

KVALITETA ŽIVOTA OSOBA S POTEŠKOĆAMA MENTALNOGA ZDRAVLJA

Sažetak

Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu življenja kao individualnu percepciju vlastite pozicije u životu, u kontekstu kulturalnih i vrijednosnih sustava u kojima se živi i u odnosu na vlastite ciljeve, očekivanja, standarde i preokupacije. Rad je usmjeren na propitivanje o kvaliteti života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja. U novije vrijeme o tim se osobama najviše govori u kontekstu sve rasprostranjenijega procesa deinstitucionalizacije. Stigma je jedan od čimbenika koji pridonosi pogoršanju socijalnih odnosa, a time i kvalitete života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja. Cilj provedena istraživanja bio je ispitati subjektivni doživljaj i neka obilježja kvalitete života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja, koje su korisnici Centra za mentalno zdravlje u Tomislavgradu. Podatci su prikupljeni metodom polustrukturiranoga intervjua. Rezultati ukazuju na to da neformalnu potporu najviše dobivaju od članova obitelji, prijatelja i kolega. Kao formalnu potporu ističu zdravstvene ustanove. Sudiionici istraživanja imaju pozitivnu sliku o sebi i prihvaćaju svoje stanje. Emocionalna potpora najviše se dobiva razgovorima kroz koje se iskazuje potreba za duhovnom izgradnjom. Kada je riječ o uključenosti u aktivnost zajednice, rezultati su dvojaki, primjerice, neki su korisnici uključeni u kulturne aktivnosti i svojim radom pridonose lokalnoj zajednici dok su drugi korisnici skloni samoizoliranju i neuključenosti u društvo. Iskazuje se zadovoljstvo životom, ali nezadovoljstvo ističu zbog socijalnih davanja koje smatraju oskudnima.

Ključne riječi: *kvaliteta života; osobe s poteškoćama mentalnoga zdravlja; proces deinstitucionalizacije; stigma; formalna potpora; neformalna potpora; emocionalna potpora.*

IVAN BANDIĆ*

MAGDALENA
BRIGIĆ**

ZDRAVKA
LEUTAR***

Prethodno priopćenje

Preliminary communication

UDK:

159.922:616.89-056.34

614.253.83

Primljeno: 19. kolovoza
2020.

* Ivan Bandić, Filozofski fakultet Sveučilišta u Mostaru, Studij socijalnog rada, ivanbandic120@gmail.com

** Magdalena Brigić, Filozofski fakultet Sveučilišta u Mostaru, Studij socijalnog rada, brigic.magdalena@gmail.com

*** dr. sc. Zdravka Leutar, red. prof., Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Studijski centar socijalnog rada, zleutar@pravo.hr

Uvod

Tijekom povijesti definicije i mjerenja kvalitete života uvelike su se razlikovale i mijenjale. Sredinom dvadesetoga stoljeća pod kvalitetom života uglavnom se podrazumijevao životni standard, a istraživanja na tu temu bila su rađena u području ekonomije. S povećanjem životnoga standarda istraživanja kvalitete života usmjerila su se i na opažanje zadovoljenja osobnih i društvenih potreba, a istraživanja su pretežito bila u području sociologije. Šezdesetih godina dvadesetoga stoljeća počelo se jasno razlikovati subjektivne od objektivnih pokazatelja osobne kvalitete života. Sedamdesetih godina istraživanja su se usmjerila na subjektivne pokazatelje kvalitete života. To je koncept kvalitete života koji se razlikuje od prijašnjih po svojoj usmjerenosti na pojedinca. S vremenom su se razvila dva različita pristupa konceptualizaciji kvalitete života: skandinavski, koji uzima u obzir objektivne pokazatelje kvalitete života društva kao cjeline, te američki u okviru kojega su naglašeni subjektivni pokazatelji kvalitete življenja.¹

Ispitujući kvalitetu života osoba, posebno vrjednujemo stupanj ostvarenih razvojnih potencijala i kontinuiranost osobnoga razvoja, slobodu i raznovrsnost izbora, uključenost u društvene aktivnosti, uvjete stanovanja, rekreacijske mogućnosti, mogućnost zapošljavanja itd.² Jedan od čimbenika koji pridonose pogoršanju socijalnih odnosa, a time i kvalitete života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja, jest stigmatizacija koju doživljavaju.³

1. Kvaliteta života

Kvalitetom života želi se utvrditi na koji su način različite domene života obilježene prisutnošću invaliditeta kod pojedinaca ili pak osobe s invaliditetom u obitelji, koje su percepcije kvalitete života članova obitelji te utjecaj sustava formalne potpore i zajednice na osobu s invaliditetom i njezinu obitelj,⁴ što naglašavaju i Brown i sur. u

¹ Usp. Gorka Vuletić – RoseAnne Misajon, „Subjektivna kvaliteta života“, Gorka Vuletić (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*, Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, Osijek, 2011., str. 9-16.

² Usp. Milivoj Kramarić – Snježana Sekušak-Galešev – Daniela Bratković, „Problemi mentalnog zdravlja i objektivni pokazatelji kvalitete života odraslih osoba s intelektualnim teškoćama“, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (2013.), str. 50-63.

³ Usp. Dragana Markanović – Nataša Jokić-Begić, „Kvaliteta života psihički bolesnih osoba“, Gorka Vuletić (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*, str. 130.

⁴ Usp. Zdravka Leutar – Marko Buljevac, *Osobe s invaliditetom u društvu*, Biblioteka Socijalnog rada, Sveučilište u Zagrebu – Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada, Zagreb, 2020.

svome radu (2006.)⁵. Koncept kvalitete života je multidimenzionalan i ovisi o osobnim i okolinskim činiteljima te njihovim interakcijama. Riječ je o konceptu koji ima jednake komponentne za sve ljude te sadrži subjektivnu i objektivnu komponentu, a kvaliteta života povećava se samoodređenjem, izvorima, svrhom života i osjećajem pripadanja.⁶ Ovakvu specifičnost kulturološkoga konteksta za definiranje kvalitete naglašava i Cummins (2005.).⁷

1.1. Pokazatelji kvalitete života

Objektivan pristup življenja usredotočen je na proučavanje zastupljenosti različitih vanjskih pokazatelja kao što su materijalno stanje, stanje okoliša, političke slobode, stupanj demokratičnosti u društvu i sl., dok se subjektivni pristup pretežito bavi subjektivnim doživljajima i iskustvima pojedinaca.⁸

Četiri su osnovna aspekta prema kojima se može promatrati kvaliteta življenja: osobni (tjelesne, psihološke i duševne značajke), međuljudski (obiteljske, prijateljske i društvene mreže socijalnih odnosa), okolni ili izvanjski (uvjeti stanovanja, rada, prihodi i sl.) te globalni (kulturne specifičnosti, stanje ljudskih prava i društvena skrb o pojedincu).⁹ Lindstrom (1992.)¹⁰ također ističe ova četiri aspekta prema kojima se može promatrati kvaliteta življenja.

Najčešće razmatrana gledišta kvalitete življenja u općoj literaturi¹¹ su: socijalni pokazatelji, glavna životna područja, važna životna događanja, psihološki čimbenici, psihosocijalni čimbenici, obilježja ponašanja i prosudbe sveobuhvatne kvalitete života. Osobna obilježja, kao što su spol, dob i socijalni status, snažne su posredujuće varijable koje djeluju ne samo na uvjete življenja ljudi već i na njihova očekivanja i vrijednosti, tj. na njihovo subjektivno viđenje onoga što čini dobru ili lošu kvalitetu življenja.¹² Objektivni pokazatelji, kao što su, primjerice, stopa nezaposlenosti, mate-

⁵ Usp. Ivan Brown i dr., *Family Quality of Life Survey (general version)*, Surrey Place Centre, Toronto, 2006.

⁶ Usp. Z. Leutar – M. Buljevac, n. dj., str. 142.

⁷ Usp. Robert A. Cummins, „Moving from the quality of life concept to a theory“, *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (2005.), str. 699-706.

⁸ Usp. Viktor Božičević – Siniša Brlas – Marina Gulin, *Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*, Virovitica, 2012., str. 436.

⁹ Usp. Daniela Bratković – Bojana Rožman, „Čimbenici kvalitete življenja osoba s intelektualnim teškoćama“, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 42 (2007.) 2, str. 103.

¹⁰ Usp. Bengt Lindstrom, „Quality of life: A model for evaluating health for all“, *Sozial- und Präventivmedizin*, 37 (1992.), str. 301-306.

¹¹ Usp. isto, str. 303.

¹² Usp. Silvia Rusac – Ana Štambuk – Zdravka Leutar, „Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom“, *Revija za socijalnu politiku*, 14 (2007.) 3-4, str. 329.

rijalni status, broj radnih sati na tjedan i dr., reprezentiraju uvjete i činjenice o nekoj društvenoj okolini dok se subjektivni pokazatelji temelje na doživljaju pojedinca i njegovu vrjednovanju društvenih uvjeta te uključuju zadovoljstvo životom, poslom i dr.¹³ U literaturi se kao koncept subjektivne kvalitete života navodi samoodređenje, blagostanje, osobne vrijednosti.¹⁴

1.2. Kvaliteta života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja

Teškoće koje osoba ima utječu na sposobnost samoodređenog izbora te ove osobe često trebaju intenzivniju potporu od one koju trebaju osobe bez teškoća slične dobi i životnih okolnosti.¹⁵

O kvaliteti života osoba s intelektualnim teškoćama u novije se vrijeme najviše govori u kontekstu sve rasprostranjenijeg procesa deinstitucionalizacije.¹⁶ Ovaj se rad bavi osobama s poteškoćama mentalnoga zdravlja za koje je također karakterističan proces deinstitucionalizacije. Deinstitucionalizacija pak sama po sebi nije jamstvo poboljšanja kvalitete života ovih osoba. Stoga je većina suvremenih istraživanja na ovome području usmjerena na učinke procesa deinstitucionaliziranih osoba, odnosno pokazatelje kvalitete njihova života. Većina tih istraživanja potvrđuje stajalište da boravak u prirodnoj društvenoj okolini potiče razvoj adaptivnoga potencijala ovih osoba značajno više od institucionalnoga života koji s vremenom čak i snižava dostignuti stupanj razvoja.¹⁷

1.3. Stigma i kvaliteta života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja

Jedan od čimbenika koji pridonosi pogoršanju socijalnih odnosa, a time i kvalitete života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja jest stigmatizacija koju doživljavaju.¹⁸ Problem stigmatiziranja osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja, na žalost, ne ostaje samo na javnoj stigmi. Osobe s poteškoćama mentalnoga zdravlja sklone

¹³ Usp. Lejla Osmančević Kratkić, „Samoprocjena kvalitete života i očekivanja od budućnosti mladih s teškoćama u razvoju“ (d disertacija), Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb, 2018.; <<https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:281192>>, (1. X. 2019.)

¹⁴ Usp. Elizabeth Hensel, „Is Satisfaction a Valid Concept in the Assessment of Quality of Life of people with Intellectual Disabilities?“, *A Review of the Literature: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14 (2001.) 4, str. 311-326.

¹⁵ Usp. Bojana Rozman, „Povezanost samoodređenja i kvalitete života u zajednici kod osoba s intelektualnim teškoćama“, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48 (2012.) 1, str. 64-72.

¹⁶ Usp. M. Kramarić – S. Sekušak-Galešev – D. Bratković, n. dj., str. 52.

¹⁷ Usp. isto, str. 52.

¹⁸ Usp. D. Markanović – N. Jokić-Begić, n. dj., str. 130.

su i same prihvatiti predrasude koje drugi ljudi imaju o njima. Internalizirajući takve negativne stereotipe i predrasude, oni se samostigmatiziraju, što rezultira nizom negativnih ishoda među kojima su najčešći snižavanje samopoštovanja, samopouzdanja, ali i kvalitete života.¹⁹ Osobe s poteškoćama mentalnoga zdravlja imaju veću vjerojatnost biti nezaposlene, imati manje prihoda, doživljavati smanjenu svijest o sebi i imati manje socijalne potpore.²⁰ U kulturalnom kontekstu, gdje se na poteškoće mentalnoga zdravlja gleda kao na nešto negativno i nemoćno, oni koji su tako etiketirani i koji doživljavaju odbacivanje okoline²¹ osjećat će gubitak statusa i diskriminaciju.²²

2. Cilj i problemi istraživanja

Cilj je ovoga istraživanja ispitati subjektivni doživljaj i neka obilježja kvalitete života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja, koji su korisnici Centra za mentalno zdravlje u Tomislavgradu.

Na temelju ovako definirana istraživačkoga cilja postavljaju se sljedeća istraživačka pitanja:

1. Kako osobe s poteškoćama mentalnoga zdravlja, koje su korisnici Centra za mentalno zdravlje u Tomislavgradu, percipiraju oblike formalne i neformalne potpore koju primaju?
2. Kako osobe s poteškoćama mentalnoga zdravlja, koje su korisnici Centra za mentalno zdravlje u Tomislavgradu, percipiraju svoju osobnost i vlastiti rast i razvoj?
3. Kako osobe s poteškoćama mentalnoga zdravlja, koje su korisnici Centra za mentalno zdravlje u Tomislavgradu, percipiraju svoju uključenost u društvo?

¹⁹ Usp. isto, str. 126-157.

²⁰ Usp. Fred E. Markowitz, „The Effects of Stigma on the Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness“, *Journal of Health and Social Behavior*, 39 (1998.) 4, str. 335-347.

²¹ Usp. Ema Ničea Gruber, „Moguće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo“, *Ljetopis socijalnog rada*, 19 (2012.) 1, str. 73-94.

²² Usp. isto, str. 73-94.

3. Metodologija istraživanja

3.1. Sudionici

U istraživanju su sudjelovala četiri sudionika, korisnika usluga Centra za mentalno zdravlje u Tomislavgradu, uključena u okupacijsku terapiju i koordinacijsku brigu Centra. Sveukupan broj takvih članova je od 15 do 20. Njih je četvero dragovoljno pristalo na sudjelovanje u ovome istraživanju, ostali su odbili sudjelovati. Centar za mentalno zdravlje nema dugu tradiciju te je općenito mali broj osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja koje su se priključile aktivnostima Centra za mentalno zdravlje. Spolna struktura sudionika u istraživanju jednako je podijeljena: dvije osobe ženskoga spola i dvije osobe muškoga spola. Najmlađi ispitanik ima 46 godina, a najstariji 64 godine. Prosječna dob ispitanika je 57,5 godina. Svi su korisnici Centra za mentalno zdravlje u ambulantnom obliku. Dvoje korisnika ima shizofreniju, a dvoje korisnika anksiozno depresivni poremećaj. Od ukupno četvero sudionika istraživanja dvoje ima osnovnoškolsko obrazovanje, jedan sudionik ima višu stručnu spremu i jedan sudionik ima srednju stručnu spremu. Sudionik koji ima višu stručnu spremu aktivan je član okupacijske terapije. Prema bračnome statusu samo jedan sudionik nije u braku, a ostali jesu.

3.2. Način provedbe istraživanja

Kao metoda prikupljanja podataka korišten je polustrukturirani intervju koji je bio proveden licem u lice sa svakim sudionikom. Prije provedbe intervju sudionici su dobili uputu o istraživanju i na taj način bili upoznati s temom i svrhom istraživanja te etičkim načelima kojih će se istraživač držati prilikom provedbe istraživanja. Nakon toga zatražen je pismeni pristanak o sudjelovanju u istraživanju te pristanak o audiosnimanju intervju mobilnim telefonom. Protokol intervju sastojao se od četiri dijela. U uvodnome dijelu sudionici su upoznati s istraživanjem, a drugi dio odnosio se na konkretna pitanja, odnosno pitanja kojima se ispitivala kvaliteta života, a bila su vezana za društveni život, osobni život i okolišnu domenu sudionika. Treći dio protokola odnosio se na osobna obilježja sudionika istraživanja: na spol, dob, stupanj obrazovanja, bračni status, postavljenu dijagnozu, prava koja ostvaruju iz sustava socijalne skrbi te uključenost u okupacijsku terapiju. U četvrtome dijelu definirani su kodovi ispitanika, mjesto i dan provedbe intervju te početak i završetak intervju.

3.3. Obrada podataka

Za obradu kvalitativnih podataka koristio se postupak kvalitativne analize dok je za organizaciju prikupljenih podataka korištena metoda otvorenoga kodiranja. Prvi postupak obrade podataka prikupljenih od osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja bio je izrada transkripta, odnosno prepisivanje intervjua zabilježenih na audio-vrpci. Nakon toga krenulo se s detaljnim čitanjem svih transkripata te uređivanjem empirijske građe unutar koje su se obilježile izjave, rečenice i dijelovi rečenica koje su bile značajne s obzirom na postavljena istraživačka pitanja. Na taj način obilježeni su kodovi prvoga reda. Nakon toga svakom pojedinom kodu pridružen je relevantan pojam koji označava bit jedinice teksta. Posljednji korak u postupku obrade podataka bio je proces pridruživanja srodnih pojmova u kategorije. S obzirom na istraživačka pitanja i određivanje kodova, definirane su kategorije koje su ujedno označavale odgovore na postavljena istraživačka pitanja. Nakon toga provedena je njihova analiza unutar koje će biti prikazan sažet dio izjava ispitanika.

3.4. Rezultati istraživanja

Analizom podataka prikupljenih metodom intervjua na uzorku od četiri ispitanika koji su korisnici Centra za mentalno zdravlje, došlo se do podataka koji daju uvid u subjektivnu procjenu kvalitete života u domenama formalne i neformalne potpore, osobnosti i vlastita rasta i razvoja te uključenosti u društvo. Rezultati će biti predstavljeni u ovom poglavlju sukladno postavljenim istraživačkim pitanjima.

3.4.1. Formalna i neformalna potpora

U domeni neformalne potpore svi sudionici istraživanja naveli su da najveću potporu imaju od članova svoje obitelji: *...imam velika razumijevanja od svoje obitelji.* (SCM07). Najčešće navođeni članovi uže obitelji su muž, djeca, brat, sestra: *...najviše imam od svoga muža, on mi je sve* (SCM07); *...a od obitelji brat i sestra* (SCM09). Uz potporu uže obitelji ne izostaje ni potpora šire obitelji kao što je sestrina obitelj i ostala rodbina, nećaci, pranećaci: *...i sestrina obitelj, djeca njezina. Imaju dvoje djece i četvero unučadi. Oni mi najviše podrške daju i njih najviše volim i cijenim. I svu rodbinu.* (SCM09). Od drugih oblika neformalne potpore ispitanici ističu prijatelje: *...na moru budem s prijateljicama...* (SCM07), zatim kolege na radnome mjestu: *...prijateljice na poslu* (SCM08) i susjede: *Ja sam u dobrim odnosima sa svom rodbinom i sa svim komšijama* (SCM09). Isto tako ističu i druženje u drugoj sredini: *Pa na moru najviše, da. Kartamo uvečer i tako* (SCM07).

Izuzev neformalne potpore, sudionici istraživanja ističu i važnost formalne potpore iz svoga okružja, a ponajviše u zdravstvenim ustanovama kao što je Dom zdravlja i njegovi djelatnici: *Pa pravo da vam kažem, iskreno najviše u domu zdravlja.* (SCM09) *A posebno kad sam bila bolesna. Ne mogu nikad zaboraviti, dolazile su mi sestre i doktori svaki dan, i u bilo koje doba dana, noći, mislim stvarno sam bez riječi, samo pohvale.* (SCM07) te Centar za mentalno zdravlje, gdje imaju potporu liječnika i medicinskih sestara: *To mi mnogo znači kad mi dođe kontrola ili sam u duševnoj krizi. Dođem, s doktorom porazgovaram, jako su ljubazni i čini mi se kroz ovo moje liječenje jako su sposobni doktori. Bolje se duševno osjećam ako s njima porazgovaram, ako treba daju mi neku terapiju, injekciju i lijekove. Onda malo sa sestrama porazgovaram i to mi daje duševni mir.* (SCM09). Jedan sudionik naveo je uslužnost u banci i trgovini kao potporu okoline: *...kako sam mirovinu dobio, podigao sam kredit, banke su mi jako izišle u susret, dali mi povoljne kredite, prezadovoljan sam; ...ako sam slučajno ostao u trgovini dužan ono pred kraj mjeseca, izađu mi u susret u trgovini pa mi daju na zapisivanje* (SCM09). Najčešća vrsta potpore koju su ispitanici naveli jest razgovor: *...razgovorom, i finansijski, i u poslu* (SCM08); *...razgovorom najviše* (SCM05), a posljedica razgovora ujedno je i emocionalno rasterećenje korisnika usluga Centra za mentalno zdravlje: *Bolje se duševno osjećam ako s njima porazgovaram... onda malo sa sestrama porazgovaram i to mi daje duševni mir* (SCM09) kao i pomoć u pružanju medikamenata: *...ako treba, daju mi neku terapiju, injekciju i lijekove* (SCM09). Način potpore ispitanici navode i pomoć u kućanskim poslovima i težim fizičkim poslovima: *...poslove koji su teži, fizički teži, ali uglavnom mogu sama funkcionirati* (SCM08); *...u suradnji s njom, a većinom sve sam obavljam, ovo sam sve objasnio šta, ona pomogne ovo ručak i to...* (SCM09).

Mjesta koja ispitanici posjećuju i gdje dobiju neki vid potpore su kafić: *I nekad u kafiću budem 15-20 minuta dok popijem kavu. Fini su ljudi tu.* (SCM09), zatim okupacijska terapija: *...tu u Domu zdravlja, ja to smatram druženjem mada to bude kratko nekad 15-ak minuta, ali to meni mnogo znači* (SCM09). Ispitanici navode i posao: *...najviše na poslu, svaki dan* (SCM08) te druženje u drugoj sredini: *na moru ...kartamo nekad u večer i tako* (SCM07).

Stroebe i Jonas²³ razlikuju emocionalnu potporu, instrumentalnu potporu, potporu pripadanja i potporu procjene (uobičajeno je koristiti naziv informacijska potpora). Emocionalna potpora odvija se kroz slušanje, brigu, empatiju, pružanje informacije osobi da ju drugi visoko vrijednuju i vole, da im je stalo do nje. Potpora samopoštovanja odnosi se na pomaganje ljudima kako bi se osjetili voljenima i

²³ Usp. D. Markanović – N. Jokić-Begić, n. dj., str. 53.

vrijednovanima. Instrumentalna potpora uključuje pružanje konkretne pomoći. Potpora pripadanja definira se kao postojanje osoba s kojima se mogu provoditi različite aktivnosti. Informacijska potpora označava pružanje informacija koje će osobi pomoći. Neformalnu potporu primaju ponajprije od članova svoje uže obitelji, zatim od prijatelja i kolega na radnome mjestu. Ako usporedimo vrste potpore prema Peggy Thoits (1986.) i Stroebeu i Jonasu (2001.), možemo uočiti usklađenost prema vrsti potpore koju primaju sudionici našega istraživanja. Emocionalnu potporu sudionici dobivaju kroz razgovor, slušanje koje pruža emocionalno rasterećenje. Instrumentalna se potpora očituje kroz pružanje konkretne pomoći u kućanskim poslovima, u davanju lijekova, u pomaganju kod težih fizičkih poslova. Potpora pripadanja odnosi se na socijalne kontakte s kolegama na poslu, druženje u kafiću, na okupacijskoj terapiji dok se informacijska potpora očituje kroz rad institucija i pružanje informacija u domovima zdravlja, centrima za mentalno zdravlje, centrima za socijalnu skrb, bankama i sl. Iako je riječ o malom uzorku sudionika ovoga istraživanja, možemo konstatirati da je u skladu s dosadašnjim istraživanjima pružanja potpore neformalna potpora puno zastupljenija od formalne i da je formalna potpora nedostatna.²⁴

3.4.2. Vlastita osobnost, rast i razvoj

Na upite o samopercepciji svoga općega stanja, o svom trenutačnom tjelesnom izgledu, ispitanici su uglavnom zadovoljni s obzirom na svoju dob, zdravstvene poteškoće i operativne zahvate koje su imali. Navodimo iskaze ispitanika kako vide sami sebe i svijet koji ih okružuje:

Skromnost: ... ne volim se hvaliti puno, djela kažu svoje. (SCM07)

Životni altruizam kao stav nesebične brige i sposobnosti pomoći drugima: ... pošto sam ja tu već trideset godina i ljudi me poznaju, znaju da sam aktivna i da sam uvijek pomagala... (SCM07)

Štedljivost: ... nisam rastrošna, ne izlazim puno, nekom posebnom modom se ne modiram previše, nego samo ono što mi paše. (SCM07)

Emotivnost i percepcija vlastite vrijednosti: ... emotivnu osobu, previše emotivnu, a i sposobnu. (SCM08)

²⁴ Usp. Zdravka Leutar i dr., *Obitelji osoba s invaliditetom i mreže podrške*, monografija, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2008.; Z. Leutar – A. Štambuk – S. Rusac, n. dj., str. 327-346.; Malcolm MacFarlane, „Family centred care in adult mental health: Developing a collaborative interagency practice“, *Journal of family psychotherapy*, 22 (2011.) 1, str. 56-73.; Z. Leutar – M. Buljevac, „Obitelj kao čimbenik podrške“, Lana Mužinić (ur.), *Psihijatrija u zajednici*, Biblioteka socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb (u tisku).

Vlastita percepcija ljepote: ...zadovoljan sam tjelesno, šta ja znam (SCM05); ... da nije bilo ovih operacija i ovoga svega, sigurno bi još bolje izgledala. (SCM07)

Poštenje i smisao za humor: Jako poštenog. U svemu nastojim. Namjera mi je poštena, ali zaista vidim da nekada mnogo griješim, ali ne namjerno. Opustim se, mnogo volim šalu, ali primijetio sam da često puta pretjeram jer vidim da nekim osobama, da im dodije to. Čak štaviše, ako su neke ozbiljne prepirke, ja tad se šalim i tad se izgledi, tad je dobro, na šalu odbacim i ljudi to toleriraju. (SCM09)

Dobro fizičko zdravlje. Jedan sudionik ističe da je najviše zadovoljan svojim fizičkim zdravljem, što mu je bitna komponenta u njegovu načinu života jer skrbi o bratu i vodi brigu o kućanstvu: *Najviše sa zdravljem s obzirom da sam imao ogromne probleme sa zdravljem. I dok mi je zdravlja, dok me ništa ne boli i dok mi nije teško u duši, sa tim sam najviše zadovoljan.* (SCM09)

Fizičke bolesti. Neki sudionici ispitivanja navode fizičke bolesti: ...da bolje čujem i da me manje zaboli glava. *Nekad me zaboli glava pa onda, eto volio bi to promijeniti.* (SCM05).

Svjesnost o mentalnoj bolesti: *I ako odem do bolnice, i ja svoje kontrole trebam vršiti, naročito za ovu duševnu bolest, koja sam rekao da mi je paranoja.* (SCM09)

Postojanje psihosomatskih bolesti. Nakon liječenja težeg fizičkog oboljenja ispitanica navodi pogoršanje mentalnoga zdravlja, odnosno razvijanje anksiozno-depresivnoga poremećaja: ...*pošto sam obolila, imala sam rak i poslije metastaze, i poslije kad sam sve to završila zapala sam, kad sam postala svjesna šta je sve moglo bit, onda sam zapala u depresiju.* (SCM07)

Bolest mišića. Sudionica također navodi ograničenje obavljanja određenih poslova kao posljedicu niza operativnih zahvata: *Mogu obavljati ali ne smijem ništa teško držati pošto sam imala deset operacija. Iz lijeve noge su mi izvadili glavni mišić i stavili ga preko stomaka da mi ima šta držat stomak jer su mi metastaze bile na lijevoj strani pa su mi sve to povadili, i onda su mi ugradili valjda neke mrežice ili nešto, zato strogo moram paziti na to.* (SCM07)

Osjetljivost na klimatske uvjete: ...*na jesen najviše hvata depresija, i snijeg ne mogu, ne znam hodati, ne mogu voziti auto, nisam naučila.* (SCM07)

Nesanica. Ispitanik koji skrbi o bolesnom članu obitelji također navodi nesanicu kako bi pružio potporu članu svoje obitelji: *Po noći ako ne može da spava ja mu pravim društvo, ako može rado spava, onda i ja bolje spavam, ranije se ustanem i sutra.* (SCM09)

Pozitivno gledanje na život. Unatoč depresivnom poremećaju ispitanica nastoji biti pozitivna i rado pomagati drugima: *Hah, šta ja znam kako. Teško je to odgovoriti*

kako se vidim. Vidim se da budem pozitivna, da pomažem ljudima, da čuvam unučad i tako. (SCM07).

Nenasilno rješavanje sukoba: *S kim ima da nisam u baš nekim odnosima, čak mi dođu neki rođaci dalje, ali ja se nikad ne svađam, čak i ako me izazivaju, ja sam to došao do zaključka najbolje je štititi.* (SCM09)

Ispravno ophođenje novcem: *Imamo na raspolaganju dovoljno za hranu, a ja prvo rasporedim - kredit mi odbije direkt s banke i nek je to u redu. Onda izmirim sve dugove što imam, ako sam slučajno ostao u trgovini dužan ono pred kraj mjeseca, izađu mi u susret u trgovini pa mi daju na zapisivanje. Kad budu primanja prvo to vratim, platim račune, režije, struju, vodu, telefon, to mi je osnovno. I ono što nam ostane koristimo za hranu.* (SCM09)

Funkcionalna samostalnost. Na pitanje o svakodnevnom samostalnom funkcioniranju i brizi o samome sebi ispitanici su odgovorili: *Neke mogu neke ne mogu. Neke poslove mogu obaviti sama a neke ne mogu. Šta ja znam, neke poslove koji su teži, fizički teži, ali uglavnom mogu sama funkcionirati.* (SCM08); *Pa sto posto.* (SCM05)

Kada je riječ o resursima osnaživanja, ispitanici navode da su to najčešće obiteljska harmonija, vjera kao izvor snage u životnim teškoćama, ljubaznost okoline, pomaganje drugima, smisao za humor, mijenjanje životnoga ambijenta. Izvori zadovoljstva korisnika vežu se za zahvalnost obitelji, zadovoljstvo brakom, unucima, životom, zdravljem, tjelesnim izgledom, prijašnjim životnim uspjesima, osnovnim životnim potrebama. S druge strane, nezadovoljstvo korisnika javlja se kod hospitalizacija u ustanove, kod životnoga razočaranja i emocionalne pogođenosti: *Mislio sam propada cijeli svijet, propadam ja. I kad je doktor rekao da joj je rekao da mi ne dolazi ni to mi nije bilo svejedno, kao da mi je žao što neće doći, jer mnogo mi je značila, izuzetno sam se bio zaljubio u nju. I ta situacija mi je bila jako teška.* (SCM09). Sudionici ispitivanja nezadovoljni su oskudnim socijalnim primanjima. Ispitanici navode nezadovoljstvo osobnom invalidninom, ali i ostalim primanjima kao što naknade za rad (koje nisu u sustavu socijalnih primanja) i porodiljine naknade.

Potrebe koje ispitanici navode kao bitnima za svoj osobni rast i razvoj i promjene koje žele su rad na vlastitoj preosjetljivosti, potreba za duhovnom izgradnjom, rad na izgradnji kvalitetnijih obiteljskih odnosa, rad na sebi, rad na urednosti, rad na vlastitoj kreativnosti u pripremi jela, potreba većega uključivanja u lokalnu zajednicu, rad na osmišljavanju prostora za unutarnji mir i relaksaciju.

Svjetska istraživanja također govore o važnosti osobnosti, unutarnje izgradnje, rasta i razvoja kao važnoga resursa za kvalitetu života. Tako kroz pružanje socijalne potpore, osjećaja pripadnosti i moralnih smjernica, međuljudske mreže oblikuju i

bivaju oblikovane širokim rasponom životnih domena uključujući zdravlje, socijalnu i osobnu dobrobit i drugo.²⁵

Samopercepcija uključenosti u društvo. Kad je riječ o uključenosti u lokalnu zajednicu, sudionici istraživanja navode sljedeće:

Zaposlenost. Usprkos ograničavajućim čimbenicima bolesti, osoba je razvila samostalnost u smislu samofinanciranja i odgovornosti: *Idem ujutro na posao, dižem se u 6, radim do 2.* (SCM08).

Uključenost u kulturne aktivnosti i gostovanje na lokalnom radiju. Na upit o uključenosti u lokalnu zajednicu ispitanici podrazumijevaju razvijenu socijalnu mrežu, neizoliranost te osjećaj pripadanja: *Pa šta god se događalo u Tomislavgradu uvijek su mene zvali, bilo šta, izbor miss, kraljice svijeta, modne revije, onda izložbe slika, uvijek zovu, šta god triba zovu radio i pitaju ko bi nam pomoga i odma daju moj broj.* (SCM07).

Briga za okoliš. Budući da ispitanik nije zaposlen, korisnik je mirovinskoga osiguranja, svoje slobodno vrijeme koristi za uređenje dvorišta: *Ovako pomalo oko kuće nešto radim.* (SCM05).

Plaćanje režija. Ispitanici su samostalni i odgovorni u obavljanju svojih svakodnevnih i mjesečnih obveza: *Plaćam račune, namirivam kuću.* (SCM08); *...platim račune, režije, struju, vodu, telefon, to mi je osnovno* (SCM09); *...ako imam ovako plaćati neke račune u gradu, ja njemu sve priprelim i dam terapiju, priprelim mu jesti i stavim pored kreveta* (SCM09).

Skrb o bolesnome člana u obitelji i korištenje svih resursa zajednice. Jedan sudionik ispitivanja vodi brigu o bolesnome članu svoje obitelji i koristi sve usluge lokalne zajednice kao što su usluge u trgovinama, u banci, u domu zdravlja, mirovinsko, socijalno i zdravstveno osiguranje: *...takva mi je situacija u kući da moram biti uz brata 24 sata, što se kaže. Samo siđem, obavim i nekad kafu popijem. Zadovoljan sam obiteljskim životom, zadovoljan sam i društvenim. S kim ja idem, ovako malo porazgovaram na brzinu, a uvijek mi je u podsvijesti ovamo šta će mi s bratom biti. Uglavnom meni je lijep ovaj društveni život. ...kako sam mirovinu dobio podigo sam kredit. Banke su mi jako izišle u susret, dali mi povoljne kredite, prezadovoljan sam. Imam i tu invalidninu. A uz invalidninu i to nešto mirovine mi možemo živjeti. ... Dali su mi mirovinu i invalidninu i to je onaj sve u sustavu lokalne zajednice, i ovaj dom zdravlja.* (SCM09)

Uključenost u drugu kulturu. Ispitanica ističe svoju uključenost u društvo iz prijašnjega razdoblja u životu. Zbog oboljenja aktivna je u okupacijskoj terapiji pri

²⁵ Usp. Joseph Walsh – Patrick R. Connelly, „Supportive Behaviors in Natural Support Networks of People with Serious Mental Illness“, *Health & Social Work*, 21 (1996.) 4, str. 296-303.; Daryl Sweet i dr., „Personal well-being networks, social capital and severe mental illness: Exploratory study“, *The British Journal of Psychiatry*, 212 (2018.) 5, str. 308-317.; Patricia L. Obst – Naomi Tham, „Helping the soul: The relationship between connectivity and well-being within a church community“, *Journal of Community Psychology*, 37 (2009.) 3, str. 342-361.

Centru za mentalno zdravlje, što znači da je aktivno sudjelovala i koristila resurse lokalne zajednice: *Pa pošto sam došla iz Dalmacije u Tomislavgrad, u malo misto, radila sam u školi i bila sam aktivna u kulturno-umjetničkom društvu... I zato sam sada ovdje u okupacionoj terapiji i puno mi to znači.* (SCM07)

Potreba za uključivanjem u zajednicu. Druga ispitanica navodi da nikada nije bila aktivna u lokalnoj zajednici, ali ističe potrebu za uključivanjem u zajednicu: *Nisam uključena ni u kakve, ali volila bi bit uključena. Do sad nisam bila, ali volila bi biti i ne bi to nikad odbila.* (SCM08)

Nema očekivanja od lokalne zajednice. *Ne očekujem ništa. Ja sam već u godina-ma, tako da ne očekujem ništa.* (SCM07)

Korištenje resursa doma zdravlja. Ispitanici su zadovoljni uslugama doma zdravlja u zajednici: *Ja imam mirovinsko zdravstveno osiguranje i lijekove imam na recept za sve svoje bolesti. Nešto se plaća, participacija, ali ja sam prezadovoljan, super je to.* (SCM09)

Korištenje trgovačkih usluga. Ispitanici navode uslužnost u trgovinama kad se nađu u financijskim teškoćama: *...ako sam slučajno ostao u trgovini dužan ono pred kraj mjeseca, izađu mi u susret u trgovini pa mi daju na zapisivanje. Kad budu primanja prvo to vratim...* (SCM09)

Sudionici ispitivanja navode konstruktivne načine provođenja slobodnoga vremena. Najčešće su to različite sportske aktivnosti, umjetničke aktivnosti ili odlasci na druženja, zatim sudjelovanje u okupacijskoj terapiji, gledanje televizije i slušanje glazbe.

Kad je riječ o diskriminiranosti korisnika, odnosno sudionika ovoga istraživanja, ona se ogleda u sljedećim područjima:

Verbalno nasilje. Ispitanici negiraju izravnu diskriminaciju, međutim potvrđuju pojavu uznemiravanja, odnosno verbalnoga nasilja: *S obzirom kakva je sve situacija bila, je nekih verbalnih ono vrijeđanja ali to su ljudi koji su bili ko zna čim iritirani i ja to tolerišem. Čak štoviše tako sam odgajan u mladosti, od djetinjstva, da ne gledam na to, na boju kože i pripadnosti nacije. Nitko ni meni tako koliko sam primijetio ne gleda. S kim ima da nisam u baš nekim odnosima čak mi dođu neki rođaci dalji, ali ja se nikad ne svađam, čak i ako me izazivaju, ja sam to došao do zaključka najbolje je šutiti.* (SCM09)

Izoliranost. Neki se ispitanici osjećaju izoliranima u aktivnostima lokalne zajednice. Neki ne sudjeluju u aktivnostima i druženjima zbog naglušnosti dok su neki bili osamljeni kod kuće prije odlaska na okupacijsku terapiju: *Nisam uključena ni u*

kakve, ali volila bi bit uključena. Do sad nisam bila, ali volila bi biti i ne bi to nikad odbila. (SCM08)

Volio bi češće malo izlaziti ovako ali nekad nisam u stanju radi ušiju. (SCM05)

I zato sam sada ovdje u okupacionoj terapiji i puno mi to znači, prije sam bila preaktivna pa sam odjednom sad prestala i puno mi znači to da nisam sama u kući. (SCM07)

Predrasude. Osobe s poteškoćama mentalnoga zdravlja svakodnevno su izložene predrasudama, no u nekim lokalnim zajednicama postoje i predrasude s obzirom na mjesto rođenja, razlike u običajima i tradiciji. Ispitanica navodi predrasude o državi u kojoj trenutačno živi nakon sklopljenoga braka: *Nisam se udala za državu, šta kažu di si se sad ti udala. Znaš u Dalmaciji baš ne respektiraju, pa onda ja kažem nisam se ja udala za državu nego za muža dobrog.* (SCM07)

Otuđenost. Ispitanica ističe da nema potrebu za čestim druženjima s drugim ljudima na javnim mjestima izvan svoga doma: *Nisam tip da hodam negdje. Recimo kako je ovdje običaj da se često ide na kave, ispijanje i to, to me ne zanima.* (SCM07)

Samodiskriminacija kroz loše zauzimanje za sebe. Ispitanica smatra da osobe same mogu izazvati diskriminaciju kroz loše zauzimanje za sebe i time izazvati sukob te naglašava kućni odgoj kao preduvjet za izostanak diskriminacije: *Diskriminaciju mogu doživjeti samo oni koji se nekako ne znaju razgovarati, ne znaju prići osobi, pa onda to nekako dođe do sukoba iako ne bi trebalo. A i odgoj, kućni odgoj je jako važan. Djecu ne treba učiti da mrze druge, nego treba ih učiti da vole ljude, i to dobre ljude, nisu svi nevaljali.* (SCM07)

Siromaštvo. Ispitanica ističe manju mogućnost privatnoga liječenja za osobe lošijega ekonomskoga stanja: *Mislim da je to jako malo, možda zato što ja nisam u nekoj ekonomskoj krizi pa mene to toliko ne pogađa, ali recimo ti ljudi koji su nepokretni i to je za njih strašno.* (SCM07)

Promotrimo li naše rezultate u kontekstu postojećih istraživanja, iako je riječ o malom broju ispitanika, vidimo podudarnost u više dimenzija. Analiziramo li recentno istraživanje provedeno u šest europskih zemalja, oko 15 % osoba s čestim poteškoćama mentalnoga zdravlja (afektivni i anksiozni poremećaji, ovisnost o alkoholu) osjećalo se stigmatiziranima.²⁶ Iako su svi ispitanici s poteškoćama mentalnoga zdravlja u usporedbi sa zdravima imali znatno lošiju kvalitetu života vezanu za zdravlje, oni koji su percipirali stigmatu, za razliku od onih koji ju nisu percipirali, izvještavali su o još nižoj kvaliteti života, većim ograničenjima u radnoj i drugim ulogama te o većim socijalnim ograničenjima.²⁷ U našem istraživanju sudionici nisu percipirali stigmati-

²⁶ Usp. D. Markanović – N. Jokić-Begić, n. dj., str. 131.

²⁷ Usp. isto.

zaciju niti diskriminaciju od okoline. Naveli su verbalno nasilje, izoliranost u smislu neuključivanja u lokalnu zajednicu te izoliranost zbog naglušnosti.

Nalazi o povezanosti razine obrazovanja i kvalitete života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja su proturječni. Dok neki autori izvještavaju o negativnoj korelaciji stupnja obrazovanja i kvalitete života, drugi pokazuju da su obrazovanije osobe s poteškoćama mentalnoga zdravlja zadovoljnije svojim životom u usporedbi s manje obrazovanimima.²⁸ Isto naglašavaju Caron i sur. (2005.).²⁹ Rezultati našega istraživanja pokazali su da obrazovaniji ispitanici imaju više aktivnosti i zadovoljniji su kvalitetom svoga života.

Jedna novija metaanaliza rezultirala je vrlo zanimljivim nalazima koje ovdje vrijedi ukratko spomenuti.³⁰ Autori su analizirali 42 studije u koje je bilo uključeno više tisuća osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja u lokalnoj zajednici, kojima je ispitivana njihova subjektivna kvaliteta života. Iako se naizgled činilo da je ona relativno slaba, utvrđeno je da je subjektivna dobrobit osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja zapravo relativno visoka, odnosno mnogo viša od one kakvu kod njih obično očekujemo. Recimo, dobrim prediktorima pokazale su se subdomene socijalnih odnosa i slobodna vremena, što znači da bi kod osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja radi poboljšanja njihove kvalitete življenja snažan naglasak trebalo staviti na smislene slobodne aktivnosti i razvoj podupiruće socijalne mreže. Zanimljiv je nalaz da su socijalni odnosi izvan obitelji bili bolji prediktor kvalitete života nego odnosi unutar obitelji.³¹

Ovdje također nailazimo na slaganje dosadašnjih istraživanja³² s rezultatima našega istraživanja. Ispitanici s dijagnosticiranim depresivnim poremećajem uključeni su u kulturne, sportske i umjetničke aktivnosti i imaju zasnovan radni odnos te navode zadovoljstvo kvalitetom života i imaju pozitivan stav o sebi i svojim mogućnostima.

Prema svjetskim istraživanjima povezanosti određenih psihičkih stanja i kvalitete života moguće je konstatirati da postoji negativna povezanost depresije i subjektivne

²⁸ Usp. isto, str. 134.

²⁹ Usp. Jean Caron i dr., „Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder“, *Psychiatry Research*, 137 (2005.) 3, str. 203-213.

³⁰ Usp. D. Markanović – N. Jokić-Begić, n. dj., str. 148.

³¹ Usp. isto, str. 149.

³² Usp. Chaya Schwartz – Ophra C Gronemann, „The contribution of self-efficacy, social support and participation in the community to predicting loneliness among persons with schizophrenia living in supported residences“, *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46 (2009.) 2, str. 120-129.; R. Jay Turner – Robyn Lewis Brown, „Social Support and Mental Health“, Teresa L. Scheid – Tony N. Brown (ur.) *A Handbook for the Study of Mental Health*, Cambridge University Press, New York, 2010., str. 200-212.

kvalitete života.³³ Jačina depresije pokazala se značajnim prediktorom subjektivne kvalitete života mjerene dvama različitim upitnicima dok se anksioznost pokazala prediktorom lošije kvalitete života samo na jednom od primijenjenih upitnika. U istraživanju kvalitete života osoba s dijagnosticiranom shizofrenijom utvrđeno je da je veći stupanj anksioznosti te veći stupanj depresije povezan s manjim zadovoljstvom životom općenito te s manjim zadovoljstvom po pojedinim područjima kao što su obitelj, zdravlje i socijalne veze.³⁴ Također je uočeno da je optimizam prediktor većega zadovoljstva životom. U našem istraživanju nailazimo da ispitanik s dijagnosticiranom shizofrenijom navodi zadovoljstvo u svim životnim područjima, a posebno naglašava smisao za humor kao prediktor većega zadovoljstva životom.

Zaključak

Kvaliteta života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja privlači pozornost znanstvenika. Dosadašnje spoznaje iz raznih istraživanja govore da poteškoće mentalnoga zdravlja umanjuju kvalitetu i zadovoljstvo životom. Međutim, istraživači se još nisu u potpunosti usuglasili može li se kvaliteta života uopće valjano mjeriti te u kojoj je mjeri kvaliteta života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja narušena ako se uzme u obzir i vrsta poteškoća mentalnoga zdravlja. Mogućnost samoprocjene subjektivne kvalitete života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja je upitna jer, kako navode Markanović i Jokić-Begić (2001.) prema Karahasanoviću i sur. (2013.)³⁵, teške mentalne bolesti utječu na kognitivno i afektivno funkcioniranje zbog čega, naime, mogu utjecati i na prosuđivanje osobe s poteškoćama mentalnoga zdravlja. Cilj je ovoga rada ispitati subjektivni doživljaj i neka obilježja kvalitete života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja koje su ujedno i korisnici aktivnosti Centra za mentalno zdravlje. Kroz prvo istraživačko pitanje htjelo se saznati kako sudionici percipiraju oblike formalne i neformalne potpore koju primaju. U kategoriji neformalne potpore najčešći odgovori bili su obitelj, što znači da primarno primaju potporu uže, a zatim i šire obitelji, prijatelja i kolega na poslu. Kao izvore formalne potpore navode zdravstvene ustanove te ističu zadovoljstvo uslugama i poticajnim osobljem. U kategoriji vrste potpore ispitanici najčešće navode razgovor

³³ Gorka Vuletić – Davor Ivanković – Melanie Davern, „Kvaliteta života u odnosu na zdravlje i bolest“, Gorka Vuletić (ur.), *Kvaliteta života i zdravlje*, str. 122.

³⁴ Usp. isto.

³⁵ Usp. Adisa Karahasanović – Draženka Ostojić – Vlado Jukić, „Kvaliteta života studenata socijalnog rada i osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije“, *Ljetopis socijalnog rada*, 20 (2013.) 3, str. 447.

koji percipiraju kao emocionalno rasterećenje. Pored razgovora ispitanici su naveli i provođenje vremena s drugim osobama. Međutim, njihov društveni život najčešće se odvija na okupacijskoj terapiji i na radnome mjestu.

Drugim istraživačkim pitanjem nastojalo se saznati kako ispitanici percipiraju vlastiti rast i razvoj. Sudionici istraživanja imaju pozitivnu sliku o sebi te pokazuju osviještenost i prihvaćanje svoga stanja. S druge pak strane, postoje potrebe za duhovnom izgradnjom i radom na sebi, a kod nekih ispitanika i potreba većega uključivanja u lokalnu zajednicu. Iskazuju zadovoljstvo svojim životom, tjelesnim izgledom te uslugama Centra za mentalno zdravlje dok su nezadovoljni socijalnim primanjima za koja smatraju da su oskudna.

Nadalje, ispitana je samopercepcija uključenosti u društvo. Ispitanici su dali šarolike odgovore pa tako uočavamo one koji nisu uključeni u aktivnosti lokalne zajednice i one koji sudjeluju kulturnim aktivnostima i svojim radom pridonose zajednici. U kategoriji diskriminacije samo je jedan ispitanik naveo pojavnost verbalnoga nasilja dok ostali negiraju društvenu diskriminaciju. Međutim, pojedini korisnici skloni su samoizoliranju i neuključenosti u društvo.

Iako je ovo istraživanje ograničeno malim brojem ispitanika, kroz dobivene kategorije i proučavanje recentne literature došlo se do važnih spoznaja bitnih za kvalitetu života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja. Osobe s poteškoćama mentalnoga zdravlja u ovoj lokalnoj zajednici žive s obiteljima koje su važan, a ponekad i jedini izvor neformalne potpore koju dobivaju. Uvriježeno je i očekuje se da obitelji skrbe za svoje članove s poteškoćama mentalnoga zdravlja, često se suočavaju s nedostatkom razumijevanja okoline i potrebnih vještina kako bi se nosili s poteškoćama mentalnoga zdravlja. Kvaliteta života člana s poteškoćama mentalnoga zdravlja preslikava se na cjelokupnu obitelj i takvoj je obitelji nužno pružiti prikladnu potporu formalnoga sustava kroz multidisciplinarnan pristup. Potrebno je osnažiti cijelu obitelj kako bi cjelokupna kvaliteta života obitelji bila bolja i lakše se nosila s izazovima svakodnevnice povezane s poteškoćama mentalnoga zdravlja njihova člana. Stručnjaci imaju važnu ulogu u zalaganju za dobrobit člana s poteškoćama mentalnoga zdravlja, ali i cijele obitelji. Pritom je vrlo bitna sveobuhvatna potpora u radu s njima i intervencije na psihološkoj, duhovnoj, socijalnoj i fizičkoj razini. Rad s obiteljima čiji član ima poteškoće mentalnoga zdravlja smanjuje rizik pogoršanja bolesti, doprinosi rjeđim hospitalizacijama i poboljšava cjelokupno zdravlje svih članova obitelji, a sve to doprinosi i boljoj kvaliteti života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja.

Valja naglasiti umreženost lokalne zajednice u pružanju potpore osobama s poteškoćama mentalnoga zdravlja. Centar za mentalno zdravlje u ovoj lokalnoj zajednici

ima značajno mjesto u subjektivnoj procjeni kvalitete života svojih korisnika. Potrebno je naglasiti koliko je bitna uloga jake lokalne zajednice. U mrežavanjem institucija i njihovim zajedničkim djelovanjem može se znatno doprinijeti boljoj kvaliteti života osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja.

Nedostaci ovoga istraživanja su malen i prigodan uzorak. U kontekstu ograničenja rada bilo bi korisno provesti istraživanje na većem broju korisnika Centra za mentalno zdravlje, ali uzeti u obzir i perspektivu članova obitelji i drugih osoba koje poznaju funkcioniranje osoba s poteškoćama mentalnoga zdravlja kako bi se ispitala kvaliteta života osoba s različitim poteškoćama. Tada bismo mogli koristiti objektivne pokazatelje i utvrditi povezanost sa subjektivnom percepcijom kvalitete života.

QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH MENTAL HEALTH DIFFICULTIES

Abstract

The World Health Organization defines quality of life as an individual perception of your own position in life, in terms of the cultural and value systems in which one lives and in relation to one's own goals, expectations, standards and preoccupations. The paper is focused on the quality of life of people with mental health difficulties. Recently they are being mentioned more and more in the context of the increasingly widespread process of deinstitutionalization. Stigma is one of the factors that contributes to the exacerbation of social relations as well as the quality of life of people with mental health difficulties. The aim of the research was to examine the subjective experience and some characteristics of the quality of life of people with mental health difficulties, who are users of the Center for Mental Health in Tomislavgrad. Data were collected using semi-structured interview method. The results indicate that most of their informal support is received from their family members, friends and colleagues. As formal support they mention health institutions. Research participants have a positive image of themselves and they accept their condition. Emotional support is mostly reflected through conversation, and they express the need for spiritual formation. In terms of involvement in community activity, the results are twofold - for example, some users are involved in cultural activities and their work contributes to the local community, whilst other users are prone to self-isolation and disengagement in society. Contentment with life is expressed, but dissatisfaction is expressed due to social benefits that they consider scarce.

Keywords: the quality of life; people with mental health difficulties; the process of deinstitutionalization; stigma; formal support; informal support; emotional support.