuhvaćenog ovim istraživanjem su nezaposlene osobe ili osobe koje nisu radno aktivne što govori u prilog činjenici da nezaposlenost ili radna neaktivnost mogu imati značajan učinak na mentalno zdravlje ljudi i obrnuto. Obilježja radnog statusa partnera sudionika istraživanja pokazuju da je 21,8% nezaposleno a 12,1% nije radno aktivno (mirovina i kućanske obaveze). Ovaj podatak dodatno opravdava zaključak u smjeru nezaposlenosti kao rizičnog čimbenika za psihičko zdravlje čovjeka i obrnuto. Udio sudionika u ovom istraživanju govori da su korisnici izvanbolničke psihijatrijske skrbi i njihovi partneri uglavnom nezaposleni i nisu radno aktivni. Brojna su istraživanja ukazala na povezanost lošeg materijalnog statusa s lošijim psihičkim zdravljem ljudi (Butterworth i sur., 2012; Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014; Kiely i sur., 2015; Frankham, Richardson i Maguire, 2020). Psihičke teškoće se razvijaju u odnosu na osobno iskustvo i ne razvijaju se kod svake osobe koja se suočava s finansijskim poteškoćama. Različitost u osobnom iskustvu može biti i rizični i zaštitni čimbenik mentalnom zdravlju, od različitih životnih stresora, poput primjerice finansijskih teškoća uzrokovanih nezaposlanošću. Gubitak zaposlenja znači gubitak mogućnosti zadovoljenja temeljnih psiholoških potreba koje su preduvjet psihičkog zdravlja (Raito i Lahelma, 2015), dok zaposlenost može djelovati kao zaštitni čimbenik u nošenju sa svakodnevnim stresom odnosno sa obilježjima psihičkih oboljenja, a što je istaknuto i u drugim istraživanjima (Selenko i Batinic, 2011; 2013; Selenko, Stiglbauer i Batinic, 2020), koja su ukazala da zaštitno djelovanje zaposlenosti po mentalno zdravlje pojedinca nije povezano samo s novcem kao egzistencijalnim resursom, već i nizom drugih dobrobiti: socijalni status, socijalna uključenost, dnevna struktura i pripadnost lokalnoj zajednici te osjećajem sigurnosti. Proces samog oporavka od psihičke bolesti je značajno veći kod zaposlenih osoba u odnosu na osobe koje su korisnici materijalnih prava iz sustava socijalne skrbi (Lloyd, King i Moore, 2010; Štrkalj Ivezić i Radić, 2022). Nadalje, kao što je vidljivo iz Tablica 8, a odnosi se na bračni status, u ukupnom uzorku najbrojnija je skupina onih

sudionika koji žive u braku (56,5%), potom slijede samci (19,5%) te naposljetku skupina razvedenih sudionika (9%).

Tablica 9. Imate li djece

Varijabla	Kategorija	%
Imate li djece?	Da	79,4
	Ne	20,6
Ukupni N		194

Tablica 9 sadrži podatke o obilježjima roditeljskog statusa sudionika ovoga istraživanja. Ukupno 79,4% sudionika 80% sudionika istraživanja ima djecu, a 20,6% sudionika nema djecu.

Tablica 10. Broj djece

Varijabla	N	M	SD	,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00
				%	%	%	%	%	%
Broj djece	191	1,6	1,08	21,5	18,8	45,0	10,5	3,7	,5

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Obilježja o broju djece sudionika istraživanja prikazana su u Tablici 10. Pokazalo se da najviše sudionika istraživanja (45%) iskazuje da ima dvoje djece, zatim 18,8% jedno dijete, 10,5% iskazuje da ima troje djece, a 3,7% četvero.

Tablica 11. Broj članova kućanstva, uključujući i Vas

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max
Broj članova kućanstva, uključujući i Vas:	189	2,5	1,19	1	2	2	3	8

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat

Broj članova kućanstva varira između 1 i 8, s tim da je najčešći broj članova kućanstva dva. Ovo je vjerojatno i povezano s relativno visokom dobi sudionika istraživanja, čija prosječna vrijednost premašuje dob od 50 godina ($M=53,8$). Moguće je da sudionici istraživanja više ne žive sa svojom

djecom, uslijed čega je i broj članova kućanstva sveden na bračne partnere. Ovakva okolnost može se staviti u kontekst okolišnih obilježja Tuzlanskog kantona koje predstavlja područje sprevladavajućim udjelom starijeg stanovništva i negativnim prirodnim priraštajem (Vlada Tuzlanskog kantona, 2021). Život u obitelji samo s bračnim partnerima (bez djece) u ovom istraživanju nije nužno obilježje čimbenika rizika. Prema dobivenim sociodemografskim obilježjima koji se odnose na djecu i činjenicu da gotovo 80% sudionika ima djecu, bezobzira što roditelji i ta djeca ne žive u zajedničkom kućanstvu, ona ipak predstavljaju potencijal za brigu i podršku roditeljima koji imaju poteškoće mentalnog zdravlja.

Tablica 12. Subjektivna procjena materijalnog statusa

Varijabla	N	M	SD	vrlo loše, znatno slabije od većine drugih	loše, slabije od većine drugih	srednje, kao u većine drugih	dobro, bolje od većine drugih	odlično, znatno bolje od većine drugih
				%	%	%	%	%
Kako procjenjujete svoje materijalno stanje?	199	3,0	,90	5,5	21,6	43,7	26,6	2,5

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Materijalni status sudionika istraživanja mjeren je pomoću subjektivne procjene materijalnog statusa i objektivnim pokazateljem o visini prosječnog mjesečnog dohotka kojim korisnik raspolaže. Subjektivna procjena jedan je od češće korištenih indikatora percepcije materijalnog statusa, a sastoji se od jednog pitanja kojim se sudionike pita da sami procijene koliko visokim ili niskim smatraju svoj materijalni status. Subjektivna procjena materijalnog statusa u ovom istraživanju procjenjivana je na način da sudionici odgovaraju ocjenom na skali od 1 do 5, pri čemu 1 označava vrlo loš, a 5 odličan materijalni status. Prema dobivenim rezultatima (Tablica 12) većina sudionika (43,7%) iskazuje da je njihov materijalni status kao kod većine drugih ljudi, 21,6% svoj materijalni status procjenjuje kao bolji od većine drugih, a 21,6% sudionika smatra da im je materijalni status slabiji. Tek 5,5% sudionika procijenilo je da je njihov materijalni status znatno slabiji od većine drugih.

Tablica 13 Okvirni iznos mjesečnih primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	200	914,7	787,44	0	420	675	1200	5000

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat

Objektivniji pokazatelj materijalnog statusa ispitao se pitanjem prosječnog mjesečnog dohotka. Rezultati su pokazali da prosječni materijalni dohodak sudionika istraživanja iznosi nešto malo više od 900 KM² (cca. 450 eura), ali s velikim odstupanjem (SD=787,44 KM, odnosno cca. 340 eura). Četvrtina uzorka ima primanja između 675 KM i 1200 KM (cca. 330 i 600 eura), a četvrtina uzorka ima primanja preko 1.200 KM (cca. 600 eura). Veliki je raspon između najnižeg i najvišeg mjesečnog primanja sudionika (od 0 KM do 5.000 KM, dakle cca. 2.500 eura), a što je moglo utjecati i na ovakvu nepravilnu raspodjelu podataka (Tablica 13).

Prosječna mjesečna isplaćena neto plaća po zaposlenom za prosinac 2022. godine u FBiH iznosila je 1.180 KM, cca 600 eura (FZS, 2023), a najniža mirovina za siječanj 2023. godine iznosi 495,12 KM cca 250 eura, zajamčena mirovina 590,90 KM cca 300 eura, a samostalna mirovina 619,37 KM cca 310 eura (FZMIO, 2023). U odnosu na pokazatelje prosječne plaće i najniže mirovine čak polovica sudionika istraživanja ima relativno nizak životni standard budući da su im mjesečna primanja ispod prosječne plaće u FBiH.

Nadalje, Federalni zavod za statistiku (2017) proveo je „Anketu o potrošnji domaćinstava (APD)“ kojom se prikupljaju podaci o izdacima domaćinstava za hranu i piće, stanovanje, namještaj, odjeću i obuću, zdravstvo, prijevoz, komunikaciju, rekreaciju i slobodno vrijeme, kulturu i obrazovanje. Pored toga, prikupljaju se i osnovni podaci o članovima domaćinstava, karakteristikama stambene jedinice, prihodima i investicijama domaćinstava te podaci o socijalnoj uključenosti istraživanje. U obzir su uzeti pokazatelji relativnog siromaštva koji uključuju distribuciju dohotka u populaciji, raspoloživi dohodak kućanstva i veličinu kućanstva. Pritom je

² Konvertibilna marka

kao osnovni pokazatelj uzeta stopa rizika od siromaštva koja ne pokazuje koliko je ljudi stvarno siromašno, ali ukazuje na postotak osoba s dohotkom ispod praga rizika od siromaštva. Prag rizika od siromaštva postavljen je na 60% od srednje vrijednosti raspoloživog dohotka svih osoba te iznosi na godišnjoj razini 583,89KM cca 290 eura za dvočlano kućanstvo bez djece. Prema ovim podacima, stopa rizika od siromaštva u 2017. iznosila je 17,1%, a gotovo 105.000 kućanstava ili oko 330.000 stanovnika su bili ispod praga relativnog siromaštva (FZS, 2017). Anketa potvrđuje da tip kućanstva igra veliku ulogu u određivanju stope rizika od siromaštva. Prosječan broj članova kućanstava sudionika u ovom istraživanju su dva te okvirna mjesečna primanja kojima raspolažu sudionici i članovi obitelji je 675KM (cca. 330 eura).

Uspoređujući ove pokazatelje sa službenim podacima o granici siromaštva u FBiH vidljivo je da se polovica sudionika ovog istraživanja nalazi blizu ili ispod praga relativnog siromaštva. Prema pokazatelju visine prihoda s kojim raspolaže kućanstvo, kao objektivnom pokazatelju materijalnog statusa, vidljivo je da uzorak sudionika ovog istraživanja relativno siromašan uspoređujući službene statističke pokazatelje.

Tablica 14. Subjektivna procjena stambenih uvjeta

Varijabla	N	M	SD	izrazito loši	loši	zadovoljavajući	dobri	izrazito dobri
				%	%	%	%	%
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	199	3,5	,89	3,0	9,0	29,1	50,3	8,5

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Subjektivna procjena stambenih uvjeta, u ovom je istraživanju mjerena kao i subjektivna procjena materijalnog statusa: od sudionika je, u jednom pitanju, zatraženo da na skali od 1 do 5 procijene svoje stambene uvjete. Pri tome je ocjena 1 označavala vrlo loše stambene uvjete, a ocjena 5 vrlo dobre stambene uvjete.

Prema rezultatima navedenim u Tablici 14 vidno je da je 12% sudionika svoje stambene uvjete procijenilo kao loše, dok blizu trećine (29,1%) sudionika procjenjuje uvjete zadovoljavajućim, 50,3% sudionika procjenjuje uvjete kao dobre, a 8.5% kao izuzetno dobre.

Tablica 15. Stambeni status

Varijabla	Kategorija	%
Gdje živite Vi i Vaša porodica?	u vlastitom stanu ili kući	73,0
	podstanar sam u tuđem stanu ili kući	2,0
	u socijalnom stanu ili stanu ustupljenom na korištenje	1,0
	živim u stanu ili kući roditelja ili rodbine	23,0
	nešto drugo	1,0
	Ukupni N	200

Stambeni status sudionika ovoga istraživanja je prikazan u Tablica 15. iz koje je vidljivo da većina sudionika ima osigurano stambeno pitanje te žive u vlastitom stambenom objektu (73%).

Njih samo 2% žive kao podstanari, zatim 1% u socijalnom stanu. Kod svojih roditelja ili rodbine živi 23% osoba s psihičkim oboljenjem, sudionika istraživanja. Rezultati istraživanja ukazali su da se problemi mentalnog zdravlja češće povezuju sa životom u siromaštvu i većim rizikom za stanovanje u neadekvatnim stambenim uvjetima (Selenko i Batinic, 2013).

U uzorku sudionika ovog istraživanja gotovo 80% osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja ima vlastitu kuću ili stan, a njih 87% svoje stambene prilike procjenjuju dobrim. Iskazan visoki udio privatnog stambenog vlasništva nije neočekivan podatak budući da je ono jedna od specifičnosti i obilježja stambenog fonda FBiH.

Tablica 16. Obilježja stambenog prostora

Varijabla	N	Da	Ne
		%	%
Zaseban prostor za kuhanje (kuhinju)	198	98,0	2,0
Kupaonicu zasebnu prostoriju	196	96,4	3,6
Soba: navedite broj	120	98,3	1,7
WC u stanu/kući	198	97,0	3,0
Struju (električne instalacije)	200	99,5	,5
Vodu (vodovodne instalacije)	199	99,0	1,0
Kanalizaciju	198	96,0	4,0
Toplu vodu	197	96,4	3,6
Centralno grijanje	196	45,4	54,6
Telefon/mobitel	200	94,0	6,0
prostorno premalen obzirom na broj ukućana	199	11,1	88,9
neadekvatno opremljen namještajem i kućanskim aparatima	199	10,1	89,9
opremljen potpuno dotrajalom namještajem	199	17,1	82,9
nalazi se u dotrajalom objektu	200	13,0	87,0
nedovoljno topao	199	12,6	87,4
Vlažan	199	14,6	85,4
televizor u boji	198	96,0	4,0
video ili DVD player	186	45,7	54,3
radio ili muzičku liniju	185	54,1	45,9
Kompjuter	189	46,6	53,4
perilicu rublja	199	92,0	8,0
perilicu posuđa	197	53,3	46,7
Hladnjak	199	93,0	7,0
Automobil	198	47,0	53,0

Kao što je vidljivo iz Tablice 16, sudionici iskazuju adekvatne stambene uvijete. Iz prikazanog vidljivo je da većina sudionika iskazuje da su opremljeni adekvatnim namještajem, posjeduju ono što je potrebno za stanovanje (posebnu prostoriju za kuhanje, kupaonicu, toalet, sobe za spavanje, struju, vodu, toplu vodu, sve električne i vodovodne instalacije, kanalizaciju te telefon). Gotovo oko polovine sudionika (45,4%) u stambenim objektima nema regulirano centralno grijanje i iskazuju da stanovi nisu dovoljno topli (87,4%) te da imaju problema s vlagom (85,4%). Preko 80% sudionika izjavljuje da je namještaj kojim su stambeni objekti opremljeni star i dotrajavao, te da su i sami objekti dotrajali. Preko 90% sudionika u svojim stambenim objektima posjeduje

televizor u boji, perilicu rublja i hladnjak, a polovina posjeduje računalo, perilicu posuđa, automobil, radio ili muzičku liniju, video i DVD player.

Siromaštvo je moguće podijeliti na tzv. apsolutno siromaštvo koje podrazumijeva da osobe nisu u mogućnosti zadovoljiti osnovne potrebe za fizički opstanak, tj. za održanje zdravlja i radne sposobnosti poput prehrane, odijevanja, stanovanja i kretanja, te relativno siromaštvo koje se određuje u odnosu na prihvatljivi životni standard u nekom društvu i vremenskom razdoblju (Pettinger, 2019). Shodno subjektivnoj i objektivnoj procjeni materijalnog statusa i stambenih uvjeta, sudionici su imali mogućnost procjene doživljavaju li se siromašnima u odnosu na svoj materijalni status i stambene uvjete.

Tablica 17. Subjektivna procjena siromaštva

Varijabla	N	Da	Ne	Nešto drugo
		%	%	%
Doživljavate li se siromašnima?	197	20,8	72,1	7,1

U obuhvaćenom uzorku petina sudionika (20,8%) smatra se siromašnima, dok skoro tri četvrtine uzorka, odnosno njih 72,1% iskazuju da se ne doživljavaju siromašnima (Tablica 17). Zanimljivo je da iako polovica sudionika ovog istraživanja živi u relativnom siromaštvu u usporedbi sa službenim pokazateljima prosječne plaće i mirovine te siromaštva u FBiH (FZS, 2017) njih samo 20 % se i subjektivno osjeća siromašnima.

Tablica 18. Duljina liječenja i korištenja usluga Centra za mentalno zdravlje

Varijabla	N	M	SD	Min	Q1	C	Q3	Max
Koliko dugo se liječite od navedene bolesti?	196	133,9	118,50	3	36	108	234	480
Koliko dugo koristite usluge u Centru za mentalno zdravlje?	191	119,1	108,54	3	24	96	192	480

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat; Q1 – prvi kvartil; C – medijan; Q3 – treći kvartil; Max – maksimalni ostvareni rezultat

Duljina liječenja varira za sve sudionike istraživanja od minimalno 3 mjeseca do maksimalno 480 mjeseci (40 godina). Prosječno trajanje korištenja usluga centara za mentalno zdravlje zbog psihičkih bolesti je 133,9 mjeseci, približno 11 godina. Dakle, uzorak sudionika ovoga istraživanja činile su osobe s dugogodišnjim iskustvom u izvanbolničkoj psihijatrijskoj skrbi u zajednici što može upućivati na dugogodišnje osnaživanje i podršku u oporavku (Tablica 18).

Odstupanje u vremenskom periodu od početka liječenja psihičke bolesti (postavljane dijagnoze od strane liječnika) do perioda početka korištenja usluga i tretmana u centru nije značajno i iznosi jednu godinu.

Tablica 19. Iskustvo bolničkog liječenja

Varijabla	N	Da	Ne
		%	%
Da li imate iskustvo bolničkog liječenja zbog ove bolesti ?	191	40,8	59,2

Imajući u vidu da se radi o sudionicima koji su dugogodišnji korisnici usluga i tretmana izvanbolničke psihijatrijske skrbi, očekivani je rezultat koji govori o tomu da četvrtina sudionika navodi da ima i iskustvo u psihijatrijskoj bolničkoj skrbi te velik broj bolničkih tretmana. Nisu svi sudionici s iskustvom bolničkog liječenja, nego je iz dobivenih rezultata vidljivo da od ukupnog broja sudionika istraživanja koji su dali odgovor na ovo pitanje (n=191), njih 40,8% (n=78) imalo iskustvo bolničkog liječenja (Tablica 19).

Tablica 20. Broj bolničkih hospitalizacija

Varijabla	N	M	SD	nema odgovora	Jednom	Od 2 do 4 puta	5 ili više puta
				%	%	%	%
Koliko puta ste do sada bili hospitalizirani zbog vaše psihičke bolesti?	78	1,9	,71	,0	29,5	50,0	20,5

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

U Tablici 20 prikazani su rezultati o broju bolničkih liječenja koji pokazuju da je od 40% (n=78) sudionika s iskustvom bolničkog liječenja, njih 29,5% (n=23) imalo iskustvo bolničkog liječenja

jedanput, zatim da je polovica sudionika koji su dali odgovor na ovo pitanje (n=39) bilo hospitalizirano zbog psihičke bolesti od dva do četiri puta. Njih 20% (n=16) ima iskustvo s pet i više hospitalizacija. Zanimljivo je da na ovo pitanje veliki broj sudionika nije dao odgovor, što može upućivati na to da nisu imali iskustvo s hospitalizacijom uslijed bolesti. Također, isti broj sudionika (n=78) na identičan način je odgovor na pitanje o subjektivnoj procjeni iskustva bolničkog liječenja.

Subjektivna procjena iskustva zadnjeg bolničkog liječenja, u ovom je istraživanju ispitana slično kao i subjektivna procjena materijalnog statusa i stambenih uvjeta. Od sudionika je, u jednom pitanju, zatraženo da na skali od 1 do 7 procijene svoje iskustvo zadnjeg bolničkog liječenja.

Tablica 21. Subjektivna procjena iskustva bolničkog liječenja

Varijabla	N	M	SD	ugodno	jedan	Dva	tri	četiri	pet	šest	sedam	neugodno
				%	%	%	%	%	%	%	%	
Molimo Vas da procijenite kakvo je bilo Vaše iskustvo sa zadnjeg bolničkog liječenja.	79	4,2	2,26	,0	21,5	5,1	8,9	21,5	10,1	3,8	29,1	,0

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – najmanji ostvareni rezultat;

Rezultati subjektivne procjene iskustva u bolničkoj skrbi su prikazani u Tablici 21 iz koje je vidljivo da je 43% sudionika iskazalo negativno iskustvo u bolničkom liječenju., Oko 1/3 sudionika iskazalo je relativno nezadovoljstvo sa zadnjim bolničkim liječenjem (21,5%). Samo 21,5% sudionika je iskazalo da je imalo ugodno iskustvo tokom bolničkog liječenja. Istraživanja koja su imala za cilj procijeniti razinu korisnikova zadovoljstva uslugom izvanbolničke psihijatrijske skrbi nasuprot bolničkoj ukazuju da postoji umjerena do visoka razina zadovoljstva sa izvanbolničkom skrbi u odnosu na bolničku (Ruggeri i sur., 2003; Lally i sur., 2017; Ratner, 2018). Vermeulen (2018) je proveo istraživanje koje je imalo za cilj istražiti ulogu i doprinos varijable zadovoljstva tretmanom bolničkog liječenja kod sudionika s bolešću shizofrenije. Sudionici koji su iskazali nisku razinu zadovoljstva tretmanom, imali su iskustvo čestog bolničkog liječenja u odnosu na umjereno zadovoljne sudionike ($p < 0,01$) koji nisu imali iskustvo bolničkog liječenja.

Tablica 22. Usluge koje koriste u Centru za mentalno zdravlje

Varijabla	Kategorija	%
Koje usluge koristite u Centru za mentalno zdravlje:	Redovni pregledi i kontrole kod nadležnog psihijatra	89,0
	Individualna psihoterapija	3,5
	Grupna terapija	4,5
	Porodično savjetovanje	3,0
	Ukupni N	200

Ukupno 89% sudionika su bili korisnici izvanbolničke psihijatrijske skrbi radi redovitog kontrolnog pregleda kod liječnika psihijatra, dok su 3,5% sudionika koristili uslugu individualne terapije, a njih 4,5% koristilo je usluge grupne psihoterapije, a svega 3% sudionika usluge obiteljskog savjetovanja (Tablica 22). Smisao i svrha postojanja centara za mentalno zdravlje jeste korištenje usluga tretmana u navedenih u Tablica 22. Pored toga centri imaju svrhu i izradu individualnog plana i praćenja oporavka korisnika uz pomoć koordinirane brige koja je usmjerena ka korisniku, njegovim potrebama i predstavlja aktivan pristup izvanbolničkom tretmanu i skrbi osobe u riziku od ponovnog povratka u bolnicu.

Prema službeno dostupnim podacima sadržanim u Zdravstveno-statističkom ljetopisu Federacije Bosne i Hercegovine za 2021. godinu, u Tuzlanskom kantonu najveći broj korisnika dolazi u centre na kontrolni pregled kod liječnika, a broj posjeta u 2019. godini iznosio je 23.697 (ZJZFBiH, 2021). Shodno tome je razmjerno visok udio sudionika istraživanja koji su koristili uslugu redovnog pregleda i kontrole kod nadležnog liječnika psihijatra (89%). Dvije trećine sudionika usluge centra koristi jednom mjesečno, dok desetina sudionika koristi usluge na tjednoj razini. Ukupno 88,5% sudionika je iskazalo da se pridržavaju uputa liječnika i članova tima centra za mentalno zdravlje, a samo mali dio sudionika se ne pridržava (0,5% nikad; 0,5% rijetko; 4% ponekad).

Tablica 23. Razlog ostanka u tretmanu Centra za mentalno zdravlje

Varijabla	Kategorija	%
Šta vas drži u tretmanu Centra za mentalno zdravlje?	usluge koje pruža CMZ	32,0
	preuzimanje propisane terapije	42,0
	obaveza liječenja	16,5
	sve navedeno	9,5
Ukupni N		200

U Tablici 23 prikazani su razlozi koji zadržavaju sudionike u tretmanu centra. Očekivano, 42% ispitanika navodi da ih u tretmanu zadržava preuzimanje propisane terapije (42%), dok trećina navodi da ih u centru zapravo zadržavaju usluge koje dobivaju, a 16,5% navodi da je to zapravo obveza liječenja. Približno 10% sudionika smatra da ih sve navedeno zadržava u tretmanu. Slični su pokazatelji dobiveni i pri pridržavanju uputa o primjeni propisane terapije (Tablica 24).

Tablica 24. Pridržavate li se uputa liječnika i članova Tima CMZ o načinu života?

Varijabla	N	M	SD	Nikad	Rijetko	Ponekad	Često	Stalno
				%	%	%	%	%
Pridržavate li se uputa liječnika i članova Tima CMZ o načinu života?	200	4,8	,56	,5	,5	4,0	6,5	88,5
Pridržavate li se uputa liječnika o redovnom uzimanju propisane terapije?	200	4,8	,56	,5	,5	4,0	5,0	90,0

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija

Visok postotak sudionika istraživanja (88,5%) koji se pridržavaju uputa liječnika i članova tima centra potvrđuje da se radi o sudionicima s dugogodišnjim iskustvom u izvanbolničkoj skrbi, da su u procesu oporavka i da redovne ljekarske kontrole i preuzimanje propisane terapije predstavljaju zaštitni čimbenik koji doprinosi kvaliteti njihovog života i oporavku. Slično se pokazalo i na pitanju o pridržavanju uputa za uzimanje propisane terapije (Tablica 24).

Uzimajući u obzir da je 43% sudionika iskazalo negativno iskustvo u psihijatrijskom bolničkom liječenju, a 21,5% je bilo relativno nezadovoljno zadnjim bolničkim liječenjem, biti će zanimljivo usporediti rezultate korisnikovog zadovoljstva izvanbolničkim tretmanom koji će biti prikazani u drugom dijelu rezultata ovoga rada.

Na kraju prikaza sociodemografskih obilježja i obilježja psihičke bolesti sudionika možemo sažeti sljedeće: u ovom uzorku sudionika radi se o korisnicima usluga centra za mentalno zdravlje prosječne dobi od 54 godine, većinom žene, češće s psihičkim oboljenjem iz spektra poremećaja raspoloženja, odnosno depresije. Sudionici redovito koriste usluge izvanbolničke psihijatrijske skrbi radi redovite kontrole i uzimanja propisane terapije.

Nadalje, prema razini obrazovanja većina ima završenu srednju školu kao i njihovi partneri. Sudionici su uglavnom nezaposlene osobe, osobe u mirovini ili radno neaktivne. Prema subjektivnoj procjeni materijalnog statusa radi se o skupini koja procjenjuje da je njihov materijalni status relativno dobar te da se ne razlikuju od većine drugih ljudi obzirom na materijalni status. U uzorku sudionika, njih 21,6% samoprocjenjuje da živi lošije od drugih. Prema objektivnim pokazateljima (visina plaće i mirovine) polovica uzorka sudionika ovog istraživanja živi blizu ili ispod praga relativnog siromaštva u FBiH.

Ono što je zanimljivo, da u pravilu, subjektivne linije siromaštva rezultiraju najvišim stopama siromaštva (Deleek i dr., 1995., prema Šućur, 2006), ali i da subjektivna procjena siromaštva jako ovisi o konstrukciji pitanja kojima se prikupljaju odgovori sudionika istraživanja (Šućur, 2006b). U ovom istraživanju koristili smo najjednostavniji način procjene subjektivnog siromaštva na način da smo sudionike pitali doživljavaju li se siromašnima ili ne. Njih 72% se ne doživljava siromašnima. Moguće je da je korištenje termina «siromašan» u pitanju o subjektivnom siromaštvu utjecao na percepciju osoba koje boluju od psihičke bolesti, te da oni zbog prirode oboljenja i značajne potrebe pripadanja referentnoj grupi opće populacije («*mainstreamu*»), povezuju siromaštvo s određenom stigmatizacijom u društvu, dio čega oni ne žele biti.

Obilježja koja se odnose na obiteljske karakteristike sudionika istraživanja pokazuju da je u ukupnom uzorku najbrojnija skupina vjenčanih sudionika i onih koji žive u braku, da većina sudionika ima djecu, najčešće dvoje te da uglavnom žive u kućanstvu s dva člana.

Pitanja o duljini liječenja i korištenju usluga centra za mentalno zdravlje pokazala su da su sudionici ovoga istraživanja dugogodišnji korisnici usluga i tretmana izvanbolničke psihijatrijske skrbi, da 40,8% sudionika ima iskustvo i bolničke psihijatrijske skrbi te većeg broja bolničkih liječenja. Prema subjektivnoj procjeni bolničko liječenje je negativno i nezadovoljavajuće za većinu sudionika. Samo manji broj procijenio je zadnje bolničko liječenje kao ugodno iskustvo vezano uz

usluge izvanbolničke psihijatrijske skrbi gotovo većina ih koristi radi liječničkih pregleda i preuzimanja propisane terapije koju i gotovo svi redovito uzimaju.

U sljedećem poglavlju bit će prikazane razlike u materijalnoj deprivaciji, izloženosti stresu, kvaliteti života, socijalnoj podršci, zadovoljstvu pružanim uslugama, procjeni oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja s obzirom na vrstu psihičkog oboljenja sudionika ovog istraživanja.

4.2. Razlike u materijalnoj deprivaciji, izloženosti stresu, kvaliteti života, socijalnoj podršci, zadovoljstvu pružanim uslugama, procjeni oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja s obzirom na vrstu psihičkog oboljenja

Prije testiranja hipoteza provedeno je testiranje normaliteta distribucija za zavisne varijable kako bi se provjerio preduvjet za korištenje parametrijskih statističkih metoda. Rezultati provjere normaliteta distribucija za zavisne varijable pokazuju kako distribucije odstupaju od normalnih i po omjeru indeksa zakrivljenosti i spljoštenosti i po testovima normaliteta. Ipak, s obzirom na apsolutne vrijednosti indeksa spljoštenosti i zakrivljenosti, a sukladno s preporukama koje navodi Kline (2016) kako vrijednosti indeksa zakrivljenosti ne bi trebale prelaziti 3, a indeksa spljoštenosti 7 za provjeru hipoteza korištene su parametrijske statističke metode (Tablica 25).

Tablica 25. Rezultati provjere normaliteta distribucija za zavisne varijable

Varijabla	N	Skew	SE Skew	Kurt	SE Kurt	KS	KS p	SW	SW p
Materijalna deprivacija	200	0,23	0,172	-1,17	0,342	0,15	0,000	0,92	0,000
Uznemirenost	200	-0,33	0,172	-0,49	0,342	0,10	0,000	0,97	0,001
Kontrola	200	0,01	0,172	-0,33	0,342	0,10	0,000	0,98	0,001
Procjena kvalitete života	200	-0,08	0,172	-0,37	0,342	0,06	0,200	0,99	0,046
Socijalna mreža	200	0,56	0,172	0,97	0,342	0,06	0,054	0,97	0,001
Podrška - značajni drugi	200	-0,90	0,172	-0,35	0,342	0,24	0,000	0,82	0,000
Podrška - obitelj	200	-1,21	0,172	0,58	0,342	0,25	0,000	0,79	0,000
Podrška - prijatelji	200	-0,44	0,172	-1,16	0,342	0,19	0,000	0,87	0,000
Podrška - ukupno	200	-0,63	0,172	-0,59	0,342	0,17	0,000	0,90	0,000
Zadovoljstvo korisnika	200	-0,68	0,172	-0,61	0,342	0,18	0,000	0,87	0,000
Osobno samopouzdanje i nada	200	-0,89	0,172	0,62	0,342	0,09	0,000	0,94	0,000
Spremnost na traženje pomoći	200	-1,20	0,172	2,02	0,342	0,28	0,000	0,79	0,000
Usmjerenost na cilj i uspjeh	200	-0,79	0,172	0,25	0,342	0,12	0,000	0,92	0,000
Oslanjanje na druge	200	-0,87	0,172	0,47	0,342	0,18	0,000	0,91	0,000
Nedominiranje simptoma	200	0,04	0,172	-0,90	0,342	0,11	0,000	0,95	0,000
SPO - ukupan rezultat	200	-0,84	0,172	0,72	0,342	0,08	0,008	0,95	0,000
Psihološka dobrobit	200	-0,44	0,172	-0,71	0,342	0,10	0,000	0,95	0,000
Socijalna dobrobit	200	0,03	0,172	-1,15	0,342	0,08	0,002	0,95	0,000
Emocionalna dobrobit	200	-0,02	0,172	-1,21	0,342	0,13	0,000	0,93	0,000
Ukupna dobrobit	200	-0,10	0,172	-0,89	0,342	0,07	0,022	0,97	0,001

Skew – zakrivljenost distribucije (skewness); SE Skew – standardna pogreška zakrivljenosti; Kurt – spljoštenost distribucije (kurtosis); SE Kurt – standardna pogreška spljoštenosti; KS, KS p – statistik i p vrijednost Kolmogorov-Smirnov testa normaliteta; SW, SW p – statistik i p vrijednost Shapiro-Wilk testa normaliteta

Materijalna deprivacija

Prvi istraživački problem imao je za cilj utvrditi razlike na varijablama materijalne deprivacije između tri skupine osoba koje boluju od psihičke bolesti i koje su korisnici izvanbolničke psihijatrijske skrbi. Za analize u okviru prvog problema istraživanja korištene su jednofaktorske analize varijance te su dobiveni rezultati razlika u razini materijalne deprivacije s obzirom na vrstu psihičke bolesti od koje boluju ispitanici prikazani u Tablici 26.

Tablica 26. Rezultati analize varijance za testiranje razlika u materijalnoj deprivaciji s obzirom na vrstu psihičke bolesti

Varijabla	Br.	Grupa	N	M	SD	F (p)	Scheffe	
							2	3
Materijalna deprivacija	1	Schizofrenija	57	9,79	2,085	6,33 (,002)	,012	,006
	2	Dep. i bipolarni poremećaj	86	8,65	2,232		-	,855
	3	Anksiozni i OKP	57	8,44	2,338		,855	-

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F(p) – f-omjer i p vrijednost; Scheffe – p vrijednosti za usporedbe u Scheffeovom post-hoc testu

Utvrđena je statistički značajna razlika na nivou $p < 0,05$ u rezultatima na materijalnoj deprivaciji ($F=6,33$, $p=0,02$). Naknadnim Scheffeovim post-hoc testom utvrđena je statistički značajna razlika između sudionika koji boluju od shizofrenije ($M=9,79$; $SD=2,08$) i sudionika s depresivnim i bipolarno afektivnim poremećajem ($M=8,65$; $SD=2,23$; $p=0,012$) te sudionika koji boluju od anksioznog i opsesivno-kompulzivnog poremećaja ($M=8,44$; $SD=2,34$; $p=0,006$). Rezultati analize varijance pokazuju kako postoje statistički značajne razlike u materijalnoj deprivaciji pri čemu je materijalna deprivacija sudionika koji imaju dijagnozu shizofrenije viša od sudionika iz druge dvije skupine. Između sudionika iz druge dvije skupine, odnosno između osoba koje boluju od depresivnog i bipolarno afektivnog poremećaja te anksioznog i opsesivno-kompulzivnog poremećaja, nema statistički značajne razlike. Ovaj rezultat pokazao je da su osobe koje boluju od shizofrenije izložene većim ekonomskim poteškoćama od osoba koje boluju od depresivnog i bipolarno afektivnog poremećaja i osoba s anksioznim poremećajem i OKP-om, prvenstveno zbog vrste i težine psihičkog oboljenja, te financijskog i radnog statusa. Dobiveni rezultat u skladu je s

drugim istraživanjima u kojima je utvrđeno da radni i financijski status predstavljaju iznimno važan prediktor materijalne deprivacije osoba s shizofrenijom jer su vrlo često nezaposlene zbog vrste psihičkog oboljenja (Nordt i sur., 2007). Naime, mnogi pojedinci koji boluju od shizofrenije imaju želju živjeti samostalno i raditi, međutim, smanjena funkcionalna sposobnost, pridonosi niskim stopama zaposlenosti (Cardenas i sur., 2013). Niske razine zaposlenosti doprinose riziku osoba koje boluju od shizofrenije na način da imaju 2,7 puta veće izgleda da će biti siromašne (OR 2,66, 95% CI: 2,62–2,69, $p < 0,01$) u odnosu na ljude bez kroničnih zdravstvenih problema (Schofield, 2013).

Također, dobiveni rezultati ovoga istraživanja sukladni su rezultatima longitudinalnih studija Rana i suradnika (2018). Relativno siromaštvo postalo je izražajnije kod osoba sa shizofrenijom tijekom razdoblja brzog socioekonomskog razvoja od 1994. do 2015. u Kini, a bilo je povezano s lošim ishodima same bolesti. Fokus ovoga istraživanja je bio istražiti odnos između vrste psihičkog oboljenja i siromaštva kod osoba koje boluju od shizofrenije. Rezultati ovoga istraživanja pokazuju da je godišnji neto prihod osoba oboljelih od shizofrenije u oba razdoblja bio značajno nizak, te da postoji statistički značajna povezanost lošeg ekonomskog statusa s nižom razinom obrazovanja, nižim brojem članova obitelji, višim ukupnim rezultatom na skali prisustva simptoma bolesti, nižom razinom redovite uporabe lijekova u 2015. godini.

Izloženost stresu

Za analize u okviru prvog problema istraživanja korištene su jednofaktorske analize varijance, te su dobiveni rezultati razlika između subuzorka za komponente izloženosti stresu: uznemirenost i kontrola prikazani u Tablici 27.

Tablica 27. Rezultati analize varijance za testiranje razlika u izloženosti stresu s obzirom na vrstu psihičke bolesti

Varijabla	Br.	Grupa	N	M	SD	F (p)
Uznemirenost	1	Schizofrenija	57	14,09	5,575	0,21 (,809)
	2	Dep. i bipolarni poremećaj	86	14,45	6,264	
	3	Anksiozni i OKP	57	14,79	5,059	
Kontrola	1	Schizofrenija	57	8,42	3,591	0,78 (,458)
	2	Dep. i bipolarni poremećaj	86	8,86	3,543	
	3	Anksiozni i OKP	57	9,25	3,506	

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F(p) – f-omjer i p vrijednost

Rezultati analize varijance pokazuju kako nije dobivena statistički značajna razlika u razinama izloženosti stresu među pojedinim skupinama niti za Uznemirenost ($F=0,21$ $p=0,809$), niti za Kontrolu ($F=0,78$ $p=0,458$).

Veliki broj istraživanja govori u prilog povezanosti stresa i narušenog mentalnog zdravlja (Nakić, Tadinac i Herman, 2009; Livingston i Boyd, 2010; Lavoie i Douglas, 2011; Razurel, 2013; Roos, 2013; Vallejo i sur. 2018; Ezzati i sur., 2014; Lau i sur., 2014; Kirsch i sur., 2014). U ovom istraživanju nisu dobiveni slični rezultati. Nadalje, Ljestvica percipiranog stresa (Perceived Stress Scale - PSS; Cohen, Kamarck i Mermestein, 1983), koja se koristila u istraživanju, nije pokazala jednofaktorsko rješenje kao u drugim istraživanjima, nego je u ovom istraživanju rezultirala s dva faktora, koji su nazvani „Uznemirenost“ i „Kontrola“. Zbog dobivene izrazito niske pouzdanosti $\alpha=0,08$. provedena je analiza glavnih komponenata skale koja je pokazala da se prisilnim jednokomponentnim rješenjem čestice većinom ne bi trebale rekodirati, što ne odgovara sadržaju čestica. Analizom je dobiveno dvokomponentno rješenje koje pokazuje da se statistički radi o dva odvojena konstrukta, od čega se prvi (Komponenta 1) odnosi na Uznemirenost, a drugi

(komponenta 2) na Kontrolu. To znači da se u ovom istraživanju nije dobila jednofaktorska struktura kao u drugim istraživanjima (Hudek-Knežević i sur., 1999; prema: Nakić, Tadinac i Herman, 2009) već se radi o dvofaktorskoj strukturi, tj. o Uznemirenosti i Kontroli kao dva odvojena konstrukta koji nisu u korelaciji.

Mogući razlog zbog čega se u istraživanju nije pokazala razlika u izloženosti stresu između promatranih subuzoraka, odnosno ni na faktoru Uznemirenost, ni Kontrole leži u izboru mjernog instrumenta. Naime, postavlja se pitanje konstruktne valjanosti Ljestvice percipiranog stresa, odnosno sadržajne valjanosti upitnika i jesu li pitanja sadržana u upitniku odgovarala temi istraživanja. Točnije, obuhvaća li primijenjena Ljestvica percipiranog stresa, dobro sve aspekte stresa osoba koja boluje od psihičke bolesti. Primjerice ako se stres promatra u odnosu na vrstu psihičkog oboljenja, jesu li korisnici obzirom na prisustvo simptoma bolesti ozbiljnost psihičkog oboljenja dovoljno sposobni procijeniti neku situaciju stresnom i odgovoriti na postavljanje pitanja. Dodatno, Ljestvica percipiranog stresa ne sadrži pitanja o izloženosti stresu zbog prisustva psihičke teškoće za koju je već prethodnim istraživanjem utvrđeno da može biti stresna za osobu samo po sebi, obzirom na to da se osobe oboljele od psihičke bolesti često susreću sa stigmom zbog koje se osjećaju socijalno isključeno (Livingston i Boyd, 2010). U tom smislu izloženost stresu možda se mogla mjeriti instrumentom veće osjetljivosti.

Kvaliteta života

Za analize u okviru prvog problema istraživanja korištene su jednofaktorske analize varijance te su dobiveni rezultati razlika u razini kvalitete života sudionika s obzirom na vrstu psihičke bolesti od koje boluju ispitanici prikazani u Tablici 28.

Tablica 28. Rezultati analize varijance za testiranje razlika u subjektivnoj kvaliteti života s obzirom na vrstu psihičke bolesti

Varijabla	Br.	Grupa	N	M	SD	F (p)
Procjena kvalitete života	1	Schizofrenija	57	4,33	1,309	1,07 (,345)
	2	Dep. i bipolarni poremećaj	86	4,58	1,317	
	3	Anksiozni i OKP	57	4,67	1,272	

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F(p) – f-omjer i p vrijednost

U ovom istraživanju se pokazalo da je kvaliteta života, iskazana na različitim aspektima života poput zadovoljstva životom u cjelini, zadovoljstva poslom, socijalnim interakcijama, brojem prijatelja, smještajem, osobnom sigurnošću, ljubavnim životom, obitelji, zdravljem i sl., nešto niža kod sudionika s shizofrenijom (M=4,33 M=1,309), zatim slijedi skupina sudionika s depresivnim i bipolarno afektivnim poremećajem (M=4,58 SD=1,317) te naposljetku skupina anksiozni i OKP (M=4,67 SD=1,272). Odstupanja su iznimno niska i nema statistički značajnih razlika između subzorka. Analiza varijance (F=1,07 p=0,345) uz Sheffeov test značajnosti razlika pokazala je da ne postoji statistički značajna razlika između korisnika oboljelih od shizofrenije i korisnika iz ostalih skupina.

Dobiveni rezultat nije u skladu s rezultatima dosadašnjih istraživanja koja su pokazala da se subjektivna kvaliteta života pojedinca razlikuje s obzirom na vrstu psihičkog oboljenja i određena sociodemografska obilježja (Priebe i sur., 2010; Meesters i sur., 2013; Adnanes i sur., 2019).

U istraživanju Adnanes i sur., (2019) osobe s dijagnozom shizofrenije su iskazivale lošiju kvalitetu života nego korisnici s poremećajima raspoloženja, točnije ukazuju da je prosječna vrijednost

subjektivne kvalitete života sudionika koji boluju od teže psihičke bolesti (shizofrenija) bila značajno niža u odnosu na sudionike s lakšom psihičkom bolesti (depresija i anksioznost).

Socijalna podrška

U Tablici 29 prikazani su rezultati jednostavne analize varijance za testiranje razlika uz Scheffeov test značajnosti razlika između subuzorka za varijable socijalne podrške i to podrška – značajni drugi, podrška – obitelj, podrška – prijatelji, podrška – ukupno te socijalna mreža.

Tablica 29. Rezultati analize varijance za testiranje razlika u socijalnoj podršci s obzirom na vrstu psihičke bolesti

Varijabla	Br.	Grupa	N	M	SD	F (p)	Scheffe	
							2	3
Podrška - značajni drugi	1	Schizofrenija	57	5,00	2,026	2,25 (,108)		
	2	Dep. i bipolarni poremećaj	86	5,57	1,672			
	3	Anksiozni i OKP	57	5,64	1,756			
Podrška - obitelj	1	Schizofrenija	57	5,17	2,013	3,41 (,035)	,048	,129
	2	Dep. i bipolarni poremećaj	86	5,88	1,496		-	,968
	3	Anksiozni i OKP	57	5,80	1,537		,968	-
Podrška - prijatelji	1	Schizofrenija	57	3,83	2,220	7,65 (,001)	,002	,007
	2	Dep. i bipolarni poremećaj	86	5,10	1,889		-	,987
	3	Anksiozni i OKP	57	5,05	2,071		,987	-
Podrška - ukupno	1	Schizofrenija	57	4,67	1,731	5,71 (,004)	,008	,022
	2	Dep. i bipolarni poremećaj	86	5,52	1,537		-	,998
	3	Anksiozni i OKP	57	5,50	1,516		,998	-
Socijalna mreža	1	Schizofrenija	57	2,05	0,639	0,33 (,716)		
	2	Dep. i bipolarni poremećaj	86	2,08	0,445			
	3	Anksiozni i OKP	57	2,13	0,577			

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F(p) – f-omjer i p vrijednost; Scheffe – p vrijednosti za usporedbe u Scheffeovom post-hoc testu

Za socijalnu podršku od značajnih drugih nije dobivena statistički značajna razlika. Za podršku prijatelja dobivena je statistički značajna razlika, pri čemu sudionici s dijagnozom shizofrenije

podršku prijatelja ($F=7,65$ $p=0,001$) procjenjuju višom u odnosu na sudionike s dijagnozom depresivnog i bipolarnog poremećaja ($p=0,002$) i sudionike s anksioznim poremećajem i OKP-om ($p=0,007$), dok u usporedbama između drugog subuzorka nije dobivena statistički značajna razlika. Za ukupnu podršku sudionici s dijagnozom schizofrenije ($F=5,71$ $p=0,004$) iskazuju statistički više procjene u odnosu na druge dvije skupine depresivni i bipolarno afektivni $p=0,08$ i anksiozni i OKP $p=0,22$. Dobivena razlika između sudionika s dijagnozom depresivnog i bipolarnog poremećaja te sudionika s dijagnozom anksioznog poremećaja i OKP nije statistički značajna. Između dvije preostale skupine nije pronađena statistički značajna razlika. U procjeni intenziteta podrške iz različitih izvora nije dobivena statistički značajna razlika.

Dobiveni rezultati ovoga istraživanja pokazali su da subuzorak osoba oboljelih od shizofrenije iskazuje nižu razinu socijalne podrške, što je sukladno rezultatima istraživanja koja su pokazala da osobe s psihičkim oboljenjem shizofrenije iskazuju nisku razinu socijalne podrške koja je generalni zaštitni faktor koji štiti i doprinosi oporavku od nekih psihičkih oboljenja npr. depresije (Gruber, 2012). Osobe koje boluju od shizofrenije iskazuju najveće potrebe za podrškom obitelji i podrškom prijatelja (Sobhy Mahmoud, Berma i Gabal, 2017) što se pokazalo i u ovom istraživanju. Rezultati ovoga istraživanja koji pokazuju da osobe koje boluju od shizofrenije percipiraju više socijalne podrške od strane prijatelja između drugog subuzorka su u skladu i s istraživanjem Jethwani i Sawant (2010) u kojem se pokazalo da osobe oboljele od shizofrenije percipiraju više socijalne podrške od svojih prijatelja, nego od svoje obitelji. Nadalje istraživanje Hamaideha, (2014) govori da je najveći izvor socijalne podrške osoba oboljelih od shizofrenije bio od strane bliskih osoba ($M = 5,1$ $SD = 2,5$), zatim obitelji ($M= 4,7$ $SD = 2, 4$) i prijatelja ($M=3,2$ $SD=2,2$).

Zadovoljstvo korisnika tretmanom

Slijedi prikaz rezultata razlika u razini zadovoljstva korisnika tretmanom između subuzoraka osoba oboljelih od psihičke bolesti. Rezultati analize varijance za testiranje razlika u zadovoljstvu korisnika tretmanom s obzirom na vrstu psihičke bolesti prikazani su u Tablici 30.

Tablica 30. Rezultati analize varijance za testiranje razlika u zadovoljstvu korisnika tretmanom s obzirom na vrstu psihičke bolesti

Varijabla	Br.	Grupa	N	M	SD	F (p)
Zadovoljstvo korisnika	1	Schizofrenija	57	63,86	9,669	1,42 (,243)
	2	Dep. i bipolarni poremećaj	86	61,76	9,872	
	3	Anksiozni i OKP	57	60,82	10,182	

M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; F(p) – f-omjer i p vrijednost

Rezultati analize varijance pokazuju kako nije dobivena statistički značajna razlika u zadovoljstvu korisnika tretmanom izvanbolničke psihijatrijske skrbi u centrima za mentalno zdravlje (Tablica 30). Naime, u ovom istraživanju, ne nalazimo razlike u zadovoljstvu korisnika tretmanom ovisno o vrsti psihičkog oboljenja. Istraživanje Smitha i sur., (2014) navode slične rezultate u kojima nisu uočene razlike u razini zadovoljstva uslugom u odnosu na vrstu psihičke poteškoće. Istraživanje Priebe i Miglietta (2019) navodi drugačije rezultate da sudionici s višom razinom simptoma depresije i shizofrenije i nižom razinom subjektivne kvalitete života iskazuju nižu razinu zadovoljstva uslugom tretmana.

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem govore da je u prosjeku 65% sudionika zadovoljno uslugom tretmana koju dobivaju u centrima za metnalno zdravlje (M=62,1% SD 9,93). Najviša razina zadovoljstva iskazana je u domenama kvalitete tretmana, nakon čega slijedi opće zadovoljstvo korisnika uslugom. Slični rezultati su dobiveni u prethodnom istraživanju Deste i suradnika (2018) gdje je jedna trećina (28%) sudionika iskazala nisku razinu zadovoljstva tretmanom dok je 70,8% bilo zadovoljno, a preostalih 1,2% korisnika su bili vrlo zadovoljni uslugama. Najviša razina

zadovoljstva iskazana je u domenama kvalitete primljene usluge (75,9%), nakon čega slijedi opće zadovoljstvo korisnika uslugom (72,3%).

Shodno dobivenim rezultatima postavlja se pitanje izbora uzorka u kontekstu metoda prikupljanja podataka i postavljenog modela istraživanja jer su sudionici ovoga istraživanja bile osobe s dugogodišnjim iskustvom u izvanbolničkoj psihijatrijskoj skrbi u zajednici i u tretmanu centra za mentalno zdravlje su u prosjeku 11 godina. Drugim riječima, za očekivati je da će sudionici koji redovno dolaze u centar za mentalno zdravlje na pregled kod liječnika psihijatra imati višu razinu zadovoljstva tretmanom, i pokazivati bolje i ujednačenije rezultate u na upitniku zadovoljstva usluge tretmana. Tome pridonose i rezultati istraživanja Greena i sur., (2013), koji navode da pristup i dostupnost kvalitetnih tretmana mentalnog zdravlja, poput dobrog odnosa s stručnjakom, razumijevanja potreba korisnika, zadovoljstva terapijom i podrška koja korisniku omogućuje više dobiti uz manje opterećenja pozitivno utječu na proces oporavka. Nadalje, mnoga istraživanja potvrđuju postojanje zadovoljstva korisnika s terapijskim odnosom (Middelboe i sur., 2001; Sweeney i sur., 2014; Zendjidian i sur., 2014), osobito podrškom i pristupačnosti stručnjaka (Rose i sur., 2015) te obrazovnim i profesionalnim kvalitetama stručnjaka (Stewarti sur., 2015). Naime, shodno izboru uzorka i postavljenom modelu istraživanja ostavlja se otvoreno pitanje kakvi bi rezultati bili u drugačijim okolnostima (uzorak i model) kada bi istraživanje uključivalo onaj dio populacije koji ne dolazi na kontrole zbog stanja bolesti (npr. hospitalizacija) ili zbog ne pridržavanja uputa liječnika?

U nastavku slijedi prikaz pojedinih prediktora oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti i to: obilježja psihičkog oboljenja; materijalna deprivacija; izloženost stresu; kvaliteta života; percipirana podrške i zadovoljstva pružanim uslugama tretmana.

4.3. Prediktori oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti

Drugi istraživački problem ovoga istraživanja odnosio se na ispitivanje doprinosa obilježja psihičkog oboljenja, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, percipirane podrške i zadovoljstva pružanim uslugama tretmana u predikciji oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Očekivali smo da oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti značajno doprinose prediktorske varijable koje se odnose na obilježja psihičkog oboljenja, na način da će vrsta psihičkog oboljenja i manji broj hospitalizacija biti povezani s višom razinom oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti; materijalnu deprivaciju na način da će bolja subjektivna i objektivna procjena materijalnog statusa predviđati višu razinu oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti; izloženost stresu na način da će osobe koje boluju od psihičke bolesti i koje su izložene manjem broju stresnih životnih događaja iskazivati višu razinu oporavka; kvaliteta života na način da će veća percipirana razina subjektivne kvalitete života predviđati veću razinu oporavka; percipirana podrška na način da će veća percipirana dostupnost podrške iz formalnih i neformalnih izvora te veća percepcija socijalne podrške predviđati veću razinu oporavka i u konačnici varijabla zadovoljstva uslugama tretmana na način da će veća percipirana razina zadovoljstva pružanim uslugama tretmana predviđati veću razinu oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti. Za potrebe ove analize varijabla Dijagnoza je binarizirana, odnosno pretvorena u dummy varijable na način da se kao referentna skupina uzela dijagnoza shizofrenije. Broj hospitalizacija napravljen je tako da su na odgovore na pitanje 23(Koliko puta ste do sada bili hospitalizirani zbog vaše psihičke bolesti?) iz sociodemografskog upitnika nadodane nule za one sudionike koji su u pitanju 21 odgovorili „Ne“. Korištena je hijerarhijska regresijska analiza u 6 koraka i napravljene su zasebne regresijske analize za svaku komponentu procjene oporavka. Za procjenu podrške nije korišten ukupni rezultat zbog multikolinearnosti s komponentama ove skale.

U ovom istraživanju za procjenu kriterijske varijable oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti korištena je skraćena verzija Skale za procjenu oporavka koja je razvijena za mjerenje faktora koji se smatraju važnim za oporavak: osobno samopouzdanje i nada, spremnost na traženje pomoći, usmjerenost na cilj i uspjeh, oslanjanje na druge i nedominiranje simptoma oboljenja. Na taj način provedene su hijerarhijske regresijske analize za svaki od navedenih faktora, te u nastavku

rada slijedi prikaz rezultata analize za svaki od navedenih faktora oporavka te rezultat analize ukupne procjena oporavka.

Osobno samopouzdanje i nada

S ciljem utvrđivanja prediktora koji doprinose oporavku, provedena je zasebna hijerarhijska regresijska analiza za subskalu oporavka Osobno samopouzdanje i nada te su dobiveni rezultati prikazani u Tablici 31.

Tablica 31. Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) za subskalu oporavka – Osobno samopouzdanje i nada

Varijabla	r_{pk}	Blok					
		1	2	3	4	5	6
Anksiozni i OKP	,176**	,094	,011	,058	,079	,074	,083
Dep. i bipolarni poremećaj	-,099	-,072	-,143	-,102	-,084	-,084	-,079
Broj hospitalizacija	-,143*	-,124	-,110	-,099	-,066	-,050	-,047
Materijalna deprivacija	-,356**		-,267**	-,167*	-,053	-,060	-,062
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	,327**		,174*	,103	,026	,016	,012
Doživljavate li se siromašnima?	,196**		,077	,001	-,008	-,013	-,013
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	,201**		-,047	-,047	-,087	-,067	-,069
Uznemirenost	-,498**			-,373**	-,229**	-,217**	-,212**
Kontrola	,386**			,206**	,062	,068	,068
Procjena kvalitete života	,650**				,487**	,435**	,431**
Podrška - značajni drugi	,428**					,118	,106
Podrška – obitelj	,338**					-,059	-,049
Podrška – prijatelji	,412**					,005	,011
Socijalna mreža	,344**					,041	,021
Zadovoljstvo korisnika	,272**						,047
R		,204	,435**	,620**	,703**	,709**	,710**
R ²		,042	,189	,384	,494	,503	,505
ΔR^2		,042*	,148**	,195**	,110**	,009	,002
R ² _{corr}		,026	,158	,353	,465	,463	,461

r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; β – standardizirani regresijski koeficijent; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; R – koeficijent multiple korelacije; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Varijable obilježja psihičke bolesti, u prvom koraku analize, objašnjavaju 2,6% varijance oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti, no niti jedna od korištenih varijabli se nije pokazala značajnim zasebnim prediktorom. Karakteristično je da je broj hospitalizacija imao negativnu korelaciju s kriterijem Osobno samopouzdanje i nada kao faktorom procjene oporavka ($r_{pk} = -,143$) ali je ta povezanost prilično niska.

Rezultati analize pokazuju da su dva najznačajnija prediktora za subskalu Osobno samopouzdanje i nada, procjena kvalitete života ($r_{pk} = ,650$) te uznemirenost ($r_{pk} = -,498$) kao komponenta stresa. Iako je u ranijim koracima materijalna deprivacija ($\beta = -,356$ $p < 0,01$) uz uznemirenost kao komponentu stresa ($\beta = -,373$ $p < 0,01$) bila značajni prediktor te su ovi prediktori objašnjavali visokih 35,3% varijance kriterija, nakon uvođenja kvalitete života gubi se značajnosti ovih prediktora. Uvođenjem procjene podrške i zadovoljstva pruženim uslugama tretmana ne dolazi do statistički značajnog povećanja objašnjene varijance. U posljednjem koraku model objašnjava 46,1% varijance kriterija.

Obzirom da ova subskala mjeri Osobno samopouzdanje i nada sukladno je očekivanjima iz hipoteze da će kvaliteta života i uznemirenost kao komponenta stresa imati značajnu prediktivnu ulogu u oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti i korisnici su izvanbolničke psihijatrijske skrbi. Dakle, na temelju dobivenih rezultata veća percipirana razina subjektivne kvalitete života doprinosi većoj razini oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti. Nadalje, a sukladno očekivanjima i dobivenim rezultatima, oporavak je utoliko veći, što je izloženost stresu osoba koje boluju od psihičke bolesti manja.

Nadalje, važno je napomenuti, da iako se ostale varijable, materijalna deprivacija i percipirani stres, u krajnjim koracima nisu pokazale kao značajni prediktori u ovom modelu, vjerojatno bi to bile u nekom drugačijem modelu. Naime, vrlo vjerojatan razlog zbog čega su se samo ove dvije varijable pokazale statistički značajnim prediktorima u ovom modelu, također leži i u visokim interkorelacijama između varijabli iz bloka socijalne podrške.

Spremnost na traženje pomoći

Provedena zasebna hijerarhijska regresijska analiza za subskalu oporavka Spremnost na traženje pomoći trebala bi dati odgovor na pitanje koji su to čimbenici koji će doprinijeti oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Tablica 32. Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) za subskalu oporavka – Spremnost na traženje pomoći

Varijabla	r_{pk}	Blok					
		1	2	3	4	5	6
Anksiozni i OKP	,115	,006	-,050	-,018	-,002	-,012	,006
Dep. i bipolarni poremećaj	-,068	-,097	-,149	-,124	-,111	-,112	-,103
Broj hospitalizacija	-,151*	-,168	-,146	-,147	-,123	-,133	-,128
Materijalna deprivacija	-,301**		-,269**	-,194*	-,111	-,091	-,095
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	,244**		,137	,099	,042	,029	,020
Doživljavate li se siromašnima?	,106		,015	-,025	-,031	-,020	-,021
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	,130*		-,088	-,082	-,111	-,086	-,089
Uznemirenost	-,349**			-,264**	-,158*	-,098	-,089
Kontrola	,213**			,079	-,027	-,022	-,021
Procjena kvalitete života	,462**				,356**	,337**	,328**
Podrška - značajni drugi	,295**					,035	,012
Podrška – obitelj	,182**					-,202*	-,182
Podrška – prijatelji	,331**					,073	,085
Socijalna mreža	,392**					,237**	,196*
Zadovoljstvo korisnika	,308**						,096
R		,181	,362**	,455**	,515**	,569**	,575**
R ²		,033	,131	,207	,266	,324	,330
ΔR^2		,033	,098**	,076**	,059**	,058**	,006
R ² _{corr}		,017	,097	,167	,224	,269	,272

r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; β – standardizirani regresijski koeficijent; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; R – koeficijent multiple korelacije; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Kao što je vidljivo iz Tablice 32 dobiveni rezultati pokazuju da su za subskalu oporavka Spremnost na traženje pomoći značajni prediktori u posljednjem koraku analize, procjena kvalitete života ($\beta=,328$ $p<0,01$) i procjena dostupnosti podrške iz različitih izvora, tzv. socijalna mreža ($\beta=,196$ $p<0,05$). Model u posljednjem koraku objašnjava 27,2% varijance kriterija.

Vezano uz prethodne korake, obilježja psihičke bolesti nisu se pokazala značajnim prediktorima i objašnjavaju samo 3,3% varijance kriterija. Broj hospitalizacija je ponovno imao negativnu korelaciju s jednim od faktora oporavka, u ovoj analizi s faktorom Spremnost na traženje pomoći ($r_{pk} = -,151$ $p<0,05$), ali je ta povezanost i dalje ostala prilično niska.

Materijalna deprivacija bila je značajan prediktor ($\beta=-,194$ $p<0,01$) uz uznemirenost ($\beta=-,264$ $p<0,01$) kao komponentu stresa i ta dva prediktora objašnjavala su 16,7% varijance kriterija dok se uvođenjem kvalitete života ($\beta=,356$ $p<0,01$) gubi značajnost materijalne deprivacije, a uvođenjem podrške ($\beta=,237$ $p<0,01$) i značajnost stresa kao prediktora.

Rezultati dobiveni na subskali Spremnost na traženje pomoći su vrlo slični rezultatima na subskali Osobno samopozdanje i nada. Temeljem dobivenih rezultata može se zaključiti da veća percipirana razina subjektivne kvalitete života doprinosi većoj razini oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti. Ovakva sličnost u dobivenim rezultatima nije neočekivana obzirom na to da se radi o dva visoko međusobno povezana konstrukta ($R= ,515$ $p<0,01$).

Razlika u dobivenim rezultatima odnosi se na to da se procjena dostupnosti instrumentalne podrške iz različitih izvora socijalne mreže osoba koje boluju od psihičke bolesti pokazala važnijom u ovoj subskali u odnosu na izvore stresa, kao što je bio slučaj u rezultatima subskale Osobno samopouzdanje i nada.

Sukladno očekivanjima iz hipoteze i dobivenim rezultatima, razina oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti je veća, što je veća percipirana dostupnost podrške iz formalnih i neformalnih izvora. Dakle potvrdila se hipoteza u djelu koji se odnosi na doprinos percipirane socijalne podrške, oporavku, na način da će veća percipirana dostupnost podrške iz formalnih i neformalnih izvora predviđati višu razinu oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Usmjerenost na cilj i uspjeh

Provedena zasebna hijerarhijska regresijska analiza subskale oporavka Usmjerenost na cilj i uspjeh bi trebala dati odgovor na pitanje koji su čimbenici povezani s oporavkom osoba koje boluju od psihičke bolesti. Rezultati provedene analize su prikazani u Tablica 33.

Tablica 33. Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) za subskalu oporavka – Usmjerenost na cilj i uspjeh

Varijabla	r_{pk}	Blok					
		1	2	3	4	5	6
Anksiozni i OKP	,183**	,098	,015	,060	,080	,085	,084
Dep. i bipolarni poremećaj	-,086	-,062	-,128	-,089	-,071	-,058	-,058
Broj hospitalizacija	-,171**	-,149	-,143	-,131	-,098	-,089	-,089
Materijalna deprivacija	-,307**		-,154	-,063	,048	,066	,067
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	,305**		,177*	,107	,033	,025	,026
Doživljavate li se siromašnima?	,170**		,055	-,019	-,027	-,032	-,032
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	,239**		,053	,050	,012	,043	,043
Uznemirenost	-,452**			-,348**	-,208**	-,172*	-,173*
Kontrola	,382**			,209**	,068	,082	,082
Procjena kvalitete života	,617**				,471**	,453**	,454**
Podrška - značajni drugi	,390**					,082	,084
Podrška – obitelj	,311**					-,056	-,057
Podrška – prijatelji	,385**					-,047	-,048
Socijalna mreža	,347**					,121	,125
Zadovoljstvo korisnika	,228**						-,008
R		,220*	,402**	,582**	,665**	,675**	,675**
R ²		,049	,161	,339	,442	,455	,455
ΔR^2		,049*	,113**	,177**	,103**	,013	0
R ² _{corr}		,033	,129	,305	,411	,411	,408

r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; β – standardizirani regresijski koeficijent; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; R – koeficijent multiple korelacije; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Rezultati pokazuju da su značajni prediktori konačnog modela procjena kvalitete života ($r_{pk} = ,454$ $p < 0,01$) te uznemirenost ($r_{pk} = -,173$ $p < 0,05$) kao komponenta stresa. Konačnim modelom objašnjeno je 40,8% varijance kriterija. Analiza prethodnih koraka pokazuje da obilježja psihičke bolesti nisu bila značajan prediktor dok je materijalna deprivacija bila značajan prediktor isključivo u drugom koraku te se njena značajnost gubi uvođenjem Uznemirenosti kao komponente stresa ($\beta = -,348$ $p < 0,01$). Podrška i zadovoljstvo pružanim uslugama tretmana nisu doprinijele objašnjenju varijance kriterija povrh ranije uvedenih varijabli (Tablica 33).

Rezultati dobiveni na subskali Usmjerenost na cilj i uspjeh sukladni su rezultatima dobivenima na subskali Osobno samopouzdanje i nada te je moguće zaključiti da veća percipirana razina subjektivne kvalitete života doprinosi većoj razini oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti. Oporavak je to veći, što su percipirani izvori stresa manji. Dakle što je subjektivna kvaliteta života viša kod osoba koje boluju od psihičke bolesti, to je i razina njihova oporavka veća. Nadalje, oporavak je veći što su osobe koje boluju od psihičke bolesti izložene manjem broju stresnih životnih događaja.

Oslanjanje na druge

Provedena zasebna hijerarhijska regresijska analiza za subskalu oporavka Oslanjanje na druge trebala bi dati odgovor na pitanje koji čimbenici doprinose oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Tablica 34. Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) za subskalu oporavka – Oslanjanje na druge

Varijabla	r_{pk}	Blok					
		1	2	3	4	5	6
Anksiozni i OKP	,123*	,069	,025	,057	,086	,030	,027
Dep. i bipolarni poremećaj	-,060	-,041	-,081	-,055	-,030	-,091	-,093
Broj hospitalizacija	-,110	-,094	-,080	-,079	-,033	,029	,028
Materijalna deprivacija	-,242**		-,232*	-,160	-,005	-,029	-,028
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	,200**		,100	,059	-,046	-,047	-,046
Doživljavate li se siromašnima?	,128*		,057	,013	,002	-,025	-,025
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	,082		-,113	-,109	-,163*	-,088	-,088
Uznemirenost	-,334**			-,260**	-,065	-,059	-,060
Kontrola	,219**			,099	-,097	-,069	-,069
Procjena kvalitete života	,572**				,658**	,331**	,333**
Podrška - značajni drugi	,609**					,278**	,282**
Podrška – obitelj	,497**					,041	,037
Podrška – prijatelji	,558**					,161	,159
Socijalna mreža	,437**					,088	,096
Zadovoljstvo korisnika	,231**						-,019
R		,146	,302*	,413**	,610**	,711**	,711**
R ²		,021	,091	,171	,372	,505	,505
ΔR^2		,021	,070**	,080**	,201**	,133**	0
R ² _{corr}		,005	,056	,129	,337	,465	,462

r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; β – standardizirani regresijski koeficijent; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; R – koeficijent multiple korelacije; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Rezultati zasebne hijerarhijske regresijske analize za komponentu oporavka Oslanjanje na druge prikazani u Tablici 34 te pokazuju da obilježja psihičke bolesti nisu značajan prediktor subskale Oslanjanje na druge. Broj hospitalizacija je ponovno imao negativnu korelaciju s faktorom oporavka Oslanjanje na druge ($r_{pk} = -,110$), ali je ta povezanost niska.

Rezultati provedene regresijske analize pokazali su da uvođenjem materijalne deprivacije ($\beta = -,232$ $p < 0,05$) je objašnjeno svega 5,6% kriterija, dok se uvođenjem stresa ($\beta = -,260$ $p < 0,01$) gubi značajnost materijalne deprivacije, a uvođenjem kvalitete života ($\beta = -,658$ $p < 0,01$) gubi se značajnost stresa. U završnom modelu značajni prediktori su kvaliteta života ($\beta = ,333$ $p < 0,01$) i procjena podrške od značajnih drugih ($\beta = ,282$ $p < 0,01$). Ovim modelom objašnjeno je 46,2% varijance kriterija, odnosno oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti. Dobiveni postotak varijance znači da se prediktor percepcije socijalne podrške pokazao značajnim, a što je sukladno i očekivanjima s obzirom na to da se subskala odnosi na oslanjanje na druge, te onda i ne čudi što se upravo percepcija socijalne podrške od strane drugih ljudi pokazala kao značajan prediktor. Nadalje, dobiveni rezultat ponovno potvrđuje da kvaliteta života osoba koje boluju od psihičke bolesti ima važnu ulogu u predviđanju oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti. Na temelju dobivenih rezultata možemo zaključiti da oporavku najviše doprinose kvaliteta života i percepcija socijalne podrške od strane drugih. Dakle, veća percipirana razina subjektivne kvalitete života doprinosi većoj razini oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti i veća percipirana dostupnost podrške od strane drugih ljudi doprinosi većoj razini oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Uvođenjem prediktora zadovoljstva korisnika, nije se poboljšala značajnost modela, te se ovaj prediktor nije pokazao značajnim, iako samostalno korelira značajno s kriterijem ($R = ,771$ $p < 0,01$), kao i ostali prediktori, osim prediktora obilježja psihičke bolesti ($R = ,146$).

Nedominiranje simptoma

Rezultati zasebne hijerarhijske regresijske analize posljednje subskale oporavka Nedominiranje simptoma su prikazani u Tablici 35 i daju odgovor koji prediktori najviše doprinose objašnjenju varijance kriterija.

Tablica 35. Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) za subskalu oporavka – Nedominiranje simptoma

Varijabla	r_{pk}	Blok					
		1	2	3	4	5	6
Anksiozni i OKP	,141*	,065	-,005	,039	,052	,048	,029
Dep. i bipolarni poremećaj	-,103	-,085	-,143	-,096	-,085	-,086	-,095
Broj hospitalizacija	-,094	-,087	-,071	-,027	-,007	-,006	-,011
Materijalna deprivacija	-,257**		-,188	-,125	-,058	-,062	-,058
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	,186**		,041	-,065	-,110	-,119	-,109
Doživljavate li se siromašnima?	,118		,051	-,064	-,069	-,066	-,065
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	,201**		,066	,040	,016	,023	,026
Uznemirenost	-,442**			-,298**	-,213**	-,199**	-,209**
Kontrola	,519**			,428**	,343**	,342**	,340**
Procjena kvalitete života	,532**				,287**	,272**	,281**
Podrška - značajni drugi	,290**					,051	,076
Podrška – obitelj	,208**					-,088	-,109
Podrška – prijatelji	,336**					,031	,019
Socijalna mreža	,256**					,053	,096
Zadovoljstvo korisnika	,111						-,101
R		,162	,310*	,626**	,656**	,661**	,667**
R ²		,026	,096	,392	,431	,437	,444
ΔR^2		,026	,070**	,296**	,038**	,007	,007
R ² _{corr}		,010	,061	,362	,399	,392	,396

r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; β – standardizirani regresijski koeficijent; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; R – koeficijent multiple korelacije; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Rezultati analize pokazuju kako niti obilježja psihičke bolesti niti materijalna deprivacija nisu značajni prediktori Nedominiranja simptoma kao kriterija oporavka. Konačan model pokazuje da su značajni prediktori Uznemirenost ($\beta = -,209$ $p < 0,01$) i Kontrola ($\beta = ,340$ $p < 0,01$) kao komponente procjena stresa i kvaliteta života ($\beta = ,281$ $p < 0,01$) te da je tim modelom objašnjeno 39,6%

varijance kriterija. Temeljem dobivenih rezultata možemo zaključiti da je oporavak je veći, što su percipirani izvori stresa manji. Dakle, što je percipirana uznemirenost kao komponenta stresa manja to je razina oporavka veća. Nadalje, izloženost manjem broju stresnih životnih događaja i veća razina percipiranosti Kontrole kao komponente stresa doprinose većoj razini oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti. Dobiveni postotak varijance upućuje i na zaključak donesen u prethodnim analizama faktora oporavka. Dakle veća percipirana razina subjektivne kvalitete života doprinosi većoj razini oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti. Dobiveni rezultati ukazuju na to da oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti najviše doprinosi kvaliteta života. Provedena analiza je pokazala da prediktori procjene socijalne podrške i zadovoljstva korisnika pruženim uslugama tretmana se nisu pokazali značajnim kriterijima za predikciju oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti u faktoru Nedominiranje simptoma.

Ukupna procjena oporavka

Provedena hijerarhijska regresijska analiza trebala bi dati odgovor na pitanje koji su čimbenici povezani s ukupnom procjenom oporavka koje boluju od psihičke bolesti koje su korisnici izvanbolničke psihijatrijske skrbi u centrima za mentalno zdravlje.

Tablica 36. Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) za ukupnu procjenu oporavka

Varijabla	r_{pk}	Blok					
		1	2	3	4	5	6
Anksiozni i OKP	,182**	,089	,006	,054	,078	,064	,066
Dep. i bipolarni poremećaj	-,101	-,081	-,151	-,108	-,087	-,096	-,095
Broj hospitalizacija	-,160*	-,144	-,129	-,113	-,076	-,056	-,055
Materijalna deprivacija	-,354**		,260**	-,162*	-,034	-,035	-,035
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	,313**		,160	,082	-,004	-,013	-,014
Doživljavate li se siromašnima?	,182**		,067	-,017	-,026	-,033	-,033
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	,211**		-,027	-,031	-,075	-,040	-,040
Uznemirenost	-,505**			-,377**	-,216**	-,190**	-,190**
Kontrola	,415**			,241**	,080	,092	,092
Procjena kvalitete života	,686**				,543**	,448**	,447**
Podrška - značajni drugi	,481**					,136	,134
Podrška- obitelj	,373**					-,072	-,071
Podrška - prijatelji	,476**					,037	,038
Socijalna mreža	,410**					,106	,103
Zadovoljstvo korisnika	,273**						,007
R		,217*	,430**	,635**	,735**	,752**	,752**
R ²		,047	,185	,403	,540	,565	,565
ΔR^2		,047*	,138**	,217**	,137**	,026*	0
R ² _{corr}		,032	,154	,373	,514	,530	,527

r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; β – standardizirani regresijski koeficijent; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; R – koeficijent multiple korelacije; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Rezultati hijerarhijske regresijske analize za ukupnu procjenu oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti pokazuju kako obilježja psihičke bolesti i zadovoljstvo pružanim uslugama tretmana nisu značajan prediktor niti u jednom koraku (Tablica 36). Dobiveni rezultati ukazuju na postojanje umjerene povezanosti između kriterija ukupnog oporavka osoba koje boluju od psihičke

bolesti i slijedećih prediktora: Materijalna deprivacija ($r_{pk} = -,354$ $p < 0,01$); Uznemirenost ($r_{pk} = -,505$ $p < 0,01$) i Kontrola ($r_{pk} = -,415$ $p < 0,01$) kao komponente stresa; Podrška – značajni drugi ($r_{pk} = -,415$ $p < 0,01$) Podrška – obitelj ($r_{pk} = ,373$ $p < 0,01$), Podrška – prijatelji ($r_{pk} = ,476$ $p < 0,01$), Socijalna mreža ($r_{pk} = -,410$ $p < 0,01$) kao komponente socijalne i instrumentalne podrške i postojanje jake povezanosti sa prediktorom Kvaliteta života ($r_{pk} = -,686$ $p < 0,01$),.

Rezultati hijerarhijske regresijske analize pokazuju kako obilježja psihičke bolesti nisu značajan prediktor niti u jednom koraku. Materijalna deprivacija pokazala se značajnim prediktorom u prvom koraku analize ($\beta = -,260$ $p < 0,01$) i drugom koraku analize ($\beta = -,162$ $p < 0,05$) i trećem koraku analize kod uvođenja prediktora Uznemirenosti kao komponente stresa ($\beta = -,377$ $p < 0,01$). Uvođenjem Kvalitete života ($\beta = ,543$ $p < 0,01$) značajnost Materijalne deprivacije se gubi, a značajnost Uznemirenosti kao komponente stresa ($\beta = -,216$ $p < 0,01$) ostaje značajan prediktorima u naredna dva koraka. Percepcija socijalne podrške i zadovoljstvo pruženim uslugama tretmana nisu doprinijeli objašnjenju varijance kriterija povrh kvalitete života i uznemirenosti kao komponente stresa. Posljednja dva prediktora Uznemirenost ($\beta = -,190$ $p < 0,01$) i Kvaliteta života ($\beta = ,447$ $p < 0,01$) u posljednjem koraku modela objašnjavaju 52,7% varijance procjene oporavka.

Dobiveni rezultati ukazuju da kvaliteta života i niska razina uznemirenosti, kao komponente stresa, značajno doprinose oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Nadalje, rezultati istraživanja Lloyd, Kinga i Mora (2010) govore da je proces oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti određen obilježjima psihičke bolesti, na način da korisnici s dijagnozom bipolarnog afektivnog poremećaja imaju značajno veće rezultate na skali oporavka od korisnika oboljelih od shizofrenije ili depresije. Navedeni rezultati nisu sukladni s rezultatima dobivenim ovim istraživanjem, gdje se obilježja psihičkih bolesti nisu pokazala kao statistički značajnima niti u jednoj subskali oporavka.

Kao značajnim prediktorom u ovom istraživanju pokazala se materijalna deprivacija, ali samo kada bi kao prediktor samostalno bila uvedena u model. Nakon uvođenja drugih prediktora gubila se njena značajnost. Dakle, materijalna deprivacija biva značajan prediktor, samo ukoliko se ne nalazi u modelu zajedno s percipiranim stresom ili kvalitetom života. Materijalna deprivacija u ovom modelu obuhvaća: objektivnu procjenu materijalne deprivacije i subjektivnu procjenu materijalnih uvjeta i subjektivnu procjenu stambenih uvjeta. Shodno postavljenom modelu očekivalo se da će

materijalna deprivacija kao prediktor doprinositi oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti, ali iz dobivenih rezultata pokazalo se da nema značajnu ulogu u predviđanju njihova oporavka.

Rezultati provedenih analiza ukazali su da na sam oporavak utječu drugi faktori, posebno Uznemirenost kao komponenta izloženosti stresu i sama percepcija subjektivne kvalitete života. Povezanost stresa i psihičke bolesti je široko opisana u dostupnoj literaturi (Lavoie i Douglas, 2011; Razurel, 2013; Roos, 2013; Ezzati, 2014; Lau i sur., 2014; Vallejo i sur., 2018). Više razine percipiranog stresa su povezane s lošijim tjelesnim i psihičkim funkcioniranjem osoba, time osobe koje su oboljele od psihičke bolesti u većoj mjeri stresore doživljavaju kao prijeteće vlastitom zdravlju (Nakić, Tadinac i Herman, 2009; Kirsch i sur., 2020). Postoji povezanost između stresa sa simptomima anksioznosti kao vrste psihičke bolesti ((Hao Yao, Jian Hua Chen i Yi-Feng Xu, 2020), a što se povezuje i s dobivenim rezultatom o Uznemirenosti kao komponenti stresa.

Ranija istraživanja (Roe, Mashiach Eizenberg i Lysaker 2011; Hamaideh, 2014; Cullen i sur., 2017; Sobhy Mahmoud, Berma i Gabal, 2017; Coffey i sur., 2018;) pronašla su da je kvaliteta života važan prediktor u oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti, što je ovim istraživanjem i potvrđeno. Kvaliteta života je najznačajniji prediktor koji ostaje značajan u svim koracima modela ovoga istraživanja, kako za pojedine subskale, tako i za ukupnu skalu oporavka.

Korisnici čiji je rezultat na skalama podrške i zadovoljstvo ukupnom socijalnom mrežom veći imaju i veći rezultat iskazan na skali oporavka koji se odnosi na usmjerenost ka postojećim ciljevima i oslanjanju na druge osobe (Corrighan i Phelan, 2004). Posebnu korist u procesu oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti i iskazuju niske razine socijalne podrške predstavlja mogućnost uključivanja u razne individualizirane aktivnosti osoba (Hendryx, Green i Perrin, 2009). Istraživanje Yu i Yua i suradnika (2010) istaklo je obavezu implementiranja ciljanih intervencija socijalne podrške za osobe koje boluju od shizofrenije radi povećanja vjerojatnosti njihova oporavka. Rezultati ovoga istraživanja su djelomično u skladu s rezultatima prethodnih istraživanja. U ovom istraživanju uvođenje socijalne podrške je pojačavalo model samo u nekim dijelovima. Procjena podrške od značajnih drugih se pokazala značajnom u subskalama Osobno samopouzdanje i nada i Oslanjanje na druge. Nadalje, u subskali oporavka Spremnost na traženje pomoći kao značajni prediktor pokazala se socijalna mreža kao procjena dostupnosti podrške iz različitih izvora.

Kao posljednji prediktor u modelu korištena je varijabla zadovoljstva uslugama tretmana osoba koje boluju od psihičke bolesti. Proces oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti određen je korisničkom perspektivom o zadovoljstvu uslugama tretmana, na način da korisnici koji su iskazali više razine zadovoljstva uslugom tretmana pokazuju smanjenje simptoma psihičke teškoće, višu kvalitetu života, smanjenje broja nezadovoljenih potreba u usporedbi s korisnicima sa srednjom ili niskom razinom zadovoljstva uslugom tretmana (Vermeulen, 2018). Sudionici kod kojih je iskazana niska razina zadovoljstva tretmanom, imali su iskustvo čestog bolničkog liječenja u odnosu na umjereno zadovoljne sudionike ($p < 0,01$). Shodno tomu kvaliteta usluge i tretmana predstavlja zaštitni čimbenik koji ima pozitivan utjecaj na zadovoljstvo korisnika uslugom (Sumedi, 2018). Dalja istraživanja ukazuju na pozitivnu povezanost zadovoljstva uslugom sa percipiranom podrškom u procesu oporavka, ali ne i s osobnim oporavkom ili kvalitetom života. Nadalje, mnoga istraživanja ukazuju da su sudionici koji imaju veću percipiranu podršku za osobni oporavak zadovoljniji uslugom tretmana (Desta, Berhe i Hintsu, 2018; Priebe i Miglietta, 2019; Fröding, 2021). Rezultati dobiveni ovim istraživanjem nisu u skladu s rezultatima prethodnih istraživanja, jer se zadovoljstvo pruženim uslugama tretmana nije pokazalo značajnim prediktorom niti na jednoj subskali oporavka. Sudionici ovoga istraživanja posjećivali su centar za mentalno zdravlje isključivo zbog preuzimanja farmakološke terapije i redovne kontrole kod liječnika psihijatra. Uzimanje lijekova nije usmjereno na oporavak u smislu socijalnoradničke perspektive koja oporavak razumjeva kao proces promjena i ozdravljenja koji pored obveze poštivanja uputa liječnika, uključuje i davanje smisla životu, nadu, usmjerenost na osnaživanje. Shodno tomu moguće je da sudionici i nisu pridavali značaj zadovoljstvu uslugama tretmana u smislu toga.

Također, Uznemirenost kao komponenta stresa se pokazala važnim individualnim prediktorom oporavka što odgovara ranijim nalazima (Nima i sur., 2013; Vallejo i sur., 2018; Razurel, 2013; Roos, 2013; Lau i sur., 2014; Kirsch i sur., 2020; Hao Yao, Jian Hua Chen i Yi-Feng Xu, 2020) na način da osobe koje su izložene manjem broju stresnih životnih događaja i imaju nisku razinu uznemirenosti iskazuju višu razinu oporavka.

Dobiveni rezultati ovoga i prethodnih istraživanja jasno ukazuju da kvaliteta života i niska razina uznemirenosti, kao komponente stresa, značajno doprinose oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti.

U nastavku slijedi prikaz rezultata analize za svaki od faktora pozitivnog mentalnog zdravlja i to: psihološka dobrobit, socijalna dobrobit i emocionalna dobrobit te ukupna procjena pozitivnog mentalnog zdravlja.

4.4. Prediktori pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti

Treći istraživački problem ovoga istraživanja odnosio se na ispitivanje doprinosa obilježja psihičkog oboljenja, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, percipirane podrške i zadovoljstva pružanim uslugama tretmana na pozitivno mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti. Očekivali smo da pozitivnom mentalnom zdravlju osoba koje boluju od psihičke bolesti značajno doprinose prediktorske varijable koje se odnose na: obilježja psihičkog oboljenja na način da će vrsta psihičkog oboljenja i manji broj hospitalizacija bit povezani s višom razinom pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti; materijalnu deprivaciju, na način da će bolja subjektivna i objektivna procjena materijalnog statusa predviđati višu razinu pozitivnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti; izloženost stresu, na način da osobe koje su izložene manjem broju stresnih životnih događaja iskazivati će višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja, odnosno veća učestalost doživljavanja stresnih događaja predviđat će nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja; kvalitetu života, na način da će veća percipirana razina subjektivne kvalitete života osoba koje boluju od psihičke bolesti predviđati višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja, percipiranu socijalnu podršku, na način da će veća percipirana dostupnost podrške iz formalnih i neformalnih izvora te veća percepcija socijalne podrške predviđati veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti; te zadovoljstvo pružanim uslugama, na način da veća percipirana razina zadovoljstva pružanim uslugama tretmana predviđati veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Za analizu treće hipoteze provedene su hijerarhijske regresijske analize na jednak način kao i za prethodnu hipotezu. Pri tome su analize napravljene zasebno za svaku komponentu konstrukta pozitivnog mentalnog zdravlja koji se sastoji od tri faktora i to: psihološka dobrobit, socijalna dobrobit i emocionalna dobrobit. U nastavku rada slijedi prikaz zasebne hijerarhijske regresijske analize komponente pozitivnog mentalnog zdravlja Psihološka dobrobit.

Psihološka dobrobit

Provedena zasebna hijerarhijska regresijska analiza subskale pozitivnog mentalnog zdravlja Psihološka dobrobit trebala bi dati odgovor na pitanje koji su čimbenici povezani s pozitivnim mentalnim zdravljem osoba koje boluju od psihičke bolesti i korisnici su izvanbolničke psihijatrijske skrbi. Dobiveni rezultati provedene analize su prikazani u Tablica 37.

Tablica 37. Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) za subskalu pozitivnog mentalnog zdravlja – Psihološka dobrobit

Varijabla	r_{pk}	Blok					
		1	2	3	4	5	6
Anksiozni i OKP	,076	,045	-,040	,006	,030	,027	,032
Dep. i bipolarni poremećaj	,024	,024	-,047	-,005	,016	,024	,026
Broj hospitalizacija	-,146*	-,126	-,114	-,094	-,055	-,023	-,022
Materijalna deprivacija	-,362**		-,290**	-,202*	-,071	-,099	-,101
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	,318**		,146	,066	-,022	-,044	-,047
Doživljavate li se siromašnima?	,230**		,130	,045	,035	,026	,026
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	,180**		-,076	-,084	-,129*	-,104	-,105
Uznemirenost	-,496**			-,347**	-,182**	-,176**	-,173**
Kontrola	,428**			,263**	,097	,102	,103
Procjena kvalitete života	,694**				,558**	,483**	,481**
Podrška - značajni drugi	,503**					,250**	,243**
Podrška – obitelj	,370**					-,122	-,116
Podrška – prijatelji	,468**					-,011	-,007
Socijalna mreža	,345**					,005	-,007
Zadovoljstvo korisnika	,274**						,029
R		,150	,424**	,623**	,730**	,748**	,748**
R ²		,022	,180	,388	,533	,559	,560
ΔR^2		,022	,157**	,208**	,145**	,026*	,001
R ² _{corr}		,007	,148	,357	,507	,524	,521

r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; β – standardizirani regresijski koeficijent; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; R – koeficijent multiple korelacije; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Kao što je vidljivo iz prethodne tablice ukupno je objašnjeno 52,1% kriterija varijance pozitivnog mentalnog zdravlja a koeficijent multiple korelacije iznosi $R=0,748$ $p<0,001$. Rezultati analize govore da su značajni prediktori psihološke dobrobiti kao faktora pozitivnog mentalnog zdravlja: Broj hospitalizacija ($r_{pk} = -1,46$ $p<0,05$), Materijalna deprivacija ($r_{pk} = -,362$ $p<0,01$), Stambeni uvjeti ($r_{pk} = ,318$ $p<0,01$), Uznemirenost ($r_{pk} = -,496$ $p<0,01$) i Kontrola kao komponente procjene stresa ($r_{pk} = ,428$ $p<0,01$) Kvaliteta života ($r_{pk} = ,694$) te prediktori koji se odnose na Socijalnu podršku i to: procjena Podrške od strane značajnih drugih ($r_{pk} = ,503$ $p<0,01$), Podrška obitelji ($r_{pk} = ,370$ $p<0,01$), Podrška prijatelji ($r_{pk} = -,468$ $p<0,01$) i socijalna mreža.

Prediktori vrsta psihičke bolesti i to: Anskiozni ($r_{pk} = ,076$) i Depresivni poremećaji ($r_{pk} = ,076$), Subjektivni osjećaj siromaštva ($r_{pk} = ,230$ $p<0,01$), Iznos mjesečnih prihoda ($r_{pk} = ,180$ $p<0,01$), te Zadovoljstvo korisnika uslugom tretmana se nisu pokazali kao statistički značajni ($r_{pk} = ,274$ $p<0,01$).

Dakle, dobiveni rezultati pokazuju da obilježja psihičke bolesti nisu bila značajan prediktor niti u jednom koraku analize. U prvom koraku analize varijable obilježja psihičke bolesti, objašnjavaju 7% varijance kriterija. Broj hospitalizacija imao je negativnu korelaciju s Psihološkom dobrobiti kao komponentom pozitivnog mentalnog zdravlja ($r_{pk} = -,146$ ($\beta = -,290$ $p<0,05$), ali je ta povezanost prilično niska.

Kao što je vidljivo iz Tablice 37 promjena objašnjene varijance bila je značajna nakon uvođenja svakog novog skupa prediktorskih varijabli. Tako se u početnim koracima analize pokazala značajnost Materijalne deprivacije ($\beta = -,290$ $p<0,01$), a u nastavku analize u trećem koraku se pokazala značajnost Uznemirenosti ($\beta = -,347$ $p<0,01$) i Kontrole ($\beta = ,263$ $p<0,01$) kao komponenti stresa, te u četvrtom koraku analize značajnom se pokazala kvaliteta života ($\beta = ,694$ $p<0,01$). Značajnost materijalne deprivacije se gubi u petom koraku analize uvođenjem percepcije podrške značajni drugi ($\beta = ,250$ $p<0,01$). U posljednjem koraku analize uvođenjem zadovoljstva pruženim uslugama tretmana ne dolazi do statistički značajnog povećanja varijance kriterija. Time značajni prediktori psihološke dobrobiti u zadanom koraku modela ostaju Uznemirenost ($\beta = -,173$ $p<0,01$) kao komponenta procjene stresa; Kvaliteta života ($\beta = ,481$ $p<0,01$) te procjena Podrške od strane značajnih drugih ($\beta = ,243$ $p<0,01$). Konačan model objašnjava 52,1% varijance kriterija.

Naime, rezultati ovoga istraživanja pokazuju da obilježja psihičke bolesti nisu bila značajan prediktor niti u jednom koraku analize subskale Psihoška dobrobit kao komponente mentalnog

zdravlja, što nije u skladu s rezultatom drugih istraživanja koja potvrđuju postojanost visoke negativne korelacije između pozitivnih koncepata mentalnog zdravlja (psihološke dobrobiti) i vrste psihičke bolesti kod korisnika usluga mentalnog zdravlja u zajednici (Erp Taalman Kip i Hutschemaekers, 2018; Lamers, 2015; De Vosa i sur., 2018; Vuletić i sur., 2018). Franken i suradnici (2018) su proveli istraživanje koje je imalo za cilj utvrditi povezanost varijable dobrobiti i dualnog modela mentalnog zdravlja kod sudionika s shizofrenijom, depresivnim i anksioznim poremećajima, te sudionika s razvojnim poremećajem te ukazuju na postojanje negativne korelacije između psihološke dobrobiti i vrste psihičke bolesti, što u ovom istraživanju nije dokazano.

Nadalje u ovom istraživanju je dokazana postojanost statističke značajnosti materijalne deprivacije i psihološke dobrobiti, što je dokazano i u istraživanju Weijersa i suradnika (2020) u kojem je 35% sudionika bilo nezaposleno zbog psihičke bolesti ili nisu bili aktivni na tržištu rada zbog kućanskih obaveza i brige o djeci. Dakle, zaključujemo da nezaposlenost kao pokazatelj materijalne deprivacije može utjecati na odnos između težine simptoma psihičkog oboljenja i razine psihološke dobrobiti. Naime, u ovom istraživanju značajnost materijalne deprivacije se gubi uvođenjem prediktora podrške značajni drugi, a u posljednjem koraku modela zadovoljstvo pruženim uslugama ne doprinosi objašnjenju varijance psihološke dobrobiti povrh ranije uvedenih varijabli. Time značajni prediktori psihološke dobrobiti ostaju uznemirenost kao komponenta procjene stresa, kvaliteta života te procjena podrške od strane značajnih drugih. Konačan model objašnjava 52,1% varijance kriterija. Pored materijalne deprivacije, pomenuti autori u svojoj longitudinalnoj studiji ukazali su i na postojanje negativne umjerene povezanosti između težine simptoma depresije i dobrobiti na početku tretmana, te jake negativne povezanosti nakon šesto mjesječnog praćenja sudionika istraživanja.

Značajan prediktor psihološke dobrobiti u modelu ovoga istraživanja jeste uznemirenost kao komponenta procjene stresa, što je u skladu s nalazom istraživanja Granta, Guila i Sena (2013) čiji rezultat pokazuje da niska razina dobrobiti značajno predviđa više razine depresije usljed stresnih životnih događaja. Dakle shodno rezultatima prethodnog istraživanja i dobivenim nalazima ovoga istraživanja zaključujemo da će veća učestalost doživljavanja stresnih događaja predviđati nižu razinu psihološke dobrobiti kao komponente pozitivnog mentalnog zdravlja.

Nadalje, veća percipirana razina subjektivne kvalitete života osoba koje boluju od psihičke bolesti predviđati će višu razinu Psihološke dobrobiti kao komponente pozitivnog mentalnog zdravlja.

U konačnici analiza je ukazala na to da veća percepcija socijalne podrške od strane značajnih drugih predviđa veću razinu psihološke dobrobiti kao komponente pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti što je u skladu s istraživanjem Hua i suradnika (2020) koji ukazuju da socijalna podrška predstavlja zaštitni čimbenik koji štiti od stresa i smanjuje njegove negativne posljedice.

U nastavku rada slijedi prikaz zasebne hijerarhijske regresijske analize komponente pozitivnog mentalnog zdravlja Socijalna dobrobit.

Socijalna dobrobit

Nastavak analize trećeg istraživačkog problema se odnosio na Socijalnu dobrobit kao komponentu pozitivnog mentalnog zdravlja. Dobiveni rezultati hijerarhijske regresijske analize za Socijalnu dobrobit kao komponentu pozitivnog mentalnog zdravlja su prikazani u Tablici 38.

Tablica 38. Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) za subskalu pozitivnog mentalnog zdravlja – Socijalna dobrobit

Varijabla	r_{pk}	Blok					
		1	2	3	4	5	6
Anksiozni i OKP	,102	,092	,006	,035	,055	,054	,033
Dep. i bipolarni poremećaj	-,014	,023	-,046	-,011	,005	,017	,007
Broj hospitalizacija	-,100	-,063	-,057	-,018	,013	,041	,035
Materijalna deprivacija	-,295**		-,130	-,095	,008	,006	,011
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	,296**		,169	,088	,018	-,001	,010
Doživljavate li se siromašnima?	,149*		,035	-,054	-,062	-,071	-,070
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	,263**		,107	,082	,046	,087	,091
Uznemirenost	-,345**			-,187**	-,056	-,023	-,035
Kontrola	,455**			,353**	,221**	,237**	,235**
Procjena kvalitete života	,586**				,441**	,370**	,380**
Podrška - značajni drugi	,411**					,215*	,242*
Podrška – obitelj	,288**					-,113	-,136
Podrška – prijatelji	,413**					-,034	-,048
Socijalna mreža	,307**					,108	,156*
Zadovoljstvo korisnika	,135*						-,112
R		,124	,359**	,546**	,623**	,647**	,654**
R ²		,015	,129	,298	,388	,419	,428
ΔR^2		,015	,113**	,169**	,090**	,031	,009
R ² _{corr}		-,001	,095	,262	,354	,372	,378

r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; β – standardizirani regresijski koeficijent; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; R – koeficijent multiple korelacije; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Analiza rezultata za subskalu Socijalna dobrobit pokazala je da obilježja psihičke bolesti i materijalna deprivacija nisu značajni prediktori pozitivnom mentalnom zdravlju osoba koje boluju od psihičke bolesti. Ovi prediktori nisu se pokazali značajnima niti u jednom koraku analize, te zajedno objašnjavaju svega 9,5% ukupne varijance kriterija.

Uvođenje drugih prediktora Uznemirenosti kao komponente stresa ($\beta = -,187$ $p < 0,01$) u trećem koraku objašnjava se 26,2% varijance, te Kontrole kao komponente stresa u četvrtom ($\beta = ,221$ $p < 0,01$) i petom ($\beta = ,237$ $p < 0,01$) značajno je doprinijelo objašnjenju modela kojim se objašnjava 37,2% varijance kriterija, koji uz uvođenje kvalitete života ($\beta = ,370$ $p < 0,01$) i podrške značajni drugi ($\beta = ,215$ $p < 0,05$) u petom koraku analize objašnjava 37,2% varijance kriterija. Od značajnih prediktora u posljednjem koraku pokazali su se Kontrola ($\beta = ,235$ $p < 0,01$) kako komponenta stresa, Kvaliteta života ($\beta = ,380$ $p < 0,01$) te procjena Podrške od značajnih drugih ($\beta = ,242$ $p < 0,05$) te dostupnost podrške od socijalne mreže ($\beta = ,156$ $p < 0,05$). Zadovoljstvo pruženim uslugama nije se pokazalo značajnim prediktorom. Konačan model objašnjava 37,8% varijance socijalne dobrobiti.

Obzirom da socijalna dobrobit opisuje ličnu percepciju uloge u društvu, uključujući elemente kao osjećaj povezanosti s društvom i osjećaj pripadnosti (Keyes, 2014) sukladno je očekivanjima postavljene hipoteze i dobivenim rezultatima da izvori formalne i neformalne socijalne podrške imaju značajnu prediktivnu ulogu na socijalnu dobrobit kao komponentu pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti. Tako primjerice, Adamczyk i Sergin (2015) u svom istraživanju ističu da podrška od strane prijatelja, obitelji te značajnih drugih predstavlja značajan prediktor pozitivnom mentalnom zdravlju. Rezultat istraživanja pomenutih autora je djelimično u skladu s rezultatima ovoga istraživanja gdje je ukupna povezanost prediktora Podrške značajni drugi i kriterija socijalne dobrobiti kao komponente mentalnog zdravlja iznosila $r_{pk} = ,411$ $p < 0,01$, zatim povezanost prediktora podrška prijatelja i socijalne dobrobiti je iznosila $r_{pk} = ,413$ $p < 0,01$ te povezanost socijalne mreže i socijalne dobrobiti kao komponente pozitivnog mentalnog zdravlja je iznosila $r_{pk} = ,307$ $p < 0,01$. Sukladno dobivenim rezultatima prethodno provedenog istraživanja i nalazima ovoga istraživanja zaključujemo da će veća percipirana dostupnost podrške iz formalnih i neformalnih izvora te veća percepcija socijalne podrške predviđati višu razinu socijalne dobrobiti kao komponente pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Od značajnih prediktora socijalnoj dobrobiti kao komponenti pozitivnog mentalnog zdravlja u posljednjem koraku pokazali su se Kontrola kao komponenta procjene stresa, Kvaliteta života te

procjena podrške od značajnih drugih te dostupnost podrške od socijalne mreže. Zadovoljstvo pruženim uslugama nije se pokazalo značajnim prediktorom. Sukladno dobivenim rezultatima zaključujemo da osobe koje su izložene manjem broju stresnih događaja iskazivati će veću razinu socijalne dobrobiti kao komponente pozitivnog mentalnog zdravlja. Nadalje, veća razina subjektivne kvalitete života osoba koje boluju od psihičke bolesti predviđati će višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja. Očekivano, dobiveni nalazi ovog istraživanja svjedoče o postojanju statistički značajne povezanosti između socijalne podrške i socijalne dobrobiti kao komponente mentalnog zdravlja, što je u skladu sa istraživanjima Chui i Chana (2017) i Reida i suradnika (2016) koja ukazuju na statistički značajnu povezanost između socijalne dobrobiti i socijalne podrške, na način da više razine socijalne podrške doprinose višim razinama socijalne dobrobiti kao komponente pozitivnog mentalnog zdravlja.

U nastavku rada slijedi prikaz zasebne hijerarhijske regresijske analize subskale Emocionalna dobrobit kao komponente pozitivnog mentalnog zdravlja.

Emocionalna dobrobit

Provedena hijerarhijska regresijska analiza trebala bi dati odgovor na pitanje koji su to čimbenici koji će doprinijeti emocionalnoj dobrobiti kao komponenti pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Tablica 39. Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) za subskalu pozitivnog mentalnog zdravlja – Emocionalna dobrobit

Varijabla	r_{pk}	Blok					
		1	2	3	4	5	6
Anksiozni i OKP	,048	,001	-,087	-,040	-,027	-,008	-,016
Dep. i bipolarni poremećaj	-,091	-,090	-,166	-,122	-,111	-,079	-,083
Broj hospitalizacija	,020	,003	,027	,053	,072	,088	,086
Materijalna deprivacija	-,317**		-,251**	-,167*	-,099	-,105	-,103
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	,267**		,115	,029	-,017	-,033	-,029
Doživljavate li se siromašnima?	,121*		,016	-,078	-,083	-,088	-,088
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	,233**		,066	,054	,030	,042	,043
Uznemirenost	-,492**			-,344**	-,259**	-,249**	-,253**
Kontrola	,422**			,303**	,218**	,222**	,221**
Procjena kvalitete života	,544**				,288**	,317**	,321**
Podrška - značajni drugi	,277**					,148	,159
Podrška – obitelj	,202**					-,079	-,088
Podrška – prijatelji	,252**					-,106	-,111
Socijalna mreža	,230**					-,002	,016
Zadovoljstvo korisnika	,174**						-,042
R		,091	,373**	,610**	,640**	,647**	,648**
R ²		,008	,139	,372	,410	,419	,420
ΔR^2		,008	,131**	,233**	,039**	,009	,001
R ² _{corr}		-,008	,105	,340	,377	,372	,369

r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; β – standardizirani regresijski koeficijent; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; R – koeficijent multiple korelacije; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Analiza pokazuje kako su u posljednjem koraku analize značajni prediktori emocionalne dobrobiti obje komponente percepcije stresa : Uznemirenost ($\beta = -.253$ $p < 0,01$) i Kontrola ($\beta = .221$ $p < 0,01$) i subjektivna procjena kvalitete života ($\beta = .321$ $p < 0,01$). Ovim modelom objašnjeno je 36,9% varijance kriterija. Od preostalih prediktora samo je materijalna deprivacija pokazala značajan doprinos u drugom ($\beta = -.251$ $p < 0,01$) i trećem koraku analize ($\beta = -.167$ $p < 0,05$) koji se gubi uvođenjem kvalitete života kao prediktorske varijable u četvrtom koraku analize ($\beta = .288$ $p < 0,01$).

Dobiveni rezultati ovoga istraživanja nisu u skladu s istraživanjem Adamczyka i Sergina (2015) koje je pokazalo da su samci iskazali nižu razinu emocionalne dobrobiti u odnosu na osobe koje su živjele u braku i imali su visoku razinu obiteljske podrške, jer se ni u jednom koraku a i u konačnom modelu ovoga istraživanja nije pokazala statistički značajna postojanost socijalne podrške.

Shodno dobivenim rezultatima za emocionalnu dobrobit kao komponentu stresa zaključujemo da će osobe koje su izložene većoj učestalosti Uznemirenosti kao komponenti isloženosti stresnih životnih događaja iskazivati nižu razinu emocionalne dobrobiti kao komponente pozitivnog mentalnog zdravlja. Nadalje, osobe čija je razina kvalitete života viša iskazivati će višu razinu emocionalne dobrobiti kao komponente pozitivnoga mentalnog zdravlja, na način da veća percipirana razina subjektivne kvalitete života osoba koje boluju od psihičke bolesti predviđati veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.

Naime, osobe s visokom razinom životnog stresa mogu percipirati opću nesposobnost nošenja s određenim dodatnim negativnim događajima i mogu smatrati te događaje potpuno nepodnošljivim, što dovodi do značajnog povećanja nivoa depresije i smanjenja razine pozitivnoga mentalnog zdravlja (Pijević i Štrkalj Ivezić, 2015). Andrew i suradnici (2013) jasno ukazuju da izloženost stresnim životnim događajima ugrožava cjelokupni biopsihosocijalni sustav čovjeka te može imati dugoročne posljedice po psihičko i tjelesno zdravlje, što je i djelimično utvrđeno rezultatima ovoga istraživanja. Nadalje, negativni učinci stresa povezani su i sa smanjenom kvalitetom življenja što nije dokazano nalazima ovoga istraživanja.

Ukupna dobrobit

Završna hijerarhijska regresijska analiza trećeg istraživačkog problema trebala bi dati odgovor na pitanje koji su to čimbenici koji će doprinijeti ukupnoj procjeni pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Tablica 40. Rezultati regresijske analize i standardizirani regresijski koeficijenti (β) za ukupnu procjenu pozitivnog mentalnog zdravlja

Varijabla	r_{pk}	Blok					
		1	2	3	4	5	6
Anksiozni i OKP	,088	,058	-,038	,006	,028	,031	,023
Dep. i bipolarni poremećaj	-,019	-,003	-,083	-,039	-,020	-,003	-,007
Broj hospitalizacija	-,100	-,080	-,066	-,034	,000	,030	,027
Materijalna deprivacija	-,362**		-,246**	-,171*	-,053	-,068	-,067
Kako procjenjujete stambene uvjete u kojima živite?	,331**		,163	,073	-,007	-,028	-,024
Doživljavate li se siromašnima?	,193**		,075	-,023	-,032	-,041	-,041
Koliko okvirno iznose mjesečna primanja s kojima raspolazete Vi i Vaša porodica	,248**		,028	,011	-,030	,001	,003
Uznemirenost	-,488**			-,319**	-,170**	-,152*	-,156*
Kontrola	,485**			,340**	,191**	,200**	,200**
Procjena kvalitete života	,687**				,500**	,446**	,450**
Podrška - značajni drugi	,461**					,236**	,247**
Podrška - obitelj	,333**					-,121	-,130
Podrška - prijatelji	,440**					-,047	-,052
Socijalna mreža	,337**					,046	,065
Zadovoljstvo korisnika	,220**						-,044
R		,115	,412**	,640**	,725**	,741**	,742**
R ²		,013	,169	,409	,526	,549	,551
ΔR^2		,013	,156**	,240**	,116**	,024	,001
R ² _{corr}		-,003	,137	,379	,499	,513	,512

r_{pk} – bivarijatna korelacija prediktora i kriterija; β – standardizirani regresijski koeficijent; * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; R – koeficijent multiple korelacije; R² – koeficijent determinacije; R²_{corr} – korigirani koeficijent determinacije

Rezultati analize pokazuju kako obilježja psihičke bolesti nisu značajan prediktor niti u jednom koraku. Dobiveni rezultat nije u skladu s rezultatima drugih istraživanja čiji su rezultati pokazali umjerenu negativnu povezanost između vrste psihičke bolesti i ukupne dobrobiti osoba koje boluju

od psihičke bolesti (Weijersa i sur., 2020; Franken i sur., 2018; Erp Taalman Kip i Hutschemaekers, 2018; De Vos i sur., 2018). Istraživanje Frankena i suradnika (2018) je utvrdilo visoku statistički značajnu povezanost između ukupne dobrobiti i vrste psihičkog oboljenja, kod korisnika s depresivnim ($r = -0,79$ $p < 0,01$) i anksioznim poremećajima ($r = -0,74$ $p < 0,01$), dok je umjerena statistička povezanost pronađena kod korisnika s shizofrenijom ($r = -0,61$ $p < 0,01$) i razvojnim poremećajima ($r = -0,64$ $p < 0,01$)

Materijalna deprivacija pokazala se značajnim prediktorom pozitivnom mentalnom zdravlju osoba koje boluju od psihičke bolesti do uvođenja kvalitete života ($\beta = ,500$ $p < 0,01$), kada se njena značajnost gubi, dok su se obje komponente percepcije stresa Uznemirenost ($\beta = -,156$ $p < 0,05$) i Kontrola ($\beta = ,200$ $p < 0,01$) te Kvaliteta života ($\beta = ,450$ $p < 0,01$) pokazali značajnim prediktorima do zadnjeg koraka. Od socijalne podrške značajnom se pokazala samo podrška od značajnih drugih ($\beta = ,247$ $p < 0,01$) dok se zadovoljstvo pruženim uslugama nije pokazalo značajnim prediktorom pozitivnog mentalnog zdravlja. Konačan model objašnjava 51,2% varijance kriterija.

Prema provedenoj analizi i dobivenim rezultatima zaključujemo da osobe koje su manje izložene stresnim životnim događajima te osobe koje percipiraju višu razinu subjektivne kvalitete i veću percipiranu dostupnost podrške značajnih drugih predviđaju višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja.

Dobiveni rezultati koji se odnose na ukupnu procjenu pozitivnog mentalnog zdravlja nam govore da su značajni prediktori pozitivnom mentalnom zdravlju: Uznemirenost ($r_{pk} = -,488$ $p < 0,01$) i Kontrola ($r_{pk} = -,488$ $p < 0,01$), Kvaliteta života ($r_{pk} = ,687$ $p < 0,01$), Podrška značajni drugi ($r_{pk} = ,461$ $p < 0,01$) i Podrška prijatelji ($r_{pk} = ,440$ $p < 0,01$). Dobiveni rezultati ovoga istraživanja su sukladni, s pretpostavkama i rezultatima iz ranijih istraživanja, koji ukazuju na važnost socijalne podrške i podrške socijalne mreže s aspekta zaštite i očuvanja mentalnog zdravlja (Speer i sur., 2001; Picheler i Wallace, 2007; 2009). U ovom istraživanju socijalna podrška se pokazala kao značajan faktor kad je u pitanju ukupna dobrobit, ali i kada su u pitanju socijalna i psihološka dobrobit, iako ne za emotivnu dobrobit posebno, što je do izvjesne mjere u skladu i s pomenutim istraživanjima. Osoba se može djelotvornije suočiti s povećanim zahtjevima stresne situacije kada su joj dostupni drugi koji pružaju različite oblike emocionalne, praktične ili materijalne podrške (Pećnik i Raboteg Šarić, 2005).

Nalaz ovog istraživanja ukazuje da nije cjelokupna socijalna podrška obuhvaćena modelom ovoga istraživanja tako značajna za predviđanje pozitivnog mentalnog zdravlja, već samo značajni drugi, a što je djelomično sukladno s nalazima istraživanja Jethwani i Sawanta (2010) u kojem je pronađeno da su osobe oboljele od shizofrenije odbijale više socijalne podrške od strane prijatelja nego od obitelji.

S obzirom na nalaz da kvalitetu života zapravo određuje psihološka dobrobit koja se očituje kroz opis aspekata života i to: psihološko zdravlje i prilagodba, spoznaje, osjećaji, samopouzdanje, slika o sebi i samokontrola (Bratković i Razman, 2007), odnosno kvaliteta življenja ovih osoba primarno je određena: psihološkim stanjem dobrobiti, socijalnim odnosima, fizičkim i materijalnim faktorima, razvojem osobne kompetentnosti i mogućnošću ostvarivanja osobnih životnih ciljeva, stupnjem osobne autonomije, društvenom uključenosti i ostvarivanjem prava povezanih s vrednovanjem pojedinca i njegovom socijalnom inkluzijom. Stoga i ne čudi što je u ovom istraživanju ovaj prediktor kvalitete života ostao značajan u svim koracima analize modela, a čijim uvođenjem su materijalna deprivacija kao statistički značajan prediktor, a u određenim koracima i uznemirenost i kontrola kao komponenta stresa gubili na značaju.

Naime, visoke interkorelacije prediktora stvaraju multikolinearnost zbog koje je teže ustanoviti individualni doprinos pojedinih prediktora u regresijskoj analizi. Multikolinearnost podrazumijeva da se dijelovi varijance prediktora vežu uz drugi prediktor te je samim time dio varijance kriterija koji taj prediktor objašnjava manji i teže dokaziv. Obzirom da je regresijska analiza također dosta osjetljiva na veličinu uzorka, multikolinearnost može imati veći negativan efekt na manjim nego na većim uzorcima. Stoga je moguće da se značajnost individualnih prediktora nije pokazala zbog toga što je u naš uzorak ušlo svega 59 korisnika koji boluju od shizofrenije te ukoliko bi se istraživanje ponovilo na jednakom broju svih skupina moguće je da bi se dobili i drugačiji rezultati.

U ovoj regresijskoj analizi posebno se valja osvrnuti na varijablu kvalitete života i socijalne podrške koje su se pokazale najznačajnijim u zadnjem koraku modela u odnosu na kriterij pozitivnog mentalnog zdravlja. Povezanost između kvalitete života i podrške značajnih drugih ukazuje da će veća percipirana razina subjektivne kvalitete života osoba i veća percepcija socijalne podrške predviđati veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti. Dobiveni rezultati Coffeja i suradnika (2018) koji govore o postojanju statistički značajne

povezanosti između subjektivne kvaliteta života i socijalne podrške, su potvrđeni analizom modela ovoga istraživanja gdje je primjetno da u zadnjem koraku modela kvaliteta života ($\beta = ,450$ $p < 0,01$) i podrška značajni drugi ($\beta = ,247$ $p < 0,01$) zajedno objašnjavaju 51,2% varijance kriterija pozitivnog mentalnog zdravlja. Drugim riječima, ako su percipirana razina kvalitete života i dostupnost socijalne podrške veće, to će i percepcija pozitivnog mentalnog zdravlja biti veća bez obzira na prisutnost psihičkog oboljenja, jer se obilježja psihičke bolesti nisu pokazala značajnim prediktorom niti u jednom koraku modela ovoga istraživanja.

Sumirajući dobivene rezultate, primjetno je da je za ispitivanje prediktivne valjanosti korištenih prediktorskih varijabli provedena multivarijatna hijerarhijska regresijska analiza pri čemu je korišteno šest skupova prediktorskih varijabli. Logika hijerarhijske regresijske analize je u sukcesivnom uvođenju skupova prediktorskih varijabli pri čemu je bio važan redoslijed uvođenja novih prediktora budući da prediktori uvedeni u kasnijim koracima analize mogu objasniti samo do tada neobjašnjeni dio varijance u kriteriju. To omogućuje određenu kontrolu utjecaja kolinearne povezanosti među prediktorskim varijablama.

Nakon završetka hijerarhijske regresijske analize problema ovoga istraživanja i interpretacije dobivenih rezultata te dobivanja odgovora na pitanje koji su to čimbenici koji će doprinijeti ukupnoj procjeni pozitivnog mentalnog zdravlja osoba u nastavku ovoga doktorskog rada su prikazani završna rasprava i zaključci provedenog istraživanja.

5. ZAVRŠNA RASPRAVA

Polazeći od ishodišta ekološke teorije koja podrazumijeva sagledavanje osobe u kontekstu neposrednog okruženja (Ajduković, 2008), teorijskog okvira za razumijevanje osobnog oporavka CHIME (Ballesteros Urpi i sur., 2019; Mahmutović, Kletečki Radović i Huremović, 2022) i suvremenog dvojnog modela kontinuuma mentalnog zdravlja i mentalne bolesti (Keyes, 2002) u ovom istraživanju pokušalo se dobiti uvid u oporavak i pojavnost pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti te ispitati ulogu određenih čimbenika rizika i zaštite za oporavak i mentalno zdravlje osoba s psihičkim oboljenjem. Ispitao se doprinos obilježja psihičke bolesti, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama. Također smo željeli ispitati i razlike u razini rizičnih i zaštitnih čimbenika osoba koje boluju od psihičke bolesti s obzirom na vrstu psihičkog oboljenja.

Naime, paradigma dvojnog modela kontinuuma mentalnog zdravlja i mentalne bolesti komplementarna je široko prihvaćenoj paradigmi ekološke teorije u socijalnom radu koja ističe sagledavanje „osobe-u-okruženju“ i interakcije rizičnih i zaštitnih čimbenika za mentalno zdravlje te kao takva predstavlja veliki doprinos u socijalnom radu u području psihijatrijske skrbi u zajednici (Mužinić Marinić, 2021).

Shodno tomu, ovo je istraživanje uz određena metodološka ograničenja, donijelo neke od rezultata koji su doprinijeli razumijevanju oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti. Rezultati su doprinijeli razumijevanju doprinosa obilježja bolesti (vrsta psihičke bolesti, trajanja oboljenja, duljine liječenja, sudjelovanja u tretmanu, broja hospitalizacija), materijalnog statusa, izloženosti stresu, kvaliteti života, socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama u predikciji pozitivnog mentalnog zdravlja i oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti sukladno teorijsko konceptualnim ishodištima. Nadalje, znanstveni doprinos ovog istraživanja ogleda se u razumijevanju suvremenog koncepta pozitivnog mentalnog zdravlja i oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti i doprinosa istraživanih varijabli koje se odnose na rizične i zaštitne čimbenike oporavku i pozitivnom mentalnom zdravlju.

Pregledom dostupne literature, utvrđeno je da konstrukti oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti, koji su korisnici izvanbolničke psihijatrijske skrbi u Tuzlanskom kantonu, Federacije Bosne i Hercegovine uopće nisu zastupljeni u dosadašnjim

istraživanjima. Općenito istraživanja orijentirana na promociju i prevenciju mentalnog zdravlja većinom su bila usmjerena na kvalitetu života i socijalnu podršku osoba koje boluju od psihičke bolesti (ZJZFBiH, 2012; FMZ i Asocijacija XY, 2019; Šimičić, Franjić i Babić, 2022; Penava i sur., 2022), a neznatan broj istraživanja ukazuje na potrebu razumijevanja oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti (Mahmutović, Kletečki Radović i Huremović, 2022). Dosadašnja istraživanja u regiji i drugim stranim zemljama ukazuju na to da se oporavak i pozitivno mentalno zdravlje razlikuju u odnosu na vrstu psihičkog oboljenja te da su neodvojivi od koncepta zdravstvene brige koja zagovara promociju i prevenciju mentalnog zdravlja (Agerbo i sur., 2004; Jokić Begić, 2012). Rezultati dobiveni u ovom istraživanjem nisu sukladni ranijim nalazima obzirom na to da se psihička bolest, kao ni vrsta psihičke bolesti, nije pokazala kao prediktor koji doprinosi objašnjenju varijance kriterija oporavka i kriterija pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti. U tom smislu, ovo istraživanje doprinosi spoznaji i daje doprinos razumijevanju *dualnog modela* mentalnog zdravlja (Tudor, 1996; Keyes, 2002; Jokić Begić, 2012; Muslić i sur., 2020), prema kojem osobe koje boluju od psihičke bolesti mogu imati dobro mentalno zdravlje.

Na početku osvrnut ćemo se na sociodemografska obilježja sudionika i obilježja subuzorka sudionika ovoga istraživanja. Važno je razumjeti strukturu uzorka na kojoj je provedeno ovo istraživanje jer nam to govori na koga su nalazi primjenjivi kada je riječ o populaciji osoba s problemima mentalnog zdravlja. Uzorak sudionika uključivao je 200 osoba koje boluju od psihičke bolesti, od toga 57 sudionika s dijagnozom shizofrenije, 70 sudionika s dijagnozom depresivnog poremećaja, 8 sudionika s bipolarno afektivnim poremećajem, 52 sudionika s anksioznim poremećajem i 5 sudionika s opsesivno kompulzivnim poremećajem. Obzirom na to da se radilo o prigodnom uzorku, nije se postigao ujednačen udio sudionika prema vrsti psihičkog oboljenja. U planiranju istraživanja oslonili smo se na to da će dovoljno velik uzorak obuhvatiti reprezentativan udio osoba koje boluju od psihičke bolesti. To, međutim, nije u potpunosti ostvareno već je u našem uzorku osjetno manji udio osoba koje boluju od shizofrenije nego osoba koje boluju od depresije. S druge pak strane, realizirani uzorak reflektira stanje koje je sukladno dostupnim službenim podacima o vodećim psihičkim bolestima registriranim u Centrima za mentalno zdravlje u FBiH za 2021 godinu. Prema tim podacima udio bolesnika koji boluju od depresivnog poremećaja je najveći, odnosno 65%. Također, najčešće liječeni korisnici jesu žene (41%) koje su i znatno češće korisnice izvanbolničkih usluga psihijatrijske skrbi u zajednici u

odnosu na muškarce (ZZJZFBiH, 2021). Dodatni službeni podaci pokazuju da depresija ima vodeću ulogu u procjenama prevalencije najrasprostranjenijih mentalnih poremećaja na globalnoj razini (SZO, 2022c) i na razini Tuzlanskog kantona (ZZJZTK, 2021) i da je oko 50 % češće prisutna kod žena nego kod muškaraca (SZO, 2023a). Obzirom da usporedba prikazanih službenih podataka ukazuje na značajnu razliku udjela osoba koje boluju od shizofrenije u korištenju psihijatrijske skrbi u odnosu na osobe koje boluju od depresivnog poremećaja, njihov manji udio u našem uzorku nije odraz trenda u društvu već najvjerojatnije karakteristika samog uzorka. Jedan od uzroka tome može ležati upravo u obilježjima psihičke bolesti shizofrenije, kao teže mentalne bolesti koja često sa sobom nosi veću razinu radne i socijalne nefunkcionalnosti, stigmu, socijalnu isključenost, ponekad i otpor prema liječenju, te činjenici da je istraživanje bilo dobrovoljno, zbog čega je ova kategorija korisnika moguće bila manje spremna sudjelovati u istraživanju o ovoj temi.

Inicijalno se pokazalo da je radni status osoba koje boluju od psihičke bolesti i njihovih partnera sličan, pretežno su nezaposleni, u mirovini i nisu aktivni na tržištu rada. Ovakav nalaz je povezan s objektivnom i subjektivnom procjenom materijalnog statusa. Prema subjektivnoj procjeni uzorak sudionika se uglavnom ne osjeća siromašnima, a gotovo polovica uzorka živi u relativnom siromaštvu i suočava se s značajnom razinom materijalne i stambene deprivacije. Žive u stambenim objektima koji nisu dovoljno topli, nemaju regulirano centralno grijanje, i imaju problem s vlagom. Ovi podaci ukazuju na lošu objektivnu sliku stambenih uvjeta u kojima žive sudionici, osobe s psihičkim oboljenjima. Nadalje, prethodno opisana opća stopa ili pokazatelji stambene opremljenosti u BiH, u skladu su s rezultatima o stambenim uvjetima subuzorka ovoga istraživanja. Naime, sudionici ovoga istraživanja iskazali su da je namještaj kojim su stambeni objekti koje posjeduju opremljeni, dotrajali. Sudionici iskazuju da se ne osjećaju siromašnima u odnosu na druge jer su i drugi ljudi u njihovom okruženju u sličnim okolnostima: imaju vlasništvo nad kućom/stanom, ali je on loše i neadekvatno opremljen.

Za ispitivanje prvog istraživačkog problema koji je imao za cilj ispitati razlike u materijalnoj deprivaciji, izloženosti stresu, kvaliteti života, socijalnoj podršci, zadovoljstvu pružanim uslugama, procjeni oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja između tri skupine sudionika koje boluju od psihičke bolesti i koje su korisnici izvanbolničke psihijatrijske skrbi korištena je zavisna multivarijatna metoda jednofaktorske analize varijance ANOVA. Materijalnu deprivaciju najjasnije određuje pojam siromaštva koji za sobom povlači široku lepezu nezadovoljenih

osnovnih ljudskih potreba (Družić Ljubotina i Ljubotina, 2014). Dakle, loš ekonomski status i siromaštvo mogu pridonijeti riziku od narušavanja mentalnog zdravlja izazivajući dodatni psihosocijalni stres, manjak socijalnog kapitala, izloženost nasilju i nisku razinu socijalne potpore (Carra i sur., 2018; Brandow, Swarbrick i Nemec, 2019). Istraživanja koja su se bavila ispitivanjem povezanosti pokazatelja materijalnog statusa sa psihičkim oboljenjem pokazala su da nezaposlenost predstavlja značajan prediktor simptoma psihičke bolesti; da osobe koje imaju niske prihode su pod većim rizikom od razvoja psihičkih poteškoća; i da siromaštvo može biti uzrok i posljedica lošijeg mentalnog zdravlja (Marić, 2005; Kiely i sur., 2015; Frankham, Richardson i Maguire, 2020). Temeljem navedenih teorijskih određenja i rezultata dosadašnjih istraživanja pretpostavili smo da će se materijalni status sudionika ovoga istraživanja razlikovati s obzirom na vrstu psihičkog oboljenja.

Osvrnut ćemo se na prvi istraživački problem koji je, imao za cilj utvrditi razlike na varijabli materijalne deprivacije između tri skupine sudionika koje boluju od psihičke bolesti i koje su korisnici izvanbolničke psihijatrijske skrbi. Rezultati su pokazali da se sudionici oboljeli od shizofrenije statistički značajno razlikuju od druge dvije skupine (depresivni i anksiozni poremećaji) na varijabli materijalne deprivacije na način da iskazuju višu razinu materijalne deprivacije. Rezultati su pokazali da osobe koje boluju od shizofrenije uglavnom nemaju dovoljno materijalnih prihoda, češće nisu aktivni na tržištu rada, odnosno, nezaposleni su ili u mirovini. Ovi rezultati sukladni su nalazima ranije provedenih istraživanja koja govore da su osobe koje boluju od shizofrenije nesumnjivo izložene većim ekonomskim poteškoćama. Utvrđeno da radni i financijski status predstavljaju iznimno važan prediktor materijalne deprivacije osoba s shizofrenijom, iz razloga što su vrlo često nezaposlene, zbog vrste i prirode samog psihičkog oboljenja (Nordt i sur., 2007; Cardenas i sur., 2013; Schofield, 2013).

Ovi rezultati sukladni su nalazim istraživanja Cara i suradnika (2018) koje je ukazalo na postojanje statistički značajne povezanosti materijalnog statusa s lošijim psihičkim zdravljem ljudi. Nadalje, teret psihičke bolesti negativno utječe na pojedinčevo radno funkcioniranje i zapošljivost, što uzrokuje financijske poteškoće, koje pak mogu dovesti do siromaštva. Schofield (2013) navodi da osobe koje boluju od shizofrenije imaju 2,7 puta veće izgleda da će biti siromašne, a istraživanje Rana (2018) ističe da je godišnji neto prihod osoba oboljelih od shizofrenije značajno nizak, te da je razina lošeg ekonomskog statusa kod osoba sa shizofrenijom značajno viša.

Kao što je u uvodnom dijelu rada navedeno, u teže oblike psihičke bolesti spadaju shizofrenija, poremećaji ovisnosti, demencija i dr. (Begić, 2016), stoga se moglo i očekivati da će upravo skupina korisnika sa shizofrenijom iskazivati veće probleme u materijalnom statusu. Karakteristično je da osobe koje boluju od shizofrenije, često zbog prirode bolesti koja je kronična i često dovodi do dugotrajnijeg onesposobljenja, mogu ostvariti status osobe s profesionalnom nesposobnošću za rad, te su brojevi bolničkog liječenja češći i duže traju, nego što je to slučaj kod druge dvije skupine korisnika s depresivnim ili anksioznim poremećajima.

Nalazi pojedinih istraživanja (Nima i sur., 2013; Razurel, 2013; Roos, 2013; Lau i sur., 2014; Vallejo i sur., 2018) ističu da osim visoke razine materijalne deprivacije, osobe oboljele od psihičke bolesti iskazuju više razine stresa, osobito osobe oboljele od shizofrenije (Lavoie i Douglas, 2011). Teorijska odrednica percipiranog stresa, navodi da osobni stres predstavlja individualnu procjenu u kojoj mjeri se osoba osjeća pod stresom u datom trenutku i doživljava svoj život nepredvidivim, nekontroliranim i preopterećujućim (Allot i sur., 2013). Važno je istaći da osobe s visokom razinom životnog stresa mogu percipirati opću nesposobnost nošenja s određenim dodatnim negativnim događajima i mogu smatrati te događaje potpuno nepodnošljivim, što dovodi do razvoja i značajnog povećanja razine psihičke bolesti (Pijević i Štrkalj Ivezić, 2015). Kirsch i sur., (2020) utvrdili su da se negativan učinak stresnih životnih događaja na osobe oboljele od bipolarnog afektivnog poremećaja ogleda u povećanju težine simptoma bolesti i pojavi druge vrste psihičke teškoće. Naime rezultati jednofaktorske analize varijance pokazuju da prilikom analize varijable prvog istraživačkog problema – Izloženost stresu nije dobivena statistički značajna razlika u razinama izloženosti stresu. Također, daljim analizama nije utvrđena statistički značajna razlika u razini kvalitete života i zadovoljstvu uslugama tretmana među skupinama sudionika s različitim vrstama psihičkog oboljenja.

Dobiveni rezultati u ovom istraživanju i obuhvaćenom uzorku sudionika, pokazali su da nema statistički značajne razlike u razinama izloženosti stresu među pojedinim grupama niti za Uznemirenost, niti za Kontrolu, dakle ni za jednu komponentu izloženosti stresu mjerenu pomoću Ljestvice percipiranog stresa. Pojedina istraživanja su govorila o usporedbi izloženosti stresu osoba koje boluju od psihičke bolesti s općom populacijom, ali ta vrsta mjerenja nisu korištena i obuhvaćena ovim istraživanjem. U odnosu na opću populaciju, istraživanje Vallejo i suradnika (2018) ukazuje na to da se stres postepeno reducira s godinama, da udovci i samci, koji nisu u

braku imaju lošije mentalno zdravlje u odnosu na sudionike koji žive s partnerima. Nadalje, navode da nezaposlene osobe i osobe s nižim stupnjem obrazovanja percipiraju viši stupanj stresa. Također utvrđena je i povezanost između niskog dohotka i stresa, točnije nizak dohodak predstavlja prediktor različitih psihičkih problema. Obzirom da u ovom istraživanju nismo imali kontrolnu grupu sudionika iz opće populacije, pretpostavlja se da je to jedan od uzroka zbog kojih se nije pokazala razlika u izloženosti stresu obzirom na vrstu psihičkog oboljenja. Dakle, očekivanja postavljena hipotezom nisu se potvrdila.

Nadalje, veliki broj istraživanja govori u prilog povezanosti stresa i mentalne bolesti (Lavoie i Douglas, 2011; Ezzati i sur., 2014; Livingston i Boyd, 2010; Razurel, 2013; Roos, 2013; Lau i sur., 2014; Kirsch i sur., 2014; Nakić, Tadinac i Herman, 2009). Uzorak korišten u drugim istraživanjima primjerice Lavoie i Douglas (2011) je bio znatno veći, npr. 1136 korisnika psihijatrijske skrbi i 519 osoba koje žive u istom susjedstvu u istraživanju ili čak 37 451 osoba s područja Španjolske i Europe u istraživanju Miguela i suradnika (2018). U spomenutim istraživanjima dokazana je visoka povezanost između mentalne bolesti i stresa. S druge strane, naše istraživanje je mjerilo razlike u percepciji stresa među pojedinim skupinama korisnika izvanbolničke psihijatrijske skrbi, pa se u vezi s tim nije pokazala statistički značajna razlika u subuzorku. Nadalje, ni sama ljestvica koja je korištena za ispitivanje percepcije stresa, Ljestvica percipiranog stresa, nije pokazala jednofaktorsko rješenje kao u drugim istraživanjima, nego je u ovom istraživanju rezultirala s dva faktora, koji su nazvani „Uznemirenost“ i „Kontrola“. Shodno tomu, očekivano je da sve tri skupine korisnika usluga mentalnog zdravlja zapravo imaju više razine percepcije stresa u faktoru „Uznemirenosti“ nego u faktoru „Kontrole“, koja dva faktora ne koreliraju međusobno, ali to ovim istraživanjem nije potvrđeno. Također, druga istraživanja su obuhvatila neke druge specifične skupine i na taj način omogućile usporedbu izloženosti stresu (Razrel, 2013; Roos, 2013; Lau i sur., 2014).

Metodološko ograničenje ovoga istraživanja, predstavlja i to što se nije vršila usporedba korisnika usluga mentalnog zdravlja u zajednici s onima koji nisu korisnici spomenutih usluga, odnosno općom populacijom, što bi moglo dati potpunije informacije o percepciji izloženosti stresu osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Nastavak analize prvog istraživačkog problema odnosi se na interpretacije teorijskog određenja kvalitete života. SZO (2012) navodi da kvaliteta života, podrazumijeva, percepciju životnih

pozicija pojedinca u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojem živi, kao i u odnosu na njegove ciljeve, očekivanja, standarde i interese. Predstavlja širok koncept koji uključuje tjelesno zdravlje, psihičko stanje, stupanj neovisnosti, društvene odnose, osobna uvjerenja pojedinca u okviru sustava u kojem živi. Dobiveni rezultati u ovom istraživanju o kvaliteti života pokazali su da nije utvrđena statistički značajna razlika između skupina sudionika s različitim vrstama psihičkih bolesti. Trend rezultata prve istraživačke hipoteze koja se odnosi na varijablu kvalitete života, ukazuje na osjetno niže razine kvalitete života kod korisnika s oboljenjem shizofrenije, ali se ta razlika nije pokazala statistički značajnom.

Dakle, tendencija dobivenih rezultata ovoga istraživanja ukazuje na postojanje opravdanosti naše hipoteze da osobe s dijagnozom shizofrenije percipiraju svoju kvalitetu života nižom u odnosu na druge dvije skupine (depresija i anksioznost), posebice zato što iskazuju nižu razinu zaposlenosti, višu razinu materijalne deprivacije, a nerijetko ostvaruju i status osobe s profesionalnom nesposobnošću za rad, što može pridonijeti lošijoj percepciji subjektivne kvalitete života, ne samo zbog nedostatka materijalnih pogodnosti, već i zbog drugih čimbenika rizika koje nezaposlenost nosi sa sobom, poput socijalne isključenosti i lošeg socijalnog (društvenog) statusa (Selenko i Batinić, 2013). Kvaliteta života se može mjeriti pomoću objektivnih i subjektivnih pokazatelja, te su konstrukti subjektivne kvalitete dobrobit, sreća ili zadovoljstvo životom, a objektivni aspekti su životne sredine (npr. stambeni uvjeti) i društveno funkcioniranje (radni status, razina materijalnih prihoda i dr.) (Caron i sur., 2012; prema Fleury i sur., 2013). Mnogi čimbenici utječu i na samu percepciju ovih pokazatelja, o čemu ovisi i sama individualna ili subjektivna perspektiva pojedinca zatim i njegovo zdravlje (Patricia i sur., 2013). Coffej i sur., (2018) ukazuju na to da je subjektivna kvaliteta života u uskoj vezi sa socijalnom podrškom i oporavkom te da na proces oporavka znatno utječu socijalna podrška i kvaliteta života. Posjedovanje osobe od povjerenja, veća razina socijalne uključenosti pojedinca, te bogatija socijalna mreža, ali i niže razine simptoma psihičke bolesti, općenito su povezane s višim razinama kvalitete života. Dosadašnja istraživanja su pokazala da se kvaliteta života pojedinca razlikuje s obzirom na obilježja psihičkog oboljenja gdje su korisnici sa dijagnozom shizofrenije iskazivali više rezultate na Ljestvici subjektivne kvalitete života nego korisnici s poremećajima raspoloženja (Priebe i sur., 2012), baš kao što postoji tendencija i u rezultatima ovoga istraživanja.

Vrsta tretmana također predstavlja jedan od prediktora kvalitete života osoba koje boluju od psihičke bolesti, odnosno na samu percepciju kvalitete života može utjecati i vrsta psihijatrijske skrbi (izvanbolnička ili bolnička), točnije da li se osobe oboljele od psihičke bolesti liječe u bolničkim ili izvanbolničkim uvjetima (Miljković, Vukić i Trajanović., 2003 prema Opalić i Nikolić, 2008), gdje se pokazalo da korisnici bolničke psihijatrijske skrbi iskazuju manje razine kvalitete života od korisnika usluga tretmana izvanbolničke psihijatrijske skrbi. Uzorak ovoga istraživanja su korisnici izvanbolničke psihijatrijske skrbi, te dobivenim rezultatima nisu utvrđene razlike u kvaliteti života u odnosu na vrstu psihijatrijske skrbi jer u ovom istraživanju nismo imali kontrolnu grupu sudionika korisnika bolničke psihijatrijske skrbi, a u konačnici očekivanja postavljena hipotezom nisu se potvrdila jer se nije pokazala ni razlika u kvaliteti života obzirom na vrstu samog psihičkog oboljenja.

Shodno postavljenom modelu ovoga istraživanja, jedan od ciljeva ovoga istraživanja bio je ispitati razliku u razini socijalne podrške osoba koje boluju od psihičke bolesti s obzirom na vrstu psihičkog oboljenja. Naime, socijalna podrška predstavlja konstrukt koji se odnosi na bilo koji proces ili resurs putem kojeg socijalni odnosi mogu djelovati na tjelesno i/ili psihičko zdravlje (Lakey i Cohen., 2000; Hudlek Kenežević i Kardum, 2005; Leutar i Oršulić, 2015). Rezultati dobiveni u ovom istraživanju, a koji se tiču izvora formalne i neformalne socijalne podrške govore da nisu pronađene statistički značajne razlike u razinama formalne i neformalne socijalne podrške između korisnika s različitim psihičkim oboljenjima. Statistički značajna razlika je dobivena u percepciji socijalne podrške-obitelji, pri čemu sudionici s dijagnozom shizofrenije Podršku obitelji procjenjuju značajno nižom u odnosu na sudionike s dijagnozama depresivnog i bipolarno afektivnog poremećaja. Međutim naknadni Scheffeovi post-hoc testovi nisu pokazali da postoji statistički značajna razlika u percepciji socijalne podrške obitelji u subuzorku sudionika. Jednofaktorska analiza varijance za socijalnu podršku prijatelja je pokazala postojanje statistički značajnih razlika između subuzorka, a naknadni Scheffeovi post-hoc testovi pokazali su da statistički značajna razlika postoji između skupine sudionika koji boluju od shizofrenije i skupina koje boluju od depresivnih i anksioznih poremećaja, dok statistički značajne razlike između dvije potonje grupe nisu pronađene. Ovakvi rezultati ukazuju na to da korisnici sa shizofrenijom percipiraju socijalnu podršku prijatelja značajno nižom u odnosu na druge dvije skupine korisnika. Isti trend rezultata je dobiven i za ukupnu razinu socijalne podrške. Točnije, rezultati dobiveni jednofaktorskom analizom varijance pokazuju da su ukupne razine socijalne podrške skupine

sudionika sa shizofrenijom statistički značajno niže u odnosu na druge dvije skupine (depresija i anksioznost), dok između preostale dvije skupine nije utvrđena statistički značajna razlika.

U pojedinim istraživanjima dvije trećine korisnika bolničke psihijatrijske skrbi je iskazivalo nisku razinu socijalne podrške iako je poznato da socijalna podrška štiti i doprinosi oporavku od pojedinih psihičkih oboljenja, npr. depresije (McLeod, Jethwania i Sawant, 2010; Gruber, 2011; Sobhy Mahmoud, Berma i Gabal, 2017). Naime, ovaj nalaz nije potvrđen rezultatima ovoga istraživanja jer u ovom istraživanju nismo imali kontrolnu grupu sudionika korisnika bolničke psihijatrijske skrbi.

Postojanje statistički značajnih razlika u zadovoljstvu korisnika tretmanom i pruženim uslugama u centrima za mentalno zdravlje nisu potvrđene ovim istraživanjem. Točnije, dobiveni rezultati ovoga istraživanja nisu pokazali statistički značajne razlike u percepciji zadovoljstva uslugama tretmana među korisnicima s različitom vrstom psihičkog oboljenja. Mjerenje razine zadovoljstva tretmanom osoba koje boluju od psihičke bolesti se pokazalo kao značajan praktični izazov i prema mnogim autorima (Jacobson i Greenley, 2001; Glover, 2005; Uppal i sur., 2010). Tako, spomenuti autori navode da veliki izazov predstavlja odabir i pružanje usluga i programa koji doprinose oporavku (Jacobson i Greenley, 2001; Glover, 2005; Uppal i sur., 2010). Neki od mogućih razloga zašto ovo istraživanje nije pokazalo statistički značajne razlike u zadovoljstvu uslugama tretmana u odnosu na vrstu psihičke bolesti su: uzorak sudionika, koji je bio prigodan, trenutna remisija bolesti, zatim, sama konstruktiva valjanost upitnika, iako je cijeli instrument pokazao visok koeficijent pouzdanosti.

Nužno je istaknuti, da je u drugim istraživanjima varijabla zadovoljstva uslugama tretmana korištena više kao kriterijska varijabla koja predstavlja ključnu komponentu korisničke perspektive o prediktorima koji doprinose procjeni ishoda tretmana (Rosenblatt i Attkinson, 1993; Vazquez i sur., 2017). Shodno tomu, može se zaključiti da bi iako se varijabla zadovoljstva uslugama tretmana u krajnjim koracima nije pokazala kao značajni prediktori u ovom modelu, vjerojatno bi to mogla biti u nekom drugačijem modelu, poput u prethodno opisanom istraživanju.

Nadalje, mjerenje zadovoljstva uslugama tretmana uključuje širok raspon odnosa i postupaka u pružanju usluga, koji su prikazani u sadržaju samih dijelova Instrumenta za mjerenje zadovoljstva korisnika tretmanom, korištenog u ovom istraživanju za mjerenje zadovoljstva uslugama izvanbolničkog psihijatrijskog liječenja u centrima za mentalno zdravlje na području Tuzlanskog

kantona, Federacija Bosne i Hercegovine. Iz dobivenih rezultata vidljivo je da sudionici u najvećoj mjeri (89%), u centre za mentalno zdravlje dolaze na redovite liječničke kontrole i podizanje propisane terapije, a dosta je manje sudionika (11%) koji koriste neki oblik individualne i grupne terapije ili savjetovanja, pa se postavlja pitanje odabira mjernog instrumenta i njegove konstruktne valjanosti obzirom na sociodemografska obilježja sudionika i dobiveni rezultat ovoga istraživanja.

U završnom dijelu rasprave prvog istraživačkog problema, opisani su rezultati dobiveni s ciljem utvrđivanja razlika u percepciji oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti u odnosu na vrstu psihičkog oboljenja. Naime, teorijsko ishodište koncepta osobnog oporavka navodi da oporavak predstavlja put „ozdravljenja“ i promjena koji omogućava osobi s psihičkim oboljenjem da samostalno živi smislen život u zajednici težeći da ostvari svoj puni potencijal (Tondora i sur., 2014) uz potporu stručnjaka (psihijatra, socijalnog radnika i drugih) i njegove socijalne okoline (Tudor, 1996; SZO, 2013; Novak i Petek, 2015; Štrkalj Ivezić i Štimac Grbić 2021; Kletečki Radović 2021). U praksi socijalnog rada proces oporavka zahtjeva individualni plan liječenja/oporavka koji predstavlja dogovor između tima i korisnika o ciljevima liječenja i ishodima oporavka (Kletečki Radović, 2021). Nakon uvida u teorijska i praktična određenja koncepta osobnog oporavka, osvrnuti ćemo se na rezultate analize varijance prvog istraživačkog problema kojim smo željeli utvrditi postojanje razlike u razini procjene oporavka u odnosu na vrstu psihičkog oboljenja. Dobiveni rezultati govore kako u ovom istraživanju nije dobivena statistički značajna razlika niti na jednoj dimenziji skale procjene oporavka. Dakle nije utvrđena statistički značajna razlika u razini oporavka u odnosu na vrstu psihičkog oboljenja na subskalama oporavka - Osobno samopouzdanje i nada; Spremnost na traženje pomoći; Usmjerenost na cilj i uspjeh; Oslanjanje na druge; Nedominiranje simptoma i na ukupnom rezultatu dobivenom na Skali procjene oporavka. Zalazar i sur., (2017) su svojim istraživanjem utvrdili postojanje značajne razlike između sudionika obzirom na vrstu psihičke bolesti. Sudionici s oboljenjem shizofrenije i bipolarno afektivnim poremećajem iskazali su višu razinu oporavka u usporedbi s osobama s anksioznim poremećajima i depresijom, što dobivenim rezultatima ovoga istraživanja nije potvrđeno. Dodatna istraživanja koja su potvrdila postojanje razlike u razinama oporavka u odnosu na vrstu psihičkog oboljenja navode da su znatno veće rezultate na skali oporavka iskazivali sudionici koji boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja u odnosu na korisnike s oboljenjem shizofrenije ili depresije (Lloyd, King i Moore, 2010; Roe, Mashiach Eizenberg i Lysaker, 2011). Dobiveni nalazi prethodnih istraživanja nisu potvrđeni nalazom ovoga istraživanja.

Posljednja analizirana varijabla prvog istraživačkog problema jeste varijabla - Pozitivno mentalno zdravlje. Pojam pozitivnog mentalnog (psihičkog) zdravlja podrazumijeva postojanje emotivnog, psihološkog i socijalnog zadovoljstva (Lamers i sur., 2011; Božičević, Brlas i Gulin, 2012; Vuletić, Erdeši i Brigitte Nikić, 2018), a suvremena psihijatrijska skrb ističe obvezu opisivanja mentalnog zdravlja uz pomoć suvremenog dvojnog ili dualnog modela kontinuuma mentalnog zdravlja i mentalne bolesti (eng. *dual continua model*) prema kojem je sveukupno mentalno zdravlje više od samog odsustva mentalnih bolesti i poremećaja (Tudor, 1996; Bhugra, 1998; Keyes, 2002; Keyes i Lopez, 2002). Točnije, to znači da osoba koja ima psihičko oboljenje može biti produktivna za sebe, svoju obitelj, društvo i zajednicu kao i osoba s niskom razinom ili bez psihopatoloških simptoma. Naime, osobe koje boluju od psihičke bolesti mogu imati dobro mentalno zdravlje ako se dobro nose sa zahtjevima života, tj. ako se primarna bolest dobro liječi i ako osoba ima dobru socijalnu i emocionalnu podršku, primjerene životne uvjete i optimalnu razinu uključenosti u zajednicu (Tudor, 1996; Jokić-Begić, 2012; Kletečki Radović, 2018; Muslić i sur., 2020). Pri istraživanju i pokušaju definiranja pozitivnog mentalnog zdravlja nezaobilazne su tri komponente: psihološka, socijalna i emocionalna dobrobit. Shodno teorijskom opisu pozitivnog mentalnog, postavljenoj istraživačkoj hipotezi, te provedenoj zasebnoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi za svaku komponentu i ukupnu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja dobiveni su rezultati koji pokazuju kako u ovom istraživanju nije dobivena statistički značajna razlika niti na jednoj komponenti pozitivnog mentalnog zdravlja (psihološka, socijalna i emocionalna dobrobiti) za korisnike izvanbolničke psihijatrijske skrbi s različitom vrstom psihičkog oboljenja. Dakle, ovo istraživanje pokazuje da u aspektu pozitivnog mentalnog zdravlja nisu dobivene statistički značajne razlike između skupine sudionika s oboljenjem shizofrenije i skupine sudionika s depresivnim i anksioznim poremećajima. Franken i sur., (2018) su pronašli negativnu korelaciju između ukupne procjene mentalnog zdravlja i težine psihopatologije kod korisnika s lakšim psihičkim oboljenjem (depresija i anksioznost) i korisnika s težim oblikom psihičke bolesti (shizofrenija). Dodatna istraživanja potvrđuju da je sasvim očekivano da je razina pozitivnog mentalnog zdravlja, negativno povezana s razinom psihopatologije i da se osobe koje boluju od teže psihičke bolesti međusobno razlikuju od osoba koje boluju od lakše psihičke bolesti u razinama pozitivnog mentalnog zdravlja, a razlikuju se i od opće populacije u tome (Erp Taalman Kip i Hutschemaekers, 2018; De Vos i sur., 2018). Naime, rezultati prethodno provedenih istraživanja nisu u skladu s nalazima ovoga istraživanja.

Sumirajući rezultate prvog istraživačkog problema može se reći da prvu hipotezu možemo djelomično prihvatiti, tj. prihvatljiva je u onom aspektu koji se tiče razlika između korisnika s različitim psihičkim oboljenjima u pogledu materijalne deprivacije i socijalne podrške, budući da se subuzorak korisnika s različitim vrstama psihičkih oboljenja, značajno ne razlikuje u pogledu kvalitete života, izloženosti stresu i zadovoljstvu pruženim uslugama, kao ni u procjeni razine oporavka ili pozitivnog mentalnog zdravlja. To znači da osobe koje boluju od shizofrenije iskazuju višu razinu materijalne deprivacije i percipiraju nižu razinu socijalne podrške od strane obitelji, ali nisu značajnije izložene stresu, nemaju lošiju kvalitetu života, niti su manje zadovoljni pruženim uslugama, kao što ne iskazuju više razine procjene oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja u odnosu na korisnike koji boluju od depresije, bipolarnog poremećaja, anksioznog poremećaja ili OKP-a. Prvu istraživačku hipotezu samo djelomično potvrđujemo i to samo u odnosu na varijablu materijalne deprivacije i socijalne podrške.

Drugi istraživački problem ovoga istraživanja koji je imao za cilj ispitati predikciju obilježja psihičkog oboljenja, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvalitete života, percipirane socijalne podrške i zadovoljstva pruženim uslugama na procjenu oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti je analiziran korištenjem hijerarhijske regresijske analize u 6 koraka i napravljene su zasebne regresijske analize za svaku komponentu procjene oporavka.

U ovom istraživanju, kao što je ranije opisano u poglavlju o instrumentariju, za procjenu kriterijske varijable oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti korištena je skraćena verzija Skale za procjenu oporavka koja sadrži 24 čestice i sastoji se od pet subskala: Osobno samopouzdanje i nada; Spremnost na traženje pomoći, Usmjerenost na uspjeh, Oslanjanje na druge i Nedominiranje simptoma.

Rezultati ovoga istraživanja govore da su značajni prediktori dobiveni na ukupnoj skali kriterija oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti Uznemirenost kao komponenta stresa ($r_{pk} = -,505$ $p < 0,01$) i Kvaliteta života ($r_{pk} = -,686$ $p < 0,01$).

Značajan doprinos promociji i prevenciji mentalnog zdravlja daju istraživanja čiji rezultati govore da na proces oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti znatno utječu dva konstrukta: socijalna podrška i kvaliteta života (Johanson i Bejerholm, 2016; Coffey i sur., 2018; Adnanes i sur., 2019). Rezultati spomenutih istraživanja su djelomično u skladu sa rezultatima ovoga istraživanja gdje se uz pomoć hijerarhijske regresijske analize utvrdilo da je značajni prediktor koji

doprinosi oporavku kvaliteta života ($r_{pk} = ,686$ $p < 0,01$) osoba koje boluju od psihičke bolesti. U ovome istraživanju nije utvrđena statistički značajna povezanost između prediktora socijalne podrške i kriterija ukupnog oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti. Ali, nužno je istaći da je dobivena statistički značajna povezanost socijalne podrške na dvije subskale oporavka, i to na: subskali – Oslanjanje na druge, gdje su u završnom modelu značajni prediktori kvaliteta života ($r_{pk} = ,572$ $p < 0,01$) i podrška značajni drugi ($r_{pk} = ,609$ $p < 0,01$) objasnili 46,2% varijance kriterija i na subskali oporavka – Spremnost na traženje pomoći gdje Kvaliteta života ($r_{pk} = ,462$ $p < 0,01$) i Socijalna mreža ($r_{pk} = ,392$ $p < 0,01$) predstavljaju značajne prediktore koji objašnjavaju 27,2% varijance kriterija opravka.

Nadalje, iako se socijalna podrška pokazala vrlo značajnom u promociji i prevenciji mentalnog zdravlja i procesu oporavka, osobama koje boluju od psihičke bolesti u rezultatima pojedinih istraživanja ističe se da su izvori podrške iz socijalne mreže nedovoljni (Milić Babić, 2012; Balaž Gilja, 2021; Ibrahim i sur., 2020), što je djelomično u skladu sa rezultatom ovoga istraživanja, koji pokazuje da socijalna podrška (podrška - značajni drugi; podrška – obitelj; podrška – prijatelji; socijalna mreža) nije značajan prediktor u završnim koracima modela na ukupnoj skali opravka osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Dobiveni rezultati hijerarhijske regresijske analize govore da su dva najznačajnija prediktora za subskalu Osobnog samopouzdanja i nade bili procjena kvalitete života te uznemirenost kao komponenta stresa. Drugi prediktori, primjerice materijalna deprivacija, imali su također značajnu povezanost, a karakteristično je da je samo broj hospitalizacija imao negativnu korelaciju s subskalom Osobno samopouzdanje i nada kao faktorom procjene oporavka, iako je ta povezanost prilično niska ($r_{pk} = -,143$ $p < 0,05$). Zaključujemo da prediktori percepcije stresa i kvalitete života predstavljaju jedine značajne prediktore u subskali Osobnog samopouzdanja i nade.

Daljom analizom drugog istraživačkog problema provedbom hijerarhijske regresijske analize za subskalu Spremnosti na traženje pomoći dobije se rezultat da su značajni prediktori u posljednjem koraku modela bili procjena Kvalitete života i procjena dostupnosti podrške iz različitih formalnih i neformalnih izvora tzv. Socijalna mreža. Pri tome, treba istaći da se obilježja psihičke bolesti nisu pokazala značajnim prediktorima, te da je broj hospitalizacija ponovno bio negativno povezan s spremnosti na traženje pomoći iako je ta povezanost prilično niska ($r_{pk} = -,151$ $p < 0,05$). Prediktor kvalitete života i prediktor procjene socijalne podrške iz socijalne mreže zapravo su jedini značajni

u svim koracima za subskalu Spremnosti na traženje pomoći, što je sukladno očekivanjima, obzirom na to da značajni drugi obično i sugeriraju korisnicima s mentalnim oboljenjima da traže pomoć i uz njihovu podršku, ta pomoć im je često osigurana i dostupna.

Rezultati dobiveni na subskali oporavka Usmjerenost na uspjeh, pokazuju da su značajni prediktori konačnog modela procjena kvalitete života te uznemirenost kao komponenta stresa. Konačnim modelom objašnjeno je 40,8% varijance kriterija. Analiza prethodnih koraka pokazuje da obilježja psihičke bolesti, kao ni broj hospitalizacija nisu bili značajni prediktori dok je materijalna deprivacija bila značajan prediktor isključivo u drugom koraku, ali se njena značajnost gubi uvođenjem stresa. Naime, u drugom koraku, kada je uvedena materijalna deprivacija kao prediktor, objašnjeno je 12,9% modela, a uvođenjem stresa objašnjava se 30,5% varijance kriterija, pri čemu tada materijalna deprivacija gubi na svojoj značajnosti. Uvođenjem još jednog i najznačajnijeg prediktora procjene kvalitete života model objašnjava 41,1% varijance modela, a prediktori podrške i zadovoljstva pružanim uslugama nisu doprinijeli objašnjenju varijance kriterija povrh ranije uvedenih varijabli.

Rezultati hijerarhijske regresijske analize dobiveni na subskali oporavka Oslanjanje na druge, su pokazali da obilježja psihičke bolesti, kao ni broj hospitalizacija nisu bili značajni prediktori, dok je materijalna deprivacija bila značajan prediktor u drugom koraku, pri tome objašnjavajući 5,6% varijance kriterija, a uvođenjem percepcije stresa gubi se značajnost materijalne deprivacije, dok se uvođenjem kvalitete života ponovno gubi značajnost stresa. Naime, tokom uvođenja stresa uz materijalnu deprivaciju modelom se objašnjava ukupno 12,9% varijance kriterija, dok se uvođenjem kvaliteta života objašnjava 33,7% varijance kriterija, ali se time gubi značajnost oba prethodna prediktora. Prediktor percepcije socijalne podrške također se pokazao značajnim, a što je i razumljivo imajući u vidu da se subskala oporavka odnosi na oslanjanje na druge, te onda je za očekivati da se upravo percepcija podrške od strane drugih ljudi pokazala kao značajan prediktor, te se uvođenjem ovog prediktora modelom objasnilo čak 46,5% varijance kriterija oporavka. Uvođenjem prediktora zadovoljstva korisnika, nije se poboljšala značajnost modela, te se ovaj prediktor nije pokazao značajnim, iako samostalno korelira značajno s kriterijem, kao i ostali prediktori, osim broja hospitalizacija i obilježja psihičkih bolesti.

Analizom subskale oporavka Nedominiranje simptoma, dobiveni rezultati nisu pokazali statistički značajnu povezanost obilježja psihičke bolesti, broja hospitalizacija i materijalne deprivacije s

nedominiranjem simptoma kao faktora oporavka. Kao značajni prediktori u ovom modelu su se pokazali stres i kvalitete života, kojima je u zadnjem koraku objašnjeno svih 39,6% varijance kriterija. S druge strane uvođenjem prediktora procjene socijalne podrške iz formalnih i neformalnih izvora i zadovoljstva korisnika tretmanom, nije se utvrdila statistički značajna povezanost, te uopće ne doprinose povećanju objašnjenja varijance u odnosu na povećanje koje je objašnjeno uvođenjem stresa i kvalitete života.

Rezultati dobiveni za ukupnu procjenu oporavka primjenom hijerarhijske regresijske analize govore da broj hospitalizacija nije značajni prediktor u procjeni oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti. Prediktor materijalne deprivacije se pokazao značajnim u drugom i trećem koraku analize, kada je uz uvođenje prediktora percepcije stresa objašnjeno 37,3% ukupne varijance kriterija, dok bi sama materijalna deprivacija objasnila ukupno 15,4% varijance kriterija oporavka. Međutim, uvođenjem prediktora percepcije stresa, prediktor materijalne deprivacije gubi na značaju, dok postaje neznačajan kada se u model uvedu i prediktori procjene kvalitete života, podrške značajnih drugih i podrške obitelji, prijatelja i socijalne mreže kao izvora formalne i neformalne socijalne podrške. Uvođenjem u model prediktora materijalne deprivacije, percepcije stresa odnosno komponente Uznemirenosti kao i procjene kvalitete života, model objašnjava čak 51,4% varijance kriterija, dok se uvođenjem preostala dva prediktora socijalne podrške i zadovoljstva korisnika pruženim uslugama, ne doprinosi značajno objašnjenju ukupne varijance kriterija oporavka.

Rezultati dobiveni u ovom istraživanju dijelom su povezani i s rezultatima drugih istraživanja, iako se neki dijelovi druge istraživačke hipoteze ipak moraju odbaciti. Proces oporavka u drugim istraživanjima je određen vrstom i težinom psihičkog oboljenja, pa tako korisnici s dijagnozom bipolarnog afektivnog poremećaja imaju značajno veće rezultate oporavka i osnaživanja od korisnika oboljelih od shizofrenije (Lloyd, King i Moore, 2010), što nije u skladu s rezultatima iz ovoga istraživanja, gdje se obilježja psihičkih bolesti niti u jednom koraku modela procjene oporavka od psihičke bolesti nisu pokazala kao statistički značajnima.

U analizi drugog istraživačkog problema ovoga istraživanja socijalna podrška se pokazala značajna u varijabli podrške Socijalna mreža za subskalu - Spremnost za traženje pomoći i varijabli Podrška značajni drugi za subskalu - Oslanjanje na druge. Ranije istraživanje (Corrighan i Phelan, 2004), pokazuje da korisnici čiji je rezultat na skalama socijalne podrške i zadovoljstvo ukupnom

socijalnom mrežom veći imaju i veći rezultat iskazan na subskali oporavka koji se odnosi na usmjerenost ka postojećim ciljevima i oslanjanju na druge osobe, što se djelomično pokazalo i rezultatima ovoga istraživanja. Značajnim prediktorom se pokazala i materijalna deprivacija, ali samo kada je bila sama u modelu i eventualno uz uvođenje percepcije stresa, dok bi se uvođenjem drugih prediktora (kvalitete života) gubila njena značajnost. Dakle, materijalna deprivacija biva značajan prediktor, samo ako se ne nalazi sama u modelu, zajedno s stresom ili kvalitetom života. Materijalni status može predstavljati i rizični i zaštitni čimbenik u životu pojedinca, ali očito je da sam materijalni status nema značajnu ulogu u predviđanju oporavka od mentalne bolesti, već na sam oporavak utječu značajno neki drugi čimbenici, posebno izloženost stresu i percepcija kvalitete života. Povezanost stresa i narušenog mentalnog zdravlja je široko opisana u dostupnoj literaturi (Nakić, Tadinac i Herman, 2009; Lavoie i Douglas, 2011; Razurel, 2013; Roos, 2013; Ezzati i sur., 2014, Lau i sur., 2014; Miguel i sur., 2018; Kirsch i sur., 2020) gdje se navodi da su više razine percipiranog stresa povezane s lošijim tjelesnim i psihičkim zdravljem, te da osobe oboljele od psihičke bolesti u većoj mjeri stresore doživljavaju kao prijeteće vlastitom zdravlju. Poseban značaj treba dati rezultatu istraživanja Ksua i suradnika (2020) koji ističu visoku statistički značajnu povezanost između stresa i pojave simptoma anksioznosti (Hao Yao, Jian Hua Chen i Yi-Feng Xu, 2020), a što se povezuje i s dobivenim rezultatom ovoga istraživanja u aspektu doprinosa prediktora uznemirenosti kao izloženosti stresu kriteriju oporavka, na način da će učestalost doživljavanja stresnog događaja predviđati nižu razinu oporavka kod osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Kvaliteta života je najznačajniji prediktor koji ostaje značajan u svim koracima modela, kako za pojedine subskale, tako i za ukupnu Skalu za procjenu oporavka a to je u skladu i s brojnim drugim istraživanjima (Meesters i sur., 2013; Gruber, 2012; Johanson i Bejerholm, 2016; Opalić i Nikolić, 2008). Isti rezultati nisu u potpunosti primjenjivi sa prediktorima socijalne podrške kriteriju oporavka, kao u pojedinim istraživanjima (Speer i sur., 2001; Pećnik i Rabotek Šarić, 2005; Picheler i Wallace, 2007; Dobrotić i Laklija, 2009; Gruber, 2012), a niti sa prediktorom zadovoljstva uslugama tretmana u centrima za mentalno zdravlje koje koriste osobe koje boluju od psihičke bolesti, kao što je to primjerice dokazano u pojedinim istraživanjima (Rugeri i sur., 2003; Vazquez i sur., 2017).

Na osnovu analize dobivenih rezultata istraživanja, možemo zaključiti, da drugu istraživačku hipotezu možemo samo djelomično prihvatiti, jer dobiveni rezultati nisu sukladni početnim očekivanjima, a to je da će oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti značajno doprinosti prediktorske varijable koje se odnose na obilježja psihičkog oboljenja, materijalnu deprivaciju, izloženost svakodnevnom stresu, kvalitetu života, percipiranu socijalnu podršku i zadovoljstvo pružanim uslugama. Kao značajne prediktorske varijable u ovom istraživanju pokazale su se: materijalna deprivacija; izloženost stresu i kvaliteta života, dok socijalna podrška, obilježja psihičkog oboljenja i zadovoljstvo pruženim uslugama nisu značajnije predviđale oporavak.

Nadalje, detaljnija interpretacija dobivenih rezultata ovoga istraživanja govori da nije utvrđena statistički značajna povezanost vrste psihičkog oboljenja i broja hospitalizacija s razinom oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti. Može se reći da bolja subjektivna i objektivna procjena materijalnog statusa predviđaju višu razinu oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti, ali samo onda kada se u obzir uzme samo materijalni status i eventualno izloženost stresu, jer uvođenjem drugih prediktorskih varijabli, sama materijalna deprivacija gubi na značajnosti, dok uznemirenost kao komponenta stresa i kvaliteta života ostaju dominantne prediktorske varijable tijekom cijelog modela, što se nije pokazalo za prediktor zadovoljstva pružanim uslugama tretmana.

Za ispitivanje trećeg istraživačkog problema koji je imao za cilj ispitati doprinos obilježja psihičkog oboljenja, materijalne deprivacije, izloženosti stresu, kvaliteta života, percipirane socijalne podrške i zadovoljstva pružanim uslugama na pozitivno mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti korištena je hrvatska verzija Upitnika za mentalno zdravlje. Za analizu treće hipoteze provedene su hijerarhijske regresijske analize na jednak način kao i za drugu hipotezu. Pri tome su analize napravljene zasebno za svaku komponentu pozitivnog mentalnog zdravlja, dakle za psihološku dobrobit, socijalnu dobrobit, emocionalnu dobrobit, kao i za ukupnu dobrobit.

Rezultati analize doprinosa pojedinih prediktorskih varijabli odnosno obilježja psihičkih oboljenja, materijalne deprivacije, percepcije stresa, kvalitete života, socijalne podrške i zadovoljstva korisnika psihološkoj dobrobiti kao komponenti pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti pokazali su da obilježja psihičke bolesti, kao ni broj hospitalizacija nisu bili značajni prediktori niti u jednom koraku analize. Materijalna deprivacija se pokazala značajnom u

drugom i trećem koraku, ali se njena značajnost izgubila uvođenjem percepcije socijalne podrške u petom koraku. Materijalna deprivacija i percipirani stres posebno s komponentom uznemirenosti značajno doprinose psihološkoj dobrobiti i objašnjavaju 35,7% ukupne varijance kriterija, ali kako je već navedeno, materijalna deprivacija gubi na svojoj značajnosti, dok komponenta uznemirenosti kao komponenta percipiranog stresa ostaje značajna do kraja modela, dakle i nakon uvođenja prediktora kvalitete života. Uvođenje prediktora podrške značajni drugi, također pokazuje značajnost i ukupna objašnjena varijanca se povećala na 52,4%. Prediktor zadovoljstva korisnika uslugom tretmana u centrima za mentalno zdravlje se nije pokazao statistički značajnim u konačnom modelu.

Daljnjom analizom trećega istraživačkog problema, dobiveni rezultati hijerarhijske regresijske analize za subskalu pozitivnog mentalnog zdravlja – Socijalna dobrobit govore da obilježja psihičkih bolesti, broj hospitalizacija, kao i materijalna deprivacija nisu bili značajni prediktori niti u jednom koraku provedene analize, te zajednički objašnjavaju svega 9,5% ukupne varijance kriterija. Tek uvođenjem prediktora percipiranog stresa i to komponente uznemirenosti u trećem, ali ne i u ostalim koracima, te komponente kontrole u svim narednim koracima, značajno se doprinijelo objašnjenju modela, te je uz prediktor Kvalitete života model objašnjavao 35,4% varijance. Podrška značajnih drugih se pokazala značajnom u zadnja dva koraka, kao i Socijalna mreža (formalni i neformalni izvori socijalne podrške), dok zadovoljstvo korisnika nije značajno doprinijelo objašnjenju modela. Uz uvođenje prediktora kvalitete života i podrške značajnih drugih i socijalne mreže mreža objašnjeno je ukupno 37,2% ukupne varijance kriterija.

Rezultati doprinosa pojedinih prediktorskih varijabli odnosno obilježja psihičkih oboljenja, materijalne deprivacije, percepcije stresa, kvalitete života, socijalne podrške i zadovoljstva korisnika tretmanom dobiveni pomoću hijerarhijske regresijske analize za subskalu pozitivnog mentalnog zdravlja – Emocionalna dobrobit pokazuju da su značajni prediktori pozitivnom mentalnom zdravlju: Uznemirenost i Kontrola kao komponente stresa i Kvaliteta života. Materijalna deprivacija bila je značajan prediktor u drugom i trećem koraku, ali uvođenjem prediktora stresa i kvalitete života, materijalna deprivacija gubi značaj. Neznačajnima za predikciju emocionalne dobrobiti kao komponente pozitivnog mentalnog zdravlja su se pokazali: vrsta psihičkog oboljenja, broj hospitalizacija, socijalna podrška, kao i zadovoljstvo korisnika tretmanom. Cjelokupni model je objasnio 36,9% ukupne varijance kriterija.

Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa prediktorskih varijabli za ukupnu procjenu pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti, pokazuju kako obilježja psihičke bolesti nisu značajan prediktor niti u jednom koraku u smislu predviđanja ukupnog pozitivnog mentalnog zdravlja. Materijalna deprivacija pokazala se značajnim prediktorom u drugom i trećem koraku, dakle i nakon uvođenja prediktora percepcije stresa. Materijalna deprivacija je bila značajan prediktor do uvođenja Kvalitete života, kada se njena značajnost gubi. U završnim koracima modela ovoga istraživanja Uznemirenost i Kontrola kao komponente stresa i kvaliteta života zajedno s Podrškom- značajni drugi objašnjavaju 51,2% analize varijance kriterija pozitivnog mentalnog zdravlja. Važno je istaći da se od socijalne podrške, značajnom pokazala samo podrška od značajnih drugih dok se zadovoljstvo pruženim uslugama nije pokazalo značajnim prediktorom pozitivnog mentalnog zdravlja.

Poseban značaj treba dati rezultatu istraživanja Pijević i Štrkalj Ivezić (2015) koje ističe da izloženost stresnim životnim događajima doprinosi povećanju simptoma i razvoja psihičke bolesti, što ugrožava cjelokupni biopsihosocijalni sustav pojedinca ostavljajući posljedice po psihičko i tjelesno zdravlje (Andrew i sur., 2013), a što je djelomično potvrđeno i dobivenim rezultatima ovoga istraživanja u aspektu doprinosa prediktora uznemirenosti kao izloženosti stresu kriteriju pozitivnog mentalnog zdravlja, na način da će učestalost doživljavanja stresnog događaja predviđati nižu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Istraživanja u području kvalitete života su i ukazala na to da je kvaliteta života u uskoj vezi sa socijalnom podrškom i subjektivnim oporavkom korisnika, pa zbog toga na proces pozitivnog mentalnog zdravlja utječu zajednički (Coffey i sur., 2018), te se pretpostavlja da su iz tog razloga rezultati ukazali da slični prediktori doprinose oporavku i pozitivnom mentalnog zdravlja. Naši rezultati pak nisu u potpunosti sukladni s nalazima spomenutog istraživanja, jer dobiveni rezultati ovoga istraživanja govore da ne postoji statistički značajna povezanost prediktora socijalne podrške s kriterijem pozitivnog mentalnog zdravlja, nego samo Podrška od strane značajnih drugih.

Dobiveni rezultati regresijske analize za procjenu pozitivnog mentalnog zdravlja su u skladu s pretpostavkama i rezultatima iz ranijih istraživanja, ali su slični prethodno provedenoj analizi doprinosa istih prediktora oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti, te rezultati ovoga istraživanja pokazuju da slični prediktori doprinose procjeni obje kriterijske varijable: oporavku i

pozitivnom mentalnom zdravlju osoba koje boluju od psihičke bolesti. Ovdje se socijalna podrška činila kao značajan faktor kad su u pitanju psihološka, socijalna i ukupna dobrobit, iako ne i za emotivnu dobrobit što je do izvjesne mjere u skladu i s prethodnim istraživanjima koji ukazuju na važnost socijalne podrške u smislu važnosti socijalne mreže pojedinca i izvora podrške kojim raspolaže s aspekta zaštite prevencije i promocije mentalnog zdravlja (Speer i sur., 2001; Pećnik i Raboteg Šarić, 2005; Picheler i Wallace, 2007; 2009; Gruber 2012; Adamczyk i Sergin, 2015). Nalaz ovoga istraživanja ukazuje da nisu svi izvori socijalne podrške tako značajni za predviđanje pozitivnog mentalnog zdravlja, već samo značajni drugi, a što je djelomično u skladu s nalazima istraživanja (Bratković i Razman, 2007; Jethwani i Sawant, 2010; Reid i sur., 2016; Chui i Chan 2017).

Analiza dostupne literature nam kazuje da su provedena različita istraživanja koja su se kao i ovo istraživanje bavila konceptom zadovoljstva uslugama tretmana te izvještavaju da korisnici izvanbolničkih usluga mentalnog zdravlja u zajednici iskazuju više razine zadovoljstva uslugom, u odnosu na korisnike koji su liječeni u bolničkim uvjetima (Elbeck i Fecteau, 1990; Merson i sur., 1992; Dean i sur., 1993; Audini i sur. 1994; Marks i sur. 1994; Leese i sur. 1998; Boardman i sur. 1999; Henderson i sur. 1999; Ruggeri i sur., 2003; Lally i sur., Ratner, 2018; Priebe i Miglietta, 2019). Rezultati analize trećega istraživačkog problema u aspektu prediktora zadovoljstva uslugom tretmana kriteriju pozitivnog mentalnog zdravlja, govore da zadovoljstvo uslugama tretmana u centrima za mentalno zdravlje ne predstavlja značajni prediktor koji doprinosi povećanju razine pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičke bolesti. Razlog tome, može biti u samom uzorku koji nije obuhvatio korisnike bolničke psihijatrijske skrbi.

Analiza rezultata regresijske analize za ukupnu procjenu pozitivnog mentalnog zdravlja je pokazala da i našu treću hipotezu možemo samo djelomično potvrditi u smislu da pozitivnom mentalnom zdravlju osoba oboljelih od psihičkih bolesti značajno doprinose neke prediktorske varijable i to: materijalna deprivacija; izloženost stresu; percepcija kvaliteta života; , kao i socijalna podrška;, dok obilježja psihičkih oboljenja; broj hospitalizacija nisu značajni prediktori pozitivnog mentalnog zdravlja. Točnije, u ovom istraživanju nije utvrđena statistički značajna povezanost između prediktora obilježja psihičke bolesti s pozitivnim mentalnim zdravljem osoba koje boluju od psihičke bolesti. Bolja subjektivna i objektivna procjena materijalnog statusa donekle predviđa

višu razinu pozitivnog mentalnog zdravlja, ali se uz komponentu izloženosti stresu i percepcije kvalitete života, a posebno uvođenjem faktora socijalne podrške, materijalna deprivacija kao prediktor pozitivnog mentalnog zdravlja nije pokazala značajnom. Dakle, kada je osoba izložena stresu, ako ima veću podršku i veće izvore vlastite socijalne mreže, to onda materijalni status biva manje važan u samom pozitivnom mentalnom zdravlju osoba s psihičkim oboljenjima. Tako se može očekivati da će osobe koje su izložene manjem broju stresnih događaja iskazivati i više razine pozitivnog mentalnog zdravlja. Veća percipirana razina kvaliteta života osoba koje boluju od psihičke bolesti predviđa veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja. Veća percipirana dostupnost podrške od obitelji i značajnih drugih predviđa i veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičkih bolesti, dok veća percipirana razina zadovoljstva pružanim uslugama tretmana ne predviđa ujedno i veću razinu pozitivnog mentalnog zdravlja kod osoba koje boluju od psihičkih bolesti.

Proces oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti uvjetovan je različitim socio-okolinskim čimbenicima, a broj istraživanja na ovu temu u Federaciji Bosne i Hercegovine i susjednim zemljama je još uvijek skroman, te je ovakav pokušaj produbljivanja već postojećih spoznaja i mogućnost nadogradnje novim znanjima, resursima i vještinama u ovom području više nego dobrodošao. Doprinos istraživanja ogleda se u proširenju postojećih znanja o konceptu oporavka osoba s problemima mentalnog zdravlja. Koncept oporavka jedan je od temeljnih koncepcija socijalnog rada (Saleebey, 2000; Čačinović Vogrinčić i sur., 2007) koji ima značajno mjesto u području psihosocijalnih intervencija i osnaživanja osoba koje boluju od psihičke bolesti (Capak i Benjak, 2020). U konačnici, teorijska polazišta i dobiveni rezultati ovoga istraživanja omogućuju razumijevanje procesa oporavka i nude podatke važne za razradu i implementaciju tretmana kako sa korisnicima, tako i sa njihovim obiteljima, ali i sa stručnjacima, upravo temeljem provjere varijabli unutar dimenzija materijalne deprivacije, stresnih događaja, kvalitete života, socijalne podrške, i zadovoljstva pružanim uslugama. Na praktičnoj razini istraživanje će doprinijeti da stručnjaci razvijaju one usluge u zajednici koje će korisnicima s problemima mentalnog zdravlja omogućiti promicanje oporavka, što je jasnije opisano u dijelu ovoga rada koji se odnosi na praktične implikacije. Dobiveni rezultati ovoga istraživanja pružaju mogućnost za unapređenje postojećih modela rada sa osobama koje boluju od psihičke bolesti unutar centara za mentalno zdravlje kao oblika izvanbolničke psihijatrijske skrbi.

5.1. Praktične implikacije istraživanja

Na početku izlaganja o praktičnim implikacijama provedenog istraživanja osvrnut ćemo se na dvije ključne okolnosti koje su povezane s praksom socijalnog rada u psihijatrijskoj skrbi o mentalnom zdravlju. Prva se odnosi na svojevrsnu zanemarenost problema psihičke bolesti u području istraživanja i edukacije socijalnog rada. Naime, praktična iskustva pokazuju da socijalni radnici rad s osobama koje boluju od psihičke bolesti ne implementiraju putem izrađenog osobnog plana liječenja što u sustavu suvremene psihijatrijske brige u zajednici predstavlja nezaobilazan socijalno radnički zadatak u suradnji s Timom stručnjaka iz prakse (liječnik psihijatar, psiholog, medicinsko osoblje i dr.). U teoriji je drugačiji slučaj, jer su već unazad duži niz godina opisivane smjernice za izradu osobnog plana oporavka, a posljednja suvremena i nezaobilazna smjernica jeste alat „*Kormilo oporavka*“ (Štrkalj Ivezić i Radić, 2022). Ovaj alat obuhvaća tri područja oporavka: oporavak od simptoma, oporavak funkcioniranja i oporavak identiteta. Temelji se na holističkom psiho-bio-socijalnom pristupu razumijevanja zaštitnih i rizičnih čimbenika za mentalno zdravlje i principima oporavka.

U prilog zagovaranja takvog pristupa u praksi socijalnog rada ide i Sveobuhvatni akcijski plan za mentalno zdravlje 2013. - 2030. (SZO, 2021) koji naglašava važnost promocije i prevencije mentalnog zdravlja te postizanje univerzalne pokrivenosti uslugama mentalnog zdravlja. Plan se udaljava od čisto medicinskog modela i uvodi intervencije koje promiču skrb u zajednici i poštivanje temeljnih ljudskih prava, što iz perspektive socijalnog rada osigurava holistički odgovor na probleme vezane uz mentalno zdravlje, točnije preporuča multidisciplinarni pristup i obvezu izrade osobnog plana oporavka za korisnike psihijatrijske skrbi u zajednici.

Shodno dobivenim rezultatima ovog istraživanja posebno je važno istaknuti obvezu pronalaženja načina i strategija pomoći osobama koje boluju od teže psihičke bolesti (shizofrenija) u sklopu sustava socijalne i zdravstvene skrbi jer se radi o osobama koje su izložene rizičnim čimbenicima materijalne depriviranosti, nezaposlenosti, niže razine ekonomskog statusa što povećava rizik od siromaštva i socijalne isključenosti. Stoga je od izuzetne važnosti da sustav socijalne i zdravstvene zaštite zajednički osigura adekvatne modele i načine pomoći i zaštite ovih osoba. Ti modeli zahtijevaju odmicanje od tradicionalnog biopsihosocijalnog modela usredotočenog na bolest i liječenje terapijom, a nedovoljno usredotočenog na osobu, njezine snage, nade i poticanje osobe

da se oporavi (Štrkalj Ivezić i Radić, 2022). U praksi socijalnog rada proces oporavka od psihičke bolesti (teže i lakše) zahtjeva individualni plan liječenja/oporavka koji predstavlja dogovor između tima i korisnika o ciljevima liječenja i ishodima oporavka (Kletečki Radović, 2021).

Pored navedenog, praktični doprinos ovoga istraživanja ogleda se u rezultatima vezanim uz koncept materijalne deprivacije kao varijable socioekonomskog statusa i razumijevanja siromaštva te nemogućnosti zadovoljenja osnovnih životnih potreba kao značajnog rizika za mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti. Dobiveni rezultati ovoga istraživanja ukazuju na obvezu individualne procjene korisnikovih područja koja se odnose na materijalni status, razinu materijalnih prihoda i dobrobiti, te usmjeravaju na obvezu centara za mentalno zdravlje da pružaju potporu u zapošljavanju i održavanju posla. Nadalje centri za mentalno zdravlje trebaju posredovati u ostvarivanju prava na pogodnosti na osnovu invaliditeta ili socijalnog stanja. U konačnici s ciljem očuvanja pozitivnog mentalnog zdravlja centri za mentalno zdravlje trebaju pomoću izrade individualnog plana liječenja osiguravaju uvid u utjecaj radnog statusa (nezaposlenost, mirovina ili neaktivnost na tržištu rada) na mentalno zdravlje.

Primjerice, rezultati ovoga istraživanja pokazuju da osobe koje su korisnici izvanbolničke psihijatrijske skrbi u centrima za mentalno zdravlje na području Tuzlanskog kantona, Federacije Bosne i Hercegovine žive u stambenim objektima koji nisu dovoljno topli, nemaju regulirano centralno grijanje i imaju problem s vlagom. Naime, sudionici su iskazali da su stambeni objekti koje posjeduju dotrajali i opremljeni starim i dotrajanim namještajem. Shodno tomu, praktična implikacija ovoga istraživanja bi bila da centri za mentalno zdravlje kao dio sustava zdravstvene skrbi vrše individualnu procjenu uvjeta stanovanja svojih korisnika, te u suradnji s sustavom socijalne skrbi i lokalnom zajednicom potaknu poduzimanje nužne aktivnosti s ciljem podrške u osiguravanju prikladnih uvjeta stanovanja za samog korisnika u riziku.

U praktičnom smislu, dobiveni empirijski podaci mogu biti temelj i za planiranje specifičnijih tretmanskih i psihosocijalnih intervencija. Primjerice, rezultati ovoga istraživanja navode da većina korisnika dolazi u centre radi redovne ljekarske kontrole i preuzimanja propisane farmakološke terapije, a osjetno mali udio sudionika koriste usluge individualne ili grupne psihoterapije i obiteljskog savjetovanja, iako su sudionici ovoga istraživanja bili dugogodišnji korisnici usluga centara za mentalno zdravlje. Shodno tomu, praktična implikacija bi bila razvijanje, promocija i provedba tretmanskih i psihosocijalnih intervencija u skladu sa specifičnim

potrebama korisnika koje će procjenjivati uz pomoć Timske izrade individualnog plana liječenja. Praktični doprinos ovoga istraživanja je vidljiv u mogućnosti unapređenja skrbi za korisnike kroz procjenu zadovoljstva uslugama tretmana te razvoj oblika podrške kojim bi se osnažila prepoznata slaba područja u svakom pojedinom CMZ-u što bi u konačnici dovelo do pružanja usluga u skladu s potrebama korisnika.

Također, praktični doprinos se ogleda i u uključivanju prediktorske varijable zadovoljstva uslugama korisnika kao doprinosa razumijevanju oporavka i razini pozitivnog mentalnog zdravlja. Pregledom literature i uvidom u empirijske spoznaje utvrđeno je da je zadovoljstvo korisnika uslugom važna prediktorska varijabla jer predstavlja ključnu komponentu korisničke perspektive u procjeni ishoda tretmana te se kao takva sve više koristi u procjeni usluga mentalnog zdravlja i preporuča kao istraživački konstrukt (Rosenblatt i Attkisson 1993 prema Vázquez i sur., 2019). Stoga je doprinos predloženog modela istraživanja uvrštavanje varijable zadovoljstva korisnika uslugom u zajednici i dobivanje uvida u doprinos zadovoljstva uslugama u objašnjenju kriterijskih varijabli oporavka i razine pozitivnog mentalnog zdravlja. Suvremena literatura naglašava važnost uključivanja aspekta zadovoljstva uslugama u objašnjenju kvalitete života, dobrobiti korisnika te mentalnog zdravlja osoba s problemima mentalnog zdravlja.

Praktični doprinos se ogleda i u prezentiranju dobivenih rezultata multidisciplinarnom timu stručnjaka uključenih u proces izvanbolničke skrbi u centrima za mentalno zdravlje, a njihova perspektiva biti će značajna u implementaciji dobivenih podataka u svrhu unapređenja kvalitete zdravstvenih i socijalnih usluga u centrima za mentalno zdravlje.

Pored znanstvenog i praktičnog doprinosa ovoga istraživanja, nužno je istaknuti i značajan metodološki doprinos koji se ogleda u prijevodu CSQ-18 skale na bosanski i hrvatski jezik te njene validacije na uzorku sudionika obuhvaćenog ovim istraživanjem.

U konačnici, pored prethodno opisanih doprinosa, ovo istraživanje daje specifičan doprinos i samom korisniku, koji se ogleda u tome da su korisnici/sudionici imali mogućnost svojim sudjelovanjem pomoći u razumijevanju istraživanih koncepata i unapređenju razvoja socijalnih usluga usmjerenih osobama s psihičkim oboljenjem, a koje su temeljene na zaštitnim čimbenicima i uvažavanju kapaciteta i resursa korisnika. Svojim sudjelovanjem dobili su priliku podići razinu participacije u osmišljavanju i planiranju usluga centara za mentalno zdravlje koje će bolje

odgovarati na potrebe korisnika i biti usmjerene ka njihovom oporavku i podizanju razine pozitivnog mentalnog zdravlja.

Za kraj, ovo istraživanje predstavlja svojevrsan doprinos edukaciji budućih socijalnih radnika, a rezultati ovog istraživanja mogu poslužiti kao smjernice u osnaživanju i senzibiliziranju studenata socijalnog rada za rad sa osobama koje boluju od psihičke bolesti, odnosno korisnicima usluga psihijatrijske skrbi u zajednici te im ukazati na specifičnosti i obilježja po kojima se osobe koje boluju od psihičke bolesti posebno razlikuju u odnosu na vrstu psihičkog oboljenja.

5.2. Metodološka ograničenja istraživanja

Ovdje će biti prikazana ograničenja koja se odnose na provedbu i metodologiju istraživanja, a koje treba uvažiti prilikom donošenja zaključaka te u planiranju i provedbi budućih istraživanja.

Ovo istraživanje temelji se na uzorku sudionika iz Tuzlanskog kantona te se rezultati mogu interpretirati samo u odnosu na njega i ne mogu se generalizirati na ostala područja koja imaju drugačija specifična obilježja. Naime, Bosna i Hercegovina po svom ustavnom i administrativnom uređenju se sastoji od dva entiteta: Federacije Bosne i Hercegovine (FBiH) i Republike Srpske (RS). Po Ustavu Federacije Bosne i Hercegovine kantoni su administrativno-teritorijalne jedinice. Jedan od deset kantona u FBiH je i Tuzlanski kanton. Područje Tuzlanskog kantona uključuje Grad Tuzla i dvanaest općina: Banovići, Čelić, Doboj-Istok, Gračanica, Gradačac, Kalesija, Kladanj, Lukavac, Sapna, Srebrenik, Teočak i Živinice. Tuzlanski kanton zauzima površinu od 2.652 km², odnosno 10,17% teritorije FBiH ili 5,18% teritorije Bosne i Hercegovine. Sjedište kantona je Grad Tuzla, koji je kulturni, univerzitetski i medicinsko-klinički centar ove regije, prema kojoj gravitiraju ostala općinska područja. Na području Tuzlanskog kantona djeluje 13 domova zdravlja sa 168 područnih ambulanti i 228 timova porodične medicine. Sekundarna zdravstvena zaštita na području Tuzlanskog kantona provodi se djelomično u domovima zdravlja koji pružaju konzultativno-specijalističke, dijagnostičke, stomatološke i laboratorijske usluge, u privatnim ordinacijama specijalističke medicine i u okviru JZU Univerzitetsko-Klinički Centar Tuzla i JZU Opće Bolnice „Mustafa Beganović“ Gračanica. JZU UKC Tuzla i JZU Opća Bolnica Gračanica također pružaju i dio tercijarne zdravstvene zaštite putem sljedećih grupa djelatnosti: dijagnostika,

bolničko liječenje, konzultativno-specijalistička zdravstvena zaštita i ostale usluge. Centri za mentalno zdravlje u Tuzlanskom kantonu ključni su centri koji pružaju usluge izvanbolničke psihijatrijske skrbi u zajednici osobama koje su oboljele od psihičke bolesti i kojih sveukupno ima 10.

Nekoliko je metodoloških ograničenja ovog istraživanja. Prvi se odnosi na prigodni uzorak, kojim nisu obuhvaćeni reprezentativni omjeri sudionika obzirom na vrstu psihičke bolesti. Uzorak sudionika u ovom istraživanju nije inicijalno ujednačen po spolu i vrsti psihičke bolesti, već se koristio prigodan uzorak korisnika centara za mentalno zdravlje koji su koristili usluge u vrijeme provedbe samog istraživanja.

Jedno od istraživačkih ograničenja proizlazi i iz načina prikupljanja podataka kod subuzorka osoba koje boluju od psihičke bolesti korisnika usluga centara za mentalno zdravlje. U postupku provedbe istraživanja sudjelovali su socijalni radnici u centrima za mentalno zdravlje koji su mogli utjecati na odabir korisnika koje će uključiti u istraživanje pod vidom izbora onih za koje su procijenili da su suradljiviji, motiviraniji te da imaju kapaciteta za sudjelovanje u istraživanju. Postoji mogućnost da se radi o selekcioniranom uzorku osoba koje boluju od psihičke bolesti i koje su korisnici usluga centara za mentalno zdravlje kao vida izvanbolničke skrbi u zajednici o čemu valja voditi računa prilikom donošenja zaključaka. Nadalje, sudionici ovoga istraživanja su bile osobe s dugogodišnjim iskustvom u izvanbolničkoj psihijatrijskoj skrbi u zajednici i u tretmanu su centara za mentalno zdravlje prosječno 11 godina. Drugim riječima, za očekivati je da sudionici koji dolaze u centar za mentalno zdravlje na pregled kod liječnika psihijatra imaju višu razinu zadovoljstva tretmanom, pokazuju bolju i ujednačeniju razinu oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja u odnosu na onaj dio populacije korisnika koji ne dolazi redovito na kontrole zbog stanja bolesti (npr. hospitalizacija) ili zbog ne pridržavanja uputa liječnika.

Pokazalo se da je u uvjetima terenskog istraživanja bilo izuzetno teško formirati bilo kakav uzorak osim prigodnog. Posebna poteškoća na koju valja ukazati je dobivanje pristanka ravnatelja za provođenje istraživanja unutar tri centra za mentalno zdravlje, a potom odaziv korisnika koji boluju od shizofrenije i davanje suglasnosti za sudjelovanje u istraživanju koje govori o vrsti psihičkog oboljenja i siromaštvu, odnosno materijalnim i socijalnim uvjetima života iz razloga što su to pitanja osjetljive prirode i mogu izazvati uznemirenost, a u nekim slučajevima i sekundarnu traumatizaciju. Pojedini ravnatelji nisu iskazali zainteresiranost za provođenje istraživanja unutar

njihovih centara za mentalno zdravlje. No jedna od prednosti proizašla iz prigodnog uzorka je dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju, koje osigurava kvalitetu prikupljenih podataka. U našem slučaju se pokazalo da je najveći učinak na sudjelovanje sudionika imao pozitivan odnos i motiviranost socijalnog radnika angažiranog u centru za mentalno zdravlje kako prema korisnicima, tako i prema svrsi provođenja istraživanja.

Također, izbor vrlo sličnih skala u blokovima (osobito skala koje se odnose na materijalni status i njegove učinke, socijalnu podršku i kvalitetu života) mogao je uzrokovati visoku multikolinearnost koja otežava prepoznavanje i interpretaciju relevantnih prediktora, što je osobito izraženo na manjem uzorku (u ovom istraživanju, na osobama koje boluju od shizofrenije). Postoji mogućnost da je iz toga razloga manji broj značajnih prediktora oporavka i pozitivnog mentalnog zdravlja u skupini osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Ljestvica percipiranog stresa je potencijalno problematična za ovo istraživanje. U ovom istraživanju nije se dobila jednofaktorska struktura Ljestvice kao u drugim istraživanjima (Hudek-Knežević i sur., 1999; prema: Nakić, Tadinac i Herman, 2009), već se radi o dvofaktorskoj strukturi, tj. o Uznemirenosti i Kontrolu kao dva odvojena konstrukta koji nisu u korelaciji. Rezultat na ovim komponentama formiran je kao zbroj odgovora na pojedinim česticama. Nadalje, Ljestvica percipiranog stresa ne sadrži pitanja koja se odnose na vrstu i težinu psihičkog oboljenja odnosno da li su korisnici obzirom na prisustvo simptoma bolesti i ozbiljnost psihičkog oboljenja dovoljno sposobni procijeniti neku situaciju stresnom i odgovoriti na postavljanje pitanja. Dodatno, Ljestvica percipiranog stresa ne sadrži pitanja o izloženosti stresu zbog prisustva psihičke teškoće, niti sadrži pitanja koja mjere konstrukt nezaposlenosti, kao jednog od najčešćih izvora stresa. Stoga je upitna konstruktna valjanost ovog instrumenta u ovom specifičnom istraživanju jer vjerojatno mjeri različite izvore stresa, a ne obuhvaća one koji su karakteristični za osobe koje boluju od psihičke bolesti. Zbog navedenog, u daljnjim istraživanjima preporučuje se uključiti veći broj osoba koje boluju od shizofrenije, nastojati odabrati mjere izvora percipiranog stresa i njegovih učinaka te izbjeći korištenje ove Ljestvice percipiranog stresa. U suprotnom, predlaže se razmatranje proširivanje dobivene dvofaktorske strukture Ljestvice s pitanjima koja se odnose na mjerenje nezaposlenost i obilježja psihičke bolesti (vrsta psihičkog oboljenja, broj hospitalizacija) kao izvora stresa.

U konačnici, vidljivo je da ovo istraživanje sadrži jasan skup prediktorski skup varijabli, koji u konačnici modela i završnim koracima hijerarhijske regresijske analize objašnjava veliki postotak varijance postavljenih kriterija.

6. ZAKLJUČAK

Prema postavljenim problemima i hipotezama, a na osnovi dobivenih rezultata istraživanja, uzimajući u obzir ranije navedena metodološka ograničenja, može se zaključiti sljedeće:

1. U skladu sa prvim postavljenim problemom utvrđeno je kako postoji statistički značajna razlika između korisnika koji boluju od shizofrenije i korisnika koji boluju od depresivnog i bipolarno afektivnog poremećaja te skupine korisnika koji boluju od anksioznog i opsesivno-kompulzivnog poremećaja u razini materijalne deprivacije i socijalne podrške. Korisnici usluga mentalnog zdravlja razlikovali su se obzirom na vrstu psihičke bolesti i to na način da osobe koje boluju od shizofrenije iskazuju višu razinu materijalne deprivacije i percipiraju nižu razinu socijalne podrške u odnosu na korisnike koji boluju od depresivnog i bipolarno afektivnog poremećaja i korisnika s anksioznim i opsesivno-kompulzivnim poremećajem.

U drugim varijablama koje su obuhvaćene ovim istraživanjem osobe koje boluju od shizofrenije se ne razlikuju od osoba s dijagnosticiranim depresivnim i bipolarno afektivnim poremećajem, te anksioznim i opsesivno-kompulzivnim poremećajem. Točnije, osobe koje boluju od shizofrenije nisu izloženi stresu, ne percipiraju lošiju subjektivnu kvalitetu života niti su manje zadovoljni uslugama tretmana u odnosu na osobe koje boluju od depresivnog i bipolarno afektivnog ili anksiozno te opsesivno-kompulzivnog poremećaja.

2. U sklopu drugog istraživačkog problema za analizu dobivenih rezultata korištena je hijerarhijska regresijska analiza u šest koraka i napravljene su zasebne regresijske analize za svaku komponentu procjene oporavka. Za procjenu podrške nije korišten ukupni rezultat zbog multikolinearnosti s komponentama ove skale. Na osnovu rezultata hijerarhijske regresijske analize za subskalu oporavka – Osobno samopouzdanje i nada pokazalo se da su dva najznačajnija prediktora za ovu subskalu: procjena kvalitete života i uznemirenost kao komponenta stresa, koje zajedno objašnjavaju 46,1% varijance kriterija.

Za subskalu oporavka – Spremnost na traženje pomoći najznačajniji prediktori u zadnjem koraku analize su: procjena kvalitete života i procjena dostupnosti socijalne podrške iz formalnih i neformalnih izvora tzv. socijalna mreža. Model u posljednjem koraku objašnjava 27,2% varijance kriterija.

Značajni prediktori konačnog modela subskale Usmjerenost na cilj i uspjeh kao faktora oporavka su: procjena subjektivne kvalitete života te uznemirenost kao komponenta stresa. Konačnim modelom objašnjeno je 40,8% varijance kriterija.

Značajni prediktori za subskalu oporavka Oslanjanje na druge su: procjena kvalitete života i podrške od značajnih drugih. Tim je modelom objašnjeno 46,2% varijance kriterija oporavka.

Značajni prediktori subskale Nedominiranja simptoma kao kriterija oporavka su: uznemirenost i kontrola kao komponente stresa i kvaliteta života te je tim modelom objašnjeno 39,6% varijance kriterija.

Rezultati hijerarhijske regresijske analize za ukupnu procjenu oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti pokazuju kako obilježja psihičke bolesti i zadovoljstvo pružanim uslugama tretmana ne predstavljaju značajan prediktor oporavka, ni na jednoj subskali, kao ni u jednom koraku modela.

Dobiveni rezultati ovoga istraživanja pokazuju na postojanje umjerene povezanosti između kriterija ukupnog oporavka osoba koje boluju od psihičke bolesti i slijedećih prediktora: Materijalna deprivacija ($r_{pk} = -,354$ $p < 0,01$); Uznemirenost ($r_{pk} = -,505$ $p < 0,01$) i Kontrola ($r_{pk} = -,415$ $p < 0,01$) kao komponente stresa; Podrška - značajni drugi ($r_{pk} = -,415$ $p < 0,01$) Podrška – obitelj ($r_{pk} = ,373$ $p < 0,01$), Podrška – prijatelji ($r_{pk} = ,476$ $p < 0,01$), Socijalna mreža ($r_{pk} = -,410$ $p < 0,01$) kao komponente socijalne i instrumentalne podrške i postojanje jake povezanosti sa prediktorom Kvaliteta života ($r_{pk} = -,686$ $p < 0,01$).

Materijalna deprivacija pokazala se značajnim prediktorom u prvom koraku analize ($\beta = -,260$ $p < 0,01$), drugom koraku analize ($\beta = -,162$ $p < 0,05$) i trećem koraku analize kod uvođenja prediktora Uznemirenosti kao komponente stresa ($\beta = -,377$ $p < 0,01$). Uvođenjem Kvalitete života ($\beta = ,543$ $p < 0,01$) značajnost Materijalne deprivacije se gubi, a značajnost Uznemirenosti kao komponente stresa ($\beta = -,216$ $p < 0,01$) ostaje značajan prediktorima u naredna dva koraka. Percepcija socijalne podrške i zadovoljstvo pruženim uslugama tretmana nisu doprinijeli objašnjenju varijance kriterija povrh kvalitete života i uznemirenosti kao komponente stresa. Posljednja dva prediktora Uznemirenost ($\beta = -,190$ $p < 0,01$) i Kvaliteta života ($\beta = ,447$ $p < 0,01$) u posljednjem koraku modela objašnjavaju 52,7% varijance procjene oporavka.

Dobiveni rezultati djelomično potvrđuju drugu istraživačku hipotezu, a to je da oporavak osoba koje boluju od psihičke bolesti moguće je, u značajnoj mjeri, predvidjeti na temelju seta prediktora koji ukazuju na materijalni status sudionika, razine izloženosti stresnim životnim događajima i razinu subjektivne kvalitete života. Kod sve tri skupine sudionika, navedeni blokovi varijabli podjednako doprinose oporavku osoba koje boluju od psihičke bolesti.

3. Za analizu trećeg problema provedene su hijerarhijske regresijske analize na jednak način kao i za prethodnu hipotezu. Pri tome su analize napravljene zasebno za svaku komponentu od tri komponente pozitivnog mentalnog zdravlja i to za: psihološku, socijalnu i emocionalnu dobrobit.

Za subskalu pozitivnog mentalnog zdravlja - Psihološka dobrobit najznačajniji prediktori su: prediktori psihološke dobrobiti u zadnjem koraku modela ostaju Uznemirenost ($\beta = -,173$ $p < 0,01$) kao komponenta procjene stresa; Kvaliteta života ($\beta = ,481$ $p < 0,01$) te procjena Podrške od strane značajnih drugih ($\beta = ,243$ $p < 0,01$). Konačan model objašnjava 52,1% varijance kriterija.

Značajni prediktori konačnog modela subskale Socijalna dobrobit kao faktora pozitivnog mentalnog zdravlja su: Kontrola ($\beta = ,235$ $p < 0,01$) kako komponenta stresa, Kvaliteta života ($\beta = ,380$ $p < 0,01$) te procjena Podrške od značajnih drugih ($\beta = ,242$ $p < 0,05$) te dostupnost podrške od socijalne mreže ($\beta = ,156$ $p < 0,05$). Konačan model objašnjava 37,8% varijance socijalne dobrobiti. Zadovoljstvo pruženim uslugama nije se pokazalo značajnim prediktorom..

Značajni prediktori za subskalu Emocionalna dobrobit kao faktora pozitivnog mentalnog zdravlja su obje komponente percepcije stresa: Uznemirenost ($\beta = -,253$ $p < 0,01$) i Kontrola ($\beta = ,221$ $p < 0,01$) i subjektivna procjena kvalitete života ($\beta = ,321$ $p < 0,01$). Ovim modelom objašnjeno je 36,9% varijance kriterija.

Rezultati hijerarhijske regresijske analize za ukupnu procjenu pozitivnog mentalnog zdravlja govore da su značajni prediktori obje komponente stresa: Uznemirenost ($\beta = -,156$ $p < 0,05$) i Kontrola ($\beta = ,200$ $p < 0,01$) te Kvaliteta života ($\beta = ,450$ $p < 0,01$) te socijalna podrška od značajni drugih ($\beta = ,247$ $p < 0,01$). Konačan model objašnjava 51,2% varijance kriterija.

Dobiveni rezultati koji se odnose na ukupnu procjenu pozitivnog mentalnog zdravlja nam govore da su značajni prediktori pozitivnom mentalnom zdravlju: Uznemirenost ($r_{pk} = -,488$ $p < 0,01$) i

Kontrola ($r_{pk} = -,488$ $p < 0,01$), Kvaliteta života ($r_{pk} = ,687$ $p < 0,01$), Podrška značajni drugi ($r_{pk} = ,461$ $p < 0,01$) i Podrška prijatelji ($r_{pk} = ,440$ $p < 0,01$).

Dobiveni rezultati djelomično potvrđuju treću istraživačku hipotezu, a to je da pozitivno mentalno zdravlje osoba koje boluju od psihičke bolesti moguće je, u značajnoj mjeri, predvidjeti na temelju seta prediktora koji ukazuju na razine izloženosti stresnim životnim događajima, razinu kvalitete života i podršku značajni drugi. Kod sve tri skupine sudionika, navedeni blokovi varijabli podjednako doprinose pozitivnom mentalnom zdravlju, osim kada je u pitanju socijalna podrška od koje se podrška od strane drugih pokazala značajnim prediktorom pozitivnog mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti.

Rezultati ovoga istraživanja imaju veliki znanstveni doprinosi u objašnjenju dualnog koncepta (pozitivnog i negativnog) mentalnog zdravlja u kontekstu socijalnog rada, ali i širem području pomagačkih znanosti i psihijatrije, kao suvremenom pristupu u razumijevanju mentalnog zdravlja osoba koje boluju od psihičke bolesti. U tom smislu, ovo istraživanje omogućava planiranje i unapređenje tretmanskih i psihosocijalnih intervencija u socijalnom radu usmjerenih osobama koje boluju od psihičkih bolesti, a na temelju empirijskih dokaza.

7. LITERATURA

1. Adamczyk, K., & Segrin, C. (2015). Perceived Social Support and Mental Health Among Single vs. Partnered Polish Young Adults. *Current psychology*, 34(1), 82–96.
2. Adnanes, M., Kalseth, J., Ose, S. O., Ruud, T., Rugkåsa, J., & Puntis, S. (2019). Quality of life and service satisfaction in outpatients with severe or non-severe mental illness diagnoses. *Quality of Life Research*.
3. Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine (2018). *Popis stanovništva, domaćinstava i stanova u Bosni i Hercegovini-obrazovne karakteristike*. Dostupno na: <http://www.popis.gov.ba/popis2013/knjige.php?id=4>.
4. Ajduković, D., Kraljević, S., & Penić (2007). Kvaliteta života osoba pogođenih ratom. *Ljetopis socijalnog rada*, 14 (3), 505-526.
5. Ajduković, M. (2008). Socijalni problemi, socijalni rizici i suvremeni socijalni rad. *Revija za socijalnu politiku*, 15(3), 395-414.
6. Ajduković, M., Družić Ljubotina, O., & Kletečki Radović, M. (2016). Upitnik suočavanja s ekonomskim teškoćama obitelji. *Neobjavljeni materijal*.
7. Al Shawi, A.F., Sarhan, Y.T., & Altaha, M.A. (2019). Adverse childhood experiences and their relationship to gender and depression among young adults in Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1).
8. Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392–407.
9. Allott, K. A., Yuen, H. P., Garner, B., Bendall, S., Killackey, E. J., Alvarez-Jimenez, M., & Phillips, L. J. (2013). Relationship between vocational status and perceived stress and daily hassles in first-episode psychosis: an exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1045-1052.
10. Almuneef, M., Hollinshead, D., Saleheen, H., AlMadani, S., Derkash, B., AlBuhairan, F., Al-Eissa, M. i Fluke, J. (2016). Adverse childhood experiences and association with health, mental health, and risky behavior in the kingdom of Saudi Arabia. *Child Abuse & Neglect*, 60, 10–17.
11. Američka Psihijatrijska udruga (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-5*. Hrvatska: Naklada Slap.
12. Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1–10.
13. Andrew, M. E., Mnatsakanova, A., Howsare, J. L., Hartley, T. A., Charles, L. E., Burchfiel, C. M., McCanlies, E. C., & Violanti, J. M. (2013). Associations between protective factors and psychological distress vary by gender: the Buffalo Cardio-Metabolic Occupational Police Stress Study. *International journal of emergency mental health*, 15(4), 277–288.
14. Antolić, B., & Novak, M. (2016). Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe. *Psihologijske teme*, 25 (2), 317-339.
15. Arambašić, L. (1996). *Stres*. u Pregrad, J. (ur.) *Stres, trauma, oporavak*, 93-102. Zagreb: DPP.
16. Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233–237.
17. Attkisson, C.C. (1987). *Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)*. U K. Corcoran & K. Fischer (Ur.), *Measures for Clinical Practice: A sourcebook*. 2-3. New York: Free Press.
18. Audini, B., Marks, I.M., Lawrence, R.E., Connolly, J., & Watts, V. (1994). Home-based versus out-patients/inpatients care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 204-210.

19. Babić, G., & Molnar S. (2002). Komparativni prikaz organizacije skrbi za duševno oboljele osobe I. sociopolitička paradigma. *Socijalna psihijatrija*, 30, 189-200.
20. Bagarić, Š., Bektić, J., Brečić, P., Bilić, V., Britvić, D., Buzina, N., Eterović, M., Ivandić, M., Jendričko, T., & Koić, E. (2020). Zaštita mentalnog zdravlja u krizi: stres, tjeskoba, strah - postupci osnaživanja i samopomoći postupak umirenja uznemirenih osoba. *Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 26 (141), 6-50.
21. Balaž Gilja, A. (2021). Siromaštvo i socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama. *Socijalne teme*, 1(8), 115-134.
22. Balentović, I. (2012). *Obitelji djece s teškoćama u razvoju: Sustav pomoći i podrške obiteljima opterećenim socijalnim rizicima*. Specijalistički rad. Zagreb: Edukacijsko rehabilitacijski fakultet.
23. Ballesteros Urpi, Slade, M., Manley, D., Pardo-Hernandez, H. (2019), "Conceptual framework for personal recovery in mental health among children and adolescents: A systematic review and narrative synthesis protocol", *BMJ Open*, 9(8): e029300
24. Bandić, I., Brigić, M. i Leutar, Z. (2020) Kvaliteta života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja. *Mostariensia*, 24(1), 89-107.
25. Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., De Marinis, M. (2013). Defining quality of life: a wild – goose chase?, *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185–203.
26. Barry, M. M., Clarke, A. M., Petersen, I., & Jenkins, R. (2019). *Implementing Mental Health Promotion*. Second Edition. Switzerland: Springer.
27. Batinic, B., Selenko, E., Stiglbauer, B., & Paul, K. I. (2010). Are workers in high-status jobs healthier than others? Assessing Jahoda's latent benefits of employment in two working populations. *Work & Stress*, 24(1), 73–87.
28. Begić, D. (2016). *Psihopatologija*, Zagreb: Medicinska naklada.
29. Berc, G. (2012). Obiteljska otpornost – teorija i primjena koncepta u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 145-167.
30. Bhugra, D. (1998). Mental health promotion: Paradigms and practice, *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 248–249.
31. Biswas Diener, R. (2008). Material wealth and subjective well-being. U M. Eid., & R. J. Larsen (ur.), *The science of subjective well-being*. New York: Guilford Press, 307-322.
32. Boardman, A.P., Hodgson, R.E., Lewis, M., & Allen, K. (1999). North Staffordshire Community Beds Study: Longitudinal evaluation of in-patient units attached to community mental health centres: I. Methods, outcome and patient satisfaction. *British Journal of Psychiatry*, 175, 70-78.
33. Bohlmeijer, E. T., Klooster, P., Kleine, E., Westerhof, G., & Lamers, S. (2016). Geestelijke gezondheid als positieve uitkomst van behandeling. *De Psycholoog*, 51(4), 46–54.
34. Boyle, M. (2011). *Making the world go away, and how psychology and psychiatry benefit*. U: M. Rapley, J. Moncrieff i J. Dillon (Ur.), *De-medicalizing misery*. Psychiatry, psychology and the human condition. New York, NY: Palgrave Mcmillan.
35. Božičević, V., Brlas, S., & Gulinić, M. (2012). *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja; priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. Virovitica: Sveti Rok.
36. Brajša Žganec, A., Ivanović, D. i Burušić, J. (2014). Dimenzije psihološke dobrobiti hrvatskih studenata: spolne razlike i povezanost s osobinama ličnosti. *Napredak*, 154 (1-2), 29-46.

37. Brandow, C., Swarbrick, M., & Nemeč, P. (2019). Rethinking the Causes and Consequences of Financial Wellness for People With Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Services*, 71(1), 1-3.
38. Bratković, D., & Rožman, B. (2006). Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 42 (2), 101-112.
39. Butterworth, P., Olesen, S. C. & Leach, L. S. (2012). The role of hardship in the association between socio-economic position and depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(4), 364–373.
40. Capak., K., & Benjak, T., (2020). *Mental health as public good: Psychosocial interventions in mental health*, Croatian Institute of Public Health. Zagreb: Croatia
41. Cardenas, V., Abel, S., Bowie, C.R., Tiznado, D., Depp, C.A., Patterson, T.L., Jeste, D.V., Mausbach, B.T. (2013). When Functional Capacity and Real-World Functioning Converge: The Role of Self-Efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 908–916.
42. Caron, J. (2012). Predictors of Quality of Life in Economically Disadvantaged Populations in Montreal, *Social Indicator Research*, 107, 411– 427.
43. Carra, G., Bartoli, F., Riboldi, I., Trotta, G., & Crocamo, C. (2018). Poverty matters: Cannabis use among people with serious mental illness: Findings from the United States survey on drug use and health. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-4.
44. Chui, R. C., & Chan, C. (2017). School Adjustment, Social Support, and Mental Health of Mainland Chinese College Students in Hong Kong. *Journal of College Student Development*, 58, 88–100.
45. Coffey, M., Hannigan, B., Meudell, A., Jones, M., Hunt, J., & Fitzsimmons, D. (2018). Quality of life, recovery and decision-making: a mixed methods study of mental health recovery in social care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 54, 715–723.
46. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385 - 396.
47. Corrigan P., & Phelan S. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 513– 523.
48. Corrigan, P. W., Salzer, M., Ralph, R. O., Sangster, Y. i Keck, L. (2008). Examining the Factor Structure of the Recovery Assessment Scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30(4), 1035–1041.
49. Cullen, B. A., Mojtabai, R., Bordbar, E., Everett, A., Nugent, K. L., & Eaton, W. W. (2017). Social network, recovery attitudes and internal stigma among those with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(5), 448–458.
50. Čaćinović Vogrinčić, G., Kopal, L., Mešl, N. & Možina, M. (2007). Uspostavljanje suradnog odnosa i osobnog kontakta u socijalnom radu. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.
51. Čolović, O., Lečić Toševski, D., Mandić Maravić, V., & Tošković, O. (2017). Depresivni, anksiozni i somatizacioni simptomi i kvalitet života u poremećajima povezanim sa stresom. *Vojnosanitetski pregled Vojnomedicinska akademija - Institut za naučne informacije*, 74(10), 927-931.
52. De Vos, J. A., Radstaak, M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Having an Eating Disorder and Still Being Able to Flourish? Examination of Pathological Symptoms and Well-Being as Two Continua of Mental Health in a Clinical Sample. *Frontiers in Psychology*, 9 (2145), 1-13.
53. Dean, C., Phillips, J., Gadd, E.M., Joseph, M., & England, S. (1993). Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness. *British Medical Journal*, 307, 473-476.

54. DeCarlo, S. C., Wadsworth, M. E., & Stump, J. (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology*, 32(2), 218–230.
55. Deklaracija o pravima osoba s invaliditetom. *Nezavisne novine* (2005). 47/2005.
56. Desta, H., Berhe, T., & Hintsu, S. (2018). Assessment of patients' satisfaction and associated factors among outpatients received mental health services at public hospitals of Mekelle Town, northern Ethiopia. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(38), 1-7.
57. Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2018). Advances and open questions in the science of subjective well-being. *Collabra: Psychology*, 4(1), 15.
58. Dobrotić, I., & Laklija, M. (2009). Korelati sukoba obiteljskih i radnih obveza u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 16 (1), 45-63.
59. Dobrotić, I., & Laklija, M. (2012). Obrasci društvenosti i percepcija izvora neformalne socijalne podrške u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja Zagreb*, 1(115), 39-58.
60. Družić Ljubotina, O. (2012). Subjektivna kvaliteta života ljudi koji žive u siromaštvu i zaposlenih osoba različitog materijalnog statusa. *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 5-28.
61. Družić Ljubotina, O., & Ljubotina, D. (2014). Odnos siromaštva i nekih aspekata psihološke dobrobiti. *Socijalna psihijatrija*, 42(2), 86-101.
62. Đedović, J., Tomčuk, A., Miladinović, D., Vlahović, S. Đurišić, T. (2019). Multidisciplinarni timovi mentalnog zdravlja u zajednici u tretmanu teških duševnih oboljenja u Crnoj gori-RECOVER-E PROJEKAT, *Engrami*, 41(1), 101-112.
63. Echee, S.A., & Eze, J. E. (2018). Assessing Stressful Life Events in a Nigerian Context: Adaptation of Holmes and Rahe Stress Scale. *Journal of Psychology and Sociological Studies*, 2(1), 1-14.
64. Eger, R.J., & Maridal, J.H. (2015). A statistical meta-analysis of the wellbeing literature. *Journal of Wellbeing*, 5(2), 45–74.
65. Ekbäck, M., Benzein, E., Lindberg, M., & Arestedt, K. (2013). The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS)--a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health and quality of life outcomes*, 11, 168.
66. Elbeck, M., & Fecteau, G. (1990). Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(9), 998-1001.
67. Erp Taalman Kip, R. M., & Hutschemaekers, G. J. M. (2018). Health, well-being, and psychopathology in a clinical population: Structure and discriminant validity of Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 74(10), 1719-1729.
68. European Commission (2005b). Green paper: improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European union, Brussels. Dostupno na http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_paper/mental_gp_en.pdf.
69. Ezzati, A., Jiang, J., Katz, M. J., Sliwinski, M. J., Zimmerman, M. E., & Lipton, R. B. (2014). Validation of the Perceived Stress Scale in a community sample of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(6), 645–652.
70. Federalni zavod za mirovinsko osiguranje (2023). Prosječna mirovina u FBiH. Dostupno na: <https://www.fzmiopio.ba/mirovine-uvecane-111-isplata-6-veljace/?lang=hr>.
71. Federalni zavod za statistiku (2017). Anketa o potrošnji domaćinstva u Federaciji Bosne i Hercegovine, 2015. Dostupno na <http://fzs.ba/index.php/anketa-o-potrosnji-domacinstavakucanstava-apd/>.

72. Federalni zavod za statistiku (2023). Saopćenje: prosječna mjesečna neto i bruto plaća zaposlenih. Dostupno na <http://fzs.ba/index.php/2023/02/16/prosjecna-mjesečna-isplacena-neto-i-bruto-placa-zaposlenih-po-podrucjima-kd-bih-2010-decembar-prosinac-2022/>.
73. Federalno ministarstvo zdravstva Bosne i Hercegovine (2012). Politika i strategija zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja u Federaciji Bosne i Hercegovine (2012-2020). <https://www.fmoh.gov.ba/index.php/zakoni-i-strategije/strategije-i-politike/217-politika-i-strategija-za-zastitu-i-unaprjesenje-mentalnog-zdravlja-u-federaciji-bih-2012-2020>.
74. Federalno ministarstvo zdravstva., & Asocijacija XY. (2019). *Etičko izvještavanje o mentalnom zdravlju*, Sarajevo. Dostupno na https://www.fmoh.gov.ba/images/federalno_ministarstvo_zdravstva/preporucujemo/ETICKO%20IZVJESTAVANJE%20BOS%20WEB.pdf.
75. Ferns, P., (2005). *Finding a Way Forward A Black Perspective on Social Approaches to Mental Health: Social Perspectives in Mental Health Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress*; London: Jessica Kingsley Publishers.
76. Fink, G. (2016). *Stress, Definitions, Mechanisms, and Effects Outlined. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. Australia : Academic press.
77. Fleury, M.H., Grenier, G., & Bamvita, J.M. (2015). Predictive typology of subjective quality of life among participants with severe mental disorders after a five-year follow-up: a longitudinal two-step cluster analysis, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(2), 132-141.
78. Flores, E., Tschann, J. M., Dimas, J. M., Bachen, E. A., Pasch, L. A., & Groat, C. L. (2008). Perceived Discrimination, Perceived Stress, and Mental and Physical Health Among Mexican-Origin Adults. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 30(4), 401– 424.
79. Franken, K., Lamers, S. M. A., Ten Klooster, P. M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2018). Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *Journal of Clinical Psychology*,
80. Frankham, C., Richardson, T., & Maguire, N. (2020). Psychological factors associated with financial hardship and mental health: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 101832, 1-23.
81. Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103 – 110.
82. Galić, Z., & Šverko, B. (2008). Effects of prolonged unemployment and reemployment on psychological and physical health. *Review of psychology*, 15 (1-2), 3-10.
83. Galić, Z., Maslić Seršić, D., & Šverko, B. (2006). Financijske prilike i zdravlje nezaposlenih u Hrvatskoj: Vodi li financijska deprivacija do lošijeg zdravlja?. *Revija za socijalnu politiku*, 13(3), 257-269.
84. Glover, H. (2005). Guest Editorial, Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 179–182.
85. Grant, F., Guille, C., & Sen, S. (2013). Well-being and the risk of depression under stress. *PLOS ONE*, 8, 1–6.
86. Green, C. A., Perrin, N. A., Leo, M. C., Janoff, S. L., Yarborough, B. J. H. & Paulson, R. I. (2013). Recovery From Serious Mental Illness: Trajectories, Characteristics, and the Role of Mental Health Care. *Psychiatric Services*, 64(12), 1203–1210.

87. Greenwood, N., Key, A., Burns, T., Bristow, M., & Sedgwick, P. (1999). Satisfaction with in-patient psychiatric services. Relationship to patient and treatment factors. *British Journal of Psychiatry*, 174, 159-163.
88. Gruber, E.N. (2012). Prijedlog intervencija u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju a s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (1), 73-94.
89. Hamaideh, S., Al Magaireh, D., Abu Farsakh, B., & Al-Omari, H. (2014). Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(5), 455–465.
90. Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R. S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C., & Tam, W. (2020). Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 100–106.
91. Harper, A. (2018). Relegated to chronic poverty: financial difficulties based by people with mental illness in the United States. *Enterp Dev Microfinance*, 29, str. 64–79.
92. Henderson, C., Phelan, M., Loftus, L., Dall'Agnola, R., & i Ruggeri, M. (1999). Comparison of service satisfaction among psychotic patients in South London and South Verona. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 1-8.
93. Hendryx, M., Green, C. A., & Perrin, N. A. (2009). Social Support, Activities and Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 320–329.
94. Holmes, T.H. i Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal Psychosom Research*, 11, 213-18.
95. Hrabak Žerjavić, V., & Silobrčić Radić, M. (2011). *Mentalno zdravlje – javno zdravstveni izazov*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
96. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2012). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema 10 revizija*. Zagreb: Medicinska nakada.
97. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). *Izješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj*. Zagreb. Dostupno na https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/10/Izvjescje_o_osobama_s_invaliditetom_2022.pdf.
98. Hu, S., Cai, D., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2020). Relationship between social support and positive mental health: A three-wave longitudinal study on college students. *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-020-01175-4
99. Hudek Knežević J. i Kardum I. (2005). *Stres i tjelesno zdravlje*. Hrvatska: Naklada Slap.
100. Hudek Knežević, J., Kardum, I., Lesić, R. (1999). Efekti percipiranog stresa i stilova suočavanja na tjelesne simptome. *Društvena istraživanja*, 8, 543-561.
101. Huebner, E. S., Gilman, R., & Furlong, M. J. (2009). A conceptual model for research in positive psychology in children and youth. (U.) R. Gilman, E. S. Huebner, & M. J. Furlong (Ur.), *Handbook of positive psychology in schools* (str. 3–8). Routledge/Taylor & Francis Group.
102. Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahlke, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., & Slade, M. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(3), 285–293.

103. Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., & Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 39(6), 1296–1306.
104. Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What Is Recovery? A Conceptual Model and Explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482–485.
105. Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
106. Jahoda, M. (1992). Reflections on Marienthal and after. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 65(4), 355–358.
107. Jahoda, M. (1997). *Manifest and latent functions*. U The Blackwell encyclopedic dictionary of organizational psychology, Ur: Nicholson, N. (str. 317–318). Oxford, England: Blackwell.
108. Jaiyesimi Boluwaji, G., & Bamitale Toba, B. (2015). The increasing relevance of psychical activity and exercise to individual mental health, *Afro Asian Journal of Science and Technology*, 2(1), 192 - 198.
109. Jakovljević M., & Begić D. (2013). Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti. *Socijalna psihijatrija*, 41(1), 16–20.
110. Jakovljević, M. (2007). The brave new psychiatry: A pluralistic integrating transdisciplinary approach in theory and practice. *Psychiatria Danubina*. 19, 262-269.
111. Jenson, J.M., & Fraser, M.W. (2015). *Social policy for children & families: A risk and resilience perspective*. Los Angeles: Sage Publications.
112. Jethwani, K., & Sawant, N. (2010). Understanding family functioning and social support in unremitting schizophrenia: A study in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2), 145.
113. Johanson, S., & Bejerholm, U. (2016). The role of empowerment and quality of life in depression severity among unemployed people with affective disorders receiving mental healthcare. *Disability and Rehabilitation*, 39(18), 1807–1818.
114. Jokić Begić, N. (2012). *Psihičko zdravlje*, U: Jokić Begić, Nataša (ur.) Psihosocijalne potrebe studenata, Sveučilište u Zagrebu, 13-31.
115. Karow, A., Naber, D., Lambert, M., & Moritz, S. (2012). Remission as perceived by people with schizophrenia, family members and psychiatrists. *European Psychiatry*, 27(6), 426-31.
116. Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life, *Journal of Health and Social Behaviour*, 43(2), 207-222.
117. Keyes, C. (2014). Mental health as a complete state: How to salutogenic Perspective completes the picture. U: Bridging occupational, organizational and public health, Springer, Berlin. (str.179-192).
118. Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). *Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions*. U C. R. Snyder & S. J. Lopez (Ur.), Handbook of positive psychology (pp. 45–59). Oxford University Press.
119. Kiely, K. M., Leach, L. S., Olesen, S. C., & Butterworth, P. (2015). How financial hardship is associated with the onset of mental health problems over time. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(6), 909–918.
120. Kirsch, Tretyak, V., Le, V., Strakowski, S., & Lippard, E. (2020). Perceived Stress and Salience Network Functioning During Emotional Processing in Young Adults With Bipolar Disorder. *Biological Psychiatry*, 87(9), 209–210.
121. Kletečki Radović, M. (2018). Simpozij: Rehabilitacija osoba s mentalnim teškoćama: Pristup usmjeren na oporavak osoba s problemima mentalnog zdravlja: Izazov za socijalni rad u Hrvatskoj.

122. Kletečki Radović, M. (2021). Socijalni rad u zaštiti mentalnog zdravlja, U: Mužinić Marinić, Lana (ur.), Psihijatrija u lokalnoj zajednici, Biblioteka socijalnog rada, Zagreb, 201-222.
123. Kletečki Radović, M. i Krušelj Gača, N. (2015). Uloga domova socijalne skrbi u individualnom planiranju za potrebe osoba s psihičkim teškoćama, i: Urbanc, Kristina (ur.), Individualno planiranje u socijalnom radu. Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada, Zavod za socijalni rad, 209-246.
124. Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford Press.
125. Kovčo Vukadin, I., Novak, M., & Križan, H. (2016). Zadovoljstvo životom: individualna i obiteljska perspektiva. *Kriminologija & socijalna integracija*, 24 (1), 84-115.
126. Kuiper N. A., Joan Olinger, L., & Lyons, M.L. (1986). Global Perceived Stress Level as a Moderator of the Relationship between Negative Life Events and Depression, *Journal of Human Stress*, 12(4), 149-153.
127. Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support theory and measurement. U S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Ur.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (str.29–52). Oxford University Press.
128. Lakić, B., Popović, T., Jovanović, S., & Hasečić Hrelja, Dž. (2013). *Priručnik iz koordinirane brige u mentalnom zdravlju, Projekat mentalnog zdravlja u Bosni i Hercegovini*. Švicarska agencija za razvoj i saradnju (SDC).
129. Lally, J., Byrne, F., McGuire, E., & McDonald, C. (2013). Patient satisfaction with psychiatric outpatient care in a university hospital setting. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 30(4), 271–277.
130. Lambert, M., & Naber D. (2004). Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *Central Nervous System Diseases/drug therapy*, 18(2), 5-17.
131. Lamers, S. M. A., Glas, C. A. W., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Longitudinal evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF): Measurement invariance across demographics, physical illness and mental illness. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 290–296.
132. Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110.
133. Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Glas, C. A. W., & Bohlmeijer, E. T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553–560.
134. Larsen, D.L, Attkisson, C.C, Hargreaves, W.A, Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*. 2(3), 197-207.
135. Lau, Y., Keung Wong, D.F., Wang, Y., Keung Kwong, D.H., & Wang, Y. (2014). The Roles of Social Support in Helping Chinese Women with Antenatal Depressive and Anxiety Symptoms Cope With Perceived Stress. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 305–313.
136. Lavoie, J. A. A., & Douglas, K. S. (2011). The Perceived Stress Scale: Evaluating Configural, Metric and Scalar Invariance across Mental Health Status and Gender. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 48–57.

137. Leese, M., Johnson, S., Slade, M., Parkman, S., Kelly, F., Phelan, M., & Thornicroft, G. (1998). User perspective on needs and satisfaction with mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 173, 409-415.
138. Leutar, Z., & Oršulić, V. (2015). Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom s teškoćama u razvoju. *Revija za socijalnu politiku*, 22(2), 153-176.
139. Liberman, R.P. (2008). *Recovery from the disability*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
140. Lieber, J. L. (2014). How do your patient satisfaction scores measure up? *Nursing Management*, 45(2), 22-5.
141. Livingston, J. D., & Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71, 2150-2161.
142. Lloyd, C., King, R., & Moore, L. (2009). Subjective and Objective Indicators of Recovery in Severe Mental Illness: a Cross-Sectional Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(3), 220-229.
143. Mahmutović, S., Kletečki Radović, M., & Huremović, V. (2022). Koncept oporavka – doprinos razvoju usluga za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, *Društvene i humanističke studije*, 4 (21), 669-691.
144. Marić, Z. (2005). Mentalno zdravlje i nezaposlenost: predikcija simptoma depresije kod nezaposlenih osoba. *Psihologija*, 38 (1), 5-17.
145. Marks, I.M., Connolly, J., Muijen, M., Audini, B., McNamee, G. i Lawrence, R.E. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 179-194.
146. Matko, V. (2002). Psihološke posljedice nezaposlenosti i posredujući faktori. Psihološki aspekti nezaposlenosti: zbornik radova XII. ljetne psihologijske škole. Dostupno na <http://mjesecc.ffzg.hr/nezaposlenost/3.1.html> [13.8.2018.
147. Meesters, P. D., Comijs, H. C., Haan, L., Smit, J. H., Eikelenboom, P., Beekman, A. T. F., & Stek, M. L. (2013). Subjective quality of life and its determinants in a catchment area based population of elderly schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 147(3), 275-280.
148. Merson, S., Tyrer, P., Onyett, S., Lack, S., Birkett, P., Lynch, S., & Johnson, T. (1992). Early intervention in psychiatric emergencies: A controlled clinical trial. *Lancet*, 339, 1311-1314.
149. Middelboe, T., Schjodt, T., Byrstring, K., & Gjerris, A., (2001). Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103 (3), 212-219.
150. Milić Babić, M. (2012). Neke odrednice roditeljskog stresa u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48 (2), 66-75.
151. Miljković, S., Vukić, D., & Trajanović, Lj. (2004). *Kvalitet života kod mentalnih poremećaja*. Niš: Društvo bihevioralne teorije i prakse.
152. Nacionalni centar za istraživanja i razvoj socijalne skrbi i zdravstva (2000) Javno zdravstveni pristup mentalnom zdravlju u Europi STAKES, Helsinki, Finland, U: Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2011). *Mentalno zdravlje – javnozdravstveni izazov*. Zagreb.
153. Morgan, A. J., Reavley, N. J., Jorm, A. F., & Beatson, R. (2017). Discrimination and support from friends and family members experienced by people with mental health problems: findings from an Australian national survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), 1395-1403.

154. Muslić, Lj., Jovičić Burić, D., Markelić, M., & Musić Milanović, S. (2020). Zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja. *Socijalna psihijatrija*, 48(3), 324-343.
155. Nakić, S., Tadinac, M. i Herman, R. (2009). Uloga percipiranog stresa i stilova suočavanja u nastanku pretporođajne anksioznosti. *Klinička psihologija*, 2 (1-2), 7-21.
156. National Alliance on Mental Illness (2022). Mental health conditions. Dostupno na <https://nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions>.
157. Nima, A. A., Rosenberg, P., Archer, T., & Garcia, D. (2013). Anxiety, Affect, Self-Esteem, and Stress: Mediation and Moderation Effects on Depression. *PLoS ONE*, 8(9), e73265.
158. Nordt, C., Müller, B., Rössler, W., & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: a naturalistic study. *Social science & medicine* (1982), 65(7), 1420–1429.
159. Novak, M. (2008). Neki pokazatelji psihičkog zdravlja nezaposlenih mladih. *Kriminologija i socijalna integracija*. 6 (2) 73-84.
160. Novak, M., & Petek, A. (2015). Mentalno zdravlje kao politički problem u hrvatskoj. *Ljetopis socijalnog rada*, 22 (2), 191-221.
161. O’Keeffe, D., Hannigan, A., Doyle, R., Kinsella, A., Sheridan, A. i Kelly, A. (2019). The iHOPE--20 study: Relationships between and prospective predictors of remission, clinical recovery, personal recovery and resilience 20 years on from a first episode psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(11), 1080-92.
162. OECD (2018). Health at a Glance: Europe 2018 State of Health in the EU Cycle. Dostupno na https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018_healthatglance_rep_en_0.pdf.
163. Opalić, P., & Nikolić, S. (2008). Procena kvaliteta života shizofrenih bolesnika. *Vojnosanitetski pregled*, 65 (5), 383-391.
164. Patricia L.O., & Naomi, T. (2013). Helping the soul: The relationship between connectivity and well-being within a church community, *Journal of Community Psychology*, 37 (3), 342-361.
165. Pećnik, N., Raboteg Šarić, Z. (2005). Neformalna i formalna podrška jednoroditeljskim i dvoroditeljskim obiteljima. *Revija za socijalnu politiku*, 12, 1-21.
166. Penava, I., Barać, K., Begić, A., & Babić D. (2022). Stigmatizacija psihički oboljelih osoba. *Zdravstveni glasnik*. 8(2), 46-58.
167. Pettinger, L. (2019). *What’s wrong with work?*. Bristol: Policy Press.
168. Pichler, F., & Wallace, C. (2007). Patterns of Formal and Informal Social Capital in Europe. *European Sociological Review*, 23 (4), 423-435.
169. Pichler, F., & Wallace, C. (2009). Social Capital and Social Class in Europe: The Role of Social Networks in Social Stratification. *European Sociological Review*, 25 (3), 319-332.
170. Pijević, Z., & Štrkalj Ivezić, S. (2015). Stilovi sučeljavanja sa stresom u odnosu na različite dijagnoze psihičkih poremećaja, *JAHS*, 1(1), 57-7.
171. Pocrnić, M., & Bratko, D. (2021). Subjektivna dobrobit i ličnost, *Psihologijske teme*, 30 (3), 525-546.
172. Priebe, S., & Miglietta, E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry*, (1) 30–1.
173. Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7–12.

174. Priebe, S., Golden, E., McCabe, R., & Reininghaus, U. (2012). Patient-reported outcome data generated in a clinical intervention in community mental health care, Psychometric properties. *Biomed Central Psychiatr*, 12(113), 1-6.
175. Raito, P., & Lahelma, E. (2015). Coping with unemployment among journalists and managers. *Work, Employment and Society*, 29 (5), 720–737.
176. Ran, M.-S., Yu, Y.-H., Peng, M.-M., Liu, Y.-J., Zhang, T.-M., Hu, S.-H., ... Xiang, M.-Z. (2018). Poverty and outcomes of people with severe mental disorders in rural China: a 21-year survey. *The Lancet*, 392, S7.
177. Ratner, Y., Zendjidjian, X.Y., Mendyk, N., Timinsky, I., & Ritsner, M.S. (2018). Patients' satisfaction with hospital health care: identifying indicators for people with severe mental disorder. *Psychiatry Research*, 270, 503–9.
178. Razurel, Chantal., Kaiser, B., Sellenet, C., & Epiney, M. (2013). Relation Between Perceived Stress, Social Support, and Coping Strategies and Maternal Well-Being: A Review of the Literature. *Women & Health*, 53(1), 74-99.
179. Rehan, W., Antfolk, J., Johansson, A., Jern, P., & Santtila, P. (2017). Experiences of severe childhood maltreatment, depression, anxiety and alcohol abuse among adults in Finland. *PLoS One*, 12(5), 8.
180. Reid, G. M., Holt, M. K., Bowman, C. E., Espelage, D. L., & Green, J. G. (2016). Perceived social support and mental health among first-year college students with histories of bullying victimization. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3331–3341.
181. Revicki, A.D., Kleinman, L., & Cella, D.,(2014). A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry, *Dialogues Clinical Neurosciences*, 16(2), 127–135.
182. Rijevec, M., & Miljković, D. (2006). Pozitivna psihologija: psihologija čije je vrijeme (ponovno) došlo. *Društvena istraživanja*, 4(5), 621-641.
183. Roberts, R., & Yeager, R. (2004). *Evidence-Based Practice Manual: Research and Outcome Measures in Health and Human services*. New York: Oxford.
184. Roe, D., Mashiach Eizenberg M., & Lysaker P.H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131(1-3)133-138.
185. Rose, D., Evans, J., Laker, C., & Wykes, T. (2013). Life in acute mental health settings: experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(01), 90–96.
186. Ross, C.E. (1995). Reconceptualizing Marital Status as a Continuum of Social Attachment. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 129-40.
187. Ross, C.E., & Van Willigen, M. (1997). Education and the subjective quality of life. *Journal of health and social behavior*, 38(3), 275–297.
188. Ross, C.E., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990). The Impact of the Family on Health: The Decade in Review. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1059-1078.
189. Ruggeri, M., Dall’Agnola, R., Agostini, C., & Bisoffi, G. (1994). Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(6), 265–276.
190. Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, G., Thornicroft, G., Vazquez-Barquero, J. L., ...& Becker, T. (2003). Satisfaction With Mental Health Services Among People With Schizophrenia in Five European Sites: Results From the EPSILON Study. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 229–245.

191. Salvador-Carulla, L., & Mezzich, J. E. (2012). Person-centred medicine and mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(02), 131–137.
192. Sangster Jokić, C., & Bartolac, A. (2018). Iskustvo stresa i mentalno zdravlje osoba s tjelesnim invaliditetom: Perspektiva manjinskog stresa. *Socijalna psihijatrija*, 46 (1), 26-57.
193. Saris, I.M.J., Aghajani, M., Werff, S.J.A., Wee, N.J.A., & Penninx, B.W.J.H. (2017). Social functioning in patients with depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 136(4), 352-361.
194. Saxena, S., Jané Llopis, E., & Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5(1), 5-14.
195. Schofield, D. J., Callander, E. J., Shrestha, R. N., Percival, R., Kelly, S. J., & Passey, M. E. (2013). The association between labour force participation and being in income poverty amongst those with mental health problems. *Aging & Mental Health*, 17(2), 250–257.
196. Selenko, E., & Batinic, B. (2011). Beyond debt. A moderator analysis of the relationship between perceived financial strain and mental health. *Social Science & Medicine*, 73(12), 1725–1732.
197. Selenko, E., & Batinic, B. (2013). Job insecurity and the benefits of work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(6), 725–736.
198. Selenko, E., Stiglbauer, B., & Batinic, B. (2020). More evidence on the latent benefits of work: bolstered by volunteering while threatened by job insecurity. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1–13.
199. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14.
200. Skar Fröding, R., Clausen, H.K., Benth, J., Ruud, T., Slade, M., & Heiervang, K.S. (2021). Relationship between satisfaction with mental health services, personal recovery and quality of life among service users with psychosis: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(439), 1-8.
201. Slade, M., (2009). *Personal recovery and mental illness A guide for mental health professionals*. New York: Cambridge University Press.
202. Smith, D., Roche, E., O’Loughlin, K., Brennan, D., Madigan, K., Lyne, J., Feeney, L., & O’Donoghue, B. (2014). Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission, *Journal of Mental Health*, 23(1), 38-45.
203. Sobhy Mahmoud, A., Elsayed Berma, A., & Abo Saleh Gabal, A. (2017). Relationship Between Social Support and the Quality of Life. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 1(2), 57-75.
204. Sowers, W. (2005). Transforming systems of care: The American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. *Community Mental Health Journal*, 41, 757–774.
205. Speer, P. W., Jackson, C. B., & Peterson, N. A. (2001). The Relationship between Social Cohesion and Empowerment: Support and New Implications for Theory. *Health Education & Behavior*, 28 (6), 716–732.
206. Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., ... Bowers, L. (2014). Thematic analysis of psychiatric patients’ perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 82–90.
207. Sumedi, Y. E. (2018). Utjecaj kvalitete usluge na zadovoljstvo i lojalnost pacijenata u Islamskoj bolnici Karawang, *Jurnal manajemen*, 6(2), 7-28.

208. Svjetska zdravstvena organizacija (2014). *Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action*. Geneva: Switzerland.
209. Svjetska zdravstvena organizacija (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: Switzerland. Dostupno na <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>.
210. Svjetska zdravstvena organizacija (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Geneva: Switzerland. Dostupno na <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>.
211. Svjetska zdravstvena organizacija (2005). *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Helsinki: Finland. Dostupno na <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107625>.
212. Svjetska zdravstvena organizacija (2009). *European Act for Mental Health and Well-being. EU high-level conference. Together for mental health and wellbeing*. Brussels: Belgium.
213. Svjetska zdravstvena organizacija (2013). *Program on mental health. WHOQOL. User manual*. Geneva: Switzerland.
214. Svjetska zdravstvena organizacija (2017). *WHO Quality Rights Tool Kit*. Geneva: Switzerland.
215. Svjetska zdravstvena organizacija (2018). *International classification of diseases. ICD - 11. The global standard for diagnostic and health information*. Dostupno na <https://icd.who.int/en>.
216. Svjetska zdravstvena organizacija (2019). *Mental health: suicide prevention*. Dostupno na http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.
217. Svjetska zdravstvena organizacija (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. Dostupno na <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>.
218. Svjetska zdravstvena organizacija (2022a). *Disability and health* (who.int). Dostupno na <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
219. Svjetska zdravstvena organizacija (2022b). *Global report on health equity for persons with disabilities*. Geneva: Switzerland. World Health Organization. Dostupno na <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>.
220. Svjetska zdravstvena organizacija (2022c). *Mental disorders*. Dostupno na <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
221. Svjetska zdravstvena organizacija (2022d). *Mental health: strengthening our response*. Dostupno na <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
222. Svjetska zdravstvena organizacija (2023a). *Depressive disorder (depression)*. Dostupno na: Dostupno na <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
223. Svjetska zdravstvena organizacija (2023b). *Quality of life*. Dostupno na <https://www.who.int/tools/whoqol>.
224. Sweeney, A., Fahmy, S., Nolan, F., Morant, N., Fox, Z., Lloyd-Evans, B., ... & Johnson, S. (2014). The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: a cross-sectional study. *PLoS One*, 9(7).
225. Šarčević Ivić-Hofman, K., Veseličić, B., & Smolčić Jerković, I. (2022). Povezanost socijalne podrške i otpornosti osoba s invaliditetom sa zadovoljstvom životom i nadom u budućnost. *Društvena istraživanja*, 31 (4), 725-744.
226. Šimičić, M., Franjić, D., & Babić, D. (2022). Depresivnost i kvaliteta života u žena oboljelih od raka dojke. *Zdravstveni glasnik*, 8(1), 59-67.

227. Štrkalj Ivezić S., John, N., Sućec, J., Grgin, M., & Halić, M. (2011). *Zapošljavanje osoba sa psihičkom bolešću*; Zagreb. Dostupno na: http://www.udrugasvitanje.hr/download/Antistigma_PDF.pdf
228. Štrkalj Ivezić, S., Štimac Grbić, Danijela, (2021). *Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i uloga mobilnih psihijatrijskih timova*. Psihijatrija u zajednici. Mužinić, L., (ur.). Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada, Zavod za socijalni rad, 17-35.
229. Štrkalj Ivezić, S. (2010). Rehabilitacija: definicija i načela. U: Štrkalj-Ivezić S. i sur. Rehabilitacija u psihijatriji. Psihobiosocijalni pristup. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga „Svitanje“.
230. Štrkalj Ivezić, S., & Štimac Grbić, D. (2021). *Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i uloga mobilnih psihijatrijskih timova*, u: Mužinić Marinić, Lana (ur.), Psihijatrija u lokalnoj zajednici, Biblioteka socijalnog rada, Zagreb, 17-33.
231. Štrkalj Ivezić, S., Jukić, V., Hotujac, L., Kušan Jukić, M., & Tikvica, A. (2010). Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici, *Liječnički vjesnik* 132(1-2), 38-42.
232. Štrkalj-Ivezić, S., & Radić, K. (2022). Kormilo oporavka kao alat za izradu individualnog plana oporavka u svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi. *Socijalna psihijatrija*, 50 (4), 436-449.
233. Šućur, Z. (2006). Objektivno i subjektivno siromaštvo u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 13 (3-4), 237-255.
234. Šućur, Z., Kletečki Radović, M., Družić Ljubotina, O., & Babić, Z. (2015). Siromaštvo i dobrobit djece predškolske dobi u Republici Hrvatskoj. Ured UNICEF-a za Hrvatsku.
235. Švicarska agencija za razvoj i saradnju SDC (2021). *Projekat mentalnog zdravlja u BiH*. Dostupno na <https://www.swissinbih.ba/en/project/16/mental-health-project-in-bih>.
236. The Economist Group (2022). *Depression in Europe. Building resilience through awareness, improved access, integrated care, and parity of esteem*. Dostupno na <https://impact.economist.com/projects/depression-in-europe/>.
237. Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150–162.
238. Time to change (2008). *Stigma shout, Service user and carer experiences of stigma and discrimination*. Dostupno na <https://www.bl.uk/collection-items/stigma-shout-service-user-and-carer-experiences-of-stigma-and-discrimination>.
239. Tondora, J., Miller, R., & Slade, M. (2014). *Partnering for recovery in mental health. A practical guide to person centered planning*. New York: John Wiley & Sons.
240. Towle, C. (1945). *Common human needs: An interpretation for staff in public assistance agencies. Public assistance report number 8*. Washington: Social Security Board, Federal Security Agency.
241. Tudor, K. (1996). *Mental Health Promotion: Paradigms and Practice*. London: Routledge.
242. Uppal, S., Oades, L. G., Crowe, T. P., & Deane, F. P. (2010). Barriers to transfer of collaborative recovery training into Australian mental health services: implications for the development of evidence-based services. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 451–455.
243. Vallejo, M.A., Vallejo Slocker, L., Fernández Abascal, E.G., & Mañanes, G. (2018) Determining Factors for Stress Perception Assessed with the Perceived Stress Scale (PSS-4) in Spanish and Other European Samples. *Frontiers in Psychology*, 9(37), 1-8.
244. Van Eck, R.M., Velden, J., Vellinga, A., Krieke, L., Castelein, A., Amelvoort, T., Bartels A.A., Velthuis, R., Bruggeman, R., Cahn, W., Simons, C.J.P. Os, J., Haan, L. i Schirmbeck, F.

- (2023). Personal recovery suits us all: A study in patients with non-affective psychosis, unaffected siblings and healthy controls, *Schizophrenia Research*, 255, 24-32.
245. Van Rheenen, T.E., Meyer, D., Neill, E., Phillipou, A., Tan, E.J., & Toh, W.L. (2020). Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Journal of Affective Disorders*, 275, 69–77.
246. Vázquez, F.L., Torres, Á., Otero, P. (2019). Psychometric Properties of the Castilian Spanish Version of the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). *Curr Psychol*, 38, 829–835.
247. Vermeulen, J. M., Schirmbeck, N. F., Tricht, M. J., & Haan, L. (2018). Satisfaction of psychotic patients with care and its value to predict outcomes. *European Psychiatry*, 47, 60–66.
248. Vindegaard, N., & Benros, M.E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–42.
249. Vlada Tuzlanskog kantona (2021). *Strategija razvoja Tuzlanskog kanotna 2021 – 2027. godina*. Dostupno na: <https://strategijarazvoja.tk.gov.ba/strategija-razvoja-tuzlanskog-kantona>
250. Vuletić, G. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku.
251. Vuletić, G., Erdeši J., & Nikić, Lj. B. (2018). Faktorska struktura i validacija hrvatske verzije upitnika mentalnoga zdravlja MHC-SF. *Medica Jadertina*, 48(3), 113-124.
252. Weijers, A., Rasing, S., Creemers, D., Vermulst, A., Schellekens, A. F. A., & Westerhof, G. J. (2020). The relationship between depressive symptoms, general psychopathology, and well-being in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 1-15.
253. Weiner, A., Roe, D., Mashlach Eizenberg, M., Baloush Kleinman, V., Maoz, H., & Yanos, P. T. (2009). Housing Model for Persons with Serious Mental Illness Moderates the Relation Between Loneliness and Quality of Life. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 389–397.
254. Werner, S. (2012). Needs Assessment of Individuals with Serious Mental Illness: Can It Help in Promoting Recovery? *Community Mental Health Journal*, 48(5), 568–573.
255. Wiersma, D. (2006). Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 113(429), 115–119.
256. Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., & Ruktrakul, R. (2011). Reliability and Validity of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Thai Version. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 7, 161–166.
257. Wunderink, L., Sytma, S., Nienhuis, F.J., & Wiersma, D. (2009). Clinical recovery in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 362–9.
258. Yao, H., Chen, J.H., & Xu, Y.F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e21.
259. Yu Yu, Y., Xiao, X., Yang, M., Ge, X., Li, T., Cao, G., & Liao, Y. (2020). Personal Recovery and Its Determinants Among People Living With Schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
260. Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice s djecom. *Službene novine Federacije BiH*, 36/99, 54/04, 39/06, 14/09 i 45/16.
261. Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba s invaliditetom. *Nezavisne Novine*, 157/13, 152/14, 39/18.
262. Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji, osposobljavanju i zapošljavanju lica sa invaliditetom. *Službene novine Federacije BiH*, 09/10.

263. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Službene novine Federacije BiH*, 37/01, 40/02, 52/11 i 14/13.
264. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. *Službene novine Federacije BiH*, 46/10 i 75/13.
265. Zalazar, V., Castro Valdez, J., & Mascayano, F. (2017). Feasibility and Psychometric Properties of the Recovery Assessment Scale (RAS) in People with Mental Illness for Its Use in Argentina. *Journal of Psychosocial Rehabilitation in Mental Health*, 4, 179–188.
266. Zavod za javno zdravstvo FBiH (2012). *Istrazivanje stavova javnosti o osobama sa mentalnim poremećajima u FBiH*. Sarajevo. Dostupno na <https://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2009/02/Istrazivanje-stavova-javnosti-o-osobama-sa-mentalnim-poremećajima-u-FBiH.pdf>
267. Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine (2020). *Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Federaciji Bosne i Hercegovine 2019.godina*. Dostupno na <https://www.zzjzfbih.ba/zdravstvena-stanja-stanovnistva/>
268. Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine (2021). *Statistički godišnjaci*. Dostupno na: <https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/>
269. Zavod za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona (2021). *Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Tuzlanskom kantonu u 2020. godini*. Dostupno na <https://zjztk.ba/publikacije>.
270. Zavod za javno zdravstvo Tuzlanskog kantona (2020). *Zdravstveno stanje stanovništva i zdravstvena zaštita u Tuzlanskom kantonu u 2019. godini*. Dostupno na <https://zjztk.ba/publikacije>.
271. Zendjidian, X. Y., Auquier, P., Lançon, C., Loundou, A., Parola, N., Faugère, M., & Boyer, L. (2014). Determinants of patient satisfaction with hospital health care in psychiatry: results based on the SATISPSY-22 questionnaire. *Patient preference and adherence*, 8, 1457–1464.
272. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.
273. Zotović M. (2022). Stres i posljedice stresa: Prikaz transakcionističkog teorijskog modela. *Psihologija*, 35, 3-23.

8. ŽIVOTOPIS

Samra Mahmutović rođena je 31. kolovoza 1987. godine, u Tuzli, Bosna i Hercegovina. Diplomirala je i magistrirala na Odsjeku za socijalni rad Filozofskog fakulteta u Tuzli, a od 2015. godine pohađa doktorski studij iz oblasti socijalnog rada i socijalne politike, Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Od 2014. do 2022. godine bila je zaposlena kao socijalni radnik u Službi za socijalnu zaštitu Zavoda za psihološku i socijalnu zaštitu Univerzitetskog kliničkog centra Tuzla (Bosna i Hercegovina). Od 06.10.2022. godine obnaša rukovodeću dužnost voditeljice Zavoda za psihološku i socijalnu zaštitu u istoj ustanovi. Dodatno je educirana o temama asertivnog i kriznog komuniciranja, obiteljskog i vršnjačkog nasilja, obiteljske sistemske terapije, adolescentne psihijatrije i zdravstvenog menadžmenta.

Bila je zaposlena na nekoliko projekata iz oblasti socijalne zaštite, promocije i razvoja hraniteljstva, socijalne isključenosti, prevencije ovisnosti i izradi Pravilnika o postupanju s djecom zatečenom u skitnji pod pokroviteljstvom Vlade Tuzlanskog kantona. Osim projekata na kojima je bila zaposlena, sudjelovala je u stručnom projektu na nivou FBiH pod vodstvom UNICEF-a te je bila jedan od autora publikacije *„Analiza stanja socijalne zaštite u Tuzlanskom kantonu sa posebnim osvrtom na utjecaj pandemije koronavirusa na sistem socijalne zaštite.“*

Objavila je četiri znanstvena i tri stručna rada, te jednu publikaciju u koautorstvu. Sudjelovala je na međunarodnim i domaćim znanstvenim konferencijama te dodatnim edukacijama iz područja socijalnog rada u zdravstvu.

Majka je troje djece.

POPIS OBJAVLJENIH RADOVA

1. Mahmutović, S., Kletečki Radović, M., & Huremović, V. (2022). Koncept oporavka – doprinos razvoju usluga za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, *Društvene i humanističke studije*, 4 (21), 669-691.
2. Huremović, V., & Mahmutović, S. (2022). Uloga i značaj Klubova liječenih alkoholičara u kontinuiranom održavanju apstinencije i postignutih rezultata oporavka od alkohola, *Društvene i humanističke studije*, 3 (20), 429-452.
3. Mahmutović, S., & Huremović, V. (2018). Uloga socijalnog radnika u liječenju osoba sa duševnim smetnjama. *Društvene i humanističke studije*, 1 (4), 4, 109-121.
4. Huremović, V., & Mahmutović, S. (2019). Inkluzija djece sa psihofizičkim smetnjama u razvoju u srednjoškolsko obrazovanje. U: Zbornik radova "Izazovi i perspektive pomagačkih profesija" Izet Pehlić (ur.). Islamski pedagoški fakultet u Zenici, 75-86. Bihać: Bosna i Hercegovina.
5. Mahmutović, S., & Huremović, V. (2018). Uloga i značaj socijalnog radnika u zdravstvenim ustanovama u tretmanu osoba sa problemom alkoholizma. U: Zbornik radova Fakulteta političkih nauka Univerziteta u Sarajevu, Suada Buljubašić (ur.). 101-112, Sarajevo: Bosna i Hercegovina.
6. Mahmutović, S., & Huremović, V. (2018). Primarna socijalna mreža kao zaštitni faktor u prevenciji poremećaja u ponašanju. U: Zbornik radova "Izazovi i perspektive pomagačkih profesija" Izet Pehlić (ur.). 101-112. Bihać: Bosna i Hercegovina.
7. Mahmutović, S., Bijedić, M., & Huremović, V. (2015). Socijalna mreža maloljetnika kao zaštitni faktor u prevenciji prestupništva. *Defektologija*, 1, 56-62.