



HRVATSKO
KATOLIČKO
SVEUČILIŠTE
Z A G R E B
UNIVERSITAS
STUDIORUM
CATHOLICA
CROATICA
Z A G R A B I A

DOKTORSKI STUDIJ

Maja Odorjan Novak

**DRUŠTVENE DETERMINANTE I POVEZANOST
STRUKTURE VRIJEDNOSTI S EFIKASNIM PRIHVATOM
KONCEPTA PSIHIJATRIJE U ZAJEDNICI**

Doktorski rad

Mentor: izv. prof. dr. sc. Ivan Balabanić

Komentor: prof. dr. sc. Gordan Črpić

Zagreb, lipanj 2024.

Doktorski studij

Sociologija: vrijednosti, identitet i društvene promjene u hrvatskome društvu

Maja Odorjan Novak



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

kojom izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da je moj doktorski rad:

Društvene determinante i povezanost strukture vrijednosti s efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici / Social determinants and the connection between the value structure and the effective acceptance of the concept of community psychiatry
(*naslov doktorskog rada na hrvatskom i engleskom jeziku*)

izrađen pod mentorstvom/komentorstvom:

izv. prof. dr. sc. Ivan Balabanić, prof. dr. sc. Gordan Črpić

i obranjen:

isključivo rezultat mog vlastitog i samostalnog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i objavljenj literaturi, a dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te navedeni u popisu literature.

Izjavljujem da niti jedan dio doktorskog rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranog rada te niti jedan dio doktorskog rada ne narušava ičija autorska prava.

Izjavljujem da niti jedan dio doktorskog rada nije iskorišten za bilo koji drugi rad u drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi u Republici Hrvatskoj i inozemstvu.

U Zagrebu, _____

(vlastoručni potpis)

Doktorski studij

Sociologija: vrijednosti, identitet i društvene promjene u hrvatskome društvu

Maja Odorjan Novak



IZJAVA O ISTOVJETNOSTI SADRŽAJA DOKTORSKOG RADA

kojom izjavljujem i vlastoručnim potpisom potvrđujem da je sadržaj mojeg doktorskog rada:

Društvene determinante i povezanost strukture vrijednosti s efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici / Social determinants and the connection between the value structure and the effective acceptance of the concept of community psychiatry

(naslov doktorskog rada na hrvatskom i engleskom jeziku)

izrađen pod mentorstvom/komentorstvom:

izv. prof. dr. sc. Ivan Balabanić, prof. dr. sc. Gordan Črpić

i obranjen:

koji dostavljam u elektroničkoj verziji u PDF inačici na CD-u/DVD-u, istovjetan tiskanoj verziji mog doktorskog rada (koji dostavljam u dva (2) tiskana primjerka, tvrdi uvez).

U Zagrebu, _____

(vlastoručni potpis)

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

Naslov doktorskog rada	Društvene determinante i povezanost strukture vrijednosti s efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici
Autor	Maja Odorjan Novak
Mentor Komentor/komentor 2	Izv. prof. dr. sc. Ivan Balabanić Prof. dr. sc. Gordan Črpić
Ključne riječi	vrijednosti hrvatskog društva, koncept psihijatrije u zajednici, stigmatizacija, neodvojivost pojedinca i zajednice, mješovita metodologija
Povjerenstvo za ocjenu doktorskog rada	1. <u>doc. dr. sc. Mateja Plenković</u> , predsjednik 2. <u>prof. dr. sc. Dalibor Karlović</u> , član 3. <u>doc. dr. sc. Erik Brezovec</u> , član 4. _____, član 5. _____, član
Povjerenstvo za obranu doktorskog rada	1. _____, predsjednik 2. _____, član 3. _____, član 4. _____, član 5. _____, član
Ustanova koja je dodijelila akademski stupanj doktora znanosti	HRVATSKO KATOLIČKO SVEUČILIŠTE
Doktorski studij	Sociologija: vrijednosti, identitet i društvene promjene u hrvatskome društvu
Mjesto	Zagreb
Država obrane	Republika Hrvatska
Znanstveno područje	Društvene znanosti
Znanstveno polje	Sociologija
Znanstvena grana (<i>ako ima</i>)	Posebne sociologije
Vrsta studija	Sveučilišni
Razina studija	Poslijediplomska
Akademski stupanj	Doktor znanosti
Kratika akademskog stupnja	dr. sc.
Vrsta rada	Doktorski rad
Jezik pisanja doktorskog rada	Hrvatski
Jezik na kojem je doktorski rad obranjen	Hrvatski
Datum obrane doktorskog rada	

BASIC DOKUMENTATION CARD

Thesis Title	Social determinants and the connection between the value structure and the effective acceptance of the concept of community psychiatry
Author	Maja Odorjan Novak
Mentor Co-mentor/Co-mentor 2	Associate Professor Ivan Balabanić , Ph.D. Full Professor Gordan Črpić, Ph.D.
Key words	<i>values of the Croatian society, the concept of community psychiatry, total institutions, stigmatization, labelling, inseparability of an individual and the community, mixed methodology</i>
Thesis Evaluation Committee	1. <u>Assistant Professor Mateja Plenković, Ph.D.</u> , president 2. <u>Full Professor Dalibor Karlović, Ph.D.</u> , member 3. <u>Assistant Professor Erik Brezovec, Ph.D.</u> , member 4. _____, member 5. _____, member
Thesis Defense Committee	1. _____, president 2. _____, member 3. _____, member 4. _____, member 5. _____, member
The Institution Awarding the Academic Degree	CATHOLIC UNIVERSITY OF CROATIA
Doctoral Study	Sociology: Values, Identity, and Social Changes in Croatian Society
Location	Zagreb
Country of Defense	Republic of Croatia
Scientific Area	Social Sciences
Scientific Field	Sociology
Scientific Branch (<i>if any</i>)	Special Sociologies
Type of Study	University
Level of Study	Postgraduate
Academic Degree	PhD Degree
Abbreviated Academic Degree Title	PhD
Type of Thesis	Postgraduate Thesis
Language of Thesis (written)	Croatian
Language of Thesis (defenced)	Croatian
Date of Thesis Defense	

SAŽETAK

U ovome radu polazimo od pretpostavke da je za uspješno prihvaćanje koncepta psihijatrije u zajednici u Hrvatskoj potrebno prvo propitati vrijednosti koje hrvatsko društvo navode na stvaranje percepcije o psihijatrijskim bolesnicima. Stoga teorijski polazimo od definicija institucija i institucionalizacije te središnjih socioloških perspektiva na čijim glavnim postavkama promatramo i psihijatrijske ustanove. Također, u radu se prikazuje i stanje hrvatskog psihijatrijskog sustava i razvoj socijalne psihijatrije, zatim razdoblje kada su se psihijatrijske ustanove nazivale totalnim institucijama te problematika etiketiranja i stigmatizacije psihijatrijskih bolesnika koju promatramo kroz teoriju simboličkog interakcionizma. Isto tako, naglašava se neodvojivost pojedinca i zajednice kao jedna od glavnih premisa koncepta psihijatrije u zajednici. Stoga su predmet istraživanja vrijednosti hrvatskog društva, za čije je mjerenje korištena Schwartzova teorija univerzalnih sadržaja i strukture vrijednosti te njihova povezanost s efikasnim prihvatom spomenutog koncepta. Istraživanje je provedeno korištenjem mješovitog istraživačkog pristupa odnosno kombinacijom anketnog istraživanja i polustrukturiranih intervjua. Anketnim istraživanjem dobiven je uvid u povezanosti vrijednosti hrvatskih građana s njihovim stavovima i mišljenjima o psihijatrijskim bolesnicima, a na temelju tih rezultata izrađen je vodič za polustrukturirani intervjua sa stručnjacima psihijatrima koji su, s obzirom na vlastita iskustva stečena tijekom svog rada, komentirali rezultate dobivene iz provedenih anketa. Kombinirani istraživački pristupi omogućili su nam obuhvatan uvid u mogućnosti efikasnog prihvata koncepta psihijatrije u Hrvatskoj te je uočeno da, s obzirom na strukturu vrijednosti, hrvatsko društvo djelomično ima bojazan od liječenja psihijatrijskih bolesnika u njihovoj neposrednoj okolini, međutim otvoreno je za opciju upoznavanja s ovom problematikom tako da naposljetku ipak kroz vrijeme postoji mogućnost za efikasni prihvata koncepta psihijatrije u zajednici.

Ključne riječi: *vrijednosti hrvatskog društva, koncept psihijatrije u zajednici, totalne institucije, stigmatizacija, etiketiranje, neodvojivost pojedinca i zajednice, mješovita metodologija*

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. PSIHIJATRIJSKE USTANOVE KAO TOTALNE INSTITUCIJE S OSVRTOM NA ZNAČENJE INSTITUCIJA U SOCIOLOŠKOM KONTEKSTU	4
2.1. Institucije u sociološkom kontekstu	4
2.1.1. Institucije i institucionalizacija	4
2.1.2. Funkcionalistički pogled na institucije	10
2.1.3. Konfliktni pogled na institucije	15
2.1.4. Fenomenološki pogled na institucije	17
2.1.5. Razlike u pogledu na psihijatrijske ustanove među središnjim sociološkim perspektivama	22
2.2. Razvoj i promjene psihijatrijskih ustanova i razvoj psihijatrije u Republici Hrvatskoj	23
2.2.1. Psihijatrijske ustanove kao totalne institucije	23
2.2.2. Organizacija psihijatrijske službe u Republici Hrvatskoj	31
2.2.3. Socijalna / ekološka psihijatrija u Republici Hrvatskoj i deinstitucionalizacija psihijatrijskih bolnica.....	36
3. PROBLEM ETIKETIRANJA I STIGME KORISNIKA PSIHIJATRIJSKIH USTANOVA	57
3.1. Teorija simboličkog interakcionizma kao polazište teorija etiketiranja i stigme	57
3.2. Etiketiranje i stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika	62
3.3. Definicija (psihičkog) zdravlja	73
4. KONCEPT PSIHIJATRIJE U ZAJEDNICI U ODNOSU NA STRUKTURU VRIJEDNOSTI HRVATSKOG DRUŠTVA	78

4.1. Neodvojivost pojedinca i zajednice	78
4.2. Struktura vrijednosti hrvatskog društva	85
5. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	99
6. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	101
6.1. Kvantitativni dio istraživanja	103
6.1.1. Realizirani uzorak	103
6.1.2. Instrument i provedba istraživanja	104
6.1.3. Ograničenja istraživanja	107
6.2. Kvalitativni dio istraživanja	107
6.2.1. Realizirani uzorak	107
6.2.2. Instrument i provedba istraživanja	108
6.2.3. Kodiranje i kodna lista	108
7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA	109
7.1. Opći prikaz rezultata istraživanja	109
7.2. Faktorska analiza Schwartzove skale vrijednosti (PVQ-21)	126
7.3. Povezanost dimenzije „autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima“ s vrijednostima „otvorenost za promjene“, „vlastito odricanje“, „zadržavanje tradicionalnih odnosa“ i „vlastiti probitak“	131
7.4. Povezanost dimenzije „dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima“ s vrijednostima „otvorenost za promjene“, „vlastito odricanje“, „zadržavanje tradicionalnih odnosa“ i „vlastiti probitak“	134
7.5. Povezanost dimenzije „društvena restriktivnost“ s vrijednostima „otvorenost za promjene“, „vlastito odricanje“, „zadržavanje tradicionalnih odnosa“ i „vlastiti probitak“	137
7.6. Povezanost dimenzije „stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici“ s vrijednostima „otvorenost za promjene“, „vlastito odricanje“, „zadržavanje tradicionalnih odnosa“ i „vlastiti probitak“	141

<i>7.7. Djelovanje informiranosti građana RH o psihijatrijskom sustavu / tipovima liječenja na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici i oblici aktivnosti koji bi se provodili u svrhu informiranja</i>	143
<i>7.8. Djelovanje vlastitih iskustava vezanih uz psihičke bolesti na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici</i>	153
<i>7.9. Potencijalni utjecaj sociodemografskih karakteristika na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici u budućnosti</i>	162
8. ZAKLJUČAK	203
9. LITERATURA	206
10. PRILOZI	215
10.1. Anketni upitnik	215
10.1.1. <i>Odobrenje Etičkog povjerenstva za provedbu anketnog istraživanja</i>	231
10.2. Vodič za polustrukturirani intervjua	232
10.2.1. <i>Informirani pristanak koji je bio uručen sudionicima prije provođenja polustrukturiranog intervjua</i>	234
10.2.2. <i>Odobrenje Etičkog povjerenstva za provedbu polustrukturiranog intervjua</i>	236

1. UVOD

Psihijatrijske bolesti oduvijek su intrigirale medicinu, ali i širu zajednicu. Naime, u prošlosti su psihijatrijski bolesnici bili marginalizirana skupina za koju se smatralo da narušava sklad i dinamiku društva (Goffman, 2011). Termin *psihička bolest* tada skoro da nije ni postojao već se smatralo da ponašanje psihijatrijskih bolesnika proizlazi iz opsjednutosti zlim silama zbog čega su uglavnom bili protjerivani i odbacivani (Goffman, 2011). Međutim, s novim spoznajama došlo je i do promjene takvog narativa te su se razna takva *neobjašnjiva* stanja pojedinaca počela pripisivati psihičkim bolestima čime su se iste demistificirale pa su se u skladu s time počele osnivati i psihijatrijske ustanove. Psihijatrijske se bolesnike počelo smještati u takve ustanove i iako je to bio veliki pomak za psihijatriju u odnosu na vremena kada su oni uglavnom bili prepušteni sami sebi, s vremenom se i psihijatrijske ustanove počelo kritizirati. Naime, kritičari su smatrali da one služe samo kako bi potpuno odvojile psihijatrijske bolesnike od zajednice te su ih pojedini autori nazivali totalnim institucijama (Goffman, 2011). Prema istom autoru, glavni argumenti koji se vežu uz takve kritike odnose se na karakteristike totalnih institucija poput njihove zatvorenosti za društvo, metode liječenja i upitnost njihove uspješnosti, a time i upitnost izlaska psihijatrijskog bolesnika iz takve ustanove te to što su one najčešće bile smještane na rubnim dijelovima naselja ili potpuno izvan naselja. Tako je boravak bolesnika unutar takvih ustanova postao novi predmet polemike u području psihijatrije, a naglasak je bio najviše usmjeren prema problemu ponekad potpune odvojenosti bolesnika od njihove primarne okoline, a time i ostatka zajednice. U ovom se slučaju narativ promijenio u smjeru učinka štetnosti koju takav zatvoreni sustav ima na liječenje psihijatrijskih bolesnika te neodvojivosti pojedinca i zajednice, što je rezultiralo razvojem koncepta psihijatrije u zajednici. Ovaj koncept temelji se na spoznaji da se psihijatrijski bolesnici mogu uspješnije i adekvatnije liječiti ukoliko se nalaze u svojoj poznatoj okolini, imaju svoja zaduženja te prestaju biti pasivni i postaju aktivni sudionici u svom liječenju, ali naravno sve ovisno o zahtjevnosti njihove bolesti. Također, njihovo se liječenje i dalje odvija unutar okvira institucija jer cilj koncepta psihijatrije u zajednici nije zatvaranje psihijatrijskih ustanova već smanjivanje potrebe za (potpunim) zatvaranjem psihijatrijskih bolesnika unutar njih i preoblikovanjem njihovih djelatnosti u nove oblike poput osnivanja mobilnih timova, dnevnih bolnica, uključivanja drugih stručnjaka i sl. (Karlović i sur., 2019). U ovom se radu koncept psihijatrije u zajednici teorijski promatra kroz središnje sociološke perspektive, odnosno definicije (totalnih) institucija, njihova obilježja i karakteristike, zatim kroz teoriju simboličkog interakcionizma iz čega proizlaze teorije etiketiranja i stigmatizacije te naposljetku neodvojivosti pojedinca i zajednice i strukture vrijednosti hrvatskog društva,

što je ujedno i polazišna točka provedenog istraživanja u vidu povezanosti vrijednosti koje karakteriziraju hrvatske građane i njihovih stavova i mišljenja o psihijatrijskim bolesnicima. Postoje istraživanja ovakvih ili sličnih tema (Štrkalj-Ivezić, 2006, Škugor i Sindik, 2017, Barbiš, 2019), međutim ona su uglavnom usmjerena na ispitivanje stigmatizacije psihijatrijskih bolesnika i sl., a pitanja poput toga zašto uopće dolazi do stigmatizacije i etiketiranja odnosno kakve su to vrijednosti prisutne u (hrvatskom) društvu koje pojedinca usmjeravaju prema prihvaćanju ili neprihvaćanju psihijatrijskih bolesnika ostaju otvorena te se na njih pokušao dati odgovor u ovom radu. Iz toga proizlazi i glavni cilj ovog rada usmjeren na propitivanje stručnjaka psihijatara zašto su i na koje načine vrijednosti hrvatskih građana povezane s njihovim stavovima i mišljenjima o psihijatrijskim bolesnicima te što to znači za prihvata koncepta psihijatrije u zajednici u Hrvatskoj. Izazovi koji proizlaze iz uvođenja ovog koncepta u hrvatski psihijatrijski sustav odnose se s jedne strane na financijsku podršku koja je potrebna za reorganizaciju cjelokupnog psihijatrijskog sustava odnosno općenito gospodarsko stanje i politiku pojedine države, a s druge strane na etiketiranje i stigmatizaciju psihijatrijskih bolesnika koji proizlaze iz prisutnog sustava vrijednosti. U kontekstu Hrvatske taj sustav vrijednosti pak proizlazi iz nasljeđa stečenog tijekom sustava socijalizma, njegovog raspada i pojave retradicionalizacije i modernizacije (Sekulić, 2012) te iz preuzimanja vrijednosti zapadnoga društva. Koncept psihijatrije u zajednici u hrvatskom psihijatrijskom sustavu prisutan je zapravo već godinama u raznim oblicima te se na njemu i dalje radi, međutim osim rada na tome, također je važno pokušati utvrditi mogućnost prihvata takvog koncepta od strane hrvatskih građana jer upravo svi mi imamo glavnu ulogu u liječenju psihijatrijskih bolesnika s obzirom na glavnu poantu ovog koncepta, a to je, opet, neodvojivost pojedinca i zajednice.

Drugo poglavlje pod nazivom *Psihijatrijske ustanove kao totalne institucije s osvrtom na značenje institucija u sociološkom kontekstu* sadrži dva potpoglavlja: *Institucije u sociološkom kontekstu* (koje se sastoji od sljedećih tema: *Institucije i institucionalizacija, Funkcionalistički pogled na institucije, Konfliktni pogled na institucije, Fenomenološki pogled na institucije te Razlike u pogledu na psihijatrijske ustanove među središnjim sociološkim perspektivama*) i *Razvoj i promjene psihijatrijskih ustanova i razvoj psihijatrije u Republici Hrvatskoj* (koje se sastoji od sljedećih tema: *Psihijatrijske ustanove kao totalne institucije, Organizacija psihijatrijske službe u Republici Hrvatskoj te Socijalna / ekološka psihijatrija u Republici Hrvatskoj*). Prvo navedeno potpoglavlje donosi općeniti pregled pojma *institucija*, pregled istog s obzirom na funkcionalističku, konfliktnu i fenomenološku perspektivu te na kraju razlike u pogledu na psihijatrijske ustanove s obzirom

na 3 navedene sociološke perspektive. Drugo potpoglavlje daje pregled psihijatrijskih ustanova kao totalnih institucija, zatim prikaz organizacije psihijatrijske službe u Republici Hrvatskoj kao i socijalnu / ekološku psihijatriju u Republici Hrvatskoj kao i pregled procesa deinstitutionalizacije psihijatrijskih bolnica. Nadalje, treće poglavlje pod nazivom *Problem etiketiranja i stigme korisnika psihijatrijskih ustanova* obuhvaća potpoglavlja *Teorija simboličkog interakcionizma kao polazište teorija etiketiranja i stigme*, *Etiketiranje i stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika* i *Definicija (psihičkog) zdravlja*. Navedeno poglavlje obuhvaća teme koje se odnose na općenite definicije pojmova etiketiranja i stigmatizacije, zatim definicije navedenih pojmova u kontekstu psihijatrijskih bolesnika te na kraju samu definiciju zdravlja općenito te psihičkog zdravlja. Četvrto poglavlje pod nazivom *Problem etiketiranja i stigme korisnika psihijatrijskih ustanova* obuhvaća potpoglavlja *Neodvojivost pojedinca i zajednice* i *Struktura vrijednosti hrvatskog društva*. U prvom potpoglavlju razloženo je zašto su pojedinac i zajednica neodvojivi te kako odvajanje iz zajednice utječe na pojedinca, a drugo potpoglavlje donosi prikaz strukture vrijednosti hrvatskog društva na temelju EVS istraživanja. Zatim slijedi peto poglavlje pod nazivom *Ciljevi istraživanja*, šesto poglavlje odnosno *Metodologija istraživanja* koje se sastoji od potpoglavlja *Kvantitativni dio istraživanja* s potpotpoglavljima *Realizirani uzorak*, *Instrument i provedba istraživanja* i *Ograničenja istraživanja* i potpoglavlja *Kvalitativni dio istraživanja* s potpotpoglavljima *Realizirani uzorak*, *Instrument i provedba istraživanja* i *Kodiranje i kodna lista*. Sedmo poglavlje pod nazivom *Rezultati istraživanja i rasprava* obuhvaća opći prikaz rezultata istraživanja, faktorsku analizu Schwartzove skale vrijednosti i prikaz svih ciljeva istraživanja s rezultatima anketnog istraživanja te intervjua. Na kraju, osmo poglavlje donosi zaključak, deveto literaturu, dok su prilozi ovog rada prikazani u desetom poglavlju.

2. PSIHIJATRIJSKE USTANOVE KAO TOTALNE INSTITUCIJE S OSVRTOM NA ZNAČENJE INSTITUCIJA U SOCIOLOŠKOM KONTEKSTU

Kroz ovo ćemo poglavlje razmotriti psihijatrijske ustanove kao totalne institucije. Međutim, kao uvod tom prikazu prethodi osvrt na značenje institucija u sociološkom kontekstu.

2.1. Institucije u sociološkom kontekstu

Ovo poglavlje obuhvaća definicije pojma *institucije* u sociološkom kontekstu – od njihovog općenitog prikaza te shvaćanja istih u sferi društvenih znanosti do njihovog prikaza kroz glavne sociološke teorije. Nakon općenitog prikaza ovog pojma, isti je obrađen i iz funkcionalističke perspektive, prema kojoj se smatra da institucije ispunjavaju *potrebe* pojedinaca ili društava (Cohen, 1968). Zatim slijedi prikaz iz konfliktne perspektive čiji je glavni naglasak na nastanku sukoba zbog različitih interesa članova društva, a po pitanju institucija navedeno uključuje odnose dominacije i podređenosti (Dahrendorf, 1959). Na kraju je prikazana fenomenološka perspektiva prema kojoj se promatra kako ljudi stvaraju odnosno prihvaćaju institucije (Wolff, 1978).

2.1.1. Institucije i institucionalizacija

Institucija je termin koji ima nekoliko značenja te se može definirati iz različitih pogleda, kao na primjer:

- a) u uobičajenoj govornoj upotrebi to je organizacija čija je djelatnost od nekog općeg interesa, formalno je utvrđena te je priznata važećim društvenim poretom čiji je sastavni dio;
- b) u pravnoj terminologiji *institucija* odnosno *institut* je društveno odnosno pravno utemeljen oblik odnosa među subjektima;
- c) u društvenim znanostima taj se pojam ponekad koristi kao sinonim za strukturu formalnih odnosa neke organizacije odnosno kao sinonim za formalnu organizaciju ili za samo neke vrste formalnih organizacija (npr. upravne, zdravstvene, prosvjetne) (Petković i Kregar, 1997: 473).

Isti autori daju općenitu definiciju pojma *institucija* – to je specifičan, ustaljeni način odvijanja i povezivanja društvenih interakcija koji je postao temeljni faktor konzistencije nekog sklopa društvenih odnosa i akcija usmjerenih na obavljanje priznatih i prihvaćenih društvenih zadataka. Razlikuje se od pojma *grupe* koji se odnosi na sklop interakcija među ljudima te pojma *organizacije* koji obuhvaća koordiniranu akciju ljudi i sredstava, zato jer označava „onaj

aspekt organizacije koji obuhvaća samo apstraktnu shemu koordinacije, odnosa i ciljeva ne vodeći računa o konkretnim, već o generičkim valencijama elemenata i sredstava te se može uspostaviti (planirati, normirati, informacijski prenositi i konzervirati) nezavisno od konkretnih individua i njihovih konkretnih odnosa“ (Petković i Kregar, 1997: 474).

Dakle, u društvenim znanostima pojam *institucija* odnosi se na utvrđene obrasce ponašanja te jedinicu koja uključuje mnoštvo uloga, poput na primjer škole kao društvene institucije (Eisenstadt, 1968). Stoga, škola kao takva uključuje uloge učenika, učitelja i ovisno o njenom stupnju neovisnosti o vanjskim utjecajima, uloge roditelja i upravitelja ili inspeksijskih službi koje su povezane s pripadajućom obrazovnom vlašću. Prema istom autoru, postoji pet bitnih sklopova institucija, a to su:

- 1) ekonomske institucije koje služe za proizvodnju i distribuciju dobara i usluga,
- 2) političke institucije koje reguliraju uporabu i mogućnost pristupa moći,
- 3) stratifikacijske institucije koje određuju distribuciju položaja i resursa,
- 4) srodničke institucije koje se odnose na brak, obitelj i socijalizaciju mladih te
- 5) kulturne institucije koje se bave religijskim, znanstvenim i umjetničkim aktivnostima (Eisenstadt, 1968).

S druge strane, autor Anthony Giddens govori o institucijama kroz prizmu modernosti pa ih prema tome dijeli na sljedeći način:

- 1) kapitalizam (akumulacija kapitala u uvjetima konkurencije na tržištu rada i proizvodnje);
- 2) industrijalizacija (iskorištavanje neživih izvora materijalne moći u proizvodnji dobara i središnja uloga strojeva u proizvodnom procesu);
- 3) nadzor (nadgledanje podčinjenog stanovništva u sferi politike) te
- 4) vojna sila (kontrola sredstava nasilja u kontekstu industrijalizacije rata) (Giddens, 1990).

„Na pitanje važnosti Giddensa u tumačenju modernih institucija, odgovor leži u njegovoj tezi da ključna uloga u intervenciji i kontroli rizika, kao i preobrazbi društva modernosti u društvo *postmodernosti* leži upravo u institucijama“ (Rinčić, 2010: 152). S obzirom na navedeno, Giddens smatra da će *postmodernost* nadilći četiri ranije spomenute institucije modernosti te u tom kontekstu navodi institucije *postmodernog* poretka:

- 1) sustav postoskudice (tržišta će i dalje postojati, međutim neće biti nejednakosti kao u modernosti jer će za sve biti dovoljno robe, što će se postići stalnim ekonomskim rastom te smanjivanjem aspiracija stanovništva bogatijih zemalja),
- 2) višeslojna demokratska participacija (razvoj tehnika za motrenje pomoći će vladama da shvate važnost suradnje i potpore stanovništva bitnih za svrsishodnu uporabu moći),
- 3) demilitarizacija (posljedica globalizacije i sve jače uzajamne ovisnosti među narodima stvoriti će uvjerenje da rat nema smisla) te
- 4) humanizacija tehnologije (zbog razvoja genetike i biotehnologije ljudi će postati svjesniji potrebe nadzora tehnologije radi izbjegavanja katastrofalnih posljedica) (Giddens, 1990).

Sve institucije imaju tri osnovne značajke: postoje objektivno što znači da su izvanjske pojedincu odnosno odvojene od njegovih misli, osjećaja i težnji; imaju moć prisile nad pojedincima, tj. nameću im određena pravila ponašanja koja, ukoliko se krše, donose za sobom negativne kazne i sankcije; i posjeduju legitimnost kojom nastupaju kao moralni autoritet zbog kojega se pojedinci redovito dobrovoljno podvrgavaju njihovim pravilima i zahtjevima (Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, n.d.). Dakle, njihov opstanak temelji se na povjerenju članova društva u valjanost njihovih normi i opravdanost sankcija kojima pribjegavaju. Prema Northu (1991: 97) institucije su ljudski stvorena ograničenja koja strukturiraju političku, ekonomsku i socijalnu interakciju te se sastoje i od neformalnih ograničenja (sankcije, tabui, običaji, tradicija i pravila ponašanja) i od formalnih pravila (ustavi, zakoni, imovinska prava). Hodgson (2006: 18) također smatra da institucije uvjetuju društveni život te da je velik dio ljudske interakcije i aktivnosti strukturiran u uvjetima otvorenih i izričitih pravila. Stoga ih definira kao sustave uspostavljenih i dominantnih društvenih pravila koja grade društvene interakcije prema čemu institucije i ograničavaju i omogućavaju ponašanje. Nadalje, smatra da pravila uglavnom djeluju zato što su ugrađena u zajedničke navike ponašanja i mišljenja.

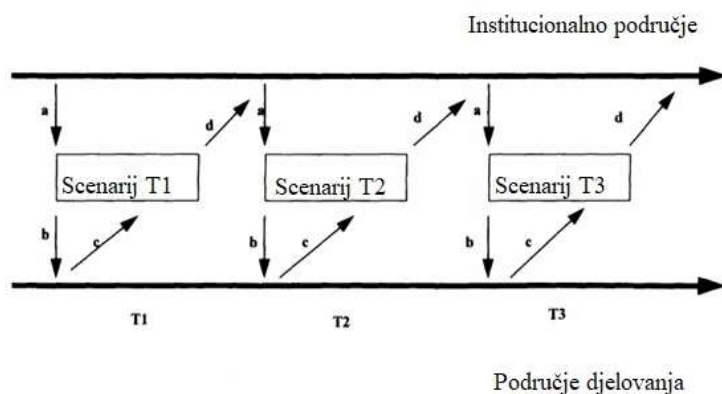
Sličnim temama bavi se i teorija strukturacije Anthonyja Giddensa koja prihvaća prednost društvenih praksi i nad djelovanjem i nad strukturama (Giddens, 1984). Za navedenu teoriju najvažniji su bit ljudskog djelovanja i djelujućeg pojedinca, pitanje konceptualizacije interakcije i njen odnos prema institucijama te praktično značenje socijalnoznanstvenih analiza (Giddens, 1995, prema Puzić, 1998: 225). Dakle, Giddensova glavna ideja je da struktura i akcija ne mogu postojati jedna bez druge, što znači da društvene akcije stvaraju strukture te se

pomoću društvenih akcija strukture reproduciraju kako bi preživjele duže vrijeme (Giddens, 1984). Budući da je njegovo polazište modernost te u tom kontekstu govori o međusobnom utjecaju institucija i pojedinaca, smatra da je ona orijentirana prema društvenoj kontroli, a jačanje administrativne moći rezultira ubrzanim procesom nadgledanja koje je i uvjet i proizvod institucionalne refleksivnosti jer apstraktni sustavi imaju vrlo važnu ulogu u koordiniranju raznih područja društvenog života (Giddens, 1991, prema Tomić-Koludrović i Knežević, 2004: 118). Tako kroz nadgledavanje i refleksivnost dolazi do kontroliranja ponašanja koja nisu integrirana u sustav. „Dok su se nekada ludilo i kriminal definirali u terminima društvene nemogućnosti da se prihvati određeni tip življenja ili ponašanja, s rastućim procesima modernosti institucije kao što su ludnica ili zatvor postale su mjesta *tehničke korekcije*, a smrt, primjerice, *tehničko pitanje*“ (Tomić-Koludrović i Knežević, 2004: 118-119). Tako Giddens govori o moći koja je unutar interakcije uvijek podijeljena pa svaki pojedinac zadržava mogućnost utjecaja (Puzić, 1998: 227). Dakle, „strukture vlasti svojstvene društvenim institucijama ne iznjedruju automatski *poslušna tijela*, već te strukture uključuju uređene odnose autonomije i ovisnosti među djelujućim akterima; svi oblici ovisnosti stoga uključuju određene resurse uz pomoć kojih podčinjeni mogu utjecati na ponašanje nadređenih. Ova pojava izraz je onoga što Giddens naziva *dijalektika kontrole* (*dialectic of control*) u odnosima moći“ (Puzić, 1998: 227). Nadalje, on spominje *dvojnost strukture* čime objašnjava da strukture društvenu akciju čine mogućom te da istodobno društvena akcija stvara same te strukture. On navodi dva aspekta strukture, a to su pravila i resursi. Za Giddensa, pravila su procedure koje pojedinci u društvenome životu mogu slijediti, a njihova tumačenja su ponekad napisana, primjerice u obliku zakona ili birokratskih uputa (Giddens, 1984). Ta pravila se mogu reproducirati ili izmijeniti tako što se razvijaju neki novi obrasci interakcije. Resursi isto nastaju ljudskim akcijama te se mogu mijenjati ili održavati, a imaju dva oblika – alokativni, koji nisu dani od prirode već ih ljudske akcije pretvaraju u resurse (sirovine, zemlja, tehnologija, sredstva proizvodnje, dobra) i autoritativni (Giddens, 1984). Tako primjerice zemlja nije resurs ukoliko se ne koristi. Za *autoritativne resurse* Giddens govori da su nematerijalni te da nastaju kao rezultat činjenice da neki pojedinci mogu dominirati drugima. To znači da imaju sposobnost navođenja drugih kako bi oni ostvarili nečije želje. Prema tome, ljudi postaju resursi kojima se drugi mogu koristiti (Giddens, 1984). Takvi resursi također postoje u slučaju nastanka ljudske interakcije odnosno osoba nema autoritet ukoliko se njime ne koristi. Objašnjavanjem strukture Giddens dolazi do naravi društvenih sustava i institucija. Društveni sustav smatra obrascem društvenih odnosa koji postoji u nekom prostorno-vremenskom odsječku, dok za institucije govori da su to obrasci ponašanja koji prikazuju neki

kontinuitet u vremenu, ali se taj kontinuitet također može i mijenjati s prolaskom vremena (Giddens, 1984). Navedeno je povezano s njegovom idejom ljudske akcije (*agency*), jer su sve to dijelovi *dvojnosti strukture* što objašnjava time da ljudski akteri svojim akcijama stalno interveniraju u svijet i time imaju sposobnost njegove promjene. On ne smatra da pojedinci oblikuju društvo ili da društvo oblikuje ponašanje pojedinaca, već smatra da na ljudsko ponašanje utječe struktura zbog znanja koje subjekti imaju o svojem društvu. Također, smatra da ljudi imaju potrebu za stupnjem predvidljivosti socijalnoga života odnosno *ontološkom sigurnošću* ili povjerenjem da su prirodni i društveni svijet onakvi kakvima i izgledaju. Prema tome, postojanje uzajamnoga znanja i potreba za ontološkom sigurnošću stvaraju regulaciju društvenoga života što se očituje u ponavljajućim obrascima ponašanja te na taj način dolazi do reprodukcije društva, društvenih sustava i institucija. Isto tako, društvo se u tom procesu ima mogućnost i izmijeniti, što znači da se akteri ne moraju ponašati kao drugi te ne moraju djelovati prema svojim navikama (Giddens, 1984). U tom kontekstu Giddens spominje *refleksivno motrenje akcija* što objašnjava na način da su ljudi uvijek sposobni razmišljati o tome što rade te razmotriti jesu li postigli svoje ciljeve, a ako iste ne postignu, postoji mogućnost novog načina ponašanja aktera, čime se mijenjaju obrasci interakcije i socijalna struktura.

Kao i strukturalni teoretičari i neki institucionalni teoretičari priznaju da kulturna ograničenja ne određuju u potpunosti ljudsko djelovanje već institucije ograničavaju racionalnost mogućnosti i alternative čime se povećava vjerojatnost određenih vrsta ponašanja (Barley i Tobert, 1997: 94). Prema tome, kroz izbor i akcije, pojedinci i organizacije mogu namjerno mijenjati ili čak i eliminirati institucije. Zaključno, oba pristupa dijele pretpostavku da akciju uglavnom organiziraju institucije, široko uvriježene definicije ponašanja i prikladne veze između sudionika te da su institucije stvorene, održavane i mijenjane kroz djelovanje (Barley i Tolbert, 1997: 94). Nadalje, strukturalna teorija usredotočena je na dinamiku kojom su institucije reproducirane i izmijenjene, a to je pitanje zanemareno od strane institucionalne teorije.

Konačno, proces koji društvene prakse u dovoljnoj mjeri regulira i čini ih kontinuiranim kako bi se one mogle smatrati institucijama, naziva se institucionalizacija (Eisenstadt, 1968). Barley i Tolbert (1997: 100) navode model odnosa institucija i akcija odnosno institucionalizacije koji sintetizira i elaborira ideje vezane uz institucije Giddensa te Bergera i Luckmana. Prema modelu, institucionalizacija je kontinuirani proces čiji se rad može promatrati samo kroz vrijeme (Barley i Tolbert, 1997: 100), što prikazuje sljedeća shema:



Legenda: a=kodiranje, b=donošenje (*pravila*), c=ponavljanje ili izmjena, d=eksternalizacija i objektivizacija

Slika 1. Model institucionalizacije

Izvor: Barley i Tolbert (1997: 101); prilagođeno na hrvatski jezik

Autori objašnjavaju da vodoravne strelice (gornja i donja) označavaju vremenska proširenja dvaju Giddensovih područja društvene strukture: instituciju i djelovanje. Okomite i dijagonalne strelice koje povezuju ta dva područja označavaju dualnost društvenih sustava. Okomite strelice također predstavljaju institucionalna ograničenja u djelovanju, a dijagonalne održavanje ili modifikaciju institucije djelovanjem. Dakle, socijalna ponašanja čine i stvaraju institucije dok one istovremeno ograničavaju djelovanje. Zato bi se navedeni model, prema Barleyu i Tolbert (1997: 100-103) mogao objasniti na sljedeći način:

- a) kodiranje (strelica *a*) – podrazumijeva kodiranje institucionalnih načela; prema Bergeru i Luckmannu kodiranje se često odvija tijekom socijalizacije te uključuje pojedinačna internalizirajuća pravila i interpretacije ponašanja primjerena određenim postavkama;
- b) donošenje (*pravila*) (strelica *b*) – drugi *korak* institucionalizacije se događa kada akteri donose *pravila* koja kodiraju institucionalna načela, a donošenje *pravila* može ili ne mora podrazumijevati svjestan izbor odnosno svijest o alternativama (npr. može se ponuditi standardno obrazloženje za takvo ponašanje poput *računovodstvo treba ove podatke*); najčešće se akteri jednostavno ponašaju prema tome kako *stvari stoje*;
- c) ponavljanje ili izmjena (strelica *c*) – u većini okolnosti, namjera da se promijene *pravila* vjerojatnije će dovesti do institucionalnih promjena nego nesvjesna, nenamjerna odstupanja od scenarija;
- d) eksternalizacija i objektivizacija (strelica *d*) – odnose se na obrasce ponašanja i interakciju proizvedene u dotičnom razdoblju; obrasci dobivaju normativnu, *činjeničnu*

kvalitetu i njihov odnos prema postojećim interesima različitih aktera postaje prikriven.

Području sociologije pojam institucije nije jednoznačan – prema funkcionalističkoj perspektivi smatra se da one ispunjavaju *potrebe* pojedinaca ili društava, a prema fenomenološkoj perspektivi promatra se više način na koji ljudi stvaraju ili prihvaćaju institucije nego reagiranje ljudi na njih (Abercrombie, Hill i Turner, 2008: 140). Navedene su perspektive, uz konfliktnu perspektivu, prikazane u daljnjem tekstu. Budući da se rad temelji na povezanosti društvenih determinanti i struktura vrijednosti s efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici, potrebno je objasniti kako je uopće došlo do nastanka takvog koncepta. To će se pokušati objasniti između ostalog i spomenutim perspektivama te posebno teorijskim postavkama autora Michela Foucaulta (1994) i Ervinga Goffmana (2011) prema kojima su karakteristike psihijatrijskih bolnica odnosno totalnih institucija prednjačile razvoju takvog koncepta.

2.1.2. Funkcionalistički pogled na institucije

S funkcionalističkog stajališta, društveno djelovanje objašnjava se preko njegovih posljedica na neko drugo društveno djelovanje, instituciju ili društvo u cjelini, a za navedeno su najvažnija sljedeća tri argumenta:

- 1) društveno djelovanje ili društvena institucija mogu imati latentne funkcije u odnosu na neko drugo djelovanje,
- 2) društveno djelovanje može pridonijeti održanju stabilnosti društvenoga sustava i
- 3) društveno djelovanje može pridonijeti zadovoljavanju osnovnih društvenih potreba ili funkcionalnih preduvjeta – prema tome, Parsons smatra da društva imaju određene potrebe koje treba zadovoljiti kako bi ista opstala, a zadovoljavanje tih potreba zadatak je institucija (Cohen, 1968).

Temeljni pojmovi funkcionalističke teorije su *funkcija*, *struktura*, *društveni sistem*, *strukturalni pristup*, *integracija* i *socijalna evolucija* (Kuvačić, 1990). Prema istom autoru, kada se upotrebljava u sociologiji, termin *funkcija* je višeznačan, pa tako može označavati upotrebu, korisnost, cilj, namjeru, motiv, intenciju i konzekvenciju (Kuvačić, 1990: 21). Nadalje, termin *struktura* označava suodnošenje dijelova neke cjeline kao što su na primjer odnosi među osobnim ulogama gdje je važna „analiza čitavog niza međusobno povezanih uloga, koje, vodeći prema zajedničkom cilju, obrazuju *institucije* (Kuvačić, 1990: 22). Kuvačić kao primjer daje instituciju obrazovanja gdje svi oni koji sudjeluju u njoj utječu na nju, a ona utječe na cijelo

društvo. Navodi da proučavanje institucija dovodi do različitih razina funkcionalne analize. Prva se odnosi na individualne uloge i njihove funkcije, a druga na funkciju institucija u društvu. Kako dalje navodi Kuvačić (1990: 23), sljedeći pojam bitan za funkcionalizam je *društveni sistem* koji se odnosi na *sredinu* ili *okolinu* u kojoj se nalazi te mu se kod određivanja *granica* uzimaju u obzir jezik, običaji, tradicija i vrijednosti, a objašnjenje se svodi na navođenje učinaka socijalne strukture na okolinu u kojoj se ona nalazi. Prema tome, dolazimo do pojma *strukturalni pristup* koji „polazi od pretpostavke da se društvena zbilja ne može svesti na psihološke komponente, iz čega slijedi da se istraživanje ne može zadovoljiti individualnim motivima, nego mora težiti otkrivanju unutarnje strukturalne logike, koja može biti suprotna intencijama pojedinaca“ (Kuvačić, 1990: 23). Dalje spominje *integraciju* te objašnjava da je cjelina integrirana kada su svi njeni dijelovi međusobno usklađeni, pa je tako *integracija* zapravo društveni proces koji ujedinjuje raznorodne jedinice u kohezivnu cjelinu. Također, razlikuje *socijalnu integraciju* i *sistemsku integraciju*. *Socijalna integracija* promatra sukobe među ljudima, dok *sistemska* ukazuje na problem konfliktnih odnosa među dijelovima sistema (Kuvačić, 1990: 24). I na kraju objašnjava pojam *socijalna evolucija* prema kojem društveni sistem teži sve većoj integraciji, a ona nije moguća bez promjene i razvoja. Kuvačić (1990: 65) također opisuje kako je zasluga funkcionalizma i u tome što je razvio sistemski pristup primjenjiv u proučavanju raznih oblika i tipova organizacija. Prednost tog pristupa je to što pruža sveobuhvatan pogled na organizaciju u kretanju i omogućuje shvaćanje događaja u terminima integralne logike odnosno on ne polazi od (nepredvidive) akcije pojedinaca nego od strukturalnih elemenata koji se ponavljaju i omogućuju predviđanje (Kuvačić, 1990: 66). Međutim, šezdesetih godina ovaj je pristup doveden u pitanje te je razvijen alternativni pristup u sociološkom proučavanju institucija. Taj pristup ne polazi sa stajališta organizacije, već sa stajališta ljudi kojima se upravlja (kao s podanicima, građanima ili *žrtvama* organizacije), za što primjer daje Erving Goffman prema čijoj teoriji *socijalne dramaturgije* ljudi nisu proizvod sistema, nego oni *stvaraju sistem* da bi sebe uzvisili (Kuvačić, 1990: 66). Dalje objašnjava da Goffman ne gleda na ljude kao na bića koja nastoje nešto raditi, nego ih gleda kao bića koja nastoje nešto biti. Goffman (1961), prema Kuvačiću (1990: 66), također proučava i psihijatrijsku bolnicu kao birokratsku instituciju te ne obraća pažnju na legalni aspekt situacije već promatra situaciju u kojoj jedna grupa ljudi kontrolira drugu grupu ljudi. Pri tome veliku pažnju pridaje kako na situaciju reagiraju one osobe koje se kontrolira kao i načinima i strategijama pomoću kojih *žrtve* birokratske organizacije uspijevaju izbjeći ili zaobići kontrolu i zaštititi ponašanje koje se suprotstavlja ciljevima organizacije (Kuvačić, 1990: 67). Zato Goffman smatra da su odnosi kontrolora i kontroliranih te reakcije kontroliranih pravo područje sociološke analize.

Jedan od autora koji je pridonio nastanku funkcionalizma je Herbert Spencer čija se sociologija temeljila na pokušaju spajanja utilitarističkoga individualizma s organskim modelom evolucije društvenih sustava (Turner, 1985). Tako je pod utjecajem bioloških teorija prirodnog odabira zagovarao dvije odvojene verzije teorije društvene evolucije. Prva se odnosila na to da se društveni sustavi, kao i organizmi, prilagođavaju okolini procesom unutarnje diferencijacije i integracije, a druga da se evolucijski napredak društva kretao od jednostavne homogenosti u militarističkome društvu prema kompleksnoj heterogenosti u industrijskome društvu (Turner, 1985). Iz navedene je teorije, između ostalog, proizašlo i njegovo promišljanje o institucijama za koje smatra da su trajni oblici društvene organizacije koji zadovoljavaju temeljne funkcionalne potrebe odnosno zahtjeve ljudskih organizacija te kontroliraju aktivnosti pojedinaca i grupa u društvu (Turner, Beeghley i Powers, 2002: 22). Stoga, prema istim autorima, Spencer navodi nekoliko vrsta institucija, međutim autori izdvajaju njih pet: obiteljske, obredne, političke, religijske i ekonomske. U daljnjem tekstu objašnjena je svaka od navedenih institucija (Turner, Beeghley i Powers, 2002: 22-25):

- a) Obiteljske institucije odnose se na reprodukciju kao osnovnu potrebu svake vrste. Neki od zaključaka do kojih su došli autori proučavajući njegovu teoriju su da procesi srodstva, u izostanku drugih načina organizacije populacije, postaju glavni mehanizmi društvene integracije, zatim, što je veća populacija to će biti razrađeniji rodbinski sustav te da će društva koja su u trajnom sukobu težiti stvaranju podrijetla po očevoj liniji i stvaranju patrijarhalnog autoriteta, dok će posljedica toga biti manje jednakosti među spolovima i veća vjerojatnost tretiranja žena kao predmet vlasništva.
- b) Za obredne institucije koje su prema Spenceru temelj za srodstvo, vladu i religiju, autori izvlače sljedeće zaključke: što je veći stupanj političke centralizacije u društvu, to je veća nejednakost s čime raste i zabrinutost oko simbola i obreda koji čine razlike među pojedincima. Zato će ljudi različitih (društvenih) statusa željeti posjedovati predmete i titule kako bi naglasili svoj status te će zbog takvih razlika doći do stereotipnih oblika ponašanja. Ukoliko je manji stupanj političke centralizacije i time manji stupanj nejednakosti, interakcija će u društvu biti regulirana jer će ljudi biti manje zabrinuti oko stvaranja razlika.
- c) Iz obrade političkih institucija proizlaze zaključci poput toga da što je veći broj ljudi i unutarnjih prijenosa između pojedinaca u društvu, to je veći stupanj unutarnje diferencijacije vlasti, zatim, što je veća potencijalna razina sukoba drugih društava, ali

i unutar određenog društva, veći je stupanj centralizacije moći vlasti. I na kraju, što je veća centralizacija moći, veća je vidljivost klasne podjele koja zatim stvara sukob.

- d) Autori Spencerovu analizu religijskih institucija pojednostavljaju na sljedeći način: više ratova i osvajanja u društvu donosi veće probleme s ujedinjenjem različitih religijskih vjerovanja te se zato uzdiže svećenička klasa koja ublažava sukobe među religijama tako što stvara politeističku religiju; ako je društvo politički centralizirano, a klase su u njemu različite, poput velike razlike između bogatih i siromašnih, svećenici lakše stvaraju dosljedan sustav božanstva; što se više vlada oslanja na svećenstvo kako bi kroz religiju potvrdila njihov položaj, to svećenstvo lakše izvlači korist iz vlade i time postaju posebna klasa društva koja zato poprima birokratsku organizaciju; što je više vlada centralizirana te se oslanja na politeističku religiju, koja pravda njenu vlast, to je veća šansa za religijskom revolucijom koja će religiju pojednostaviti i stvoriti monoteističku religiju.
- e) Profesionalne i industrijske institucije autori zajedno nazivaju ekonomskim institucijama koje se kreću oko rasta tehnologije odnosno znanja o tome kako manipulirati prirodnim okruženjem, rasta proizvodnje i distribucije dobara i usluga, akumulacije kapitala ili alata proizvodnje te promjena u organizaciji rada.

Za razliku od Spencera, Emile Durkheim, također jedan od glavnih predstavnika funkcionalizma, institucije ne dijeli na grupe već ih spominje u kontekstu društvenih činjenica te su zato one za njega sva uvjerenja i načini ponašanja koje je pokrenula zajednica (1999: 27). Nadalje, društvene činjenice sastoje se u načinima djelovanja, mišljenja i osjećanja, izvanjske su pojedincu i imaju prinudnu snagu na osnovu koje se nameću pojedincu (Durkheim, 1999: 25). Smatra da se prinuda koju one vrše na pojedinca osjeti tek kada se pojedinac pokušava boriti protiv njih odnosno „pokuša li se pojedinac suprotstaviti nekome od kolektivnih očitovanja, osjećaji koje niječe okrenut će se protiv njega“ (Durkheim, 1999: 26). Durkheim za primjer daje odgoj djece. Dakle, odgoj se sastoji od napora da se djetetu nametne način viđenja, osjećanja i djelovanja do kojih ono samo ne bi došlo – od njegovog rođenja roditelji ga prisiljavaju da jede, pije, spava u određeno vrijeme, da bude čisto i poslušno, dok ga se kasnije uči da mora raditi, uzimati u obzir druge ljude te poštovati njihove navike. Ako se kroz neko vrijeme navedene prinude prestaju osjećati to znači da polako postaju navikama, a pritisak koji dijete podnosi je zapravo pritisak društvenog okruženja koje ga pokušava oblikovati na svoj način, dok su roditelji i učitelji u biti samo njegovi predstavnici i posrednici (Durkheim, 1999: 27). Također, navedene karakteristike društvenih činjenica, koje se između ostalog

odnose i na institucije, mogu se u kontekstu ovog rada primijeniti i na psihijatrijske bolnice. U tom slučaju, takve karakteristike odnosile bi se na profil osoba koje borave u takvim bolnicama te sve ono što ih uglavnom *prati* tijekom odnosno nakon boravka tamo – stigmatizacija, pokušaj prilagodbe u zajednicu te vraćanje svakodnevnim aktivnostima. Iz ovoga se može uvidjeti da autor smatra kako su institucije u svojoj biti zapravo produkti ljudskog razmišljanja i djelovanja kojega možda ponekad nismo u potpunosti svjesni. Ali upravo smjer našeg djelovanja određuje završne *proizvode* – u ovom slučaju institucije.

Prema Kuvačiću (1990: 183-184), Talcott Parsons svoju teoriju o institucijama zasniva na sličnim promišljanjima odnosno na tome da ulogu aktera definira normativno očekivanje članova grupe, ovisno o tome kako je to određeno njihovom društvenom tradicijom. Stoga njegovo usuglašavanje odnosno neusuglašavanje s članovima grupe dovodi do odobravanja i nagrade ili osude i kazne, a takva iščekivanja tvore dio njegove ličnosti. Prema tome, važan aspekt socijalne strukture je sistem iščekivanja što znači da je ponašanje aktera definirano njegovom motivacijom ili sankcijama članova grupe. Zato se takvi legitimno ustanovljeni sistemi iščekivanja nazivaju institucijama (Parsons, 1964, prema Kuvačić, 1990: 184). Iz perspektive funkcionalizma, „institucionalizirane uloge tvore mehanizam pomoću kojeg se integriraju razne mogućnosti *ljudske prirode* na takav način da su uključene u zajednički integralni sistem koji uspješno rješava sve probleme s kojima se susreće društvo i njegovi članovi“ (Parsons, 1964, prema Kuvačić, 1990: 184). Što se tiče strukture institucija kao sistema, one su i rezultat i faktor kontrole u akciji pojedinaca u društvu pa zato istovremeno moraju biti usklađene s funkcionalnim potrebama njihovih aktera kao individua te sa socijalnim sistemima koje tvore. Parsons navodi tročlanu shemu funkcionalno diferencirane strukture:

- a) *situacione* institucije ili obrasci su slučajevi organizacije uloga u skladu s aspektima situacije u koju su smješteni akteri i socijalni sistem, kao na primjer uloge srodstva koje su organizirane na biološkoj osnovi ili političke institucije koje su organizirane na bazi solidarnosti;
- b) *instrumentalne* institucije usmjerene su na postizanje svojevrsnih ciljeva kao na primjer tehnologija moderne medicine koja se usvaja u okviru institucionalizirane uloge liječnika i
- c) *integrativne* institucije koje su usmjerene na reguliranje odnosa individua zbog izbjegavanja konflikta i unaprjeđenja suradnje kao što su na primjer socijalna stratifikacija i vlast (Parsons, 1964, prema Kuvačić, 1990: 185).

Dakle, Parsons institucije shvaća kao funkcionalno diferencirani sistem te govori da takvo shvaćanje omogućuje lociranje promjena u bilo koji dio sistema iz perspektive njihove međuzavisnosti u njemu kao cjelini (Kuvačić, 1990: 186). Na kraju, Parsons smatra da takva dinamična analiza omogućuje također i općenito razmatranje tendencije ponašanja ljudskih aktera u situacijama u kojima su smješteni odnosno podvrgnuti iščekivanjima njihovih institucionaliziranih uloga (Kuvačić, 1990: 186).

2.1.3. *Konfliktni pogled na institucije*

Konfliktna teorija ima model društva kao cjeline, prihvaćaju strukturalni pristup te koriste pojam o tome da postoje skupine u društvu koje imaju različite interese (Haralambos i Holborn, 2002: 1041). To znači da se prema navedenim teorijama smatra da će društveni aranžmani koristiti nekim skupinama na račun drugih, a upravo zbog različitih interesa uvijek postoji potencijal sukoba. Također, „vjerojatno je da će se različite skupine koje slijede svoje odvojene interese sukobiti i stvoriti određeni stupanj nestabilnosti u društvu“ (Haralambos i Holborn, 2002: 1041). Međutim, to ne znači da će te skupine biti stalno u konfliktu. Naime, doći će i do razdoblja primirja, no ona ne traju vječno te tada opet dolazi do obnove sukoba. Do *oživljavanja* konfliktnih teorija odnosno teorija sukoba došlo je 1950-ih i 1960-ih kada su se neki teoretičari pokušali oduprijeti dominaciji funkcionalizma koji se vezao uz zanemarivanje sukoba te je prednost davao koncepciji jedinstvenoga društva i kulture koja daje važnost društvenoj integraciji i zajedničkim vrijednostima što dovodi do sklada (Abercrombie, Hill i Turner, 2008: 398). Također, funkcionalisti su sukob smatrali patološkim, a ne normalnim stanjem društvenog organizma, stoga su se teoretičari sukoba počeli pozivati na djela Karla Marxa i Georgea Simmela. Marx je govorio o dihotomnom modelu društvenoga sukoba u kojemu je cjelina društva podijeljena na dvije temeljne klase koje predstavljaju interese kapitala i rada, a sukob bi trebao promijeniti društvo, dok je Simmel naglašavao važnost sukoba te je smatrao da isti pozitivno utječe na društvenu stabilnost i pomaže očuvanju skupina i kolektiviteta (Abercrombie, Hill i Turner, 2008: 398). Nadalje, Ralf Dahrendorf je smatrao da se sukobi ne preklapaju već se presijecaju te da se središnji sukob u svim društvenim institucijama odnosi prije na raspodjelu moći i vlasti nego na kapital, a da je odnos dominacije i podređenosti taj koji proizvodi antagonističke interese (Dahrendorf, 1959). Zato je također smatrao da je vrlo važno uspješno zadržati industrijski sukob unutar ekonomije kako ne bi došlo do njegovog prelijevanja u druge institucije. Govori da je vlast legitimna moć koja je pripojena zauzimanju posebne društvene uloge unutar neke organizacije te kao primjer daje nastavnika u učionici koji ima pravo donositi određene odluke bez obzira na želje učenika. U

tom kontekstu bitno je spomenuti institucionalizaciju sukoba koja se u sociologiji objašnjava time što je početak kapitalističke industrijalizacije bio obilježen društvenim sukobima u industriji i društvu koji su oslabjeli s postupnim sazrijevanjem kapitalizma (Eisenstadt, 1968). Prema istim autorima, smatra se da je u početnoj fazi kapitalizma sukob bio žestok i opasan zbog raspadanja tradicionalnih odnosno predindustrijskih društvenih veza i normativne regulacije, a kada je došlo do prijelaza u zreli industrijalizam razvile su se nove regulatorne i integrativne institucije i vrijednosti. Tako institucionalizacija, u tom kontekstu, podrazumijeva odvajanje političkog i industrijskog sukoba što znači da jedan više nije nadređen drugome te razvoj specijaliziranih institucija za regulaciju sukoba u industriji, a upravo su sindikati i kolektivno pregovaranje između poslodavaca i sindikata institucije preko kojih se pokušavaju uskladiti (oprečna) stajališta poslodavaca i radnika. David Lockwood smatrao je da postoji razlika između *sistemsoga* i *društvenog* sukoba i integracije. Prema tome, sistemski sukob nastaje ako među institucijama nema sklada (npr. kada politički podsustav provodi politiku koja je u sukobu s potrebama ekonomskoga podsustava), a društveni sukob nastaje samo u društvenim interakcijama, tj. ima međuljudski karakter (Lockwood, 1964).

Nastavno na njegovo promišljanje o sukobu, Marx nudi dvije teorije kako bi objasnio društvenu i institucionalnu promjenu: povijesni materijalizam i već spomenuti klasni sukob (Knight, 1992: 8). Za njega se povijesni materijalizam odnosi na traženje uzroka razvoja i promjena u društvu, što uključuje društvene promjene izazvane sukobom između proizvodne snage i proizvodnih odnosa. Prema tome, kada proizvodni odnosi (tj. postojeće institucije) više ne zadovoljavaju razvoj i dinamiku proizvodnih snaga dolazi do institucionalne revolucije slijedom čega se stvaraju nove institucionalne veze, funkcionalno prikladnije za nastavak ekonomskog rasta (Knight, 1992: 8). Druga teorija odnosno klasni sukob odnosi se na napetosti između interesa drugih, tj. različitih ekonomskih klasa, a pretpostavka je da će se ta napetost manifestirati društvenom revolucijom. Međutim, prema Knightu (1992: 8), teorija klasnog sukoba ne daje odgovor na pitanje kako će ta revolucija dovesti do institucionalne funkcionalnosti koja bi bila bolja nego ona prijašnja odnosno ona zbog koje je i nastao sukob. Navedeni autor smatra da se obje teorije temelje na tome da društvene institucije zapravo diskriminiraju u korist dominantnih društvenih grupa, no nisu uspjele objasniti nužnost promjene u odnosima proizvodnje, tj. institucionalni temelj društva, u terminima klasnih sukoba. Sličnu pažnju navedenoj pristranosti svojstvenoj društvenim institucijama pridaje i Max Weber kada govori o društvenim i institucionalnim promjenama, a njegov rad usmjeren je na pokušaj objašnjenja zašto društvene institucije koje pokazuju naklonost nekim

društvenim skupinama opstaju, dok one koje pokazuju naklonost drugim segmentima društva ili ne uspijevaju nastati ili propadaju (Knight, 1992: 9).

Naposljetku, suvremena se analiza problema institucionalizacije konceptualizira kao problem kolektivnog djelovanja, pa su tako institucije „namjerni proizvod bilo kojih (1) razmjena resursa odnosno koristi između privatnih aktera ili (2) političkih natjecanja oko utjecaja na donošenje javnih politika“ (Knight, 1992: 11).

2.1.4. Fenomenološki pogled na institucije

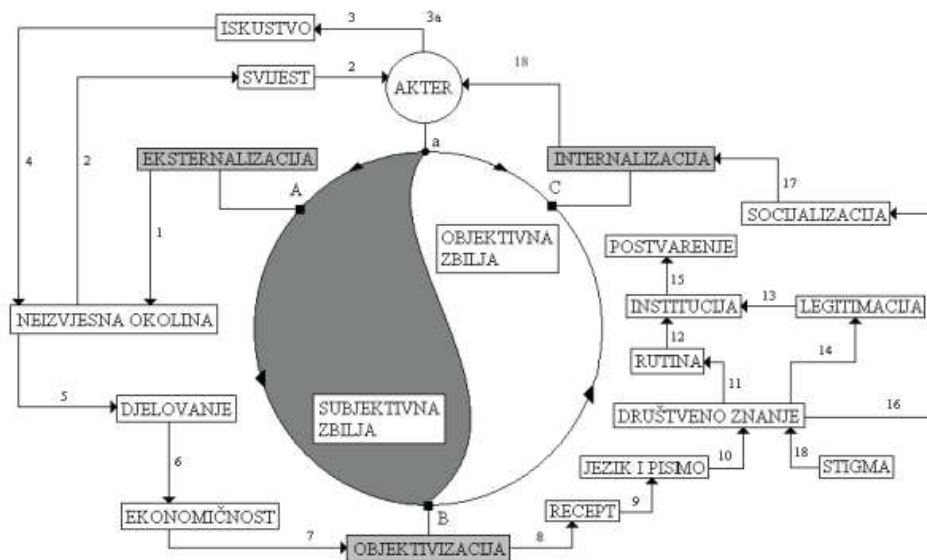
Glavni cilj fenomenološke sociologije je analiza i opisivanje svakodnevnoga života, tj. svijet života i s njime povezanih stanja svijesti, a karakteristike te analize su *stavljanje u zagrade*, suzdržavanje od izricanja sudova o društvenoj strukturi, tj. izbjegavanje bilo kakvih pretpostavki o postojanju ili kauzalnoj moći društvene strukture (Wolff, 1978). Također, prema fenomenološkom pogledu ljudi svakodnevni svijet uzimaju zdravo za gotovo, no unatoč tome, fenomenološka analiza mora pokazati od čega je svijet sastavljen. Fenomenolozi daju kritiku tvrdnjama poput toga da ljude oblikuje djelovanje društvenih sila (umjesto da sami stvaraju društveni svijet) te zanemarivanju značenja ljudskog djelovanja i primjeni kauzalnog modela pri razmatranju istog – oni smatraju da se tako zanemaruje specifično ljudski karakter društvene interakcije (Wolff, 1978). „Njezin naglasak je na unutarnjem djelovanju ljudskog uma i načinu na koji ljudi klasificiraju i osmišljavaju svijet oko sebe. Ona se ne zaokuplja kauzalnim objašnjenjem ljudskog ponašanja na isti način kao druge perspektive“ (Haralambos i Holborn, 2002: 1060). To znači da ona pokušava razumjeti značenje fenomena ili stvari, a ne bavi se objašnjenjima kako su oni nastali. Fenomenolozi smatraju da ljudi dolaze u kontakt s izvanjskim svijetom pomoću osjetila odnosno opipom, mirisom, sluhom, vidom i okusom te da se bez osjetila ne može spoznati vanjski svijet. No osjeti nisu dovoljni kako bi taj svijet pojedincu imao smisla – „kad bi ljudi uzimali svoja osjetilna iskustva zdravo za gotovo, bili bi suočeni s nepoznatljivim mnoštvom impresija – boja, svjetla, zvuka, mirisa, osjeta i okusa – koji bi bili besmisleni“ (Haralambos i Holborn, 2002: 1060). Kako bi svladali taj problem, ljudi počinju organizirati svijet oko sebe u fenomene, što znači da klasificiraju svoja osjetilna iskustva u stvari za koje smatraju da imaju zajedničke karakteristike. Na primjer, razlika između živih i neživih predmeta – „ta razlika se može razraditi tako da se živi predmeti podijele u sisavce i nesisavce. „Sisavci se mogu podijeliti u razne vrste, a vrste se mogu podijeliti u razne pasmine“ (Haralambos i Holborn, 2002: 1060). Prema istim autorima, ljudi imaju cijeli niz skraćenih načina za klasifikaciju i razumijevanje svijeta koje je izvanjsko njihovoj vlastitoj svijesti. Fenomenologiju je prvi razvio Edmund Husserl, a u sociologiji ju je

razradio Alfred Schütz. Husserl (1931) je smatrao da je klasifikacija fenomena proizvod ljudskog uma u potpunosti te da se ne može evaluirati kao istinita ili lažna. Također, nije nijekao postojanje fizičkih objekata izvan i onkraj ljudskog uma, već je tvrdio da, s obzirom da ljudi mogu doći u kontakt s njima samo preko svojih osjetila, oni nikad ne mogu biti sigurni glede njihove naravi. Prema tome, kako bi osigurali znanje, ljudi stavljaju stvarnost i zdravorazumska vjerovanja *u zgradu* – znači da ih stavljaju *unutar zgrade* takve kakvi jesu i time zaboravljaju jesu li istinita ili lažna te se tada mogu okrenuti fenomenološkom razumijevanju svijeta.

Već spomenuti Alfred Schütz prvi je pokušao objasniti kako se fenomenologija može primijeniti u društvenom svijetu tako što je naglašavao da način na koji ljudi klasificiraju i pridaju značenja izvanjskom svijetu nije čisto individualni proces, nego su ljudi razvili *tipifikacije* odnosno koncepte koje pridružuju klasama stvari koje iskustveno doživljavaju (Schütz, 1972). Kao primjere navodi *bankovnog činovnika, nogometnu utakmicu, oprašivanje* i *drvo*. Smatra da su tipifikacije zajedničke pripadnicima jednog društva, na djecu se prenose učenjem jezika, čitanjem knjiga ili razgovorom s drugim ljudima, a njihovim korištenjem ljudi su u mogućnosti komunicirati s drugima na temelju pretpostavke da vide svijet na isti način. Dakle, prema njemu pripadnik društva izgrađuje zalihu onoga što on naziva *zdravorazumskim znanjem*. Takvo *zdravorazumsko znanje* se dijeli s drugim pripadnicima društva i omogućuje ljudima da žive i međusobno komuniciraju (Schütz, 1972). Za njega je takvo znanje vrlo važno kako bi došlo do ostvarivanja praktičnih zadaća u svakodnevnom životu te opisuje radnju slanja pisama, koja se prema njemu temelji na zdravorazumskog znanju i zajedničkim tipifikacijama. Prema tome, osoba koja šalje pismo pretpostavlja da će druga osoba (u tom slučaju poštanski službenik kojeg ta osoba vjerojatno nije sreća) biti u stanju prepoznati komad papira s nekim natpisom kao pismo i da će ga isporučiti na adresu navedenu na omotnici. Ljudi također pretpostavljaju da će primatelj pisma (ponovno netko koga vjerojatno nikad nisu upoznali) imati zdravorazumsko znanje slično njihovu te tako biti u mogućnosti shvatiti poruku i reagirati u skladu s tim. Iako je prema Schützu znanje zajedničko, on ne smatra da je ono nepromjenjivo već da se modificira cijelo vrijeme tijekom ljudske interakcije. Također, govori da svaki pojedinac interpretira svijet na donekle različit način, no zdravorazumsko znanje omogućuje ljudima da shvate (barem djelomično) akcije drugih. Zato ljudi smatraju da postoje uređeni i pravilni obrasci u društvenom životu te stvaraju iluziju da je u društvu stabilnost i red, dok zapravo postoji mnogo individualnih doživljaja koji nemaju jasan oblik niti formu (Schütz, 1972). Na tom tragu nastala je i etnometodologija koja je primijenila

fenomenološke koncepte u provedbi istraživanja, a čiji je glavni predstavnik Harold Garfinkel. Prema Haralambosu i Holbornu (2002: 1061), etnometodologija se bavi metodama kojima se ljudi odnosno članovi koriste da bi konstruirali, objasnili i dali značenje društvenom svijetu. Kao i Schütz, također govore da ne postoji stvarni društveni poredak, kao što je to kod drugih socioloških perspektiva, već članovi društva smatraju da je društveni život sređen samo zato što su oni aktivno uključeni u njegovo osmišljavanje – „društva imaju pravilne i sređene obrasce samo zato što ih članovi percipiraju na taj način“ (Haralambos i Holborn, 2002: 1061). To znači da je društveni poredak privid reda koji su konstruirali članovi društva te im on omogućuje da se društveni svijet opiše i objasni i tako postane spoznatljiv, prihvatljiv, razumljiv i razjašnjiv za članove.

Peter L. Berger i Thomas Luckmann (1992) o institucijama govore kroz shemu socijalne konstrukcije zbilje koju opisuju pomoću sociologije znanja. Prema tome, društvena zbilja sastoji se od subjektivne i objektivne zbilja te bi se društvo zato trebalo razumijevati „u odrednicama stalno tekućeg dijalektičkog procesa, sastavljenog od triju momenata – eksternalizacije, objektivacije i internalizacije“ (Berger i Luckmann, 1992: 155). S obzirom na teorijske postavke Bergera i Luckmanna, Hromatko i Matić (2008) nude shemu socijalne konstrukcije zbilje te detaljno opisuju cijeli proces nastanka institucija i međudnos subjektivne i objektivne zbilje.



Slika 2. Shema socijalne konstrukcije zbilje

Izvor: Hromatko i Matić (2008: 82)

U središtu spomenutog dijalektičkog procesa nalazi se pojedinac, a on svojim djelovanjem stvara društvene činjenice koje, ojačane prividom objektivnosti, povratno utječu na njegovo djelovanje te značenja koja on pridodaje svojem djelovanju i djelovanju drugih (Hromatko i Matić, 2008: 82). Nadalje, taj pojedinac prvo mora postati svjestan sebe i okoline kako bi mogao djelovati i postati akter (a). Svijest je uvijek intencionalna – „uvijek intendira predmete, ili je upravljena prema njima“ i „nikad ne možemo zahvatiti neki navodni supstrat svijesti kao takve, nego samo svijest o nečemu ili drugome“ (Berger i Luckmann, 1992: 38). Tako akter nužno eksternalizira (A) i na taj način postaje svjestan neizvjesne okoline (1) i sebe (2), zatim stječe iskustvo (3) o okolini čija ga karakteristična neizvjesnost (4) ugrožava pa svoje djelovanje (5) mora ekonomizirati (6) (Hromatko i Matić, 2008: 82). Time ga pragmatična tendencija svakodnevnog života vodi (7) do objektivizacije (B). Do receptata (8) dolazi kada akter iskustvom razvije obrazac djelovanja koji se po dobivenim rezultatima dokaže kao objektivan. Nakon toga dolazimo do jezika i pisma (9) koji mu omogućavaju nadilaženje prostora i vremena, ekonomičniju komunikaciju i akumulaciju zalihe društvenog znanja (10) (Hromatko i Matić, 2008: 82). Dakle, znanje receptata akteru olakšava snalaženje i funkcioniranje u neizvjesnoj okolini te ga on zato konstantno ponavlja i tako od njega stvara rutinu (11). „Nadalje, ako akterova rutina postane općedruštveno prihvaćena rutina, nastaje društvena institucija (12)“ (Hromatko i Matić, 2008: 83). Prema Bergeru i Luckmannu (1992: 82), institucionalni je svijet objektivirano ljudsko djelovanje, a time je takva i svaka pojedina institucija. Zatim, prema Hromatku i Matiću (2008: 83), društvo institucije održava legitimacijom (13) odnosno stvaranjem simboličkih univerzuma (npr. mitologijom, teologijom, filozofijom, znanostima) koji se izvlače iz društvenog znanja (14) i integriraju, tj. obuhvaćaju sva društveno objektivna i subjektivno zbiljska značenja. Tako se tvori smisleni univerzum u kojem su već objektivizirani institucionalni obrasci pozicionirani hijerarhijski iznad osobnog iskustva (Berger i Luckmann, 1992: 121). Hromatko i Matić (2008: 83) u shemi dalje opisuju da aktera njegovo nastojanje da uvede red i smisao u neizvjesnu okolinu i društveni život objektivizacijom i institucionalizacijom dovodi do postvarenja (15), tj. shvaćanja ljudskih pojava kao stvari, koje je ujedno i zadnja faza objektivizacije društvene stvarnosti. „Tako postvarene institucije ulaze u akumulirano društveno znanje i prenose se, posredstvom socijalizacije (16) na sljedeće generacije od kojih društvo očekuje da to znanje internaliziraju (17)“ (Hromatko i Matić, 2008: 83). Također, tijekom tog procesa na sljedeće se generacije prenosi i znanje o stigmama (18) koje zatim postaje sastavni dio njihova znanja o stigmatiziranim osobama. Na kraju, internalizacija (C) društvenog znanja je posljednja faza socijalne konstrukcije zbilje. U njoj se „objektivizirani aspekt društvene zbilje integrira u

subjektivnu zbilju pojedinca (19) što mu, posljedično, redefinira iskustvo (3a) i značenja koja akter pripisuje sebi, svojem djelovanju, drugima i društvenoj stvarnosti“ (Hromatko i Matić, 2008: 83). Tako pojedinac postaje dio društvene institucionalne strukture u kojoj treba djelovati na institucionalno određen način odnosno unutar granica uloge. Hromatko i Matić (2008: 83) govore da se pojedinac igrajući ulogu i prateći odrednice društvenog znanja svrstava u kategoriju *normalnih*, a na one koji su izvan tih granica *primjenjuju* se socijalna kontrola i stigma, o čemu će također biti riječi u kasnijim poglavljima. Shema Hromatka i Matica pokazuje da pojedinac nije samo pasivan primalac instrukcija društvene zbilje i njezinih institucija – činjenica, već je i njezin aktivni kreator, pa su prema tome sve društvene činjenice koje pojedinac doživljava kao objektivnu stvarnost produkti objektivizirane stvarnosti odnosno konvencije koje su stvorene ljudskom voljom i djelovanjem. Društvene činjenice ne posjeduju objektivnost same po sebi već im ljudi svojim djelovanjem daju privid iste. U kontekstu institucija i institucionalizacije, shema pokazuje da sa svakim ljudskim djelovanjem dolazi do navikavanja. Djelatnost koja se često ponavlja uobličuje se u obrazac koji se potom može reproducirati, a vršilac ga smatra obrascem (Berger i Luckmann, 1992: 74). Također, naviknute djelatnosti zadržavaju svoj smisleni karakter i navikavanjem pojedinac dolazi do sužavanja izbora što znači da navikavanje usmjerava i specijalizira aktivnosti te uklanja nužnost da se svaka situacija svaki put iznova definira. U tom kontekstu Berger i Luckmann postavljaju pitanje kako nastaju institucije. Naime, „institucionalizacija se zbiva kad god postoji uzajamno tipiziranje naviknutih postupaka od strane tipova djelatnika“ (Berger i Luckmann, 1992: 75). Važno je naglasiti recipročnost institucionalnih tipizacija te da su u institucijama, osim postupaka, tipični i djelatnici. Tipizacije naviklih postupaka koje konstituiraju institucije uvijek su zajedničke i na raspolaganju svim članovima društvene grupe, a institucija tipizira individualne aktere kao i individualne akcije. Autori navode nekoliko obilježja institucija:

- a) institucija zahtijeva da akcije tipa X izvode akteri tipa X;
- b) institucije podrazumijevaju povijesnost i kontrolu, što znači da se tipizacije postupaka grade tijekom zajedničke povijesti i da institucije imaju povijest te da su njeni proizvodi i
- c) institucije kontroliraju ljudsko vladanje tako što uspostavljaju prethodno određene obrasce vladanja i time ga kanaliziraju u jednom smjeru (Berger i Luckmann, 1992: 76).

Prema njima, kontrolirajući karakter inherentan je institucionalizaciji kao takvoj te prethodi i neovisan je o bilo kakvim mehanizmima sankcija specifično postavljenima kao podrška

instituciji. „U svim institucijama i u svim aglomeracijama institucija što ih zovemo društvima doista postoje ti mehanizmi (čiji zbir konstituira ono što se općenito naziva sistemom socijalne kontrole). Međutim, efikasnost njihove kontrole pripada sekundarnoj i naknadnoj vrsti“ (Berger i Luckmann, 1992: 76). Socijalna kontrola stoga je u egzistenciji institucije kao takve, a dodatni mehanizmi kontrole potrebni su jedino ako su procesi institucionalizacije bezuspješni. Nadalje, institucije se manifestiraju i u kolektivima, što je također jedna od njihovih karakteristika te one naposljetku sadrže vlastitu zbiljnost koja je za pojedinca vanjska, prisilna činjenica (Berger i Luckmann, 1992: 80). Institucionalan se svijet, prema autorima, doživljava kao objektivna zbilja jer ima povijest koja datira ranije od pojedinčevog rođenja i nije dostupna biografskom pamćenju, a upravo zbog svojih povijesnih i objektivnih obilježja, institucije se suprotstavljaju kao neosporne činjenice. „Institucije su tu, njemu izvanjske, postojane u svojoj realnosti, sviđalo se to njemu ili ne. Ne može ih otpariti po želji. Opiru se njegovim pokušajima da ih izmijeni ili im umakne. Imaju nad njim prinudnu moć, i to kako po sebi, golom silom svoje faktičnosti, tako i kroz kontrolne mehanizme koji se obično dodaju najvažnijima od njih“ (Berger i Luckmann, 1992: 81). Takav institucionalni svijet je objektivirano ljudsko djelovanje (prikazano shemom), pa time onda i svaka institucija. Kada govore o ulogama u institucijama, impliciraju da se one reprezentiraju na dva načina:

- 1) izvođenje uloga predstavlja samo sebe,
- 2) uloge predstavljaju cijeli intelektualni spoj vladanja (Berger i Luckmann, 1992: 96).

2.1.5. Razlike u pogledu na psihijatrijske ustanove među središnjim sociološkim perspektivama

Svaka od prethodno navedenih socioloških perspektiva – funkcionalistička, konfliktna i fenomenološka, ima drugačiji pogled na psihijatrijske ustanove. Glavna premisa funkcionalizma u sociologiji je objašnjavanje društvenog djelovanja njegovim posljedicama na neko drugo društveno djelovanje, instituciju ili društvo u cjelini (Cohen, 1968). Tako funkcionalistička perspektiva psihijatrijske ustanove gleda kao institucije s funkcijom liječenja i rehabilitacijom psihijatrijskih bolesnika. Naime, svrha psihijatrijskih ustanova je liječenje psihičkih bolesti pa su kao takve potrebne kako bi se u društvu održala stabilnost i kako bi se psihijatrijski bolesnici vratili u funkcionalno stanje potrebno za sudjelovanje u svim društvenim aktivnostima.

Nadalje, glavna pretpostavka konfliktne perspektive odnosi se na konflikt različitih društvenih skupina te teorije o društvenim odnosima moći (Haralambos i Holborn, 2002), pa su prema tome psihijatrijske ustanove za navedenu perspektivu institucije koje služe za

očuvanje postojećih društvenih odnosa moći. Prema tome, one služe za odmicanje psihijatrijskih bolesnika od društva jer oni narušavaju društveni poredak. Dakle, psihijatrijske ustanove svojim karakteristikama održavaju društveni poredak i kontroliraju ponašanje ljudi odnosno psihijatrijskih bolesnika u ovom kontekstu, koji nisu u skladu s ustaljenim društvenim normama.

Budući da su temelji fenomenologije analiza i opisivanje svakodnevnoga života odnosno svijet života i stanja svijesti koje su s njim povezane (Wolff, 1978), za ovu su perspektivu psihijatrijske ustanove mjesta gdje su psihijatrijski bolesnici stigmatizirani te gube svoj identitet, kao što govore i Erving Goffman (2011, 2009) i Michel Foucault (1994, 1980). Prema tome, takve ustanove pojačavaju osjećaj izolacije psihijatrijskih bolesnika čime im je otežan proces liječenja i eventualnog ozdravljenja.

2.2. Razvoj i promjene psihijatrijskih ustanova i razvoj psihijatrije u Republici Hrvatskoj

O ulogama u institucijama, između ostalog, opsežno govore Michel Foucault (1994) i Erving Goffman (2011) u kontekstu totalnih institucija. Ovi autori totalnim institucijama nazivaju psihijatrijske ustanove i zatvore te ih detaljno analiziraju – od njihovog izgleda i oblika, zatim odnosa između korisnika i djelatnika unutar njih, do reakcija društva na boravak pojedinaca u takvim institucijama i promjena takvih ustanova kroz vrijeme. Zatim, kroz takve ranije prikaze psihijatrijskih ustanova, dolazimo i do prikaza psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj, tj. do organizacije same psihijatrijske službe te naposljetku brojnih promjena u istoj koje su dovele do razvoja socijalne psihijatrije, a time i pitanja novijih, alternativnih načina liječenja psihijatrijskih bolesnika.

2.2.1. Psihijatrijske ustanove kao totalne institucije

Opisujući institucije, Erving Goffman (2011: 25) koristi termin *totalne institucije* za koje govori da su društveni hibridi jer su jednim dijelom zajednice stanovnika, a drugim dijelom formalne organizacije, što je razlog sociološkog interesa za njih. Totalne institucije opisuje kao mjesta boravka i rada gdje više pojedinaca sličnog položaja, odsječenih od šireg društva tijekom jednog zajedničkog vremenskog perioda, vodi jedan zatvoren i kontroliran život (Goffman, 2011: 13). Kao primjer daje zatvore, međutim posebno se bavi psihijatrijskim ustanovama. Njegovi eseji o totalnim institucijama nastali su tako što je tijekom 1955.-56. godinu dana radio na terenu u bolnici *St. Elizabeths* u Washingtonu koja je tada imala oko 7000 korisnika. Cilj Goffmanovog terenskog rada odnosio se na proučavanje društvenog svijeta korisnika bolnice odnosno njihovog subjektivnog doživljaja tog svijeta. Dakle, u esejima je

iznio svoja opažanja u kontekstu tog vremena. „Društvene ustanove – institucije u svakodnevnom značenju tog termina – su mjesta kao što su sobe, nizovi prostorija, građevine ili postrojenja u kojima se redovno odvijaju aktivnosti jedne specifične vrste“ (Goffman, 2011: 17). On smatra da su neke institucije mjesta aktivnosti iz kojih pojedinac crpi svoj društveni status, bez obzira na to koliko su one opuštene i zabavne, dok neke druge institucije predstavljaju mjesta za druženja koja su dobrovoljna i neobavezna, a koja „iziskuju višak vremena koje je preostalo od ozbiljnijih zahtjeva“ (Goffman, 2011: 17). Govori da svaka institucija ima sklonost biti sveobuhvatna, a taj njen sveobuhvatni odnosno totalni karakter simbolizira granica prema društvenim odnosima te granica prema kojoj nije dozvoljeno napuštanje, a obliku je zaključanih vrata, visokih zidova, bodljikave žice, stijena, vode, šume i sl. Navedeno Goffman (2011: 18-19) naziva totalnim institucijama koje dijeli na pet grupa:

- 1) institucije osnovane sa svrhom brige o nemoćnim i bezopasnim osobama, a to su domovi za slijepce, stare, siročad i siromašne;
- 2) institucije osnovane sa svrhom brige o osobama koje se smatraju nesposobnim brinuti o samima sebi te se smatraju prijetnjom za društvo (iako im to nije namjera), a to su bolnice za tuberkulozu, psihijatrijske bolnice i bolnice za gubu;
- 3) institucije osnovane radi zaštite društva od onoga što se smatra namjerno izazvanim opasnostima, a to su zatvori, kazneni zavodi, logori za ratne zarobljenike i koncentracijski logori;
- 4) institucije osnovane sa svrhom boljeg izvršavanja nekih zadataka odnosno posla, kao što su na primjer vojarne, brodovi, internati, radni kampovi i sl. i
- 5) institucije organizirane kao utočišta od svijeta što se odnosi na opatije i samostane.

O prikazanoj klasifikaciji totalnih institucija Goffman (2011) govori kao o polaznoj točki za njihovo razumijevanje. Navodi da je za moderno društvo karakteristično to što pojedinac spava, igra se i radi na različitim mjestima i sa različitim sudionicima, dok totalne institucije karakterizira upravo suprotno:

- 1) svi aspekti života odvijaju se na istom mjestu i pod jednom jedinom vlašću;
- 2) dnevne aktivnosti svakog člana odvijaju se u neposrednom društvu velike grupe drugih članova te se svi oni tretiraju slično odnosno od njih se zahtijeva da zajedno rade istu stvar;
- 3) sve faze tih aktivnosti u jednom su danu gusto raspoređene što znači da jedna aktivnost vodi u sljedeću i

- 4) aktivnosti koje se provode zapravo čine racionalan plan koji je namjerno osmišljen kako bi ispunio ciljeve institucije (Goffman, 2011: 19-20).

O odnosima u totalnim institucijama govori kao o podjeli između velike grupe kojom se upravlja (*korisnicima* koje on naziva zatočenicima) i manje grupe koja ih nadgleda. Korisnici su oni koji žive u toj instituciji te imaju ograničen kontakt sa vanjskim svijetom, dok osoblje uglavnom radi osam sati dnevno i društveno je integrirano u vanjski svijet. „Obje grupe pokazuju tendenciju da drugu grupu zamišljaju u kontekstu uskog neprijateljskog stereotipa; osoblje često percipira zatočenike kao ogorčene, tajnovite i nepouz dane, dok zatočenci često percipiraju osoblje kao snishodljivo, arogantno i zlo. Osoblje pokazuje tendenciju da se osjeća superiornim i pravednim; zatočenci, barem na neki način, pokazuju tendenciju da se osjećaju inferiornim, slabim, krivim i za osudu“ (Goffman, 2011: 21). Dakle, društvena distanca je između dvije navedene grupe grubo ograničena i velika te često formalno propisana. Također, u totalnim institucijama može doći i do kulturološke promjene kod pojedinca zbog nemogućnosti/nestajanja nekih opcija ponašanja i nemogućnosti praćenja društvenih promjena koje se događaju izvan takvih institucija. S obzirom na to, ukoliko korisnik dugo boravi u instituciji može doći do *diskulturalizacije*¹, tj. „do zaborava naučenog, čime on postaje privremeno nesposoban za upravljanje izvjesnim aspektima svakodnevnog života vani, ako i kada se njemu vrati“ (Goffman, 2011: 26). Prema tome, totalne institucije zapravo stvaraju i održavaju vrstu *napetosti* između vanjskog i institucionalnog svijeta te koriste tu *napetost* kao sredstvo za upravljanje ljudima. Dolaskom u totalnu instituciju, ličnost pojedinca se poništava, za što autor daje primjer zatvora. Naime, ulaskom u zatvor osoblje uzima osobne podatke, fotografira zatvorenika, mjeri, uzima otiske prstiju, daje brojeve, pretresa ga, oduzima mu osobnu imovinu (koja se potom čuva u zatvoru), svlači, kupa, dezinficira, šiša, daje mu zatvorsku odjeću, upoznaje ga s pravilima te mu određuje ćeliju. Goffman (2011: 28) smatra da bi se procedura ulaska u zatvor trebala nazvati *programiranje* jer zatvorenika navedenim postupcima oblikuju u objekt koji se uvodi u administrativnu mašineriju ustroja institucije. Također, opisuje situaciju izlaska korisnika iz institucije u svrhu posjeta obitelji i slično – „veoma često, za novog zatočenika ulazak u instituciju znači zauzimanje stava koji bi se mogao nazvati proaktivnim statusom: ne samo da se njegova društvena pozicija unutar zidova radikalno razlikuje od onoga što je bilo vani, već, kako sam saznaje, ako i kada izađe van, njegova društvena pozicija izvan institucije nikad više neće biti onakva kakva je bila prije

¹ „Termin koji je koristio Robert Sommer, *Patients who grow old in a mental hospital*, *Geriatrics*, XIV (1959), str. 586-87. Termin *desocijalizacija*, ponekad korišten u ovom kontekstu, čini se previše jakim i implicira gubitak fundamentalnih kapaciteta za komunikaciju i suradnju“ (Goffman, 2011: 26).

ulaska u instituciju“ (Goffman, 2011: 74). Prema tome, ako je proaktivni status povoljan, kao što je to na primjer za osobe koje izlaze iz policijske akademije, elitnih internata i sl., tada se mogu očekivati godišnjice koje pokazuju ponos na boravak u navedenim institucijama. Ukoliko je proaktivni status negativan, kao što je to u slučaju izlaska iz zatvora ili psihijatrijskih bolnica, dolazi do *stigmatizacije*², koja se u ovom kontekstu odnosi na osramoćenost zbog boravka u psihijatrijskoj bolnici (Goffman, 2009: 13), te je za očekivati da će bivši zatvorenik / korisnik pokušati sakriti svoju prošlost. Prema Goffmanu (2011: 75), pojedinac nailazi na poteškoće u *vanjskom svijetu* ukoliko ima nizak proaktivan status što se očituje, na primjer, prilikom pokušaja zaposlenja. Nakon boravka u totalnoj instituciji, za korisnika je najteži dio povratak u vanjski svijet – „u kasnijoj fazi životnog ciklusa, nastojanje da se nadoknadi vrijeme koje nije provedeno u obrazovnom ili poslovnom napredovanju, u zabavi, u podizanju djece – može se pokazati nemogućim“ (Goffman, 2011: 28). Dakle, zajednica se kloni one osobe čiji zdravstveni karton sadrži informaciju o boravku u psihijatrijskoj bolnici. Izbjegavanje može biti formalno kao što je na primjer ograničavanje mogućnosti zapošljavanja i neformalno poput svakodnevnog društvenog odnosa prema toj osobi odnosno stigmatiziranje iste. Prema Goffmanovom istraživanju dolazi do toga da čak i sama psihijatrijska bolnica zapravo priznaje da je psihička bolest nešto sramotno – „na primjer, mnoge bolnice osiguravaju šifriranu poštansku adresu kako bi pacijenti mogli primati i slati poštu bez obznanjivanja svog statusa na koverti“ (Goffman, 2011: 318). Autor smatra da iako stupanj stigmatizacije u pojedinim krugovima pada, ona je i dalje gotovo glavni faktor u životu bivših pacijenata. Stoga, za razliku od drugih vrsta (medicinskih) hospitalizacija, ona koja se odvija u psihijatrijskoj bolnici traje predugo te sa sobom nosi preveliku stigmiju zbog čega pacijent najčešće nije u mogućnosti vratiti se na društvenu poziciju iz koje je došao u bolnicu. Reakcija pacijenta na stigmatizaciju je takva da se on otuđuje od zajednice što izražava odbijanjem izlaska iz bolnice. „To otuđenje može nastati bez obzira na vrstu poremećaja koji je doveo do njegovog smještanja u bolnicu i predstavlja popratni efekt hospitalizacije, koji često ima veći značaj za pacijenta i njegov osobni krug od njegovih prvobitnih zdravstvenih teškoća“ (Goffman, 2011: 318).

O totalnim institucijama govori i autor Michel Foucault koji smatra da je do nastanka totalnih institucija, tj. psihijatrijskih bolnica došlo zbog promjena percepcije *ludila* kroz povijest o čemu govori u djelu *Povijest ludila u doba klasicizma* (1980). Stoga, u kontekstu svog vremena, evoluciju pojma ludila provlači kroz tri razdoblja: renesansu, klasicizam (kasno 17. st. i 18. st.)

² Pojam će biti detaljno objašnjen u narednim potpoglavljima.

i modernost te smatra da je problematika psihičkih bolesti, a s obzirom na ekonomske, političke, društvene i druge aspekte čiji se utjecaj i intenzitet mijenjao, u svakom od ovih razdoblja bila drugačije tretirana. Tako se u renesansi, prema Foucaultu (1980), za psihički bolesne osobe smatralo da su opsjednute zlim silama i demonima te ih se smještalo u zatvore ili protjerivalo iz gradova. Neki od važnijih događaja za takvu percepciju psihičkih bolesti, a kasnije i mijenjanje percepcije, su primjerice nastanak djela inkvizicije *Malleus maleficarum*³ i Paracelsusov⁴ početak dovođenja životne funkcije u vezu s kemijskim procesima (Karlović i sur., 2019: 24). Prema istim autorima, Paracelsus je došao do zaključka da su psihijatrijske bolesti prirodne pojave odnosno da nisu posljedica djelovanja demona već kemijskih procesa te ih je pokušavao liječiti lijekovima. Također, „nizozemski liječnik Johannes Weyer (1515-1588) upozorava u svojoj knjizi *De prestigiis daemonum* 1563. da takozvane vještice nisu opsjednute nego psihički bolesne žene koje imaju vizije, boluju od melankolije i da ih je potrebno liječiti kao i sve druge bolesnike“ (Karlović i sur., 2019: 24). Liječnici koji su također došli do novih otkrića i time mijenjali percepciju o psihičkim bolestima su Felix Plater donošenjem klasifikacije psihičkih bolesti, Tomas Sydenham proučavanjem histerije, a smatrao je i da do psihijatrijskog poremećaja dolazi u međusobnoj interakciji okoline i onoga što bolesnik nosi u sebi, Thomas Willis koji je predložio fizičko sputavanje i druge metode mehaničkog liječenja prilikom liječenja psihičkih bolesti, Rene Descartes uvođenjem dualizma što znači da su tijelo i duša različitih priroda, Đuro Baglivi korištenjem kave kao nervnog tonika, Richard Burton opisivanjem kliničke slike i liječenjem melankolije, Paolo Zacchia koji je u svom djelu *Questiones medicolegales* (1630.) tvrdio da ljudi koji su počinili ubojstvo mogu biti ludi i nisu odgovorni za zločin, što je bio početak forenzičke psihijatrije, Amatus Lusitanus koji je u liječenju psihijatrijskih bolesnika koristio farmakološke pripravke, zalagao se za blago postupanje s njima i borio se protiv praznovjerja i osuda takvih bolesnika kao vještica, Vincenzo Chiarugi koji je u Firenzi u bolnici *Bonifazio* psihijatrijske bolesnike skinuo s lanaca, a isto je napravio i Abraham Joly 1787. u Ženevi te Philippe Pinel koji je 1793. oslobodio bolesnike u pariškoj umobolnici *Bicêtre* (Karlović i sur., 2019: 25-26). Taj događaj neki nazivaju prvom psihijatrijskom revolucijom, međutim ne treba „očekivati da će se svaka nova ideja, čak

³ „*Malleus maleficarum* (lat.: malj za vještice), latinski pisano djelo dvojice njem. dominikanaca, Henrika Institoris i Jakoba Sprengera, profesora teologije, inkvizitora i štićenika pape Inocenta VIII. U djelu se sustavno prikazuje cjelokupno srednjovj. znanje o vješticama i čarobnjaštvu, a težište je na ugovoru s đavlom što ga sklapa vještica dobivajući time nadnaravne sposobnosti“ (Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, n.d.).

⁴ „Paracelsus (pravo ime Philipp Aureolus Theophrast Bombast von Hohenheim), švicarsko-njemački liječnik, alkemičar i filozof (Einsiedeln, 11. 09. ili 17. 12. 1493. – Salzburg, 24. 09. 1541.)“ (Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, n.d.).

i ako je službeno prihvaćena, odmah početi ostvarivati i u praktičnom smislu i u stvarnom životu. Potrebno je puno vremena da novina zaživi, da se stvori kritična masa ljudi i kadrova koji će provoditi takvu ideju“ (Karlović i sur., 2019: 26). Naime, prema autorima je i nakon ovog događaja sredinom 20. stoljeća i dalje bilo psihijatrijskih pacijenata vezivanih lancima, a kao primjer navode pacijenta s kliničkom slikom shizofrenije primljenog na liječenje 50-ih godina 20. stoljeća na psihijatriju (danas KBC *Sestre milosrdnice*) koji je bio vezan žicom. Nadalje, Pinel je 1801. godine objavio knjigu *Traite medico – philosophique sur l'alienation mentale* u kojoj je napomenuo važnost nasljeđa i okoline u razvoju psihičkih bolesti. Kao faktore iz okoline naveo je odgoj, neuredan život, alkoholizam, febrilne bolesti, povrede glave i sl. Isto tako, predložio je i ukidanje surovih metoda liječenja (osim za agitirane bolesnike za koje bi se ipak privremeno koristile stezulja i izolacija) (Karlović i sur., 2019: 26). Važno je spomenuti i Williama Tukea koji je 1796. godine sagradio azil s ciljem humanog postupanja sa psihijatrijskim bolesnicima. Navedeni događaji vrlo su važni jer su doveli do promjena u postupanjima prema psihijatrijskim bolesnicima i percepciji o njima i psihičkim bolestima. Međutim, Foucault kritizira takve nove, *humanije* oblike liječenja. Konkretno, za Pinela i Tukea smatra da su započeli konceptualizaciju ludila kao psihičke bolesti. Navedeno argumentira time što su novi tretmani, poput tuširanja hladnom vodom i korištenjem luđačke košulje, zapravo bili samo drugi oblici kontrole koji su nametali pacijentu *prihvaćanje* obrazaca osuđivanja i kazne. Naime, on je kritičan prema *jeziku* psihijatrije te smatra da je taj jezik monolog (psihijatrije) o ludilu odnosno da se krajem 18. st. prekinuo *razgovor* između *modernog čovjeka / čovjeka razuma i luđaka*. Prema Foucaultu (1980: 10), moderan čovjek više ne komunicira sa psihički bolesnim čovjekom već prema njemu šalje liječnika čime nastaje nova apstraktna dimenzija za *luđaka*. Tvrdi da je razum ugušio ludilo koje je time izgubilo moć ukazivanja na istinu. Smatra da je doba klasicizma zaslužno za razmjenu između ludila i razuma te ga naziva *poviješću ludila*, a prema njemu dva su velika događaja zaslužna za navedeno – stvaranje *Glavnog prihvatilišta* (1657.) u Francuskoj i *veliko zatvaranje* siromašnih (1794.) (Foucault, 1980: 12). Prema tome, Foucault govori da se ludilo, posebice nakon srednjeg vijeka, a zatim i renesanse, gdje je u svim svojim oblicima bilo *u društvu*, u klasicizmu *zatvorilo* u smislu institucionalizacije i odvajanja istog od ostatka društva. Kao primjer navodi psihijatrijsku bolnicu *Royal Bethlem* u blizini Londona u kojoj je u 18. st., prema izvještajima, uz prethodno plaćanje bilo moguće obilaženje bolnice i *zabavljanje* posjetitelja gledanjem njenih pacijenata (Foucault, 1980: 77). Danas je ista bolnica centar za istraživanje i liječenje, gdje se nalazi i muzej koji sadrži likovne radove psihijatrijskih bolesnika, interaktivni sadržaj i instrumente koji su bili korišteni za liječenje (Science Museum, n.d.). Slično je bilo i u Francuskoj, gdje je sve do

Revolucije gledanje psihijatrijskih bolesnika u bolnici *Bicêtre* bilo jedno od nedjeljnih razonoda stanovništva (Foucault, 1980: 77). Foucault, slično kao i Goffman (2011), opisuje odnos osoblja i osoba koje su boravile u psihijatrijskim bolnicama kao autoritativan od strane osoblja koje je predstavljalo *razum* dok su s druge strane bili *luđaci* koji su djelovali prema nalogima osoblja. Psihijatrijski bolesnici smatrali su se *malodobnom opasnom djecom* koju se mora držati pod kontrolom te čijim ponašanjem treba upravljati. Odnos i reakcije prema psihijatrijskim bolesnicima postupno su rasli na višu razinu tijekom godina – uvjeti u bolnicama vidno su se poboljšali, a tako se i smanjivala stigmatizacija, međutim Foucault (1980) smatra kako se smještanjem psihijatrijskih bolesnika u psihijatrijske bolnice njih zapravo zatvorilo i maknulo iz društva te im je, prema njemu, na taj način smanjena / ukinuta mogućnost ozdravljenja u poznatoj okolini zbog čega na kraju, u kontekstu razdoblja koje spominje, kritizira humanije načine liječenja predstavljene od strane liječnika i stručnjaka.

Govoreći o totalnim institucijama, Foucault (1994) osim psihijatrijskih bolnica opisuje i zatvore. Prema primjeru Jeremy Bentham, on karakterizira zatvore kao totalne institucije, a temeljem toga razvio je socijalnu teoriju panoptikuma, kao koncepta u kojem se također izvršava nadgledanje i nadzor te upravljanje osobama smještenim u zatvore na način da se sama institucija gradi u tom obliku. „Osnova je poznata: na rubnom dijelu zgrada prstenasta oblika; u središtu toranj. Na zidovima tornja otvori su širokih prozora koji gledaju na unutrašnju stranu prstena; rubna je zgrada podijeljena na ćelije od kojih svaka prolazi cijelom širinom zgrade“ (Foucault, 1994: 205). Nadalje, u središnjem prostoru nalazi se nadziratelj, a u svakoj je ćeliji jedan osuđenik ili luđak. Ovakvim konceptom se, prema Foucaultu (1994: 207), automatizira moć i gubi individualnost jer zatvor daje totalnu vlast nad zatočenicima – ima svoje unutrašnje represivne i kaznene mehanizme. Zatvorenicima se upravlja tako što se raspolože njihovom osobnom slobodom, a vrijeme svih aktivnosti im je strogo određeno (spavanje, vrijeme i broj obroka, rad, odmor i ostalo). Na taj način ih se (pre)odgaja. Psihijatrijske bolnice vrlo su slično ustrojene obzirom na automatizaciju moći i gubitak individualnosti odnosno upravljanje aktivnostima korisnika i gubitka spona s *vanjskim svijetom*, o čemu je govorio i Goffman (2011). Prema svemu navedenom, koncept zatvora i psihijatrijskih bolnica vrlo je sličan te je u obje ustanove krajnji cilj rehabilitacija korisnika i zaštita društva od postupaka psihijatrijskih bolesnika odnosno kriminaliteta. Referirajući se na zatvore, Kovčo (2001: 118) kao cilj kažnjavanja navodi sprečavanje ponavljanja grešaka u budućnosti. Zatvorenici se, kao i psihijatrijski bolesnici, susreću s visokim stupnjem stigmatizacije. „Za počinitelje kaznenih djela, posebno one koji su odslužili kaznu zatvora,

stigmatizacija može uzrokovati poteškoće pri pokušaju resocijalizacije jer dovodi do smanjenja mogućnosti zapošljavanja, uspostavljanja i održavanja prijateljskih i partnerskih odnosa, a sve to bivšem zatvoreniku otežava povratak u zajednicu“ (Lotar, Kamenov i Lebedina-Manzoni, 2010: 32).

U suvremenom društvu, smještaj, liječenje i njega pacijenata tri su osnovne funkcije bolnice, a kada govorimo o psihijatrijskoj bolnici, do sredine 20. stoljeća njezine primarne (stvarne) funkcije bile su smještaj i zbrinjavanje te njega psihijatrijskih bolesnika, a funkcija liječenja, iako je bila primarna, zapravo je imala sekundarni značaj, a također i učinak – uglavnom zbog nepostojanja učinkovite terapije (Babić-Bosanac, 2003: 83), što je već prikazano u radovima Goffmana i Foucaulta. Međutim, totalne institucije ne moraju imati nužno negativne konotacije jer su one organizacije sa svrhom promjene ljudi i njihovog identiteta (Mechanic, 1978, prema Babić-Bosanac, 2003: 84). „Sociološki rečeno, one su institucije za resocijalizaciju. Time što pojedinci dijele ciljeve i težnje uprave, a institucija ih uspješno mijenja u željenom pravcu, moglo bi se zaključiti da su takve institucije isplative i poželjne. Privlačnost ili odbojnost totalne institucije ovisi o njezinim ciljevima i o stupnju do kojega su njezini članovi dužni postići te ciljeve“ (Mechanic, 1978, prema Babić-Bosanac, 2003: 84). Također, psihijatrijske bolnice su neprivačne institucije jer se pacijente unutra smješta uglavnom bez njihovoga pristanka (navodno zbog njihove osobne koristi), a imale su i mnogo štetnih posljedica kao što su na primjer odvajanje psihijatrijskog bolesnika od njegove društvene sredine te minimalan trud oko održavanja njegovih veza s obitelji, prijateljima i zajednicom (Mechanic, 1978, prema Babić-Bosanac, 2003: 84). Nadalje, bolnica bi psihijatrijskog bolesnika žigosala, zastrašivala te tako što ga je prisiljavala na bolnički život zapravo je malo činila na unaprjeđenju vještina potrebnih za ponovno uključivanje u zajednicu (Mechanic, 1978, prema Babić-Bosanac, 2003: 84). Neke od kasnijih socioloških studija pokazale su da hospitalizacija ne mora biti nužno negativno iskustvo za pacijenta, kao što se ranije navodilo. Prema tim studijama, pacijenti su tvrdili da imaju korist od liječenja, ne smeta im restrikcija, uživaju u komforu bolnice, osoblje im pomaže, dobivaju uvid u svoje probleme te su zadovoljni aktivnostima na odjelu (Weinstein, 1979, prema Babić-Bosanac, 2003: 86). Referirajući se na Cockerhama (1981), Babić-Bosanac (2003: 86) navodi da za većinu ljudi ipak postoji bolji način življenja nego biti bolesnik u psihijatrijskoj bolnici. Prema tome, psihijatrijsku bolnicu ne treba ukinuti jer i dalje postoje razlozi njezina postojanja kao što su na primjer:

- 1) uklanjanje devijantnih i socijalno poremećenih osoba iz društva s ciljem omogućavanja normalnoga socijalnoga života;

- 2) briga o ljudima koji mogu biti psihički nesposobni ili nevoljni brinuti sami i sebi na odgovarajući način odnosno osiguravanje hrane, smještaja i liječenja za takve osobe i
- 3) promicanje psihičkoga zdravlja pacijenata tako što se induciraju psihološke promjene pomoću različitih terapijskih tehnika poput lijekova, savjetovanja, grupnih terapija i sl. (Cockerham, 1981, prema Babić-Bosanac, 2003: 86).

2.2.2. Organizacija psihijatrijske službe u Republici Hrvatskoj

Psihijatrijska služba u Republici Hrvatskoj organizirana je prema razinama zdravstvene zaštite. Prema Karloviću i sur. (2019: 641), radi se o tri razine zdravstvene zaštite – primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti proces liječenja vodi tim liječnika obiteljske medicine, što znači da bolesnik prvi kontakt ostvaruje upravo s liječnikom obiteljske medicine koji potom prepoznaje simptome početka bolesti, simptome pogoršanja ili simptome ovisnosti (Karlović i sur., 2019: 643). Nadalje, on je također u mogućnosti samostalno dijagnosticirati i liječiti dio psihijatrijskih poremećaja, međutim ukoliko se radi o težim slučajevima, tada on surađuje sa psihijatrijskim službama iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Veliku važnost u primarnoj zdravstvenoj zaštiti imaju patronažne službe odnosno medicinske sestre zbog njihove suradnje s liječnikom, mogućnosti češćeg kontaktiranja bolesnika i osiguranja kontakta između liječnika i bolesnika te hitna medicinska pomoć (Karlović i sur., 2019: 643). Osim navedenog, primarna zdravstvena zaštita obuhvaća i savjetovališta te ustanove za zaštitu psihičkog zdravlja, čiji je cilj prevencija psihičkih poremećaja. U okviru primarne zdravstvene zaštite trenutno su organizirani centri za izvanbolničko liječenje ovisnosti o drogama koji ostvaruju dobre rezultate te bi i u budućnosti trebalo razvijati segment prevencije psihičkih poremećaja unutar ove zdravstvene zaštite (Karlović i sur., 2019: 643). U sekundarnu razinu zdravstvene zaštite uključeni su bolnički i izvanbolnički sustav psihijatrijskog liječenja, dok tercijarna razina obuhvaća provođenje najsloženijih oblika liječenja i rehabilitacije bolesnika i znanstveno – istraživački rad te nastavu, što se odvija u klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima (Karlović i sur., 2019: 643). Također, na toj su razini organizirani i „referentni centri za pojedine grane psihijatrije, na primjer u KBC-u *Sestre milosrdnice* djeluju referentni centri za alkoholizam, ovisnost o drogama, konzultativno – suradnu psihijatriju i psihijatrijsku neurobiologiju“ (Karlović i sur., 2019: 643). Usto, postoje i psihijatrijski odjeli u općim bolnicama (odjeli za akutni prijem i liječenje i srednje dug boravak i rehabilitaciju) koji su organizirani na način da osiguravaju psihijatrijsku zdravstvenu zaštitu za osobe iz manjih teritorijalnih jedinica, a u Hrvatskoj je to uglavnom u pravilu županija. Prema autorima, zbog

modernog pristupa liječenja, psihijatrijski odjeli u bolnicama općeg tipa imaju prednost pred specijaliziranim psihijatrijskim bolnicama. Tome je tako zbog kraćeg bolničkog liječenja u takvim odjelima (nakon kojeg se bolesnici usmjeravaju parcijalnim psihijatrijskim hospitalizacijama u dnevnim bolnicama ili ambulantnom liječenju), smanjenja hospitalizma, isključivanja razvoja stila psihijatrijskog bolesnika (koji nastaje zbog dugotrajne i nepotrebne hospitalizacije), smanjenja stigmatizacije te liječenja psihijatrijskih bolesnika na istim mjestima gdje se liječe i ostali bolesnici (Karlović i sur., 2019: 644). Ostali oblici psihijatrijske zdravstvene zaštite, prema Karloviću i sur. (2019: 644-645), odnose se na parcijalnu hospitalizaciju i izvanbolničko liječenje, a uključuju:

- a) Dnevne bolnice – prve takve bolnice osnovane su u 20. stoljeću u Sjedinjenim Američkim Državama i Velikoj Britaniji, začetnik je bio Joshua Bierer, a liječenje je organizirano tako što bolesnici jedan dio dana provode na liječenju u bolnici ili u izvanbolničkom sustavu, a drugi dio dana i noć provode u svojim domovima. U Hrvatskoj su one većinom miješane u smislu dijagnostičkih kategorija koje se liječe. Izazov za takav tip psihijatrijske zaštite predstavlja vrlo dobru edukaciju i ekipiranost osoblja, budući da se liječenje odvija u grupama ili terapijskoj zajednici, međutim autori smatraju da je takvo liječenje dobro rješenje za bolesnike otpuštene s bolničkog liječenja jer donosi mogućnost nastavka praćenja bolesnika i njegovu prilagodbu u zajednici, kao i mogućnost održavanja kontakata s obitelji. U Hrvatskoj je prva dnevna bolnica osnovana 1957. godine u KBC-u *Sestre milosrdnice*.
- b) Vikend bolnice – predviđene su za liječenje radno aktivnih bolesnika koji se u program liječenja javljaju krajem tjedna. Ovaj tip liječenja je također osnovan u KBC-u *Sestre milosrdnice* (za liječenje ovisnosti o alkoholu), a bolnica je djelovala od šezdesetih godina 20. stoljeća, međutim prije nekoliko godina je prestala s djelovanjem zbog „nefleksibilnosti sustava za naplatu troškova ovakvog liječenja“ (Karlović i sur., 2019: 645).
- c) Noćne bolnice – također su predviđene za radno aktivne bolesnike, a liječenje se odvija u večernjim satima, uglavnom u sklopu grupnih terapija. Takav tip liječenja u Hrvatskoj ne postoji.

U liječenju sudjeluje multidisciplinarni tim koji (osim psihijatar) uključuje i medicinske sestre ili tehničare, kliničke psihologe, socijalne radnike i radne terapeute (na primjer glazboterapeute i terapeute umjetnošću), a tim koordinira specijalist psihijatar. Za psihijatrijsku zaštitu važne su i službe za kriznu pomoć ili hitne psihijatrijske ambulante koje

su dostupne 24 sata, a cilj im je pružati pomoć osobama u kriznim situacijama (Karlović i sur., 2019: 645). U sklopu takvih službi postoje i jedinice za prevenciju suicida koje se mogu kontaktirati telefonski, a organizirane su većinom u okviru bolnica općeg tipa koje imaju psihijatrijske odjele te u psihijatrijskim bolnicama. Na kraju, u psihijatrijskoj ambulantnoj službi provodi se dijagnostička obrada i liječenje bolesnika kod kojih nema potrebe za bolničkim liječenjem, uži tim se sastoji od specijalista psihijatra i medicinske sestre, a uglavnom se organiziraju grupne terapije ili psihoedukacije. Takvo se liječenje provodi u okviru psihijatrijskih odjela općih bolnica, domova zdravlja ili poliklinikama koje se nalaze u sustavu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te u privatnim psihijatrijskim ordinacijama ili poliklinikama (Karlović i sur., 2019: 646).

U sljedećim su tablicama navedeni pokazatelji rada psihijatrijske zdravstvene zaštite (1997.-2017.) zbog njene jasnije slike i stanja u Hrvatskoj:

Tablica 1. Broj psihijatara i neuropsihijatara koji rade u psihijatrijskoj djelatnosti u Hrvatskoj po pojedinim godinama u razdoblju 1997. - 2017. godine

GODINA	BROJ			Broj specijalista/ 100.000 stanovnika
	PSIHIJATRI	NEUROPSIHIJATRI	UKUPNO	
1997.	244	101	345	7,2
2000.	284	93	377	8,5
2005.	380	75	455	10,3
2010.	487	37	524	11,8
2015.	529	17	546	13,0
2017.	522	9	531	12,9

Izvor: HZJZ (2018: 47)

Podaci pokazuju porast broja specijalista psihijatrije s 244 (1997.) na 522 (2017.). U odnosu na broj stanovnika, ukupan broj specijalista je porastao za 79,2% (HZJZ, 2018a: 47).

Tablica 2. Broj postelja i doktora medicine na psihijatrijskim odjelima i u psihijatrijskim bolnicama u Hrvatskoj u razdoblju 1997. - 2017. godine po pojedinim godinama

		<i>OPĆE BOLNICE</i>	<i>KBC, KLINIČKE BOLNICE, KLINIKE</i>	<i>SPECIJALNE BOLNICE</i>	<i>UKUPNO</i>
1997	Broj postelja	627	515	3.581	4.723
	<i>Broj postelja/ 100.000 stanovnika</i>	<i>13,1</i>	<i>10,8</i>	<i>74,8</i>	<i>98,7</i>
	Broj doktora	84	134	143	361
	<i>Broj postelja po jednom doktoru</i>	<i>7,5</i>	<i>3,8</i>	<i>25,0</i>	<i>13,1</i>
2000	Broj postelja	501	522	3.542	4.565
	<i>Broj postelja/ 100.000 stanovnika</i>	<i>11,3</i>	<i>11,8</i>	<i>79,8</i>	<i>102,9</i>
	Broj doktora	84	129	142	355
	<i>Broj postelja po jednom doktoru</i>	<i>6,0</i>	<i>4,1</i>	<i>24,9</i>	<i>12,9</i>
2005	Broj postelja	422	431	3.343	4.196
	<i>Broj postelja/ 100.000 stanovnika</i>	<i>9,5</i>	<i>9,7</i>	<i>75,3</i>	<i>94,6</i>
	Broj doktora	95	130	144	369
	<i>Broj postelja po jednom doktoru</i>	<i>4,4</i>	<i>3,3</i>	<i>23,2</i>	<i>11,4</i>
2010	Broj postelja	432	442	3.414	4.288
	<i>Broj postelja/ 100.000 stanovnika</i>	<i>9,7</i>	<i>10,0</i>	<i>76,9</i>	<i>96,6</i>
	Broj doktora	115	136	183	434
	<i>Broj postelja po jednom doktoru</i>	<i>3,8</i>	<i>3,3</i>	<i>18,7</i>	<i>9,9</i>
2015	Broj postelja	362	1.166	2.431	3.959
	<i>Broj postelja/ 100.000 stanovnika</i>	<i>8,6</i>	<i>27,7</i>	<i>57,8</i>	<i>94,2</i>
	Broj doktora	124	206	146	476
	<i>Broj postelja po jednom doktoru</i>	<i>2,9</i>	<i>5,7</i>	<i>16,6</i>	<i>8,3</i>
2017	Broj postelja	357	1.109	2.417	3.883
	<i>Broj postelja/ 100.000 stanovnika</i>	<i>8,7</i>	<i>26,9</i>	<i>58,6</i>	<i>94,1</i>
	Broj doktora	126	239	129	494
	<i>Broj postelja po jednom doktoru</i>	<i>2,8</i>	<i>4,6</i>	<i>18,7</i>	<i>7,9</i>

Izvor: HZJZ (2018: 48)

Broj psihijatrijskih postelja se u razdoblju 1997. - 2017. smanjio za 17,8% - do najvećeg pada broja psihijatrijskih postelja (43,1%) došlo je u općim bolnicama, a tako i broja postelja na 100.000 stanovnika (33,6%) (HZJZ, 2018a: 47). Nadalje, u istom je razdoblju ukupan broj doktora medicine koji rade na psihijatrijskim odjelima i u psihijatrijskim bolnicama porastao s 361 na 494, dok se prosječni broj postelja po jednom doktoru smanjio s 13,1 na 7,9 (HZJZ, 2018a: 47). Također, podaci su za 2017. godinu pokazali da je broj doktora medicine iskazanih prema broju kreveta najpovoljniji u općim bolnicama, tj. iznosi 2,8 postelja po doktoru, a u psihijatrijskim je najnepovoljniji, točnije 18,7 postelja po doktoru. Treba spomenuti i da je, u podacima iz 2015. i 2017. godine, na porast broja postelja po jednom doktoru u kliničkim

bolničkim centrima i kliničkim bolnicama utjecala promjena statusa psihijatrijske bolnice Vrapče, koja od 2011. godine ima status klinike.

Tablica 3. Iskorištenost psihijatrijskih bolničkih kapaciteta u Hrvatskoj u razdoblju 1997. -2017. godine po pojedinim godinama⁵

		<i>OPĆE BOLNICE</i>	<i>KBC, KLINIČKE BOLNICE</i>	<i>SPECIJALNE BOLNICE</i>
1997	<i>Prosječna dužina liječenja</i>	<i>17,4</i>	<i>21,1</i>	<i>71,7</i>
	Godišnja zauzetost postelja	359,2	456,9	374,7
	% iskorištenosti postelja	98,4	125,2	102,7
2000	<i>Prosječna dužina liječenja</i>	<i>15,5</i>	<i>20,2</i>	<i>66,1</i>
	Godišnja zauzetost postelja	357,4	370,4	320,9
	% iskorištenosti postelja	97,9	101,5	87,9
2005	<i>Prosječna dužina liječenja</i>	<i>12,3</i>	<i>15,2</i>	<i>52,5</i>
	Godišnja zauzetost postelja	356	354	333
	% iskorištenosti postelja	97,4	97,1	91,1
2010	<i>Prosječna dužina liječenja</i>	<i>12,6</i>	<i>16,8</i>	<i>46,9</i>
	Godišnja zauzetost postelja	339	332	302
	% iskorištenosti postelja	92,9	91,0	82,7
2015	<i>Prosječna dužina liječenja</i>	<i>10,4</i>	<i>17,2</i>	<i>51,3</i>
	Godišnja zauzetost postelja	327	333	320
	% iskorištenosti postelja	89,6	91,2	87,7
2017	<i>Prosječna dužina liječenja</i>	<i>9,9</i>	<i>14,9</i>	<i>59,8</i>
	Godišnja zauzetost postelja	295	313	304
	% iskorištenosti postelja	80,8	85,8	83,3

Izvor: HZJZ (2018: 49)

U razdoblju 1997. - 2017. došlo je do pada prosječnog trajanja bolničkog liječenja, posebno u općim bolnicama i to za 43,1%. Štoviše, u općim je bolnicama prosječno trajanje liječenja bilo najkraće – 2017. iznosilo je 9,9 dana, dok je godišnja iskorištenost psihijatrijskih bolničkih kapaciteta pokazala pad. Također 2017. godine godišnja zauzetost psihijatrijskih postelja u općim je bolnicama iznosila 295 dana po postelji odnosno (iskorištenost 80,8%) (HZJZ, 2018a:

⁵ „Metodološko pojašnjenje: PB Vrapče od 2011. godine dobiva status klinike i mijenja naziv u Klinika za psihijatriju Vrapče te se u podacima za 2015. i 2017. godinu prikazuje u skupini podataka za KBC-ove i kliničke bolnice“ (HZJZ, 2018a: 49).

47). U KBC-ima i kliničkim bolnicama iznosila je 313 dana po postelji (iskorištenost 85,8%), dok je u specijalnim psihijatrijskim bolnicama iznosila 304 dana po postelji (iskorištenost 83,3%) (HZJZ, 2018a: 47).

U usporedbi s drugim zemljama, u Hrvatskoj je standard liječenja još uvijek previše oslonjen na psihijatrijske bolnice, liječenje u bolnicama općeg tipa je manjkavo te psihijatrija u zajednici praktički još ne postoji (Karlović i sur., 2019: 10). Dakle, liječenje se još uvijek pretežito odvija na razini bolničkog sustava u odnosu na izvanbolničke programe koji nisu dobro povezani, a time ni dostupni svima kojima bi mogli biti potrebni (Mužinić Marinić, 2021: 11). Štoviše, ukoliko se liječenje provodi na način da se većina krevetnog fonda nalazi u psihijatrijskim bolnicama, njegovo je provođenje stacionarno, što znači da se u manjoj mjeri provodi kroz parcijalnu bolnicu / dnevnu bolnicu ili ambulantno (Karlović i sur., 2019: 10). Navedeni autori smatraju da bi promjene u strukturi opskrbe kao što je smanjenje broja kreveta u velikim psihijatrijskim bolnicama, oslanjanje na liječenje u psihijatrijskim odjelima u bolnicama općeg tipa (u blizini domova pacijenata) i veće uključivanje psihijatrije u somatsku medicinu u obliku konzultativnih službi, dovele do veće integracije psihijatrije u medicinu, a korisnici bi, uz kvalitetniju uslugu liječenja i skrbi, bili i manje stigmatizirani (Karlović i sur., 2019: 10). U tim okvirima kreće se koncept psihijatrije u zajednici, o čemu je riječ u narednom potpoglavlju.

2.2.3. Socijalna / ekološka psihijatrija u Republici Hrvatskoj i deinstitucionalizacija psihijatrijskih bolnica

Socijalna psihijatrija odnosno *psihijatrija u zajednici* i *deinstitucionalizacija* dva su usko vezana pojma jer se oba odnose na postupno smanjivanje (preduge) hospitalizacije u psihijatrijskim bolnicama. Alternativa koja se, prema ova dva pojma, nudi umjesto navedenog, jest liječenje psihijatrijskih bolesnika u njihovoj poznatoj okolini – uz uključenost bliže, ali i dalje zajednice te mobilnih timova i stručnjaka. Naravno, važno je napomenuti da procesi koji se odvijaju u sklopu psihijatrije u zajednici i deinstitucionalizacije nikako nisu antiinstitucionalni, već se i dalje (organizacijski) odvijaju u okviru institucija. Stoga se psihijatrija u zajednici temelji na optimalnom korištenju bioloških, psihoterapijskih i psihosocijalnih metoda liječenja, prema psihobiosocijalnom modelu s naglaskom na izvanbolničko liječenje (Mužinić Marinić, 2021: 1). U tom se kontekstu o psihijatrijskoj skrbi u zajednici može govoriti kao o nadopuni, a ne (potpunoj) zamjeni institucionalne psihijatrijske skrbi (Perera, 2020: 966). Dakle, težnja takvih koncepata odnosi se na reorganizaciju institucija te sudjelovanje zajednice u liječenju psihijatrijskih bolesnika. „Socijalna psihijatrija je takav

oblik psihijatrije u kojemu se naglašavaju vanjski okolišni faktori i djelovanje socijalnih skupina na pojedinca, u ovom slučaju pojedinca sa psihijatrijskom bolesti, te se nastoje ukloniti socijalni, okolišni, općenito ekološki, uzroci psihijatrijskih poremećaja. Pri tome proučava i odnose društva prema psihičkom poremećaju i, s druge strane, utjecaj psihičkog poremećaja na socijalni život pojedinca i njegov utjecaj na okolinu“ (Karlović i sur., 2019: 633). Time, prema autorima, psihijatrijski bolesnik prestaje biti objekt te postaje subjekt vlastitog liječenja. Socijalna psihijatrija usredotočena je na odnos pojedinca sa psihičkim poremećajem te njegovom okolinom i ekološkim sustavima. Naime, termin *ekološka psihijatrija* osmislio je psihijatar Vladimir Hudolin osamdesetih godina 20. stoljeća ukazujući na situaciju novijeg vremena gdje principi socijalne psihijatrije više ne odgovaraju problemima (Karlović i sur., 2019: 633). U skladu s tim predložio je razmatranje i razumijevanje više razine socijalno – političke ekološke ravnoteže – u tom su kontekstu, osim socijalnih, uključeni i okolišni čimbenici, pridaje se važnost i kvaliteti života pojedinca sa psihičkim poremećajem, a svakako je uključena i duhovna dimenzija pojedinca. Dakle, prema Hudolinu (1982), socijalna psihijatrija svoje programe prilagođava s obzirom na razvoj društvenih odnosa – „razvoj psihijatrije i promjene organizacije psihijatrijske zaštite prati i razvoj međuljudskih odnosa u društvu, što pokazuje veliku društveno – političku važnost koju je psihijatrija oduvijek imala, ali joj se nije oduvijek obraćala odgovarajuća pažnja“ (Hudolin, 1982: 13). Ističe da društveno – političku dimenziju psihijatrije ne treba shvaćati u smjeru njenog *služenja* društvenoj strukturi, nego kao aktivno sudjelovanje u društvenom razvoju. Psihijatrija ima široko područje djelovanja koje obuhvaća proučavanje psihičkog zdravlja, njegove poremećaje, njegovo čuvanje i unapređivanje, prevenciju pojave psihičkih poremećaja, njihovo liječenje (ukoliko se pojave) te rehabilitaciju, a socijalna psihijatrija također obuhvaća sve navedeno, no detaljnije i intimnije (Hudolin, 1982: 13). Prema tome se prevencija nalazi u središtu socijalne psihijatrije jer uključuje postupke koje je nužno poduzeti kako do psihičkog poremećaja ne bi niti došlo. Uz sve spomenuto, važno je navesti i pojam *mentalna higijena* koja se odnosi na „sustav proučavanja i primjene mjera za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, proučavanja uloge i značenja bioloških, gospodarskih, kulturnih, prosvjetnih, općenito psihosocijalnih i drugih činitelja, općenito ekoloških čimbenika u očuvanju i unaprjeđivanju zdravlja pojedinaca i različitih skupina stanovništva“ (Karlović i sur., 2019: 51). Osim toga, mentalna higijena obuhvaća i one čimbenike koji imaju nepovoljan utjecaj na zdravlje te istražuje mogućnosti njihovog uklanjanja. Njeno je djelovanje prema tome interdisciplinarno jer osim što uključuje znanja iz psihijatrije, također uključuje i ona znanja iz neuroznanosti, epidemiologije, psihologije, pedagogije, sociologije, demografije, antropologije, ekonomije i politike, a sve to

zajedno čini ekološki psihijatrijski koncept (Karlović i sur., 2019: 51). Nadalje, socijalna psihijatrija usredotočena je na smanjenje broja psihijatrijskih kreveta, što je moguće manje bolničkog liječenja (koje je i dalje važno, ali jedino u hitnim stanjima), a posebice aziliranja, a kao moguća rješenja predlaže liječenje u parcijalnim uvjetima (nakon provedenog bolničkog liječenja), ambulantno liječenje, liječenje u klubovima bolesnika (tj. u što prirodnijoj okolini za bolesnika) te liječenje uz uključenje obitelji odnosno njemu bliskih osoba. Krajnji joj je cilj osamostaljenje bolesnika, vraćanje njihovog samopouzdanja te rješavanje / smanjivanje stigme njihovim vraćanjem u društvo.

U tom je kontekstu važan i proces deinstitutionalizacije koji se odnosi na:

- a) reformu ili modifikaciju institucije čime se uklanja ili maskira njen institucionalni karakter te
- b) *oslobađanje* institucionaliziranih osoba iz institucionalne skrbi (kao što je na primjer psihijatrijska bolnica) i premještanje na skrb u zajednicu (Merriam Webster, n.d.).

Prema tome, proces deinstitutionalizacije podrazumijeva postepeno zatvaranje velikih ustanova skrbi i preseljenje odnosno vraćanje pojedinaca u zajednicu, uz daljnju podršku stručnjaka, tj. timova oformljenih za takav način liječenja. Vraćanje u zajednicu odnosi se na primarnu obitelj pojedinca, međutim moguće je organizirati i stambene jedinice za život manjeg broja osoba, što je opet praćeno timom stručnjaka i regulirano kroz instituciju, tj. uglavnom psihijatrijsku bolnicu u kojoj je osoba ranije boravila. Američki psihijatar Bertram Brown, rukovoditelj *Nacionalnog instituta psihičkog zdravlja* od 1970. do 1977. godine, predložio je 1975. godine operativnu definiciju pojma deinstitutionalizacije te na temelju toga iznio 3 glavne komponente koje obuhvaćaju ovaj pojam:

- 1) smanjivanje smještanja u psihijatrijske ustanove mjerama liječenja u zajednici,
- 2) vraćanje u zajednicu onih pojedinaca koji su za takvu promjenu spremni, s obzirom na procjene stručnjaka te
- 3) osnivanje, a zatim i održavanje sistema zajednice za neinstitutionalizirane osobe kroz primanje pomoći u samoj zajednici (Bachrach, 1976: 1).

Nadalje, Bachrach (1976: 1) deinstitutionalizaciju vidi kao slom društvenog sistema i ustanovljenih obrazaca socijalne kontrole koji diktiraju pogled na psihičku bolest, njen društveni status te kakva *prava* i *obveze* društvo ima prema takvim obrascima, ali i oni prema društvu. Slično smatraju autori Jakovljević i Begić, za koje je deinstitutionalizacija „zatvaranje duševnih bolnica i osnivanje centara za dnevnu skrb i potporu u kući, smještajnih domova,

društvenih centara za duševno zdravlje“ (2013: 19). Govore da je razvoj socijalne psihijatrije zapravo dio psihijatrije koji se zadnji počeo sustavno razvijati, čime je doprinio humanijem odnosu prema psihijatrijskim bolesnicima i razvoju postupaka koji su se očitovali u manjem broju hospitalizacija, povećanoj kvaliteti življenja psihijatrijskih bolesnika, destigmatizaciji i reorganizaciji psihijatrijske službe – dakle, deinstitutionalizaciji. Stoga navode ciljeve koji bi se trebali ispuniti s ciljem reorganizacije:

- a) što je više moguće očuvanje psihijatrijskih bolesnika od oslabljujućih posljedica institucionalizacije,
- b) ukoliko je psihijatrijski bolesnik hospitaliziran, cilj bi trebao biti vratiti ga u njegov dom i život zajednice što je prije moguće (ukoliko za to postoje uvjeti) i
- c) što je više moguće raditi na tome da se psihijatrijski bolesnik i zadrži u zajednici (Jakovljević i Begić, 2013: 19).

O smanjenju broja kreveta u psihijatrijskim bolnicama govori i Paolo Serra (2005) te spominje paralelno stvaranje službi za skrb psihijatrijskih bolesnika u zajednici. Koristi termin *razgradnja* za postupak deinstitutionalizacije psihijatrijskih bolnica, jer smatra da ih ne treba potpuno ukinuti, uništiti već polako i postupno razgraditi, budući da je postupak deinstitutionalizacije vrlo delikatan, pa stoga i spor (Serra, 2005: 28). *Stara* psihijatrija je, prema njemu, bila zasnovana na paradigmi oslonjenoj na tri stupa: nemogućnosti razumijevanja psihotičnog pacijenta, opasnosti koja prijete od takvog pacijenta i promatranje psihičkih bolesti kao neizlječivih (Serra, 2005: 29). Smatra da su tri navedena stupa omogućila nastanak azila odnosno psihijatrijskih bolnica, iako su terapijski skoro neučinkoviti. Svaki pacijent, i onaj s najtežim psihičkim oboljenjem mora osjetiti trud i angažman osoblja jer je to kao „sedativ za njegovu uznemirenost“ (Serra, 2005: 30). Kao pozitivne ishode procesa deinstitutionalizacije Serra (2005) navodi kućne posjete stručnjaka odnosno mobilnih timova iz razloga što se stanje psihijatrijskih bolesnika može lakše razumjeti u njihovom prirodnom okruženju te zbog djelovanja psihoedukacije koje je uspješnije upravo zbog takvog prirodnog okruženja. Štoviše, takav način liječenja iziskuje praćenje pacijenta tijekom procesa stjecanja sposobnosti ponovnog samostalnog donošenja odluka. Ovakav način liječenja podržava i Svjetska zdravstvena organizacija (2001) preporučujući zaštitu psihičkog zdravlja u zajednici s obzirom na djelotvorniji ishod liječenja te bolju kvalitetu života za razliku od onoga u instituciji. Organizacija je također izdala i dokument o procesu deinstitutionalizacije te učincima i ishodima istog, opet sa zaključkom da je potpuno institucionalizirano liječenje često neučinkovito, međutim u mnogim zemljama s niskim i srednjim dohotkom većina sredstava

namijenjenih za psihijatrijske institucije troši se većim dijelom na duže hospitalizacije relativno malog broja pacijenata, dok bi ta sredstva mogla financirati liječenje većeg broja psihijatrijskih pacijenata kada bi se radilo o parcijalnim hospitalizacijama (SZO, 2014: 40). Dapače, u istom je dokumentu navedeno nekoliko načina deinstitucionalizacije od kojih su neki neposredni, dok je za neke druge potrebno duže vrijeme kako bi pokazali učinak. Principi deinstitucionalizacije su sljedeći:

- 1) „usluge koje se temelje na zajednici moraju biti uspostavljene tako da deinstitucionalizacija ne dovodi do beskućništva, zatvaranja ili zanemarivanja bivših stanovnika, niti ostavlja obitelj samu u tome,
- 2) zdravstveni djelatnici i stručnjaci moraju biti aktivnije uključeni u planiranje, provedbu i praćenje reforme, inače bi im otpor mogao ometati svaki pokušaj promjene sustava psihičkog zdravlja,
- 3) vladini sektori, akademski stručnjaci, nevladine organizacije i korisnici usluga i njihove obitelji imaju veoma važnu ulogu; sve ove grupe imaju posebnu ulogu koja može pomoći u promjeni sustava psihičkog zdravlja,
- 4) kontekstualne transformacije kao što su izvanredne situacije i promjene u političkom vodstvu, trebaju se razmotriti za njihovu sposobnost otvaranja puta za deinstitucionalizaciju i
- 5) potrebno je dodatno financiranje kako bi se podržao prijelaz s institucionalne na skrb u zajednici“ (WHO, 2014: 40).

Sami razvoj socijalne psihijatrije započeo je nakon Drugog svjetskog rata, a to je i doba otkrića većine psihofarmaka, novih znanja u području psihologije te razvoja timskog rada u psihijatriji (Karlović i sur., 2019: 635). U tom se pogledu istaknuo američki psihijatar Harry Stack Sullivan, koji je osnovao psihijatriju interpersonalnih odnosa i pažnju je posvećivao komunikaciji između osoblja i bolesnika (Karlović i sur., 2019: 635). Taj je period značajan i zbog socijalizacije zdravstva (za što je u Hrvatskoj zaslužan Andrija Štampar), a Engleska je počela uvoditi zdravstveno i socijalno osiguranje, alternativne načine liječenja poput grupne psihoterapije i izvanbolničke modele zaštite psihičkog zdravlja te je ukinula značajan broj psihijatrijskih kreveta (Karlović i sur., 2019: 635). Međutim, djelomično su za takve novije metode liječenja bili zaslužni razvojačeni vojnici s psihičkim poteškoćama, koje je trebalo liječiti zbog potrebe za radnom snagom u zemljama opustošenih ratom (Karlović i sur., 2019: 635). Također, za razvoj socijalne psihijatrije zaslužan je i Maxwell Jones, koji je napisao knjigu *Terapijska zajednica* (kasnije nazvana *Socijalna psihijatrija*) te je tvrdio da je terapijska zajednica

srž socijalne psihijatrije, a kod njega su na edukaciji bili Vladimir Hudolin i Franco Basaglia – psihijatar koji je zaslužan za jedan od najvažnijih primjera reorganizacije psihijatrijske službe. Naime, u Italiji je krajem sedamdesetih godina donesen zakon *Legge Basaglia* odnosno zakon 180, zbog kojeg su se sljedećih godina postupno ukidale psihijatrijske bolnice (Karlović i sur., 2019: 636). Posljednja je bila ukinuta 1994. godine, a cilj je bio organizirati psihijatrijske odjele pri svakoj bolnici općeg tipa te, u lokalnoj zajednici, centre za psihičko zdravlje po modelu psihijatrije u zajednici (Karlović i sur., 2019: 40). Dakle, Basaglia i njegovi suradnici promijenili su rutinu rada u psihijatrijskoj bolnici u Goriziji i organizirali centar za psihičko zdravlje u Trstu. Italija je stoga danas jedina zemlja koja nema psihijatrijske bolnice, jer su one zakonom zabranjene, već samo forenzičke psihijatrijske ustanove. Švedska je isto tako primjer države u kojoj se radilo na konceptu psihijatrije u zajednici. Naime, prema provedenom kvalitativnom istraživanju koje je obuhvatilo intervjue sa zaposlenicima psihijatrijske bolnice u Göteborgu, zaključilo se da su promjene u liječenju psihijatrijskih bolesnika doprinijele u vidu njihove reintegracije na tržište rada. Ispitani zaposlenici složili su se u tome da psihijatrija u zajednici ima pozitivne učinke te da i dalje na tome treba aktivno raditi (Aquino, 2007: 26). U Rusiji je započeto s takvim liječenjem otprilike nekoliko godina nakon raspada Sovjetskog saveza, a 2002. godine ruska je vlada usvojila program za reorganizaciju psihijatrijskih institucija i to za period od 2003. do 2008. godine (Bartenev, 2004-2005: 33). Iako rezultati baš i nisu pokazali uspjeh zato što su psihijatrijski bolesnici i dalje bili *nevidljivi* i uglavnom isključivani iz zajednice, ipak je u opću medicinu došlo do integracije usluga namijenjenih za psihičko zdravlje. U Velikoj Britaniji također se radilo na reorganizaciji psihijatrijskih bolnica, međutim njihov je program započet naglo i agresivno zatvaranjem bolnica 1990.-ih godina i to nakon političkih mjera iz 1970.-ih godina koje se bile usmjerene na premještanje sredstava iz zdravstvene službe (koja je odgovorna za institucije, tj. psihijatrijske bolnice) prema lokalnoj upravi (Bartenev, 2004-2005: 30). Predložena alternativa odnosila se na kraće liječenje te vraćanje korisnika u njihove domove, gdje bi im se nastavile pružati liječničke usluge. Isto tako, zahtijevalo se da u budućnosti brigu oko usluga smještaja za takve korisnike preuzmu privatni sektor ili dobrovoljne organizacije. Do 2000. godine, britanska je vlada zatvorila 90 od 120 psihijatrijskih bolnica, dok su psihijatrijski bolesnici, koji su bili već dulje hospitalizirani, uglavnom bili smješteni u grupne domove i na brigu zajednici (Rogers i Pilgrim, 2001, prema Bartenev, 2004-2005: 30). Unatoč postignućima u okviru prelaska na brigu o psihijatrijskim bolesnicima u zajednici, kritike za britansku psihijatrijsku službu su mješovite – psihičko zdravlje u povijesti je imalo niski prioritet, a iako je došlo do napretka, taj prioritet nije dobio značajan porast. Međutim, Velika Britanija je izvrstan primjer temeljitog planiranja i dosljedne

politike vođene razumijevanjem o neprihvatljivosti potpuno institucionalne skrbi (Bartenev, 2004-2005: 31). Slovenija je također bila vrlo uspješna u provođenju ovakvog oblika liječenja, što se za početak pokazalo 1999. godine kada je vlada počela promicati nove oblike podrške za osobe s intelektualnim ili psihičkim smetnjama, a razvijanje istih bilo je u nadležnosti raznih poduzetnika u okviru javnih usluga (Bartenev, 2004-2005: 34). To je uključivalo odgodu na novi prijem u psihijatrijskim bolnicama, uskraćivanje dodatnih sredstava psihijatrijskim bolnicama te iznajmljivanje stanova za psihijatrijske bolesnike (Bartenev, 2004-2005: 34). I Sjedinjene Američke Države ukinule su većinu državnih bolničkih kreveta, između 1960.-ih i 1980.-ih godina te su se počele usmjeravati na razvoj psihijatrije u zajednici. *Nacionalni institut za psihičko zdravlje* je 1970.-ih razvio model podrške u zajednici koji je obuhvaćao sveobuhvatnu, fleksibilnu i individualiziranu uslugu podrške osobama sa psihičkim oboljenjima (Bartenev, 2004-2005: 31), dok je tijekom 1980.-ih i 1990.-ih američka vlada svojim državama pružala potpore i financijska sredstva za projekte u sklopu kojih su se osnivali timovi za pomoć psihijatrijskim bolesnicima, ulagalo se u *pomoćno* stanovanje i zbrinjavanje te nove liječničke tretmane (Bartenev, 2004-2005: 31). 2003. godine prezentirani su izvještaji (*President's New Freedom Commission*) prema kojima se tražila radikalna transformacija službi za psihičko zdravlje, zbog problema poput stigme te ograničenja u privatnom osiguranju, a uz to je preporučeno djelovanje u smjeru stvaranja sustava za promicanje oporavka i zamjenu nepotrebne institucionalne skrbi učinkovitim i djelotvornim uslugama u zajednici (Bartenev, 2004-2005: 31). Problemi ovog prijedloga proizlazili su najčešće iz financijskih poteškoća, no 2001. godine sudskim je procesom odlučeno da službe koje se bave socijalnim radom, obrazovanjem, stanovanjem i urbanim razvojem pomažu državama, pružaju im tehničke smjernice te međusobno surađuju sa ciljem učinkovitijeg korištenja resursa namijenjenih zdravstvu odnosno psihijatrijskoj službi. Napredak je bio izuzetno spor, a devet godina kasnije države su se preliminarno uključile u procese smanjenja institucionalizacije (Bartenev, 2004-2005: 32). Autor na kraju navodi kako je u državama srednje i istočne Europe tranzicija zaslužna za promjene u zdravstvenim službama pa bi se o transformaciji u psihijatrijskoj skrbi trebalo govoriti iz tog konteksta. Zakonski okvir u tim je državama vrlo općenit, barem je tako bilo 2000.-ih godina, što znači da nije konkretno usmjeren prema osobama s psihičkim poteškoćama, a time je i sam proces deinstitucionalizacije vrlo skup. Zbog toga kao alternative državnim institucijama nastaju institucije osnovane od strane nevladinih organizacija koje su ovisne o donatorima, posebno u Litvi, Poljskoj i Sloveniji, što rezultira time da psihijatrijski bolesnici žive ili sa svojim obiteljima ili u državnim institucijama (Bartenev, 2004-2005: 33). Unatoč tome što države ponekad koriste primjere jedne drugih prilikom provedbe

reorganizacije psihijatrijske službe, teško ih je međusobno uspoređivati zbog drugačijih ustroja unutar svake, a posebice zbog različitosti organizacije zdravstvenih sustava.

Zemljama članicama OECD-a (Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj) je 2018. godine, u konzultaciji sa više od 40 stručnjaka u području psihičkog zdravlja, dano 6 preporuka za dobar učinak zdravstvenog, tj. psihijatrijskog sektora:

- 1) fokusiranje na pojedinca koji ima psihičke poteškoće,
- 2) pristupačnost psihijatrijskoj skrbi te njena visoka kvaliteta,
- 3) multidisciplinarni pristup psihičkom zdravlju,
- 4) prevencija psihičkih bolesti i promicanje psihičkog blagostanja,
- 5) snažno vodstvo i dobro upravljanje te
- 6) usmjerenost na budućnost i inovativnost (OECD Mental Health Performance Framework, 2019: 1).

Socijalna se psihijatrija u Hrvatskoj počela razvijati pedesetih godina 20. stoljeća kada je doktor Vladimir Hudolin preuzeo vođenje psihijatrijskog dijela Odjela za neuropsihijatriju KBC-a *Sestre milosrdnice* od profesora Josipa Glasera, koji je i dalje ostao na Odjelu (Karlović i sur., 2019: 47). Kako je ranije spomenuto, Hudolin je bio na edukaciji u Londonu kod Maxwella Jonesa zajedno s Francom Basagliom te se nakon toga započelo sa reorganizacijom odjela tako što su se ukidali mrežni kreveti, počeo se organizirati rad psihijatrije po principu socijalne psihijatrije odnosno terapijske zajednice (od 1952. godine), ukinulo se zaključavanje odjela, u rad sa psihijatrijskim bolesnicima uvele su se samo medicinske sestre, dok su neobrazovani medicinski bolničari radili isključivo na neurologiji, a Hudolin je također 1964. godine u KBC-u *Sestre milosrdnice* počeo sustavno liječiti ovisnike o alkoholu (Karlović i sur., 2019: 47-48). Isto tako, „osniva klubove liječenih alkoholičara u zemlji i inozemstvu (od 1964.), klubove psihijatrijskih bolesnika (od 1968.), uvodi dnevnu bolnicu za psihijatrijske bolesnike (1957.), dnevnu bolnicu za ovisnike o alkoholu (1964.)“ (Karlović i sur., 2019: 48). Naposljetku je predložio i termin *ekološka psihijatrija*, što je spomenuto ranije u ovom poglavlju. Time je KBC *Sestre milosrdnice* postala prva psihijatrijska ustanova u Hrvatskoj i šire na ovim prostorima te među prvima u Europi koja je počela primjenjivati principe socijalne / ekološke psihijatrije, nakon čega je više psihijatrijskih ustanova počelo, u nekim segmentima, raditi po takvim principima (Karlović i sur., 2019: 636). Terapijska je zajednica dakle specifična terapijska tehnika – slična tehnikama grupnog karaktera zbog čega se ne može „odvojiti od društva i društveno – političke strukture i, naposljetku, svjetonazora njezina voditelja“ (Karlović i sur., 2019: 636). Štrkalj-Ivezić i dr. (2014: 172) o terapijskoj zajednici govore kao o socioterapijskoj

metodi koja koristi socioterapijsku i psihoterapijsku tehniku prilikom liječenja oboljelih od različitih psihičkih poremećaja, a s ciljem omogućavanja emocionalnog rasta te učinkovitijeg funkcioniranja u socijalnoj sredini. Polazište ove metode leži u kolektivnoj odgovornosti, pripadnosti grupi i osnaženju uz poticanje osobne odgovornosti te izbjegavanja osjećaja ovisnosti o stručnom osoblju (Štrkalj-Ivezić i dr., 2014: 172). Karlović i sur. (2019: 636) objašnjavaju da je terapijska zajednica plod određenih društvenih kretanja pojedinog društva. Iako je nastala u svrhu učinkovitijeg liječenja psihijatrijskih bolesnika, kritičari za terapijsku zajednicu smatraju da se ponekad može koristiti kao sredstvo manipulacije ljudima. Navode definiciju psihijatra Nebojše Lazića: „Terapijska zajednica je definirana kao zajednica ljudi koji žive i rade u jednoj psihijatrijskoj ustanovi, povezanih iskrenim povjerenjem i dobronamjernošću tako da čine kompaktnu cjelinu, a s ciljem da bolesnim članovima stvore što bolje uvjete za liječenje. U takvoj zajednici, u koju se transponira realna društvena situacija, bolesnik je ravnopravan partner u liječenju, u najdubljem smislu ove riječi“ (Karlović i sur., 2019: 636). Nadalje, prema istim autorima, psihijatrijski bolesnici i u današnje vrijeme imaju probleme s uključivanjem u društvo, obitelj, radnu sredinu, lokalnu zajednicu te društvena zbivanja nakon liječenja jer ih hospitalizacija odvaja od svega navedenoga. Osim toga što psihijatrijska liječenja uglavnom ne sadrže stvarne društvene odnose, tj. društveni realitet kakav je prisutan u *zdravom svijetu*, pacijenti su zbog svoje bolesti ujedno i stigmatizirani što je također jedan od primjera odvajanja od okoline (Karlović i sur., 2019: 636). Terapijska zajednica stoga modificira društvene odnose što znači da se društvene prilike i interpersonalni odnosi prenose u terapijski okvir, čime je psihijatrijske bolesnike moguće resocijalizirati, no treba znati da je to i dalje terapijska tehnika koja je umjetno stvorila i prenijela društveni život u instituciju (Karlović i sur., 2019: 636-637). Nadalje, u terapijskoj zajednici psihijatrijski bolesnik postaje subjekt u svojem liječenju, dok se psihijatar priključuje multidisciplinarnom timu čija je uloga minimaliziranje štete koja može nastati u interpersonalnim odnosima bolesnika te maksimaliziranje dobrobiti međusobnih odnosa bolesnika. Takvo se liječenje odvija na dnevnim sastancima svih bolesnika i multidisciplinarnog tima, čiji je cilj potaknuti rasprave o nedavnim događajima, poticanje bolesnika na uviđanje vlastitih poteškoća, ali i poteškoća drugih bolesnika, sučeljavanje bolesnika sa problemima te traženje angažmana na novim obrascima ponašanja koji bi bili prihvatljiviji u terapijskoj zajednici (Karlović i sur., 2019: 637). Međutim, postoji mogućnost da se takvi sastanci pretvore u birokratizirani postupak čime se gubi spontanitet pa bi zato tim trebao pripaziti da se to ne dogodi. Nakon dnevnih sastanaka, na redu su individualni sastanci s bolesnikom – „u dnevnom sastanku pacijenti uče savladavati prepreke, konfrontacije i krizne situacije u grupi, a u individualnom

se radu s bolesnikom intimnije verbaliziraju događanja u zajednici i potiče da sa zajednicom raspravi svoje individualne probleme“ (Karlović i sur., 2019: 637). Isto tako, važni su i sastanci multidisciplinarnog tima radi analize njihovog rada, uvida u svoje ponašanje u zajednici te eventualnih potreba za mijenjanjem svojih stavova prema bolesnicima (Karlović i sur., 2019: 637). Osim suradnje unutar multidisciplinarnog tima, vrlo je važna suradnja psihijatrijske struke i sa centrima za socijalnu skrb, socijalnim ustanovama te drugim medicinskim ustanovama u kojima su smješteni psihijatrijski bolesnici, ali i sa sudstvom, zakonodavnim tijelima, školama, medijima i drugim institucijama kako bi se kroz edukaciju poboljšao položaj psihijatrijskih bolesnika u društvu i smanjila stigmatizacija (Karlović i sur., 2019: 642).

Jedan od primjera koncepta psihijatrije u zajednici u Hrvatskoj je psihijatrijska bolnica u Bajnskim dvorima (Varaždin) u kojoj se takva praksa pokrenula šezdesetih godina te je u punom zamahu bila sedamdesetih i osamdesetih godina pod vodstvom neuropsihijatra i psihoterapeuta Pavla Brajša. Naime, Brajša je u varaždinsku psihijatrijsku bolnicu uveo novu teoretsku paradigmu psihičkog oboljenja i tako razvio oblik rada pod nazivom psihijatrijska zaštita u zajednici. Naveo je sljedećih nekoliko principa psihijatrijske zaštite u zajednici:

- a) princip sveobuhvatnosti (cjeline), što znači da nijedan bolesnik nije izolirani pojedinac već ima svoju prirodnu sredinu u kojoj živi i s kojom treba surađivati tijekom liječenja (što se ponajprije odnosi na obitelj) kako bi se postigli pozitivni rezultati;
- b) princip cirkularnoga, kružnog pristupa bolesniku i njegovoj sredini, što znači da se ne traži krivac ili prebacuje odgovornost, već se surađuje s mišlju da problem treba riješiti suradnjom i zajedničkim aktivnostima;
- c) odnosni pristup psihijatrijskoj bolesti, prema kojem se mijenjaju odnosi, stavovi prema bolesti i bolesnom članu obitelji;
- d) komunikacijski pristup psihičkom poremećaju i bolesniku, prema kojem je vrlo važna međusobna komunikacija i ponašanje te međusobno prenošenje poruka;
- e) međusobno prilagođavanje, prema kojem se za bolest mora pronaći najmanje štetan oblik prilagodbe jer se bolesnik mora znati prilagoditi i u bolnici i u svom domu;
- f) međusobno doživljavanje unutar obitelji i okoline bolesnika, što znači da je važno uskladiti misli i vlastite doživljaje sa onime što se izgovara odnosno važna je otvorena komunikacija (Brajša, 2016: 2-5).

Prema ovim principima reorganizirao se svaki bolnički odjel u Bajnskim dvorima tako da su povezali bolnički i izvanbolnički dio psihijatrijske zaštite (Brajša, 2016: 15). Tako je svaki bolnički odjel dobio izvanbolnički dan u Varaždinu u koji su bile uključene obitelji bolesnika i

isti terapijski tim. Uključenjem obitelji, varaždinska psihijatrija postala je obiteljska psihijatrija – „Obitelji su preporodile našu bolnicu. Ona je prestala biti neko zatvoreno i teško dostupno mjesto nekih čudnih duševnih bolesnika. Ona je postala otvorena zajednica bolesnika, njihovih obitelji terapeuta“ (Brajša, 2016: 15). Osim obitelji, psihijatrija se povezivala i s radnom sredinom bolesnika, tako da se analizirala profesionalna problematika bolesnika i tražilo rješenje za njihov povratak na radno mjesto, a ukoliko je bilo potrebno pokretao se postupak za invalidsko umirovljenje. Nadalje, organizirale su se javna predavanja, tribine, kulturne priredbe te se vodila radio – emisija sa ciljem povezivanja psihijatrije sa širom sredinom i razbijanja predrasuda o psihijatrijskim bolesnicima i psihijatrijskoj službi (Brajša, 2016: 15). Osim toga, proširio se dijagnostički postupak sistemsko – cirkularnim pristupom što znači da se provjeravao dijagnostički dojam te planirao terapijski i rehabilitacijski postupak zajedno s bolesnicima, njihovim obiteljima, kućnim liječnikom, socijalnom službom i predstavnicima poduzeća. Time je nastala suodgovornost za tijek liječenja (Brajša, 2016: 15). Uvedena je i sistemska psihijatrijska terapija, što znači da su uveli obiteljsku posjetu odnosno jedan dan u tjednu su odredili kao bolnički obiteljski dan. Nadalje, Brajša (2016: 16-17) navodi rezultate koji su proizašli iz ove reorganizacije:

- a) Kraća hospitalizacija – u prosjeku je iznosila 28 dana, a ranije je iznosila najmanje 90 dana. Bolnica je imala 120 kreveta te je opskrbljivala područje sa 300.000 stanovnika i uvijek su imali dovoljno mjesta za sve nove bolesnike. „Bolnica je prestala biti doživotno boravište bolesnika. Nije bilo mjesta za razvoj *karijere psihijatrijskog bolesnika*. Bolesnik je *ostao* u svojoj obitelji i za vrijeme bolesničkog liječenja“ (Brajša, 2016: 16). Isto tako, autor navodi da bolesnici više nisu bili toliko prepoznatljivi od strane svoje okoline zato što ona nije imala vremena razviti psihijatrijske bolničke stereotipe o gestama i ponašanju bolesnika.
- b) Smanjenje doze psihofarmaka – „uključivanjem obitelji, boljom komunikacijom i maksimalnim aktiviranjem svih resursa u bolesnika i unutar obitelji onemogućili smo zloupotrebu lijekova za umirivanje i potiskivanje nerazriješenih konflikata i nezadovoljstva“ (Brajša, 2016: 16).
- c) Smanjilo se agresivno reagiranje i ponašanje bolesnika – fizička agresivnost u ovoj je bolnici skoro nestala. Do te je promjene došlo zbog drugačijeg međusobnog komuniciranja proizašlog iz učenja interpersonalne komunikologije (Brajša, 2016: 16).
- d) Smanjio se broj ponovnih bolničkih liječenja istih bolesnika – bolesnik i njegova obitelj ostajali su povezani s istim terapijskim timom te su zajedno radili na održavanju

postignutog poboljšanja bolesnikovog stanja. Štoviše, Brajša (2016: 17) smatra da je do rehospitalizacije ranije dolazilo zbog konflikata između bolesnika i obitelji i/ili radnog mjesta.

- e) Bolovanja bolesnika postala su kraća i rjeđa – do toga je došlo suradnjom psihijatrijske službe i predstavnika radnih organizacija, a do ranijih bolovanja dolazilo je uglavnom zbog konflikata između bolesnika i njegove radne okoline (Brajša, 2016: 17).
- f) Poboljšao se društveni status (varaždinske) psihijatrije – „Naša je bolnica prestala biti *ludnica na kraju grada*, koju svi izbjegavaju“ (Brajša, 2016: 17). Psihijatrijska služba odnosno njeni djelatnici počeli su biti prisutni na društvenim događanjima, u novinama, na radiju, na tribinama te susretima na javnim mjestima. Bila je izazvana pozitivna znatiželja okoline. „Prestali smo dijeliti dijagnoze i etikete, prestali smo optuživati i napadati, prestali smo se braniti i sramiti. Ponovo smo se vratili i u društvo i u ostalu medicinu“ (Brajša, 2016: 17).
- g) *Provincijska ludnica* pretvorila se u modernu psihijatrijsku bolnicu – autor govori kako su ostali materijalno siromašni, međutim nakon reorganizacije bili su duhovno, stručno, ljudski i znanstveno bogati – „Sve nam je to pomoglo da se *dezaziliramo, dehospitaliziramo* i *depsihijatriziramo*. Pronašli smo nove puteve između nas i naših bolesnika, između nas i ostalih grana medicine, između nas i društva“ (Brajša, 2016: 17). Autor također govori kako se zbog njihovog drugačijeg razmišljanja počela mijenjati stvarnost te su dana druga značenja psihijatriji i psihijatrijskom bolesniku zbog spoznaje da do neuspješnog psihijatrijskog liječenja ne dolazi samo zbog težine bolesti, već su razlozi tome pristup, stav i mišljenje o psihijatriji (Brajša, 2016: 17).

Brajša (2016: 119) također napominje da su psihički poremećaj i psihijatrijski bolesnik samo dio jedne povezane i složene prirodne međuljudske cjeline što znači da na ponašanje pojedinca i poremećaje djeluju stanja njegova mozga i živaca (genetički, biološki i organski čimbenici), unutarnja doživljavanja i osjećaji, svjesna i nesvjesna događanja koja su prisutna od najranijeg djetinjstva (psihodinamički, intrapsihički čimbenici), prijašnja i sadašnja obiteljska i bračna situacija (obiteljski čimbenici), događaji i doživljaji unutar škole, radnog mjesta, susjedstva i društva (socijalni čimbenici). Principi socijalne odnosno ekološke psihijatrije važni su upravo zbog sveobuhvatnosti navedenih uzroka psihičkih bolesti.

U terapiju psihijatrijskih bolesnika trebaju svakako biti uključeni rad, sport i rekreacija, a primjer toga je 1982. godina kada su u *Psihijatrijskoj bolnici Ugljan* održane tri sportsko – radne i stručne manifestacije: *Prve sportske igre bolesnika psihijatrijskih ustanova jadranskog područja*,

Simpozij o sportu, rekreaciji i radnoj terapiji u psihijatriji te stručni dio i izložba radova bolesnika bolnice domaćina (Hudolin i Maljković, 1985: 261). To je, osim smotre psihijatrijskih bolesnika, bio i susret njih i terapeuta. Prilikom zatvaranja igara, sudionicima i uzvanicima obratio se ravnatelj bolnice prim. dr. sc. Ivo Maljković s riječima: „Ove igre, izložba radova i drugo što ćete ovdje vidjeti podsjetit će vas da razmišljate o duševnom bolesniku. Vidjet ćete da su to osobe koje se u svojim sposobnostima i aktivnostima ne razlikuju od ostalih osoba. Molim vas da imate na umu da je sredina, društvo, često odlučujući činilac kako za nastanak duševne bolesti tako i za njezin razvoj i ishod“ (Hudolin i Maljković, 1985: 262-263).

Klubovi liječenih alkoholičara (KLA) također su primjer psihijatrije u zajednici. Naime, oni su organizirani teritorijalno pa je jedan klub u mogućnosti primiti članove s manjeg područja te rade po principu terapijske zajednice (Karlović i sur., 2019: 640). Osim klubova, u Hrvatskoj djeluju i nevladine organizacije, tj. udruge osnovane sa ciljem rehabilitacije psihijatrijskih bolesnika (Karlović i sur., 2019: 640), čiji su članovi često takozvani *peer workeri* – stručnjaci po iskustvu. To su osobe koje su imale iskustvo psihijatrijske hospitalizacije te zbog tog iskustva postoji mogućnost da su u stanju pomoći i drugim osobama u sličnoj situaciji. Oni su ravnopravni članovi tima oformljenog u svrhu izvanbolničkog liječenja psihijatrijskih bolesnika te obavljaju zadatke podrške uz superviziju stručnjaka (Štrkalj-Ivezić i Štimac-Grbić, 2021: 26). Nadalje, „psihijatrija u zajednici obuhvaća i alternativni smještaj psihijatrijskih bolesnika, npr. u udomiteljske obitelji, stambene zajednice (inkluzije), domove za odrasle osobe oboljele od psihičkih poremećaja ili mirovne domove“ (Karlović i sur., 2019: 640). Organizacija psihijatrijske službe svoje bi djelovanje trebala prilagoditi s obzirom na promjene u društvu i promjene epidemiološke slike psihičkog zdravlja stanovništva (Karlović i sur., 2019: 640).

Jedan od novijih primjera rada na konceptu psihijatrije u zajednici jest pilot projekt pod nazivom *Pokretanje timova za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici*. Naime, Odjel za psihijatriju Opće bolnice Karlovac, Klinika za psihijatriju *Vrapče* i Opća bolnica *Dr. Josip Benčević* Slavonski Brod 2017. godine počele su s provođenjem pilot-projekta Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske koji je trajao do 2018. godine (Salopek i dr., 2019: 157). Ovaj projekt predstavljao je početak implementacije modela psihijatrije u zajednici u nacionalnom javnozdravstvenom sustavu, a njegova se središnja aktivnost odnosila na uspostavu mobilnih psihijatrijskih timova s ciljem provođenja intervencija u svrhu oporavka, destigmatizacije te ukupnog poboljšanja kvalitete života uključenih pacijenata (Salopek i dr., 2019: 157). Prema istim autorima, od 22. studenog 2017. do 31. prosinca 2018. godine u okviru Opće bolnice Karlovac,

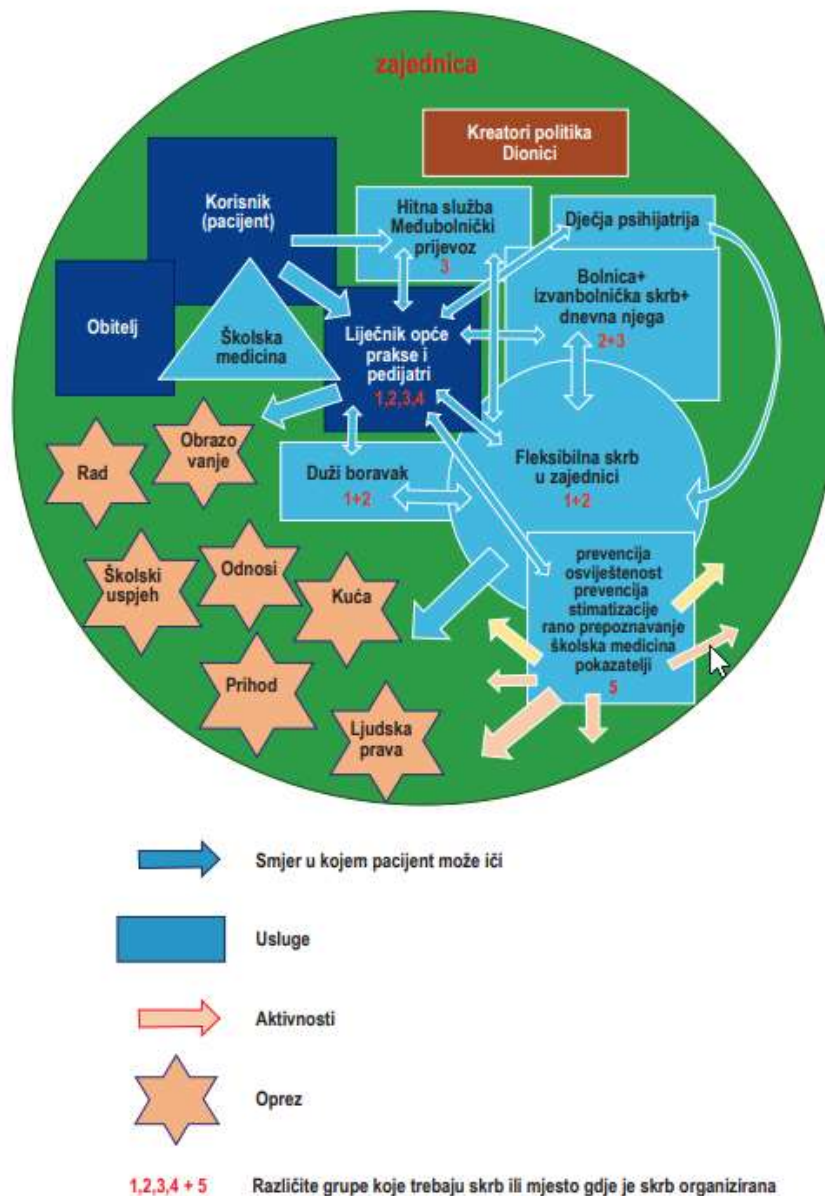
gdje je voditelj projekta bio dr. Igor Salopek, realizirano je više od dvije stotine kućnih posjeta te je uz klinički pregled intervenirano i psihosupportom, psihoedukacijom te, ukoliko je bilo potrebno, korekcijom i/ili aplikacijom psihofarmakoterapije. Također, osim uspostave mobilnog tima, projekt je obuhvaćao i poboljšanje radnih uvjeta, znanstvenoistraživački rad i edukaciju angažiranih djelatnika, a realizacijom istog došlo je do stjecanja značajnih iskustava terenskog rada, profiliranja inovativnog koncepta te mogućnosti analize perspektive sustavne implementacije modela psihijatrije u zajednici (Salopek i dr., 2019: 157).

Također, hrvatski stručnjaci iz psihijatrijske skrbi su u suradnji sa stručnjacima iz nizozemskog instituta *Trimbos* te u okviru eTwinning projekta *Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja* pripremili smjernice za zaštitu mentalnog zdravlja u Hrvatskoj (HZJZ, 2018b). Jedna od karakteristika modela psihijatrije u zajednici prisutnog u Nizozemskoj odnosi se na fleksibilan asertivni tretman u zajednici (*flexible assertive community treatment*, tj. FACT timovi) koji djeluje na dva načina:

- 1) individualni *case management*⁶ koji vodi jedan član tima;
- 2) intenzivni mobilni tim (za asertivan tretman u zajednici) koji uključuje rad klijenata s nekoliko članova tima; ti su klijenti navedeni na ploči fleksibilnog asertivnog tretmana u zajednici i tim svakodnevno raspravlja o obliku skrbi koji će se pružiti i o članovima tima koji će ju pružiti (HZJZ, 2018b: 47).

Navedene smjernice služe za informiranje javnosti, stručnjaka, kreatora politika, drugih dionika i korisnika sustava zaštite mentalnog zdravlja te su usmjerene prema zaštiti istog u zajednici u hrvatskom kontekstu (HZJZ, 2018b: 39). Nadalje, u smjernicama je opisano kako bi mogao izgledati model zaštite mentalnog zdravlja u zajednici te se napominje da ne postoji univerzalan organizacijski model, nego je takva zaštita zapravo spoj sveobuhvatnih načela i regionalnog kontekstuiranja što znači da je ona drugačija od regije do regije, a ovisi o lokalnim potrebama, kontekstualnim faktorima, kao što su na primjer socio-demografski faktori, i dostupnim resursima (HZJZ, 2018b: 41). „S obzirom da je Hrvatska podijeljena na 21 županiju, ove smjernice predstavljaju hrvatski županijski model zaštite mentalnog zdravlja u zajednici (CroCoCoM)“ (HZJZ, 2018b: 41), što je prikazano na slici 3.

⁶ „*Case management* (koordinirano liječenje) je jedna od vodećih intervencija u mobilnim psihijatrijskim timovima, te predstavlja metodu temeljenu na dokazima (Štrkalj-Ivezić i sur., 2010.) čija je efikasnost potvrđena u brojnim istraživanjima, efikasniji je u usporedbi sa standardnim liječenjem“ (Štrkalj-Ivezić i Štimac-Grbić, 2021: 26).



Slika 3. Hrvatski županijski model psihičkog zdravlja u zajednici (CroCoCom) i prateći hodogram

Izvor: HZJZ (2018b: 42)

Model prikazan na slici 3 dalje se može prilagođavati na lokalnoj razini, ovisno o potrebama (HZJZ, 2018b: 41). Prema HZJZ-u (2018b: 41) slika 3 prikazuje kako pružanje psihijatrijske skrbi započinje s klijentom i članovima obitelji, koji se potom obraća(ju) liječnicima opće prakse i pedijatrima zato što su oni ti koji prvi pružaju pomoć i skrb i odraslima i djeci, a ukoliko se radi o školskim uzrastima, izrazito je važan školski liječnik jer u tom slučaju on prvi pruža skrb. Nadalje, rano prepoznavanje odvija se u cijelom sustavu, a ne samo pri

ulasku u sustav – kao članovi zajednice, mi ili naši bližnji možemo se suočiti sa psihičkim poteškoćama, jer je to uobičajena pojava među populacijom, tako da bi trebali moći prepoznati te probleme te znati kome i gdje se obratiti za pomoć (HZJZ, 2018b: 41) (za što je važna mentalnozdravstvena pismenost, o čemu će biti riječ kasnije u radu). Također, budući da se usluge zaštite mentalnog zdravlja u Hrvatskoj mogu organizirati na razini zajednice unutar županija, mreža integriranih usluga takve zaštite bi trebala biti gravitirajuće područje za cijelu županiju (HZJZ, 2018b: 41). Na slici 3 prikazani su i kreatori politika, čija je uloga određivanje globalne vizije i strategije zaštite mentalnog zdravlja te oni zajedno s ostalim dionicima odnosno korisnicima, pružateljima skrbi, civilnim društvom, zdravstvenim stručnjacima te stručnjacima iz drugih sektora, donose odluke vezane uz akcijski plan za mentalno zdravlje za određeno razdoblje (HZJZ, 2018b: 41). Na slici 3 također se nalazi i „pet skupina s vrijednostima od 1 do 5, od kojih svaka označava različitu skupinu osoba s različitim potrebama za skrbi, a to su sljedeće skupine:

- a) Skupina 1: zahtijeva intenzivnu dugoročnu skrb zbog postojanja teške i dugotrajne mentalne bolesti;
- b) Skupina 2: zahtijeva specijaliziranu dugoročnu skrb kako bi ostala stabilna;
- c) Skupina 3: zahtijeva specijalizirane dugoročne tretmane;
- d) Skupina 4: zahtijeva osnovnu kratkoročnu zaštitu mentalnog zdravlja zbog lakše mentalne bolesti;
- e) Skupina 5: zahtijeva opće informacije i osviještenost te odgovara općoj populaciji“ (HZJZ, 2018b: 43).

Prema HZJZ-u (2018b: 43), djeca sa psihičkim poteškoćama također su podijeljena u istih pet grupa prema potrebama za skrbi, međutim nisu pomiješani s odraslim grupama. U smjernicama također stoji kako županije u Hrvatskoj imaju između 100.000 i 250.000 stanovnika, zbog čega je zaštita mentalnog zdravlja u zajednici izvediva, kao i zbog toga što postoji dovoljno stručnjaka za oformljenje multidisciplinarnih timova jer su „županije jasno definirane administrativne jedinice u kojima timovi za mentalno zdravlje u zajednici mogu surađivati s dionicima u zajednici“ (HZJZ, 2018b: 43). Štoviše, u mnogim su županijama aktivne nevladine organizacije čije se djelovanje može primijetiti u području socijalne skrbi, zdravstvene skrbi te razvoja i zaštite mentalnog zdravlja (HZJZ, 2018b: 43). Prednosti hrvatskog zdravstva u kontekstu zaštite mentalnog zdravlja su predano osoblje, aktivne nevladine organizacije te manji programi za mentalno zdravlje u zajednici, dok se nedostaci odnose na rascjepkanost usluga kroz primarnu, sekundarnu i tercijarnu skrb te uglavnom

nedostatak financijske i političke podrške koje su potrebne radi proširenja takvog modela i njegove održivosti (HZJZ, 2018b: 44). Nadalje, prema smjernicama, postoje jaki empirički i teorijski temelji za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici iz čega proizlazi sljedećih pet načela važnih za njegovo promicanje:

- 1) „odgovor na potrebe populacije na pristupan i prihvatljiv način;
- 2) izgradnja ciljeva i snaga osoba s mentalnim bolestima;
- 3) promicanje široke mreže podrške, usluga i resursa, uključujući terenski rad;
- 4) stavljanje u prvi plan usluga utemeljenih na dokazima i usmjerenih prema oporavku“ (HZJZ, 2018b: 44) i
- 5) pacijent je sukreator skrbi (ovo načelo dodano je od strane Europske mreže pružatelja usluga mentalnog zdravlja u zajednici (EUCOMS), a također je u skladu s načelom oporavka koje glasi *Ništa o nama bez nas* prema kojem se nijedna politika niti odluka ne mogu donijeti bez sudjelovanja onih na koje se one odnose, tj. koji su u njih uključeni) (HZJZ, 2018b: 44).

U hrvatskom kontekstu, postoje određene prepreke i izazovi koji proizlaze primjenom navedenih pet načela, kao na primjer:

- a) nedostatak obuke liječnika opće prakse o psihičkom zdravlju (ova bi se prepreka mogla riješiti organiziranjem radionica o psihičkom zdravlju i njegovoj zaštiti za liječnike opće prakse);
- b) određivanje načina organizacije gravitirajućih područja za timove za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici (rješenje je organizacija timova za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici koji mogu djelovati u kontekstu regionalnog multisektora, budući da su županije područja koja su već administrativne jedinice) (HZJZ, 2018b: 50).

Timovi koji bi se organizirali moraju biti multidisciplinarni i uključivati psihijatre, psihologe, medicinske sestre i socijalne radnike, a svaki bi tim trebao imati jednog psihijatra. Njihove aktivnosti odnosile bi se na odlaske u kućne posjete, skrb i tretiranje osoba s psihičkim bolestima te savjetovanje i suradnja s liječnicima opće prakse (HZJZ, 2018b: 50). Koristi ovakve skrbi za pacijente očituju se u personaliziranom pristupu svakom pacijentu, mogućnosti konzultiranja psihijatra (i drugih stručnjaka) kod kuće, što se posebno odnosi na nesuradljive, teško pokretne i palijativne pacijente, ali i na njihovu obitelj koje je često izložena stresu zbog njihovog stanja i tretmana (HZJZ, 2018b: 51). U okviru smjernica navedeno je devet koraka za razvoj i provedbu zaštite mentalnog zdravlja u zajednici u Hrvatskoj:

- 1) „na nacionalnoj razini razraditi zajedničku viziju o mentalnom zdravlju u zajednici,
- 2) na razini gravitirajućih područja i/ili županija, osmisliti aktivnosti za podizanje javne svijesti i smanjenje stigme,
- 3) educirati liječnike opće prakse za tretiranje pacijenata s blagim i umjerenim mentalnim poremećajima,
- 4) diferencijacija zadaća i preinake dio su sustava zaštite mentalnog zdravlja,
- 5) posvetiti posebnu pažnju edukaciji ljudi koji rade u zajednici u sektorima gdje se ponekad suočavaju s problemima, kao na primjer: policija, socijalni rad, škole, itd.,
- 6) integracija medicinskih i socijalnih postupaka,
- 7) imenovanje djelatnika s proživljenim iskustvom potpomaže programe zaštite mentalnog zdravlja u zajednici,
- 8) uspostava Nacionalnog saveza korisnika usluga dio je sustava zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i
- 9) svaki stručnjak provodi tretman s naglaskom na otpornost i oporavak“ (HZJZ, 2018b: 55).

Isto tako, navedeni su i uvjeti za razvoj zaštite mentalnog zdravlja u zajednici u Hrvatskoj:

- 1) „Na razini politika, kreiranje politika trebalo bi se temeljiti na zajedničkoj viziji o zaštiti mentalnog zdravlja. Kreiranje politika je vrijedan proces ako u njemu utjecaj imaju i udruge korisnika.
- 2) Ministarstvo zdravstva mora poslati poruku podrške razvoju zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i potaknuti razvoj usluga zaštite mentalnog zdravlja u zajednici kao što je definirano u ugovoru eTwinning projekta, odnosno podržati razvoj mobilnih timova u zajednici i programa rehabilitacije.
- 3) Važno je da Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje jasno naznači postotak koji se izdvaja iz državnog proračuna za zaštitu mentalnog zdravlja.
- 4) Plaća osoba koje rade izvan bolnice trebala bi iznositi 25% za liječnike, medicinske sestre i druge stručnjake. Taj dodatak imaju medicinske sestre koje rade na intenzivnim bolničkim odjelima, što je 9% više od sestara koji rade na otvorenim odjelima u bolnicama. Liječnici na zatvorenim odjelima imaju dodatak 20%, a oni koji rade na otvorenim odjelima 16%. Ovo je važno jer medicinske sestre i liječnici možda neće biti motivirani za rad u mobilnim timovima ako će pritom imati nižu plaću.

- 5) Da bi se timovi mogli formirati, mora se znati prosječan broj pacijenata koji će obuhvatiti tim, odnosno jedna osoba po timu. Brojke će se sigurno mijenjati ovisno o udaljenosti od kuće klijenta i ovisno o postupcima.
- 6) Važno je da ustanove jasno iznesu mogu li osnovati timove bez zapošljavanja novog kadra. Potrebno je odrediti jednogodišnji prijelazni rok u kojem bi se ustanovama koje iznesu da ne mogu organizirati mobilne timove jer im nedostaje osoblja trebalo omogućiti da zaposle potreban kadar kroz odobrenje sredstva za te usluge za one ustanove koje navedu da to ne mogu provesti bez dodatnih sredstava. Važno je dogovoriti nadležnosti psihosocijalnih usluga koje provode socijalni radnici koji rade u institucijama socijalne skrbi (domovima, centrima za socijalnu skrb) za osobe koje su u nekom njihovom tretmanu, da se definiraju kriteriji za te usluge, da socijalni radnici dobiju edukaciju i da se definira način njihove suradnje s mobilnim psihijatrijskim timovima.
- 7) Potrebno je uključiti i zavode za zapošljavanje. Oni bi trebali imenovati stručnjake za zapošljavanje koji će biti dio tima za mentalno zdravlje u zajednici i pomagati u zapošljavanju osoba s mentalnim poremećajima kada im takva pomoć zatreba.
- 8) Trebalo bi jasno definirati procjenu osoba koje su kod kuće i odbijaju tretman, a nalaze se u akutnom stanju bolesti za koje se za koje se obično bolnički tretman ne pruža.
- 9) Mogućnost osnivanja tima treba ponuditi svim županijama u Hrvatskoj koje to žele, uz organiziranje kontinuirane izobrazbe iz ovog područja, osobito obuka o vještinama iz psihosocijalnih postupaka koji su navedene u smjernicama za psihosocijalne postupke.
- 10) Potrebno je redovito nadgledanje osoblja koje radi u mobilnim timovima, što bi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje trebao imati definirano kao dio usluge u cijeni usluge mobilnih timova.
- 11) Potrebno je osigurati program izvanbolničke rehabilitacije zajedno s programom dnevnog centra u kojem će biti dostupne psihosocijalne usluge potrebne za povećanje autonomije, osnaživanje i oporavak.
- 12) Potrebno je definirati i kontinuirano financirati usluge koje pružaju udruge korisnika. Udruge mogu biti izvor djelatnika s proživljenim iskustvom koji se mogu priključiti mobilnim timovima, ali tada treba definirati njihovu satnicu i plaću.
- 13) U okviru sustava socijalne skrbi, treba pokrenuti prijelazni smještaj za pacijente koji traže mogućnost trajnog smještaja, tako da se u prijelaznom smještaju pripreme za trajno stanovanje i izgrade svoje kapacitete za samostalan život i rad“ (HZJZ, 2018b: 55-56).

Štrkalj-Ivezić i dr. (2018: 185) navode da je Hrvatskoj potreban sustav koji se temelji na procjeni potreba i koji bi uključivao prevenciju, rane intervencije, svijest javnosti o psihičkim poremećajima, antistigma program te podršku oboljelima u uključivanju u život zajednice i aktivnije uključivanje udruga pacijenata u cjelokupni proces pružanja zdravstvene skrbi.

Tijekom 2020. godine uslijed pojave bolesti COVID-19 te češćih potresa u Hrvatskoj došlo je do porasta popularnosti telepsihijatrije odnosno pružanja pomoći i podrške onima kojima je to potrebno preko telefonskih konzultacija, videopoziva i sl. Tako je temeljem odluke Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu te na prijedlog Ministarstva zdravstva u mrežu telemedicinskih centara ušla i Klinika za psihijatriju *Vrapče* kao prvi telepsihijatrijski centar u Hrvatskoj, registriran za obavljanje stručne djelatnosti iz područja psihijatrije (Klinika za psihijatriju *Vrapče*, 2020). Dakle, djelatnici Klinike su, uzevši u obzir pandemijske okolnosti krajem ožujka 2020. godine, pružanje skrbi započeli putem udaljenih veza te su tako razvili i prilagodili procese pružanja takve vrste pomoći, zbog čega Klinika danas raspolaže sa čitavim nizom dijagnostičkih i terapijskih programa, prilagođenih provođenju u okvirima digitalnog prostora (Klinika za psihijatriju *Vrapče*, 2020).

Uspješnost reorganizacije psihijatrijske službe ovisi o nizu faktora – sredstvima namijenjenim za zdravstvo, tj. psihijatrijsku službu i prioritetima prema kojima se usmjeravaju te ekonomskom, političkom i društvenom uređenju države. Osim toga, neki su psihijatrijski bolesnici toliko dugo hospitalizirani da znaju samo za život u instituciji, zbog čega je resocijalizacija ponekad vrlo zahtjevna. Iako je s jedne strane pozitivno te za psihijatrijske bolesnike dobro i korisno sudjelovanje obitelji u njihovom liječenju, s druge strane postoji mogućnost da to, iz raznih razloga, predstavlja *teret* obitelji. Postavlja se i pitanje je li skuplja institucionalna skrb ili skrb u zajednici. Prema istraživanju sveučilišta Kent u Velikoj Britaniji, postoje pokazatelji da je institucionalna skrb skuplja nego skrb u zajednici jer uključuje troškove potpunog zbrinjavanja pojedinca, kao što na primjer troškovi namijenjeni za namirnice, kuhinju, čišćenje, bolničke krevete, režije i sl. (Mansell i dr., 2007). Isto tako, do ekonomskog opterećenja društva dovode visoka prevalencija i često kronični tijek psihičkih poremećaja te rani početak poremećaja i to već u adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi (Štrkalj-Ivezić, 2018: 180). Shodno tome, ukupni troškovi zbog psihičkih poremećaja iznose 3-4% bruto nacionalnog dohotka zemalja (Štrkalj-Ivezić, 2018: 180). Ukoliko je osoba premještena na skrb u zajednicu, postoji mogućnost da je zaposlena na puno ili pola radnog vremena zbog čega isto tako padaju troškovi, budući da je osoba u mogućnosti financirati se samostalno. No, s druge strane skrb u zajednici uključuje cijeli niz troškova poput organizacije mobilnih timova,

uključenja stručnjaka iz različitih znanstvenih područja (budući da je potreba takve skrbi multidisciplinarni tim), izgradnje i/ili adaptacije stambenih objekata za psihijatrijske bolesnike ukoliko nisu u mogućnosti vratiti se svojim domovima, zatim, potrebno je aktivno sudjelovanje obitelji u liječenju, što također iziskuje određeni angažman. Dakle, ne postoji univerzalna shema koja bi se mogla jednako primijeniti prilikom svakog pokušaja reorganizacije psihijatrijske službe, već sve ovisi o općenitom stanju te organizaciji pojedine države (Mansell i dr., 2007). Postoje smjernice koje bi u tom slučaju svaka država trebala prilagoditi s obzirom na svoje mogućnosti. Još jedan problem koji proizlazi iz ovakvog načina liječenja jest pitanje doprinosi li smanjenje broja bolničkih kreveta i deinstitucionalizacija beskućništvu i povećanim brojem zločina, kao što su na primjer bili slučajevi masovnih pucnjava i ubijanja u Sjedinjenim Američkim Državama od strane psihijatrijskih bolesnika koji su bili vraćeni u zajednicu (Cramer, 2012). Međutim, to je još jedan segment koji mora biti obuhvaćen prilikom razmatranja organizacije psihijatrijske skrbi u zajednici – što, dakle, ovisi o procjeni stanja psihijatrijskog bolesnika od strane stručnjaka, jer će neki bolesnici unatoč reorganizaciji i težnji za resocijalizacijom ipak morati ostati u psihijatrijskoj bolnici te, opet, mogućnostima i stanju ekonomije, politike i društva određene države. Veliku ulogu u uspješnosti reorganizacije igra i zdravstvena pismenost u području psihičkog zdravlja (Muslić i dr., 2020). Pojam *mentalnozdravstvena pismenost* prvi je put opisan 1997. godine kao znanja i vjerovanja pojedinca o mentalnom zdravlju, tj. mentalnim poremećajima koja pomažu u prepoznavanju, upravljanju ili prevenciji (Jorm i dr., 1997, prema Muslić i dr., 2020: 328-329). Nadalje, u područje mentalnozdravstvene pismenosti ulaze znanje i strategije za očuvanje ili postizanje i održavanje dobrog mentalnog zdravlja, zatim osnovna znanja o mentalnim bolestima i poremećajima, njihovim tretmanima, strategijama za smanjenje stigme te poboljšanje učinkovitosti u traženju pomoći (Jorm, 2012; Kutcher, Wei i Coniglio, 2016; Kutcher, Bognell i Wei, 2015, prema Muslić i dr., 2020: 329). Štoviše, postoji sedam dimenzija mentalnozdravstvene pismenosti:

- 1) sposobnost prepoznavanja specifičnih poremećaja,
- 2) znanja o tome kako tražiti informacije o psihičkom zdravlju,
- 3) poznavanje rizičnih faktora i uzroka,
- 4) znanja o samoliječenju,
- 5) znanja o dostupnosti stručne pomoći,
- 6) stavovi koji promoviraju prepoznavanje te
- 7) traženje odgovarajuće pomoći (Jorm i dr., 1997, prema Muslić i dr., 2020: 330).

Osim navedenog, mentalnozdravstena pismenost obuhvaća „skup kognitivnih i socijalnih vještina koje određuju motivaciju i sposobnost pojedinca da dođe do informacija, razumije ih i koristi radi unaprjeđenja i održavanja dobrog zdravlja“ (Muslić i dr., 2020: 330), što je moguće ukoliko postoji dobar pristup zdravstvenim informacijama. Također, istraživanja o mentalnozdravstvenoj pismenosti pokazala su da poboljšanje iste dovodi do pravovremenog prepoznavanja i poboljšanja ishoda liječenja (Rusch i dr., 2011, prema Muslić i dr., 2020: 331).

3. PROBLEM ETIKETIRANJA I STIGME KORISNIKA PSIHIJATRIJSKIH USTANOVA

Pojam stigme spominje se nekoliko puta ranije u radu u kontekstu psihijatrijskih ustanova, a uz njega je usko vezan i pojam etiketiranja. Dva su pojma detaljno prikazana u daljnjem tekstu, za početak kroz teoriju simboličkog interakcionizma i prikaz načina ljudskih interakcija.

3.1. Teorija simboličkog interakcionizma kao polazište teorija etiketiranja i stigme

Simbolički interakcionizam usredotočen je na objašnjenje društvenih djelovanja pomoću značenja koje im pridaju pojedinci odnosno na interakcijske situacije malog opsega, a ne na velike društvene promjene te se njegovim utemeljiteljem smatra George Herbert Mead (Haralambos i Holborn, 2002: 1056). Prema Meadovom (2003) tumačenju, sebstvo (osoba) se javlja kroz proces društvene interakcije s drugima, a uvjetovani odgovori ljudskih bića uključuju geste i preuzimanje uloga, što su, prema autoru, osnove društvenoga života. Također, on smatra da su geste i razgovor najvažnije značajke simboličke interakcije, a razlikuju se po tome što je pojedinac u stanju zamisliti učinak simboličke komunikacije na druge društvene aktere, što znači da akteri vode *unutarnji razgovor* sami sa sobom i predviđaju odgovore drugih aktera. Dakle, preuzimanje uloga odnosi se na proces gdje jedna osoba preuzima ulogu druge osobe, tj. one s kojom je u interakciji, tako da se imaginacijom smješta u njen položaj (Mead, 2003). Prema tome, ljudi pomoću imaginacije zapravo pretpostavljaju druge društvene uloge te internaliziraju stavove *poopćenoga drugog* odnosno stavove društvene skupine. Iz procesa preuzimanja uloga razvija se i koncept *jastva* prema kojem su ljudi, smještajući se u položaj drugih, sposobni gledati i na sebe odnosno sposobni su iskustveno *izaći iz sebe* tako da samom sebi postanu predmet (Mead, 2003).

Važnost teorije simboličkog interakcionizma za ovaj rad jest upravo njena usmjerenost na (među)djelovanje ljudi te interpretacije i definicije uzajamnih akcija. Prema Afriću (1988: 2), temeljna teorijska pretpostavka simboličkog interakcionizma jest u tome što je društvena stvarnost onakva kakva se osjeća, spoznaje i razumijeva producirana društvenom

simboličkom interakcijom te se kao takva sastoji iz društvenih objekata čija značenja proizlaze iz ponašanja koje ljudi usmjeravaju prema njima.

Na Meadov rad odnosno na simbolički interakcionizam utjecala su dva intelektualna utjecaja – filozofija pragmatizma i psihologijski biheviorizam (Rock, 1979, prema Ritzer, 1997: 180). Pragmatizam sadrži sljedećih nekoliko aspekata bitnih za Meadov rad:

- 1) za pragmatizam istina, tj. stvarnost ne postoji *negdje tamo u stvarnom svijetu* već se aktivno stvara našim djelovanjem u svijetu;
- 2) ljudi pamte i zasnivaju svoje znanje o svijetu na onome što se za njih pokazalo korisnim;
- 3) ljudi definiraju socijalne i psihičke *predmete* s kojima se susreću u svijetu, u odnosu na to koliko su im korisni;
- 4) ako želimo razumjeti aktere, razumijevanje moramo temeljiti na onome što oni stvarno rade u svijetu (Ritzer, 1997: 180).

Iz prikazanog su za simbolički interakcionizam važne tri točke:

- 1) „usredotočenje na interakciju između aktera i svijeta;
- 2) razumijevanje i aktera i svijeta kao dinamičkih procesa a ne statičkih struktura; i
- 3) pripisivanje velikog značenja sposobnostima aktera da interpretiraju socijalni svijet“ (Ritzer, 1997: 180).

Vežano za utjecaj psihologijskog biheviorizma, Meltzer (1964/1978) prema Ritzer (1997: 182), smatra da je jedinica analize za Meada *djelovanje* koje obuhvaća i otvorene i zatvorene aspekte ljudske akcije. Dakle, pažnja, percepcija, imaginacija itd. se promatraju kao dijelovi čina koji zaokružuje cjelokupan proces uključen u ljudsku stvarnost.

Mead (2003) koristi primjere jezika, igre i igranja kako bi objasnio društvene uvjete pod kojima nastaje osoba. Govori da su ljudi u međusobnoj interakciji pomoću simbola te da se najvažniji nalaze u jeziku, a stvorili su ih ljudi kako bi im davali značenja prema kojima su u mogućnosti biti u interakciji s prirodnim i društvenim okolišem (Mead, 2003). Jezik, prema tome, služi za međusobno razumijevanje individua odnosno zbog njega „individua može u najmanju ruku pobuditi reakcije u sebi i odgovoriti na te reakcije, pri čemu je uvjet da društveni podražaji na individuu imaju učinak sličan onome koji imaju na drugu“ (Mead, 2003: 140). Kako bi još detaljnije opisao navedeno, autor spominje odnose gesta jedne individue (organizma) spram prilagodbene reakcije druge individue. Smatra da se gesta

izdvaja iz društvenog čina ovisno o reakciji drugog organizma na nju te da je takva reakcija njeno značenje ili joj daje njeno značenje. Kada govori o igri i igranju, vidi ih kao dva glavna stadija jastva za koje govori da je naučeno u djetinjstvu te smatra da je njihova temeljna razlika u tome što u igri dijete mora imati stav svih drugih koji u njoj sudjeluju dok se igranje odnosi na igranje nečega – dijete se na primjer igra da je policajac, učitelj i sl. Budući da je u igri bitno imati stav svih drugih koji sudjeluju, Mead (2003: 148) dolazi do pojma *poopćeni drugi*, što se odnosi na organiziranu zajednicu ili društvenu grupu koja individui daje njeno jedinstvo osobe. Dakle, stav poopćenog drugog je stav zajednice. „Ako dana ljudska individua ima u najpotpunijem smislu razviti svoju osobu, nije dovoljno da samo na ovaj način preuzme stavove drugih ljudskih individua spram nje i jednih spram drugih u ljudskom društvenom procesu, niti da taj društveni proces kao cjelinu unese u svoje individualno iskustvo; ona također mora, na isti način kako preuzima stavove drugih individua spram sebe i jednih spram drugih, preuzeti i njihove stavove spram raznih faza ili aspekata te zajedničke društvene aktivnosti ili skupa društvenih poduhvata u kojima svi sudjeluju kao članice i članovi organiziranog društva ili društvene grupe; ona zatim mora, poopćavanjem tih individualnih stavova samog tog organiziranog društva ili društvene grupe, kao cjeline, djelovati spram različitih društvenih projekata što ih to društvo u bilo kojem trenutku provodi, ili spram raznih dužih faza općeg društvenog procesa koji konstituira njegov život i čija su ti projekti specifična očitovanja“ (Mead, 2003: 149). Takvo unošenje individue bitna je osnova razvoja osobe te individue te ona tako razvija svoje sopstvo. Također, Mead (2003: 149-150) smatra da je kompleks kooperativnih procesa i aktivnosti te funkcioniranja institucija organiziranog ljudskog društva uvjetovan i jedino moguć time što svaka individua koja pripada tom društvu preuzima opće stavove svih drugih individua, a s obzirom na procese, aktivnosti i djelovanje institucija te svoje ponašanje usmjerava u skladu s tim. Društveni proces utječe na ponašanje individue, koje djeluju u formi poopćenog drugog. To znači da zajednica u tom procesu zapravo provodi kontrolu nad vladanjem svojih članova odnosno „upravo u toj formi društveni proces ili zajednica ulazi u mišljenje individue kao određujući faktor“ (Mead, 2003: 150). Također, valja spomenuti i dvosmjernost gesta, što znači da se stav jedne individue mijenja putem podražaja odnosno stava druge individue, čime se cijelo vrijeme modificira društveni proces – ta individua uzima stav drugoga s obzirom na njen podražaj, a svojom drugačijom reakcijom otkriva da je taj stav izmijenjen, što vodi daljnjim promjenama. Iako se temeljni stavovi mijenjaju postepeno te nijedna individua ne može promijeniti ili reorganizirati cijelo društvo, jedna osoba ipak može djelovati na društvo odnosno na zajednicu čiji je dio, tako što se zalaže za nešto, iznosi svoje mišljenje, odobrava ili kritizira (Mead, 2003: 172).

Međutim, do toga dolazi jedino ako ta osoba može u sebi izazvati reakciju zajednice, tj. „imamo ideje samo ukoliko smo kadri zauzeti stav zajednice i potom reagirati na nj“ (Mead, 2003: 172). Time autor dolazi do tvrdnje da organizirana struktura svake osobe unutar ljudskog društvenog procesa iskustva i ponašanja odražava organizirani obrazac odnosa tog procesa kao cjeline koji ju konstituira. Ipak, svaka ta individualna struktura osobe odražava različit aspekt obrasca jer on *dolazi* sa njenog jedinstvenog stajališta. „Svaka individualna osoba unutar danog društva ili društvene zajednice odražava u svojoj organiziranoj strukturi čitav obrazac odnosa organiziranog društvenog ponašanja koje to društvo ili zajednica izlaže ili provodi, a taj obrazac konstituira njenu organiziranu strukturu“ (Mead, 2003: 191). Prema tome, budući da je svaka osoba različito povezana sa cijelim procesom, taj obrazac konstituira strukturu svake od njih na različit način. Nadalje, autor tvrdi da individua stalno reagira nasuprot društvu i da svaka njena prilagodba dovodi do promjene u zajednici na koju se individua prilagođava. Njeno samopoštovanje je također ovisno o pripadnosti u zajednicu, a cilj joj je samopriznanje u različitosti od drugih. Uz to joj je važan osjećaj nadmoćnosti odnosno karakteristike po kojima je iznad drugih. Međutim, taj osjećaj superiornosti ne odnosi se nužno na „onaj antipatični tip nametljivog karaktera i to ne znači da čovjek želi uniziti druge kako bi uzvisio sebe“ (Mead, 2003: 194). Također, taj osjećaj raste ukoliko se radi o osobi koja se identificira s nekom grupom. Primjerice, pripadnost određenoj naciji, religiji i sl., što dovodi do zaključka da svi vjerujemo da je *naša* zajednica superiorna drugima (Mead, 2003: 196). U kontekstu pripadnosti zajednici, osoba je stalno pod utjecajem drugih pripadnika zajednice. Ovdje se radi i o društvenoj kontroli nad individualnim ponašanjem ili vladanjem, a koja služi tome da osobu odnosno njeno djelovanje integrira s obzirom na organizirani društveni proces iskustva i ponašanja u kojem sudjeluje (Mead, 2003: 244). Mead (2003) dakle ljudsku interakciju gleda na način da ljudi istovremeno i stvaraju društveni okoliš i njime su oblikovani. To znači da ljudi iniciraju svoje akcije te njima upravljaju, a istovremeno su pod utjecajem stajališta i očekivanja drugih u obliku generaliziranog drugog. Isto tako, pojedinac i društvo su neodvojivi zato što pojedinac postaje čovjekom jedino u društvenom kontekstu.

Premda su institucije opisane u prethodnom poglavlju, u okviru teorije simboličkog interakcionizma potrebno se na njih osvrnuti i ovdje. Kao što je već spomenuto ranije, pozivajući se na svoja prava, pozivamo na reakciju. Kada je reakcija izazvana, možemo zauzeti stav drugoga i tako podesiti svoje vladanje. Naime, Mead (2003) takve nizove reakcija u zajednici naziva *institucije*. „Institucija predstavlja opću reakciju kod svih članova zajednice na neku posebnu situaciju. Ta opća reakcija, dakako, varira ovisno o karakteru individue“ (Mead,

2003: 249). Autor daje primjer krađe, gdje se reakcije policije, javnog tužitelja, suca i sl. razlikuju jedne od drugih, ali se svode na to da sve uključuju priznanje prava vlasništva drugih, što znači da se na ovom primjeru očituje opća reakcija u različitim formama. Ove različite reakcije čine organizaciju koja daje jedinstvo njihovih raznolikosti – „čovjek se obraća policajcu za pomoć, očekuje od javnog tužioca da djeluje, očekuje od suda i raznih njegovih funkcionara da provedu postupak suđenja kriminalcu. Čovjek doista zauzima stavove svih tih različitih funkcionara onako kako oni sudjeluju upravo u održavanju vlasništva; sve njih kao organiziran proces možemo naći u našim vlastitim naravima“ (Mead, 2003: 250). To znači da pobuđivanjem takvih stavova zauzimamo stav poopćenog drugog. Dakle, ti organizirani skupovi reakcija su u međuodnosu što znači da ako čovjek izazove jedan skup reakcija, taj skup reakcije izaziva i druge. Institucije društva su prema tome organizirane forme grupnog ili društvenog djelovanja koje su „organizirane tako da individualni članovi društva mogu prikladno i društveno djelovati zauzimanjem drugih spram njihovih aktivnosti“ (Mead, 2003: 250). Za moćne, konzervativne, stereotipne institucije Mead (2003: 250) govori da su nepoželjni, međutim ne i nužni ishodi općeg društvenog procesa iskustva i ponašanja. Smatra da takve vrste institucija potiskuju i obeshrabruju individualnost. Ipak, govori da postoje i jedne i druge vrste institucija – dakle i one opresivne i one fleksibilne. Zaključuje da su društvene institucije potrebne jer bez takvih organiziranih društvenih stavova i aktivnosti ne bi bilo zrelih individualnih ličnosti – „individue koje sudjeluju u općem društvenom životnom procesu, čiji su organiziran izraz društvene institucije, mogu razviti i posjedovati potpuno zrela sopstva ili ličnosti samo ukoliko svaka od njih u svojem individualnom iskustvu odražava ili zahvaća te organizirane društvene stavove i aktivnosti što ih društvene institucije otjelovljuju ili predstavljaju“ (Mead, 2003: 250). Društvene su institucije za Meada razvojna zbivanja unutar društvenog životnog procesa na njegovoj ljudskoj evolucijskoj razini koje ne potkopavaju nužno individualnost članova, već određuju (ili bi trebale određivati) društveno odgovorne obrasce individualnog vladanja uz ostavljanje prostora za originalnost i fleksibilnost takvog vladanja.

Herbert Blumer je, na tragu Meada, također razvio ideje vezane za simbolički interakcionizam. Prema njemu, ova teorija sastoji se od triju osnovnih premisa:

- 1) ljudi djeluju na temelju značenja koja daju predmetima i događajima, a ne reagiraju jednostavno na izvanjske podražaje, poput društvenih sila, ili na unutarnje podražaje, poput organskih potreba i zato simbolički interakcionizam odbacuje i društveni i biološki determinizam;

- 2) značenja nastaju u procesu interakcije, a nisu jednostavno prisutna od početka niti od početka oblikuju buduću akciju, već se ona modificiraju, razvijaju i mijenjaju unutar interakcijskih situacija;
- 3) značenja su rezultat interpretativnih postupaka koje provode akteri unutar konteksta interakcije, a tako što preuzimaju ulogu drugoga, akteri interpretiraju značenja i namjere drugih (Blumer, 1962).

Blumer također govori o društvenim institucijama te smatra da one ograničavaju ljudsko ponašanje, međutim s druge strane tvrdi da čak i u onim institucijama (na primjer birokratskim organizacijama) u kojima prevladavaju striktna pravila, ipak postoji određeni prostor za ljudsku inicijativu i kreativnost (Blumer, 1962). Na kraju tvrdi da je standardizirana akcija konstruirana od strane društvenih aktera, a ne društvenih sustava.

Budući da se prema teoriji simboličkog interakcionizma svijet stvara i gradi putem društvenih interakcija te da su pojedinci ti koji međusobnim interakcijama stvaraju svoju okolinu i identitet, primjenom ove teorije na psihijatrijske ustanove proizlazi to da su psihijatrijski bolesnici često stigmatizirani te da im se boravkom u psihijatrijskim ustanovama narušava identitet, dostojanstvo i osjećaj pripadnosti. Stoga se stigmatizacija i predrasude prema psihijatrijskim bolesnicima mogu promijeniti upravo društvenim interakcijama. Konkretnije, to bi značilo da se ljudi koji nisu upoznati sa psihijatrijskim bolestima uključe u život psihijatrijskih bolesnika s ciljem boljeg razumijevanja takve problematike i smanjivanja stigme i predrasuda. Dakle, prema ovoj teoriji u procesu liječenja psihijatrijskih bolesnika vrlo su važni međuljudski odnosi i društvena interakcija, što je također i jedna od premisa koncepta psihijatrije u zajednici o čemu će biti riječ u narednim poglavljima.

Iz ovog teorijskog polazišta proizašli su teorija etiketiranja te istraživanje stereotipa i stigme, što je prikazano u sljedećem potpoglavlju.

3.2. Etiketiranje i stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika

Howard S. Becker teoriju etiketiranja opisuje u okviru devijantnosti – „društvene skupine stvaraju devijantnost time što stvaraju pravila čije kršenje čini devijantnost te time što ta pravila primjenjuju na određene ljude i etiketiraju ih kao autsajdere. S tog stajališta devijantnost nije kvaliteta što ga osoba počinja, nego prije posljedica primjene pravila i sankcija na *prekršitelja* od strane drugih. Devijant je onaj na koja je etiketa uspješno primijenjena; devijantno je ponašanje ono ponašanje koje ljudi takvim etiketiraju“ (Becker, 1963). Navedeno znači da devijantan čin zapravo ne postoji, već on postaje devijantan kada ga drugi počinju

tako doživljavati i definirati odnosno etiketirati. Neki čin sam po sebi nije ni normalan ni devijantan nego ovisi o publici kako će ga protumačiti i na kraju etiketirati. To ovisi o tome tko ga čini, kada i gdje, tko ga promatra i o dogovaranju između različitih aktera uključenih u interakcijsku situaciju (Becker, 1963). Autor spominje i djelovanje etiketiranja neke osobe kao devijantne. Pojedinac je etiketiranjem definiran kao posebna vrsta osobe što etiketu ne čini neutralnom već ju čini glavnim statusom koji potom utječe na svaki drugi status koji pojedinac posjeduje. Ako se na primjer osobu etiketira kao kriminalca, psihijatrijskog bolesnika ili homoseksualca, takve etikete onda uglavnom *preuzimaju* neki njegov drugi status, poput roditelja, radnika, susjeda i prijatelja. Okolina ga promatra i odnosi se prema njemu s obzirom na tu etiketu te je sklona pretpostaviti da on stvarno ima negativna svojstva koja se povezuju s navedenim etiketama (Becker, 1963). Sa pretpostavkom da pojedinci o sebi stvaraju sliku na temelju reakcija okoline, krajnja je posljedica etiketiranja da će o sebi razmišljati u skladu sa *danom* etiketom, čime se proizvodi samoispunjavajuće proročanstvo. Ovaj pojam razvio je W. I. Thomas, a odnosi se na sljedeće: „Ako ljudi definiraju situacije kao realne, one su realne u svojim posljedicama“ (Merton, 1968, prema Kuvačić, 2004: 261). Nadalje, Becker (1963) navodi nekoliko faza u procesu postajanja devijantnom osobom:

- 1) kada je pojedinac javno etiketiran kao devijantan, postoji mogućnost da će doživjeti odbacivanje društvenih skupina, a također ga mogu odbaciti i obitelj, prijatelji, može izgubiti posao i sl.,
- 2) takva situacija može ga potaknuti na daljnju devijantnost,
- 3) do takvih posljedica može dovesti i službeni postupak prema devijantnosti (na primjer, bivši zatvorenik može imati poteškoća prilikom traženja posla, pa može biti prisiljen vratiti se zločinu kako bi si ipak osigurao egzistenciju),
- 4) *devijantna karijera* dolazi do vrhunca priključenjem pojedinca devijantnoj skupini čime on potvrđuje odnosno prihvaća svoj devijantni identitet te uživa razumijevanje i potporu drugih iz skupine koji su u sličnoj situaciji i
- 5) unutar takve skupine se razvija devijantna supkultura što uključuje uvjerenja u vrijednosti koja potom racionaliziraju i opravdavaju devijantne aktivnosti.

Iako Becker govori da etiketiranje pojedinca kao devijanta može voditi daljnjoj devijantnosti i / ili promijeniti njegovu samopredodžbu, situacija se i ne mora razvijati u tom smjeru. Kao primjer navodi bivšeg zatvorenika koji uspijeva pronaći posao i tako postati *ispravan*.

O devijantnosti slično govori i Edwin M. Lemert (1972), međutim on uvodi razliku između *primarne* i *sekundarne* devijacije. Dakle, za njega se primarna devijacija sastoji od

devijantnih čina i prije nego što se oni javno etiketiraju te smatra da je ona nevažna jer neki slučajan devijantni čin ne utječe na samopredodžbu pojedinca, zbog čega on nastavlja normalan život. Sekundarnu devijaciju opisuje kao reakciju pojedinca ili skupine na reakciju društva i prema tome tvrdi da se društvena reakcija može smatrati glavnim *uzrokom* devijacije.

Već ranije opisane totalne institucije Ervinga Goffmana i Michela Foucaulta također spadaju u taj *okvir* interakcija koje potvrđuju etiketu devijantnosti, što se odnosi i na pojedinca koji je etiketiran i na društvo kao cjelinu (Haralambos i Holborn, 2002: 376). Goffman (2009) u tom kontekstu posebno govori o stigmati koju opisuje kao društveni biljeg kojim se diskreditira nekog pojedinca ili skupinu. Razlaže kako se u prošlosti taj pojam odnosio na fizički oštećene osobe, dok se danas više ne odnosi toliko na fizičke pokazatelje već osramoćenost – u ovom smislu osramoćenost zbog boravka u nekoj od totalnih institucija (Goffman, 2009: 13). On smatra da osoba koja izlazi iz psihijatrijske bolnice nailazi na hladan doček u vanjskom svijetu. Za nastanak stigme smatra da je zaslužno društvo koje uspostavlja načine kategorizacije ličnosti te određuje grupu karakteristika koje se smatraju uobičajenim i prirodnim za pripadnike svake od kategorizacija. „Određena rutina u društvenim odnosima u ustanovljenim okvirima omogućava nam da se odnosimo prema predvidivim drugima, bez ulaganja naročite pažnje i bez mnogo razmišljanja“ (Goffman, 2009: 14). Primjerice, ako nam se približi nepoznata osoba vjerojatno ćemo prema njenom izgledu odrediti kojoj kategoriji pripada i koje su njene karakteristike odnosno *društveni identitet*. Ukoliko zaključimo da ta osoba odnosno njene karakteristike ne pripadaju u kategoriju *takvih*, tj. sličnih osoba, tada je ona za nas nepoželjna. U tom trenutku nastaje stigma. Goffman (2009) dalje navodi tri tipa stigme:

- 1) tjelesnu unakaženost – deformacije tijela,
- 2) slabost karaktera – slaba volja, dominantne ili neprirodne strasti, sumnjiva vjerovanja, nepoštenje, a za što navodi primjere psihičkog oboljenja, zatvora, ovisnosti, alkoholizma, homoseksualnosti, nezaposlenosti, pokušaja samoubojstva te radikalnog političkog ponašanja te
- 3) plemensku, nacionalnu i vjersku, koja se prenosi *s koljena na koljeno* i tako zahvaća sve članove obitelji (Goffman, 2009: 16).

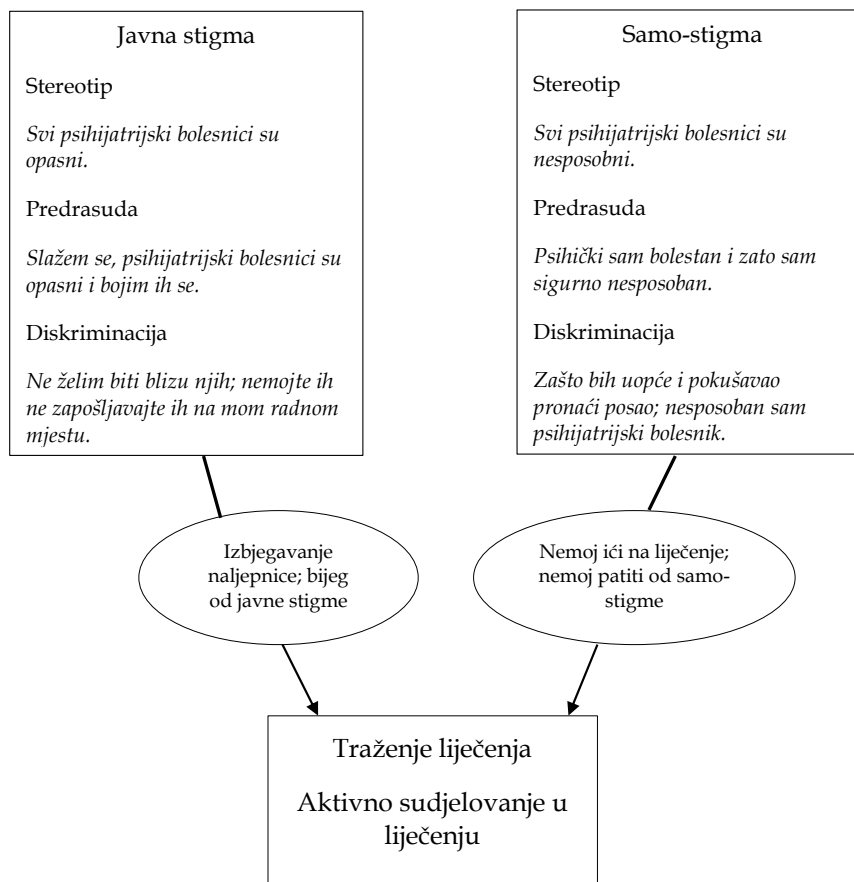
Za sve navedene vrste stigme, Goffman smatra da imaju iste sociološke karakteristike – „osoba koja bi lako mogla biti prihvaćena u uobičajenim društvenim odnosima posjeduje neku crtu koja se izdvaja i doprinosi tome da drugi napuste tu osobu i zanemare njene ostale karakteristike“ (Goffman, 2009: 16-17). Stigmatizirana osoba je stoga izložena raznim oblicima

diskriminacije, čime joj okolina, često nesvjesno, smanjuje mogućnosti te joj se pripisuju nedostaci ili pridodaju neke nepoželjne karakteristike. Goffman navodi sljedeći primjer: „Neki se ljudi ustručavaju dodirnuti ili usmjeriti slijepu osobu, dok drugi to što osoba ne vidi šire na potpunu nesposobnost, tako da viču na nju kao da je gluha ili ju pokušavaju podići kao da je invalid. Ljudi koji se suočavaju sa slijepima mogu posjedovati čitav niz uvjerenja koja su se etablirala kao stereotipi“ (Goffman, 2009: 18). Kod osoba suočenih sa stigmatizacijom, često dolazi do pojave osjećaja da ne znaju što drugi ljudi *zaista* misle o njima, a kada su okružene skupinom ljudi mogu također imati osjećaj da su u centru pažnje te da *moraju* pokazati samopouzdanje. Može se pojaviti i osjećaj vrednovanja malih uspjeha kao izuzetnih, za što Goffman opet navodi primjer odnosa prema slijepoj osobi: „Obavljanje običnih aktivnosti, poput uobičajene šetnje ulicom, hvatanja graška na tanjuru, paljenja cigarete, više nije obično. On se sada smatra jednom neobičnom osobom. Ako sve to obavi spretno i s lakoćom, ljudi izražavaju istu vrstu zaprepaštenja kao kad mađioničar izvuče zeca iz šešira“ (Goffman, 2009: 27). Navodi i psihičkog bolesnika kao primjer za situacije kada se neki sitni neuspjesi ili slučajne nespretnosti mogu interpretirati kao izraz stigmatizirane različitosti: „Bivši psihički bolesnici, na primjer, ponekad se boje upustiti u oštriju raspravu sa supružnikom ili poslodavcem, zbog mogućnosti da se njihovo iskazivanje emocija ne protumači kao znak oboljenja“ (Goffman, 2009: 27). Nadalje, autor opisuje situacije u kojima dolazi do pretvaranja da je različitost (stigmatizirane) osobe nebitna odnosno neprimjetna te se ona ignorira. Ukoliko se, primjerice, psihijatrijski bolesnik nalazi u bolnici i ako je u društvu odraslih članova svoje obitelji, doći će do situacije kada će se ti članovi prema njemu odnositi taktički odnosno na način kao da je zdrav. S druge strane, za *bivšeg* psihijatrijskog bolesnika situacija može biti potpuno drugačija. To znači da on nije suočen s predrasudama koje ga se tiču osobno, već s neprihvatanjem od strane osoba koje imaju predrasude prema osobama one vrste (dakle, psihijatrijskim bolesnicima) kojoj pripada i on sam. Stoga psihijatrijski bolesnik koji je boravio u psihijatrijskoj bolnici namjerno ili slučajno skriva činjenice o svom pravom društvenom identitetu tako što prima i prihvaća tretman zasnovan na pogrešnoj pretpostavci koju ima o sebi. Isto tako, stigmatizirana osoba sebe vidi odnosno definira kao nekoga tko se ne razlikuje od drugih osoba, ali s druge strane također se vidi i kao nekoga tko je odvojen od svih ostalih. Zbog takve kontradiktornosti, stigmatizirana osoba traži način rješenja tog problema, a u tome joj uglavnom pomažu stručnjaci koji kao rješenje predlažu modele otkrivanja ili skrivanja – ovisno o situaciji. Primjerice, osobi koja je boravila u psihijatrijskoj bolnici predlažu da svoju stigmiju sakrije od *običnih* poznanika, ali da mora vjerovati kako su zdravstveni razlozi uzroci njegove bolesti te da može biti iskrena sa supružnikom, bliskim prijateljima ili poslodavcem

(Goffman, 2009: 121). Nadalje, za stigmatiziranu osobu predstavlja problem i to što bi trebala procijeniti kako se nositi sa stigmom u određenim situacijama – „stigmatiziranoj osobi se savjetuje da sebe prihvati kao normalnu osobu zbog onoga što bi drugi dobili od toga, a samim time i sama osoba tijekom društvenih kontakata“ (Goffman, 2009: 131). Stigmatizirana osoba prihvaća samu sebe kada, na primjer, dopusti da joj se pruži pomoć ili kada govori o svom stanju koristeći dozu humora. No, postavlja se pitanje kako zajednica reagira na takvo ponašanje. Goffman (2009: 133) spominje termin *dobra usklađenost* prema kojem se s jedne strane od takve osobe traži da sebe prihvati kao *normalnu*, dok bi se s druge strane trebala povlačiti iz situacija u kojima će je *normalnima* biti teško prihvatiti. „Od stigmatizirane osobe se traži da se ponaša na način koji ne odašilje poruku da joj je njen teret težak, niti da je nošenje tog tereta čini drugačijom od ostalih. Istovremeno, osoba se mora držati na dovoljnoj distanci od nas, tako da nam osigura da joj na bezbolan način (za nas) potvrdimo da prihvaćamo da je ista kao mi. Drugim riječima, osobi se savjetuje da prirodno mijenja prihvaćenost sebe i nas, prihvaćenost sebe koju mi, prije svega, nismo dosegli“ (Goffman, 2009: 134). Navedeno naziva ironijom jer se od stigmatizirane osobe traži strpljenje sa drugima zato što joj oni ponekad onemogućavaju prisustvo, a stupanj u kojem se ona prihvaća jest zapravo stupanj u kojem se ona može identificirati tako što *glumi* spontano i prirodno odnosno kao da je njeno *uvjetno* prihvaćanje zapravo potpuno prihvaćanje. Takvoj osobi se često daju smjernice kako se ponašati i postati cjelovitom, ali to je njoj strano te se svodi na to da su takve smjernice *glas* društva koje govori za nju odnosno kroz nju. Dakle, društvo joj govori da mu ona pripada te da je zato *normalna*, ali također i da je *drugačija*. Goffman (2009: 136) napominje da ova razlika proizlazi iz društva i da ima važnost jer se kolektivno artikulirala te da je u svrhu rješavanja ovog problema za početak potrebno razumjeti povijest i politiku nekog društva.

Prema Škugor i Sindik (2017), posljedice koje stigma donosi utječu na egzistencijalna pitanja i pitanja društvene i osobne dobrobiti. Isto tako, ako polazimo od toga da svaka osoba ima pravo na dostojanstvo, onda stigmatizacija narušava upravo to pravo pojedinca sa psihičkim smetnjama te također utječe na sustav zdravstvene zaštite, dovodi do kasnog prepoznavanja i dijagnosticiranja bolesti, slabijeg terapijskog učinka, potiče stres koji još više ugrožava zdravlje pojedinca, izolira ga iz društva, utječe na zaposlenje i na obiteljske odnose. Autori upozoravaju da stigma nije samo negativan doživljaj koji je nastao zbog stereotipiziranih stavova, već se ona odnosi i na isključivanje pojedinaca iz nekih od segmenata društva. Naime, „utjecaj stigme osjeća se u direktnoj međusobnoj komunikaciji s oboljelom osobom, ali i u drugim socijalnim okruženjima: u obitelji, susjedstvu i lokalnoj

zajednici, na radnom mjestu, u edukativnim institucijama, u sustavu zdravstvene zaštite, u pravnom sustavu i na razini vladajućih institucija“ (Škugor i Sindik, 2017: 274). S općenitim napretkom društva došlo je i do prakse sve češćeg liječenja psihički bolesnih osoba u zajednici, međutim takvo liječenje im može biti otežano radi negativnih stavova okoline – kako njima tako i njihovim obiteljima. Mogući ishodi stigmatizacije su nezaposlenost, neriješeno stambeno pitanje, manjak samopouzdanja, slaba socijalna podrška i sl., što može rezultirati sporijim i kompliciranijim liječenjem odnosno oporavkom, težom prilagodbom i socijalnim isključivanjem psihički bolesnih osoba (Škugor i Sindik, 2017: 274). Neki od najčešćih stereotipa koji se vežu uz psihički bolesne osobe uključuju nasilje odnosno mišljenje da su takve osobe opasne, nesposobnost (nisu sposobne za samostalan život) i sramota zbog njihovog navodnog slabog karaktera koji je odgovoran za nastanak poremećaja (Corrigan, 2004: 616). Isti autor smatra da su stigmom zahvaćene i institucije liječenja odnosno psihijatrijske bolnice za koje je uvriježeno mišljenje kako se tamo nalaze opasni pojedinci, psihijatri se smatraju neučinkovitima zbog mišljenja da je psihička bolest neizlječiva, dok su lijekovi također neučinkoviti – navedeno se može svesti na to da se stigma prema psihijatriji iskazuje lošim smještajnim kapacitetima, lošem financiranju i umanjanjem rezultata liječenja. Ovakvom općem mišljenju uvelike doprinose mediji koji svojim izvještavanjem i objavljivanjem uglavnom negativnih vijesti na ovu temu, poput korištenja metafora *shizofreničar* ili *luđak*, svjesno ili nesvjesno potiču takvu stigmatu (Sartorius i Schultze, 2005, prema Škugor i Sindik, 2017: 274). Zato veliku važnost ima i javna stigma, ali i samo-stigma, što je prikazano na slici 5.



Slika 4. Dva čimbenika koja mogu utjecati na to hoće li osoba sa psihičkim poteškoćama koja bi mogla imati koristi od liječenja isto zapravo i tražiti

Izvor: Corrigan (2004: 617); prilagođeno na hrvatski jezik

Prema Corriganu (2004) dakle postoje dva čimbenika koji utječu na odluku o traženju pomoći od strane pojedinca sa psihičkim poteškoćama. Prvo, to je javna stigma koja uključuje stereotip da su svi psihijatrijski bolesnici opasni, predrasudu da ih se ostali članovi društva boje te diskriminaciju koja se odnosi na to da ne žele biti blizu njih odnosno ne žele ih na svojem poslu. Drugo, samo-stigma uključuje stereotip da su svi psihijatrijski bolesnici nesposobni, predrasudu samog psihičkog bolesnika oko toga da je zbog svog stanja nesposoban te diskriminaciju koja se odnosi na njegovo razmišljanje kako se ne treba niti pokušavati zaposliti jer je ionako nesposoban. Ukoliko se zanemare stereotipi, predrasude i diskriminacije obje navedene stigme, pojedinac će zatražiti liječenje. Istraživanje koje su proveli autori Škugor i

Sindik (2017) o stavovima odnosno percepciji opće populacije prema psihijatrijskim bolesnicima u društvu na namjernom uzorku od 100 ispitanika, pokazalo je da postoji statistički značajnih razlika u stavovima prema psihijatrijskim bolesnicima u odnosu na spol, dob, prethodno iskustvo sa istim bolesnicima te vrstu zanimanja. Dakle, „osobe ženskog spola, osobe starije od 30 godina, osobe koje imaju iskustva sa psihijatrijskim bolesnicima te zdravstveni djelatnici imaju pozitivnije stavove prema duševnim bolesnicima“ (Škugor i Sindik, 2017: 277). Istraživanje je također pokazalo, uz usporedbu s ostalim sličnim istraživanjima, da zdravstveni djelatnici imaju pozitivnije stavove nego što je to slučaj kod osoba koje ne rade u zdravstvenim profesijama, zatim, osobe koje nemaju iskustva sa psihijatrijskim bolesnicima imaju negativnije stavove u većini takvih istraživanja, dok većina istraživanja isto tako pokazuje da žene, u općoj populaciji, manje stigmatiziraju nego muškarci. Autori su koristili *Skalu za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti – CAMI (Community Attitudes Toward the Mental Ill)* (Škugor i Sindik, 2017: 275), koja je korištena i u ovom radu⁷. Isto tako, skala CAMI korištena je i prilikom istraživanja o stavovima javnosti prema psihijatrijskim bolesnicima provedenim u Bosni i Hercegovini 2012. godine gdje je utvrđeno da je njena najveća prednost u tome što mjeri stavove prema ustanovama za liječenje psihijatrijskih bolesnika u zajednici (Vučina i dr., 2012: 77).

Barbiš (2019: 13) također smatra da stigma povezana sa psihičkim poremećajima vodi k odbacivanju, diskriminaciji i patnji te tako predstavlja prepreku rehabilitaciji i reintegraciji i ponekad stvara *internaliziranu stigm*u odnosno psihološki utjecaj društvene stigme na životno iskustvo onih osoba koje su dobile psihijatrijsku dijagnozu. Također, postoje i *socijalna* te *strukturalna stigma* (Corrigan i sur., 2015, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 17). Socijalna stigma uključuje stavove i reakcije koje ima velika skupina ljudi, tj. društvo, a strukturalna stigma naziva se još i institucionalna stigma, a postoji na sustavnoj razini te obuhvaća uspostavljena pravila, politike ili procedure privatnog i javnog sektora koji imaju moć limitacije prava i mogućnosti psihički bolesnim osobama (Corrigan i sur., 2005, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 17). Prema tome, Corrigan (2012) navodi model s trima razinama koji omogućuje opisivanje stigme. Te tri razine definira (slično kao što je prikazano i na slici 5) na sljedeći način:

- 1) slaganje koje se odnosi na to da neki pojedinci nisu svjesni stereotipa te se slažu da su oni točni i da odražavaju stvarnost;

⁷ Detaljnije o CAMI skali nalazi se u potpoglavlju 6.1.2. *Instrument i provedba istraživanja*. Također, za navedenu skalu nije bilo potrebno posebno dopuštenje, pod uvjetom da se ista pravilno koristi (CAMI scale, n.d.).

- 2) internalizacija, što znači da pojedinci internaliziraju stereotipe jer smatraju da vrijede i za njih i
- 3) samooštećivanje koje se javlja kao rezultat internalizacije stereotipa odnosno toga što neki pojedinci imaju sniženo samopoštovanje ili samoeфикаsnost.

Postoji i nekoliko psiholoških i socioloških sklonosti odgovornih za stigmatizaciju pojedinih osoba, kao što su socijalna kognicija, povećanje samopoštovanja i institucionalna podrška (Cicchetti i Cohen, 2006, prema Barbiš, 2019: 16). Socijalna kognicija postoji zato što smo svakodnevno suočeni s velikom količinom informacija te smo razvili sklonost kategoriziranju putem socijalnih shema, a to može postati stereotipizirajuće, međutim omogućava čuvanje kognitivnih resursa – „ovakva vrsta kategoriziranja navodi nas da mislimo da su oni iz vanjskih grupa *svi isti*, što je primjer efekta homogenosti vanjske grupe, dok se članove vlastite grupe doživljava distinktivnima i individualiziranima“ (Ryan, Park i Judd, 1996, prema Barbiš, 2019: 16). Zatim, povećanje samopoštovanja odnosi se na ponižavanje članova vanjske grupe što može jačati samopoštovanje pojedinca, a institucionalna podrška uključuje situacije kada predrasude i stigmatizacija mogu proizaći iz strukturalnih nejednakosti u društvu i tako služiti kao mehanizam opravdanja takvog sustava (Barbiš, 2019: 16). Autorica kao primjer navodi segregaciju ili ropstvo – dakle, ako je to zakon neke zemlje, tada postoji vjerojatnost procesa opravdavanja sustava povezanih s ponižavanjem obespravljene grupe s ciljem racionalizacije ovlaštene i propisane nejednakosti. Kada se govori o strategijama za prevladavanje stigme, važno je navesti hrvatski *Zakon o zaštiti prava pacijenata u psihijatrijskom tretmanu*, prema kojemu bi trebalo poštovati prava kao što su pravo na obaviještenost, pravo na odbijanje primitka obavijesti, pravo na prihvaćanje i odbijanje pojedinog dijagnostičkog i terapijskog postupka, pravo na zaštitu kod obavljanja znanstvenih istraživanja, pravo na zaštitu od zahvata na ljudskom genomu, pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji, pravo na povjerljivost, pravo na održavanje osobnih kontakata, pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove, pravno na privatnost, pravo na naknadu štete (Grđan, 2011: 1).

Kecmanović (2014: 451) smatra da se psihijatrijski bolesnici stigmatiziraju jer su percipirani kao nepredvidljivi, nerazumljivi, nerazumni i opasni te da ne bi bilo stigmatizacije kada bi društvo bilo tolerantno prema različitom. Također, spominje da je svaka zajednica oduvijek u nekom vidu i mjeri netolerantna, što objašnjava time da zajednica ne želi narušavanje postojećeg reda, simbola te društvenog koda komunikacije. Stoga je svaka zajednica razvila određene mehanizme pomoću kojih kontrolira čimbenike i okolnosti koji imaju potencijal narušiti njeno funkcioniranje (Kecmanović, 2014: 489). S obzirom da smatra

da društvo psihički bolesnu osobu isključuje i izolira ukoliko ju ne uspijeva kontrolirati, Kecmanović (1978a: 62) navodi pojmove *isključivanje* i *izolacija* te ih opisuje kao fundamentalne oblike kontrole takve osobe. Za osobu otpuštenu iz psihijatrijske bolnice vrlo je važan odnos okoline prema njoj, ponajprije obitelji, a zatim i poslodavca te osoba iz njenog radnog okruženja. Ukoliko je stav njene primarne grupe odbojan, može doći do ometanja njenog uklapanja i doprinosa društvu (Kecmanović, 1978b: 222). Ometanje se očituje na dva načina:

- 1) time što zajednica ne podržava bivšeg pacijenta u njegovim eventualnim pokušajima ponovnog funkcioniranja u društvu te obeshrabrivanje takvih pokušaja (ako se uopće i pojave) i
- 2) time što postoji mogućnost izazivanja smetnji u procesu pacijentovog prihvatanja vlastitog oboljenja kao nečega što ne bi trebala biti prepreka za obavljanje društvenih funkcija (Kecmanović, 1978b: 222).

Štrkalj-Ivezić (2016: 8) navodi kako trebamo biti svjesni toga da se psihička bolest može dogoditi svakome – i nama i našim bližnjima, što je ujedno i razlog oslobađanja od predrasuda prema osobama sa psihičkom bolesti. Dapače, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, pretpostavlja se da svaki četvrti građanin tijekom svojeg života ima neki oblik poteškoća sa psihičkim zdravljem, a taj psihički poremećaj može biti prolazan ili kroničan, s većim ili manjim posljedicama na funkcioniranje u svakodnevnom životu (Štrkalj-Ivezić, 2016: 8). Prema istraživanjima društvenih stavova o osobama sa psihičkim poremećajima, potvrđena je raširenost negativnih stavova prema psihičkim poremećajima i njihova otpornost na promjene (Pescosolido i sur., 2010, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 11), stigmatiziranost svih oboljelih od psihičkog poremećaja, bez obzira na dijagnozu (Crisp i sur., 2000, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 11) te da se najviše stigmatizacije odnosi na ovisnike o drogama, ovisnike o alkoholu i oboljele od shizofrenije, a najmanje na oboljele od anksioznih poremećaja i depresije (Corrigan i Penn, 1999, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 11). Međutim, postoje i rezultati prema kojima su se oboljeli od psihičke bolesti izjasnili kako doživljavaju da ih javnost manje diskriminira (Štrkalj-Ivezić, 2016: 12). Naime, istraživanje je provedeno u Velikoj Britaniji, nakon provođenja programa *Vrijeme je za promjenu* u okviru kojeg su se provodile edukacije o psihičkim bolestima, omogućili su se kontakti s oboljelima, a u programu su sudjelovali predstavnici javnosti, poslodavci, studenti medicine i pacijenti. Također, istraživanje je pokazalo da su pojedini poslodavci pokazali spremnost za zapošljavanje osoba sa psihičkom bolesti, dok su studenti medicine nakon prvog mjerenja pokazali pozitivne promjene, ali kod ponovnog mjerenja te iste promjene su nestale (Štrkalj-Ivezić, 2016: 12). Korisnici službi za

psihičko zdravlje izjavili su kako doživljavaju diskriminaciju od strane osoblja (Corcker i sur., 2013, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 12). Negativne stavove, diskriminaciju i stigmatizaciju dodatno potiču i mediji koji „često podržavaju i učvršćuju stereotipnu i stigmatizirajuću predodžbu o oboljelima od psihičkog poremećaja“ (Štrkalj-Ivezić, 2016: 13). Štrkalj-Ivezić (2016: 13) navodi kako se uglavnom radi o senzacionalističkom pristupu prilikom kojeg se jedna incidentna situacija generalizira na sve oboljele. Također, najveći broj tema koje televizija prezentira odnose se na nasilje povezano sa psihičkom bolesti (Philo, 1996, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 13) i uglavnom se podržava stigma opasnosti (Wahl, 1995; Stuart, 2003; Magli i sur., 2004, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 13). Naime, „analiza stereotipa u medijima identificirala je: osobe sa psihičkom bolesti su ubojice-manijaci kojih se treba bojati; imaju djetinjastu percepciju svijeta pa se drugi trebaju za njih brinuti; oni su odgovorni za svoju bolest, jer su slabici – osobe slabog karaktera“ (Gabbard i Gabbard, 1992; Hyler i sur., 1991; Wahl, 1995, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 13). Nadalje, psihički bolesne osobe neadekvatno su prikazane u sadržajima komedije (Byrne, 1997, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 13) te su u mnogo holivudskih filmova prikazane kao privilegirani paraziti (Hyler i sur., 1991, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 13), dok novinari rijetko obrađuju pozitivne osobne priče koje se tiču oporavka od psihičke bolesti, rijetko intervjuiraju oboljele te uglavnom ne prikazuju i dobre strane života sa psihičkim poremećajem (Nairn i Coverdale, 2005, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 13). S druge strane, ipak postoje i pozitivni primjeri i to iz Hrvatske, kao što su na primjer prikazi u novinama, tj. intervju s osobom oboljelom od bipolarnog poremećaja, prikazi oboljelih od shizofrenije koji se liječe u programu dnevnog centra udruge *Svitanje* te prikazi života osobe s depresijom u dokumentarnoj emisiji HRT-a (Štrkalj-Ivezić, 2016: 13). Kako bi se stigmatizacija smanjila potrebno je, između ostalog, ostvariti suradnju s medijima kako se incidentne situacije koje počinu osoba sa psihičkom bolesti, kao prvo, ne bi prikazivale senzacionalistički, a drugo, kako se ne bi generalizirale na cijelu skupinu oboljelih (Štrkalj-Ivezić, 2016: 13). Jedno od mogućih rješenja je medijsko prenošenje osobnih životnih priča oboljelih od psihičkih poremećaja, s naglaskom na osobu, a ne na dijagnozu, zato jer „iza svake dijagnoze u prvom redu stoji osoba sa svojim željama i interesima“ (Štrkalj-Ivezić, 2016: 13), a „psihička bolest nije obilježje koje ju definira kao ličnost“ (Štrkalj-Ivezić, 2016: 13). Načini prezentacije psihički bolesnih osoba odnosno psihičkih bolesti navedeni su i u *Smjernicama za javnu prezentaciju pitanja povezanih s problemima mentalnog zdravlja i mentalnim poremećajima* unutar dokumenta *Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja (CRO MHD)* Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2018b). Nadalje, odnos ljudi prema psihičkoj bolesti počinje već u ranoj fazi života i to obiteljskim odgojem, osobnim iskustvom te portretiranjem psihičke

bolesti u medijima (Link, 2001, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 49). Kako bi se povećalo znanje građana, vrlo je važno raditi na edukaciji koja se smatra metodom u borbi protiv socijalne stigme i diskriminacije (Štrkalj-Ivezić, 2016: 35). Tome u prilog ide i istraživanje koje je provedeno od akademske godine 2007. / 2008. do 2015. / 2016. sustavno u kontinuitetu, a uključivalo je populaciju od 114 ispitanika (studenta) s Pravnog fakulteta u Rijeci (Miletić i Sokolić, 2017: 1166). Istraživanje je provedeno prije i poslije terenskog rada (u obliku prvog i drugog anketiranja) odnosno posjeta psihijatrijskim ustanovama te ostvarivanja neposrednog kontakta sa psihijatrijskim bolesnicima (Miletić i Sokolić, 2017: 1166). Rezultati prve ankete pokazali su da su radni odnosi odnosno zapošljavanje osobe sa psihičkim smetnjama najveći problem društvene integriranosti stigmatiziranih osoba, zbog nemogućnosti stjecanja vlastitih prihoda za egzistenciju, međutim prema rezultatima druge ankete bilo je jasno da su studenti pokazali značajnu liberalizaciju u stavovima nakon terenskog rada (Miletić i Sokolić, 2017: 1166-1168). Liberalizacija u stavovima nakon terenskog rada također se mogla primijetiti i kod stavaka *susjedski odnosi, podstanarstvo, prijateljski odnosi i ozbiljna ljubavna veza*, dok se stavovi za stavku *radni odnosi – zapošljavanje kod osobe sa psihičkim smetnjama* nisu bitno promijenili, tj. iskazana je manja stigmatiziranost u odnosu na prethodno navedene stavke (Miletić i Sokolić, 2017). Ispitanicima je na kraju postavljeno općenito anketno pitanje: *Nakon ispunjavanja prve ankete, je li se promijenio Vaš stav o osobama koje su bile hospitalizirane u psihijatrijskoj bolnici?*, s ciljem utvrđivanja općih promjena stavova spram osoba sa psihičkim smetnjama (Miletić i Sokolić, 2017: 1177). Prema istim autorima, rezultati ovog pitanja ukazali su na visok stupanj u promjeni stava ispitanika prema osobama koje su bile hospitalizirane u psihijatrijskoj bolnici (70% odgovora *da* i 30% odgovora *ne*). To znači da je došlo do zamjetne liberalizacije i to „nakon stjecanja elementarnog znanja u ovom području potvrđujući teoriju da se izvor stigme kao najsnažnije neformalne kazne društva treba potražiti u neznanju društvene mase“ (Miletić i Sokolić, 2017: 1177).

3.3. Definicija (psihičkog) zdravlja

Kako bi se dalje uopće moglo detaljnije govoriti o psihičkom zdravlju te kako bismo imali više znanja o tome što ono sve uključuje pa prema tome i formirali stavove prema psihijatrijskim bolesnicima te osvijestili problem stigmatizacije, neophodno je općenito definiranje pojma zdravlja i bolesti. Cerjan – Letica i Letica (2003: 37) navode nekoliko standardnih definicija zdravlja prema rječnicima:

a) zdravlje je fizičko i psihičko blagostanje, jedrina, normalnost mentalnih i fizičkih funkcija, razlikuje se od snage te je to općenito dobro stanje (Webster's Third New International Dictionary, 2000, prema Cerjan – Letica i Letica, 2003: 37);

b) zdravlje je normalno fizičko stanje odnosno stanje cjelovitosti, slobode od fizičke i psihičke bolesti i bola, na način da svi dijelovi tijela adekvatno ispunjavaju svoju funkciju (Britanski medicinski rječnik, 1963, prema Cerjan – Letica i Letica, 2003: 37);

c) zdravlje se odnosi na stanje organizma u kojem on optimalno funkcionira bez dokaza o bolesti ili iznemoglosti (Stedman, 2000, prema Cerjan – Letica i Letica, 2003: 37).

Također, navode da se definiranjem zdravlja bave i mnogobrojne ustanove i pojedinci kao što su međunarodne nevladine organizacije (Svjetska zdravstvena organizacija – SZO), zakonodavci, javno – zdravstveni radnici, ministarstva zdravlja, organizacije zdravstvenoga osiguranja, poslodavci, liječničke i sestrinske udruge, sociolozi, liječnici, pacijenti itd., zbog čega postoji „veliki broj različitih definicija i shvaćanja zdravlja (i/ili zdravstvenoga stanja), koja često imaju različiti vrijednosni ili idejni sadržaj, ali, što je značajnije, vrlo često i različite praktične implikacije“ (Cerjan – Letica i Letica, 2003: 38). Najpoznatija definicija zdravlja glasi da je to stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti (World Health Organization, n.d.).

S druge strane, pojam bolesti odnosno njegova apstraktnost proizlazi iz toga što nijedna bolest nema (vlastitu) prepoznatljivu pojavnost, nego se u svijesti osobe i profesionalca javlja u obliku predodžbene i spoznajne apstrakcije te joj se potom analitički ili zdravorazumski određuju naziv, oznaka i dijagnoza (Cerjan – Letica i Letica, 2003: 51). Prema istim autorima, na bolest se može gledati iz nekoliko sljedećih perspektiva:

a) subjektivne ili laičke perspektive koja se odnosi na perspektivu bolesnika koji se upušta u pojedine oblike zdravstvenoga odnosno bolesničkoga ponašanja s ciljem dijagnosticiranja i izlječenja bolesti;

b) profesionalne perspektive koja se odnosi na perspektivu zdravstvenoga praktičara (npr. liječnika, stomatologa) koji je stručno osposobljen i tako je obvezan baviti se zdravljem i bolešću;

c) socijalne perspektive koja se odnosi na perspektivu različitih predstavnika društvene zajednice (npr. poslodavaca, suradnika) kojima je u interesu brzo uklanjanje negativnih posljedica neke bolesti (Cerjan – Letica i Letica, 2003: 51).

Osim navedenih perspektiva, uz pojam bolesti vežu se i tri posebna interesa, a to su interesi zainteresiranoga pojedinca, medicinskih profesionalaca i društva (Cerjan – Letica i Letica, 2003: 52). Interes zainteresiranoga pojedinca odnosno njegov subjektivni interes obuhvaća paradoksalnost ljudske prirode utemeljenoj na činjenici da su ljudi zbog svoje smrtnosti i svjesnosti te istine, skloni preferirati zdravlje u odnosu na bolest i život u odnosu na smrt (Cerjan – Letica i Letica, 2003: 52). Nadalje, interes medicinskih profesionalaca, tj. profesionalni interes leži u njihovim temeljnim zadacima koji se očituju u uočavanju i prepoznavanju znakova i simptoma bolesti, otkrivanju ili dijagnosticiranju bolesti te liječenju i rehabilitaciji oboljeloga, dok društveni interes polazi od toga da su bolesti društveno disfunkcionalne pojave budući da su sposobnosti pojedinca za obavljanje poslova i zadaća za koje je osposobljen i socijaliziran zbog istih smanjene ili ih uopće nema (Cerjan – Letica i Letica, 2003: 52). Bolesti stoga, prema autorima, znatno smanjuju obrambenu, proizvodnu, radnu, intelektualnu i sve druge moći društva. Cerjan – Letica i Letica (2003: 52) zaključuju da se, s obzirom na navedene interese i perspektive u promatranju bolesti, u svakodnevnoj dinamici zdravstvene prakse javljaju laičke, profesionalne i društvene koncepcije bolesti. Definicije zdravlja i bolesti razradio je i Parsons (1979) prema Cerjan – Letica i Letica (2003: 56), koji je smatrao da je somatsko zdravlje, ukoliko se definira sociološki, stanje optimalne sposobnosti pojedinca za izvršavanje uloga i zadataka za koje je socijaliziran, dok je bolest suprotna zdravlju te je označena prekidom sposobnosti pojedinca za društveno funkcioniranje. Štoviše, osim za normalno funkcioniranje pojedinca, zdravlje je vrlo važno i za očuvanje društvenog sustava (Parsons, 1979, prema Cerjan – Letica i Letica, 2003: 56), što znači da zdravlje i bolest ne ovise samo o biološkom stanju pojedinca, već i o poslovima, ulogama i položajima koje obavlja i zauzima. U radu je već ranije spomenuto da bolest (posebno psihička bolest) sa sobom donosi i određeni oblik etikete odnosno stigme za pojedinca, a kada se radi konkretnije o tematici zdravlja i bolesti, teorija etiketiranja kreće od toga da zdravlje i / ili bolest nisu samo biološki fenomeni, nego i „stručne oznake koje se pojedincu lijepu na temelju društveno i profesionalno definiranih medicinskih normi“ (Cerjan – Letica i Letica, 2003: 60).

Naime, prema navedenim definicijama zdravlja, psihičko je zdravlje svakako nezaobilazan dio sveukupnog zdravlja, što govori i stara latinska poslovice *Mens sana in corpore sano* (*Zdrav duh u zdravom tijelu*) (Hrvatski zavod za javno zdravstvo – HZJZ, 2015). Štoviše, oduvijek je poznata povezanost tjelesnog i psihičkog u izgradnji sveopćeg zdravlja (HZJZ, 2015). Kako bi se moglo utvrditi psihičko stanje neke osobe, u obzir se mora moraju uzeti faktori prikazani na sljedećoj slici:



Slika 5. Faktori koji se moraju uzeti u obzir prilikom procjene bolesnika

Izvor: Karlović i sur. (2019: 7)

Svaki od ovih faktora znatno utječe na stanje pacijenta, pa je tako faktor sredine važan jer za neko uobičajeno ponašanje u jednoj sredini ne mora značiti da je uobičajeno u drugoj sredini (Karlović i sur., 2019: 6). Potom, faktor vremena odnosi se na to da je neko ponašanje u jednom vremenskom razdoblju bilo normalno i prihvaćeno, dok u nekom drugom vremenskom razdoblju tome nije bilo tako. Isto tako, važno je u kakvim se okolnostima i situacijama osoba našla, a koje su je dovele do određenog ponašanja i na kraju, važni su i osobni faktori poput dobi, spola, socijalnog statusa, obrazovanja i sl. (Karlović i sur., 2019: 7). Autori navode i stajalište Vladimira Hudolina koji je smatrao da su psihička bolest i liječenje ovisno o gospodarskim, kulturnim i političkim prilikama prisutnim u određenom vremenu. Također naglašavaju da je za korist psihički bolesne osobe važna multiprofesionalna i interdisciplinarna povezanost osoblja i metoda.

Kecmanović (2014: 85) predlaže nekoliko odrednica psihičkog zdravlja prema kojima psihički zdrava osoba:

- a) prihvaća svoje i dobre i loše strane odnosno aspekte sebe za koje smatra da su loši ili da ih drugi smatraju lošim;

- b) zainteresirana je za druge ljude, tj. njihove potrebe, brige, probleme i sl.;
- c) ima jasan cilj u životu;
- d) njeni unutrašnji konflikti, afektivno stanje ili vanjske manipulacije ne iskrivljuju njenu percepciju stvarnosti;
- e) u procesu realiziranja vlastitih intrinzičnih razvojnih potencijala, uočava one koji, realno ili potencijalno, mogu nanijeti štetu drugim ljudima te u skladu s tim ograničava i kontrolira takve vlastite potencijale;
- f) uočava i kritizira one aspekte aktualne socio-ekonomsko-političke situacije koji ometaju realizaciju velikog broja njenih intrinzičnih razvojnih potencijala, a ne ometaju realizaciju intrinzičnih potencijala koji mogu naštetiti njoj ili drugim ljudima.

Psihički bolesne osobe ponekad su lišene ljudskih prava, diskriminirane, stigmatizirane i marginalizirane, uz to su nerijetko i emocionalno i fizički zlostavljane i u zdravstvenim ustanovama i u društvu te su im isto tako narušena prava zbog ponekad loše kvalitete skrbi koja proizlazi iz dotrajalih objekata i / ili nedovoljno kvalificiranih zdravstvenih djelatnika (HZJZ, 2015). Stoga i Svjetska zdravstvena organizacija kroz politiku i zakone koji su usredotočeni na ljudska prava, obuku zdravstvenih djelatnika, poštivanje prava na informirani pristanak na liječenje, uključenost u postupke donošenja odluke te javne edukativne kampanje radi na podizanju svijesti o tome što bi se trebalo činiti za dostojanstven život psihički bolesnih osoba. Podizanju svijesti doprinijela je i Svjetska federacija za psihičko zdravlje, kada je, u suradnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, 10. listopada 1992. godine počela obilježavati Svjetski dan mentalnog zdravlja, što se nastavilo do danas (HZJZ, 2015). Važnost ulaganja u psihičko zdravlje leži u tome što ono predstavlja osobne resurse za svakodnevni život, tj. utječe na to kako se pojedinci osjećaju, razmišljaju, razumiju svijet oko sebe i kakve odnose uspostavljaju s drugima (HZJZ, 2015).

Zaštita psihički bolesnih osoba provodi se i putem zakona o psihičkom zdravlju. U Hrvatskoj je to Ustav, prema kojem se jamči pravo na zdrav život i zdravstvenu zaštitu (Narodne novine, 2010), a posebnu važnost ima Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) donesen 1997. godine (s tim da je od 2015. godine donesen novi ZZODS), prema kojem se štite status i položaj psihijatrijskog bolesnika u društvu te reguliraju mjere i postupanje prema psihijatrijskim bolesnicima (Karlović i sur., 2019: 698). Također, Hrvatska je 2007. godine potpisala Konvenciju Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom

(UNCRPD), a vrlo je važan 19. članak u kojem je navedeno da osobe s invaliditetom, uključujući psiho-socijalne poteškoće, mogu imati pristup potrebnoj podršci u zajednici (United Nations, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006, prema HZJZ, 2018b: 43).

4. KONCEPT PSIHIJARIJE U ZAJEDNICI U ODNOSU NA STRUKTURU VRIJEDNOSTI HRVATSKOG DRUŠTVA

U prethodnim poglavljima prikazane su teorijske postavke prema kojima čovjek ne može živjeti sam odnosno izvan zajednice te isključivo prema pravilima neke institucije, dok u narednom poglavlju slijedi detaljnija razrada karakteristika pojedinca i zajednice te njihovoj neodvojivosti. Nakon toga je obuhvaćena struktura vrijednosti hrvatskog društva radi uvida u načela prema kojima se ono vodi, djeluje i ponaša, što je za ovaj rad važno u kontekstu prihvata psihijatrije u zajednici.

4.1. Neodvojivost pojedinca i zajednice

Pojedinca karakteriziraju biološka, duhovna, psihološka i društvena dimenzija (Bezić, 1993) koje svojim međuosobom omogućavaju njegovo funkcioniranje u društvu. Autor navodi nekoliko važnih elemenata navedenih dimenzija:

- a) racionalnost i duhovnost, što znači da samo razumni subjekt može biti nosilac osobnosti;
- b) svjestitost, što se odnosi na spoznavanje samoga sebe, svijest o vlastitoj egzistenciji, jastvo i samosvijest koja uključuje trajanje, istovjetnost u prostoru i vremenu odnosno osjećaj vlastitog identiteta;
- c) individualnost odnosno neovisnost, posebnost, sebstvo, jedinstvenost naspram drugih osoba, što znači da je osoba individuum koji je u sebi nedjeljiv i cjelovit u svom postojanju;
- d) društvenost, što znači da iako je osoba jedinka, ona je to među drugim jedinkama, ali i dalje drugačija (otvorena je prema drugim bićima, traži zajednicu osoba te spada u kategoriju odnosa);
- e) odgovornost uvjetovana slobodom, što znači da osoba posjeduje znanje o dobru i zlu te je zato slobodna birati između toga i tako donositi samostalne odluke, a također je i odgovorna pred samim sobom, zajednicom i moralnim zakonima gdje se može uočiti i njena etička dimenzija (Bezić, 1993: 431-432).

Biološka dimenzija pojedinca obuhvaća njegov razvoj u smislu funkcionalnog sazrijevanja svih fizioloških komponenata u organizmu, ali i procese slabljenja i zamiranja tih funkcija približavanjem organizma kraju odnosno raspadu kao cjeline djelovanja (Petković i Kregar, 1997: 85). Nadalje, čovjek je strukturiran od tjelesnih udova i mnogo manjih živih stanica te svi ti organi pripadaju fiziološkom redu stvari, materijalne su prirode i funkcioniraju prema prirodnim, tj. fizičkim i kemijskim zakonima (Bezić, 1993: 427). Osobnost također ima biološke temelje odnosno tjelesnost, ali oni nisu (posebno) važni za osobu jer tjelesnost isto tako posjeduju i ostala živa bića, koja nisu osobe – „za ljudsku su osobu mnogo važniji njezini psihološki, pedagoški, društveni, moralni, religiozni i pravni faktori“ (Bezić, 1993: 432). Tako Tomašević (2011: 146) govori da iako osoba postoji, ona se tek mora ostvariti, a to ostvarenje nije fizičko ili biološko, koje je ograničeno okolišem i okolnostima pod kojima se jedinka razvija, već se radi o slobodnom moralnom razvoju gdje pojedinac donosi slobodne odluke i tako određuje sam sebe. Bezić (1993) smatra da se pojedini članovi zdravstvenog osoblja uglavnom drže toga da je čovjek samo jedan živi organizam koji je strukturiran od udova i živih stanica, što i jest tako, međutim čovjek ipak nije samo to – „čovjek je jedna viša duhovna razina, samostalna jedinka i jedinstvena cjelina, koja je subjekt misli, emocija, volje, akcije, života, nosilac prava i dužnosti, a zove se – osoba“ (Bezić, 1993: 430). Da je čovjek duhovno biće, autor tvrdi zato što smatra da je inteligencija, uz osjećaje i volju, duhovna stvarnost te proizvodi duhovna dobra. Čovjek stoga nije čisti duh, već je njegova duhovnost utjelovljena u empirijske organske oblike, a on je zapravo „intimni spoj duševnosti i tjelesnosti“ (Bezić, 1993: 427). Na to se nadovezuje psihološka dimenzija pojedinca koja uključuje njegovu osobnost koja se, prema Tomaševiću (2011), svodi na djelovanje preko kojih se izražava, a to su racionalnost, samosvijest, osjetnost ugone ili boli i moralno samoopredjeljenje ljudske osobe. Slično govori i Bezić (1993: 427) konstatirajući da je čovjek razumno biće odnosno da je jedino inteligentno stvorenje koje postoji i koje je svjesno svoje egzistencije. Napominje kako se ponekad govori i o životinjskoj inteligenciji, međutim smatra da takva inteligencija ne zna za samu sebe te da je ljudska inteligencija zato kvalitativno viša od nje. Iako čovjek ima inteligenciju, on je manjkav u odnosu na životinje (Gehlen, 2005: 8). Ta manjkavost iskazuje se u obliku prirodnih svojstava životinja kao što su primjerice njihovi obrambeni mehanizmi (npr. očnjaci i pandže), mogućnost prilagodbe određenim prirodnim uvjetima (npr. krzno) i razvijen osjetilni sustav (Martić, 2016: 323). To bi značilo da čovjek, prema Gehlenu (2005), svojom inteligencijom zapravo nadoknađuje prirodnu manjkavost. S obzirom na tvrdnju da je čovjek jedino inteligentno stvorenje svjesno svoje egzistencije, „pojedinačna ličnost rezultat je formativnih procesa koji se temelje na pretpostavci postojanja dvaju već oformljenih realiteta: s jedne

strane, razvijenog organskog sistema upravljanja i veze te, s druge strane, već uspostavljenog općeg komunikacijskog medija na razini društva, drugim riječima na fakticitetu simboličke razine“ (Petković i Kregar, 1997: 87). Autori smatraju da se ego, kao element društvene razine postojanja, nadograđuje na biološkoj osnovi organizma, a u konstrukciji samog sebe koristi funkcionalne sposobnosti bioloških programa koji su već uspostavljeni (Petković i Kregar, 1997: 87-88). Njih koristi kao instrumente kako bi proizveo nešto što nije program na biološkoj razini, nego na razini društvene simboličke interakcije (Petković i Kregar, 1997: 88). Također, ego se određuje i kao samostalan program djelovanja kroz usvajanje simboličkih sadržaja jezika i normativnih struktura društvenih institucija poput religije, prava, morala, znanosti i sl. odnosno nadprograma djelovanja (Petković i Kregar, 1997: 88). Nadalje, autori govore o jednosmjernosti organizma i ličnosti, što znači da ličnost bez organizma ne može postojati, ali organizam bez ličnosti može. S druge strane, relacija ličnost – društvo je dvosmjerna jer se „ličnost ne može oblikovati bez usvajanja društvenih programa i društvenih sustava komuniciranja, ali ni društvo ne može postojati bez prema *svojoj slici i prilici* formiranih ličnosti“ (Petković i Kregar, 1997: 88). Dakle, društvo je primarno za postojanje konkretne ličnosti, a ona je rezultat djelovanja istog tog društva. Međutim, društvo se afirmira upravo zbog istovremenog napredovanja u organizaciji na razini pojedinačnih ličnosti, ali i na razini društvenih institucija – do interakcije dolazi na obje razine. U sličnom smjeru ide i Mead (2003: 131) kada govori da je osoba nešto što ima razvoj, što znači da ona ne postoji od rođenja, već nastaje u procesu društvenog iskustva i aktivnosti. Osoba se razvija s obzirom na proces društvenog iskustva i aktivnosti i odnosa unutar njega te s obzirom na druge individue unutar tog procesa (Mead, 2003: 131). Nemoguće je da individualna svijest postoji izvan društvene skupine, isto kao što je nemoguće da individua ne bi mogla živjeti pod uvjetima koji bi uključivali *samoubojstvo* osobe u njenom procesu realizacije (Mead, 2003: 203). Dakle, polazište društvene dimenzije jest promatranje čovjeka kao društvenog bića, a društvo je, kako objašnjava Simmel (1950) prema Kuvačiću (2004: 295), realitet u dvostrukom smislu, što znači da su s jedne strane pojedinci odnosno nositelji procesa udruživanja koji su tim procesima sjedinjeni u društvo, a s druge su strane interesi koji djeluju u pojedincima i time motiviraju takvo sjedinjavanje. Jasno je stoga da ni u kojem slučaju pojedinac ne može funkcionirati potpuno sam, tj. odvojen od ostatka zajednice. Primjer takvog odvajanja od zajednice i primarnih grupa (obitelj, dječja grupa za igru, susjedstvo) (Cooley, 1909, prema Kuvačić, 2004: 287), koje pojedincima pružaju najranije i najpotpunije iskustvo društvenog zajedništva su totalne institucije odnosno psihijatrijske bolnice, u kontekstu ovog rada. Nadalje, ljudska priroda ne postoji u izdvojenom pojedincu nego se radi o grupnoj prirodi primarne faze

društva (Kuvačić, 2004: 289). Stoga je u prirodi pojedinca njegovo ostvarivanje u društvu. Prema Kuvačiću (2004), jedno od temeljnih pitanja sociologije glasi *Kakav je odnos pojedinca prema društvu?* te u tom kontekstu navodi Cooleyeve tvrdnje kako upravo primarne grupe imaju glavnu ulogu u formiranju društvene prirode i ideala pojedinaca (Kuvačić, 2004: 287). „Rezultat prisnog druženja u psihološkom pogledu je određeno spajanje individua u zajedničku cjelinu, tako da mnogi nalaze smisao u zajedničkom ili grupnom životu. Pojedinac živi u osjećaju cjeline i u tome nalazi ispunjenje svojih htijenja“ (Cooley, 1909, prema Kuvačić, 2004: 287). Obitelj je, kao jedna od primarnih grupa, univerzalna institucija, a dječje grupe za igru i razni oblici druženja među odraslima postojali su oduvijek. Također, važne su i grupe susjedstva koje isto tako oduvijek imaju veliko značenje u neposrednom životu ljudi. Budući da su te grupe odnosno prisnost koja ih karakterizira *razbijene* zbog ostalih veza i kontakata koje pojedinac stvara tijekom života, dolazi do otuđenja od susjeda, ali i od vlastitih ukućana. Otušenje odnosno gubitak zajednice dovodi do izolacije čovjeka – „rastući pritisak velikih institucija i organizacija nimalo ne podupire njegovo biće, već samo intenzivira procese koji otušuju: fragmentirajući ga u mehaničke uloge koje je prisiljen igrati, od kojih niti jedna ne dodiruje njegovo najdublje jastvo, ali sve odvajaju čovjeka od njegova jastva, proglašavajući ga, tako reći, egzistencijalno nestalom osobom“ (Nisbet, 2007: 302). Tako dolazi i do slabljenja ekonomskog i duhovnog zajedništva, a nije poznato u kojoj je mjeri to rezultat zdravog razvoja ili bolesti (Cooley, 1909, prema Kuvačić, 2004: 288). Na tom tragu, oslobođenje modernog čovjeka od tradicije dovodi do gubitka individualnosti, a primjeri su samoubojstvo, nerazumnost, robotizacija i ostali oblici patološke devijacije (Nisbet, 2007: 302). Dakle, obiteljske i susjedske grupe su čvršće od ostalih, ne mijenjaju se brzo kao što je to slučaj kod nekih razvijenijih odnosa te su uglavnom stalan izvor iz kojega pojedinac izrasta. Pomoću i unutar takvih grupa dolazi do razvoja čovjekove ljudske prirode – što je jedino moguće postići druženjem. To znači da su društvo i pojedinci nerazdvojne faze u zajedničkoj cjelini.

Zajednica i društvo uglavnom se spominju kao sinonimi, no Ferdinand Tönnies (2012) navodi njihove razlike. Smatra da se svaki prisan i blizak suživot smatra životom u zajednici jer čovjek oduvijek, od rođenja, živi u zajednici sa svojim (npr. s obitelji) te je sudbinski vezan za nju, dok društvo opisuje kao javnost i svijet te čovjek u društvo odlazi kao u *tuđinu*. Kao primjer navodi situaciju kada se pojedinca upozorava na loše društvo, dok se izraz *loša zajednica* ne koristi u tom kontekstu, jer je proturječna jezičnom osjećaju (Tönnies, 2012: 13). Obrnuto, kada dvije osobe sklapaju brak, ulaze u zajednicu te se pak u tom kontekstu ne koristi izraz *društvo*. Isto tako, „radimo društvo jedni drugima, ali nitko nikomu ne može raditi

zajednicu“ (Tönnies, 2012: 13-14). Dakle, zajednica je nešto nama blisko, gdje smo *nastali*, a društvo je sve ostalo oko nas, nešto gdje se razvijamo i ulazimo u interakcije. Tönnies (2012) za zajednicu koristi termin *Gemeinschaft*, a za društvo *Gesellschaft*. Za odnose u *Gemeinschaftu* govori da se temelje na povezanosti života rođenjem te da su ljudske volje povezane ili će se podrijetlom ili spolom tek povezati. Tu povezanost prikazuje kroz tri vrste odnosa:

- 1) „u odnosu majke i djeteta,
- 2) u odnosu muškarca i žene kao supružnika, onako kako se taj pojam može razumjeti u prirodnom i općenito animalnom smislu
- 3) u odnosu između braće i sestara, tj. između osoba koje se poznaju, a u najmanju su ruku potomci iste majke“ (Tönnies, 2012: 17).

Osim toga, autor razlikuje i nekoliko vrsta zajednica kao što su na primjer rodbinstvo, susjedstvo i prijateljstvo. Za rodbinstvo smatra da mu je polazište dom gdje se odvija suživot nekoliko osoba pod zajedničkim krovom, te osobe imaju zajedničku imovinu i sl. Susjedstvo se očituje u zajedničkom životu na primjer na selu, a blizina mjesta stanovanja i zajednička polja vode brojnim ljudskim kontaktima, međusobnom navikavanju i prisnom međusobnom poznavanju (Tönnies, 2012: 22). Do prijateljstva, po Tönniesu (2012: 22), dolazi kroz uvjet i djelovanje usklađenog rada i načina razmišljanja, zanimanja i sl. Za zajednicu je važno i to što su njeni članovi i dalje povezani unatoč povremenoj razdvojenosti zbog pojedinih okolnosti. S druge strane, *Gesellschaft* se odnosi na „krug ljudi koji, kao i u zajednici, miroljubivo žive i stanuju zajedno, ali nisu bitno povezani unatoč svim razdvajanjima, u potonjem su razdvojeni unatoč svim povezanostima“ (Tönnies, 2012: 43). U društvu je svaki pojedinac sam, što znači da su područja djelatnosti pojedinaca razgraničena, a odnos se, prema Tönniesu (2012: 43), uglavnom odvija u negativnom kontekstu. Za razliku od zajednice, u društvu nitko nikome neće ništa dati bez neke protuusluge, koja bi trebala biti jednaka ili veća onome što se daje. Dakle, odnosi u društvu zasnivaju su na:

- a) razumu, a ne na osjećajima (kao što je to u slučaju zajednice),
- b) individualnim interesima,
- c) ograničenju obveza na bilo koji specifični ugovor koji je iskazan,
- d) specifičnom i jasnom području interesa i
- e) nevažnosti za postojanje zajedničkog interesa, osim onog koji je određen, specifičan i individualan te koji se želi unaprijediti takvim odnosom (Holland, 1947, prema Kuvačić, 2004: 292).

U okviru ove teme je važno, osim analize bioloških, duhovnih, psiholoških te na kraju društvenih dimenzija pojedinca i utjecaj istih na razvijanje njegove ličnosti, razmotriti i ljudsko ponašanje te odnose i interakcije koji se odvijaju unutar zajednice odnosno društva. Kada govore o složenim društvima⁸, Petković i Kregar (1997: 148) predlažu dva razvojna kontinuuma strukturiranja (društvenih) oblika od jednostavnijih prema složenijima. Prvi okvir je mikrosociološki, a odnosi se na „kontinuum strukturiranja onih društvenih oblika koji su u svom djelovanju i interakciji orijentirani isključivo ili pretežno samo na uske segmente globalne društvene cjeline“ (Petković i Kregar, 1997: 148). Drugi okvir autori nazivaju makrosociološkim, a odnosi se na „kontinuum strukturiranja oblika koji su orijentirani prema totalitetu društva ili sami predstavljaju totalitet društva“ (Petković i Kregar, 1997: 148). Ove okvire autori prikazuju na sljedeći način:

Tablica 4. Mikrosociološki i makrosociološki okviri

Mikrosociološki okvir	Makrosociološki okvir
razina individualne interakcije	razina globalnih društvenih agregata
razina neformalnih grupa	razina političkih institucija
razina institucionaliziranih grupa	razina ekonomskih formacija društva i kulturalnih cjelina

Izvor: Petković i Kregar (1997: 148)

Nadalje, autori objašnjavaju svaki od navedenih oblika. Tako se *razina individualnih interakcija* odnosi na međusobno neposredno odnošenje pojedinaca i njihovo međudjelovanje te stapanje individualnih međudjelovanja u razne oblike poput gomila ili skupina. Ukoliko su individualne osobine elementi individualnih interakcija, tu je važno uključiti socijalne motive, stavove, uloge i očekivanje uloga (Petković i Kregar, 1997: 148). *Razina neformalnih grupa* uključuje spontano nastale strukture koje proizlaze iz trajnije interakcije u procesu rada, a tu su problemi grupne uloge poput funkcije, kohezije i vodstva grupe. *Razina institucionaliziranih grupa* je normativno – racionalno strukturiranje grupe, što znači da je za razliku od *razine neformalnih grupa*, ovdje riječ o racionalizaciji „ispunjavanja zadataka kroz unutrašnje razgraničavanje funkcija, uloga i statusa na sustav interno specijaliziranih zadataka“ (Petković i Kregar, 1997: 148). Također, autori napominju veliki međusobni utjecaj ove razine i makrosociološkog okvira. Za *razinu globalnih društvenih agregata* autori govore da je glavna makrorazina jer uključuje društvo kao nakupinu pojedinaca koji su sjedinjeni u kolektiv, a kao

⁸ Pod složenim društvima podrazumijevaju se suvremena industrijska društva. Prema tome, predložena shema primjenjiva je i rađena za takva društva zbog njihove kompleksnosti, a nije primjenjiva za analizu jednostavnih prvobitnih zajednica (Petković i Kregar, 1997: 147).

primjere navode klasu, stalež, naciju, javnost ili javno mnijenje. Ovi primjeri odraz su fenomena koji i u društvu koje je visoko strukturirano ostaju na svom nivou, tj. takvi agregati nisu fizički bliski (za razliku od agregata u mikrosociološkom okviru). *Razinu političkih institucija* karakterizira sličnost sa *razinom institucionaliziranih grupa*, međutim razlika se može uočiti u položaju koji te organizacije zauzimaju u društvenom svijetu – „one su locirane u nukleusu društvenog regulativnog sustava, organizirano su predstavništvo društvene subjektivnosti i moći“ (Petković i Kregar, 1997: 149). Primjeri toga su država kao teritorijalna organizacija i organizacija klase i nacije te političke stranke i sindikati. Za *razinu ekonomskih formacija društva i kulturalnih cjelina* autori govore da prikazuje „razvijenost i strukturiranost društvenog totaliteta u cjelokupnoj njegovoj ostvarenoj i dostignutoj kvalitativnosti“ (Petković i Kregar, 1997: 149). Unutar svih navedenih oblika dolazi do međusobno isprepletenih interakcija i odnosa odnosno do pojave raznih oblika ljudskog ponašanja. Prema Beziću (2005: 207), ljudsko ponašanje je rezultat bioloških i psiholoških faktora, te interakcije, naravi i okoline. U skladu s tim, on navodi tri dimenzije u kojima se odvija proces ponašanja:

- 1) kognitivna dimenzija čija je funkcija upoznavanje stvarnosti u sebi i oko sebe, uz racionalan postupak te realističko (prepoznavanje takve stvarnosti onakve kakva jest), idealističko (uljepšavanje stvarnosti) i pesimističko (smatranje da je stvarnost negativna) postupanje te mogućnost pogreške u prosudbi (neznanje ili loša obaviještenost);
- 2) emotivna dimenzija gdje se javlja reakcija na stvarnost koja se spoznala – ako se pojedincu ta stvarnost sviđa, on će joj težiti, a ako mu se ne sviđa osjećati će prema njoj odbojnost, ali može doći i do ravnodušnosti koja rezultira ignoriranjem i
- 3) konativna odnosno voljna i akcijska dimenzija gdje se volja opredjeljuje ili za izbjegavanje neugodne stvarnosti ili za utjecaj na zadanu realnost donošenjem konkretne odluke ili pak za djelotvorni prijelaz iz reakcije u akciju (Bezić, 2005: 212-213).

U tom se procesu dakle odvijaju „tri čovjekova dinamizma: spoznaja, težnje i djelovanje“ (Bezić, 2005: 213). Nadalje, on smatra da se izvor ponašanja nalazi u ljudskoj savjesti, a na njega utječu i faktori poput onih bioloških (spol), zatim dob (razlike u ponašanju djeteta, mlade osobe i starije osobe), zdravstveno stanje pojedinca, temperament, karakter, socijalizacija odnosno obiteljski odgoj, školovanje, osobna vjera, sredina i okruženje u kojoj se pojedinac kreće, kulturni krug neke civilizacije, javno mnijenje, dnevne klimatske (ne)prilike, tjelesne i društvene *anomalije* (npr. invalidnost) i sl.

Na kraju ovog potpoglavlja mogao bi se donijeti zaključak da na isti način na koji pojedinac postaje svjestan sam sebe, on postaje svjestan i drugih pojedinaca te je njegova svijest i o samom sebi i o drugim individuama jednako važna za njegov samorazvoj i razvoj organiziranog društva odnosno društvene skupine čiji je pripadnik, o čemu govori i Mead (2003: 242). Zato on napominje da je važno načelo komunikacije, za koje smatra da je osnovno načelo ljudske društvene organizacije, jer uključuje sudjelovanje u drugome – „to iziskuje pojavljivanje drugoga u samoj osobi, identifikaciju drugoga sa sobom, dohvaćanje samosvijesti kod drugoga“ (Mead, 2003: 242). Također, autor govori da su u ljudskom društvu nastale univerzalne forme koje se izražavaju u univerzalnim religijama i univerzalnim ekonomskim procesima (Mead, 2003: 246). Kada se radi o religiji, spomenute forme odnose se na temeljne međusobne stavove ljudskih bića poput pažljivosti, spremnosti na pomoć i potpore te se ti stavovi nalaze u životu individua u skupini, dok je njihova generalizacija upravo u pozadini svih univerzalnih religija (Mead, 2003: 246). Pomaganje se može pronaći u nekoj zajednici, ali i u slučaju neprijateljstva (npr. pružanje pomoć ranjenom neprijatelju i bitci). „Temeljni stav pomaganja drugoj osobi kojoj je teško, koju je zadesila bolest ili kakva druga nesreća, pripada samo strukturi individua u ljudskoj zajednici“ (Mead, 2003: 246). O univerzalnim ekonomskim procesima Mead (2003: 247) govori u kontekstu razmjene onih dobara za koja jedna strana nema potrebe, pa ih koriste za ona koja im trebaju. Ukoliko polazimo od tvrdnji ranije navedenih autora o razvoju pojedinca i zajednice, a posebno Meadovog poimanja *sudjelovanja u drugome* odnosno samosvijesti i svijesti o drugima, onda se ono što je dalje važno razmotriti u ovom radu odnosi na konkretniju strukturu vrijednosti nekog društva. U okviru ovog rada radi se o hrvatskom društvu odnosno o društvenim determinantama koje ga karakteriziraju.

4.2. Struktura vrijednosti hrvatskog društva

Vrijednosti su apstraktne i kao takve su podložne različitim interpretacijama (Baccarini, 2016: 51) te se uklapaju u sustav vjerovanja koje pojedinac razvija od svojeg najranijeg razdoblja (Rokeach, 1973, prema Rimac, 2016: 110). Prema tome, razlikuju se deskriptivna ili egzistencijalna vjerovanja (čije su značajke istinitost ili neistinitost), evaluativna (čija je značajka evaluacija objekta kao dobrog ili lošeg) i proskriptivna (čija je značajka ocjenjivanje objekta kao poželjnog ili nepoželjnog). Tako vrijednosti predstavljaju proskriptivna vjerovanja te imaju kognitivnu, afektivnu i ponašajnu komponentu (Rokeach, 1972, prema Rimac, 2016: 110-111). Dakle, vrijednosti su „trajna vjerovanja da su određeni načini ponašanja ili krajnja stanja postojanja, osobno ili socijalno poželjniji od opozitnih ili suprotnih načina ponašanja ili stanja“ (Rokeach, 2015, prema Rimac, 2016: 110). Isti autor

smatra da je vrijednosni sustav trajna organizacija vjerovanja o poželjnim oblicima ponašanja te apstrahira nekoliko pretpostavki o vrijednostima:

- a) ukupni broj vrijednosti koje osoba ima je relativno malen;
- b) svi ljudi barem u nekom stupnju posjeduju vrijednosti;
- c) vrijednosti su organizirane u vrijednosne sustave pojedinaca;
- d) vrijednosti imaju dva izvorišta, a to su osoba i društvo uz svoju kulturu i socijalizacijske institucije i
- e) posljedice postojanja vrijednosnog sustava pojedinca manifestirati će se u većini njegovih socijalnih i psiholoških akcija i stanja (Rimac, 2016: 110-111).

Nadalje, vrijednosti se mogu dijeliti i prema tipu, a to su terminalne odnosno one koje se odnose na poželjna krajnja stanja i instrumentalne odnosno poželjna ili idealizirana ponašanja (Rokeach, 2015, prema Rimac, 2016: 111). Svrha vrijednosti je njihovo služenje kao standarda ponašanja. Dakle, korisne su u rješavanju socijalnih konflikata i donošenja odluka te kao takve djeluju na nekoliko načina: „vode u zauzimanju stajališta o društvenim pitanjima, služe kao predispozicije za preferenciju određenih ideologija ili religijskih opredjeljenja, usmjeruju način prezentacije sebe i drugih, služe kao osnovica prosudbe, nagrađivanja i kažnjavanja vlastitog i tuđeg ponašanja; vrijednosti su standardi prosudbe, te stoga predstavljaju centralni oslonac procesa komparacije, vrijednosti su standardi koji se upotrebljavaju u uvjeravanju i mijenjanju stavova i uvjerenja drugih ljudi, vrijednosti su standardi za racionaliziranje vlastitog ponašanja“ (Rimac, 2016: 111).

Autor teorije univerzalnih sadržaja i strukture vrijednosti, Shalom H. Schwartz (čija je skala vrijednosti nastala na navedenoj teoriji korištena i u ovom radu⁹), smatra da postoji 10 temeljnih tipova ljudskih vrijednosti između kojih postoji odnos konflikata i kompatibilnosti koji stvara strukturu vrijednosnog sustava (Schwartz, 2012). Navedeno je potvrđeno istraživanjima provedenim u brojnim zemljama. Na slici 6 nalazi se kružni prikaz na kojem su kompatibilni tipovi vrijednosti jedan do drugog, dok su konfliktni tipovi jedan nasuprot drugog. Na kružnom prikazu odstupa vrijednost *tradicije* koji je smješten iznad vrijednosnog tipa *konformizma* jer *konformizam* i *tradicija* zapravo odražavaju isti motivacijski tip, a to je prilagođavanje društveno određenim očekivanjima (Schwartz, 2012). *Konformizam* i *tradicija* se razlikuju po tome što se *konformizam* odnosi na prilagođavanje osobama s kojima je pojedinac

⁹ Za korištenje ove skale kontaktiran je njen autor S. H. Schwartz koji je za njeno korištenje dao dopuštenje putem e-maila.

često u kontaktu, dok se *tradicija* odnosi na prilagođavanje religijskim i društvenim običajima i idejama.



Slika 6. Teorijski model odnosa između 10 motivacijskih tipova vrijednosti

Izvor: Schwartz (2012: 9); prilagođeno na hrvatski jezik

Schwartz je 10 motivacijskih tipova izvorno prikazao uz ukupno 56 specifičnih vrijednosti, što prikazuje tablica 5, dok su u tablici 6 prikazana 4 tipa vrijednosti više razine, ujedno korištenih i za ovaj rad.

Tablica 5. Tipovi vrijednosti, njihovi motivacijski ciljevi i specifične vrijednosti koje ih predstavljaju

Tip vrijednosti i motivacijski cilj	Specifične vrijednosti
Moć – društveni status i prestiž, kontrola i dominacija nad pojedincima i materijalnim dobrima	Društvena moć, bogatstvo, društveni ugled, autoritet, očuvanje slike o sebi u društvu
Dostignuće – ostvarivanje osobnog uspjeha iskazivanjem kompetencije u skladu s društvenim standardima	Samopoštovanje, ambicioznost, utjecajnost, sposobnost, inteligencija, uspješnost

Hedonizam – uroda ili zadovoljenje vlastitih tjelesnih želja	Zadovoljstvo, uživanje u životu
Poticaj – uzbuđenje, novost, izazov u životu	Uzbuđljiv život, raznovrstan život, odvažnost
Nezavisnost – sloboda misli i djela, kreativnost, istraživanje novog	Sloboda, kreativnost, privatni život, samostalnost, izabiranje vlastitih ciljeva, znatiželja
Univerzalizam – razumijevanje, poštivanje, prihvaćanje i zaštita dobrobiti svih ljudi i prirode	Jednakost, unutarnji sklad, mir u svijetu, jedinstvo s prirodom, mudrost, svijet lijepog, društvena pravda, tolerancija, očuvanje okoliša
Dobrohotnost – očuvanje i unapređivanje dobrobiti ljudi s kojima je pojedinac u čestom osobnom kontaktu	Duhovni život, smisao u životu, zrela ljubav, iskreno prijateljstvo, odanost, iskrenost, uslužnost, odgovornost, spremnost na opraštanje
Tradicija – poštivanje, prihvaćanje i održavanje običaja i ideja tradicionalne kulture ili religije kojoj pojedinac pripada	Poštivanje tradicije, umjerenost, poniznost, prihvaćanje vlastita života, pobožnost
Konformizam – suzdržavanje od akcija, namjera i sklonosti koje bi mogle uznemiriti ili povrijediti druge osobe i narušiti društvena očekivanja i norme	Pristojnost, samodisciplina, poštivanje roditelja i starijih, poslušnost
Sigurnost – sklad, stabilnost i sigurnost unutar društva, međuljudskih odnosa ili samog pojedinca	Osjećaj pripadnosti, društveni poredak, nacionalna sigurnost, uzvratanje usluga, obiteljska sigurnost, zdravlje, čistoća

Izvor: Schwartz (1992: 6-7)

Tablica 6. Četiri tipa vrijednosti više razine

Tip vrijednosti više razine	Vrijednosti koje pripadaju tipu
Vlastito odricanje	Univerzalizam i dobrohotnost – prihvaćanje drugih kao jednakih, briga za njihovu dobrobit

Vlastiti probitak	Dostignuće i moć - postizanje osobnog uspjeha i dominacije nad drugima
Otvorenost za promjene	Nezavisnost i poticaj - sloboda misli i djelovanja, sklonost ka promjenama
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Sigurnost, konformizam i tradicija - poslušnost i ograničavanje vlastitih akcija da bi se održalo postojeće stanje

*Hedonizam ne pripada ni u jednu od navedene 4 kategorije jer je istodobno povezan i s *otvorenosću za promjene* i s *vlastitim probitkom* (Ferić, 2007: 9).

Izvor: Ferić (2007: 8-9)

Nadalje, četiri tipa vrijednosti su suprotni polovi dviju dimenzija – jedna dimenzija obuhvaća vrijednosti *vlastita odricanja* nasuprot vrijednostima *vlastita probitka* i odražava konflikt koji se javlja između *prihvatanja drugih kao jednakih* i *brige za njihovu dobrobit te težnje za ostvarivanjem vlastitog uspjeha i dominacije nad drugima* (Ferić, 2007: 9). Druga dimenzija odnosi se na *otvorenost za promjene* nasuprot *zadržavanju tradicionalnih odnosa* te odražava konflikt između *naglašavanja slobode vlastitih misli i djela* i *želje za promjenama te zadržavanja tradicije i očuvanja stabilnosti* (Ferić, 2007: 9).

Kako bi mogli govoriti o (današnjim) vrijednostima hrvatskog društva, potrebno se osvrnuti na pojedine promjene koje su kroz povijest doprinijele *nastanku* istih. Prilikom proučavanja vrijednosti u hrvatskom društvu, može se poći od zapažanja da je u Hrvatskoj s raspadom socijalizma došlo do kombinacije retradicionalizacije i modernizacije (Sekulić, 2012: 231). Do retradicionalizacije je došlo zbog odmaka od socijalističke ideologije gdje je opet došlo do uspostave tradicionalističkih vrijednosti (Županov, 2002, prema Ilišin i Gvozdanović, 2016: 174) odnosno povećane religioznosti i nacionalizma (Sekulić, 2014, prema Ilišin i Gvozdanović, 2016: 174). Ilišin i Gvozdanović (2016: 174) prema tome zaključuju da su novonastali sociokulturni uvjeti, što se najviše odnosi na razdoblje devedesetih godina dvadesetog stoljeća, postali problem za ostvarivanje liberalno – demokratskih načela koja su bitna za izgradnju demokratskog društva. Iz toga su proizašle anomalije koje je, dakle, društvo naslijedilo iz prethodnog razdoblja modernizacije (Rimac, 2016: 134). Autor smatra da će neke anomalije nestajati postupno, a kao primjere navodi nedostatak ekonomskih elita i nedovoljnu orijentiranost na ekonomsku efikasnost, dok će s druge strane za pojedine anomalije biti potrebno više djelovanja kako bi se promijenile. Ono što smatra vrlo važnim jest nadilaženje

političkih rascjepa koji su zasnovani na „ideološkoj suprotstavljenosti religiozno – sekularno, koja je bila osnovica sukoba u prethodnom razdoblju, u vrijeme ekonomske modernizacije“ (Rimac, 2016: 134). Isto tako smatra da ukoliko politički akteri zauzimaju pozicije političke moći, dolazi do stvaranja političkih elita koje djeluju na način da ne smatraju ekonomsku efikasnost važnim elementom provjere svrhovitog političkog upravljanja. Zbog toga vrijednosni konsenzus ovisi o napuštanju podjele na ideološke svjetonazorske perspektive te pristanak na ideju ekonomske efikasnosti – „nametanjem ekonomske efikasnosti kao modela upravljačke racionalnosti, problem podjele društva počeo će iščezavati kroz inkluziju pojedinaca, korištenje znanja i participaciju u različitim interesnim sferama oslobođenu podjele na ideološke skupine i bez korištenja pripadanja kao modela ucjene pojedinca“ (Rimac, 2016: 135). Konkretnije o tome govori Josip Županov koji je izgradio „model modernizacijske teorije u specifičnim hrvatskim (jugoslavenskim) uvjetima u smislu napetosti između modernizacijskih nastojanja elite (industrijalizacije, samoupravljanja, obrazovanja, urbanizacije) i tradicionalizma, konkretno averzije prema poduzetničkom riziku koji proizlazi iz prevladavajućeg tradicionalizma“ (Sekulić, 2014: 123). Dakle, Županov vrijednosni sistem u Hrvatskoj analizira kroz distinkciju tradicionalizam – modernizam, gdje se tradicionalizam može objasniti kroz egalitarizam, antiintelektualizam i autoritarizam, a modernizam kroz preuzimanje poduzetničkog rizika, stimuliranje intelektualizma, otvorenosti i pluralizma te nagrađivanje prema zaslugama (Sekulić, 2014: 123).

Nadalje, kako bi objasnio pojam *društvena vrijednost (vrednota)*, Županov (2011: 155) koristi definiciju Clydea Kluckhohna prema kojem je društvena vrijednost „konceptija poželjnog stanja u društvu, koja pruža opća mjerila za ponašanje (dakle, postaje temeljem društvenih normi) i služi za opravdanje ili osuđivanje određenog stanja u društvu“ (Županov, 2011: 155). Prema tome društvena vrijednosti ima valorizacijski i ideološki aspekt. Također, on smatra da se vrijednosti pojavljuju u eksplicitnim i implicitnim oblicima. Za eksplicitne vrijednosti objašnjava da su to vrijednosti koje su izričito formulirane odnosno javno proglašene, a implicitne su vrijednosti konstrukti izvedeni iz promatranja stvarnog ljudskog ponašanja. Autor navodi da postoji pet glavnih razina (dominantnih vrijednosti), a to su individualna, grupna, nacionalna, socijetalna¹⁰ te općeljudska i ekološka razina. Iako navodi pet razina, Županov (2011: 149-150) objašnjava sljedeće tri razine:

¹⁰ „Kako bismo izbjegli terminološku zabunu, ovdje moram objasniti dva srodna termina: *društveno* i *socijetalno*. Društveno je generički pojam za objašnjenje objektivnih fenomena: on je na istoj interpretativnoj razini kao i *fizikalno, kemijsko, biološko, psihološko* itd. Sve vrijednosti bez obzira na razinu usmjerenosti jesu *društvene*. *Socijetalno* je samo jedna razina *društvenog*, to je razina globalnog društva.

- 1) Individualna – na ovoj razini je postojala, međutim bila je prigušena vrednota utilitarizma i profiterstva. Ova je vrijednost opet eskalirala zbog raspada samoupravne ideologije i prihvaćanja slobodne ekonomske utakmice. Kao glavna individualna vrijednost iskazuje se neograničeno bogaćenje koje ugrožava modernu tržišnu ekonomiju i moralni sustav društva.
- 2) Socijetalna – na ovoj razini najvažnija vrijednost je radikalni egalitarizam koji je objašnjen kao ujednačavanje ljudi prema dolje. Dakle, u ekonomiji se ovaj pojam odnosi na *teoriju velikih trbuha* (uravnilovku), dok je u intelektualnom smislu to *teorija jednakih sposobnosti* odnosno intelektualna uravnilovka. Smatra se da je tu vrednotu Jugoslavija naslijedila iz tradicionalnog društva, dok ju je Hrvatska naslijedila iz socijalističkog društva. Također, za ovu je razinu bitna i solidarnost za koju govori da je grupna vrijednost koja se nalazi u svakoj ljudskoj grupi. Prvo se smatrala grupnim fenomenom vezanim za obitelj, rodbinu, selo i lokalnu zajednicu, dok se kasnije uglavnom vezala za radni kolektiv. O solidarnosti u kontekstu grupnog fenomena govori i Durkheim (1933) razlikujući mehaničku i organsku solidarnost. Za mehaničku solidarnost smatra da se odnosi na vezanost pojedinca za društvo bez posrednika odnosno na zajednički socijalni identitet, dok se organska solidarnost odnosi na ovisnost pojedinca o društvu jer se radi o društvenoj podjeli rada. Dakle, mehanička je solidarnost usredotočena na grupu, a organska na globalno društvo (socijetalna razina) (Županov, 2011: 155).
- 3) Nacionalna – na ovoj je razini glavna vrijednost *herojski kodeks* za koju se smatra da se u revolucionarnim vremenima pretvorila u autoritarnost (koja je u jednom trenutku oslabila, međutim kasnije se opet pojačala zbog dolaska nove političke elite).

Isto tako, Županov (2011: 150) smatra da se vrijednosti mogu nalaziti u konfliktu što se najviše odnosi na sukob koji se odvija između individualnog utilitarizma i socijalnog egalitarizma. Objašnjava kako čovjek može zastupati različite odnosno kontradiktorne vrijednosti na različitim razinama – „tako pojedinac koji teži individualnom bogaćenju može na socijetalnoj razini zastupati stav: nitko ne smije dobiti više od mene, a to je u biti egalitarni stav (filozofija izjednačavanja ljudi prema dolje). Pogotovo je moguća koegzistencija divergentnih vrijednosti kad se jedna vrednota zastupa na eksplicitnoj, dok se radikalni egalitarizam zastupa na implicitnoj razini“ (Županov, 2011: 150). Stoga su na eksplicitnoj socijetalnoj razini zastupljene

Socijetalno je, dakle, uži pojam od *društvenog*. Prema tome, socijetalne su vrijednosti one vrijednosti koje su centrirane na globalno društvo“ (Županov, 2011: 155).

vrijednosti tržišne ekonomije, privatnog poduzetništva i profita odnosno vrijednosti koje su kompatibilne s individualizmom i utilitarizmom.

Govoreći općenito o vrijednostima hrvatskog društva, Baccarini (2016: 51) koristi termin *sadržajne* vrijednosti te ih opisuje kao one vrijednosti koje daju oblik poželjnom načinu življenja. Takve vrijednosti, prema autoru, mogu biti raznolike odnosno mogu obuhvaćati toleranciju, jednakost, autonomiju, tradiciju, solidarnost, patriotizam, vjeru itd. U hrvatskom društvu primjetne su promjene vrijednosti. Točnije, Krizmanić (2016: 65) postavlja pitanje o tome radi li se o nestanku vrijednosti ili o njihovoj promjeni – „U našem se društvu već godinama govori o nestajanju tradicionalnoga vrijednosnog sustava ili o urušavanju sustava vrijednosti, pri čemu se najčešće uopće ne spominje što to konkretno znači. Kada se neki tradicionalni sustav vrijednosti uruši, ostaje li praznina ili u taj *oslobođeni* prostor ulijeću vrijednosti koje se u društvu taj čas *nose* ili se izgrađuje neki drugi, novi sustav vrijednosti?“ (Krizmanić, 2016: 65). Autorica zaključuje da je u Hrvatskoj došlo do promjene vrijednosne orijentacije, a kao primjer navodi to što se sustav vrijednosti više oslanja na kršćanske vrijednosti, međutim to je samo deklarativno jer stvarno ponašanje ne predstavlja navedeni sustav vrijednosti. Nadalje, ljudi su oduvijek bili licemjerni te su u skladu s tim kao svoje vrijednosti predstavljali one za koje znaju da se cijene i očekuju u društvu, ali se nisu ponašali u skladu s njima (Krizmanić, 2016: 66). Prema tome, autorica navodi tri modula nastalih zbog novog sustava vrijednosti, koji se isto tako mogu primijeniti i na hrvatsko društvo:

- 1) modul *za po doma* se odnosi na privatni sustav vrijednosti koji se *koristi* unutar obitelji i bližih prijatelja, dok se u široj zajednici sadržaj tog modula smatra zastarjelim;
- 2) modul koji sadrži vrijednosti koje vrijede izvan obitelji odnosno na poslu, tj. u odnosu s kolegama i znancima i
- 3) modul koji je za javnu upotrebu u društvu općenito (Krizmanić, 2016: 66).

Krizmanić (2016: 66-67) objašnjava da se unutar svakog navedenog modula mogu nalaziti iste vrijednosti, kao što je na primjer poštenje. Tako se „pojedinač ponaša prema članovima obitelji i nekim bliskim prijateljima u skladu s tradicionalnim ili katoličkim sustavom vrijednosti, dok je u ostala dva modula ta vrijednost ili hibernirana ili se poštenim smatra ponašanje koje pojedincu, neovisno o načinu stjecanja, donosi neku dobit. Takva organizacija vrijednosti dopušta nepošteno ponašanje u odnosima i transakcijama izvan obitelji i u društvu općenito, koje nije praćeno nikakvim osjećajem krivnje“ (Krizmanić, 2016: 66-67). Ono što autorica također navodi kao problem jest nedostatak društvene osude za ponašanja, kao što su

korupcija ili krađa, koja bi se nekada javno osuđivala. Budući da nema društvene osude, dolazi i do nedostatka osjećaja srama i krivnje.

Nakon prikaza *evolucije* vrijednosti hrvatskog društva s obzirom na društveni, ekonomski i politički kontekst iz prijašnjih godina, navest će se pojedini rezultati istraživanja provedenog u Hrvatskoj (2017./2018.) u sklopu petog vala međunarodnog istraživanja *European Values Study* (EVS). Zbog teme ovog rada koja obuhvaća odnos strukture vrijednosti hrvatskog društva te efikasnog prihvata koncepta psihijatrije u zajednici, odabrano je nekoliko relevantnih stavaka i njihovih rezultata iz spomenutog istraživanja: *zabrinutost za određene skupine ljudi, skupine ljudi koje ispitanici ne bi željeli imati kao susjede, povjerenje prema ljudima i povjerenje u određene institucije*. Rezultati su pokazali sljedeće:



	SPOL		DOBNE SKUPINE				
	Muškarci	Žene	18-30	31-45	46-55	56-70	71 plus
Stariji ljudi	70,7	74,4	60,4	56,7	74,4	80,2	83,5
Nezaposleni	61,8	71,5	55,1	49,7	66,5	77,3	75,8
Imigranti	17,9	24,1	19,0	12,8	21,0	23,5	27,0
Bolesni i nemoćni	78,8	84,0	69,2	69,2	79,5	87,9	93,4

Slika 7. Zabrinutost za određene skupine ljudi

Izvor: Baloban, Črpić i Ježovita (2019: 20)

Kada se građani Republike Hrvatske zabrinu za neku skupinu ljudi, uglavnom se radi o bolesnima i nemoćnima (82%), zatim starijim ljudima (73%) i nezaposlenima (67%) (Baloban, Črpić i Ježovita, 2019: 20). Također, rezultati su pokazali da su žene više zabrinute za svaku od navedenih skupina ljudi nego što je to slučaj kod muškaraca, a ta zabrinutost se opet najviše očituje kod bolesnih i nemoćnih (84%). Isto tako, „ispitanici iz starijih dobnih skupina u većoj su mjeri izrazili zabrinutost u odnosu na ispitanike iz mlađih skupina“ (Baloban, Črpić i Ježovita, 2019: 20).

Za ovaj rad posebno su važni rezultati koji se tiču bolesnih i nemoćnih budućih da su time obuhvaćeni i psihijatrijski bolesnici, a rezultati su pokazali da su građani Hrvatske najviše zabrinuti upravo za njih. Također, bitno je napomenuti da se, ako se uspoređuje razlika između 1999. (prvi val istraživanja u kojem je sudjelovala Hrvatska) i 2018. godina, zabrinutost najviše povećala isto tako prema bolesnima i nemoćnima – 1999. godine ona je iznosila 69%, 2008. 66%, a 2018. 82% (Baloban, Črpić i Ježovita, 2019: 22).



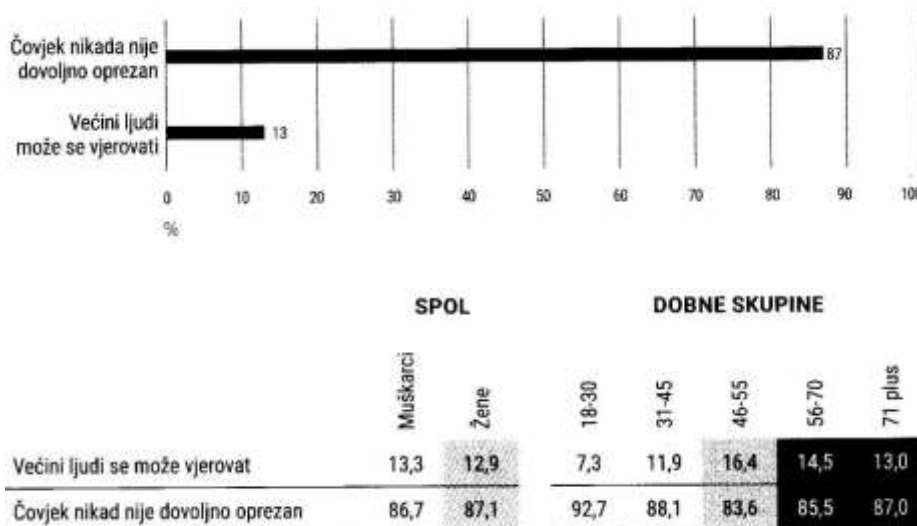
	SPOL		DOBNE SKUPINE				
	Muškarci	Žene	18-30	31-45	46-55	56-70	71 plus
Rome	24,2	22,0	32,0	30,1	25,5	16,0	20,1
Židove	12,2	11,8	14,4	17,6	9,5	8,4	12,7
Muslimane	18,8	13,1	22,7	23,0	18,8	7,7	15,2
Homoseksualce	46,5	32,6	32,6	33,8	41,5	41,3	43,7
Narkomane	68,0	72,5	78,3	76,5	71,4	70,8	58,0
Imigrante/strane radnike	23,1	19,1	26,5	26,1	20,6	17,1	18,9
Alkoholičare	53,4	65,5	64,0	62,5	61,3	60,6	51,9
Ljude druge rase	11,7	11,2	10,5	14,7	14,2	7,7	12,5

Slika 8. Skupine ljudi koje ispitanici ne bi željeli imati kao susjede

Izvor: Baloban, Črpić i Ježovita (2019: 23)

Rezultati su pokazali da najveći broj ispitanika pokazuje socijalnu distancu prema narkomanima (70%), alkoholičarima (60%) i homoseksualcima (39%), dok veću socijalnu distancu prema muslimanima (18,8%) i homoseksualcima (46,5%) pokazuju muškarci, a žene veću socijalnu distancu pokazuju prema narkomanima (72,5%) i alkoholičarima (65,5%) (Baloban, Črpić i Ježovita, 2019: 23). S obzirom na dob, mlađe dobne skupine uglavnom pokazuju veću distancu, osim kada se radi o homoseksualcima i ljudima druge rase.

Rezultati usporedbe tri vala istraživanja (1999., 2008. i 2018.) pokazuju da u Hrvatskoj raste povjerenje i tolerancija prema osobama druge rase, vjere, narodnosti ili seksualne orijentacije, dok kontinuitet ostaje kada se radi o ovisnicima o drogama (1999. – 69%, 2008. – 73% i 2018. – 70%) i alkoholu (1999. – 63%, 2008. – 60% i 2018. – 60%) (Baloban, Črpić i Ježovita, 2019: 25). Kao što je već spomenuto i ranije, ovisnici o drogama i alkoholu su i najviše stigmatizirani (Štrkalj-Ivezić, 2016: 11).

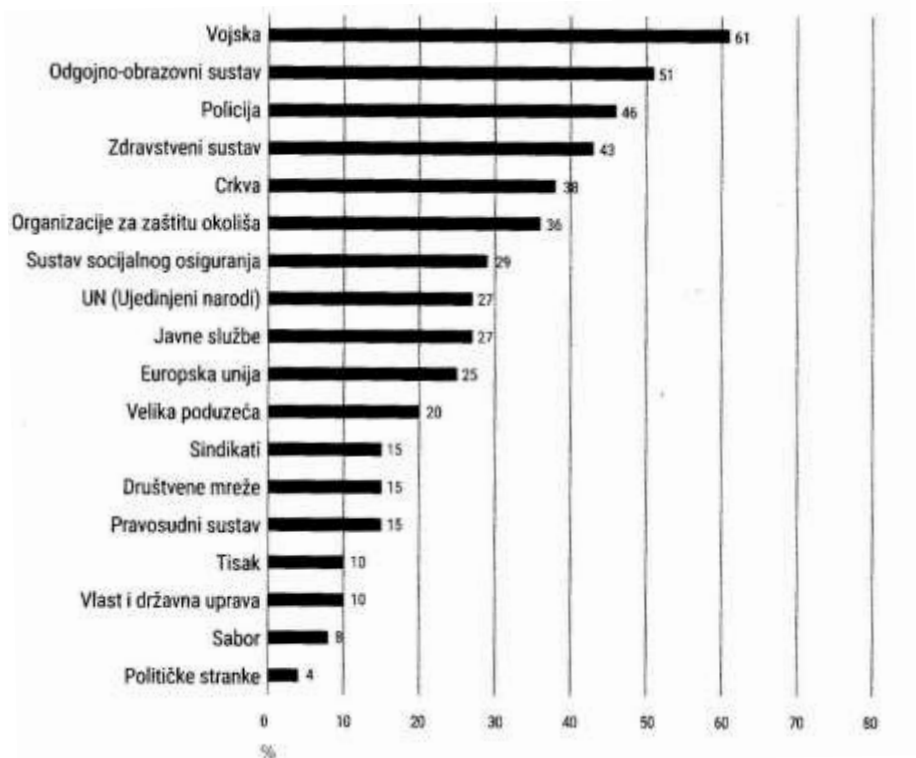


Slika 9. Povjerenje prema ljudima

Izvor: Baloban, Črpić i Ježovita (2019: 30)

Nadalje, rezultati su pokazali da 87% ispitanika ne vjeruje drugima ljudima, što podjednako smatraju i muškarci (86,7%) i žene (87,1%), dok najviše nepovjerenja iskazuju ispitanici u dobi od 18 do 30 godina (92,7%) (Baloban, Črpić i Ježovita, 2019: 30).

Usporedbom tri vala istraživanja, može se vidjeti da je povjerenje ispitanika u druge ljude u padu (1999. – 82%, 2008. – 80% i 2018. – 87%) (Baloban, Črpić i Ježovita, 2019: 31).



	SPOL		DOBNE SKUPINE				
	Muškarci	Žene	18-30	31-45	46-55	56-70	71 plus
Crkva	31,8	44,4	44,7	31,7	35,6	38,0	43,2
Vojska	58,5	63,7	61,3	55,5	60,5	62,0	66,3
Odgojno - obrazovni sustav	44,5	57,4	46,7	48,3	45,2	52,0	60,9
Tisak	9,9	10,9	7,5	7,6	11,4	9,3	16,0
Sindikati	14,9	15,4	10,1	12,7	16,3	14,4	21,5
Policija	40,9	50,5	36,5	38,7	44,1	48,1	57,8
Sabor	7,3	7,6	8,0	3,4	7,7	7,6	10,9
Javne službe	23,7	29,0	27,6	21,9	23,6	24,2	36,1
Sustav socijalnog osiguranja	28,1	30,4	30,7	21,6	24,1	32,0	25,7
Europska Unija	26,9	24,2	25,5	24,9	24,5	21,0	34,0
UN (Ujedinjeni narodi)	28,8	24,7	30,7	24,2	22,7	21,9	37,2
Zdravstveni sustav	44,8	40,7	52,5	32,4	39,7	39,4	54,1
Pravosudni sustav	13,0	16,0	18,0	15,1	11,4	11,0	19,7
Velika poduzeća	23,4	17,6	23,6	21,2	20,5	16,8	23,1
Organizacije za zaštitu okoliša	35,9	36,8	43,0	34,9	38,4	31,6	39,1
Političke stranke	2,6	5,0	3,5	3,1	3,2	2,5	7,5
Vlast i državnu upravu	9,7	10,3	6,0	7,5	9,0	9,3	16,7
Društvene mreže	19,1	11,2	21,0	18,2	16,4	13,0	9,5

Slika 10. Povjerenje u određene institucije

Izvor: Baloban, Črpić i Ježovita (2019: 32-33)

Rezultati za stavku *povjerenje u određene institucije* pokazuju da preko 50% ispitanika vjeruje jedino u vojsku (61%) i obrazovni sustav (51%), dok je povjerenje u policiju iskazalo 46% ispitanika, zdravstvo 43%, Crkvu 38%, a u organizacije za zaštitu okoliša 36% (Baloban, Črpić i Ježovita, 2019: 32). Općenito, žene su pokazale veće povjerenje prema institucijama od muškaraca (posebno u vezi Crkve), kao i starije dobne skupine (preko 55 godina) u odnosu na mlađe.

Ovdje je posebno važno povjerenje u zdravstveni sustav (jer isti obuhvaća i granu psihijatrije) koje je prema rezultatima nisko (dakle, samo 43%), a usporedbom tri vala rezultati pokazuju konstantu (1999. – 44%, 2008. – 40% i 2018. – 43%) (Baloban, Črpić i Ježovita, 2019: 36-37).

Štoviše, važnost povjerenja u druge ljude te solidarnosti i uzajamnosti leži u tome što ove vrijednosti jačaju zajednicu i društvo, a građani u takvim zajednicama izgrađuju opće dobro i sudjeluju u javnim aktivnostima (Bežovan, 2004: 61). Solidarnost je jedna od temeljnih vrijednost za opstojnost nekog društva, proizlazi iz duhovne dimenzije čovjeka, a Baloban (2004: 47) ju, prema enciklici *Sollicitudo rei socialis* (br. 38, dalje u tekstu SRS) Ivana Pavla II. (1987), definira kao čvrstu i postojanu odlučnost zauzeti se za opće dobro odnosno za dobro svih i svakoga, jer smo svi za sve odgovorni. Shodno tome, ona je usmjerena na „opće dobro ukoliko proizlazi iz same biti osobe u njezinim temeljnim odnosima prema drugima. Solidarnost pripada samoj naravi društva ukoliko pripada naravi osobe“ (Baloban, 2004: 51). Nadalje, u suvremenom društvu solidarnost se ostvaruje kroz načelo supsidijarnosti, što znači da svaka instanca u društvu ima odgovornost i slobodu za obavljanje svoje zadaće. Stoga Baloban (2004: 51-52) govori da je s jedne strane prisutna viša instanca koja omogućava slobodu i autonomnost nižoj instanci, dok je se druge strane ta niža instanca koja odgovorna preuzima zadaće za opće dobro za koje je kompetentna. Autor, također prema enciklici SRS, navodi i nekoliko oblika solidarnosti u suvremenom društvu:

- a) osobna solidarnost – smatra se temeljnom te je ne može zamijeniti niti jedan birokratski ili neosobni mehanizam, a kako bi javne službe mogle funkcionirati, osoba mora biti solidarna;
- b) obiteljska solidarnost – nastaje u obitelji i time čini obitelj jedinu instituciju u društvu koja ima temeljnu zadaću učenja ove vrijednosti;

- c) gospodarska solidarnost – odnosi se na solidarnost unutar poduzeća, s ciljem proizvodnje dobara korisnih za društvo te poštivanje dostojanstva zaposlenika i njihovih obitelji;
- d) radnička solidarnost – odnosi se na poštivanje suverenih prava zaposlenih i nezaposlenih osoba u planiranju i organizaciji rada u društvu;
- e) solidarnost dobrovoljnih društava – posebno je važna za hrvatsko društvo zbog prisutnosti ljudskih i socijalnih potreba koje se mogu zadovoljiti jedino uz dobrovoljni rad;
- f) solidarnost javnih institucija – odnosi se na one koji su *isključeni* iz društvenog života te im nije omogućen pristup uobičajenim ljudskim potrebama, a to su na primjer nezaposleni, oni koji ne mogu pridonositi za zdravstvo, obrazovanje, nemaju mirovine i sl.;
- g) međunarodna solidarnost – potiču ju vlade ili međunarodne organizacije koje se bore protiv ratova, siromaštva i nerazvijenost (Baloban, 2004: 52-54).

Baloban (2004: 54) zaključuje da nije moguće utvrditi *količinu* prisutnosti solidarnosti i njenih oblika u hrvatskom društvu, međutim ipak navodi kako je, prema istraživanjima, u Hrvatskoj prisutnija praksa solidarnosti na osobnoj razini, nego što je to na društvenoj razini. Navedeno potkrepljuje podacima da je 83,4% hrvatskih građana solidarno na osobnoj razini (visoka osobna solidarnost 37,5% i donekle 45,9%), a 56,8% hrvatskih građana je solidarno na društvenoj razini (visoka solidarnost 21% i donekle 35,8%) (Baloban, 2004: 54-55).

Naposljetku, kada se radi o psihički bolesnim osobama te njihovom prihvaćanju, postoje mnogobrojni problemi i vrlo složena pitanja s kojima se susreće medicinska etika u tom području (Grbac, 2009: 120). Iako autor o tome govori više u kontekstu odnosa psihijatrije odnosno psihijataru i pacijenta nego u kontekstu zajednice i pacijenta, u svakom su slučaju važne vrijednosti koje se, ukoliko se radi o psihičkom zdravlju, štite i promoviraju, kao i to da je cilj etike, također u tom slučaju, postaviti psihičko zdravlje kao visoku vrijednost kojoj bi trebala težiti medicinska odnosno psihijatrijska djelatnost (Grbac, 2009: 121). Međutim, autor razlaže da nije uvijek dovoljno postaviti pojam psihičkog zdravlja kao uporišnu normu prema kojoj bi se neki postupci definirali kao dobri ili loši i etični ili neetični, već bi se etika trebala brinuti i o drugim vrijednostima kao što su na primjer „vrijednost ljudskog dostojanstva, slobode ili autonomije pojedinca, vrednota poštivanja drugoga i solidarnosti, vrijednost općeg dobra“ (Grbac, 2009: 121).

Teorijski dio ovog rada donosi prikaz psihijatrijske službe iz sociološke perspektive od povijesti do danas. Prema tome, pojmovi važni za ovu temu definirani su u kontekstu institucija, zatim totalnih institucija te socioloških perspektiva. Dakle, prikazan je institucionalni karakter psihijatrijske službe na koji se nadovezuju problemi etiketiranja i stigme psihijatrijskih bolesnika. Stoga su navedene dvije dimenzije bile polazište za konstruiranje ciljeva istraživanja. Nadalje, osim pojedinih *tehničkih* uvjeta potrebnih za dobru organizaciju psihijatrijske službe, a time i implementacije koncepta psihijatrije u zajednici, kao što su na primjer povezanost bolničkog i izvanbolničkog sustava i drugih službi iz područja psihičkog zdravlja, preventivne metode, rano otkrivanje i liječenje te rehabilitacija usmjerena na oporavak i edukacija stručnjaka u tom području, izrazito su važni i uvjeti poput podrške oboljelim osobama prilikom uključivanja u život zajednice (Mužinić Marinić, 2021: 12). Ukoliko se osvrnemo samo na velike promjene, navedene ranije u radu, kroz koje je prošao psihijatrijski sustav tijekom godina te rezultate uglavnom stranih zemalja, ali i one u Hrvatskoj, koji ukazuju na uspješnost i smislenost implementacije koncepta psihijatrije u zajednici, možemo reći da bi u Hrvatskoj ista vjerojatno unaprijedila liječenje psihijatrijskih bolesnika. Budući da postoje smjernice za to te da su *tehnički* uvjeti, ako ne potpuno pokrenuti na svim razinama, onda barem načeti, ostaje pitanje što je sa prihvatom takvog koncepta izvan sustava. Obitelji pacijenata su prve osobe (nakon samih pacijenata) koje se susreću s izazovima i problemima koje donose njihove dijagnoze, što znači da je iskustvo kroz koje prolaze pacijenti iskustvo i svih članova obitelji (Leutar i Buljevac, 2021: 224). Oni su vrlo važni čimbenici podrške pojedincu tijekom njegovog prihvaćanja bolesti te zajedno s njim prolaze kroz oporavak i suživot s bolešću (Leutar i Buljevac, 2021: 223). Stoga je važno uvidjeti kod bližih članova obitelji, ali i šire zajednice, koje to vrijednosti i faktori potencijalno utječu na prihvata psihijatrijskih bolesnika, a zatim i koncepta psihijatrije u zajednici. Odnosno, potrebno je spoznati kako bi konkretno hrvatski građani prihvatili takav oblik liječenja psihijatrijskih bolesnika. Ta problematika apstrahirana je u obliku ciljeva istraživanja u sljedećem poglavlju.

5. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Glavni cilj ovog istraživanja bio je ispitati mišljenja stručnjaka zašto su i na koje načine vrijednosti građana RH, apstrahirane iz Schwartzove teorije univerzalnih sadržaja i strukture vrijednosti, povezane sa dimenzijama apstrahiranim iz *CAMI* skale te kakve su, prema tome, mogućnosti prihvata psihijatrije u zajednici.

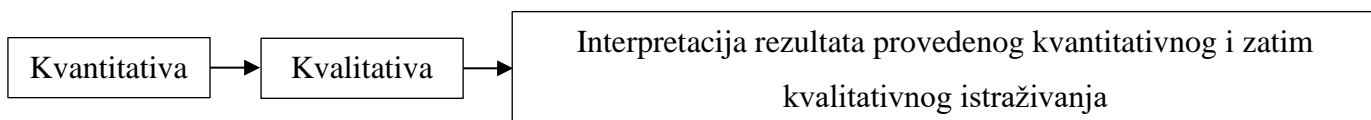
Specifični ciljevi istraživanja bili su sljedeći:

- 1) Što prema mišljenjima stručnjaka određuje povezanost dimenzije *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima* s vrijednostima *otvorenost za promjene, vlastito odricanje, zadržavanje tradicionalnih odnosa* i *vlastiti probitak* te kakve su prema tome mogućnosti prihvata koncepta psihijatrije u zajednici?
- 2) Što prema stručnjacima određuje povezanost dimenzije *dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima* s vrijednostima *otvorenost za promjene, vlastito odricanje, zadržavanje tradicionalnih odnosa* i *vlastiti probitak* te kakve su prema tome mogućnosti prihvata koncepta psihijatrije u zajednici?
- 3) Što prema stručnjacima određuje povezanost dimenzije *društvena restriktivnost* s vrijednostima *otvorenost za promjene, vlastito odricanje, zadržavanje tradicionalnih odnosa* i *vlastiti probitak* te kakve su prema tome mogućnosti prihvata koncepta psihijatrije u zajednici?
- 4) Ispitati povezanost dimenzije *stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* s vrijednostima *otvorenost za promjene, vlastito odricanje, zadržavanje tradicionalnih odnosa* i *vlastiti probitak* te kakve su prema tome mogućnosti prihvata koncepta psihijatrije u zajednici s obzirom na mišljenja stručnjaka.
- 5) Utvrditi statistički značajnu razliku u informiranosti građana RH o psihijatrijskom sustavu / tipovima liječenja, s obzirom na 8 faktora iz Schwartzove skale vrijednosti i CAMI skale te ukoliko ista postoji, utvrditi mogućnosti prihvata koncepta psihijatrije u zajednici te u kojim bi se oblicima trebale provoditi aktivnosti vezane za informiranje građana RH o psihijatrijskom sustavu/ tipovima liječenja.
- 6) Utvrditi statistički značajnu razliku u stavovima i mišljenjima o psihijatrijskim bolesnicima kod onih građana RH koji su imali neko osobno iskustvo vezano uz psihičke bolesti i onih koji nisu te ukoliko ista postoji, prema mišljenjima stručnjaka na koje načine vlastita iskustva vezana uz psihičke bolesti djeluju na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici.
- 7) Utvrditi statistički značajnu razliku kod 8 faktora iz Schwartzove skale vrijednosti i CAMI skale, zatim u informiranosti građana RH o psihijatrijskom sustavu / tipovima liječenja i osobnom iskustvu vezanom uz psihičke bolesti prema sociodemografskim karakteristikama, te ukoliko ista postoji kako bi prema mišljenjima stručnjaka sociodemografske karakteristike u budućnosti mogle pridonijeti na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici.

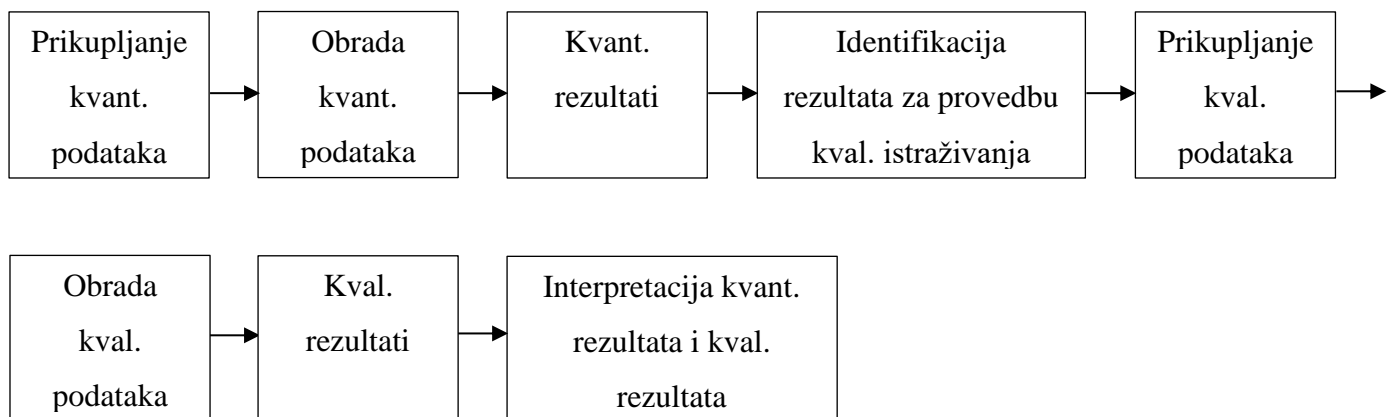
6. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Za istraživanje je korišten mješoviti istraživački pristup čija je karakteristika miješanje kvantitativnog i kvalitativnog pristupa u jednom istraživanju (Este, Sitter i Maclaurin, 2009, prema Sekol i Maurović, 2017: 10). Razlika u dva navedena pristupa očituje se u tome što je kvantitativni pristup temeljen na primjeni metoda koje omogućuju kvantificiranje pojava i generaliziranje zaključaka o uzročnosti na cjelokupnu populaciju te je dobar za testiranje teorija, odnosa, identificiranje određenih obrazaca podataka ili uspostavljanje uzročno – posljedičnih veza između pojava (Sekol i Maurović, 2017: 10). Navedeno su ujedno i nedostaci kvalitativnog pristupa, dok su nedostaci kvantitativnog pristupa upravo ono što karakterizira kvalitativu, poput dubljeg opisa pojave koja se istražuje odnosno dublje perspektive i boljeg razumijevanja problema (Milas, 2009: 47). Kvalitativna su istraživanja, prema istom autoru, često nadopuna kvantitativnih istraživanja. Zbog pojedinih nedostataka kvantitativnog i kvalitativnog pristupa te teorijskog okvira i prijašnjih spoznaja temeljem kojih je pisan ovaj rad, odabran je mješoviti istraživački pristup odnosno mješovita metodologija (*mixed methods*). Mješovita metodologija definira se kao kombinacija kvalitativnih i kvantitativnih pristupa (Thus, Tashakkori i Teddlie, 1998, prema Creswell i Plano Clark, 2018: 35) odnosno kao vrsta istraživanja u kojoj istraživač koristi elemente kvalitativnih i kvantitativnih istraživačkih pristupa (npr. korištenje kvalitativnih i kvantitativnih gledišta, prikupljanje podataka, analizu, tehnike zaključivanja) u svrhu širine i dubine razumijevanja (Johnson i dr., 2007, prema Creswell i Plano Clark, 2018: 36). Stoga se kvantitativni i kvalitativni ciljevi postavljaju zajedno (Creswell, 2006: 83) što znači da su glavni cilj i specifični ciljevi istraživanja postavljeni u obliku istraživačkih pitanja te se, s obzirom na ovakvu vrstu metodologije, hipoteze iščitavaju iz istraživačkih pitanja – koja su dakle istovremeno i kvantitativna i kvalitativna (Creswell, 2014: 264). Ovaj nacrt naziva se eksplanatorni sekvencijalni nacrt, što znači da podrazumijeva prikupljanje podataka prvo kvantitativnim, a zatim kvalitativnim metodama, može se koristiti kako bi se uz pomoć kvalitativnih podataka razumjeli kvantitativni te kvantitativni podaci mogu služiti za odabir uzorka za kvalitativno istraživanje (prema određenom kriteriju) (Sekol i Maurović, 2017: 13). Nacrt je detaljnije prikazan na slici 11.

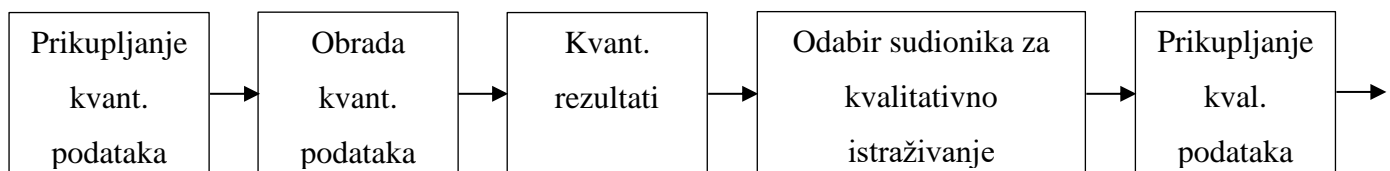
a) Eksplanatorni nacrt

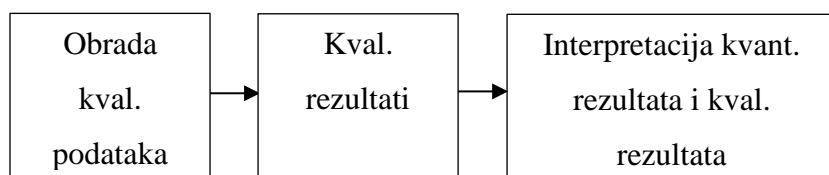


b) Eksplanatorni nacrt: detaljna objašnjenja



c) Eksplanatorni nacrt: odabir sudionika istraživanja





Slika 11. Eksplanatorni nacrt

Izvor: Creswell (2006: 73); prilagođeno na hrvatski jezik

U ovom radu prvo je provedeno anketno istraživanje, na temelju čijih je rezultata izrađen vodič za polustrukturirani intervju sa stručnjacima (psihijatrima) koji su potom, s obzirom na vlastita iskustva tijekom liječenja psihijatrijskih bolesnika, komentirali rezultate provedenih anketa. Detalji o istraživačkim instrumentima te sudionicima istraživanja obrađeni su u narednim potpoglavljima.

6.1. Kvantitativni dio istraživanja

U ovom su poglavlju prikazani realizirani uzorak, zatim korišteni instrument istraživanja, opisana je provedba istraživanja te su na kraju navedena ograničenja istraživanja.

6.1.1. Realizirani uzorak

Koristili smo kvotni uzorak proporcionalan stanju u populaciji što znači da je kao okvir za izbor uzorka odnosno izradu kvota bio korišten Popis stanovništva iz 2011. godine. Detaljnije o kvotnom uzorku možemo pronaći u potpoglavlju 6.1.3. *Ograničenja istraživanja*. Dakle, uzorak je bio izrađen na temelju kategorija dobi, spola i regije (ispitanici su u upitniku označavali županije, koje su se zbog potreba analize grupirale u tri regije¹¹– Sjeverozapadnu Hrvatsku, Jadransku Hrvatsku i Središnju i Istočnu (Panonsku) Hrvatsku). Nadalje, početne jedinice uzorka raspršile su se prema spolu, dobi i regiji što se odnosilo na poznanike i osobe do kojih smo bili u mogućnosti doći, a te su osobe zatim dalje slale upitnik odnosno daljnje

¹¹ U svaku od navedenih regija pripale su određene županije.

Sjeverozapadna Hrvatska: Zagrebačka, Krapinsko-zagorska, Varaždinska, Koprivničko-križevačka, Međimurska i Grad Zagreb.

Središnja i Istočna (Panonska Hrvatska): Sisačko-moslavačka, Karlovačka, Vukovarsko-srijemska, Bjelovarsko-bilogorska, Virovitičko-podravska, Požeško-slavonska, Brodsko-posavska i Osječko-baranjska.

Jadranska Hrvatska: Zadarska, Šibensko-kninska, Splitsko-dalmatinska, Dubrovačko-neretvanska, Primorsko-goranska, Istarska i Ličko-senjska.

jedinice uzorka birale su se kroz metodu *snježne grude*. Ovaj je uzorak neprobabilistički, no unatoč njegovim nedostacima, koristan je zato što istraživač na početku odabire uži krug ljudi potrebnih karakteristika, koji zatim sami šire uzorak tako što upućuju istraživača na nove potencijalne sudionike istraživanja (Milas, 2009: 213).

U daljnjem tekstu je prikazan realizirani uzorak.

Tablica 7. Sociodemografski pokazatelji

		N	%
Spol	Muški spol	285	47,5%
	Ženski spol	315	52,5%
	Ukupno	600	100,0%
Dob	18-29	112	18,7%
	30-39	101	16,8%
	40-49	103	17,2%
	50-59	109	18,2%
	60-69	81	13,5%
	preko 70	94	15,7%
	Ukupno	600	100,0%
Regija	Sjeverozapadna RH	232	38,7%
	Jadranska RH	197	32,8%
	Središnja i Istočna (Panonska) RH	171	28,5%
	Ukupno	600	100,0%

Pogledaju li se podaci za spol ispitanika može se uočiti kako je 47,5% ispitanika muškog spola, dok je 52,5% ispitanika ženskog spola, kod dobi 18,7% ispitanika navodi 18-29, 16,8% navodi 30-39, 17,2% navodi 40-49, 18,2% navodi 50-59, 13,5% navodi 60-69, dok 15,7% navodi preko 70 godina, kod regije 38,7% ispitanika navodi Sjeverozapadna RH, 32,8% navodi Jadranska RH, dok 28,5% navodi Središnja i Istočna (Panonska) RH.

6.1.2. Instrument i provedba istraživanja

Anketno istraživanje je, nakon odobrenja Etičkog povjerenstva Hrvatskog katoličkog sveučilišta, provedeno od 7. rujna do 3. studenog 2021. godine na proporcionalnom kvotnom uzorku 600 građana Republike Hrvatske starijih od 18 godina metodom *online* ankete. Anketni upitnik, koji se može vidjeti u prilogima rada, činio je 17 pitanja podijeljenih na 6 grupa navedenih u daljnjem tekstu.

- 1) Uvodna pitanja koja su se odnosila na spol, dob i županiju sudionika.

- 2) Pitanja o poznavanju zdravstvenog sustava Republike Hrvatske koja su se odnosila na upoznatost sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Hrvatskoj, konceptom psihijatrije u zajednici te značenjem termina *mentalnozdravstvena pismenost*.
- 3) Pitanja o stavovima i mišljenjima o psihičkim bolestima te odnosu prema psihijatrijskim bolesnicima gdje su bile navedene tvrdnje vezane uz mišljenja o psihički bolesnim osobama i njihovom stanju, a sudionici su na svaku od tvrdnji vršili procjenu na Likertovoj skali (*uopće se ne slažem, uglavnom se ne slažem, nemam određeno mišljenje, uglavnom se slažem i izrazito se slažem*). Za mjerenje stavova i mišljenja o psihijatrijskim bolesnicima odabrana je *Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti – CAMI*. Navedenu skalu su 1979. godine konstruirali autori Taylor, Dear i Hall, a sastoji se od 40 tvrdnji koje mjere 4 dimenzije – autoritarnost odnosno stav da bi psihijatrijski bolesnici trebali biti pod stalnim nadzorom i kontrolom jer za to sami nisu sposobni, dobronamjernost odnosno empatiju prema psihijatrijskim bolesnicima, društvenu restriktivnost odnosno stav da su psihijatrijski bolesnici prijatnija okolini i stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici odnosno stav da bi rehabilitacija po principu psihijatrije u zajednici psihijatrijskim bolesnicima bila korisna (Taylor i Dear, 1981: 226). Prethodna istraživanja pokazala su da skala ima prihvatljivu pouzdanost i konkurentnu valjanost (Škugor i Sindik, 2017: 275) te da postoji visoka korelacija po pitanju demografskih varijabli, kao što su na primjer dob, spol, zanimanje i životni standard (Vučina i dr., 2012: 77). Istraživanja u svrhu kojih je ova skala korištena navedena su u potpoglavlju 3.2. *Etiketiranje i stigmatizacija psihijatrijskih bolesnika*.
- 4) Pitanja o životnim stilovima pojedinaca i važnosti određenih segmenata u životu gdje su bile navedene tvrdnje koje su se odnosile na kratak opis neke osobe, a sudionici su stupanj sličnosti mogli označiti kao *uopće mi nije slična, nije mi slična, donekle mi je slična, slična mi je i vrlo mi je slična*. Za mjerenje strukture vrijednosti korištena je Schwartzova teorija univerzalnih sadržaja i strukture vrijednosti (obrađena u poglavlju 4.2. *Struktura vrijednosti hrvatskog društva*) u obliku hrvatske inačice njegovog upitnika vrijednosti koji se sastoji od 21 tvrdnje.
- 5) Sociodemografska pitanja koja su uključivala stupanj obrazovanja, bračni status, radni status, prosječne mjesečne prihode, broj osoba koji živi u kućanstvu te veličinu naselja u kojima sudionici žive.
- 6) Pitanja koja su se odnosila na osobna iskustva vezana uz psihičke bolesti, kao što su poznavanje osobe koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u

psihijatrijskoj bolnici, zatim prisutnost psihički oboljele osobe u okolini sudionika, osobni boravak u psihijatrijskoj bolnici te posjećivanje psihijatra.

Anketni upitnik se slao putem poveznice na platformi *Srce (Limesurvey)*. Sudionicima je u uvodnom dijelu upitnika objašnjeno da će se rezultati istraživanja koristiti u poopćenom obliku te da će se osigurati potpuna povjerljivost i anonimnost njihovih privatnih podataka. Isto tako, navedeno je da će javno dostupni biti samo podaci u zbirnom obliku, tj. statistički podaci dobiveni odgovorima svih sudionika te da je sudjelovanje dobrovoljno i da mogu odustati u bilo kojem trenutku. Naveden je i broj pitanja, predviđeno vrijeme trajanja upitnika te e-mail istraživača u slučaju potrebe za dodatnim pitanjima. Nakon svih popunjenih kvota, rezultati su se analizirali pomoću statističkog programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*). Na temelju obrađenih rezultata izrađen je vodič za polustrukturirani intervju.

U daljnjem su tekstu prikazani rezultati Cronbachove alfe (α) za pouzdanost upitnika CAMI (*Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti*)

Vrijednost Cronbach α koeficijenta za *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima* iznosi 0,677 što je vrlo blizu 0,7 i predstavlja zadovoljavajuću vrijednost pouzdanosti za navedeni faktor. Nadalje, vrijednost Cronbach α koeficijenta za *dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima* iznosi 0,788 što je više od 0,7 i predstavlja vrlo visoku vrijednost pouzdanosti za navedeni faktor. Zatim, vrijednost Cronbach α koeficijenta za *društvena restriktivnost* iznosi 0,825 što je puno više od 0,7 i predstavlja vrlo visoku vrijednost pouzdanosti za navedeni faktor, kao i vrijednost Cronbach α koeficijenta za *stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* koji iznosi 0,807.

Nadalje su prikazani rezultati Cronbach α za pouzdanost Schwartzove skale vrijednosti - PVQ-21.

Vrijednost Cronbach α koeficijenta za *otvorenost za promjene* iznosi 0,707 što je više od 0,7 i predstavlja visoku vrijednost pouzdanosti, kao i vrijednost Cronbach α koeficijenta za *vlastito odricanje* koji iznosi 0,731. Zatim, vrijednost Cronbach α koeficijenta za *zadržavanje tradicionalnih odnosa* iznosi 0,669 što je vrlo blizu 0,7 i predstavlja zadovoljavajuću vrijednost pouzdanosti za navedeni faktor dok vrijednost Cronbach α koeficijenta za *vlastiti probitak* iznosi 0,739 što je više od 0,7 i predstavlja visoku vrijednost pouzdanosti za navedeni faktor.

6.1.3. Ograničenja istraživanja

Neke od prednosti kvotnog uzorka su brzina i lakoća provedbe istraživanja odabirom takve vrste uzorka (Milas, 2009: 412), a iako nije probabilistički, njime se ipak nastoji u što većoj mjeri osigurati reprezentativnost tako što se podjednako zastupaju relevantne osobine kao što su i one u populaciji (Milas, 2009: 410). Međutim, često se smatra da je to zapravo *prividna reprezentativnost* zbog pristranog odabira tijekom odabira kvotnog uzorka te lažne vjerodostojnosti jer istraživač, kako bi si olakšao posao, može potražiti poznanike traženih osobina zbog čega se umanjuje mogućnost sudjelovanja u anketi pojedinih grupa ljudi poput onih koji žive u zabačenijim mjestima (Milas, 2009: 411). Navedeni nedostatak je ujedno i ograničenje ovog istraživanja.

6.2. Kvalitativni dio istraživanja

U ovom su poglavlju prikazani realizirani uzorak, zatim korišteni instrument istraživanja, opisana je provedba istraživanja i na kraju su navedeni kodovi te način kodiranja.

6.2.1. Realizirani uzorak

Za kvalitativni dio ovog istraživanja koristili smo namjerni uzorak, stoga su pozivi za sudjelovanje u istraživanju bili upućeni direktno stručnjacima putem e-mailova u kojima su im predstavljene tema i ciljevi istraživanja. U istraživanju su na kraju sudjelovali oni stručnjaci koji su se odazvali na poziv i potpisali Informirani pristanak vidljiv u prilogama rada. Namjerni uzorak bira se po principu prethodnih spoznaja o populaciji ili specifičnih ciljeva istraživanja, što znači da se prilagođava prosudbi istraživača ili zacrtanoj svrsi istraživanja (Milas, 2009: 412). Neke od prednosti ovog uzorka su brže i ekonomičnije prikupljanje podataka (Milas, 2009: 412), dok se nedostaci odnose na težu uspostavu kontakta sa sudionicima, što je dokazano i tijekom izrade ovog rada zbog manjka vremena traženih stručnjaka. Podaci su dakle dobiveni na temelju 20 iskaza sudionika, tj. stručnjaka psihijataru koji su birani prema kriterijima istraživača uz pretpostavku da su upravo odabrani sudionici najbolje upućeni u samu temu istraživanja zbog svojeg iskustva u psihijatrijskoj službi. Od intervjuiranih sudionika, pojedini su zaposleni u primarnoj, pojedini u sekundarnoj, a pojedini u tercijarnoj razini zdravstvene zaštite i to na različitim pozicijama sa različitim duljinama radnog staža. Tako je njih troje zaposleno u primarnoj razini zdravstvene zaštite, njih sedmero u sekundarnoj te njih desetero u tercijarnoj. Od 20 intervjuiranih sudionika, njih četvero ima radni staž duljine od 1 do 10 godina, sedmero ih ima radni staž duljine od 11 do 20 godina, sedmero ih ima radni staž duljine od 21 do 30 godina, jedan ima radni staž duljine od 31 do 40

godina i jedan ima radni staž duljine od 41 do 50 godina. Nadalje, od 20 sudionika, u intervjuima je sudjelovalo 9 žena i 11 muškaraca te je od toga 9 sudionika mlađe životne dobi (30-44 godina), 10 sudionika starije životne dobi (45-59 godina) i 1 sudionik starije životne dobi (60-75 godina). U manjem i srednjem gradu je po 2 sudionika istraživanja zaposleno u psihijatrijskoj službi, dok je u velikom gradu u psihijatrijskoj službi zaposleno 16 sudionika istraživanja. Svaki sudionik je sa svojim odgovorima u ovom radu naveden kao Stručnjak, uz pridruženi broj od 1 do 20 kako bi se poštivala anonimnost.

6.2.2. Instrument i provedba istraživanja

Kvalitativni dio ovog istraživanja proveden je od 7. ožujka do 30. travnja 2022. godine na namjernom uzorku od 20 stručnjaka – psihijatara, nakon odobrenja Etičkog povjerenstva Hrvatskog katoličkog sveučilišta. Korištena je metoda polustrukturiranog intervjua čija je glavna karakteristika to što nema strogo formuliranih pitanja, no istraživač se svejedno pridržava unaprijed određenog sadržaja razgovora (Milas, 2009: 586-587). To znači da se ne mora svako pitanje postaviti svim sudionicima. Vodič za intervju osmišljen je prema pravilima mješovite metodologije odnosno nakon provedenog anketnog istraživanja i obrađenih rezultata istog. Nalazi se u prilogima rada, a sastoji se od 11 opširnih pitanja sa dodatnim potpitanjima koja se većinski odnose na iskustva iz psihijatrijskog rada, a s obzirom na rezultate anketnog istraživanja te, prema tome, mišljenja o konceptu psihijatrije u zajednici.

Intervjui su u prosjeku trajali 30 minuta, a prije samog početka i nakon potpisivanja Informiranog pristanka još im je jednom naglašena anonimnost njihovog identiteta te povjerljivost istraživanja. Intervjui su se provodili uživo ili putem video poziva preko platforme *Zoom* te su bili snimani radi kasnijeg transkribiranja i obrade podataka.

6.2.3. Kodiranje i kodna lista

Podaci su bili ručno kodirani te je prvi korak uključivao otvoreno kodiranje. U postupku otvorenog kodiranja važno je da se podaci razlome pitanjima *gdje, kada, kako, koliko* itd., uspoređuju se s drugim podacima te se grupiraju u kategorije (Jeđud, 2007: 91). Drugi korak uključivao je osno (aksijalno) kodiranje s ciljem utvrđivanja obrazaca povezanosti odgovora sudionika i teorijskih pretpostavki na kojima je temeljen ovaj rad. Dakle, otvorenim kodiranjem identificiran je određeni broj kategorija, dok su osnim kodiranjem uspostavljeni odnosi unutar određene kategorije i između kategorije (Corbin i Strauss, 1990, Pandit, 1996, Borgatti, 2006, prema Jeđud, 2007: 91) što znači da su kodovi navedeni u tablici 8 dobiveni iz prikupljenih intervjua. U sljedećoj tablici prikazana je kodna lista.

Tablica 8. Kodna lista

Kodna lista
Autoritarnost
Dobronamjernost
Društvena restriktivnost
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici
Otvorenost za promjene
Vlastito odricanje
Zadržavanje tradicionalnih odnosa
Vlastiti probitak
(Ne)dovoljna informiranost građana o psihijatrijskom sustavu
Vlastita iskustva vezana uz psihičke bolesti

7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA I RASPRAVA

7.1. Opći prikaz rezultata istraživanja

U tablici 9 prikazani su rezultati za poznavanje hrvatskog psihijatrijskog sustava. Naime, osim stereotipa vezanih za psihijatrijske bolesnike, potrebno je spomenuti i stereotipe i stigmę vezane za psihijatrijske ustanove jer se, prema Corriganu (2004), smatra kako se tamo nalaze opasni pojedinci, neučinkoviti psihijatri koji provode neučinkovito liječenje. Upravo je zbog takvih stereotipa važno poticati mentalnozdravstvenu pismenost iz koje zatim proizlazi i poznavanje psihijatrijskog sustava, a osim poznavanja sustava, mentalnozdravstvena pismenost očituje se i u ranom prepoznavanju psihičkih bolesti (HZJZ, 2018b).

Tablica 9. Poznavanje psihijatrijskog sustava Republike Hrvatske

		N	%
Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj	Izrazito dobro	20	3,3%
	Vrlo dobro	83	13,8%
	Niti dobro niti loše	293	48,8%
	Vrlo loše	152	25,3%
	Izrazito loše	52	8,7%

	Ukupno	600	100,0%
Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	53	8,8%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	107	17,8%
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	175	29,2%
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	265	44,2%
	Ukupno	600	100,0%
Jeste li upoznati sa značenjem termina mentalnozdravstvena pismenost	Upoznat/a sam sa terminom „mentalno zdravstvena pismenost“ i znam točno na što se odnosi	70	11,7%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom "mentalno zdravstvena pismenost", ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	120	20,0%
	Samo sam čuo/la za termin "mentalno zdravstvena pismenost"	185	30,8%
	Uopće nisam čuo/la za termin "mentalno zdravstvena pismenost"	225	37,5%
	Ukupno	600	100,0%

Kod pitanja *Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?* 3,3% ispitanika navodi *izrazito dobro*, 13,8% ispitanika navodi *vrlo dobro*, 48,8% navodi *niti dobro niti loše*, 25,3% navodi *vrlo loše*, dok 8,7% navodi *izrazito loše*. Kod pitanja *Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?* 8,8% ispitanika navodi *upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi*, 17,8% ispitanika navodi *upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi*, 29,2% ispitanika navodi *samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici*, dok 44,2% ispitanika navodi *uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici*. Kod pitanja *Jeste li upoznati sa značenjem termina „mentalnozdravstvena pismenost“?* 11,7% ispitanika navodi *upoznat/a sam sa terminom „mentalnozdravstvena pismenost“ i znam točno na što se odnosi*, 20,0% ispitanika navodi *upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom „mentalno zdravstvena pismenost“, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi*, 30,8% ispitanika navodi *samo sam čuo/la za termin „mentalno zdravstvena pismenost“*, dok 37,5% ispitanika navodi *uopće nisam čuo/la za termin „mentalno zdravstvena pismenost“*.

Na sljedećim će stranicama biti prikazani deskriptivni pokazatelji za promatrana pitanja te njihove frekvencije i postotci, aritmetička sredina i standardna devijacija. Komentirat će se pitanja kod kojih je zabilježena najmanja i najveća vrijednost aritmetičke sredine odgovora ispitanika.

Tablica 10. Stavovi i mišljenja o psihičkim bolestima te odnos prema psihički bolesnim osobama (Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti – CAMI)

		N	%	\bar{x}	Sd
Čim osoba pokaže znakove psihičkog poremećaja, trebala bi biti smještena na bolničko liječenje	Uopće se ne slažem	217	36,2%		
	Uglavnom se ne slažem	205	34,2%		
	Nemam određeno mišljenje	75	12,5%		
	Uglavnom se slažem	90	15,0%		
	Izrazito se slažem	13	2,2%		
	Ukupno	600	100,0%	2,13	1,13
Više novca poreznih obveznika se treba izdvajati za njegu i tretman odraslih sa psihičkim poremećajem (R)	Uopće se ne slažem	124	20,7%		
	Uglavnom se ne slažem	253	42,2%		
	Nemam određeno mišljenje	154	25,7%		
	Uglavnom se slažem	56	9,3%		
	Izrazito se slažem	13	2,2%		
	Ukupno	600	100,0%	2,30	0,97
Odrasla osoba sa psihičkim poremećajem treba biti izolirana od ostatka zajednice	Uopće se ne slažem	256	42,7%		
	Uglavnom se ne slažem	234	39,0%		
	Nemam određeno mišljenje	66	11,0%		
	Uglavnom se slažem	38	6,3%		
	Izrazito se slažem	6	1,0%		
	Ukupno	600	100,0%	1,84	0,93
Najbolja terapija za mnoge odrasle osobe sa psihičkim poremećajem jest da budu dio zajednice (R)	Uopće se ne slažem	130	21,7%		
	Uglavnom se ne slažem	337	56,2%		
	Nemam određeno mišljenje	86	14,3%		
	Uglavnom se slažem	39	6,5%		
	Izrazito se slažem	8	1,3%		
	Ukupno	600	100,0%	2,10	0,86

Tablica 10.1. Stavovi i mišljenja o psihičkim bolestima te odnos prema psihički bolesnim osobama (Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti – CAMI)

		N	%	\bar{x}	Sd
Psihička bolest je bolest kao i svaka druga (R)	Uopće se ne slažem	210	35,0%		
	Uglavnom se ne slažem	245	40,8%		
	Nemam određeno mišljenje	47	7,8%		
	Uglavnom se slažem	69	11,5%		
	Izrazito se slažem	29	4,8%		
	Ukupno	600	100,0%	2,10	1,15
Odrasle osobe sa psihičkim poremećajem teret su društvu	Uopće se ne slažem	240	40,0%		
	Uglavnom se ne slažem	191	31,8%		
	Nemam određeno mišljenje	105	17,5%		
	Uglavnom se slažem	57	9,5%		
	Izrazito se slažem	7	1,2%		
	Ukupno	600	100,0%	2,00	1,03
Odrasle osobe sa psihičkim poremećajem daleko su manje opasne nego što većina ljudi pretpostavlja (R)	Uopće se ne slažem	94	15,7%		
	Uglavnom se ne slažem	273	45,5%		
	Nemam određeno mišljenje	155	25,8%		
	Uglavnom se slažem	65	10,8%		
	Izrazito se slažem	13	2,2%		
	Ukupno	600	100,0%	2,38	0,95
Smještanje ustanova za psihičko zdravlje u stambeno naselje čini zajednicu manje privlačnom za življenje	Uopće se ne slažem	120	20,0%		
	Uglavnom se ne slažem	149	24,8%		
	Nemam određeno mišljenje	171	28,5%		
	Uglavnom se slažem	145	24,2%		
	Izrazito se slažem	15	2,5%		
	Ukupno	600	100,0%	2,64	1,12

Tablica 10.2. Stavovi i mišljenja o psihičkim bolestima te odnos prema psihički bolesnim osobama (Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti – CAMI)

		N	%	\bar{x}	Sd
Lako je razlikovati odrasle osobe sa psihičkim poremećajem od ostalih ljudi	Uopće se ne slažem	119	19,8%		
	Uglavnom se ne slažem	244	40,7%		
	Nemam određeno mišljenje	97	16,2%		
	Uglavnom se slažem	128	21,3%		
	Izrazito se slažem	12	2,0%		
	Ukupno	600	100,0%	2,45	1,09

Odrasle osobe sa psihičkim poremećajima predugo su bile predmet ismijavanja (R)	Uopće se ne slažem	223	37,2%		
	Uglavnom se ne slažem	242	40,3%		
	Nemam određeno mišljenje	91	15,2%		
	Uglavnom se slažem	28	4,7%		
	Izrazito se slažem	16	2,7%		
	Ukupno	600	100,0%	1,95	0,97
Žena bi bila nepromišljena da se uda za čovjeka koji je bolovao od psihičkog poremećaja, iako se čini da se potpuno oporavio	Uopće se ne slažem	153	25,5%		
	Uglavnom se ne slažem	195	32,5%		
	Nemam određeno mišljenje	174	29,0%		
	Uglavnom se slažem	68	11,3%		
	Izrazito se slažem	10	1,7%		
	Ukupno	600	100,0%	2,31	1,03
Usluge vezane za psihičko zdravlje trebaju biti što dostupnije u ustanovama u zajednici (R)	Uopće se ne slažem	346	57,7%		
	Uglavnom se ne slažem	210	35,0%		
	Nemam određeno mišljenje	30	5,0%		
	Uglavnom se slažem	10	1,7%		
	Izrazito se slažem	4	0,7%		
	Ukupno	600	100,0%	1,53	0,73

Tablica 10.3. Stavovi i mišljenja o psihičkim bolestima te odnos prema psihički bolesnim osobama (Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti - CAMI)

		N	%	\bar{x}	Sd
Potrebno je manje naglašavati zaštitu javnosti od odraslih sa psihičkim poremećajima (R)	Uopće se ne slažem	94	15,7%		
	Uglavnom se ne slažem	215	35,8%		
	Nemam određeno mišljenje	204	34,0%		
	Uglavnom se slažem	58	9,7%		
	Izrazito se slažem	29	4,8%		
	Ukupno	600	100,0%	2,52	1,02
Povećana potrošnja na usluge iz dijela psihičkog zdravlja gubitak je poreznog novca	Uopće se ne slažem	325	54,2%		
	Uglavnom se ne slažem	184	30,7%		
	Nemam određeno mišljenje	68	11,3%		
	Uglavnom se slažem	17	2,8%		
	Izrazito se slažem	6	1,0%		
	Ukupno	600	100,0%	1,66	0,86
Nitko nema pravo isključiti odrasle osobe sa psihičkim poremećajem iz njihovih zajednica (R)	Uopće se ne slažem	205	34,2%		
	Uglavnom se ne slažem	238	39,7%		
	Nemam određeno mišljenje	80	13,3%		
	Uglavnom se slažem	63	10,5%		

	Izrazito se slažem	14	2,3%		
	Ukupno	600	100,0%	2,07	1,05
Osobama sa psihičkim poremećajima život u stambenim naseljima može biti dobra terapija, ali su preveliki rizici za druge stanovnike	Uopće se ne slažem	80	13,3%		
	Uglavnom se ne slažem	223	37,2%		
	Nemam određeno mišljenje	159	26,5%		
	Uglavnom se slažem	119	19,8%		
	Izrazito se slažem	19	3,2%		
	Ukupno	600	100,0%	2,62	1,04

Tablica 10.4. Stavovi i mišljenja o psihičkim bolestima te odnos prema psihički bolesnim osobama (Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti - CAMI)

		N	%	\bar{x}	Sd
Odrasle osobe sa psihičkim poremećajima trebaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca	Uopće se ne slažem	85	14,2%		
	Uglavnom se ne slažem	146	24,3%		
	Nemam određeno mišljenje	182	30,3%		
	Uglavnom se slažem	158	26,3%		
	Izrazito se slažem	29	4,8%		
	Ukupno	600	100,0%	2,83	1,11
Moramo biti mnogo tolerantniji prema odraslima sa psihičkim poremećajima u našem društvu (R)	Uopće se ne slažem	217	36,2%		
	Uglavnom se ne slažem	282	47,0%		
	Nemam određeno mišljenje	73	12,2%		
	Uglavnom se slažem	25	4,2%		
	Izrazito se slažem	3	0,5%		
	Ukupno	600	100,0%	1,86	0,82
Ne bih želio/željela živjeti u naselju s nekim tko ima psihički poremećaj	Uopće se ne slažem	196	32,7%		
	Uglavnom se ne slažem	192	32,0%		
	Nemam određeno mišljenje	134	22,3%		
	Uglavnom se slažem	65	10,8%		
	Izrazito se slažem	13	2,2%		
	Ukupno	600	100,0%	2,18	1,07
Stanovnici bi trebali prihvatiti smještanje ustanova za psihičko zdravlje u njihovu naselju, koje će služiti potrebama lokalne zajednice (R)	Uopće se ne slažem	133	22,2%		
	Uglavnom se ne slažem	274	45,7%		
	Nemam određeno mišljenje	149	24,8%		
	Uglavnom se slažem	35	5,8%		
	Izrazito se slažem	9	1,5%		
	Ukupno	600	100,0%	2,19	0,90

Tablica 10.5. Stavovi i mišljenja o psihičkim bolestima te odnos prema psihički bolesnim osobama (Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti – CAMI)

		N	%	\bar{x}	Sd
Odrasle osobe sa psihičkim poremećajima ne treba tretirati kao izolirane iz društva (R)	Uopće se ne slažem	219	36,5%		
	Uglavnom se ne slažem	283	47,2%		
	Nemam određeno mišljenje	61	10,2%		
	Uglavnom se slažem	27	4,5%		
	Izrazito se slažem	10	1,7%		
	Ukupno	600	100,0%	1,88	0,88
Trenutno postoji dovoljan broj usluga za osobe sa psihičkim poremećajima	Uopće se ne slažem	182	30,3%		
	Uglavnom se ne slažem	174	29,0%		
	Nemam određeno mišljenje	208	34,7%		
	Uglavnom se slažem	27	4,5%		
	Izrazito se slažem	9	1,5%		
	Ukupno	600	100,0%	2,18	0,97
Odrasle osobe sa psihičkim poremećajima treba ohrabrivati da prihvate uobičajene životne obveze (R)	Uopće se ne slažem	231	38,5%		
	Uglavnom se ne slažem	293	48,8%		
	Nemam određeno mišljenje	49	8,2%		
	Uglavnom se slažem	20	3,3%		
	Izrazito se slažem	7	1,2%		
	Ukupno	600	100,0%	1,80	0,82
Lokalno stanovništvo odbilo bi da se ustanove za psihičko zdravlje smjeste u njihovo naselje	Uopće se ne slažem	47	7,8%		
	Uglavnom se ne slažem	90	15,0%		
	Nemam određeno mišljenje	216	36,0%		
	Uglavnom se slažem	217	36,2%		
	Izrazito se slažem	30	5,0%		
	Ukupno	600	100,0%	3,16	1,00

Tablica 10.6. Stavovi i mišljenja o psihičkim bolestima te odnos prema psihički bolesnim osobama (Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti – CAMI)

		N	%	\bar{x}	Sd
Najbolji način postupanja s odraslim osobama koje imaju psihički poremećaj jest da se drže iza zaključanih vrata	Uopće se ne slažem	394	65,7%		
	Uglavnom se ne slažem	144	24,0%		
	Nemam određeno mišljenje	46	7,7%		
	Uglavnom se slažem	13	2,2%		
	Izrazito se slažem	3	0,5%		
	Ukupno	600	100,0%	1,48	0,77

Naše psihijatrijske bolnice/odjeli više izgledaju kao zatvori nego kao mjesta gdje se odrasle osobe sa psihičkim poremećajima mogu liječiti (R)	Uopće se ne slažem	113	18,8%		
	Uglavnom se ne slažem	194	32,3%		
	Nemam određeno mišljenje	209	34,8%		
	Uglavnom se slažem	64	10,7%		
	Izrazito se slažem	20	3,3%		
	Ukupno	600	100,0%	2,47	1,02
Svatko s iskustvom psihičkih poremećaja treba biti isključen iz obavljanja neke javne funkcije	Uopće se ne slažem	155	25,8%		
	Uglavnom se ne slažem	172	28,7%		
	Nemam određeno mišljenje	120	20,0%		
	Uglavnom se slažem	121	20,2%		
	Izrazito se slažem	32	5,3%		
	Ukupno	600	100,0%	2,51	1,22
Smještanje ustanova za psihičko zdravlje u stambena naselja ne ugrožava lokalno stanovništvo (R)	Uopće se ne slažem	105	17,5%		
	Uglavnom se ne slažem	296	49,3%		
	Nemam određeno mišljenje	114	19,0%		
	Uglavnom se slažem	58	9,7%		
	Izrazito se slažem	27	4,5%		
	Ukupno	600	100,0%	2,34	1,02

Tablica 10.7. Stavovi i mišljenja o psihičkim bolestima te odnos prema psihički bolesnim osobama (Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti - CAMI)

		N	%	\bar{x}	Sd
Psihijatrijske bolnice/odjeli zastarjela su metoda liječenja odraslih sa psihičkim poremećajima (R)	Uopće se ne slažem	61	10,2%		
	Uglavnom se ne slažem	187	31,2%		
	Nemam određeno mišljenje	243	40,5%		
	Uglavnom se slažem	82	13,7%		
	Izrazito se slažem	27	4,5%		
	Ukupno	600	100,0%	2,71	0,98
Odrasle osobe sa psihičkim poremećajima ne zaslužuju našu milost	Uopće se ne slažem	417	69,5%		
	Uglavnom se ne slažem	113	18,8%		
	Nemam određeno mišljenje	45	7,5%		
	Uglavnom se slažem	23	3,8%		
	Izrazito se slažem	2	0,3%		
	Ukupno	600	100,0%	1,47	0,82
Odrasloj osobi sa psihičkim poremećajem ne smiju biti uskraćena njezina osobna prava (R)	Uopće se ne slažem	306	51,0%		
	Uglavnom se ne slažem	212	35,3%		
	Nemam određeno mišljenje	43	7,2%		
	Uglavnom se slažem	23	3,8%		

	Izrazito se slažem	16	2,7%		
	Ukupno	600	100,0%	1,72	0,95
Ustanove za psihičko zdravlje trebaju biti udaljene od stambenih naselja	Uopće se ne slažem	186	31,0%		
	Uglavnom se ne slažem	164	27,3%		
	Nemam određeno mišljenje	169	28,2%		
	Uglavnom se slažem	71	11,8%		
	Izrazito se slažem	10	1,7%		
	Ukupno	600	100,0%	2,26	1,07

Tablica 10.8. Stavovi i mišljenja o psihičkim bolestima te odnos prema psihički bolesnim osobama (Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti - CAMI)

		N	%	\bar{x}	Sd
Jedan od glavnih uzroka psihičkih poremećaja jest nedostatak samodiscipline i snage volje	Uopće se ne slažem	245	40,8%		
	Uglavnom se ne slažem	110	18,3%		
	Nemam određeno mišljenje	146	24,3%		
	Uglavnom se slažem	87	14,5%		
	Izrazito se slažem	12	2,0%		
	Ukupno	600	100,0%	2,19	1,17
Naša odgovornost je osigurati najbolju moguću brigu odraslima sa psihičkim poremećajima (R)	Uopće se ne slažem	313	52,2%		
	Uglavnom se ne slažem	231	38,5%		
	Nemam određeno mišljenje	42	7,0%		
	Uglavnom se slažem	9	1,5%		
	Izrazito se slažem	5	0,8%		
	Ukupno	600	100,0%	1,60	0,76
Odrasloj osobi sa psihičkim poremećajem ne treba davati nikakvu odgovornost	Uopće se ne slažem	172	28,7%		
	Uglavnom se ne slažem	245	40,8%		
	Nemam određeno mišljenje	114	19,0%		
	Uglavnom se slažem	59	9,8%		
	Izrazito se slažem	10	1,7%		
	Ukupno	600	100,0%	2,15	1,00
Lokalno stanovništvo ne treba se plašiti osoba koje dolaze u njihovo naselje po usluge iz dijela psihičkog zdravlja (R)	Uopće se ne slažem	149	24,8%		
	Uglavnom se ne slažem	302	50,3%		
	Nemam određeno mišljenje	101	16,8%		
	Uglavnom se slažem	37	6,2%		
	Izrazito se slažem	11	1,8%		
	Ukupno	600	100,0%	2,10	0,91

Tablica 10.9. Stavovi i mišljenja o psihičkim bolestima te odnos prema psihički bolesnim osobama (Skala za mjerenje stavova zajednice prema psihičkoj bolesti – CAMI)

		N	%	\bar{x}	Sd
Gotovo svatko može oboljeti od psihičkog poremećaja (R)	Uopće se ne slažem	349	58,2%		
	Uglavnom se ne slažem	186	31,0%		
	Nemam određeno mišljenje	53	8,8%		
	Uglavnom se slažem	10	1,7%		
	Izrazito se slažem	2	0,3%		
	Ukupno	600	100,0%	1,55	0,75
Najbolje je izbjeći bilo koga tko ima psihičkih problema	Uopće se ne slažem	279	46,5%		
	Uglavnom se ne slažem	184	30,7%		
	Nemam određeno mišljenje	94	15,7%		
	Uglavnom se slažem	39	6,5%		
	Izrazito se slažem	4	0,7%		
	Ukupno	600	100,0%	1,84	0,96
Većini žena koje su jednom bile pacijentice u psihijatrijskoj bolnici mogu se povjeriti djeca na čuvanje (R)	Uopće se ne slažem	48	8,0%		
	Uglavnom se ne slažem	186	31,0%		
	Nemam određeno mišljenje	241	40,2%		
	Uglavnom se slažem	99	16,5%		
	Izrazito se slažem	26	4,3%		
	Ukupno	600	100,0%	2,78	0,96
Zastrašujuće je pomisliti da ljudi sa psihičkim poremećajima žive u naselju	Uopće se ne slažem	302	50,3%		
	Uglavnom se ne slažem	167	27,8%		
	Nemam određeno mišljenje	96	16,0%		
	Uglavnom se slažem	26	4,3%		
	Izrazito se slažem	9	1,5%		
	Ukupno	600	100,0%	1,79	0,96

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za tvrdnju *Lokalno stanovništvo odbilo bi da se ustanove za psihičko zdravlje smjeste u njihovo naselje* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,16 dok standardna devijacija iznosi 1,00. Za tvrdnju *Odrasle osobe sa psihičkim poremećajima trebaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca* aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,83 dok standardna devijacija iznosi 1,11.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za tvrdnju *Odrasle osobe sa psihičkim poremećajima ne zaslužuju našu milost* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,47 dok standardna devijacija iznosi 0,82. Za tvrdnju *Najbolji način postupanja s odraslim osobama koje imaju psihički poremećaj jest da se drže iza zaključanih vrata* aritmetička sredina

odgovora ispitanika iznosi 1,48 dok standardna devijacija iznosi 0,77. Za tvrdnju *Usluge vezane za psihičko zdravlje trebaju biti što dostupnije u ustanovama u zajednici (R)* aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,53 dok standardna devijacija iznosi 0,73. Za tvrdnju *Gotovo svatko može oboljeti od psihičkog poremećaja (R)* aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,55 dok standardna devijacija iznosi 0,75.

Tablica 11. Životni stilovi pojedinaca i važnost određenih segmenata u životu (Schwartzova skala vrijednosti - PVQ-21)

		N	%	\bar{x}	Sd	
Važno mu/joj je smišljati nove ideje i biti kreativan/kreativna.	Uopće mi nije slična	12	2,0%			
	Nije mi slična	45	7,5%			
	Voli stvari raditi na svoj, originalan način.	Donekle mi je slična	226	37,7%		
		Slična mi je	179	29,8%		
		Vrlo mi je slična	138	23,0%		
		Ukupno	600	100,0%	3,64	0,98
Važno mu/joj je biti bogat/bogata. Želi imati mnogo novaca i posjedovati skupe stvari.	Uopće mi nije slična	163	27,2%			
	Nije mi slična	236	39,3%			
	Donekle mi je slična	144	24,0%			
	Slična mi je	44	7,3%			
	Vrlo mi je slična	13	2,2%			
	Ukupno	600	100,0%	2,18	0,98	
On/ona smatra da je važno da se prema svim ljudima na svijetu postupa na jednak način. Vjeruje da bi svi ljudi trebali imati jednake mogućnosti u životu.	Uopće mi nije slična	9	1,5%			
	Nije mi slična	21	3,5%			
	Donekle mi je slična	99	16,5%			
	Slična mi je	205	34,2%			
	Vrlo mi je slična	266	44,3%			
	Ukupno	600	100,0%	4,16	0,93	
Vrlo mu/joj je važno iskazivati vlastite sposobnosti. Želi da se ljudi dive onome što on/ona radi.	Uopće mi nije slična	61	10,2%			
	Nije mi slična	166	27,7%			
	Donekle mi je slična	212	35,3%			
	Slična mi je	120	20,0%			
	Vrlo mi je slična	41	6,8%			
	Ukupno	600	100,0%	2,86	1,07	
Važno mu/joj je živjeti u sigurnom okruženju. Izbjegava sve što bi moglo ugroziti njegovu/njezinu sigurnost.	Uopće mi nije slična	28	4,7%			
	Nije mi slična	74	12,3%			
	Donekle mi je slična	211	35,2%			
	Slična mi je	176	29,3%			
	Vrlo mi je slična	111	18,5%			
	Ukupno	600	100,0%	3,45	1,07	

On/ona voli iznenađenja i stalno je u potrazi za nekim novim aktivnostima. Smatra da je u životu važno isprobati puno različitih stvari.	Uopće mi nije slična	28	4,7%		
	Nije mi slična	129	21,5%		
	Donekle mi je slična	226	37,7%		
	Slična mi je	120	20,0%		
	Vrlo mi je slična	97	16,2%		
	Ukupno	600	100,0%	3,21	1,10

Tablica 11.1. Životni stilovi pojedinaca i važnost određenih segmenata u životu (Schwartzova skala vrijednosti - PVQ-21)

		N	%	\bar{x}	Sd
On/ona vjeruje da bi ljudi trebali činiti ono što im se kaže. Smatra da bi se ljudi uvijek trebali držati pravila, čak i kada ih nitko ne gleda.	Uopće mi nije slična	89	14,8%		
	Nije mi slična	171	28,5%		
	Donekle mi je slična	203	33,8%		
	Slična mi je	109	18,2%		
	Vrlo mi je slična	28	4,7%		
	Ukupno	600	100,0%	2,69	1,07
Važno mu/joj je saslušati ljude koji su drugačiji od njega/nje. Čak i kada se ne slaže s njihovim mišljenjima, ipak ih nastoji razumjeti.	Uopće mi nije slična	7	1,2%		
	Nije mi slična	19	3,2%		
	Donekle mi je slična	128	21,3%		
	Slična mi je	267	44,5%		
	Vrlo mi je slična	179	29,8%		
	Ukupno	600	100,0%	3,99	0,86
Važno mu/joj je biti ponizan i skroman/ponizna i skromna. Nastoji ne privlačiti pozornost na sebe.	Uopće mi nije slična	39	6,5%		
	Nije mi slična	93	15,5%		
	Donekle mi je slična	196	32,7%		
	Slična mi je	179	29,8%		
	Vrlo mi je slična	93	15,5%		
	Ukupno	600	100,0%	3,32	1,11
Važno mu/joj je uživati u blagodatima života. Voli si ugađati.	Uopće mi nije slična	24	4,0%		
	Nije mi slična	93	15,5%		
	Donekle mi je slična	219	36,5%		
	Slična mi je	170	28,3%		
	Vrlo mi je slična	94	15,7%		
	Ukupno	600	100,0%	3,36	1,05
Važno mu/joj je da sam/sama donosi odluke o onome što radi. Voli biti samostalan i ne oslanjati se na druge.	Uopće mi nije slična	5	0,8%		
	Nije mi slična	27	4,5%		
	Donekle mi je slična	143	23,8%		
	Slična mi je	215	35,8%		

	Vrlo mi je slična	210	35,0%		
	Ukupno	600	100,0%	4,00	0,92
Vrlo mu/joj je važno pomagati ljudima koji ga/ju okružuju. Želi voditi brigu o njihovoj dobrobiti.	Uopće mi nije slična	6	1,0%		
	Nije mi slična	18	3,0%		
	Donekle mi je slična	140	23,3%		
	Slična mi je	255	42,5%		
	Vrlo mi je slična	181	30,2%		
	Ukupno	600	100,0%	3,98	0,86
Važno mu/joj je biti vrlo uspješan. Želio/željela bi da drugi prepoznaju njegove/njezine uspjehe i postignuća.	Uopće mi nije slična	26	4,3%		
	Nije mi slična	115	19,2%		
	Donekle mi je slična	213	35,5%		
	Slična mi je	158	26,3%		
	Vrlo mi je slična	88	14,7%		
	Ukupno	600	100,0%	3,28	1,07

Tablica 11.2. Životni stilovi pojedinaca i važnost određenih segmenata u životu (Schwartzova skala vrijednosti - PVQ-21)

		N	%	\bar{x}	Sd
Važno mu/joj je da državna vlast osigura njegovu/njezinu sigurnost od svih prijetnji. Smatra da država treba biti snažna kako bi mogla obraniti svoje građane.	Uopće mi nije slična	33	5,5%		
	Nije mi slična	103	17,2%		
	Donekle mi je slična	159	26,5%		
	Slična mi je	175	29,2%		
	Vrlo mi je slična	130	21,7%		
	Ukupno	600	100,0%	3,44	1,16
On/ona je stalno u potrazi za avanturama i voli se izlagati riziku. Želi voditi uzbudljiv život.	Uopće mi nije slična	121	20,2%		
	Nije mi slična	235	39,2%		
	Donekle mi je slična	157	26,2%		
	Slična mi je	57	9,5%		
	Vrlo mi je slična	30	5,0%		
	Ukupno	600	100,0%	2,40	1,07
Važno mu/joj je da se uvijek ponaša pristojno. Nastoji izbjeći sve za što bi ljudi mogli reći da je loše.	Uopće mi nije slična	18	3,0%		
	Nije mi slična	85	14,2%		
	Donekle mi je slična	196	32,7%		
	Slična mi je	196	32,7%		
	Vrlo mi je slična	105	17,5%		
	Ukupno	600	100,0%	3,47	1,03
	Uopće mi nije slična	52	8,7%		
	Nije mi slična	186	31,0%		

Važno mu/voj je da ga/ju drugi poštuju. Želi da ljudi čine ono što im on/ona kaže.	Donekle mi je slična	228	38,0%		
	Slična mi je	101	16,8%		
	Vrlo mi je slična	33	5,5%		
	Ukupno	600	100,0%	2,80	1,00
Važno mu/voj je biti odan/odana svojim prijateljima. Želi se posvetiti ljudima koji su mu/voj bliski.	Uopće mi nije slična	6	1,0%		
	Nije mi slična	13	2,2%		
	Donekle mi je slična	103	17,2%		
	Slična mi je	234	39,0%		
	Vrlo mi je slična	244	40,7%		
	Ukupno	600	100,0%	4,16	0,85
On/ona čvrsto vjeruje da bi ljudi trebali skrbiti za prirodu. Briga za okoliš mu/voj je važna.	Uopće mi nije slična	7	1,2%		
	Nije mi slična	15	2,5%		
	Donekle mi je slična	114	19,0%		
	Slična mi je	232	38,7%		
	Vrlo mi je slična	232	38,7%		
	Ukupno	600	100,0%	4,11	0,88
Tradicija mu/voj je važna. Nastoji održavati običaje koje propisuje njegova/njezina vjera ili štuje njegova/njezina obitelj.	Uopće mi nije slična	70	11,7%		
	Nije mi slična	103	17,2%		
	Donekle mi je slična	172	28,7%		
	Slična mi je	145	24,2%		
	Vrlo mi je slična	110	18,3%		
	Ukupno	600	100,0%	3,20	1,25
On/ona traži svaku priliku da se zabavi. Važno mu/voj je raditi stvari koje mu/voj pridonijaju zadovoljstvo.	Uopće mi nije slična	27	4,5%		
	Nije mi slična	132	22,0%		
	Donekle mi je slična	216	36,0%		
	Slična mi je	158	26,3%		
	Vrlo mi je slična	67	11,2%		
	Ukupno	600	100,0%	3,18	1,04

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za tvrdnju *Važno mu/voj je biti odan/odana svojim prijateljima. Želi se posvetiti ljudima koji su mu/voj bliski* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,16 dok standardna devijacija iznosi 0,85. Za tvrdnju *On/ona smatra da je važno da se prema svim ljudima na svijetu postupa na jednak način. Vjeruje da bi svi ljudi trebali imati jednake mogućnosti u životu* aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,16 dok standardna devijacija iznosi 0,93. Za tvrdnju *On/ona čvrsto vjeruje da bi ljudi trebali skrbiti za prirodu. Briga za okoliš mu/voj je važna* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,11 dok standardna devijacija iznosi 0,88.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za tvrdnju: *Važno mu/joj je biti bogat/bogata. Želi imati mnogo novaca i posjedovati skupe stvari* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,18 dok standardna devijacija iznosi 0,98. Za tvrdnju *On/ona je stalno u potrazi za avanturama i voli se izlagati riziku. Želi voditi uzbudljiv život* aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,40 dok standardna devijacija iznosi 1,07.

Tablica 12. Prikaz rezultata s obzirom na završeni stupanj obrazovanja, bračni status, radni status i prosječne mjesečne prihode kućanstava

		N	%
Koji je Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja?	Nezavršena OŠ	1	0,2%
	OŠ	10	1,7%
	SŠ	227	37,8%
	VŠS	117	19,5%
	VSS	223	37,2%
	Doktorat	17	2,8%
	Ne znam	1	0,2%
	Ne želim odgovoriti	4	0,7%
	Ukupno	600	100,0%
Koji je Vaš bračni status?	Neoženjen/neudata	165	27,5%
	Oženjen/udata	295	49,2%
	U izvanbračnoj zajednici	53	8,8%
	Razveden/a	43	7,2%
	Udovac/ica	35	5,8%
	Ne želim odgovoriti	9	1,5%
	Ukupno	600	100,0%
Koji je Vaš trenutni radni status?	Učenik/ca	0	0,0%
	Student/ica	63	10,5%
	Zaposlen/a ili samozaposlen/a	351	58,5%
	Nezaposlen/a	33	5,5%
	Umirovljenik/ca	148	24,7%
	Ne želim odgovoriti	5	0,8%
	Ukupno	600	100,0%
Koliki su prosječni mjesečni prihodi Vašeg kućanstva? ¹²	Do 5000 kn	92	15,3%
	5001-11000 kn	238	39,7%
	11001 i više	212	35,3%
	Ne želim odgovoriti	58	9,7%

¹² Zbog potreba analize, razredi za mjesečne prihode prikazani su u navedenim kategorijama, a ispitanici su tijekom ispunjavanja anketnog upitnika mogli odabrati sljedeće opcije: *Do 2000 kn, 2001-5000 kn, 5001-8000 kn, 8001-11000 kn, 11001-14000 kn, 14001 i više, Ne želim odgovoriti.*

	Ukupno	600	100,0%
--	--------	-----	--------

Kod pitanja *Koji je Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja?* 0,2% ispitanika navodi *nezavršena OŠ*, 1,7% ispitanika navodi *OŠ*, 37,8% ispitanika navodi *SŠ*, 19,5% ispitanika navodi *VŠS*, 37,2% ispitanika navodi *VSS*, 2,8% ispitanika navodi *doktorat*, 0,2% ispitanika navodi kako ne znaju, dok 0,7% ispitanika navodi *Ne želim odgovoriti*. Kod pitanja *Koji je Vaš bračni status* 27,5% ispitanika navodi *neoženjen/neudata*, 49,2% ispitanika navodi *oženjen/udata*, 8,8% ispitanika navodi u *izvanbračnoj zajednici*, 7,2% ispitanika navodi *razveden/a*, 5,8% ispitanika navodi *udovac/ica*, dok 1,5% ispitanika navodi *Ne želim odgovoriti*. Kod pitanja *Koji je Vaš trenutni radni status* 10,5% ispitanika navodi *student/ica*, 58,5% ispitanika navodi *zaposlen/a* ili *samozaposlen/a*, 5,5% ispitanika navodi *nezaposlen/a*, 24,7% ispitanika navodi *umirovljenik/ca*, dok 0,8% ispitanika navodi *Ne želim odgovoriti*. Kod pitanja *Koliki su prosječni mjesečni prihodi Vašeg kućanstva?* 15,3% navodi *do 5000 kn*, 39,7% navodi *5001-11000 kn*, 35,3% navodi *11001 i više*, dok 9,7% *Ne želim odgovoriti*.

Tablica 13. Prikaz rezultata s obzirom na broj osoba koji živi kućanstvu i veličinu naselja

		N	%
Koliko osoba, uključujući i Vas, živi u kućanstvu? (Molimo Vas da u donju praznu kućicu upišete broj osoba)	1	89	14,8%
	2	173	28,8%
	3	117	19,5%
	4	127	21,2%
	5	71	11,8%
	6	16	2,7%
	7	4	0,7%
	8	3	0,5%
	Ukupno	600	100,0%
Veličina naselja (po broju stanovnika) u kojem živite ¹³ ?	Do 5000 stan.	166	27,7%
	5001-20000 stan.	119	19,8%
	20001-100000 stan.	137	22,8%
	Više od 100001 stan.	165	27,5%

¹³ Zbog potreba analize, razredi za veličinu naselja prikazani su u navedenim kategorijama, a ispitanici su tijekom ispunjavanja anketnog upitnika mogli odabrati sljedeće opcije: *Do 1000 stan.*, *1001-5000 stan.*, *5001-10000 stan.*, *10001-20000 stan.*, *20001-50000 stan.*, *50001-100000 stan.*, *100001-200000 stan.*, *Više od 200000 stan.*, *Ne želim odgovoriti*.

	Ne želim odgovoriti	13	2,2%
	Ukupno	600	100,0%

Kod pitanja *Koliko osoba, uključujući i Vas, živi u kućanstvu?* 14,8% ispitanika navodi 1, 28,8% ispitanika navodi 2, 19,5% ispitanika navodi 3, 21,2% ispitanika navodi 4, 11,8% ispitanika navodi 5, 2,7% ispitanika navodi 6, 0,7% ispitanika navodi 7, dok 0,5% ispitanika navodi 8. Kod pitanja *Veličina naselja (po broju stanovnika) u kojem živite* 27,7% ispitanika navodi *Do 5000 stan.*, 19,8% ispitanika navodi *od 5001-20000 stan.*, 22,8% ispitanika navodi *od 20001-100000 stan.*, 27,5% ispitanika navodi *Više od 100001 stan.* te 2,2% ispitanika navodi *Ne želim odgovoriti.*

Tablica 14. Osobno iskustvo vezano uz psihičke bolesti

		N	%
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Da	428	71,3%
	Ne	170	28,3%
	Ne želim odgovoriti	2	0,3%
	Ukupno	600	100,0%
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Da	309	51,5%
	Ne	285	47,5%
	Ne želim odgovoriti	6	1,0%
	Ukupno	600	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Da	159	26,5%
	Ne	436	72,7%
	Ne želim odgovoriti	5	0,8%
	Ukupno	600	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Da	38	6,3%
	Ne	558	93,2%
	Ne želim odgovoriti	3	0,5%
	Ukupno	599	100,0%

Kod pitanja *Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?* 71,3% ispitanika navodi potvrdno. Kod pitanja *Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?* 51,5% ispitanika navodi potvrdno. Kod pitanja *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?* 26,5% ispitanika navodi potvrdno. Kod pitanja *Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?* 6,3% ispitanika navodi potvrdno.

7.2. Faktorska analiza Schwartzove skale vrijednosti (PVQ-21)

Za Schwartzovu skalu vrijednosti provedena je konfirmatorna faktorska analiza. Vrijednost Kaiser-Meyer-Olkin mjere adekvatnosti uzorkovanja iznosi 0,809, što pretpostavlja vrlo visoku vrijednost testa, a Bartlettov test sfericiteta je statistički značajan ($p < 0,05$).

Tablica 15. Komunalitet manifestnih varijabli

	Inicijalno	Ekstrakcija
Važno mu/joj je smišljati nove ideje i biti kreativan/kreativna. Voli stvari raditi na svoj, originalan način.	1,000	0,378
Važno mu/joj je biti bogat/bogata. Želi imati mnogo novaca i posjedovati skupe stvari.	1,000	0,538
On/ona smatra da je važno da se prema svim ljudima na svijetu postupa na jednak način. Vjeruje da bi svi ljudi trebali imati jednake mogućnosti u životu.	1,000	0,424
Vrlo mu/joj je važno iskazivati vlastite sposobnosti. Želi da se ljudi dive onome što on/ona radi.	1,000	0,579
Važno mu/joj je živjeti u sigurnom okruženju. Izbjegava sve što bi moglo ugroziti njegovu/njezinu sigurnost.	1,000	0,429
On/ona voli iznenađenja i stalno je u potrazi za nekim novim aktivnostima. Smatra da je u životu važno isprobati puno različitih stvari.	1,000	0,656
On/ona vjeruje da bi ljudi trebali činiti ono što im se kaže. Smatra da bi se ljudi uvijek trebali držati pravila, čak i kada ih nitko ne gleda.	1,000	0,410
Važno mu/joj je saslušati ljude koji su drugačiji od njega/nje. Čak i kada se ne slaže s njihovim mišljenjima, ipak ih nastoji razumjeti.	1,000	0,480
Važno mu/joj je biti ponizan i skroman/ponizna i skromna. Nastoji ne privlačiti pozornost na sebe.	1,000	0,402
Važno mu/joj je uživati u blagodatima života. Voli si ugađati.	1,000	0,438
Važno mu/joj je da sam/sama donosi odluke o onome što radi. Voli biti samostalan i ne oslanjati se na druge.	1,000	0,466
Vrlo mu/joj je važno pomagati ljudima koji ga/ju okružuju. Želi voditi brigu o njihovoj dobrobiti.	1,000	0,505
Važno mu/joj je biti vrlo uspješan. Želio/željela bi da drugi prepoznaju njegove/njezine uspjehe i postignuća.	1,000	0,610
Važno mu/joj je da državna vlast osigura njegovu/njezinu sigurnost od svih prijetnji. Smatra da država treba biti snažna kako bi mogla obraniti svoje građane.	1,000	0,352
On/ona je stalno u potrazi za avanturama i voli se izlagati riziku. Želi voditi uzbudljiv život.	1,000	0,663

Važno mu/voj je da se uvijek ponaša pristojno. Nastoji izbjeći sve za što bi ljudi mogli reći da je loše.	1,000	0,475
Važno mu/voj je da ga/ju drugi poštuju. Želi da ljudi čine ono što im on/ona kaže.	1,000	0,463
Važno mu/voj je biti odan/odana svojim prijateljima. Želi se posvetiti ljudima koji su mu/voj bliski.	1,000	0,556
On/ona čvrsto vjeruje da bi ljudi trebali skrbiti za prirodu. Briga za okoliš mu/voj je važna.	1,000	0,415
Tradicija mu/voj je važna. Nastoji održavati običaje koje propisuje njegova/njezina vjera ili štuje njegova/njezina obitelj.	1,000	0,527
On/ona traži svaku priliku da se zabavi. Važno mu/voj je raditi stvari koje mu/voj prčinjaju zadovoljstvo.	1,000	0,516

Extraction Method: Principal Component Analysis.

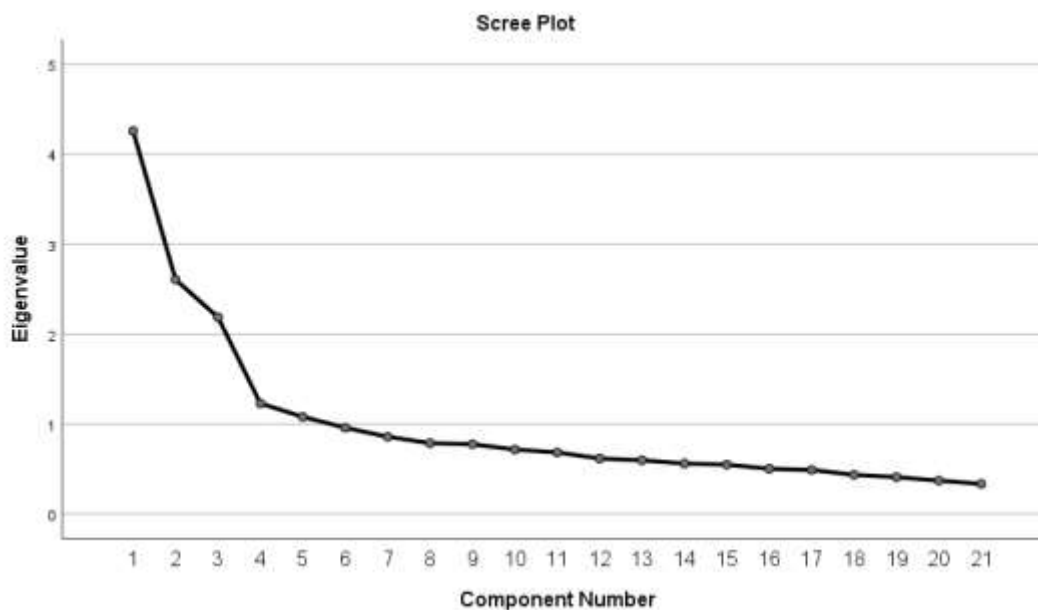
Tablica 16. Ukupno objašnjena varijanca odstupanja

Komponente	Početne vrijednosti			Suma kvadrata opterećenja			Rotacija sume kvadrata		
	S	V.	K.n.	S	V.	K.n.	S	V.	K.n.
1	4,260	20,284	20,284	4,260	20,284	20,284	2,872	13,675	13,675
2	2,607	12,413	32,697	2,607	12,413	32,697	2,761	13,147	26,821
3	2,187	10,416	43,114	2,187	10,416	43,114	2,488	11,848	38,669
4	1,229	5,855	48,968	1,229	5,855	48,968	2,163	10,299	48,968
5	1,079	5,139	54,108						
6	0,959	4,566	58,674						
7	0,858	4,085	62,759						
8	0,786	3,745	66,504						
9	0,775	3,690	70,194						
10	0,716	3,409	73,603						
11	0,684	3,257	76,860						
12	0,616	2,933	79,794						
13	0,597	2,843	82,636						
14	0,560	2,667	85,303						
15	0,548	2,608	87,911						
16	0,502	2,390	90,301						
17	0,489	2,327	92,627						
18	0,435	2,070	94,697						
19	0,409	1,948	96,645						
20	0,371	1,764	98,409						
21	0,334	1,591	100,000						

Metoda ekstrakcije: Analiza glavnih komponenti

K - Komponenta; S - Suma; v. - % varijanca; K.n. - Kumulativni niz %

Iz tablice 16 može se iščitati da prva 4 faktora kumulativno objašnjavaju 48,968% ukupne varijance, dok na prvom faktoru leži najveće opterećenje i on objašnjava 20,284% ukupne varijance. Udjeli navedenih faktora biti će prikazani na grafikonu.



Grafikon 1. Udjeli faktora prikazani na grafikonu (iz tablice 16).

Osnovna kvalitativna obilježja svakog istaknutog faktora objašnjavaju se na osnovu faktorske matrice. Značenje dobivenih varijabli određuje se sukladno odnosu promatranih čestica. Prilikom objašnjenja, u obzir se uzimaju koeficijenti čija je apsolutna vrijednost za određene faktore veća od 0,2, a koji su istaknuti u tablici 17.

Tablica 17 odnosi se na rotiranu faktorsku matricu (proveden je *Varimax s Kaiserovom normalizacijom* te će se rezultate rotacije matrice prikazati u sljedećoj rotiranoj tablici, na osnovu čega je provedeno izlučivanje faktora). Prema tome, faktor 1 odnosi se na *vlastito odricanje*, faktor 2 odnosi se na *vlastiti probitak*, faktor 3 odnosi se na *zadržavanje tradicionalnih odnosa* dok se faktor 4 odnosi na *otvorenost za promjene*.

Tablica 17. Rotirana faktorska matrica^a

	Komponente			
	1	2	3	4
Važno mu/voj je smišljati nove ideje i biti kreativan/kreativna. Voli stvari raditi na svoj, originalan način.	0,471	,243		,248
Važno mu/voj je biti bogat/bogata. Želi imati mnogo novaca i posjedovati skupe stvari.		0,713		
On/ona smatra da je važno da se prema svim ljudima na svijetu postupa na jednak način. Vjeruje da bi svi ljudi trebali imati jednake mogućnosti u životu.	0,647			
Vrlo mu/voj je važno iskazivati vlastite sposobnosti. Želi da se ljudi dive onome što on/ona radi.		0,747		
Važno mu/voj je živjeti u sigurnom okruženju. Izbjegava sve što bi moglo ugroziti njegovu/njezinu sigurnost.		0,492	0,387	
On/ona voli iznenađenja i stalno je u potrazi za nekim novim aktivnostima. Smatra da je u životu važno isprobati puno različitih stvari.	0,227			0,765
On/ona vjeruje da bi ljudi trebali činiti ono što im se kaže. Smatra da bi se ljudi uvijek trebali držati pravila, čak i kada ih nitko ne gleda.			0,604	
Važno mu/voj je saslušati ljude koji su drugačiji od njega/nje. Čak i kada se ne slaže s njihovim mišljenjima, ipak ih nastoji razumjeti.	0,686			
Važno mu/voj je biti ponizan i skroman/ponizna i skromna. Nastoji ne privlačiti pozornost na sebe.			0,598	
Važno mu/voj je uživati u blagodatima života. Voli si ugađati.		0,522		0,366
Važno mu/voj je da sam/sama donosi odluke o onome što radi. Voli biti samostalan i ne oslanjati se na druge.	0,616	0,283		
Vrlo mu/voj je važno pomagati ljudima koji ga/ju okružuju. Želi voditi brigu o njihovoj dobrobiti.	0,597		0,277	0,266
Važno mu/voj je biti vrlo uspješan. Želio/željela bi da drugi prepoznaju njegove/njezine uspjehe i postignuća.		0,711		0,268
Važno mu/voj je da državna vlast osigura njegovu/njezinu sigurnost od svih prijetnji. Smatra da država treba biti snažna kako bi mogla obraniti svoje građane.		0,268	0,515	
On/ona je stalno u potrazi za avanturama i voli se izlagati riziku. Želi voditi uzbudljiv život.				0,792
Važno mu/voj je da se uvijek ponaša pristojno. Nastoji izbjeći sve za što bi ljudi mogli , reći da je loše.			0,648	
Važno mu/voj je da ga/ju drugi poštuju. Želi da ljudi čine ono što im on/ona kaže.		0,518	0,400	
Važno mu/voj je biti odan/odana svojim prijateljima. Želi se posvetiti ljudima koji su mu/voj bliski.	0,642		0,338	

On/ona čvrsto vjeruje da bi ljudi trebali skrbiti za prirodu. Briga za okoliš mu/joj je važna.	0,617			
Tradicija mu/joj je važna. Nastoji održavati običaje koje propisuje njegova/njezina vjera ili štuje njegova/njezina obitelj.			0,683	
On/ona traži svaku priliku da se zabavi. Važno mu/joj je raditi stvari koje mu/joj prčinjaju zadovoljstvo.		0,212		0,667

Metoda ekstrakcije: Analiza glavnih komponenti

Metoda rotacije: Varimax s Kaiserovom normalizacijom

a. Rotacija konvergirana u 6 ponavljanja

Na sljedećim stranicama bit će prikazani regresijski modeli za promatrane faktore u analizi, kako bismo analitički izrazili odnos između promatranih varijabli.

7.3. Povezanost dimenzije „autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima“ s vrijednostima „otvorenost za promjene“, „vlastito odricanje“, „zadržavanje tradicionalnih odnosa“ i „vlastiti probitak“

Tablica 18. Sažetak modela

Model	R	R kvadrat	Prilagođeni R kvadrat	Standardna pogreška procjene
1	0,466 ^a	0,217	0,212	4,56459

a. Prediktori: (konstanta), Vlastiti probitak, Vlastito odricanje, Zadržavanje tradicionalnih odnosa, Otvorenost za promjene

Pogledaju li se podaci u tablici 18 može se uočiti kako koeficijent determinacije iznosi 0,217, što znači da je regresijskim modelom objašnjeno 0,217 ili 21,7% sume kvadrata ukupnih odstupanja zavisne varijable, a to je zadovoljavajuća protumačenost.

Tablica 19. ANOVA^a

Model		Zbroj kvadrata	Stupnjevi i slobode	Aritmetička sredina kvadrata	F	Značajnost
1	Regresija	3440,203	4	860,051	41,278	0,000 ^b
	Rezidual	12397,116	595	20,835		
	Ukupno	15837,318	599			

a. Zavisna varijabla: Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima

b. Prediktori: (konstanta), Vlastiti probitak, Vlastito odricanje, Zadržavanje tradicionalnih odnosa, Otvorenost za promjene

U tablici 19 prikazana je značajnost regresije putem ANOVA testa, a pogleda li se razina signifikantnosti prikazana za regresijski model može se uočiti kako je puno manja od 5% ($p < 0,05$), što znači da je promatrani regresijski model statistički značajan.

Tablica 20. Koeficijenti^a

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Značajnost
		B	Standardna pogreška	Beta		
1	(Konstanta)	29,557	1,492		19,813	0,000
	Otvorenost za promjene	0,790	0,352	0,100	2,243	0,025
	Vlastito odricanje	-4,192	0,356	-0,496	-11,785	0,000
	Zadržavanje tradicionalnih odnosa	2,294	0,300	0,307	7,633	0,000
	Vlastiti probitak	-0,255	0,285	-0,038	-0,895	0,371

a. Zavisna varijabla: Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima

Iz navedenog modela može se uočiti kako višu vrijednost za *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima* imaju osobe koje u većoj mjeri vrednuju *otvorenost za promjene* ($\beta = 0,790$, $p < 0,05$), u manjoj mjeri vrednuju *vlastito odricanje* ($\beta = -4,192$, $p < 0,05$) i u većoj mjeri vrednuju *zadržavanje tradicionalnih odnosa* ($\beta = 2,294$, $p < 0,05$).

Stručnjak 10 spominje kako je prije autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima bila veća te se smatralo da su psihijatrijski bolesnici inferiorni i da ih se mora posebno kontrolirati, no zaključuje da okolina danas gleda drugačije na psihijatrijske bolesnike:

„Kada se vidi taj pacijent prije ulaska u psihijatrijski program i nakon samog otpusta, kada se vidi da taj pacijent može adekvatno sudjelovati u svim aktivnostima što mu život nameće, funkcionalno se boriti i biti na nekoj normalnoj granici i na granici prihvatljivosti što se tiče kućanskih poslova, obavljanja svojih privatnih obaveza te funkcioniranja na poslu, okolina i obitelj tu osobu bolje prihvaćaju jer se vidi upravo ta razlika psihijatrijskog pacijenta prije ulaska i nakon izlaska iz psihijatrijskog programa“.

U svojoj analizi vrijednosnog sustava hrvatskog društva Županov također spominje prisutnu autoritarnost koja proizlazi iz tradicionalizma (Sekulić, 2014: 123) te spominje slabljenje autoritarnosti i njenog ponovnog jačanja zbog dolaska nove političke elite (Županov, 2011: 155). I stručnjak 9 spominje autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, međutim smatra da je ona i dalje prisutna:

„Ja mislim da se i dalje drže toga da budu, luđaci pod navodnicima, negdje odvojeni, da budemo sigurni. Jer oni se uvijek percipiraju kao neki opasni, oni su nepredvidljivi i misli se da su opasni...nikad ne znaš što je njemu u glavi i sve to skupa, oni trebaju kontrolu, neka ipak budu negdje zaštićeni od nas. Mislim da još uvijek kod nas nije razvijena svijest o tome, ali nisu to krivi građani nego se jednostavno o tome puno ni ne priča ni u medijima ni općenito.“ Stručnjak 18 s obzirom na svoje iskustvo rada s psihijatrijskim bolesnicima također smatra da su oni još uvijek stigmatizirani od strane šire zajednice zbog čega je prisutna i autoritarnost prema njima:

„Svi bi oni njih i dalje nekako držali tamo odvojeno, da oni nisu baš preblizu. Ljudi uglavnom smatraju da su sve te ideje po pitanju psihijatrije u zajednici dobre i lijepe, ali dok su psihijatrijski bolesnici daleko od njih. Nemoj meni u susjedstvo, ne daj Bože da saznam da će sad oni u susjedstvu tu živjeti. To neće nitko prihvatiti i potpisati.“

Prisutnost autoritarnosti mogla bi se objasniti i kroz funkcionalistički, konfliktni i fenomenološki pogled na institucije. S obzirom na funkcionalističku perspektivu, autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima može se interpretirati kao pokušaj očuvanja reda i društvene stabilnosti što znači da oni koji imaju viši stupanj autoritarnosti možda smatraju da se psihijatrijski bolesnici trebaju strože kontrolirati i nadgledati kako bi društvo normalno funkcioniralo. S obzirom na konfliktnu perspektivu, to što pojedinci imaju viši stupanj autoritarnosti može se interpretirati također kao pokušaj očuvanja društvene strukture kroz upotrebu moći i kontrole nad psihijatrijskim bolesnicima i to tako da ih se makne iz

društva. Iz fenomenološke perspektive, ovakvi rezultati mogli bi se protumačiti kao odraz nekih individualnih iskustava sa psihijatrijskim bolesnicima. To znači da su eventualna prošla negativna iskustva sa psihijatrijskim bolesnicima oblikovala sadašnju percepciju koju pojedinci imaju prema njima.

Dakle, mišljenja stručnjaka su podijeljena – jedni smatraju kako u hrvatskom društvu još uvijek postoji autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima odnosno društvo se prema njima odnosi kao da ih treba kontrolirati i upravljati njima jer sami nisu sposobni, što prema njima proizlazi iz tradicionalnih postavki hrvatskog društva, dok drugi smatraju kako se to mijenja i kako zajednica postaje sve više otvorena za promjene što ide u prilog psihijatriji u zajednici. Ipak, stručnjaci koji smatraju da je i dalje prisutna autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima isto tako smatraju da će ona postupno oslabjeti što je dobar početak za razvoj koncepta psihijatrije u zajednici. Dobar primjer smanjivanja autoritarnosti prema psihijatrijskim bolesnicima možemo pronaći u varaždinskoj psihijatriji kada su stručnjaci osim obitelji u liječenje svojih pacijenata uključili i njihovu radnu sredinu s ciljem vraćanja povratka pacijenata na posao kako bi se oni opet osjećali korisnima (Brajša, 2016). Prema stručnjacima, ovakvi su primjeri korisni kako pacijentima, tako i njihovim obiteljima jer potiču upravo otvorenost za promjene, ali i vlastito odricanje u svrhu uspješnijeg liječenja drugih članova zajednice.

7.4. Povezanost dimenzije „dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima“ s vrijednostima „otvorenost za promjene“, „vlastito odricanje“, „zadržavanje tradicionalnih odnosa“ i „vlastiti probitak“

Tablica 21. Sažetak modela

Model	R	R kvadrat	Prilagođeni R kvadrat	Standardna pogreška procjene
1	0,525 ^a	0,276	0,271	4,61596

a. Prediktori: (konstanta), Vlastiti probitak, Vlastito odricanje, Zadržavanje tradicionalnih odnosa , Otvorenost za promjene

Pogledaju li se podaci u tablici 21 može se uočiti kako koeficijent determinacije iznosi 0,276, što znači da je regresijskim modelom objašnjeno 0,276 ili 27,6% sume kvadrata ukupnih odstupanja zavisne varijable, a to je zadovoljavajuća protumačenost.

Tablica 22. ANOVA^a

Model		Zbroj kvadrata	Stupnjevi slobode	Aritmetička sredina kvadrata	F	Značajnost
1	Regresija	4823,944	4	1205,986	56,600	0,000 ^b
	Rezidual	12677,721	595	21,307		
	Ukupno	17501,665	599			

a. Zavisna varijabla: Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima

b. Prediktori: (konstanta), Vlastiti probitak, Vlastito odricanje, Zadržavanje tradicionalnih odnosa, Otvorenost za promjene

U tablici 22 prikazana je značajnost regresije putem ANOVA testa, a pogleda li se razina signifikantnosti prikazana za regresijski model može se uočiti kako je puno manja od 5% ($p < 0,05$), što znači da je promatrani regresijski model statistički značajan.

Tablica 23. Koeficijenti^a

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	T	Značajnost
		B	Standardna pogreška	Beta		
1	(Konstanta)	32,759	1,509		21,715	0,000
	Otvorenost za promjene	0,768	0,356	0,093	2,157	0,031
	Vlastito odricanje	-5,149	0,360	-0,580	-14,315	0,000
	Zadržavanje tradicionalnih odnosa	1,476	0,304	0,188	4,858	0,000
	Vlastiti probitak	0,083	0,288	0,012	0,289	0,773

a. Zavisna varijabla: Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima

Iz navedenog modela može se uočiti kako višu vrijednost za *dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima* imaju osobe koje u većoj mjeri vrednuju *otvorenost za promjene*

($\beta=0,768$, $p<0,05$), u manjoj mjeri vrednuju *vlastito odricanje* ($\beta=-5,149$, $p<0,05$) i u većoj mjeri vrednuju *zadržavanje tradicionalnih odnosa* ($\beta=1,476$, $p<0,05$).

Stručnjak 11 govori kako je tijekom svojeg iskustva u psihijatrijskom sustavu primijetio da postoji razlika po pitanju dobronamjernosti odnosno empatije prema psihijatrijskim bolesnicima između gradskih i malih sredina:

„Živim u mjestu od 1200 stanovnika, otočkoj, recimo zatvorenoj manjoj sredini. U gradu je velika ponuda, u gradu je puno toga što i bolesna osoba i njena obitelj može dobiti u vidu pomoći. Puno više nego u maloj sredini. Međutim, čini mi se da se u malim sredinama druge i drugačije bolje prihvaća i taj dio motivacije lokalne zajednice za pomoći drugima u malim sredinama je puno lakše postići. Na primjer, na otoku gdje ja živim postoji običaj da se nekoliko puta na godinu organizirano provodi briga i skrb za bolesnike. Žene bi ispekle kolače, crkveni zborovi bi došli pjevati pacijentima, a slično se događalo i za veće blagdane. Nekad davno bi se za ljude iz bolnice organiziralo branje maslina, što je za pacijente bio jedan oblik druženja jer bi radili nešto suvislo, a mislim da je to u gradu nemoguće. Ipak, u gradovima imate, ponavljam, puno više ponude, specijalizirane ponude za psihijatrijskog bolesnika. Mislim da su ljudi voljni i željni pomoći drugome, pogotovo u ovoj kategoriji vezanoj za psihijatrijske bolesnike, ali ih treba potaknuti. Meni se čini da društvo to za sada još uvijek malo radi, a moje iskustvo je da ako ljude potaknete, onda to ide i to se kotrlja samo od sebe jer ta intrinzična motivacija za korist drugome u ljudima ipak postoji.“

S druge strane, stručnjak 15 smatra da su empatični i dobronamjerni prema psihijatrijskim bolesnicima oni koji su prošli neko osobno iskustvo s osobama koje su imale određene psihičke smetnje, dok oni koji nemaju to iskustvo možda ipak nude socijalno poželjne odgovore. Dimenzija *dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima* također se može gledati i kroz teorije etiketiranja i stigme što bi značilo da su empatični i dobronamjerni oni pojedinci koji su možda imali pozitivno prošlo iskustvo sa psihijatrijskim bolesnicima, društvene interakcije s istima te imaju viši stupanj obrazovanja i / ili su obrazovani u tom području. Stručnjak 13 smatra da je hrvatsko društvo dobronamjerno i želi pomagati psihijatrijskim bolesnicima te da je situacija bolja nego što je bila:

„To je posljedica naših svih otvorenih vrata, svih psihijatrijskih službi i svih pokušaja da se to nekako poboljša.“ Kao što navodi i Štrkalj-Ivezić (2016), *trebamo biti svjesni da svi možemo psihički oboljeti. Takva osviještenost bi nas mogla osloboditi od predrasuda te potaknuti na empatiju, želju za pomaganjem i dobronamjernosti prema psihijatrijskim bolesnicima. Također, pojedini stručnjaci smatraju da dobronamjernost okoline prema psihijatrijskim bolesnicima potiče i otvorenost za promjene što rezultira efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici, pa tako stručnjak 1 govori kako bi*

takva dobronamjernost bila dobra za psihijatrijske bolesnike, ali i za one koji se tako ponašaju jer „razvijati empatiju, kulturu pomaganja i razvijati kulturu volontiranja, pa i u okviru psihijatrijskog sustava i pogotovo psihijatrije u zajednici, zaista bi bila velika stvar.“

Nadalje, i istraživanja su pokazala da dolazi do promjena jer su pojedini poslodavci pokazali kako su spremni zapošljavati psihijatrijske bolesnike (Štrkalj-Ivezić, 2016: 12). Isto tako, stručnjaci naglašavaju važnost nekog oblika iskustva sa psihijatrijskim bolesnicima, što prema njima uvelike pomaže poticanju spomenutih vrijednosti poput otvorenosti za promjene i vlastitog odricanja. Dakle, i uz temu autoritarnosti, ali i dobronamjernosti oni spominju važnost vrijednosti *otvorenost za promjene i vlastito odricanje* koje su se pokazale i u anketnom istraživanju. Isto se odnosi i na vrijednost *zadržavanje tradicionalnih odnosa*, koju spominju i stručnjaci i u kontekstu autoritarnosti prema psihijatrijskim bolesnicima, ali i u kontekstu dobronamjernosti prema njima. Naime, prema stručnjacima se tradicionalni odnosi po pitanju autoritarnosti spominju više u negativnom kontekstu jer smatraju da su hrvatski građani zbog i dalje prisutnog tradicionalizma autoritarni prema psihijatrijskim bolesnicima, dok se po pitanju dobronamjernosti spominju više u pozitivnom kontekstu jer smatraju da su hrvatski građani isto tako zbog tradicionalizma dobronamjerni prema psihijatrijskim bolesnicima.

7.5. Povezanost dimenzije „društvena restriktivnost“ s vrijednostima „otvorenost za promjene“, „vlastito odricanje“, „zadržavanje tradicionalnih odnosa“ i „vlastiti probitak“

Tablica 24. Sažetak modela

Model	R	R kvadrat	Prilagođeni R kvadrat	Standardna pogreška procjene
1	0,409 ^a	0,168	0,162	5,71157

a. Prediktori: (konstanta), Vlastiti probitak, Vlastito odricanje, Zadržavanje tradicionalnih odnosa, Otvorenost za promjene

Pogledaju li se podaci u tablici 24 može se uočiti kako koeficijent determinacije iznosi 0,168, što znači da je regresijskim modelom objašnjeno 0,168 ili 16,8% sume kvadrata ukupnih odstupanja zavisne varijable, a to je zadovoljavajuća protumačenost.

Tablica 25. ANOVA^a

Model		Zbroj kvadrata	Stupnjevi slobode	Aritmetička sredina kvadrata	F	Značajnost
1	Regresija	3909,825	4	977,456	29,963	0,000 ^b
	Rezidual	19410,094	595	32,622		
	Ukupno	23319,918	599			

a. Zavisna varijabla: Društvena restriktivnost prema psihijatrijskim bolesnicima

b. Prediktori: (konstanta), Vlastiti probitak, Vlastito odricanje, Zadržavanje tradicionalnih odnosa, Otvorenost za promjene

U tablici 25 prikazana je značajnost regresije putem ANOVA testa, a pogleda li se razina signifikantnosti prikazana za regresijski model može se uočiti kako je puno manja od 5% ($p < 0,05$), što znači da je promatrani regresijski model statistički značajan.

Tablica 26. Koeficijenti^a

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Značajnost
		B	Standardna pogreška	Beta		
1	(Konstanta)	31,291	1,867		16,763	0,000
	Otvorenost za promjene	0,593	0,441	0,062	1,346	0,179
	Vlastito odricanje	-4,471	0,445	-0,436	-10,047	0,000
	Zadržavanje tradicionalnih odnosa	2,246	0,376	0,248	5,973	0,000
	Vlastiti probitak	-0,215	0,357	-0,027	-0,602	0,547

a. Zavisna varijabla: Društvena restriktivnost prema psihijatrijskim bolesnicima

Iz navedenog modela može se uočiti kako višu vrijednost za društvenu restriktivnost prema psihijatrijskim bolesnicima imaju osobe koje u manjoj mjeri vrednuju vlastito odricanje ($\beta = -4,471$, $p < 0,05$) i u većoj mjeri vrednuju zadržavanje tradicionalnih odnosa ($\beta = 2,246$, $p < 0,05$).

Pojedini stručnjaci smatraju da je društvena restriktivnost prema psihijatrijskim bolesnicima prisutna u hrvatskom društvu:

„Kad se nama otvarao ovaj odjel za forenzičku psihijatriju, onda su svi stanari okolnih zgrada pisali peticije da oni ne žele da tu budu ljudi koji su počinitelji teških kaznenih djela i da budu u njihovom susjedstvu. Iako su potpuno zatvoreni, ali nisu to htjeli“ (Stručnjak 9).

I stručnjak 1 također smatra kako je prisutna društvena restriktivnost prema psihijatrijskim bolesnicima:

„Sigurno je da postoji neka vrsta, zbog stigmatizacije, otpora promjeni sustava jer psihijatrijske bolnice su između ostalog i nastale zato što su imale ulogu izolacije psihijatrijskih pacijenata.“

No, smatra da bi se društvena restriktivnost mogla smanjiti s dobrim antistigma kampanjama, senzibilizacijom javnosti te kvalitetnim rezultatima koncepta psihijatrije u zajednici. Na taj bi način, prema stručnjaku 1, opća populacija shvatila koliko je taj model prihvatljiviji za njih kao pojedince, za njihove bližnje kojima je možda dijagnosticirana neka psihička bolest, a na kraju i za društvo u cjelini. S druge strane, stručnjak 3 smatra da je za društvenu restriktivnost psihijatrijskih bolesnika u hrvatskom društvu kriv sustav:

„Možemo mi govoriti koliko god hoćemo da smo izvrsni, divni, krasni, ali ako ima jako puno ljudi koji ne prihvaćaju psihijatrijsku zaštitu, ja mislim da stručnjaci u području mentalnog zdravlja nisu dobro odradili posao jer su iskustva recimo loša, a znate da se loša iskustva brže šire nego dobra iskustva.“

Stručnjak 18 smatra da je u hrvatskom društvu prisutna društvena restriktivnost prema psihijatrijskim bolesnicima, pa i stigma zbog nasljeđa odnosno zadržavanja tradicionalnih odnosa:

„Prvo je to naše tradicionalno nasljeđe, od čega se mi jako teško odmičemo, a u ovom kontekstu, što mi sami kao struka, a što okolina i pacijenti. To znači da bi puno njih odmah u bolnicu jer smatraju da je u bolnici sigurnost. Znači i mi sami koji smo tako navikli, tako imamo taj jedan stari način razmišljanja i jako teško se od toga odmičemo.“

Navedeno bi se moglo objasniti i teorijom etiketiranja zato što društvena restriktivnost proizlazi iz stigmatizacije prema psihijatrijskim bolesnicima što onda dovodi do restriktivnih mjera koje ograničavaju njihovu slobodu. Također, prema funkcionalističkoj perspektivi, pojedine institucije društva poput obrazovnog sustava, medija, pravosuđa i sl. imaju mogućnost povećanja ili smanjenja društvene restriktivnosti, dok su prema konfliktnoj

perspektivi restrikcije rezultat sukoba moći, kontrole i interesa na višim razinama. Osim zadržavanja tradicionalnih odnosa, stručnjaci su kao uzrok društvene restriktivnosti u hrvatskom društvu spominjali i problem vlastitog odricanja, što su primijetili prilikom suradnje s obiteljima svojih pacijenata. Prema tome, stručnjak 8 je primijetio da neke obitelji odnosno pojedinci unutar tih obitelji ignoriraju psihičku bolest svojeg člana jer ne žele narušiti mir svoje obitelji i ne žele se odreći svoje stabilnosti, dok su članovi nekih drugih obitelji pak spremni žrtvovati svoju stabilnost, mir i sigurnost kako bi pomogli osobi sa psihičkom bolesti:

„Naš sustav liječenja psihičkih bolesnika je da obitelji obavezno sudjeluju u liječenju svojih članova obitelji. Mi jako negujemo taj obiteljski pristup liječenju. Kao prvo, u liječenju svakog našeg pacijenta obavezno uključimo i psihologa i socijalnog radnika te je pristup svakom našem pacijentu zapravo interdisciplinaran i timski. Drugo, imamo taj obiteljski pristup kod svake dijagnoze i kod svakog pacijenta. I treće, često pacijenti dolaze na liječenje u pratnji članova obitelji ili građana, susjeda, prijatelja koji vide da s njim nešto nije u redu.“

Naravno, važno je spomenuti kako na mišljenje okoline i stav prema psihijatrijskim bolesnicima uvelike utječe i vrsta bolesti odnosno dijagnoza. Tako prema već spomenutim rezultatima istraživanja *European Values Study* (EVS) ispada da hrvatski građani ne bi htjeli imati za susjede narkomane i alkoholičare, a istraživanje društvenih stavova o osobama sa psihičkim poremećajima također je pokazalo stigmatiziranost svih oboljelih od psihičkog poremećaja bez obzira o kojoj se dijagnozi radi (Crisp i sur., 2000, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 11) te, naposljetku, prisutnost stigmatizacije najviše kod ovisnika o drogama, alkoholu i oboljelih od shizofrenije (Corrigan i Penn, 1999, prema Štrkalj-Ivezić, 2016: 11). Unatoč tome što stručnjaci smatraju da je društvena restriktivnost prisutna u hrvatskom društvu, ipak naglašavaju i pokazatelje njenog smanjivanja poput pada godišnje iskorištenosti psihijatrijskih bolničkih kapaciteta (HZJZ, 2018a) te korištenja raznih alternativnih načina u liječenju psihijatrijskih bolesnika poput telepsihijatrije čija je popularnost narasla uslijed pojave bolesti COVID-19 (Klinika za psihijatriju *Vrapče*, 2020), zatim klubova osnovanih za liječenje raznih ovisnosti i sl. te dnevnih bolnica. Ovo su načini na koje psihijatrijski bolesnici ne moraju nužno biti zbrinuti u bolnici već su i dalje u svojoj zajednici, a psihijatrijske usluge koriste prema dogovoru i potrebama. Dakle, stručnjaci uz društvenu restriktivnost spominju vlastito odricanje kao način smanjivanja iste te zadržavanje tradicionalnih odnosa u istom kontekstu kao i za autoritarnost.

7.6. Povezanost dimenzije „stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici“ s vrijednostima „otvorenost za promjene“, „vlastito odricanje“, „zadržavanje tradicionalnih odnosa“ i „vlastiti probitak“

Tablica 27. Sažetak modela

Model	R	R kvadrat	Prilagođeni R kvadrat	Standardna pogreška procjene
1	0,450 ^a	0,202	0,197	5,24583

a. Prediktori: (konstanta), Vlastiti probitak, Vlastito odricanje, Zadržavanje tradicionalnih odnosa, Otvorenost za promjene

Pogledaju li se podaci u tablici 27 može se uočiti kako koeficijent determinacije iznosi 0,202, što znači da je regresijskim modelom objašnjeno 0,202 ili 20,2% sume kvadrata ukupnih odstupanja zavisne varijable, a to je zadovoljavajuća protumačenost.

Tablica 28. ANOVA^a

Model		Zbroj kvadrata	Stupnjevi slobode	Aritmetička sredina kvadrata	F	Značajnost
1	Regresija	4150,864	4	1037,716	37,709	0,000 ^b
	Rezidual	16373,655	595	27,519		
	Ukupno	20524,518	599			

a. Zavisna varijabla: Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici

b. Prediktori: (konstanta), Vlastiti probitak, Vlastito odricanje, Zadržavanje tradicionalnih odnosa, Otvorenost za promjene

U tablici 28 prikazana je značajnost regresije putem ANOVA testa, pogleda li se razina signifikantnosti prikazana za regresijski model može se uočiti kako je puno manja od 5% ($p < 0,05$), što znači da je promatrani regresijski model statistički značajan.

Tablica 29. Koeficijenti^a

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Značajnost
		B	Std. Error	Beta		
1	(Konstanta)	31,099	1,714		18,139	0,000
	Otvorenost za promjene	0,681	0,405	0,076	1,683	0,093
	Vlastito odricanje	-4,536	0,409	-0,472	-11,097	0,000
	Zadržavanje tradicionalnih odnosa	1,965	0,345	0,231	5,691	0,000
	Vlastiti probitak	0,529	0,328	0,070	1,615	0,107

a. Zavisna varijabla: Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici

Iz navedenog modela može se uočiti kako višu vrijednost za *stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* imaju osobe koje u manjoj mjeri vrednuju *vlastito odricanje* ($\beta=-4,536$, $p<0,05$) i u većoj mjeri vrednuju *zadržavanje tradicionalnih odnosa* ($\beta=1,965$, $p<0,05$).

Stručnjak 10 je komentirao kako u hrvatskom društvu i dalje postoji stigma prema psihijatrijskim bolesnicima, međutim smatra da se ona polako briše te da

„biti psihijatrijski bolesnik u Hrvatskoj i biti psihijatrijski liječen nije više tolika fama, nije više toliki bum kao što je bilo prije“.

Na tom tragu je i stručnjak 7 koji smatra kako bi okolini odnosno obitelji psihijatrijskih bolesnika koncept psihijatrije u zajednici uvelike olakšao skrb i brigu oko njih:

„Koliko god sami psihijatrijski bolesnik pati, pati i obitelj dosta. To su uvijek neka kronična stanja koja iscrpljuju i familiju i mislim da bi im takva vrsta skrbi bila veliko olakšanje, ne znam zašto bi se protivili.“

Nadalje, stručnjak 2 na temelju vlastitog iskustva opisuje događaj zbog kojeg je zaključio kako su ljudi u manjim sredinama više spremni pomoći i razumjeti problematiku psihičkih bolesti. Prema njegovom mišljenju, to je u odnosu s time što ljudi u manjim sredinama i dalje drže do tradicionalnih vrijednosti koje, između ostalog, uključuju brigu za drugoga, pomaganje, stavljanje potreba bližnjih ispred vlastitih:

„Recimo u ruralnim sredinama ljudi možda i nisu toliko upoznati sa psihijatrijskim stanjima i poremećajima, ali to ne predstavlja prepreku ako je obiteljska zajednica složna i funkcionalna, ako su tu

jedni za druge. Znam za slučaj gdje je u manjoj sredini osoba doživjela psihotični napad zbog kojega je uništavao imovinu i auto od susjeda, ali nitko ga nije osuđivao kad se to desilo od strane njegove obiteljske zajednice i susjeda zato što su ga znali kao dobrog čovjeka. Bilo im je čudno to što se desilo i bili su zabrinuti, no pomagali su mu i informirali se kod stručnjaka kako bi saznali što se događa. Dakle, to što se dogodilo nije bila prepreka da oni njega i dalje vole i da su mu i dalje podrška. Njihov stav je bio da je on dobra osoba, a sve što se toj dobroj osobi dogodi je nesreća, mi smo i dalje s njim u dobru i u zlu.“

Ovo je primjer slučaja gdje psihijatrijski bolesnik nije bio etiketiran i stigmatiziran od strane obitelji i okoline jer su smatrali da ga poznaju kao osobu te da je isključivo bolest zaslužna za njegovo ponašanje. Takvim su mu odnosom odmah olakšali liječenje. Također, u ovom je kontekstu važno spomenuti i primjer provođenja koncepta psihijatrije u zajednici u Varaždinu kada su stručnjaci u liječenje pacijenata počeli uključivati obitelji te se bolnica, slijedom toga, otvorila prema zajednici (Brajša, 2016). I po pitanju stava o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici, stručnjaci spominju važnost vrijednosti *vlastito odricanje te zadržavanje tradicionalnih odnosa* čime se zapravo potvrđuje i njihovo podijeljeno mišljenje o tome koje su točno karakteristike osoba koje bi prihvaćale koncept psihijatrije u zajednici. To su s jedne strane stariji, oni iz ruralnih sredina te oni slabijeg obrazovanja, što povezuju s tradicionalizmom, a s druge su to visokoobrazovani, mlađi te oni iz većih sredina što povezuju s vlastitim odricanjem tih osoba. Institucije u tom pogledu također imaju veliku ulogu jer na primjer prema funkcionalističkoj perspektivi pojedine institucije poput zdravstvenog i socijalnog sustava mogu podržavati, ili s druge strane, ograničavati rehabilitaciju psihijatrijskih bolesnika.

7.7. Djelovanje informiranosti građana RH o psihijatrijskom sustavu / tipovima liječenja na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici i oblici aktivnosti koji bi se provodili u svrhu informiranja

U sljedećim će tablicama biti prikazani rezultati testiranja razlika u informiranosti građana RH o psihijatrijskom sustavu / tipovima liječenja, s obzirom na 8 promatranih faktora: autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, dobronamjernost, društvena restriktivnost, stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici, otvorenost za promjene, vlastito odricanje, zadržavanje tradicionalnih odnosa i vlastiti probitak. Testiranje je provedeno putem Kruskal-Wallis testa zbog nejednakih skupina odnosno odstupanja između varijabli.

Tablica 30. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na pitanje *Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?*

	Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Izrazito dobro	20	189,58
	Vrlo dobro	83	262,11
	Niti dobro niti loše	293	312,90
	Vrlo loše	152	296,87
	Izrazito loše	52	345,14
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Izrazito dobro	20	194,18
	Vrlo dobro	83	248,25
	Niti dobro niti loše	293	312,22
	Vrlo loše	152	314,44
	Izrazito loše	52	317,98
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Izrazito dobro	20	141,80
	Vrlo dobro	83	230,90
	Niti dobro niti loše	293	308,48
	Vrlo loše	152	319,38
	Izrazito loše	52	372,45
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Izrazito dobro	20	213,28
	Vrlo dobro	83	235,58
	Niti dobro niti loše	293	305,76
	Vrlo loše	152	311,44
	Izrazito loše	52	376,06
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Izrazito dobro	20	315,45
	Vrlo dobro	83	334,09
	Niti dobro niti loše	293	291,62
	Vrlo loše	152	292,00
	Izrazito loše	52	316,00
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Izrazito dobro	20	308,70
	Vrlo dobro	83	348,96
	Niti dobro niti loše	293	284,56

	Vrlo loše	152	310,37
	Izrazito loše	52	280,96
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Izrazito dobro	20	361,75
	Vrlo dobro	83	299,43
	Niti dobro niti loše	293	300,07
	Vrlo loše	152	287,84
	Izrazito loše	52	318,09
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Izrazito dobro	20	341,10
	Vrlo dobro	83	292,90
	Niti dobro niti loše	293	285,72
	Vrlo loše	152	312,22
	Izrazito loše	52	346,03
	Ukupno	600	

Tablica 31. Testna statistika – Značajnost Kruskal-Wallis testa s obzirom na pitanje *Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?*

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	17,331	4	0,002
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	17,978	4	0,001
Društvena restriktivnost	41,624	4	0,000
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	27,535	4	0,000
Otvorenost za promjene	4,843	4	0,304
Vlastito odricanje	10,281	4	0,036
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	3,872	4	0,424
Vlastiti probitak	7,752	4	0,101

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za dimenzije *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima, društvena restriktivnost, stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* te vrijednost *vlastito odricanje* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$, dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na pitanje *Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?*

Tablica 32. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na pitanje *Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?*

	Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	53	211,24
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	107	281,77
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	175	325,53
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	265	309,38
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	53	220,39
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	107	269,55
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	175	311,03
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	265	322,06
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	53	169,75

	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	107	280,89
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	175	306,93
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	265	330,32
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	53	202,33
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	107	291,48
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	175	295,11
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	265	327,34
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	53	358,84
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	107	319,94
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	175	287,96
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	265	289,26
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	53	317,22
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	107	319,19
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	175	287,69
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	265	298,07
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	53	291,39

	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	107	306,44
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	175	312,33
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	265	292,11
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	53	305,15
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	107	312,28
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	175	292,81
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	265	299,90
	Ukupno	600	

Tablica 33. Testna statistika – Značajnost Kruskal-Wallis testa s obzirom na pitanje *Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?*

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	19,712	3	0,000
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	19,545	3	0,000
Društvena restriktivnost	39,699	3	0,000
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	23,873	3	0,000
Otvorenost za promjene	9,433	3	0,024
Vlastito odricanje	2,778	3	0,427
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	1,717	3	0,633
Vlastiti probitak	0,890	3	0,828

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici
(liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka
liječenja od strane mobilnih timova)

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za dimenzije *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima, društvena restriktivnost, stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* te vrijednosti *otvorenost za promjene* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$, dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na pitanje *Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?*.

Tablica 34. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na pitanje *Jeste li upoznati sa značenjem termina „mentalnozdravstvena pismenost“?*

	Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost?</i>	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	70	187,82
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	120	300,85
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	185	323,51
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	225	316,45
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	70	192,76
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	120	298,43
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	185	325,13
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	225	314,87
	Ukupno	600	

Društvena restriktivnost	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam tačno na što se odnosi	70	165,51
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se tačno odnosi	120	299,87
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	185	317,59
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	225	328,78
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam tačno na što se odnosi	70	191,67
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se tačno odnosi	120	295,91
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	185	306,26
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	225	332,07
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam tačno na što se odnosi	70	371,86
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se tačno odnosi	120	310,49
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	185	261,55
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	225	305,00
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam tačno na što se odnosi	70	376,96
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se tačno odnosi	120	301,64
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	185	272,92
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	225	298,78
	Ukupno	600	

Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	70	301,29
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	120	308,24
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	185	296,75
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	225	299,20
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	70	296,79
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	120	297,13
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	185	283,23
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	225	317,66
	Ukupno	600	

Tablica 35. Testna statistika – Značajnost Kruskal-Wallis testa s obzirom na pitanje *Jeste li upoznati sa značenjem termina „mentalnozdravstvena pismenost“?*

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	34,854	3	0,000
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	32,453	3	0,000
Društvena restriktivnost	50,351	3	0,000
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	35,435	3	0,000
Otvorenost za promjene	21,882	3	0,000
Vlastito odricanje	18,547	3	0,000
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	,342	3	0,952
Vlastiti probitak	4,163	3	0,244

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Jeste li upoznati sa značenjem termina *mentalnozdravstvena pismenost*?

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za dimenzije *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima, društvena restriktivnost, stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* te vrijednosti *otvorenost za promjene i vlastito odricanje* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$, dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na pitanje *Jeste li upoznati sa značenjem termina mentalnozdravstvena pismenost?*.

Stručnjak 5 navodi kako psihijatrijski djelatnici stalno rade na informiranosti građana o tome gdje i kome bi se trebali obratiti ukoliko osjete potrebu, na koji način djelovati ukoliko oboli član obitelji i sl., međutim, smatra da uvijek postoje neki nedostaci te predlaže kako bi se daljnje edukacije mogle provoditi i putem društvenih mreža, u obiteljskim ambulantomama bi mogle biti izložene upute po pitanju psihijatrijskog liječenja, obiteljski liječnici bi se mogli uključiti i informirati svoje pacijente o tome što im je sve dostupno te bi se trebali uvesti teme o psihičkom zdravlju u škole. S druge strane, stručnjak 8 smatra kako su hrvatski građani dovoljno informirani o psihijatrijskom sustavu i tipovima liječenja te da po tom pitanju nije potrebno provoditi neke daljnje aktivnosti:

„Mislim da su naši kapaciteti stalno puni i prepuni te se zato ne trebamo reklamirati.“ Stručnjak 20 pak smatra da je najveći problem vezan uz koncept psihijatrije u zajednici to što ljudi nisu dovoljno informirani općenito o psihijatrijskom sustavu, no smatra da je to zbog toga što je struka takva da je psihijatrija još uvijek pomalo *„van svega toga. Profesor Hudolin je imao užasan problem kada je skinuo rešetke s prozora u općoj bolnici, to je danas Vinogradska. No, danas je na primjer na Rebru psihijatrija u podrumu, dobro u Vinogradskoj je bila jedan poseban paviljon, ali isto na vrhu onoga brijega, u Dubravi uopće nemam pojma postoji li neka psihijatrija. Vrapče i Jankomir, kad su se osnivali, uopće nisu imali veze s gradom.“*

Stručnjak 19 također smatra kako bi se aktivnosti informiranja trebale provoditi preko liječnika opće prakse, kroz medijske kampanje i sl., s čime se slaže i stručnjak 16. Stručnjak 14 smatra kako pojedini ljudi ne znaju razliku između psihijatra i psihologa, pa onda shodno tome ni kome se obratiti u kojoj situaciji. Zato smatra da je potrebno detektirati ciljanu populaciju:

„Ako se cilja mlađa populacija onda je jasno da su kanali informiranja društvene mreže i razne aplikacije, Facebook, Instagram, Tik Tok. Za nekakvu srednju generaciju, stariju generaciju bi bili televizija i radio, letci koji bi se stavili u određene kvartove.“

Većina stručnjaka je kao načine informiranja navela medije, za koje se smatra da u kontekstu ove teme objavljuju uglavnom vijesti koje su negativne i senzacionalističke te koriste pojedine metafore, poput npr. *luđak*, koje stvaraju i potiču stigmatu (Sartorius i Schultze, 2005, prema Škugor i Sindik, 2017: 274). Kao što navodi i Štrkalj-Ivezić (2016), s medijima je potrebno surađivati kako takve teme ne bi bile prikazivane senzacionalistički te kako bi se potaknula edukacija putem medija s ciljem smanjenja stereotipa i stigme prema psihijatrijskim bolesnicima, a naposljetku i prema konceptu psihijatrije u zajednici. Primjer dobre suradnje s medijima nalazimo tijekom provođenja koncepta psihijatrije u zajednici u Varaždinu kada su bila organizirana razna predavanja i priredbe te vođenje radio emisije s ciljem smanjenja stigme i približavanja takvog koncepta građanima (Brajša, 2016). Stručnjaci također smatraju da informiranost građana o psihijatrijskom sustavu / tipovima liječenja oblikuje njihove stavove i mišljenja o psihijatrijskim bolesnicima te da je međusobno ovisna sa postavkama vrijednosti. To potvrđuju i teorije etiketiranja i stigme. Naime, kao što je u radu već ranije spomenuto, prema navedenim teorijama nedostatak informiranosti o psihičkim bolestima te nedostatak mentalnozdravstvene pismenosti dovodi do jačanja predrasuda i stigme prema psihijatrijskim bolesnicima. Dakle, što su pojedinci više informirani o takvim temama, to je i veća mogućnost da će prihvatiti koncept psihijatrije u zajednici.

7.8. Djelovanje vlastitih iskustava vezanih uz psihičke bolesti na prihvat koncepta psihijatrije u zajednici

U sljedećim će tablicama biti prikazani rezultati testiranja razlika u stavovima i mišljenjima o psihijatrijskim bolesnicima kod onih građana RH koji su imali neko osobno iskustvo vezano uz psihičke bolesti i onih koji nisu, s obzirom na 8 promatranih faktora: autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, dobronamjernost, društvena restriktivnost, stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici, otvorenost za promjene, vlastito odricanje, zadržavanje tradicionalnih odnosa i vlastiti probitak. Testiranje je provedeno putem Kruskal-Wallis testa zbog nejednakih skupina odnosno odstupanja između varijabli.

Tablica 36. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na pitanje *Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?*

	Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Da	428	273,80
	Ne	170	366,10
	Ne želim odgovoriti	2	438,50
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Da	428	267,16
	Ne	170	382,10
	Ne želim odgovoriti	2	499,75
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Da	428	269,91
	Ne	170	376,52
	Ne želim odgovoriti	2	385,50
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Da	428	270,31
	Ne	170	375,68
	Ne želim odgovoriti	2	370,75
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Da	428	301,26
	Ne	170	298,72
	Ne želim odgovoriti	2	288,75
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Da	428	305,04
	Ne	170	291,73
	Ne želim odgovoriti	2	74,25
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Da	428	288,04
	Ne	170	332,67
	Ne želim odgovoriti	2	231,50
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Da	428	288,07
	Ne	170	333,04
	Ne želim odgovoriti	2	193,50
	Ukupno	600	

Tablica 37. Testna statistika – Značajnost Kruskal-Wallis testa za pitanje *Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?*

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	35,880	2	0,000
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	56,341	2	0,000
Društvena restriktivnost	46,614	2	0,000
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	45,404	2	0,000
Otvorenost za promjene	,036	2	0,982
Vlastito odricanje	4,184	2	0,123
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	8,432	2	0,015
Vlastiti probitak	9,050	2	0,011

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za dimenzije *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima, društvena restriktivnost i stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* te vrijednosti *zadržavanje tradicionalnih odnosa i vlastiti probitak* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$, dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na pitanje *Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?*.

Tablica 38. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na pitanje *Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?*

	Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Da	309	260,84
	Ne	285	342,86

	Ne želim odgovoriti	6	330,83
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Da	309	259,42
	Ne	285	348,01
	Ne želim odgovoriti	6	159,17
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Da	309	258,62
	Ne	285	345,03
	Ne želim odgovoriti	6	342,08
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Da	309	271,70
	Ne	285	330,47
	Ne želim odgovoriti	6	360,00
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Da	309	295,08
	Ne	285	304,60
	Ne želim odgovoriti	6	384,75
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Da	309	310,05
	Ne	285	289,48
	Ne želim odgovoriti	6	332,17
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Da	309	288,34
	Ne	285	313,90
	Ne želim odgovoriti	6	290,17
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Da	309	286,11
	Ne	285	315,68
	Ne želim odgovoriti	6	320,50
	Ukupno	600	

Tablica 39. Testna statistika – Značajnost Kruskal-Wallis testa za pitanje *Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?*

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	33,480	2	0,000
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	42,898	2	0,000

Društvena restriktivnost	37,270	2	0,000
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	17,806	2	0,000
Otvorenost za promjene	1,890	2	0,389
Vlastito odricanje	2,318	2	0,314
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	3,262	2	0,196
Vlastiti probitak (Self-Enhancement)	4,440	2	0,109

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za dimenzije *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima, društvena restriktivnost i stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$, dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na pitanje *Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?*.

Tablica 40. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na pitanje *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?*

	Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Da	159	236,51
	Ne	436	325,18
	Ne želim odgovoriti	5	183,00
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Da	159	246,13
	Ne	436	320,54
	Ne želim odgovoriti	5	281,90
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Da	159	236,91
	Ne	436	323,95
	Ne želim odgovoriti	5	278,10

	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Da	159	238,42
	Ne	436	323,35
	Ne želim odgovoriti	5	282,20
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Da	159	304,21
	Ne	436	298,62
	Ne želim odgovoriti	5	346,40
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Da	159	335,38
	Ne	436	287,93
	Ne želim odgovoriti	5	287,20
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Da	159	278,85
	Ne	436	307,39
	Ne želim odgovoriti	5	387,90
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Da	159	289,54
	Ne	436	303,35
	Ne želim odgovoriti	5	400,40
	Ukupno	600	

Tablica 41. Testna statistika - Značajnost Kruskal-Wallis testa za pitanje *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?*

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	32,913	2	0,000
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	21,600	2	0,000
Društvena restriktivnost	29,523	2	0,000
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	28,095	2	0,000
Otvorenost za promjene	,477	2	0,788
Vlastito odricanje	8,861	2	0,012
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	4,467	2	0,107
Vlastiti probitak	2,441	2	0,295

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za dimenzije *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima, društvena restriktivnost i stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* te vrijednost *vlastito odricanje* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$, dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na pitanje *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?*.

Tablica 42. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na pitanje *Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?*

	Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Da	38	233,33
	Ne	558	304,63
	Ne želim odgovoriti	3	283,00
	Ukupno	599	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Da	38	231,76
	Ne	558	304,59
	Ne želim odgovoriti	3	309,83
	Ukupno	599	
Društvena restriktivnost	Da	38	188,53
	Ne	558	307,04
	Ne želim odgovoriti	3	402,33
	Ukupno	599	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Da	38	208,24
	Ne	558	305,85
	Ne želim odgovoriti	3	373,50
	Ukupno	599	
Otvorenost za promjene	Da	38	307,51
	Ne	558	298,99
	Ne želim odgovoriti	3	391,83
	Ukupno	599	
Vlastito odricanje	Da	38	312,26
	Ne	558	299,48
	Ne želim odgovoriti	3	241,50

	Ukupno	599	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Da	38	282,67
	Ne	558	300,55
	Ne želim odgovoriti	3	416,83
	Ukupno	599	
Vlastiti probitak	Da	38	296,61
	Ne	558	299,33
	Ne želim odgovoriti	3	467,50
	Ukupno	599	

Tablica 43. Testna statistika – Značajnost Kruskal-Wallis testa za pitanje *Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?*

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	6,088	2	0,048
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	6,333	2	0,042
Društvena restriktivnost	17,781	2	0,000
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	11,896	2	0,003
Otvorenost za promjene	,941	2	0,625
Vlastito odricanje	,545	2	0,761
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	1,764	2	0,414
Vlastiti probitak	2,864	2	0,239

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za dimenzije *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima, društvena restriktivnost i stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$, dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na pitanje *Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?*

Isto kao što, prema teoriji etiketiranja i stigmatizacije, vrijedi da su oni pojedinci koji su više informirani o psihijatrijskom sustavu otvoreniji prema konceptu psihijatrije u zajednici, tako

prema istim teorijama vrijedi i za djelovanje vlastitih iskustava vezanih uz psihičke bolesti na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici. Naime, pojedinci koji su kroz život imali iskustvo sa psihijatrijskim bolesnicima – bilo kao članovi obitelji, prijatelji, članovi šire zajednice ili osobno iskustvo sa psihičkom bolesti, otvoreniji su za prihvata koncepta psihijatrije u zajednici.

Stručnjak 6 navodi kako su vlastita iskustva vezana uz psihičke bolesti vrlo važna za ishod liječenja.

„Ako je obitelj jako protiv liječenja zbog svojih razloga ili iskustava, onda se oboljeli član obitelji vrlo često ne želi liječiti. S druge strane, ako obitelj prihvaća liječenje i pomoć oboljelom članu, onda i taj oboljeli član ima veću šansu da se želi liječiti. To je što se tiče unutar same obitelji, a što se tiče prema vani, opet je slična situacija. Dakle, obitelj se vrlo često srami psihičke bolesti i to je u biti veliki problem. Ako se obitelj srami, onda oni skrivaju, ne žele niti da se njen član obitelji liječi, a onda shodno tome, vrlo su često protivnici psihijatrije i na vani. A ako je obitelj takva da ima pozitivan stav o tome, onda će napraviti tako da se njen član liječi i biti će skloniji tome. Također, ta obitelj ima osjećaj da je ona kriva za bolest oboljelog člana, no kada se riješi sram i krivnja, onda ta obitelj postaje saveznik, sklona je pomoći i drugim ljudima, otvoreno priča o tome.“

Navedeno pokazuju i istraživanja prema kojima osobe bez iskustva sa psihijatrijskim bolesnicima imaju negativnije stavove prema njima (Škugor i Sindik, 2017: 277). Stručnjak 12 napominje kako je problem i u tome što si pojedini pacijenti ne žele priznati da su bolesni: *„Naravno, kad ne smatraju da su bolesni, onda im automatski nije ni potrebno liječenje, iz njihove perspektive. I jasno da će takve osobe dobrim dijelom nositi neka negativna iskustva. Na koncu konca, vi kad dobijete prisilnu hospitalizaciju, mjesec liječenja gdje ste zatvoreni jer predstavljate opasnost za sebe i druge, to sigurno ne može biti jedno dobro iskustvo. I zato kažem da te mjere represije nisu dobre, ali nažalost su u pojedinim situacijama jedino što postoji. Ali zasigurno da one osobe koje dobrovoljno dolaze na liječenje, koje dolaze na vrijeme, koje imaju podršku obitelji, da će sigurno imati pozitivna iskustva i širiti ta pozitivna iskustva dalje.“*

Nadalje, stručnjak 4 smatra kako je previše toga prebačeno na obitelj koja, ukoliko se nađe u nekom na primjer financijskom ili sličnom problemu, počinje zbog toga biti sve manje prisutna. Osim toga, obitelji se žale i da nemaju sustavne pomoći od strane institucija:

„U počecima dok se bavi dijagnozom, ona početna pomoć je još izražena, ali poslije nekako često puta obitelji imaju osjećaj da se same nose sa svojim problemom i da ga amortiziraju.“

Prema stručnjacima, vlastita iskustva vezana uz psihičke bolesti ili psihijatrijske bolesnike pokazala su se važnom karakteristikom jer određuju stavove i mišljenja o psihijatrijskim bolesnicima, isto kao i informiranost građana.

7.9. Potencijalni utjecaj sociodemografskih karakteristika na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici u budućnosti

Nadalje će biti prikazani rezultati testiranja razlika između sociodemografskih karakteristika s obzirom na 8 promatranih faktora: autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, dobronamjernost, društvena restriktivnost, stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici, otvorenost za promjene, vlastito odricanje, zadržavanje tradicionalnih odnosa i vlastiti probitak. Za testiranje su odabrani neparametrijski testovi zbog nejednakih skupina odnosno odstupanja između varijabli. Testiranje je provedeno putem Mann-Whitney U testa, Wilcoxon W testa i Kruskal-Wallis testa.

Tablica 44. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na spol ispitanika

	Spol	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Muški spol	285	332,46	94752,50
	Ženski spol	315	271,58	85547,50
	Ukupno	600		
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Muški spol	285	346,15	98653,50
	Ženski spol	315	259,20	81646,50
	Ukupno	600		
Društvena restriktivnost	Muški spol	285	334,29	95274,00
	Ženski spol	315	269,92	85026,00
	Ukupno	600		
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Muški spol	285	330,66	94239,50
	Ženski spol	315	273,21	86060,50
	Ukupno	600		
Otvorenost za promjene	Muški spol	285	313,35	89306,00
	Ženski spol	315	288,87	90994,00
	Ukupno	600		
Vlastito odricanje	Muški spol	285	259,05	73829,00
	Ženski spol	315	338,00	106471,00
	Ukupno	600		
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Muški spol	285	292,56	83380,50
	Ženski spol	315	307,68	96919,50
	Ukupno	600		
Vlastiti probitak	Muški spol	285	315,85	90016,50
	Ženski spol	315	286,61	90283,50

	Ukupno	600		
--	--------	-----	--	--

Tablica 45. Testna statistika – Značajnost Mann-Whitney U i Wilcoxon W testa s obzirom na spol ispitanika

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asimptotična značajnost (2- tailed)
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	35777,500	85547,500	-4,303	0,000
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	31876,500	81646,500	-6,147	0,000
Društvena restriktivnost	35256,000	85026,000	-4,548	0,000
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	36290,500	86060,500	-4,060	0,000
Otvorenost za promjene	41224,000	90994,000	-1,733	0,083
Vlastito odricanje	33074,000	73829,000	-5,604	0,000
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	42625,500	83380,500	-1,070	0,285
Vlastiti probitak	40513,500	90283,500	-2,074	0,038

a. Varijabla grupiranja: Spol

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima*, *dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima*, *društvena restriktivnost*, *stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici*, *vlastito odricanje* i *vlastiti probitak* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,0$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na spol ispitanika.

Tablica 46. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na dob ispitanika

	Dob	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	18-29	112	289,71
	30-39	101	262,00
	40-49	103	276,52

	50-59	109	323,99
	60-69	81	314,85
	preko 70	94	341,39
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	18-29	112	283,20
	30-39	101	254,33
	40-49	103	282,75
	50-59	109	306,85
	60-69	81	330,80
	preko 70	94	356,69
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	18-29	112	261,71
	30-39	101	257,78
	40-49	103	267,89
	50-59	109	328,72
	60-69	81	336,30
	preko 70	94	364,79
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	18-29	112	305,69
	30-39	101	287,99
	40-49	103	277,30
	50-59	109	308,10
	60-69	81	286,57
	preko 70	94	336,38
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	18-29	112	361,96
	30-39	101	315,26
	40-49	103	317,74
	50-59	109	283,51
	60-69	81	270,09
	preko 70	94	238,43
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	18-29	112	328,13
	30-39	101	297,63
	40-49	103	302,62
	50-59	109	304,81
	60-69	81	296,08
	preko 70	94	267,15
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	18-29	112	317,71

	30-39	101	257,02
	40-49	103	278,83
	50-59	109	302,90
	60-69	81	335,19
	preko 70	94	317,77
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	18-29	112	385,09
	30-39	101	338,01
	40-49	103	286,32
	50-59	109	239,79
	60-69	81	283,26
	preko 70	94	260,20
	Ukupno	600	

Tablica 47. Testna statistika – Značajnost Kruskal-Wallis testa s obzirom na dob ispitanika

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	15,224	5	0,009
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	21,935	5	0,001
Društvena restriktivnost	34,738	5	0,000
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	7,251	5	0,203
Otvorenost za promjene	31,609	5	0,000
Vlastito odricanje	6,563	5	0,255
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	13,345	5	0,020
Vlastiti probitak	51,902	5	0,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Dob

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima*, *dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima*, *društvena restriktivnost*, *otvorenost za promjene*, *zadržavanje tradicionalnih odnosa*, *vlastiti probitak* može se uočiti kako p iznosi manje od 5%

($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima za s obzirom na dob ispitanika.

Tablica 48. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na regiju

	Regija	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Sjeverozapadna RH	232	299,17
	Jadranska RH	197	296,09
	Središnja i Istočna (Panonska) RH	171	307,39
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Sjeverozapadna RH	232	296,47
	Jadranska RH	197	298,68
	Središnja i Istočna (Panonska) RH	171	308,07
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Sjeverozapadna RH	232	286,13
	Jadranska RH	197	315,51
	Središnja i Istočna (Panonska) RH	171	302,70
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Sjeverozapadna RH	232	291,63
	Jadranska RH	197	309,42
	Središnja i Istočna (Panonska) RH	171	302,26
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Sjeverozapadna RH	232	290,82
	Jadranska RH	197	302,44
	Središnja i Istočna (Panonska) RH	171	311,39
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Sjeverozapadna RH	232	313,82
	Jadranska RH	197	288,87
	Središnja i Istočna (Panonska) RH	171	295,82
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Sjeverozapadna RH	232	313,22

	Jadranska RH	197	285,80
	Središnja i Istočna (Panonska) RH	171	300,18
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Sjeverozapadna RH	232	300,91
	Jadranska RH	197	304,41
	Središnja i Istočna (Panonska) RH	171	295,44
	Ukupno	600	

Tablica 49. Testna statistika - Značajnost Kruskal-Wallis testa s obzirom na regiju

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	,413	2	0,813
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	,475	2	0,789
Društvena restriktivnost	3,105	2	0,212
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	1,150	2	0,563
Otvorenost za promjene	1,432	2	0,489
Vlastito odricanje	2,408	2	0,300
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	2,681	2	0,262
Vlastiti probitak	,250	2	0,882

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijalba grupiranja: Regija

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za promatrane faktore može se uočiti kako p iznosi više od 5% ($p > 0,05$), dakle može se reći kako ne postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika s obzirom na promatrane regije.

Tablica 50. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na stupanj obrazovanja ispitanika

	Koji je Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja?	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Nezavršena OŠ	1	588,00
	OŠ	10	357,15
	SŠ	227	338,84
	VŠS	117	317,42
	VSS	223	256,01
	Doktorat	17	218,56
	Ne znam	1	56,00
	Ne želim odgovoriti	4	306,13
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Nezavršena OŠ	1	599,50
	OŠ	10	285,80
	SŠ	227	319,84
	VŠS	117	305,89
	VSS	223	285,17
	Doktorat	17	204,97
	Ne znam	1	267,50
	Ne želim odgovoriti	4	275,75
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Nezavršena OŠ	1	597,50
	OŠ	10	304,90
	SŠ	227	320,37
	VŠS	117	313,95
	VSS	223	278,66
	Doktorat	17	224,44
	Ne znam	1	320,00
	Ne želim odgovoriti	4	229,75
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Nezavršena OŠ	1	570,00
	OŠ	10	307,55
	SŠ	227	314,48
	VŠS	117	298,18
	VSS	223	292,82
	Doktorat	17	220,53

	Ne znam	1	278,50
	Ne želim odgovoriti	4	264,13
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Nezavršena OŠ	1	204,00
	OŠ	10	358,20
	SŠ	227	281,02
	VŠS	117	279,17
	VSS	223	323,21
	Doktorat	17	338,68
	Ne znam	1	506,00
	Ne želim odgovoriti	4	430,00
	Ukupno	600	
	Vlastito odricanje	Nezavršena OŠ	1
OŠ		10	369,70
SŠ		227	287,56
VŠS		117	312,14
VSS		223	300,18
Doktorat		17	368,88
Ne znam		1	334,50
Ne želim odgovoriti		4	307,88
Ukupno		600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa		Nezavršena OŠ	1
	OŠ	10	345,30
	SŠ	227	311,52
	VŠS	117	321,05
	VSS	223	279,47
	Doktorat	17	316,26
	Ne znam	1	153,00
	Ne želim odgovoriti	4	152,88
	Ukupno	600	
	Vlastiti probitak	Nezavršena OŠ	1
OŠ		10	256,05
SŠ		227	280,19
VŠS		117	283,38
VSS		223	328,56
Doktorat		17	307,76
Ne znam		1	445,50
Ne želim odgovoriti		4	416,00
Ukupno		600	

Tablica 51. Testna statistika – Značajnost Kruskal-Wallis testa s obzirom na stupanj obrazovanja ispitanika

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	36,640	7	0,000
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	13,055	7	0,071
Društvena restriktivnost	14,153	7	0,049
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	8,201	7	0,315
Otvorenost za promjene	14,431	7	0,044
Vlastito odricanje	8,605	7	0,282
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	11,604	7	0,114
Vlastiti probitak	13,569	7	0,059

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Koji je Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja

Nadalje, pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima*, *društvena restriktivnost*, *otvorenost za promjene* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika s obzirom na stupanj obrazovanja.

Tablica 52. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na bračni status ispitanika

	Koji je Vaš bračni status?	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Neoženjen/neudata	165	295,17
	Oženjen/udata	295	307,05
	U izvanbračnoj zajednici	53	242,36
	Razveden/a	43	293,38
	Udovac/ica	35	364,86
	Ne želim odgovoriti	9	309,67
	Ukupno	600	

Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Neoženjen/neudata	165	279,12
	Oženjen/udata	295	312,18
	U izvanbračnoj zajednici	53	277,21
	Razveden/a	43	308,12
	Udovac/ica	35	325,01
	Ne želim odgovoriti	9	315,06
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Neoženjen/neudata	165	278,30
	Oženjen/udata	295	316,12
	U izvanbračnoj zajednici	53	254,40
	Razveden/a	43	317,19
	Udovac/ica	35	335,54
	Ne želim odgovoriti	9	250,94
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Neoženjen/neudata	165	307,43
	Oženjen/udata	295	308,01
	U izvanbračnoj zajednici	53	246,92
	Razveden/a	43	275,43
	Udovac/ica	35	318,74
	Ne želim odgovoriti	9	291,61
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Neoženjen/neudata	165	347,43
	Oženjen/udata	295	278,49
	U izvanbračnoj zajednici	53	348,47
	Razveden/a	43	254,78
	Udovac/ica	35	234,87
	Ne želim odgovoriti	9	352,78
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Neoženjen/neudata	165	313,06
	Oženjen/udata	295	290,19
	U izvanbračnoj zajednici	53	311,06
	Razveden/a	43	274,74
	Udovac/ica	35	351,01
	Ne želim odgovoriti	9	272,44
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Neoženjen/neudata	165	317,50
	Oženjen/udata	295	309,40
	U izvanbračnoj zajednici	53	223,61
	Razveden/a	43	241,99
	Udovac/ica	35	350,39

	Ne želim odgovoriti	9	235,44
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Neoženjen/neudata	165	370,42
	Oženjen/udata	295	275,21
	U izvanbračnoj zajednici	53	287,69
	Razveden/a	43	265,15
	Udovac/ica	35	233,49
	Ne želim odgovoriti	9	352,78
	Ukupno	600	

Tablica 53. Testna statistika - Značajnost Kruskal-Wallis testa s obzirom na bračni status ispitanika

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	11,498	5	0,042
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	5,672	5	0,339
Društvena restriktivnost	11,443	5	0,043
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	7,210	5	0,205
Otvorenost za promjene	29,912	5	0,000
Vlastito odricanje	6,337	5	0,275
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	21,987	5	0,001
Vlastiti probitak	41,700	5	0,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Koji je Vaš bračni status?

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima*, *društvena restriktivnost*, *otvorenost za promjene*, *zadržavanje tradicionalnih odnosa* i *vlastiti probitak* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na bračni status ispitanika.

Tablica 54. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na radni status ispitanika

	Koji je Vaš trenutni radni status?	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Student/ica	63	257,58
	Zaposlen/a ili samozaposlen/a	351	298,11
	Nezaposlen/a	33	302,67
	Umirovljenik/ca	148	322,48
	Ne želim odgovoriti	5	344,40
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Student/ica	63	267,89
	Zaposlen/a ili samozaposlen/a	351	293,49
	Nezaposlen/a	33	281,59
	Umirovljenik/ca	148	334,38
	Ne želim odgovoriti	5	325,50
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Student/ica	63	234,71
	Zaposlen/a ili samozaposlen/a	351	295,30
	Nezaposlen/a	33	301,26
	Umirovljenik/ca	148	340,81
	Ne želim odgovoriti	5	296,20
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Student/ica	63	296,81
	Zaposlen/a ili samozaposlen/a	351	303,17
	Nezaposlen/a	33	274,58
	Umirovljenik/ca	148	302,29
	Ne želim odgovoriti	5	277,40
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Student/ica	63	357,71
	Zaposlen/a ili samozaposlen/a	351	313,48
	Nezaposlen/a	33	325,20
	Umirovljenik/ca	148	239,50
	Ne želim odgovoriti	5	311,20

	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Student/ica	63	339,37
	Zaposlen/a ili samozaposlen/a	351	303,73
	Nezaposlen/a	33	315,65
	Umirovljenik/ca	148	277,10
	Ne želim odgovoriti	5	176,70
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Student/ica	63	354,61
	Zaposlen/a ili samozaposlen/a	351	283,18
	Nezaposlen/a	33	283,77
	Umirovljenik/ca	148	325,73
	Ne želim odgovoriti	5	198,10
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Student/ica	63	402,72
	Zaposlen/a ili samozaposlen/a	351	299,77
	Nezaposlen/a	33	284,45
	Umirovljenik/ca	148	265,39
	Ne želim odgovoriti	5	208,80
	Ukupno	600	

Tablica 55. Testna statistika - Značajnost Kruskal-Wallis testa s obzirom na radni status ispitanika

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	6,657	4	0,155
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	8,984	4	0,061
Društvena restriktivnost	17,437	4	0,002
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	,957	4	0,916
Otvorenost za promjene	28,007	4	0,000
Vlastito odricanje	8,893	4	0,064
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	14,919	4	0,005
Vlastiti probitak	29,991	4	0,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Koji je Vaš trenutni radni status?

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za faktore *društvena restriktivnost, otvorenost za promjene, zadržavanje tradicionalnih odnosa, vlastiti probitak* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na radni status ispitanika.

Tablica 56. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na mjesečne prihode ispitanika

	Koliki su prosječni mjesečni prihodi *Vašeg kućanstva* ¹⁴	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Do 5000 kn	92	323,56
	5001-11000 kn	238	304,56
	11001 i više	212	274,63
	Ne želim odgovoriti	58	341,82
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Do 5000 kn	92	316,16
	5001-11000 kn	238	301,31
	11001 i više	212	286,00
	Ne želim odgovoriti	58	325,33
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Do 5000 kn	92	322,40
	5001-11000 kn	238	302,83
	11001 i više	212	280,12
	Ne želim odgovoriti	58	330,72
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Do 5000 kn	92	310,32
	5001-11000 kn	238	296,35
	11001 i više	212	295,18
	Ne želim odgovoriti	58	321,40
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Do 5000 kn	92	235,17

¹⁴ 1.1.2023. u Republici Hrvatskoj valuta kuna je zamijenjena eurom, a prilikom preračunavanja koristi se fiksni tečaj konverzije koji iznosi 7,53450 HRK za 1,00 EUR (Fina, n.d.). Prihodi iz tablice 56 nisu se preračunavali jer su sudionici tijekom provedbe anketnog istraživanja odgovarali u kunama.

	5001-11000 kn	238	292,50
	11001 i više	212	332,08
	Ne želim odgovoriti	58	321,55
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Do 5000 kn	92	299,46
	5001-11000 kn	238	294,60
	11001 i više	212	314,09
	Ne želim odgovoriti	58	276,71
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Do 5000 kn	92	326,45
	5001-11000 kn	238	283,75
	11001 i više	212	315,04
	Ne želim odgovoriti	58	274,92
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Do 5000 kn	92	298,26
	5001-11000 kn	238	283,12
	11001 i više	212	324,97
	Ne želim odgovoriti	58	285,93
	Ukupno	600	

Tablica 57. Testna statistika – Značajnost Kruskal-Wallis testa s obzirom na mjesečne prihode ispitanika

	Kruskal-Wallis H	Stupnjevi slobode	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	9,807	3	0,020
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	3,441	3	0,329
Društvena restriktivnost	6,220	3	0,101
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	1,478	3	0,687
Otvorenost za promjene	21,590	3	0,000
Vlastito odricanje	2,706	3	0,439
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	7,078	3	0,069
Vlastiti probitak	7,122	3	0,068

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Koliki su prosječni mjesečni prihodi* Vašeg kućanstva*?

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, otvorenost za promjene* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na mjesečni prihod ispitanika.

Tablica 58. Dimenzije apstrahirane iz CAMI skale i vrijednosti apstrahirane iz Schwartzove skale vrijednosti s obzirom na veličinu naselja

	Veličina naselja (po broju stanovnika) u kojem živite	N	Aritmetička sredina rangova
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	Do 5000 stan.	166	320,10
	5001-20000 stan.	119	319,71
	20001-100000 stan.	137	293,20
	Više od 100001 stan.	165	275,40
	Ne želim odgovoriti	13	269,88
	Ukupno	600	
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	Do 5000 stan.	166	320,54
	5001-20000 stan.	119	309,30
	20001-100000 stan.	137	295,81
	Više od 100001 stan.	165	283,06
	Ne želim odgovoriti	13	234,69
	Ukupno	600	
Društvena restriktivnost	Do 5000 stan.	166	301,20
	5001-20000 stan.	119	328,95
	20001-100000 stan.	137	294,96
	Više od 100001 stan.	165	289,58
	Ne želim odgovoriti	13	228,08
	Ukupno	600	
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	Do 5000 stan.	166	302,06
	5001-20000 stan.	119	333,74
	20001-100000 stan.	137	308,16
	Više od 100001 stan.	165	272,41
	Ne želim odgovoriti	13	252,04
	Ukupno	600	
Otvorenost za promjene	Do 5000 stan.	166	285,92

	5001-20000 stan.	119	311,44
	20001-100000 stan.	137	297,70
	Više od 100001 stan.	165	307,43
	Ne želim odgovoriti	13	328,15
	Ukupno	600	
Vlastito odricanje	Do 5000 stan.	166	286,32
	5001-20000 stan.	119	297,42
	20001-100000 stan.	137	299,01
	Više od 100001 stan.	165	312,01
	Ne želim odgovoriti	13	379,35
	Ukupno	600	
Zadržavanje tradicionalnih odnosa	Do 5000 stan.	166	300,30
	5001-20000 stan.	119	296,03
	20001-100000 stan.	137	309,01
	Više od 100001 stan.	165	294,15
	Ne želim odgovoriti	13	334,73
	Ukupno	600	
Vlastiti probitak	Do 5000 stan.	166	263,37
	5001-20000 stan.	119	292,42
	20001-100000 stan.	137	336,25
	Više od 100001 stan.	165	318,89
	Ne želim odgovoriti	13	238,42
	Ukupno	600	

Tablica 59. Testna statistika – Značajnost Kruskal-Wallis testa s obzirom na veličinu naselja

	Kruskal-Wallis H	df	Asimptotična značajnost
Autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima	7,715	4	0,103
Dobronamjernost prema psihijatrijskim bolesnicima	6,190	4	0,185
Društvena restriktivnost	6,288	4	0,179
Stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici	10,033	4	0,040
Otvorenost za promjene	2,292	4	0,682
Vlastito odricanje	4,629	4	0,328

Zadržavanje tradicionalnih odnosa	1,145	4	0,887
Vlastiti probitak	17,415	4	0,002

a. Kruskal Wallis Test

b. Varijabla grupiranja: Veličina naselja (po broju stanovnika) u kojem živite

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za faktore *stav o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici* i *vlastiti probitak* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na pitanje *veličina naselja (po broju stanovnika) u kojem živite*.

Na sljedećim će stranicama biti prikazani rezultati testiranja razlika između sociodemografskih karakteristika s obzirom na informiranost o hrvatskom psihijatrijskom sustavu te osobno iskustvo vezano uz psihičke bolesti. Testiranje je provedeno Hi-kvadrat testom, a odgovori ispitanika su prikazani u obliku apsolutnih frekvencija te postotaka.

Tablica 60. Razlike u informiranosti o hrvatskom psihijatrijskom sustavu te osobnom iskustvu vezanom uz psihičke bolesti s obzirom na spol ispitanika

		Spol			
		Muški spol		Ženski spol	
		N	%	N	%
Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Izrazito dobro	5	1,8%	15	4,8%
	Vrlo dobro	34	11,9%	49	15,6%
	Niti dobro niti loše	143	50,2%	150	47,6%
	Vrlo loše	75	26,3%	77	24,4%
	Izrazito loše	28	9,8%	24	7,6%
	Ukupno	285	100,0%	315	100,0%
Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	18	6,3%	35	11,1%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	49	17,2%	58	18,4%
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	84	29,5%	91	28,9%
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	134	47,0%	131	41,6%
	Ukupno	285	100,0%	315	100,0%

Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	23	8,1%	47	14,9%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	53	18,6%	67	21,3%
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	86	30,2%	99	31,4%
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	123	43,2%	102	32,4%
	Ukupno	285	100,0%	315	100,0%
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Da	190	66,7%	238	75,6%
	Ne	93	32,6%	77	24,4%
	Ne želim odgovoriti	2	0,7%	0	0,0%
	Ukupno	285	100,0%	315	100,0%
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Da	121	42,5%	188	59,7%
	Ne	161	56,5%	124	39,4%
	Ne želim odgovoriti	3	1,1%	3	1,0%
	Ukupno	285	100,0%	315	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Da	73	25,6%	86	27,3%
	Ne	209	73,3%	227	72,1%
	Ne želim odgovoriti	3	1,1%	2	0,6%
	Ukupno	285	100,0%	315	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Da	25	8,8%	13	4,1%
	Ne	258	90,8%	300	95,2%
	Ne želim odgovoriti	1	0,4%	2	0,6%
	Ukupno	284	100,0%	315	100,0%

Tablica 61. Hi-kvadrat test

		Spol
Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Hi-kvadrat	6,729
	Stupnjevi slobode	4
	Značajnost	0,151
Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?	Hi-kvadrat	5,036
	Stupnjevi slobode	3
	Značajnost	0,169

Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Hi-kvadrat	11,264
	Stupnjevi slobode	3
	Značajnost	0,010*
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	7,408
	Stupnjevi slobode	2
	Hi-kvadrat	0,025*
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Stupnjevi slobode	17,876
	Značajnost	2
	Hi-kvadrat	0,000*
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Hi-kvadrat	0,507
	Stupnjevi slobode	2
	Značajnost	0,776
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	5,695
	Stupnjevi slobode	2
	Značajnost	0,058

*. Hi-kvadrat test je značajan na razini 0,05.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Jeste li upoznati sa značenjem termina mentalnozdravstvena pismenost?*, *Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?* te *Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?* može se uočiti kako vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $p < 0,05$, što znači da je uočena statistički značajna razlika s obzirom na spol ispitanika. Prema tome, za pitanje *Jeste li upoznati sa značenjem termina mentalnozdravstvena pismenost?*, najviše je onih koji uopće nisu čuli za taj termin – 43,2% ispitanika muškog spola i 32,4% ispitanika ženskog spola, dok je najmanje onih koji su upoznati s tim terminom te znaju točno na što se odnosi – 8,1% muškaraca i 14,9% žena. Na pitanje *Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?* 66,7% muških ispitanika i 75,6% ispitanica je odgovorilo s *da*. Na pitanje *Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?* 56,5% muškaraca i 59,7% žena je odgovorilo *da*.

Tablica 62. Razlike u informiranosti o hrvatskom psihijatrijskom sustavu te osobnom iskustvu vezanom uz psihičke bolesti s obzirom na dob ispitanika

		Dob											
		18-29		30-39		40-49		50-59		60-69		preko 70	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Izrazito dobro	0	0,0%	4	4,0%	6	5,8%	6	5,5%	2	2,5%	2	2,1%
	Vrlo dobro	13	11,6%	13	12,9%	18	17,5%	17	15,6%	9	11,1%	13	13,8%
	Niti dobro niti loše	50	44,6%	42	41,6%	48	46,6%	50	45,9%	47	58,0%	56	59,6%
	Vrlo loše	34	30,4%	29	28,7%	26	25,2%	29	26,6%	19	23,5%	15	16,0%
	Izrazito loše	15	13,4%	13	12,9%	5	4,9%	7	6,4%	4	4,9%	8	8,5%
	Ukupno	112	100,0%	101	100,0%	103	100,0%	109	100,0%	81	100,0%	94	100,0%
Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	13	11,6%	6	5,9%	15	14,6%	9	8,3%	6	7,4%	4	4,3%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	24	21,4%	22	21,8%	14	13,6%	19	17,4%	13	16,0%	15	16,0%
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	28	25,0%	20	19,8%	31	30,1%	30	27,5%	29	35,8%	37	39,4%
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	47	42,0%	53	52,5%	43	41,7%	51	46,8%	33	40,7%	38	40,4%
	Ukupno	112	100,0%	101	100,0%	103	100,0%	109	100,0%	81	100,0%	94	100,0%
	Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	10	8,9%	18	17,8%	15	14,6%	12	11,0%	10	12,3%	5
Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi		27	24,1%	13	12,9%	18	17,5%	21	19,3%	17	21,0%	24	25,5%
Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>		30	26,8%	26	25,7%	34	33,0%	34	31,2%	30	37,0%	31	33,0%
Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>		45	40,2%	44	43,6%	36	35,0%	42	38,5%	24	29,6%	34	36,2%
Ukupno		112	100,0%	101	100,0%	103	100,0%	109	100,0%	81	100,0%	94	100,0%
Poznajete li osobu koja je bila		Da	71	63,4%	77	76,2%	82	79,6%	84	77,1%	54	66,7%	60
	Ne	40	35,7%	23	22,8%	21	20,4%	25	22,9%	27	33,3%	34	36,2%

hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Ne želim odgovoriti	1	0,9%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ukupno	112	100,0%	101	100,0%	103	100,0%	109	100,0%	81	100,0%	94	100,0%
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Da	50	44,6%	62	61,4%	67	65,0%	56	51,4%	35	43,2%	39	41,5%
	Ne	60	53,6%	37	36,6%	36	35,0%	52	47,7%	46	56,8%	54	57,4%
	Ne želim odgovoriti	2	1,8%	2	2,0%	0	0,0%	1	0,9%	0	0,0%	1	1,1%
	Ukupno	112	100,0%	101	100,0%	103	100,0%	109	100,0%	81	100,0%	94	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Da	18	16,1%	26	25,7%	35	34,0%	40	36,7%	19	23,5%	21	22,3%
	Ne	94	83,9%	74	73,3%	67	65,0%	67	61,5%	61	75,3%	73	77,7%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	1	1,0%	1	1,0%	2	1,8%	1	1,2%	0	0,0%
	Ukupno	112	100,0%	101	100,0%	103	100,0%	109	100,0%	81	100,0%	94	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Da	4	3,6%	6	5,9%	9	8,7%	7	6,4%	9	11,3%	3	3,2%
	Ne	108	96,4%	94	93,1%	94	91,3%	101	92,7%	70	87,5%	91	96,8%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%	1	0,9%	1	1,3%	0	0,0%
	Ukupno	112	100,0%	101	100,0%	103	100,0%	109	100,0%	80	100,0%	94	100,0%

Tablica 63. Hi-kvadrat test

		Dob
Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Hi-kvadrat	29,077
	Stupnjevi slobode	20
	Značajnost	0,086
Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?	Hi-kvadrat	22,221
	Stupnjevi slobode	15
	Značajnost	0,102
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Hi-kvadrat	18,960
	Stupnjevi slobode	15
	Značajnost	0,216
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	16,884
	Stupnjevi slobode	10

	Značajnost	0,077
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Hi-kvadrat	23,259
	Stupnjevi slobode	10
	Značajnost	0,010*
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Hi-kvadrat	20,269
	Stupnjevi slobode	10
	Značajnost	0,027*
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	10,708
	Stupnjevi slobode	10
	Značajnost	0,381

*. Hi-kvadrat je značajan na razini 0,5.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?* i *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?* može se uočiti kako vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $p < 0,05$, što znači da je uočena statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika. Tako je na pitanje *Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?* najviše ispitanika (65,0%) između 40 i 49 godina koji su odgovorili s *da*, dok je najmanje onih preko 70 godina (41,5%). Na pitanje *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?* najviše je onih između 50 i 59 godina koji su posjećivali psihijatra (36,7%), a najmanje onih između 18 i 29 godina (16,1%). S druge strane, najviše je onih preko 70 godina koji nisu posjećivali psihijatra (77,7%), a najmanje onih između 50 i 59 godina (61,5%).

Tablica 64. Razlike u informiranosti o hrvatskom psihijatrijskom sustavu te osobnom iskustvu vezanom uz psihičke bolesti s obzirom na regije

		Regija					
		Sjeverozapadna RH		Jadranska RH		Središnja i Istočna (Panonska) RH	
		N	%	N	%	N	%
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Izrazito dobro	5	2,2%	8	4,1%	7	4,1%
	Vrlo dobro	34	14,7%	30	15,2%	19	11,1%
	Niti dobro niti loše	112	48,3%	89	45,2%	92	53,8%
	Vrlo loše	68	29,3%	43	21,8%	41	24,0%
	Izrazito loše	13	5,6%	27	13,7%	12	7,0%
	Ukupno	232	100,0%	197	100,0%	171	100,0%

Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?	Upoznat/a sam sa konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	17	7,3%	20	10,2%	16	9,4%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	38	16,4%	38	19,3%	31	18,1%
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	78	33,6%	49	24,9%	48	28,1%
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	99	42,7%	90	45,7%	76	44,4%
	Ukupno	232	100,0%	197	100,0%	171	100,0%
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Upoznat/a sam sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	27	11,6%	26	13,2%	17	9,9%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	46	19,8%	30	15,2%	44	25,7%
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	77	33,2%	55	27,9%	53	31,0%
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	82	35,3%	86	43,7%	57	33,3%
	Ukupno	232	100,0%	197	100,0%	171	100,0%
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Da	175	75,4%	135	68,5%	118	69,0%
	Ne	56	24,1%	62	31,5%	52	30,4%
	Ne želim odgovoriti	1	0,4%	0	0,0%	1	0,6%
	Ukupno	232	100,0%	197	100,0%	171	100,0%
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Da	122	52,6%	99	50,3%	88	51,5%
	Ne	108	46,6%	96	48,7%	81	47,4%
	Ne želim odgovoriti	2	0,9%	2	1,0%	2	1,2%
	Ukupno	232	100,0%	197	100,0%	171	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Da	64	27,6%	41	20,8%	54	31,6%
	Ne	167	72,0%	152	77,2%	117	68,4%
	Ne želim odgovoriti	1	0,4%	4	2,0%	0	0,0%
	Ukupno	232	100,0%	197	100,0%	171	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Da	11	4,8%	9	4,6%	18	10,5%
	Ne	218	94,4%	187	94,9%	153	89,5%
	Ne želim odgovoriti	2	0,9%	1	0,5%	0	0,0%
	Ukupno	231	100,0%	197	100,0%	171	100,0%

Tablica 65. Hi-kvadrat test

		Regija
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Hi-kvadrat	15,648
	Stupnjevi slobode	8
	Značajnost	0,048*
Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?	Hi-kvadrat	4,671
	Stupnjevi slobode	6
	Značajnost	0,587
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Hi-kvadrat	9,918
	Stupnjevi slobode	6
	Značajnost	0,128
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	4,327
	Stupnjevi slobode	4
	Značajnost	0,364
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Hi-kvadrat	0,314
	Stupnjevi slobode	4
	Značajnost	0,989
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Hi-kvadrat	10,422
	Stupnjevi slobode	4
	Značajnost	0,034*
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	8,428
	Stupnjevi slobode	4
	Značajnost	0,077

*. Hi-kvadrat test je značajan na razini 0,05.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za pitanja *Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?* i *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% $p < 0,05$, dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%,

kako postoji statistički značajna razlika u odgovorima s obzirom na promatrane regije. Prema tome, za pitanje *Koliko ste dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?*, 4,1% ispitanika iz Jadranske Hrvatske te Središnje i Istočne Hrvatske se izjasnilo kako su izrazito dobro upoznati sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Hrvatskoj, dok je u Sjeverozapadnoj Hrvatskoj njih 2,2%. Nadalje, sa tipovima psihijatrijskih ustanova u Jadranskoj Hrvatskoj je vrlo dobro upoznato 15,2% ispitanika, što je najviše od tri navedene regije, dok je to najmanje u Središnjoj i Istočnoj Hrvatskoj (11,1%). Zatim, 53,8% ispitanika iz Središnje i Istočne Hrvatske je niti dobro niti loše upoznato sa tipovima psihijatrijskih ustanova, a najmanje ih je u Jadranskoj Hrvatskoj (45,2%). 29,3% ispitanika iz Sjeverozapadne Hrvatske je vrlo loše upoznato sa tipovima psihijatrijskih ustanova te njih 21,8% u Jadranskoj Hrvatskoj. I na kraju, 13,7% ispitanika iz Jadranske Hrvatske je izrazito loše upoznato sa tipovima psihijatrijskih ustanova, dok je njih 5,6% iz Sjeverozapadne Hrvatske odabralo istu tvrdnju. Na pitanje *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?* najviše ispitanika (31,6%) koji su odgovorili potvrdno je iz Središnje i Istočne Hrvatske, a najmanje (20,8%) iz Jadranske Hrvatske.

Tablica 66. Razlike u informiranosti o hrvatskom psihijatrijskom sustavu te osobnom iskustvu vezanom uz psihičke bolesti s obzirom na stupanj obrazovanja ispitanika

		Koji je Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja															
		Nezavršena		OŠ		SŠ		VŠS		VSS		Doktorat		Ne znam		Ne želim odgovoriti	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Izrazito dobro	0	0,0%	1	10,0%	6	2,6%	0	0,0%	12	5,4%	1	5,9%	0	0,0%	0	0,0%
	Vrlo dobro	0	0,0%	0	0,0%	27	11,9%	11	9,4%	42	18,8%	3	17,6%	0	0,0%	0	0,0%
	Niti dobro niti loše	1	100,0%	6	60,0%	120	52,9%	65	55,6%	93	41,7%	5	29,4%	0	0,0%	3	75,0%
	Vrlo loše	0	0,0%	2	20,0%	56	24,7%	31	26,5%	57	25,6%	4	23,5%	1	100,0%	1	25,0%
	Izrazito loše	0	0,0%	1	10,0%	18	7,9%	10	8,5%	19	8,5%	4	23,5%	0	0,0%	0	0,0%
	Ukupno	1	100,0%	10	100,0%	227	100,0%	117	100,0%	223	100,0%	17	100,0%	1	100,0%	4	100,0%
Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje)	Upoznat/a sam s konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	0	0,0%	3	30,0%	14	6,2%	8	6,8%	24	10,8%	4	23,5%	0	0,0%	0	0,0%

psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?	Upoznat/a sam (čuo/la sam) s konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	0	0,0%	1	10,0%	35	15,4%	19	16,2%	46	20,6%	4	23,5%	0	0,0%	2	50,0%
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	0	0,0%	4	40,0%	76	33,5%	33	28,2%	56	25,1%	4	23,5%	0	0,0%	2	50,0%
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	1	100,0%	2	20,0%	102	44,9%	57	48,7%	97	43,5%	5	29,4%	1	100,0%	0	0,0%
	Ukupno	1	100,0%	10	100,0%	227	100,0%	117	100,0%	223	100,0%	17	100,0%	1	100,0%	4	100,0%
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ? Upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ? Upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> Ukupno	Upoznat/a sam s terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	0	0,0%	1	10,0%	16	7,0%	10	8,5%	40	17,9%	3	17,6%	0	0,0%	0	0,0%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) s terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	0	0,0%	1	10,0%	40	17,6%	25	21,4%	47	21,1%	6	35,3%	0	0,0%	1	25,0%
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	0	0,0%	5	50,0%	77	33,9%	41	35,0%	56	25,1%	5	29,4%	0	0,0%	1	25,0%
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	1	100,0%	3	30,0%	94	41,4%	41	35,0%	80	35,9%	3	17,6%	1	100,0%	2	50,0%
	Ukupno	1	100,0%	10	100,0%	227	100,0%	117	100,0%	223	100,0%	17	100,0%	1	100,0%	4	100,0%
Poznajete li osobu koja je bila	Da	1	100,0%	9	90,0%	163	71,8%	87	74,4%	154	69,1%	11	64,7%	1	100,0%	2	50,0%
	Ne	0	0,0%	1	10,0%	64	28,2%	29	24,8%	68	30,5%	6	35,3%	0	0,0%	2	50,0%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,9%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Ukupno	1	100,0%	10	100,0%	227	100,0%	117	100,0%	223	100,0%	17	100,0%	1	100,0%	4	100,0%
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji, psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Da	0	0,0%	4	40,0%	125	55,1%	60	51,3%	108	48,4%	10	58,8%	0	0,0%	2	50,0%
	Ne	1	100,0%	6	60,0%	98	43,2%	56	47,9%	114	51,1%	7	41,2%	1	100,0%	2	50,0%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	0	0,0%	4	1,8%	1	0,9%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ukupno	1	100,0%	10	100,0%	227	100,0%	117	100,0%	223	100,0%	17	100,0%	1	100,0%	4	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Da	0	0,0%	3	30,0%	67	29,5%	27	23,1%	57	25,6%	3	17,6%	1	100,0%	1	25,0%
	Ne	1	100,0%	6	60,0%	157	69,2%	90	76,9%	165	74,0%	14	82,4%	0	0,0%	3	75,0%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	1	10,0%	3	1,3%	0	0,0%	1	0,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ukupno	1	100,0%	10	100,0%	227	100,0%	117	100,0%	223	100,0%	17	100,0%	1	100,0%	4	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Da	0	0,0%	1	10,0%	23	10,2%	4	3,4%	10	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ne	1	100,0%	8	80,0%	201	88,9%	113	96,6%	213	95,5%	17	100,0%	1	100,0%	4	100,0%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	1	10,0%	2	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ukupno	1	100,0%	10	100,0%	226	100,0%	117	100,0%	223	100,0%	17	100,0%	1	100,0%	4	100,0%

Tablica 67. Hi-kvadrat test

		Koji je Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja?
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Hi-kvadrat	32,627
	Stupnjevi slobode	28
	Značajnost	0,250
Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?	Hi-kvadrat	28,717
	Stupnjevi slobode	21
	Značajnost	0,121
	Hi-kvadrat	28,768

Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Stupnjevi slobode	21
	Značajnost	0,120
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	6,902
	Stupnjevi slobode	14
	Značajnost	0,938
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Hi-kvadrat	7,939
	Stupnjevi slobode	14
	Značajnost	0,892
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Hi-kvadrat	18,524
	Stupnjevi slobode	14
	Značajnost	0,184
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	31,212
	Stupnjevi slobode	14
	Značajnost	0,005*

*. Hi-kvadrat test je značajan na razini 0,05.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?* može se uočiti kako vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $p < 0,05$, što znači da je uočena statistički značajna razlika s obzirom na stupanj obrazovanja ispitanika. Za navedeno pitanje, najviše ispitanika (10,2%) koji su odgovorili s *da* odnosi se na one koji su završili srednju školu, dok nema odgovora *da* (0,0%) kod onih s nezavršenom osnovnom školom i doktoratom.

Tablica 68. Razlike u informiranosti o hrvatskom psihijatrijskom sustavu te osobnom iskustvu vezanom uz psihičke bolesti s obzirom na bračni status ispitanika

		Koji je Vaš bračni status?											
		Neoženjen/neu data		Oženjen/udata		U izvanbračnoj zajednici		Razveden/a		Udovac/ica		Ne želim odgovoriti	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Izrazito dobro	3	1,8%	12	4,1%	2	3,8%	2	4,7%	1	2,9%	0	0,0%
	Vrlo dobro	19	11,5%	39	13,2%	12	22,6%	7	16,3%	4	11,4%	2	22,2%
	Niti dobro niti loše	72	43,6%	149	50,5%	24	45,3%	23	53,5%	21	60,0%	4	44,4%
	Vrlo loše	50	30,3%	74	25,1%	12	22,6%	8	18,6%	6	17,1%	2	22,2%
	Izrazito loše	21	12,7%	21	7,1%	3	5,7%	3	7,0%	3	8,6%	1	11,1%

	Ukupno	165	100,0%	295	100,0%	53	100,0%	43	100,0%	35	100,0%	9	100,0%
Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?	Upoznat/a sam s konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	15	9,1%	27	9,2%	2	3,8%	5	11,6%	2	5,7%	2	22,2%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) s konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	32	19,4%	46	15,6%	10	18,9%	12	27,9%	7	20,0%	0	0,0%
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	37	22,4%	96	32,5%	17	32,1%	7	16,3%	14	40,0%	4	44,4%
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	81	49,1%	126	42,7%	24	45,3%	19	44,2%	12	34,3%	3	33,3%
	Ukupno	165	100,0%	295	100,0%	53	100,0%	43	100,0%	35	100,0%	9	100,0%
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Upoznat/a sam s terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	17	10,3%	34	11,5%	9	17,0%	6	14,0%	3	8,6%	1	11,1%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) s terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	35	21,2%	56	19,0%	9	17,0%	8	18,6%	11	31,4%	1	11,1%
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	46	27,9%	99	33,6%	13	24,5%	15	34,9%	9	25,7%	3	33,3%
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	67	40,6%	106	35,9%	22	41,5%	14	32,6%	12	34,3%	4	44,4%
	Ukupno	165	100,0%	295	100,0%	53	100,0%	43	100,0%	35	100,0%	9	100,0%
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je	Da	115	69,7%	209	70,8%	40	75,5%	32	74,4%	26	74,3%	6	66,7%
	Ne	49	29,7%	85	28,8%	13	24,5%	11	25,6%	9	25,7%	3	33,3%
	Ne želim odgovoriti	1	0,6%	1	0,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Ukupno	165	100,0%	295	100,0%	53	100,0%	43	100,0%	35	100,0%	9	100,0%
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Da	80	48,5%	153	51,9%	31	58,5%	22	51,2%	18	51,4%	5	55,6%
	Ne	83	50,3%	141	47,8%	21	39,6%	21	48,8%	16	45,7%	3	33,3%
	Ne želim odgovoriti	2	1,2%	1	0,3%	1	1,9%	0	0,0%	1	2,9%	1	11,1%
	Ukupno	165	100,0%	295	100,0%	53	100,0%	43	100,0%	35	100,0%	9	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Da	32	19,4%	74	25,1%	20	37,7%	19	44,2%	12	34,3%	2	22,2%
	Ne	132	80,0%	218	73,9%	33	62,3%	24	55,8%	23	65,7%	6	66,7%
	Ne želim odgovoriti	1	0,6%	3	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%
	Ukupno	165	100,0%	295	100,0%	53	100,0%	43	100,0%	35	100,0%	9	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Da	9	5,5%	16	5,4%	3	5,7%	6	14,3%	4	11,4%	0	0,0%
	Ne	155	93,9%	277	93,9%	50	94,3%	36	85,7%	31	88,6%	9	100,0%
	Ne želim odgovoriti	1	0,6%	2	0,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ukupno	165	100,0%	295	100,0%	53	100,0%	42	100,0%	35	100,0%	9	100,0%

Tablica 69. Hi-kvadrat test

		Koji je Vaš bračni status?
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Hi-kvadrat	17,224
	Stupnjevi slobode	20
	Značajnost	0,638
Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?	Hi-kvadrat	19,936
	Stupnjevi slobode	15
	Značajnost	0,174
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Hi-kvadrat	8,975
	Stupnjevi slobode	15
	Značajnost	0,879
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	1,844
	Stupnjevi slobode	10
	Značajnost	0,997
	Hi-kvadrat	14,841

Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Stupnjevi slobode	10
	Značajnost	0,138
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Hi-kvadrat	28,582
	Stupnjevi slobode	10
	Značajnost	0,001*
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	8,139
	Stupnjevi slobode	10
	Značajnost	0,615

*. Hi-kvadrat test je značajan na razini 0,05.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?* može se uočiti kako vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $p < 0,05$, što znači da je uočena statistički značajna razlika s obzirom na bračni status ispitanika. Prema tome, najviše je razvedenih ispitanika odgovorilo potvrdno (44,2%), a najmanje neoženjenih/neudatih (19,4%).

Tablica 70. Razlike u informiranosti o hrvatskom psihijatrijskom sustavu te osobnom iskustvu vezanom uz psihičke bolesti s obzirom na mjesečne prihode ispitanika

		Koliki su prosječni mjesečni prihodi* Vašeg kućanstva*?							
		Do 5000 kn		5001-11000 kn		11001 i više		Ne želim odgovoriti	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Izrazito dobro	4	4,3%	5	2,1%	10	4,7%	1	1,7%
	Vrlo dobro	14	15,2%	33	13,9%	30	14,2%	6	10,3%
	Niti dobro niti loše	51	55,4%	118	49,6%	97	45,8%	27	46,6%
	Vrlo loše	17	18,5%	66	27,7%	54	25,5%	15	25,9%
	Izrazito loše	6	6,5%	16	6,7%	21	9,9%	9	15,5%
	Ukupno	92	100,0%	238	100,0%	212	100,0%	58	100,0%
Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?	Upoznat/a sam s konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	9	9,8%	19	8,0%	23	10,8%	2	3,4%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) s konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	13	14,1%	40	16,8%	45	21,2%	9	15,5%
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	32	34,8%	71	29,8%	51	24,1%	21	36,2%

	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	38	41,3%	108	45,4%	93	43,9%	26	44,8%
	Ukupno	92	100,0%	238	100,0%	212	100,0%	58	100,0%
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Upoznat/a sam s terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	7	7,6%	19	8,0%	40	18,9%	4	6,9%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) s terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	22	23,9%	44	18,5%	39	18,4%	15	25,9%
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	30	32,6%	81	34,0%	58	27,4%	16	27,6%
	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	33	35,9%	94	39,5%	75	35,4%	23	39,7%
	Ukupno	92	100,0%	238	100,0%	212	100,0%	58	100,0%
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Da	67	72,8%	167	70,2%	158	74,5%	36	62,1%
	Ne	25	27,2%	71	29,8%	54	25,5%	20	34,5%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,4%
	Ukupno	92	100,0%	238	100,0%	212	100,0%	58	100,0%
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Da	51	55,4%	129	54,2%	110	51,9%	19	32,8%
	Ne	40	43,5%	108	45,4%	100	47,2%	37	63,8%
	Ne želim odgovoriti	1	1,1%	1	0,4%	2	0,9%	2	3,4%
	Ukupno	92	100,0%	238	100,0%	212	100,0%	58	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Da	29	31,5%	69	29,0%	45	21,2%	16	27,6%
	Ne	63	68,5%	166	69,7%	165	77,8%	42	72,4%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	3	1,3%	2	0,9%	0	0,0%
	Ukupno	92	100,0%	238	100,0%	212	100,0%	58	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Da	13	14,1%	15	6,3%	9	4,2%	1	1,7%
	Ne	79	85,9%	220	92,8%	202	95,3%	57	98,3%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	2	0,8%	1	0,5%	0	0,0%
	Ukupno	92	100,0%	237	100,0%	212	100,0%	58	100,0%

Tablica 71. Hi-kvadrat test

	Koliki su prosječni mjesečni prihodi* Vašeg kućanstva*?
Hi-kvadrat	12,309

Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Stupnjevi slobode	12
	Značajnost	0,421
Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?	Hi-kvadrat	9,733
	Stupnjevi slobode	9
	Značajnost	0,373
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Hi-kvadrat	19,425
	Stupnjevi slobode	9
	Značajnost	0,022*
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	21,384
	Stupnjevi slobode	6
	Značajnost	0,002*
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Hi-kvadrat	12,651
	Stupnjevi slobode	6
	Značajnost	0,049*
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Hi-kvadrat	6,765
	Stupnjevi slobode	6
	Značajnost	0,343
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	14,321
	Stupnjevi slobode	6
	Značajnost	0,026*

* . Hi-kvadrat test je značajan na razini 0,05.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Jeste li upoznati sa značenjem termina „mentalnozdravstvena pismenost“?*, *Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?*, *Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?* i *Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?* može se uočiti kako vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $p < 0,05$, što znači da je uočena statistički značajna razlika s obzirom na pitanje prosječne mjesečne prihode ispitanika. Prema tome, na pitanje *Jeste li upoznati sa značenjem termina „mentalnozdravstvena pismenost“?*, tvrdnju *upoznat/a sam sa terminom „mentalnozdravstvena pismenost“ i znam točno na što se odnosi* odabralo je najviše ispitanika s prihodima od 11001 kn i više (18,9%) te najmanje onih koji se nisu htjeli izjasniti (6,9%) i onih s prihodima do 5000 kn (7,6%). Nadalje, tvrdnju *upoznat/a sam (čuo/la sam)*

sa terminom „mentalnozdravstvena pismenost“, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi odabralo je najviše ispitanika koji se nisu htjeli izjasniti o prihodima (25,9%) te onih koji imaju prihode do 5000 kn (23,9%), a najmanje ispitanika (18,4%) s prihodima od 11001 kn i više. Tvrdnju *samo sam čuo/la za termin „mentalnozdravstvena pismenost“* odabralo je najviše ispitanika (34,0%) s prihodima između 5001 i 11000 kn, a najmanje (27,4%) onih s prihodima od 11001 kn i više. Tvrdnju *uopće nisam čuo/la za termin „mentalnozdravstvena pismenost“* odabralo je najviše ispitanika (39,7%) koji se nisu htjeli izjasniti o prihodima te onih (39,5%) čiji su prihodi između 5001 i 11000 kn, dok je navedenu tvrdnju odabralo najmanje ispitanika (35,4%) s prihodima od 11001 kn i više. Na pitanje *Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?* potvrdno je odgovorilo najviše ispitanika (74,5%) s prihodima od 11001 kn i više, a najmanje (62,1%) je bilo onih koji se nisu htjeli izjasniti te onih (70,2%) s prihodima između 5001 i 11000 kn. Na pitanje *Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?* potvrdno je odgovorilo najviše ispitanika (55,4%) s prihodima do 5000 kn, a najmanje je bilo onih koji se nisu htjeli izjasniti (32,8%) te onih (51,9%) s prihodima od 11001 kn i više. Na pitanje *Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici* potvrdno je odgovorilo najviše ispitanika (14,1%) s prihodima do 5000 kn, a najmanje je bilo onih koji se nisu htjeli izjasniti (1,7%) te onih (4,2%) s prihodima od 11001 kn i više.

Tablica 72. Razlike u informiranosti o hrvatskom psihijatrijskom sustavu te osobnom iskustvu vezanom uz psihičke bolesti s obzirom na broj osoba u kućanstvu

		Koliko osoba, uključujući i Vas, živi u kućanstvu?															
		1		2		3		4		5		6		7		8	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Izrazito dobro	2	2,2%	9	5,2%	1	0,9%	7	5,5%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Vrlo dobro	9	10,1%	28	16,2%	22	18,8%	12	9,4%	9	12,7%	2	12,5%	0	0,0%	1	33,3%
	Niti dobro niti loše	45	50,6%	88	50,9%	57	48,7%	53	41,7%	36	50,7%	11	68,8%	1	25,0%	2	66,7%
	Vrlo loše	25	28,1%	42	24,3%	24	20,5%	39	30,7%	17	23,9%	3	18,8%	2	50,0%	0	0,0%
	Izrazito loše	8	9,0%	6	3,5%	13	11,1%	16	12,6%	8	11,3%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
	Ukupno	89	100,0%	173	100,0%	117	100,0%	127	100,0%	71	100,0%	16	100,0%	4	100,0%	3	100,0%
Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće,	Upoznat/a sam s konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	7	7,9%	14	8,1%	10	8,5%	14	11,0%	6	8,5%	0	0,0%	1	25,0%	1	33,3%

uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?	Upoznat/a sam (čuo/la sam) s konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	16	18,0%	32	18,5%	26	22,2%	17	13,4%	14	19,7%	2	12,5%	0	0,0%	0	0,0%
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	21	23,6%	56	32,4%	28	23,9%	41	32,3%	20	28,2%	7	43,8%	2	50,0%	0	0,0%
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	45	50,6%	71	41,0%	53	45,3%	55	43,3%	31	43,7%	7	43,8%	1	25,0%	2	66,7%
	Ukupno	89	100,0%	173	100,0%	117	100,0%	127	100,0%	71	100,0%	16	100,0%	4	100,0%	3	100,0%
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Upoznat/a sam s terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	9	10,1%	22	12,7%	15	12,8%	20	15,7%	3	4,2%	1	6,3%	0	0,0%	0	0,0%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) s terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	18	20,2%	36	20,8%	25	21,4%	18	14,2%	17	23,9%	4	25,0%	0	0,0%	2	66,7%
	Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	27	30,3%	49	28,3%	36	30,8%	47	37,0%	20	28,2%	3	18,8%	2	50,0%	1	33,3%

	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	35	39,3%	66	38,2%	41	35,0%	42	33,1%	31	43,7%	8	50,0%	2	50,0%	0	0,0%
	Ukupno	89	100,0%	173	100,0%	117	100,0%	127	100,0%	71	100,0%	16	100,0%	4	100,0%	3	100,0%
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Da	65	73,0%	122	70,5%	87	74,4%	90	70,9%	50	70,4%	9	56,3%	4	100,0%	1	33,3%
	Ne	24	27,0%	50	28,9%	30	25,6%	36	28,3%	21	29,6%	7	43,8%	0	0,0%	2	66,7%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ukupno	89	100,0%	173	100,0%	117	100,0%	127	100,0%	71	100,0%	16	100,0%	4	100,0%	3	100,0%
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Da	43	48,3%	92	53,2%	66	56,4%	61	48,0%	38	53,5%	5	31,3%	2	50,0%	2	66,7%
	Ne	45	50,6%	79	45,7%	49	41,9%	66	52,0%	32	45,1%	11	68,8%	2	50,0%	1	33,3%
	Ne želim odgovoriti	1	1,1%	2	1,2%	2	1,7%	0	0,0%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ukupno	89	100,0%	173	100,0%	117	100,0%	127	100,0%	71	100,0%	16	100,0%	4	100,0%	3	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Da	28	31,5%	51	29,5%	31	26,5%	32	25,2%	13	18,3%	4	25,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ne	61	68,5%	121	69,9%	85	72,6%	93	73,2%	58	81,7%	12	75,0%	3	75,0%	3	100,0%
	Ne želim odgovoriti	0	0,0%	1	0,6%	1	0,9%	2	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
	Ukupno	89	100,0%	173	100,0%	117	100,0%	127	100,0%	71	100,0%	16	100,0%	4	100,0%	3	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Da	8	9,1%	13	7,5%	3	2,6%	11	8,7%	3	4,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Ne	79	89,8%	160	92,5%	114	97,4%	115	90,6%	68	95,8%	16	100,0%	3	75,0%	3	100,0%
	Ne želim odgovoriti	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	25,0%	0	0,0%
	Ukupno	88	100,0%	173	100,0%	117	100,0%	127	100,0%	71	100,0%	16	100,0%	4	100,0%	3	100,0%

Tablica 73. Hi-kvadrat test

		Koliko osoba, uključujući i Vas, živi u kućanstvu?
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Hi-kvadrat	34,899
	Stupnjevi slobode	28
	Značajnost	0,173
	Hi-kvadrat	17,594

Jeste li upoznati sa konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijekom liječenja od strane mobilnih timova)?	Stupnjevi slobode	21
	Značajnost	0,675
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Hi-kvadrat	20,990
	Stupnjevi slobode	21
	Značajnost	0,460
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	8,337
	Stupnjevi slobode	14
	Značajnost	0,871
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Hi-kvadrat	8,195
	Stupnjevi slobode	14
	Značajnost	0,879
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Hi-kvadrat	37,162
	Stupnjevi slobode	14
	Značajnost	0,001*
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	58,578
	Stupnjevi slobode	14
	Značajnost	0,000*

*. Hi-kvadrat test je značajan na razini 0,05.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?* i *Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?* može se uočiti kako vrijednost Hi- kvadrat testa iznosi $p < 0,05$, što znači da je uočena statistički značajna razlika s obzirom na broj osoba u kućanstvu. Na pitanje *Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?* potvrdno je odgovorilo najviše onih (31,5%) koji su sami u kućanstvu, a najmanje onih (18,3%) kojih je sveukupno petero u kućanstvu. Na pitanje *Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?* potvrdno je odgovorilo najviše onih (9,1%) koji su sami u kućanstvu, a najmanje onih (2,6%) kojih je sveukupno troje u kućanstvu.

Tablica 74. Razlike u informiranosti o hrvatskom psihijatrijskom sustavu te osobnom iskustvu vezanom uz psihičke bolesti s obzirom na veličinu naselja

		Veličina naselja (po broju stanovnika) u kojem živite									
		Do 5000 stan.		5001-20000 stan.		20001-100000 stan.		Više od 100001 stan.		Ne želim odgovoriti	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Izrazito dobro	3	1,8%	5	4,2%	5	3,6%	6	3,6%	1	7,7%
	Vrlo dobro	23	13,9%	15	12,6%	12	8,8%	32	19,4%	1	7,7%
	Niti dobro niti loše	84	50,6%	51	42,9%	75	54,7%	74	44,8%	9	69,2%
	Vrlo loše	42	25,3%	36	30,3%	33	24,1%	39	23,6%	2	15,4%
	Izrazito loše	14	8,4%	12	10,1%	12	8,8%	14	8,5%	0	0,0%
	Ukupno	166	100,0%	119	100,0%	137	100,0%	165	100,0%	13	100,0%
Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?	Upoznat/a sam s konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi	9	5,4%	14	11,8%	13	9,5%	14	8,5%	3	23,1%
	Upoznat/a sam (čuo/la sam) s konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi	21	12,7%	25	21,0%	22	16,1%	35	21,2%	4	30,8%
	Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	45	27,1%	33	27,7%	41	29,9%	53	32,1%	3	23,1%
	Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici	91	54,8%	47	39,5%	61	44,5%	63	38,2%	3	23,1%
	Ukupno	166	100,0%	119	100,0%	137	100,0%	165	100,0%	13	100,0%
	Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Upoznat/a sam s terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> i znam točno na što se odnosi	13	7,8%	20	16,8%	15	10,9%	21	12,7%	1
Upoznat/a sam (čuo/la sam) s terminom <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> , ali nisam siguran/na na što se točno odnosi		21	12,7%	30	25,2%	31	22,6%	35	21,2%	3	23,1%
Samo sam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>		59	35,5%	32	26,9%	38	27,7%	52	31,5%	4	30,8%

	Uopće nisam čuo/la za termin <i>mentalnozdravstvena pismenost</i>	73	44,0%	37	31,1%	53	38,7%	57	34,5%	5	38,5%
	Ukupno	166	100,0%	119	100,0%	137	100,0%	165	100,0%	13	100,0%
Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Da	117	70,5%	88	73,9%	94	68,6%	119	72,1%	10	76,9%
	Ne	48	28,9%	31	26,1%	43	31,4%	45	27,3%	3	23,1%
	Ne želim odgovoriti	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%
	Ukupno	166	100,0%	119	100,0%	137	100,0%	165	100,0%	13	100,0%
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Da	77	46,4%	67	56,3%	73	53,3%	83	50,3%	9	69,2%
	Ne	87	52,4%	51	42,9%	63	46,0%	80	48,5%	4	30,8%
	Ne želim odgovoriti	2	1,2%	1	0,8%	1	0,7%	2	1,2%	0	0,0%
	Ukupno	166	100,0%	119	100,0%	137	100,0%	165	100,0%	13	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Da	41	24,7%	32	26,9%	33	24,1%	46	27,9%	7	53,8%
	Ne	124	74,7%	86	72,3%	103	75,2%	117	70,9%	6	46,2%
	Ne želim odgovoriti	1	0,6%	1	0,8%	1	0,7%	2	1,2%	0	0,0%
	Ukupno	166	100,0%	119	100,0%	137	100,0%	165	100,0%	13	100,0%
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Da	12	7,2%	7	5,9%	9	6,6%	10	6,1%	0	0,0%
	Ne	153	92,2%	111	93,3%	127	92,7%	155	93,9%	12	100,0%
	Ne želim odgovoriti	1	0,6%	1	0,8%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%
	Ukupno	166	100,0%	119	100,0%	137	100,0%	165	100,0%	12	100,0%

Tablica 75. Hi-kvadrat test

		Veličina naselja (po broju stanovnika) u kojem živite
Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?	Hi-kvadrat	15,917
	Stupnjevi slobode	16
	Značajnost	0,459
Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?	Hi-kvadrat	20,627
	Stupnjevi slobode	12
	Značajnost	0,056
Jeste li upoznati sa značenjem termina <i>mentalnozdravstvena pismenost</i> ?	Hi-kvadrat	17,780
	Stupnjevi slobode	12
	Značajnost	0,123
	Hi-kvadrat	2,852

Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?	Stupnjevi slobode	8
	Značajnost	0,943
Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?	Hi-kvadrat	4,953
	Stupnjevi slobode	8
	Značajnost	0,763
Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?	Hi-kvadrat	6,358
	Stupnjevi slobode	8
	Značajnost	0,607
Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?	Hi-kvadrat	2,468
	Stupnjevi slobode	8
	Značajnost	0,963

Pogleda li se razina signifikantnosti može se uočiti kako vrijednost Hi-kvadrat testa iznosi $p > 0,05$ za sve promatrane varijable, što znači da je nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na pitanje o veličini naselja (po broju stanovnika).

Prema konfliktnoj perspektivi, razlike u društvu proizlaze iz nejednake raspodjele resursa pa su tako sociodemografske karakteristike vezane upravo uz različiti pristup resursima što onda utječe na različite društvene položaje. Stoga se prema ovoj perspektivi na taj način mogu objasniti i nejednakosti u pristupu konceptu psihijatrije u zajednici s obzirom na sociodemografske karakteristike pojedinaca.

Stručnjak 8, s obzirom na svoje iskustvo rada s pacijentima i njihovom okolinom, smatra da postoje neke razlike prema sociodemografskim karakteristikama građana po pitanju prihvata koncepta psihijatrije u zajednici:

„Niže obrazovani iz ruralnih sredina lakše to prihvaćaju nego ovi visokoobrazovani iz gradskih sredina. Paradoksalno, ali je to tako“,

dok stručnjak 2 smatra da niže obrazovani imaju veći otpor prema tome:

„Ljudi koji su slabijeg stupnja obrazovanja imaju veći otpor prema tome jer je u njihovim razmišljanjima i dalje prisutna ona psihijatrija u luđačkim košuljama, postoji strah od toga.“ Stručnjak 13 također smatra kako su u velikim gradovima psihijatrijske usluge dostupnije, međutim takav koncept je lakše za prihvatiti „u malim sredinama gdje se ljudi inače bave jedni drugima i lakše toleriraju jedni druge. U velikim gradovima pak nitko ne brine tuđu brigu pa onda svatko može tražiti pomoć za sebe i bez da mora znati cijelo susjedstvo.“

S druge strane, stručnjak 15 smatra da su prema takvom konceptu otvorenije osobe višeg stupnja obrazovanja iz urbanih sredina i većih mjesta te krajeva koji su ekonomski bogatiji. Isto tako, smatra da su prema konceptu otvoreniji mlađi, osobe u kasnoj adolescenciji, mladoj odrasloj dobi te ženske osobe. Nadalje, i stručnjak 1 i stručnjak 17 smatraju da su mlađe generacije i žene otvorenije prema spomenutom konceptu. S navedenim se slaže i stručnjak 9: „Pa ja mogu reći da su ljudi koji su intelektualci, koji su višeg standarda, žene, više prijemčljiviji za to, za pomoć, za uključivanje nego što su siromašniji, muškarci, iz ruralnih sredina i tako dalje.“

Dakle, može se reći da su stručnjaci podijeljeni oko toga tko bi bolje prihvatio koncept psihijatrije u zajednici, a takva razmišljanja proizlaze iz raznih iskustava svakog od njih. Istraživanja pokazuju da mlađi imaju liberalnije stavove kada su u pitanju psihijatrijski bolesnici (Miletić i Sokolić, 2017). Radi se uglavnom o pozitivnim stavovima osoba starijih od 30 godina, ženama, osobama koje imaju iskustva sa psihijatrijskim bolesnicima te zdravstvenim djelatnicima (Škugor i Sindik, 2017: 277). Nadalje, prema European Values Study (EVS), hrvatski su građani najviše zabrinuti za bolesne i nemoćne i to žene i stariji, a pokazatelji zabrinutosti su rasli s godinama (Baloban, Črpić i Ježovita, 2019: 22). Solidarnost općenito se u Hrvatskoj pokazala višom na osobnoj razini nego što je to na društvenoj razini (Baloban, 2004: 54-55). Naposljetku, unatoč tome što su mišljenja stručnjaka podijeljena, uglavnom svi smatraju da će s vremenom koncept psihijatrije u zajednici biti prihvaćen od strane hrvatskih građana jer sami načini i procesi liječenja idu prema tome, a stručnjaci uviđaju kako se razmišljanja mijenjaju s obzirom na to da i građani onda primjećuju dobrobiti jednog takvog koncepta. Slažu se u tome da je na psihijatrijskom sustavu odnosno njima samima da pokažu i dokažu okolini kako je takav način liječenja uspješniji i bolji za psihijatrijske bolesnike, ali i njihove bližnje. Također, stručnjaci napominju i utjecaj geografske smještenosti psihijatrijskih ustanova. Naime, psihijatrijske ustanove u prošlosti su bile smještane izvan naselja (Goffman, 2011) te su i danas uglavnom na istim mjestima, čime su psihijatrijski bolesnici izdvojeni iz društva, pa ih samim time okolina smatra *dalekim i nepoznatim*, zbog čega ima bojazan od njihovih psihičkih stanja.

8. ZAKLJUČAK

Rad donosi prikaz koncepta psihijatrije u zajednici iz perspektive središnjih socioloških teorija te kroz istraživanje povezanosti strukture vrijednosti s njegovim efikasnim prihvatom od strane hrvatskih građana. Istraživanje je pokazalo da su vrijednosti hrvatskih građana, apstrahirane iz Schwartzove teorije univerzalnih sadržaja i strukture vrijednosti, povezane s njihovim stavovima i mišljenjima o psihijatrijskim bolesnicima što, između ostalog, određuje

i sami tijekom daljnjeg razvoja ovog koncepta, a razlozi tome su upravo temeljne vrijednosne postavke hrvatskog društva.

Prema tome, istraživanje je pokazalo povezanost autoritarnosti prema psihijatrijskim bolesnicima s vrijednostima *otvorenost za promjene, vlastito odricanje i zadržavanje tradicionalnih odnosa*, a stručnjaci su temeljem navedene povezanosti zaključili kako je autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima u Hrvatskoj i dalje prisutna, ali u manjoj mjeri. Stoga, iz vlastitog iskustva rada s psihijatrijskim bolesnicima, prisutnost autoritarnosti povezuju s tradicionalnim odnosima, dok to što se ona ipak smanjuje također povezuju s otvorenošću za promjene i vlastitim odricanjem za koje smatraju da karakteriziraju uglavnom mlađu populaciju.

Nadalje, povezanost se također pokazala između dobronamjernosti prema psihijatrijskim bolesnicima i vrijednosti *otvorenost za promjene, vlastito odricanje i zadržavanje tradicionalnih odnosa* što stručnjaci objašnjavaju kroz vlastita iskustva ljudi povezanih sa psihijatrijskim bolesnicima. Dakle, prema iskustvima iz rada psihijatarata, dobronamjerni su uglavnom oni koji su imali ili imaju bliski kontakt s psihijatrijskim bolesnicima. Navode i razlike između većih i manjih naselja te zaključuju kako su ljudi u manjim naseljima ipak više dobronamjerni prema psihijatrijskim bolesnicima nego što su to oni koji žive u većim naseljima. Isto tako, dobronamjernost povezuju s otvorenošću za promjene i vlastitim odricanjem u smislu da su osobe prema psihijatrijskim bolesnicima dobronamjerne jer se tako i one same osjećaju bolje. Po pitanju povezanosti dobronamjernosti i tradicionalnih odnosa, stručnjaci smatraju da je okolina dobronamjerna prema psihijatrijskim bolesnicima jer je upravo to u duhu tradicionalnih karakteristika.

Isto kao i za autoritarnost prema psihijatrijskim bolesnicima, i za društvenu restriktivnost stručnjaci smatraju kako je prisutna u hrvatskom društvu te je povezuju s istim vrijednostima, kao što je pokazalo i samo anketno istraživanje. Pojedini stručnjaci su istaknuli povezanost društvene restriktivnosti sa zadržavanjem tradicionalnih odnosa i vlastitim odricanjem za koje kao primjer navode kako obitelji pojedinih pacijenata ipak nisu spremne prihvatiti njihovu bolest i liječenje u zajednici zbog straha od narušavanja postojeće stabilnosti.

Po pitanju stava o rehabilitaciji psihičkog zdravlja u zajednici, stručnjaci su se složili kako se u Hrvatskoj stigma psihijatrijskih bolesti polako smanjuje te kao pozitivne primjere opet navode stanovnike manjih sredina za koje smatraju da su spremniji pomoći i prihvatiti psihijatrijske bolesnike upravo zbog zadržavanja tih tradicionalnih odnosa i vlastitog odricanja. Također,

navode i primjere implementacije koncepta psihijatrije u zajednici te njegovo prihvaćanje od strane zajednice gdje je isti primijenjen.

Stručnjaci smatraju kako bi se smanjivanje stigme i etiketiranja te *promjena* postavki vrijednosti, a time i stavova i mišljenja o psihijatrijskim bolesnicima moglo potaknuti raznim edukacijama i kampanjama. Naime, iz vlastitog su iskustva primijetili kako su osobe koje su više i bolje informirane o psihijatrijskim bolestima i bolesnicima, otvorenije prema konceptu psihijatrije u zajednici. Kao potencijalno rješenje u vidu boljeg upoznavanja građanstva s ovim konceptom navode edukacije od ranije dobi, antistigma kampanje te manje senzacionalističke vijesti koje dobivamo putem medija kada su u pitanju psihijatrijski bolesnici. Isto tako, navode i pozitivno djelovanje vlastitih iskustava osoba koje su bile ili su u doticaju s psihijatrijskim bolesnicima odnosno bolestima na prihvaćanje ideja da se psihijatrijski bolesnici liječe u zajednici.

Iako prema stručnjacima vlastita iskustva pozitivno djeluju na prihvaćanje koncepta psihijatrije u zajednici, s druge su strane oni podijeljeni oko toga tko bi bolje prihvatio ovaj koncept, s obzirom na sociodemografske karakteristike. Tako jedni navode kako su prema idejama o liječenju psihijatrijskih bolesnika u zajednici otvoreniji oni nižeg obrazovanja, zatim stariji i oni iz manjih sredina, dok drugi navode kako su otvoreniji oni višeg obrazovanja, žene, mlađa populacija te oni koji žive u većim sredinama, a to potvrđuju i druga istraživanja.

Prema svemu navedenom možemo zaključiti kako u Hrvatskoj i dalje postoji stupanj stigmatizacije i etiketiranja psihijatrijskih bolesnika, međutim postoji i prostor za promjene. U tom smislu je glavni naglasak na educiranju javnosti o ovakvim temama, ali i uključivanje istih u hrvatski obrazovni sustav čime bi se moglo utjecati na sustav vrijednosti po pitanju stavova o psihijatrijskim bolesnicima. Naravno, najveći je zahvat zapravo pokušaj umreženja svih aktera potrebnih za funkcioniranje koncepta psihijatrije u zajednici na više razina nego što je to bilo do sada.

Budući da je ovo istraživanje pokazalo da postoji povezanost između strukture vrijednosti hrvatskog društva i efikasnog prihvata koncepta psihijatrije u zajednici, što su potvrdili i psihijatri na temelju svog iskustva rada sa psihijatrijskim bolesnicima, buduća bi istraživanja mogla obuhvatiti još veći uzorak. Također, preporuka za eventualna buduća istraživanja odnosila bi se na još iscrpnije propitivanje ove teme u smislu provođenja, osim anketnog istraživanja, i polustrukturiranih intervjuja sa hrvatskim građanima u svrhu dobivanja još detaljnijih odgovora i determinanti prihvaćanja ili neprihvaćanja koncepta psihijatrije u zajednici, ali i s drugim akterima potrebnim za provođenje ovakvog koncepta.

9. LITERATURA

Abercrombie, N., Hill, S. i Turner, B. S. (2008). *Rječnik sociologije*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.

Afrić, V. (1988). Simbolički interakcionizam. *Revija za sociologiju*, vol. 19, br. 1-2: 1-13. Preuzeto, 12. siječnja 2021., s <https://hrcak.srce.hr/155654>.

Aquino, I. (2007). The deinstitutionalization process and mental health teams working with severely mentally ill persons in Sweden. *University of Göteborg, Department of Social Work*. Preuzeto, 26. veljače 2021., s <https://bit.ly/3bNIFp8>.

Babić-Bosanac, S. (2003). Duševna bolnica i prisilna hospitalizacija duševnih bolesnika. U: *Medicinska sociologija*, ur. Anđa Raič, 83-97. Zagreb: Medicinska naklada.

Baccarini, E. (2016). Vrijednosti javnoga dijaloga i hrvatska aktualnost. U: *Vrijednosti u hrvatskom društvu*, ur. Duško Sekulić, 49-65. Zagreb: Centar za demokraciju i pravo Miko Tripalo.

Bachrach, L. L. (1976). Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective. Preuzeto, 26. veljače 2021., s <https://bit.ly/3qZ5OuO>.

Baloban, J., Črpić, G. i Ježovita, J. (2019). *Vrednote u Hrvatskoj od 1999. do 2018.: prema European Values Study*. Zagreb: Kršćanska sadašnjost.

Baloban, S. (2004). Solidarnost u svjetlu socijalnog nauka Crkve. U: *O solidarnosti i supsidijarnosti u Hrvatskoj*, ur. Stjepan Baloban i Gordan Črpić, 39-59. Zagreb: Kršćanska sadašnjost.

Barbiš, M. (2019). *Psijhijatrijska hospitalizacija. Poštivanje etičkih načela i stigmatizacija*. Zagreb: Izvori.

Barley, S. R. i Tolbert, P. S. (1997). Institutionalization and Structuration: Studying the Links between Action and Institution. *Cornell University ILR School*, vol. 18, br. 1: 93-117. Preuzeto, 1. listopada 2020., s <http://bit.ly/3e9d7wt>.

Bartenev, D. (2004-2005). Potential of Human Rights Standards for Deinstitutionalization of Mental Health Services in Russia: a Comparative Legal Analysis. *International Policy Fellow 2004-2005, Center for Policy Studies, Open Society Institute, Budapest (Hungary)*. Preuzeto, 26. veljače 2021., s http://www.policy.hu/bartenev/research_paper_bartenev.pdf.

- Becker, H. S. (1963). *Outsiders*. New York: The Free Press.
- Berger, P. L. i Luckmann, T. (1992). *Socijalna konstrukcija zbilje*. Zagreb: Naprijed.
- Bezić, Ž. (1993). Humanost etike. *Crkva u svijetu*, vol. 28, br. 4: 426-436. Preuzeto, 28. siječnja 2021., s <https://hrcak.srce.hr/52826>.
- Bezić, Ž. (2005). Ljudsko ponašanje. *Crkva u svijetu*, vol. 40, br. 2: 207-226. Preuzeto, 31. siječnja 2021., s <https://hrcak.srce.hr/25014>.
- Bežovan, G. (2004). Amoralni familizam kao prepreka ostvarenju načela supsidijarnosti u hrvatskom društvu. U: *O solidarnosti i supsidijarnosti u Hrvatskoj*, ur. Stjepan Baloban i Gordan Črpić, 59-85. Zagreb: Kršćanska sadašnjost.
- Blumer, H. (1962). Society as symbolic interaction. U: *Symbolic Interactionism*, ur. Rose. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Brajsa, P. (2016). *Drukčija psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- CAMI scale (n.d.). Preuzeto, 10. travnja 2024., s <https://camiscale.com/cami-questionnaire/>.
- Cerjan – Letica, G. i Letica, S. (2003). Bolest. U: *Medicinska sociologija*, ur. Anđa Raič, 51-65. Zagreb: Medicinska naklada.
- Cerjan – Letica, G. i Letica, S. (2003). Zdravlje. U: *Medicinska sociologija*, ur. Anđa Raič, 37-51. Zagreb: Medicinska naklada.
- Cohen, P. S. (1968). *Modern Social Theory*. London: Heinemann Educational Books.
- Corrigan, P. (2012). *A Toolkit for Evaluating Programs Meant to Erase the Stigma of Mental Illness*. Chicago: Illinois Institute of Technology.
- Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, vol. 59, br. 7: 614-25. Preuzeto, 21. siječnja 2021., s <https://bit.ly/2LPrR7W>.
- Cramer, C. (2012). Madness, Deinstitutionalization & Murder. *The Federalist Society*, vol. 13, br. 1. Preuzeto, 5. ožujka 2021., s <http://bit.ly/3rrrd0g>.
- Creswell, J. W. (2006). Choosing a Mixed Methods Design. Preuzeto, 9. studenog 2021., s https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/10982_Chapter_4.pdf.

- Creswell, J. W. (2014). *Research Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Creswell, J.W. i Plano Clark, V.L. (2018). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Dahrendorf, R. (1959 [1957]). *Class and Class Conflict in Industrial Society*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Durkheim, E. (1999). *Pravila sociološke metode*. Uredio Rade Kalanj. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.
- Durkheim, E. (1933). *The Division of Labor in Society*. New York: McMillan.
- Eisenstadt, S. N. (1968). Social institutions: the concept. U: *International Encyclopedia of the Social Sciences*, ur. D. L. Sills, 409-421. 14. New York: Macmillan and Free Press.
- Ferić, I. (2007). Univerzalnost sadržaja i strukture vrijednosti: podaci iz Hrvatske. *Društvena istraživanja*, vol. 16, br. 1-2: 87-88. Preuzeto, 10. studenog 2021., s <https://hrcak.srce.hr/18918>.
- Fina (n.d.). Preuzeto, 23. ožujka 2023., s <https://www.fina.hr/euro-kalkulator>.
- Foucault M. (1980). *Istorija ludila u doba klasicizma*. Beograd: Nolit.
- Foucault, M. (1994). *Nadzor i kazna. Rađanje zatvora*. Zagreb: Informator.
- Gehlen, A. (2005). *Čovjek: njegova narav i njegov položaj u svijetu*. Zagreb: Naklada Breza.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Goffman, E. (2011). *Azili. Eseji o društvenom položaju pacijenata bolnica za mentalno obolele i drugih utočenika*. Novi Sad: Medi Terran publishing.
- Goffman, E. (2009). *Stigma. Zabeleške o ophođenju sa narušenim identitetom*. Novi Sad: Medi Terran publishing.
- Grbac, J. (2009). *Etičke dvojbe hrvatskog društva: o važnosti odgoja za moralne vrijednosti*. Zagreb: Kršćanska sadašnjost.

Grđan, K. (2011). *Prava iz Zakona o zaštiti prava pacijenata u psihijatrijskom tretmanu*. Sjjaj – udruga za društvenu afirmaciju osoba s duševnim smetnjama. Preuzeto, 21. siječnja 2021., s <http://sjjaj.hr/wp-content/uploads/2012/01/Brosura-prava-pacijenata.pdf>.

Haralambos, H. i Holborn, M. (2002). *Sociologija: teme i perspektive*. Zagreb: Golden marketing.

Hodgson, G. M. (2006). What Are Institutions?. *Journal of Economic Issues*, vol. 40, br. 1: 1-25. Preuzeto, 29. rujna 2020., s <https://bit.ly/3kW4XI3>.

Hromatko, I., i Matić, R. (2008). Stigma – teatar kao mjesto prevladavanja stigmatizacije. *Sociologija i prostor*, vol. 46, br. 1(179): 77-100. Preuzeto, 7. prosinca 2020., s: <https://hrcak.srce.hr/24964>.

Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža (n.d.). Institucija. Preuzeto, 1. listopada 2020., s <https://bit.ly/30ozDKm>.

Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža (n.d.). *Malleus maleficarum*. Preuzeto, 8. siječnja 2021., s <http://bit.ly/3s7fi8w>.

Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. Leksikografski zavod Miroslav Krleža (n.d.). *Paracelsus*. Preuzeto, 8. siječnja 2021., s <http://bit.ly/39aSRq9>.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) (2018a). *Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj*. Preuzeto, 23. veljače 2021., s <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/39269/>.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) (2018b). *Twinning project. Osiguravanje optimalne skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja (CRO MHD)*. Preuzeto, 26. ožujka 2021., s <https://www.hzjz.hr/medunarodna-istrazivanja/osiguravanje-optimalne-zdravstvene-skrbi-za-osobe-s-poremecajima-mentalnog-zdravlja/#smjernice>.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) (2015). *Svjetski dan mentalnog zdravlja*. Preuzeto, 17. veljače 2021., s <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/svjetski-dan-mentalnog-zdravlja/>.

Hudolin, V. (1982). *Socijalna psihijatrija i psihopatologija*. Zagreb: Školska knjiga.

Hudolin, V. i Maljković, I. (1985). *Rehabilitacija u psihijatriji i bolnica Ugljan*. Zagreb: Stvarnost.

Husserl, E. (1931). *Ideas*. London: Allen & Unwin.

Ilišin, V. i Gvozdanović, A. (2016). Struktura i dinamika vrijednosti mladih u Hrvatskoj. U: *Vrijednosti u hrvatskom društvu*, ur. Duško Sekulić, 169-199. Zagreb: Centar za demokraciju i pravo Miko Tripalo.

Jakovljević, M. i Begić, D. (2013). Socijalna psihijatrija danas: izazovi i mogućnosti. *Socijalna psihijatrija*, vol. 41, br. 1: 16-20. Preuzeto, 26. veljače 2021., s <https://hrcak.srce.hr/106466>.

Jeđud, I. (2007). Alisa u zemlji čuda – kvalitativna metodologija i metoda utemeljene teorije. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, vol. 43, br. 2: 83-101. Preuzeto, 15. prosinca 2022., s <http://hrcak.srce.hr/26371>.

Karlović, D. i suradnici (2019). *Psihijatrija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Kecmanović, D. (1978a). *Društveni korijeni psihijatrije*. Beograd: Sazvežđa.

Kecmanović, D. (1978b). *Socijalna psihijatrija sa psihijatrijskom sociologijom*. Sarajevo: Svjetlost.

Kecmanović, D. (2014). *U potrazi za identitetom psihijatrije*. Beograd: Clio.

Klinika za psihijatriju *Vrapče* (2020). Prvi telepsihijatrijski centar u Republici Hrvatskoj. Preuzeto, 10. ožujka 2020., s <https://bolnica-vrapce.hr/prvi-telepsihijatrijski-centar-u-republici-hrvatskoj/>.

Knight, J. (1992). *Institutions and Social Conflict*. Velika Britanija: Cambridge University Press. Preuzeto, 16. listopada 2020., s <https://bit.ly/3iYCBvq>.

Kovčo, I. (2001). Kazna zatvora - zašto i kuda?. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, vol. 8, br. 2: 117-136. Preuzeto, 8. siječnja 2021., s <https://hrcak.srce.hr/87084>.

Krizmanić, M. (2016). Znači li erozija vrijednosti njihov nestanak ili samo njihovu promjenu? U: *Vrijednosti u hrvatskom društvu*, ur. Duško Sekulić, 65-69. Zagreb: Centar za demokraciju i pravo Miko Tripalo.

Kuvačić, I. (1990). *Funkcionalizam u sociologiji*. Zagreb: Naprijed.

Kuvačić, I. (2004). *Uvod u sociologiju*. Zagreb: Golden marketing – Tehnička knjiga.

Lemert, E. M. (1972). *Human Deviance, Social Problems and Social Control*. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Leutar, Z. i Buljevac, M. (2021). Obitelj kao čimbenik podrške u psihijatrijskom liječenju i rehabilitaciji. U: *Psihijatrija u zajednici*, ur. Lana Mužinić Marinić, 223-231. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.

Lockwood, D. (1964). Social integration and system integration. U: *Explorations in Social Change*, ur. G. K. Zollschan i W. Hirsch, 244-257. London: Routledge & Kegan Paul.

Lotar, M., Kamenov, Ž. i Lebedina-Manzoni, M. (2010). Spolne razlike u stigmatizaciji osuđenih počinitelja kaznenih djela. *Kriminologija i socijalna integracija*, vol. 18, br. 2: 15-27. Preuzeto, 8. siječnja 2021., s <https://hrcak.srce.hr/62466>.

Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. i Beecham J. (2007). *Deinstitutionalization and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. University of Kent. Preuzeto, 5. ožujka 2021., s <https://bit.ly/3c8V9HM>.

Martić, D. (2016). Tehnika kao čovjekova ekspanzija. *Jahr*, vol. 7, br. 2: 321-330. Preuzeto, 29. siječnja 2021., s <https://hrcak.srce.hr/173088>.

Mead, G. H. (2003). *Um, osoba i društvo – sa stajališta socijalnog biheviorista*. Zagreb: Naklada Jesenski i Turk.

Merriam Webster (n.d.). Preuzeto, 26. veljače 2021., s <https://www.merriam-webster.com/dictionary/deinstitutionalization>.

Milas, G. (2009). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Miletić, L. i Sokolić, F. (2017). Stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama – istraživanje stajališta studenata Pravnog fakulteta u Rijeci. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, vol. 38, br. 3: 1163-1182. Preuzeto, 16. ožujka 2021., s <https://doi.org/10.30925/zpfsr.38.3.9>.

Muslić, Lj., Jovičić Burić, D., Markelić, M. i Musić Milanović, S. (2020). Zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja. *Socijalna psihijatrija*, vol. 48, br. 3: 324-343. Preuzeto, 12. ožujka 2021., s <https://doi.org/10.24869/spsih.2020.324>.

Mužinić Marinić, L. (2021). Povijesni razvoj rehabilitacije u psihijatriji i psihijatrije u zajednici. U: *Psihijatrija u zajednici*, ur. Lana Mužinić Marinić, 1-15. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.

Narodne novine (2010). Ustav Republike Hrvatske. Preuzeto, 19. veljače 2021., s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_85_2422.html.

- Nisbet, R. A. (2007). *Sociološka tradicija*. Zagreb: Golden marketing – Tehnička knjiga.
- North, D. C. (1991). Institutions. *Journal of Economic Perspectives*, vol. 5, br. 1: 97-112. Preuzeto, 1. listopada 2020., s <https://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/jep.5.1.97>.
- OECD Mental Health Performance Framework (2019). Preuzeto, 12. ožujka 2021., s <http://www.oecd.org/health/OECD-Mental-Health-Performance-Framework-2019.pdf>.
- Perera, I. M. (2020). The Relationship Between Hospital and Community Psychiatry: Complements, Not Substitutes? *Psychiatric Services*, br. 71: 964-966. Preuzeto, 7. ožujka 2021., s <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.201900086>.
- Petković, S. i Kregar, J. (1997). *Ogledi o društvenim procesima i institucijama*. Zagreb: Sveučilišna tiskara d.o.o.
- Puzić, S. (1998). Problem strukture i djelovanja u djelu Anthonya Giddensa. *Revija za sociologiju*, vol. 29, br. 3-4: 225-234. Preuzeto, 1. listopada 2020., s <https://hrcak.srce.hr/154425>.
- Rimac, I. (2016). Vrijednosti u hrvatskom društvu i mogućnost političkog konsenzusa. U: *Vrijednosti u hrvatskom društvu*, ur. Duško Sekulić, 109-137. Zagreb: Centar za demokraciju i pravo Miko Tripalo.
- Rinčić, I. (2010). Teorija institucija Arnolda Gehlena: prilog istraživanju bioetičkih institucija. *Filozofska istraživanja*, vol. 30, br. 1-2: 141-159. Preuzeto, 22. listopada 2020., s <https://hrcak.srce.hr/62957>.
- Ritzer, G. (1997). *Suvremena sociološka teorija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
- Salopek, I., Oštrek, J., Hrvat, L., Cvitanović, H. i Jančić, E. (2019). Pregled razvoja psihijatrijske službe u Karlovcu – u povodu 50. godišnjice osnivanja odjela za neuropsihijatriju Opće bolnice Karlovac (1969.-2019.). *Acta medico-historica Adriatica*, vol. 17, br. 1: 143-160. Preuzeto, 22. ožujka 2021., s <https://doi.org/10.31952/amha.17.1.9>.
- Schütz, A. (1972). *The Phenomenology of the Social World*. London: Heinemann.
- Schwartz, S. H. (2012). An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. *Online Readings in Psychology and Culture*, vol. 2, br. 1: 1-20. Preuzeto, 23. veljače 2022., s <https://doi.org/10.9707/2307-0919.1116>.

Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 25: 1-65. Preuzeto, 23. veljače 2022., s <https://bit.ly/3samWRy>.

Science Museum (n.d.). Preuzeto, 8. siječnja 2021., s <http://bit.ly/3bjNITj>.

Sekol, I. i Maurović, I. (2017). Miješanje kvantitativnog i kvalitativnog istraživačkog pristupa u društvenim znanostima – miješanje metoda ili metodologija?. *Ljetopis socijalnog rada*, vol. 24, br. 1: 7-32. Preuzeto, 9. kolovoza 2021., s <https://doi.org/10.3935/ljsr.v24i1.147>.

Sekulić, D. (2012). Društveni okvir i vrijednosni sustav. *Revija za sociologiju*, vol. 42, br. 3: 231-275. Preuzeto, 8. veljače 2021., s <https://doi.org/10.5613/rzs.42.3.1>.

Sekulić, D. (2014). *Identitet i vrijednosti: sociološka studija o hrvatskom društvu*. Zagreb: Politička kultura.

Serra, P. (2005). Tri paradigme stare psihijatrije. *Psihijat. dan.*, vol. 37, br. 1: 27-33. Preuzeto, 26. veljače 2021., s <http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0350-2538/2005/0350-25380501027S.pdf>.

Škugor, T. i Sindik, J. (2017). Stavovi prema duševnim bolesnicima u društvu – usporedba u odnosu na odabrane socio-demografske čimbenike. *Sestrinski glasnik*, vol. 22, br. 3: 273-279. Preuzeto, 21. siječnja 2021., s <https://hrcak.srce.hr/193863>.

Štrkalj-Ivezić, S. (2016). *Život bez stigme psihičke bolesti*. Zagreb: Medicinska naklada.

Štrkalj-Ivezić, S., Jendričko, T., Pisk, Z. i Martić-Biočina, S. (2014). Terapijska zajednica. *Socijalna psihijatrija*, vol. 42, br. 3: 172-179. Preuzeto, 5. ožujka 2021., s <https://hrcak.srce.hr/134763>.

Štrkalj-Ivezić, S., Jukić, V., Štimac-Grbić, D., Čelić, I., Brečić, P., Silobrčić Radić, M., Bagarić, A. i Ćurković, M. (2018). Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj. *Acta medica Croatica*, vol. 72, br. 2: 179-187. Preuzeto, 7. ožujka 2021., s <https://hrcak.srce.hr/199524>.

Štrkalj-Ivezić, S. i Štimac-Grbić, D. (2021). Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i uloga mobilnih psihijatrijskih timova. U: *Psihijatrija u zajednici*, ur. Lana Mužinić Marinić, 17-33. Zagreb: Biblioteka socijalnog rada.

- Taylor, S. M. i Dear, M. J. (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally III. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 7, br. 2: 225-240. Preuzeto, 10. studenog 2021., s <https://www.researchgate.net/publication/15917662>.
- Tomašević, L. (2011). Ontološko i funkcionalističko shvaćanje osobe: bioetička rasprava. *Crkva u svijetu*, vol. 46, br. 2: 143-170. Preuzeto, 28. siječnja 2021., s <https://hrcak.srce.hr/70673>.
- Tomić-Koludrović, I. i Knežević, S. (2004). Konstrukcija identiteta u mikro-makro kontekstu. *Acta Iadertina*, vol. 1, br. 1: 0-0. Preuzeto, 1. listopada 2020., s <https://hrcak.srce.hr/190044>.
- Tönnies, F. (2012). *Zajednica i društvo: osnovni pojmovi čiste sociologije*. Zagreb: Kultura i Društvo.
- Turner, J. H. (1985). *Herbert Spencer: A renewed appreciation*. London: Sage.
- Turner, J. H., Beeghley, L. i Powers, C. H. (2002). The Sociology of Herbert Spencer. U: *The emergence of sociological theory (5th ed.)*, 54-89. Belmont, CA: Wadsworth Thomson Learning. Preuzeto, 8. listopada 2020., s <https://bit.ly/30MshQW>.
- Vučina, I., Musa, S., Dizdarević-Maksumić, A., Niškanović, J., Popović, T. i Lakić, B. (2012). Istraživanje stavova javnosti prema osobama sa mentalnim poremećajima. Preuzeto, 15. lipnja 2021., s <https://bit.ly/3v9HaMX>.
- Wolff, K. H. (1978). Phenomenology and Sociology. U: *A History of Sociological Analysis*, ur. T. B. Bottomore i R. Nisbet, 449-556. New York: Basic Books.
- World Health Organization (WHO) (n.d.). Preuzeto, 12. veljače 2021., s <http://bit.ly/3aVfQqa>.
- World Health Organization (WHO) (2014). Innovation In Deinstitutionalization: A Who Expert Survey. Preuzeto, 26. veljače 2021., s <https://bit.ly/3q4dpaw>.
- Županov, J. (2011). Hrvatsko društvo danas – kontinuitet i promjena. *Politička misao*, vol. 48, br. 3: 145-163. Preuzeto, 10. veljače 2021., s <https://hrcak.srce.hr/74112>.

10. PRILOZI

10.1. Anketni upitnik

Povezanost vrijednosti građana Republike Hrvatske sa njihovim stavovima i mišljenjima o psihički bolesnim osobama

Poštovani/a,

provodimo anketno istraživanje za potrebe izrade disertacije na doktorskom studiju sociologije, s ciljem utvrđivanja povezanosti vrijednosti građana Republike Hrvatske sa njihovim stavovima i mišljenjima o psihički bolesnim osobama. Rezultati istraživanja koristit će se u poopćenom obliku te će se osigurati potpuna povjerljivost i anonimnost Vaših privatnih podataka. Javno dostupni bit će samo podaci u zbirnom obliku odnosno statistički podaci dobiveni odgovorima svih sudionika. Sudjelovanje je dobrovoljno te možete odustati u bilo kojem trenutku.

Molimo Vas da na ova pitanja odgovorite iskreno. Predviđeno vrijeme trajanje upitnika je 10 minuta, a upitnik se sastoji od 18 pitanja.

Unaprijed zahvaljujemo na doprinosu!

Molimo Vas da se za dodatna pitanja obratite na sljedeću e-mail adresu:
maja.odorjan@gmail.com

UVODNA PITANJA

1. Spol:

- M
- Ž

2. Dob:

- 18 – 29 godina
- 30 – 39 godina
- 40 – 49 godina
- 50 – 59 godina

- 60 – 69 godina
- preko 70 godina

3. Županija:

- Zagrebačka
- Krapinsko-zagorska
- Sisačko-moslavačka
- Karlovačka
- Varaždinska
- Koprivničko-križevačka
- Bjelovarsko-bilogorska
- Primorsko-goranska
- Ličko-senjska
- Virovitičko-podravska
- Požeško-slavonska
- Brodsko-posavska
- Zadarska
- Osječko-baranjska
- Šibensko-kninska
- Vukovarsko-srijemska
- Splitsko-dalmatinska
- Istarska
- Dubrovačko-neretvanska
- Međimurska
- Grad Zagreb

POZNAVANJE PSIHIJATRIJSKOG SUSTAVA REPUBLIKE HRVATSKE

Pitanja u nastavku odnose se na Vašu informiranost o psihijatrijskom sustavu Republike Hrvatske. Molimo Vas da procijenite koliko ste informirani o psihijatrijskom sustavu te prema tome odaberete jedan od ponuđenih odgovora.

4. Koliko ste dobro upoznati s tipovima psihijatrijskih ustanova u Republici Hrvatskoj?

- Izrazito dobro

- Vrlo dobro
- Niti dobro niti loše
- Vrlo loše
- Izrazito loše

5. Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici (liječenje psihijatrijskih bolesnika kod kuće, uz redovito praćenje tijeka liječenja od strane mobilnih timova)?

- Upoznat/a sam s konceptom psihijatrije u zajednici i znam točno na što se odnosi
- Upoznat/a sam (čuo/la sam) s konceptom psihijatrije u zajednici, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi
- Samo sam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici
- Uopće nisam čuo/la za koncept psihijatrije u zajednici

6. Jeste li upoznati sa značenjem termina *mentalnozdravstvena pismenost*?

- Upoznat/a sam sa terminom *mentalnozdravstvena pismenost* i znam točno na što se odnosi
- Upoznat/a sam (čuo/la sam) sa terminom *mentalnozdravstvena pismenost*, ali nisam siguran/na na što se točno odnosi
- Samo sam čuo/la za termin *mentalnozdravstvena pismenost*
- Uopće nisam čuo/la za termin *mentalnozdravstvena pismenost*

STAVOVI I MIŠLJENJA O PSIHIČKIM BOLESTIMA TE ODNOS PREMA PSIHIČKI BOLESNIM OSOBAMA

7. Navedeno je nekoliko tvrdnji vezanih uz mišljenja o psihički bolesnim osobama i njihovom stanju. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku tvrdnju te označite svoj stupanj slaganja.

	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Nemam određeno mišljenje	Uglavnom se slažem	Izrazito se slažem
Čim osoba pokaže znakove psihičkog poremećaja, trebala bi biti smještena na bolničko liječenje.					

Više novca poreznih obveznika se treba izdvajati za njegu i tretman odraslih sa psihičkim poremećajem.					
Odrasla osoba sa psihičkim poremećajem treba biti izolirana od ostatka zajednice.					
Najbolja terapija za mnoge odrasle osobe s psihičkim poremećajem jest da budu dio zajednice.					
Psihička bolest je bolest kao i svaka druga.					
Odrasle osobe s psihičkim poremećajem teret su društvu.					
Odrasle osobe s psihičkim poremećajem daleko su manje opasne nego što većina ljudi pretpostavlja.					

Smještanje ustanova za psihičko zdravlje u stambeno naselje čini zajednicu manje privlačnom za življenje.					
Lako je razlikovati odrasle osobe sa psihičkim poremećajem od ostalih ljudi.					
Odrasle osobe s psihičkim poremećajima predugo su bile predmet ismijavanja.					
Žena bi bila nepromišljena da se uda za čovjeka koji je bolovao od psihičkog poremećaja, iako se čini da se potpuno oporavio.					
Usluge vezane za psihičko zdravlje trebaju biti što dostupnije u ustanovama u zajednici.					

Potrebno je manje naglašavati zaštitu javnosti od odraslih sa psihičkim poremećajima.					
Povećana potrošnja na usluge iz dijela psihičkog zdravlja gubitak je poreznog novca.					
Nitko nema pravo isključiti odrasle osobe sa psihičkim poremećajem iz njihovih zajednica.					
Osobama s psihičkim poremećajima život u stambenim naseljima može biti dobra terapija, ali su preveliki rizici za druge stanovnike.					
Odrasle osobe sa psihičkim poremećajima trebaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca.					
Moramo biti mnogo tolerantniji prema					

odraslima sa psihičkim poremećajima u našem društvu.					
Ne bih želio/željela živjeti u naselju s nekim tko ima psihički poremećaj.					
Stanovnici bi trebali prihvatiti smještanje ustanova za psihičko zdravlje u njihovu naselju, koje će služiti potrebama lokalne zajednice.					
Odrasle osobe s psihičkim poremećajima ne treba tretirati kao izolirane iz društva.					
Trenutno postoji dovoljan broj usluga za osobe s psihičkim poremećajima.					
Odrasle osobe s psihičkim poremećajima treba ohrabrivati da prihvate					

uobičajene životne obveze.					
Lokalno stanovništvo odbilo bi da se ustanove za psihičko zdravlje smjeste u njihovo naselje.					
Najbolji način postupanja s odraslim osobama koje imaju psihički poremećaj jest da se drže iza zaključanih vrata.					
Naše psihijatrijske bolnice/odjeli više izgledaju kao zatvori nego kao mjesta gdje se odrasle osobe sa psihičkim poremećajima mogu liječiti.					
Svatko s iskustvom psihičkih poremećaja treba biti isključen iz obavljanja neke javne funkcije.					

Smještanje ustanova za psihičko zdravlje u stambena naselja ne ugrožava lokalno stanovništvo.					
Psijatrijske bolnice/odjeli zastarjela su metoda liječenja odraslih sa psihičkim poremećajima.					
Odrasle osobe s psihičkim poremećajima ne zaslužuju našu milost.					
Odrasloj osobi s psihičkim poremećajem ne smiju biti uskraćena njezina osobna prava.					
Ustanove za psihičko zdravlje trebaju biti udaljene od stambenih naselja.					
Jedan od glavnih uzroka psihičkih poremećaja jest nedostatak					

<p>samodiscipline i snage volje.</p>					
<p>Naša odgovornost je osigurati najbolju moguću brigu odraslima sa psihičkim poremećajima.</p>					
<p>Odrasloj osobi s psihičkim poremećajem ne treba davati nikakvu odgovornost.</p>					
<p>Lokalno stanovništvo se ne treba plašiti osoba koje dolaze u njihovo naselje po usluge iz dijela psihičkog zdravlja.</p>					
<p>Gotovo svatko može oboljeti od psihičkog poremećaja.</p>					
<p>Najbolje je izbjeći bilo koga tko ima psihičkih problema.</p>					
<p>Većini žena koje su jednom bile pacijentice u psihijatrijskoj bolnici</p>					

mogu se povjeriti djeca na čuvanje.					
Zastrašujuće je pomisliti da ljudi s psihičkim poremećajima žive u naselju.					

ŽIVOTNI STILOVI POJEDINACA I VAŽNOST ODREĐENIH SEGMENTA U ŽIVOTU

8. Ova skupina tvrdnji odnosi se na kratak opis neke osobe. Molimo Vas da pažljivo pročitate svaku tvrdnju te označite stupanj sličnosti sa Vama.

	Uopće mi nije slična	Nije mi slična	Donekle mi je slična	Slična mi je	Vrlo mi je slična
Važno mu/joj je smišljati nove ideje i biti kreativan/kreativna. Voli stvari raditi na svoj, originalan način.					
Važno mu/joj je biti bogat/bogata. Želi imati mnogo novaca i posjedovati skupe stvari.					
On/ona smatra da je važno da se prema svim ljudima na svijetu postupa na jednak način. Vjeruje da bi svi ljudi trebali imati jednake mogućnosti u životu.					
Vrlo mu/joj je važno iskazivati vlastite sposobnosti. Želi da se ljudi divedu onome što on/ona radi.					

Važno mu/joj je živjeti u sigurnom okruženju. Izbjegava sve što bi moglo ugroziti njegovu/njezinu sigurnost.					
On/ona voli iznenađenja i stalno je u potrazi za nekim novim aktivnostima. Smatra da je u životu važno isprobati puno različitih stvari.					
On/ona vjeruje da bi ljudi trebali činiti ono što im se kaže. Smatra da bi se ljudi uvijek trebali držati pravila, čak i kada ih nitko ne gleda.					
Važno mu/joj je saslušati ljude koji su drugačiji od njega/nje. Čak i kada se ne slaže s njihovim mišljenjima, ipak ih nastoji razumjeti.					
Važno mu/joj je biti ponizan i skroman/ponizna i skromna. Nastoji ne privlačiti pozornost na sebe.					
Važno mu/joj je uživati u blagodatima života. Voli si ugađati.					
Važno mu/joj je da sam/sama donosi odluke o onome što radi. Voli biti samostalan i ne oslanjati se na druge.					

Vrlo mu/joj je važno pomagati ljudima koji ga/ju okružuju. Želi voditi brigu o njihovoj dobrobiti.					
Važno mu/joj je biti vrlo uspješan. Želio/željela bi da drugi prepoznaju njegove/njezine uspjehe i postignuća.					
Važno mu/joj je da državna vlast osigura njegovu/njezinu sigurnost od svih prijetnji. Smatra da država treba biti snažna kako bi mogla obraniti svoje građane.					
On/ona je stalno u potrazi za avanturama i voli se izlagati riziku. Želi voditi uzbudljiv život.					
Važno mu/joj je da se uvijek ponaša pristojno. Nastoji izbjeći sve za što bi ljudi mogli reći da je loše.					
Važno mu/joj je da ga/ju drugi poštuju. Želi da ljudi čine ono što im on/ona kaže.					
Važno mu/joj je biti odan/odana svojim prijateljima. Želi se posvetiti ljudima koji su mu/joj bliski.					
On/ona čvrsto vjeruje da bi ljudi trebali skrbiti za prirodu. Briga za okoliš mu/joj je važna.					
Tradicija mu/joj je važna. Nastoji održavati običaje koje propisuje					

njegova/njezina vjera ili štuje njegova/njezina obitelj.					
On/ona traži svaku priliku da se zabavi. Važno mu/joj je raditi stvari koje mu/joj prčinjaju zadovoljstvo.					

SOCIODEMOGRAFSKA PITANJA

9. Koji je Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja?

- Nezavršena osnovna škola
- Osnovna škola
- Srednja škola
- Viša stručna sprema
- Visoka stručna sprema
- Doktorat
- Ne znam
- Ne želim odgovoriti

10. Koji je Vaš bračni status?

- Neoženjen/neudata
- Oženjen/udata
- U izvanbračnoj zajednici
- Razveden/a
- Udovac/ica
- Ne želim odgovoriti

11. Koji je Vaš trenutni radni status?

- Učenik/ca
- Student/ica
- Zaposlen/a ili samozaposlen/a
- Nezaposlen/a
- Umirovljenik/ca

- Ne želim odgovoriti

12. Koliki su prosječni mjesečni prihodi Vašeg kućanstva?

(***Prihodi** uključuju dohodak i prihod od redovitog i povremenog rada, sve vrste mirovina i dodataka, redovitih i povremenih socijalnih naknada, prihoda od svih vrsta imovinskih prava te povremena primanja od fizičkih i pravnih osoba u obliku darova, poklona ili bilo koje vrste pomoći u novčanom ili nenovčanom obliku, koje ostvarujete Vi ili netko od Vaših ukućana.)

***Kućanstvo** je svaka obiteljska ili druga zajednica osoba koje zajedno stanuju i zajednički troše svoje prihode za podmirivanje osnovnih životnih potreba (stanovanje, hrana i drugo). Kućanstvom se smatra i svaka osoba koja živi sama (jednočlano kućanstvo)).

- do 2 000 kuna
- 2 001 – 5 000 kuna
- 5 001 – 8 000 kuna
- 8 001 – 11 000 kuna
- 11 001 – 14 000 kuna
- 14 001 i više
- Ne želim odgovoriti

13. Koliko osoba, uključujući i Vas, živi u kućanstvu?

Broj osoba: _____

14. Veličina naselja (po broju stanovnika) u kojem živite:

- do 1000 stanovnika
- 1001 – 5000 stanovnika
- 5001 – 10 000 stanovnika
- 10 001 – 20 000 stanovnika
- 20 001 – 50 000 stanovnika
- 50 001 – 100 000 stanovnika
- 100 001 – 200 000 stanovnika
- više od 200 000 stanovnika
- Ne želim odgovoriti

OSOBNOST I ISKUSTVO VEZANO UZ PSIHIČKE BOLESTI

Sljedeća pitanja odnose se na osobno iskustvo vezano uz psihičke bolesti. Molimo Vas da iskreno odgovorite na pitanje sa *Da* ili *Ne* (ne postoje točni i netočni odgovori).

15. Poznajete li osobu koja je bila hospitalizirana ili je trenutno hospitalizirana u psihijatrijskoj bolnici?

- Da
- Ne
- Ne želim odgovoriti

16. Postoji li u Vašoj najbližoj okolini (obitelj, bliski prijatelji) psihički oboljela osoba (sa potvrđenom dijagnozom)?

- Da
- Ne
- Ne želim odgovoriti

17. Jeste li ikada Vi osobno posjećivali psihijatra?

- Da
- Ne
- Ne želim odgovoriti

18. Jeste li ikada Vi osobno boravili u psihijatrijskoj bolnici?

- Da
- Ne
- Ne želim odgovoriti

10.1.1. Odobrenje Etičkog povjerenstva za provedbu anketnog istraživanja

HRVATSKO KATOLIČKO SVEUČILIŠTE
Ilica 242
10000 Zagreb

KLASA: 643-02/21-03/02
URBROJ: 498-16/2-21-05

Zagreb, 7. rujna 2021.



HRVATSKO
KATOLIČKO
SVEUČILIŠTE
UNIVERSITAS
STUDIORUM
CATHOLICA
CROATICA
ZAGREBENSIS

Na temelju članka 23. Etičkog kodeksa Hrvatskog katoličkog sveučilišta i zamolbe KLASA: 643-02/21-03/02, URBROJ: 15-21-01 od 16. lipnja 2021. godine i nadopune Zamolbi KLASA: 643-02/21-03/02 URBROJ: 15-21-03 od 28. srpnja 2021. godine, Etičko povjerenstvo Hrvatskog katoličkog sveučilišta izdaje

POTVRDU

kojom se potvrđuje da je istraživanje za potrebe izrade doktorskog rada pod nazivom *Društvene determinante i povezanost strukture vrijednosti s efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici*, koje će provoditi studentica Hrvatskog katoličkog sveučilišta na posljediplomskom sveučilišnom (doktorskome) studiju sociologije Maja Odorjan Novak, pod mentorstvom izv. prof. dr. sc. Ivana Balabanića i prof. dr. sc. Gordana Črpića, u skladu s Etičkim kodeksom te ostalim pravilima i zakonskim regulativama provođenja istraživanja u koje je uključen čovjek.

Provoditeljica istraživanja dužna je dostaviti na uvid Etičkom povjerenstvu konačni upitnik prije provođenja kvalitativnog istraživanja.

U planiranju i provedbi istraživanja provoditeljica istraživanja dužna je postupati u skladu s odredbama Opće uredbe o zaštiti osobnih podataka (GDPR) i Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka.

Predsjednik Etičkog povjerenstva

Doc. dr. sc. Anto Cartolovni



Dostaviti:

1. Maja Odorjan Novak
2. Izv. prof. dr. sc. Ivan Balabanić
3. Prof. dr. sc. Gordana Črpić
4. Odsjek za arhiv

10.2. Vodič za polustrukturirani intervju

Datum:
Mjesto:
Vrijeme:
Ime i prezime istraživača:

Šifra sudionika/ice pod kojom će se navoditi u radu:
Najviši stupanj obrazovanja:
Trenutno radno mjesto (službeni opis):
Duljina radnog staža u struci:

1. Ukratko opišite (institucijski) proces razvoja psihijatrije u Hrvatskoj do danas. Kakvo je trenutno stanje u hrvatskom psihijatrijskom sustavu (učestalost, broj, duljina hospitalizacija, metode liječenja, uređenost smještajnih kapaciteta)?
2. Jeste li upoznati s konceptom psihijatrije u zajednici? U kojim oblicima? Je li taj koncept zahvatio hrvatski psihijatrijski sustav? Opišite na koje načine. Je li taj koncept nešto čemu se teži na razini cijelog psihijatrijskog sustava ili su tu uključeni samo pojedini akteri (npr. pojedine bolnice)? Treba li ga u tom slučaju proširiti na cijeli psihijatrijski sustav? Opišite kako.
3. Koje su glavne prepreke provođenja koncepta psihijatrije u zajednici u Hrvatskoj? Koji akteri pomažu u provođenju koncepta, a koji odmažu (npr. građani, tj. njihove vrijednosti, državno uređenje, politika, ekonomske strukture, razne udruge,...)? S obzirom na to, kakvu budućnost predviđate takvom konceptu u Hrvatskoj?
4. Jeste li možda sudjelovali u pilot projektu *Pokretanje timova za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici*? Ako jeste, navedite pozitivne i negativne strane projekta, doprinose konceptu psihijatrije u zajednici i sl.
5. S obzirom na Vaše iskustvo, što mislite zašto je građanima RH važno pomagati psihijatrijskim bolesnicima? Zašto ih nastoje razumjeti? Kako takav odnos prema psihijatrijskim bolesnicima utječe na potencijalni prihvat psihijatrije u zajednici?

6. Smatrate li da građani RH zaista razumiju problematiku psihičkih bolesti ili se više radi o iskazivanjima vlastitih sposobnosti i *pokazivanja* kako nekome pomažu u svrhu divljenja okoline zbog toga? Kako takvo ponašanje utječe na potencijalni prihvata psihijatrije u zajednici (u oba slučaja)?
7. Smatrate li da su građani RH otvoreni za promjene (npr. smišljanje novih ideja, kreativnost, samostalnost u donošenju odluka i sl.) u vidu prihvata koncepta psihijatrije u zajednici? Iz Vašeg iskustva, kako otvorenost za promjene utječe na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici?
8. Smatrate li da su građani RH skloni zadržavanju tradicionalnih odnosa (npr. sigurno okruženje, briga države o sigurnosti građana, poslušnost/poštivanje svih pravila itd.) u vidu prihvata koncepta psihijatrije u zajednici? Iz Vašeg iskustva, kako zadržavanje tradicionalnih odnosa utječe na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici?
9. S obzirom na vaše iskustvo, jesu li građani RH (dovoljno) informirani o psihijatrijskom sustavu/tipovima liječenja? Obrazložite. U kojim bi se oblicima trebale provoditi aktivnosti vezane za informiranje građana o navedenom te o konceptu psihijatrije u zajednici? Je li možda došlo do prezasićenja kada govorimo o informiranju o navedenim temama ili se informiranje treba pojačati?

Istraživanje je pokazalo da su građani kojima je važno pomagati ljudima koji ih okružuju i koji su otvoreni za promjene ujedno i više informirani o psihijatrijskom sustavu/tipovima liječenja. Uviđate li takve obrasce ponašanja i u praksi? Obrazložite.

10. S obzirom na Vaše iskustvo sa psihijatrijskim bolesnicima i njihovim bližnjima, što mislite na koje načine vlastita iskustva vezana uz psihičke bolesti djeluju na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici? Stvaraju li takva iskustva želju za pomoći drugim osobama u sličnim situacijama ili možda odbojnost?
11. Što mislite kako bi pojedine sociodemografske karakteristike građana RH (npr. spol, dob, stupanj obrazovanja, bračni status, radni status, imovinski status, veličina naselja) mogle pridonijeti na prihvata koncepta psihijatrije u zajednici? S obzirom na Vaše iskustvo, uvjetuju li neke od navedenih karakteristika stavove i mišljenja o psihijatrijskim bolesnicima, a naposljetku i prihvata tog koncepta, kao što je to pokazalo anketno istraživanje?

Hvala Vam na Vašem vremenu i sudjelovanju u istraživanju.

KOMENTARI I NAPOMENE

10.2.1. Informirani pristanak koji je bio uručen sudionicima prije provođenja polustrukturiranog intervjua

INFORMIRANI PRISTANAK

Naslov doktorske disertacije: *Društvene determinante i povezanost strukture vrijednosti s efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici.*

Opis: Istraživanje u svrhu izrade doktorske disertacije provodi polaznica dokorskog studija sociologije na Hrvatskom katoličkom sveučilištu, Maja Odorjan Novak, pod mentorstvom izv. prof. dr. sc. Ivana Balabanića i sumentorstvom prof. dr. sc. Gordana Črpića. U istraživanju se koristi metoda polustrukturiranog intervjua na čijim će se podacima temeljiti jedan dio doktorske disertacije.

Svrha: Svrha ovog istraživanja je da stručnjaci na navedenu temu (*Društvene determinante i povezanost strukture vrijednosti s efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici*) podijele svoja iskustva i stavove koja će se koristiti isključivo radi izrade doktorske disertacije.

Postupak: Postupak istraživanja obuhvaća provođenje usmenih (licem u lice) polustrukturiranih intervjua. Predviđeno vrijeme trajanja je 60 minuta. Intervjui se sastoje od otvorenih pitanja te će biti snimani, a audio zapisi će biti transkribirani i pohranjeni. Nakon transkribiranja, snimke će biti uništene. Također, transkripti će se kodirati te naposljetku analizirati. Svi materijali će biti čuvani pet godina od dana njihovog provođenja, a nakon toga će biti obrisani.

Etičke odredbe: Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Hrvatskog katoličkog sveučilišta. Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno i sudionici imaju pravo povlačenja u

bilo kojem trenutku. Ako doktorska disertacija ili na njoj utemeljene znanstvene publikacije budu sadržavale izvratke iz intervjua, oni će biti označeni prikladnim pseudonimom kako bi se osigurala zaštita identiteta i privatnost sudionika.

Ovime izjavljujem da pristajem sudjelovati u istraživanju u svrhu izrade doktorske disertacije na temu *Društvene determinante i povezanost strukture vrijednosti s efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici*, Maje Odorjan Novak.

Također, potvrđujem:

- a) da razumijem da je moje sudjelovanje dobrovoljno i da se mogu povući u bilo kojem trenutku bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica;
- b) da sam obaviješten/a da će intervju biti sniman i transkribiran;
- c) da razumijem da će podaci iz intervjua (transkripti i audio snimke) biti sigurno pohranjeni na primjeren način odnosno da će audio snimke nakon transkribiranja biti uništene, a ostali podaci prikupljeni putem istraživanja će se primjereno čuvati 5 godina;
- d) da će podaci intervjua biti korišteni u svrhu izrade doktorske disertacije;
- e) da razumijem da nijedan dio razgovora koji bi mogao biti publiciran neće sadržavati podatke koji bi mogli ukazivati na moj identitet jer će se koristiti prikladan pseudonim.
- f) Ovlašćujem istraživača da koristi podatke dobivene intervjuom pod gore navedenim uvjetima.

Potpis sudionika/ice: _____

Potpis istraživača/ice: _____

Mjesto i datum: _____

10.2.2. Odobrenje Etičkog povjerenstva za provedbu polustrukturiranog intervjua

HRVATSKO KATOLIČKO SVEUČILIŠTE
KLASA: 643-02/21-03/02
URBROJ: 498-15-06-22-007
Zagreb, 01.03.2022



Maja Odorjan Novak
Odjel za sociologiju
Hrvatsko katoličko sveučilište

Predmet: Dostava dokumentacije u okviru istraživanja *Društvene determinante i povezanost strukture vrijednosti s efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici*

Poštovana,

Etičko povjerenstvo Hrvatskog katoličkog sveučilišta zaprimilo je traženu dokumentaciju u sklopu istraživanja *Društvene determinante i povezanost strukture vrijednosti s efikasnim prihvatom koncepta psihijatrije u zajednici*, kako je i zatraženo u potvrdi KLASA: 643-02/21-03/02 URBROJ: 498-16/2-21-05 te je suglasno da je daljnji nastavak istraživanja u skladu s Etičkim kodeksom Hrvatskog katoličkog sveučilišta te ostalim pravilima i zakonskim regulativama provođenja istraživanja u koje je uključen čovjek.

U planiranju i provedbi istraživanja provediteljica istraživanja dužna je postupati u skladu s odredbama Opće uredbe o zaštiti osobnih podataka (GDPR) i Zakona o provedbi Opće uredbe o zaštiti podataka.

Predsjednik Etičkog povjerenstva


doc. dr. sc. Ante Cartolovni



Dostaviti:

1. Maja Odorjan Novak
2. Odsjek za arhivu