

POJEDINA OBILJEŽJA KVALITETE ŽIVOTA OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA – PERSPEKTIVA KORISNIKA USLUGE CASE MANAGEMENTA I OSOBA SMJEŠTENIH U DOM ZA ODRASLE

SAŽETAK

Ovaj rad bazira se na dvije perspektive osoba s duševnim smetnjama i njihovoj percepciji kvalitete života, te je tako glavni cilj ovoga rada dobiti uvid u pojedina obilježja kvalitete života osoba s duševnim smetnjama iz perspektive korisnika usluge case managementa i osoba smještenih u dom za odrasle na području grada Zagreba. Zanimalo nas je njihovo viđenje zdravstvenog aspekta kvalitete života, te socijalna i okolišna domena (fokusirajući se ovdje ponajviše na socijalne usluge), kao neke od dimenzija kvalitete života. Odabran je kvalitativni istraživački pristup, a podatci su prikupljeni kroz polustrukturirane intervjuje. Sudionici ovog istraživanja bili su korisnici Doma za odrasle – Zagreb. Dom pruža uslugu case

1 Mia Mardešić, magistra socijalnog rada, e-mail: mia.mardesic@gmail.com

2 prof. dr. sc. Lana Mužinić Marinić, dr. med., e-mail: lana.muzinic@inet.hr

Stručni članak

Primljeno: srpanj, 2020

Prihvaćeno: studeni, 2021.

UDK: 364.444-056.34

DOI: 10.3935/ljsr.v29i1.399

Mia Mardešić¹

orcid.org/0000-003-2666-609X

Hrvatski zavod za javno
zdravstvo

Lana Mužinić
Marinić²

Klinička bolnica Dubrava

Ključne riječi:

kvaliteta života,
osobe s duševnim smetnjama,
case management,
koordinirano liječenje,
socijalni rad

managementa u domovima korisnika te smo imali četiri sudionika iz skupine korisnika usluge case managementa i četiri koji su smješteni u spomenuti dom za odrasle. Rezultati pokazuju značajne razlike u socijalnom funkcioniranju, percepciji psihičkog zdravlja kao i u okolišnoj domeni, a idu u prilog korisnicima usluge case managementa. Domena fizičkog zdravlja percipirana je povoljnijom od strane korisnika doma.

UVOD

Mentalno zdravlje je sastavni dio općeg zdravlja te ujedno predstavlja važan resurs za svakodnevno funkcioniranje pojedinaca, obitelji i nacija. Problemi i poremećaji mentalnog zdravlja, zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg kroničnog tijeka, narušavanja kvalitete života oboljelih i njihovih obitelji te značajnog udjela u korištenju zdravstvene zaštite, predstavljaju jedan od prioritarnih javnozdravstvenih problema u svijetu pa tako i u Hrvatskoj (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2015). Potrebu za novim strateškim pristupom u zaštiti mentalnog zdravlja u Europi i Hrvatskoj potiče nekoliko velikih izazova u suvremenom svijetu: demografske promjene u smislu zastupljenosti starije populacije, rasprostranjenost mentalnih poremećaja u ukupnom morbiditetu, porast neurodegenerativnih stanja vezanih za stariju dob, porast poremećaja vezanih uz stres, zlouporabu psihoaktivnih tvari te problema mentalnog zdravlja u mladima (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2017.).

Prema novijim podacima, nastavlja se kontinuiran porast broja osoba s mentalnim poremećajima. U Europi se oni javljaju na trećinu građana (Eurostat, 2017.), dok se u Hrvatskoj mentalni poremećaji nalaze na šestom mjestu u ukupnim hospitalizacijama (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2015.). Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da će poremećaji mentalnog zdravlja do 2030. postati vodeći svjetski problem. Promatrajući iz perspektive stalnog rasta mentalnih poremećaja, možemo zaključiti kako će se upravo s tim rastom početi javljati problem skrbi za takve osobe. Govoreći o skrbi o osobama s duševnim smetnjama, oni se najčešće smještavaju u domove socijalne skrbi, psihijatrijske bolnice, koji su institucionalni oblici skrbi, te u obiteljske domove i udomiteljske obitelji koji se smatraju izvaninstitucionalnim oblicima skrbi.

U oblik izvaninstitucionalnog oblika skrbi spada i koncept *case managementa* koji se odnosi na ulogu stručnjaka kao osobe koja samostalno ili u timu stručnjaka djeluje na temelju specifičnih potreba korisnika. To je metoda pružanja pomoći gdje stručnjak procjenjuje potrebe korisnika i njegove obitelji, prikladno organizira, koordinira, zagovara, nadgleda i evaluira procese koji su usmjereni prema korisnikovim kompleksnim potrebama s ciljem poboljšanja općeg stanja pojedinca (Society for Social Work Leadership in Health Care, 2010.). Danas se praksa socijalnih radnika koji prakticiraju *case management* može naći i izvan područja rada s osobama s duševnim

smetnjama, a neka od ostalih područja su: rad sa starijim osobama, rad s mladima i njihovim obiteljima, s osobama koje imaju edukacijske poteškoće, prilikom pomoći pri zapošljavanju, rad s izbjeglicama te ratnim veteranima (National Association of Social Workers, 2013.).

Case management u radu na psihijatrijskim odjelima podrazumijeva brigu i koordinaciju osoba s duševnim smetnjama u njihovom socijalnom okruženju. Takav način rada javlja se 1960-ih godina, kao odgovor na liberalne ideje o skrbi o osobama s duševnim smetnjama, s ciljem micanja primarnog fokusa na psihijatrijske institucije, kako bi se pružila pomoć u zajednici, odnosno izvan specijaliziranih institucija (Hangan, 2006.). *Case management* je oblik psihijatrijske prakse razvijene u zemljama s razrađenim konceptom psihijatrije u zajednici, a pogodan je za slabo kooperativne osobe s psihotičnim poremećajima i učestalo hospitalizirane osobe, kao i pacijente u prvoj fazi psihoze (Štrkalj-Ivezić i sur., 2010.). Uključuje rad s pacijentima u njihovu domu, sveobuhvatnu procjenu zdravstvenih i socijalnih potreba, koordinaciju različitih usluga u sustavu službi za mentalno zdravlje i drugih potrebnih službi. Pacijentu se pomaže da postigne osobne ciljeve i da pronađe osobni put oporavka (Štrkalj Ivezić, 2018.). Postoji više vrsta *case managementa*, ali ovaj rad će se bazirati na pružanju usluge intenzivnog *case managementa* u zajednici. *Intenzivni case management* (u nastavku: ICM) stavlja velik naglasak na razvoj odnosa s korisnikom. Ističe se važnost duboke povezanosti s korisnikom, smanjuje ulogu brokera – preusmjeravatelja u cijelome procesu te se stavlja naglasak na timski rad stručnjaka usmjerenih na korisnika. ICM možemo nazvati paketom skrbi u zajednici čiji je cilj pružanje dugotrajne njege osobama s težim oblicima duševnih smetnji (imaju poteškoće u svakodnevnom funkcioniranju, ali kojima nije potreban hitan bolnički prijem). ICM se razvio iz dva modela skrbi u zajednici, asertivnog liječenja u zajednici (ACT) i *case managementa* (CM), gdje ICM naglašava važnost malog broja slučajeva (manje od 20) i rad visokog intenziteta (Dieterich, i sur., 2017.). Iako je ICM je pronašao svoju ulogu najviše u radu s osobama s duševnim smetnjama, on se koristi i kod ostalih ranjivih skupina poput beskućnika, osoba s invaliditetom i osoba s poremećajima ovisnosti. Komparativna studija Ponka i sur. iz 2020. godine daje pregled znanstvenih istraživanja u kojima se ispitivao učinak ICM-a s različitim ranjivim skupinama i uspoređivao se s ostalim modelima skrbi. Tako studija navodi da je ICM pomogao u stabilizaciji stambenog zbrinjavanja beskućnika, dok je kod osoba ovisnih o psihoaktivnim tvarima uočeno smanjenje zloupotrebe droga, odnosno kod osoba s poremećajem zloupotrebe alkohola, uočena je smanjena konzumacija alkohola. U ovom radu, ICM je pružao tim socijalnih radnica zaposlenih u domu za odrasle, a radi se o projektu koji je financiran od grada Zagreba. Projekt je bio omogućen određenom broju osoba na području grada Zagreba koji su ispunjavali preduvjete za ulazak u program temeljenih na individualnim procjenama stručnjaka. Podrška korisnicima bila je pružena putem redovitih posjeta u domove korisnika, više

puta tjedno (ovisno o potrebama korisnika), prateći uzimanje farmakološke terapije, pomažući oko administrativnih zahtjeva s kojima se susreću radi ostvarenja određenih prava iz sustava socijalne skrbi, zajedno organizirajući slobodno vrijeme korisnika, pružajući sveopću podršku i osnaživanje u samostalnom životu.

S obzirom na aspekt kvalitete života koji je ispitivan u ovome radu, prema literaturi, prepoznamo dva različita pristupa konceptualizaciji kvalitete života: skandinavski, koji uzima u obzir objektivne indikatore kvalitete života društva kao cjeline, te američki, u okviru kojega su naglašeni subjektivni indikatori kvalitete življenja (Lučev, 2008., prema Vuletić, 2011.). Cummins, 2000. (prema Vuletić, 2011.) kvalitetu života također definira multidimenzionalno navodeći da kvaliteta života podrazumijeva i objektivnu i subjektivnu komponentu. Tako se u psihijatrijskoj literaturi povodom definiranja kvalitete života prezentiraju tri dimenzije: 1. što je osoba sposobna činiti (funkcionalni status), 2. pristup sredstvima i prilikama te 3. doživljaj dobrog osjećanja. Prve dvije dimenzije spadaju u objektivnu kvalitetu života, a treća u subjektivnu. Kvaliteta života uključuje područja zdravlja, obitelji, društvenih odnosa, rada, financijski status i uvjete življenja (Štrkalj-Ivezić, 2016.). Važno je ovdje napomenuti kako se ovim istraživanjem uzela u obzir subjektivna kvaliteta života, čija je prednost što omogućava nove spoznaje o kvaliteti života koje se putem objektivnih pokazatelja mogu samo pretpostavljati, no subjektivni pokazatelji imaju i određene nedostatke. Naime, percepcija pojedinaca ne mora biti nužno povezana s objektivnom situacijom. Primjerice, razina zadovoljstva osobnim dohotkom ne mora biti izravno povezana s dohotkom, već može biti pod utjecajem pojedinčevih očekivanja. Ako su njegova očekivanja manja, i zadovoljstvo dohotkom može biti veće, bez obzira koliko ono objektivno iznosi (Slavuj, 2012.).

Procesom deinstitutionalizacije 80-ih godina prošlog stoljeća u svijetu su se počela provoditi istraživanja o posljedicama otpuštanja osoba s duševnim smetnjama u zajednice, sukladno odluci o zatvaranju mnogih ustanova za te skupine osoba, kao posljedicu deinstitutionalizacije. Prva istraživanja na tu temu prevedena su u SAD-u (primjer: Intagliata, J., Baker, F. 1983.), no javlja se problem definiranja i mjerenja konstrukata, najviše zbog toga što kod osoba s duševnim smetnjama ima ometajućih faktora koji utječu na njihova subjektivna iskustva i percepciju (Gigantesko i Giuliani, 2011.). Krossekcijaska istraživanja ukazuju na visoku razinu zadovoljstva životom među osobama u zajednici koje imaju duševne smetnje i primaju razne vrste podrške u zajednici, iako oni češće imaju manju kvalitetu života nego ostala populacija. Isto tako, Hansson (2006.) navodi kako komparativne studije pokazuju veću subjektivnu kvalitetu života kod osoba s duševnim smetnjama koje su smještene u zajednici, nego osobe koji se nalaze u bolnicama. Ford i sur. (2009.) proveli su istraživanje o učincima ICM-a na osobe s duševnim smetnjama u Ujedinjenom Kraljevstvu. Rezultati pokazuju da korisnici usluge ICM-a pokazuju značajno veću uključenost u razne

aktivnosti uspoređujući ih s kontrolnom grupom koja nije bila uključena u niti jedan tretman, što je u skladu i s prethodno navedenim istraživanjem. Što se tiče hrvatskih istraživanja, nije dovoljno prepoznata važnost provedbe istraživanja o kvaliteti života među osobama s duševnim smetnjama. Međutim, spomenuli bismo istraživanje Halmi i Laslavić (2002.). Oni su mjerili kvalitetu života osoba s duševnim smetnjama te su u svom istraživanju potvrdili hipoteze koje kažu da nema značajne razlike između muškaraca i žena s obzirom na njihovu dobnu skupinu prilikom procjene osobne kvalitete života, kao i da osobe s većom razinom socijalnog funkcioniranja pokazuju viši stupanj zadovoljstva ukupnom kvalitetom života.

U Hrvatskoj su se unazad par godina počeli provoditi projekti i programi s ciljem promicanja koncepta psihijatrije u lokalnoj zajednici. Spomenuli bi tako Twinning projekt: Osiguravanje optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja (CRO MHD), koji su provodili Trimbos Institut za mentalno zdravlje i ovisnost iz Nizozemske, Ministarstvo zdravstva RH i Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Projekt je na temelju analize zakonodavstva i izvješća službi za mentalno zdravlje donio preporuku za unapređenje hrvatskog zdravstvenog sustava koji će se koristiti u pripremi Hrvatske strategije o mentalnom zdravlju (Štrkalj Ivezić i sur., 2018.). S obzirom na rezultate programa i projekata liječenja u zajednici, možemo zaključiti kako ono postaje jedan od uvažnijih koncepata liječenja potičući uspostavljanje suradnje s drugim strukama kako bi se izgradio učinkovit sustav koji će biti lako dostupan pacijentima, što u konačnici vodi k oporavku i kvalitetnijoj skrbi (Štrkalj Ivezić i sur., 2010., 2018.). Nastavno na spomenuto, podržavamo razvoj dodatnih projekata i istraživačkih radova na ovu temu kako bismo dobili sveobuhvatni pregled utjecaja liječenja u zajednici na osobe s duševnim smetnjama.

CILJ I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je dobiti uvid u pojedine aspekte kvalitete života osoba s duševnim smetnjama smještenih u dom za odrasle i primatelja usluga ICM-a na području grada Zagreba. U skladu s ciljem, postavljena su tri istraživačka pitanja:

Istraživačko pitanje 1: Kako osobe s duševnim smetnjama iz perspektive osoba smještenih u dom za odrasle i primatelja usluge CM-a percipiraju vlastito zdravlje? Pri tome, aspekti koje smo uzeli u obzir su se odnosili na fizičko i psihičko zdravlje.

Istraživačko pitanje 2: Kako osobe s duševnim smetnjama iz perspektive osoba smještenih u dom za odrasle i primatelja usluge CM-a percipiraju socijalne odnose? Pri tome smo se usmjerili na odnose s obitelji, bliskim prijateljima i osobama iz okruženja.

Istraživačko pitanje 3: Kako osobe s duševnim smetnjama iz perspektive osoba smještenih u dom za odrasle i primatelja usluge CM-a percipiraju okolišne faktore

koji utječu na njihov život? Pri tome smo identificirali važnost aspekata materijalnog stanja i dostupnost/zadovoljstvo usluga u zajednici.

METODA

Kvalitativna metoda istraživanja najpogodnija je za davanje odgovora na mikrosociološka pitanja, što se konkretno odnosi na naše istraživanje jer je ispitivana kvaliteta života na prostorno ograničenim područjima i striktno vezanim za određene usluge koje sudionici dobivaju (Flick, 2009.). Svaka osoba različito doživljava svoju bolest, suočava se s njom, procjenjuje različito svoje funkcioniranje u određenim situacijama, različito definira svoju poziciju u društvu te tako i kvalitetu života, stoga nam ova metoda omogućava da sudionici sebi poznatim rječnikom opišu iskustvo života u instituciji i izvan nje.

Uzorak

Uzorak na kojem je provedeno ovo istraživanje čini ukupno 8 sudionika (N=8), od toga su 4 sudionika bila uključena u ICM program koji pruža stručni tim kao jedan od programa doma za odrasle Zagreb, a ostalih 4 sudionika su osobe koje su smještene u navedeni dom. Prilikom odabira ciljane populacije korištena je neprobabilistička metoda uzorkovanja i kvotni uzorak. Obilježja sudionika uključenih u program ICM-a su ta da su uključeni u navedeni program minimalno 6 mjeseci, dok je obilježje druge skupine sudionika da su smješteni u dom za odrasle također minimalno 6 mjeseci. Sudjelovanje u programu CM-a, kao i smještaj u domu za sudionike znači postojanje određenog psihičkog poremećaja te je i ono jedno od obilježja obje skupine sudionika istraživanja. Ukupno smo imali podjednaki broj muških i ženskih sudionika u istraživanju, što znači da smo imali 2 osobe ženskog spola i 2 osobe muškog spola u prvoj skupini korisnika CM, te isto 2 osobe ženskog spola i 2 osobe muškog spola u drugoj skupini osoba smještenih u dom za odrasle. Dijagnoze sudionika najčešće su spadale u kategoriju psihoza. Osobe uključene u CM bile su posjećivane od tima doma za odrasle u svojim domovima minimalno jednom tjedno. Za vrijeme posjete pratilo se redovito uzimanje terapije, pružala se emocionalna podrška i osnaživanje u samostalnom stanovanju. Osobe smještene u dom za odrasle imale su kompletnu skrb i njegu, a u okviru djelokruga doma, imali su i mogućnosti sudjelovati na zajedničkim izletima i u terapijskim grupama. Najmlađi sudionik imao je 26 godina, a najstariji 67 godina. Prosječna dob sudionika bila je 53 godine.

Postupak istraživanja

Intervjui su provedeni u svibnju i lipnju 2017. godine u domovima sudionika koji su uključeni u *case management* program te u domu za odrasle – Zagreb. Kao metoda prikupljanja podataka korišten je polustrukturirani intervju, koji je proveden licem u lice sa svakim sudionikom. Intervjui sa sudionicima istraživanja bili su zabilježeni audiosnimkom putem mobilnog telefona. Najkraći intervju trajao je 15 minuta, a najduži 34 minute, što znači da je u prosjeku intervju trajao 24 minute.

Mjerni instrument

Sudionici istraživanja prije početka provedbe intervjuja dobili su uputu o istraživanju, koja je imala za cilj upoznati ih s ciljem i svrhom istraživanja te etičkim načelima. Protokol intervjuja sastojao se od ukupno četiri dijela. Uvodni dio osmišljen je kao upoznavanje s istraživanjem i rješavanje mogućih nedoumica, drugi dio se odnosio na konkretna pitanja. Prvo smo postavili neformalna, *icebreaker* pitanja kako bismo »probili led«, odnosno kako bi se omogućilo opuštanje sudionika za intervju koji je uslijedio. U nastavku smo postavili pitanja kojima smo ispitivali kvalitetu života, a odnosila su se na područja zdravlja, socijalne i okolišne domene. Ta pitanja su otvoreno formulirana jer ona omogućavaju slobodu izražavanja, a bilo ih je ukupno 7. Treći dio protokola intervjuja odnosio se na prikupljanje podataka o osobnim karakteristikama sudionika poput dobi, stupnja obrazovanja, vremena boravka u domu/periodu uključenosti u CM program, bračni status, postavljenu dijagnozu te prava koja ostvaruju iz područja socijalne skrbi. Zadnji, četvrti dio, odnosio se na metainformacije koje su značajne za dobivanje konteksta u kojem su podaci prikupljeni, a obuhvaćale su informacije o kodu sudionika, mjestu i danu provedbe intervjuja, početku i završetku intervjuja te dodatnim zapažanjima za vrijeme intervjuja.

OBRADA PODATAKA

Kao postupak obrade podataka u istraživanju se koristila analiza okvira (eng. *framework analysis*). U temelju ove analize je deduktivna analiza. Teme do kojih smo došli su zapravo označavale veću razinu apstrakcije (inicijalni kodovi), od kojih se kasnije ponovnim čitanjem i grupiranjem radila još veća razina apstrakcije (kategorije), što je ujedno i označavalo odgovore na postavljena istraživačka pitanja. Svaka razina obrade podataka ima potkrijepljenost kroz izjave sudionika s pripadajućim šiframa sudionika te se krajnja perspektiva odnosi na zaključke sudionika, a ne na istraživačeve zaključke.

Osvrt na etičke implikacije istraživanja

Kako je istraživanje provedeno na uzorku osoba s duševnim smetnjama, kao takvo je trebalo dobiti odobrenje etičkog povjerenstva. U skladu s time, primijenjena su sljedeća etička načela. Prije svega, primijenjeno je načelo informiranog pristanka. Zatim, sudionici su bili informirani i o mogućnosti odustanka od istraživanja u bilo kojem trenutku. Bili su upoznati i s načinom bilježenja odgovora, načinom obrade podataka i čuvanju identiteta pojedinog sudionika u istraživanju. Načelo dobrovoljnosti sudjelovanja bilo je osigurano tako da su sudionici bili upoznati s činjenicom kako je sudjelovanje dobrovoljno te ni na koji način nisu bili obvezni sudjelovati u njemu.

REZULTATI I RASPRAVA

Psihičko zdravlje

Skupina sudionika uključenih u program CM vezano za domenu psihičkog zdravlja prvenstveno ističu **pronalaženje zadovoljstava u životu** ostvarivanjem sebe kroz glazbu, druženja, tjelovježbu, provođenje aktivnog načina života, a ujedno i pronalaze zadovoljstvo realizacijom svojih želja. Isto tako, u svojim iskazima izražavaju veliko zadovoljstvo životom, njima samima, obitelji, vlastitim postignućima i imaju pozitivne planove o budućnosti, iz čega smo zaključili kako imaju **pozitivnu sliku o sebi i vlastitom životu**.

Sudionici istraživanja posebno ističu i svoju **spособnost uspješnog življenja s bolešću**, a odnosi se na izjave usmjerene prema prihvaćanju i otkrivanju svoje bolesti drugima, doživljaju da je bolest pod kontrolom, te stavljanjem posebnog naglaska na važnost redovitog uzimanja terapije. Kao osobito važno saznanje iz domene psihičkog zdravlja, kako navode, sudionici bi naveli **postojanje ograničavajućih elemenata bolesti** u vlastitom životu, koji se očituju u javljanju osjećaja nemoći, nemogućnosti zaposlenja, nemogućnosti preuzimanja odgovornosti i ograničavajućim djelovanjem simptoma na svakodnevno funkcioniranje. U životima sudionika javlja se strah od odlaska na javna mjesta, osjećaj nemogućnosti upravljanja motornim vozilom, osjećaj nesamostalnosti, nemogućnost samostalnog života bez pomoći okoline, kao i gubitak sposobnosti za bavljenjem sportskim aktivnostima uzrokovanim bolešću. Dobivenim rezultatima je uočeno i kako kod sudionika istraživanja iz skupine korisnika usluge CM postoji **doza kritičnosti prema sebi**, a iskazivali su nezadovoljstvo fizičkim izgledom, osjećaj manje vrijednosti, osjećaj starosti, gubljenje interesa za uljepšavanjem, postojanje svijesti o vlastitoj povučenosti i doziranu samokritičnost.

Spoznaje o psihičkom zdravlju dobivene od korisnika smještenih u dom za odrasle ističu postojanje negativne slike o sebi s naglaskom na povremenu apatiju,

naglašavaju postojanje ograničavajućih čimbenika bolesti, koji se ponajviše očituju u smanjenim mogućnostima u svakodnevnom životu uzrokovanim bolešću, nezadovoljstvom terapijom i teškim nošenjem s bolešću. Usprkos postojanju smanjenih mogućnosti uzrokovanim svojim stanjem, postoji pozitivan stav prema sebi i svojim mogućnostima, svijest o važnosti držanja kontrole nad bolešću i postojanje želje za osamostaljivanjem, odnosno želja za promjenom životne okoline. Usporedimo li rezultate vezane za psihičko zdravlje korisnika usluge CM i osoba smještenih u dom za odrasle, prvenstveno vidimo razliku u pozitivnijoj slici o sebi kod osoba uključenih u CM program, za razliku od osoba u domu koje percipiraju sebe negativnije u aspektima odbačenosti, ograničenosti i apatije, iako postoji pozitivan stav naspram sebe, poput zadovoljstva sobom i pozitivan stav prema svojim mogućnostima, odnosno doživljaj sposobnosti, osjećaj izdržljivosti i svijesti o vlastitim mogućnostima. Sukladno prethodno navedenim činjenicama, možemo zaključiti kako postoji razlika vezana za sliku o sebi kod obje skupine, pri čemu dajemo prednost skupini uključenoj u CM jer imaju sveopću pozitivnu sliku o sebi, dok osobe smještene u dom jasno razlikuju određene segmente koje smatraju negativnijima, što čini njihovu sliku o sebi ipak malo lošijom. Kod prve skupine postoji i jasno istaknuto pronalaženje zadovoljstava u životu, što upravo i utječe na bolje psihičko zdravlje, dok kod osoba smještenih u dom postoji želja za osamostaljivanjem koja ih ograničava da potpuno djeluju u društvu i samim time budu zadovoljniji. Kod obje skupine javljaju se ograničavajući čimbenici bolesti koje navode da utječu na njihov život, no kod skupine osoba uključenih u CM jasno možemo utvrditi kako se oni uspješnije nose s bolešću, ističući doživljaj da je bolest pod kontrolom, dok kod druge skupine postoji samo svijest o važnosti kontrole nad bolešću, pri čemu ne spominju učinkovite načine nošenja s njome kako to ističu korisnici CM.

Kao što je i prethodno navedeno, postojanje simptoma bolesti u životima korisnika utječe na subjektivnu percepciju kvalitete života (Hansson, 2006.) te tako možemo zaključiti kako postoji umanjena kvaliteta života u ovome aspektu kod obje skupine sudionika. Isto tako, saznanje o prvoj skupini uključenih u program ICM o pronalaženju zadovoljstava u životu je u skladu s istraživanjem iz 2009. godine, a njime je utvrđeno kako korisnici usluge ICM pokazuju postojanje zadovoljstava u životu uključenošću u razne aktivnosti, za razliku od skupine koja nije bila uključena u program ICM (Ford i sur., 2009.). U istraživanju Mach, Tomasović Mrčela i Kolarić (2020.), studija je izdvojila sljedeće aspekte koji povećaju kvalitetu života kod osoba smještenih u domove: poštovanje, postojanje slobodnih aktivnosti, društveni život, samostalnost, smirenost i uživanje u hrani, dok depresija, nedostatak dnevnih aktivnosti, pojavnost simptoma demencije, ženski spol, komorbiditeti i dulji boravak u domovima su čimbenici koji dovode do smanjenja kvalitete života u domovima. U našem istraživanju potvrđeni su neki od aspekata psihičkog zdravlja navedenih

iznad (nedostatak dnevnih aktivnosti i dulji boravak u domu), što je u skladu sa spomenutim istraživanjem i tako ga možemo dovesti u vezu da osobe smještene u dom imaju nešto manju subjektivnu percepciju aspekta psihičkog zdravlja kvalitete života. Nadalje, istraživanje provedeno u Hrvatskoj 2013. godine vezano za objektivne pokazatelje kvalitete života odraslih osoba s intelektualnim poteškoćama u skladu je s našim nalazima, a navode kako spomenuta populacija ispitanika smještena u instituciji ima priliku sudjelovati u aktivnostima u domaćinstvu i samozbrinjavanju, ali nemaju dovoljnu autonomiju u svakodnevnim aktivnostima i uspostavljanju kontakata s bliskim osobama (Kramarić, Sekušac-Galčešev i Bratković, 2013.). Što se tiče našeg slučaja, kod osoba smještenih u dom ono je rezultiralo isticanjem želje za samostalnošću, što također obilježava jedan od aspekata umanjene kvalitete života. Zaključno, prethodno navedene činjenice upućuju na to da osobe smještene u dom za odrasle percipiraju subjektivno psihičko zdravlje malo negativnije nego korisnici usluge ICM te samim time sukladno navedenoj zdravstvenoj domeni imaju umanjenu subjektivno percipiranu kvalitetu života.

Fizičko zdravlje

Fizičko zdravlje iz perspektive korisnika ICM ukazuje na **practiciranje zdravog stila života** kroz bavljenje aktivnostima usmjerenima poboljšanju fizičkog stanja, konzumiranjem uravnotežene prehrane i redovitim očuvanjem fizičkog zdravlja. Uprkos practiciranju zdravog stila života, u manjoj mjeri postoji i nezdravi životni stil koji se nadovezuje na nezdrave prehrambene navike ponajviše konzumiranjem slatkiša, slabijim higijenskim navikama i problemima s težinom.

Sudionici su također istaknuli **postojanje specifičnih fizičkih poteškoća**, spominjući stomatološke poteškoće, poteškoće s vidom, probleme s razinom šećera u krvi, teškoće prilikom usvajanja novih znanja, slabljenje seksualnih funkcija, osjećaj umaranja vježbanjem i fizičku nemogućnost obavljanja različitih poslova.

Usporedimo li rezultate, nalazimo practiciranje zdravog stila života kod obje skupine, no ono se sadržajno razlikuje u svojim izjavama. Sudionici smješteni u dom za odrasle ovdje svrstavaju održavanje higijene i sposobnost bavljenjem sportskim aktivnostima. U prvoj skupini sudionici ističu također bavljenje aktivnostima usmjerenim poboljšanju fizičkog stanja, ali i konzumiranje uravnotežene prehrane i redovito očuvanje fizičkog zdravlja. Održavanje higijene za sudionike u domu je dio svakodnevne rutine doma, dok se kod korisnika usluge ICM održavanje higijene stavlja u drugi plan, te se kod njih javljaju slabije higijenske navike koje smo povezali s nezdravim životnim stilom. Također, kod skupine sudionika korisnika usluge ICM uočavamo veći broj specifičnih fizičkih poteškoća, koje se uopće ne javljaju kod skupine sudionika iz doma.

Sukladno navedenome, možemo zaključiti kako postoje razlike u percepciji fizičkog zdravlja, pri čemu korisnici usluge ICM percipiraju svoje fizičko zdravlje malo lošije za razliku od skupine sudionika smještenih u instituciju. Istraživanje Lovreković i Leutar (2010.) navodi kako je objektivna kvaliteta života veća ukoliko postoji mogućnost samostalnog dnevnog funkcioniranja, stoga oni koji imaju tu mogućnost percipiraju svoju kvalitetu života u domskom smještaju boljom. Obje skupine u našem istraživanju imaju mogućnost samostalnog dnevnog funkcioniranja, stoga procjenjuju i fizičku domenu zadovoljavajućom. U istom istraživanju ispitivano je zadovoljstvo uslugama doma koje je ocijenjeno visokom ocjenom, što je u skladu s našim istraživanjem jer korisnici doma za odrasle procjenjuju da se u domu dobro brinu o njima, iz čega možemo zaključiti da s obzirom na kompletnu skrb koju dobivaju u domu, imaju malo višu kvalitetu života u aspektu fizičkog zdravlja u odnosu na korisnike usluge ICM, sukladno njihovim izjavama. Spomenuli bismo ovdje i koncept stambenog zbrinjavanja (eng. *housing*) koji se polako transformira u skrb osoba s poremećajima mentalnog zdravlja u zajednici te više nije »briga za«, već »briga o« korisniku koja uključuje korisničku kontrolu nad kućanstvom i ostalim dijelovima procesa rehabilitacije. Kao i kada je riječ o CM, putem stambenog zbrinjavanja potrebno je osigurati društvenu pravdu i pravedniju raspodjelu sredstava. Potrebno je uspostaviti odgovarajuće politike i podršku kako bi se suzbilo siromaštvo u kojem žive brojni korisnici usluga zaštite mentalnog zdravlja (Švab, 2019.). Nadalje, istraživanje koje se bavilo kvalitetom života osoba s duševnim smetnjama provedeno 2015. godine, ističe kod fizičkog zdravlja važnu činjenicu, a odnosi se na slabo fizičko zdravlje i smanjenu očekivanu životnu dob koja je uzrokovana konzumacijom terapije i suočavanjem s financijskim poteškoćama češće nego što se to događa u općoj populaciji (Williams i sur., 2015.). Navedena činjenica vezana za slabo fizičko zdravlje prisutna je i u našem istraživanju u skupini sudionika primatelja usluge CM, koji svoje fizičko zdravlje percipiraju lošijim nego druga skupina. U istraživanju provedenom 2002. godine koje se također bavilo kvalitetom života osoba s duševnim smetnjama koje su izašle iz dugotrajnog boravka iz institucije, uočeno je postojanje manjeg broja fizičkih simptoma bolesti, kao i poteškoća s fizičkim zdravljem što je i u skladu s našim saznanjima (Forrester-Jones i sur., 2002.). Postojanje fizičkih poteškoća sa zdravljem povezano je s duljom suočenošću s bolešću i postojanjem psihičkih simptoma bolesti, kako se navodi u istraživanju Hsiao i suradnika (2011.), no ono nije u potpunosti u skladu s našim nalazima jer ne postoji povezanost između duljine postojanja oboljenja i fizičkih poteškoća u zdravlju.

Socijalna domena

Dobivanjem uvida u perspektivu socijalne domene osoba primatelja usluge ICM, možemo zaključiti kako navedena skupina ima razvijenu socijalnu mrežu, koju čine

susjedi i prijatelji, pri čemu bismo istaknuli činjenicu uopće **postojanja razvijene socijalne mreže**, dobivanje podrške od strane socijalne mreže i isticanje velikog značaja socijalne mreže u životima korisnika. U nastavku se javlja i **osjećaj stigmatiziranosti u društvu** zbog bolesti te su se sudionici istraživanja suočavali s odbacivanjima od strane prijatelja i imali su općeniti osjećaj stigmatiziranosti u društvu. Također, sudionici navode kako **imaju konstruktivne načine provođenja slobodnog vremena**, a posebno ističu pozitivni značaj tih aktivnosti na njihove živote. Sudionici najčešće ispunjavaju slobodno vrijeme gledanjem televizije, muzičkim aktivnostima, umjetničkim aktivnostima, čitanjem, enigmatikom, odlaskom na druženja, sudjelovanjem u vjerskim sadržajima i odlaskom na terapijske grupe. Unatoč postojanju socijalne mreže, sudionici iskazuju **potrebu za njenim širenjem** u području prijateljskih i ljubavnih odnosa. Iskazuju potrebu za ostvarivanjem ljubavnog odnosa, odnosno željeli bi stupiti u brak. Što se tiče odnosa s obitelji, **postoje ambivalentni odnosi s obitelji** ovisno o specifičnosti odnosa sudionika s obitelji. Ono što su svi sudionici istraživanja istaknuli je iznimno **teška prilagodba na gubitak osoba** iz najbliže okoline te su tako izražavali teškoće s prihvaćanjem smrti oca, bake, brata i roditelja.

Istraživanja pokazuju kako kod osoba s duševnim smetnjama postoji veza između socijalne podrške i različitih aspekata zdravlja te je utvrđena veza između veće kvalitete života i široke socijalne mreže. Također je utvrđena povezanost zadovoljstva socijalnom mrežom i veće kvalitete života (Hansson, 2006.; Dieterich i sur., 2017.), što se nadovezuje na naša saznanja vezana za postojanje razvijene socijalne mreže. Sudionici iz našeg istraživanja ipak nisu u potpunosti zadovoljni socijalnom mrežom, nego bi ju željeli još proširiti te možemo zaključiti kako postoji zadovoljstvo njome, ali postoji i želja za stvaranjem novih dubljih odnosa s ostalim članovima društvene zajednice. Saznanja vezana za iskazivanje želje za ljubavnim odnosima potvrđena su u istraživanju Forrester-Jonesa i suradnika (2002.), u kojem su sudionici istraživanja po izlasku iz institucije i uspostavom života u zajednici počeli iskazivati želju za seksualnim i ljubavnim odnosima. Što se tiče stigme u društvu, Karahasanović, A., Ostojić D. i Jukić, V. (2013.) navode kako je stigmatizacija socijalni čimbenik koji pridonosi pogoršanoj kvaliteti življenja osoba s duševnim smetnjama, a time i njihovom zadovoljstvu i ispunjenošću različitim životnim domenama (prijateljstvo, ljubav, posao, slobodne aktivnosti i slično), što je u svezi s našim saznanjima, a odnosi se na postojanje stigme u društvu naspram naših sudionika, što utječe na njihovo zadovoljstvo ispunjenošću ponajprije domenom ljubavnih odnosa.

Analizirajući rezultate vezane za socijalnu domenu osoba smještenih u dom za odrasle, uočavamo **razvijenu socijalnu mrežu** i podršku, ali ono se odnosi samo na osobe **unutar doma**. Izražavaju zadovoljstvo odnosima u domu, podrškom osoblja u domu, prihvaćenošću u domu, druženje s prijateljima iz doma izvan domskog smještaja, kao i zadovoljstvo sveopćim odnosima u domu. Sudionici istraživanja ističu i

ograničavajuće okvire života u domu koji se očituju kroz želje za aktivnostima izvan doma, organiziranjem više aktivnosti u domu, nezadovoljstvo velikim udjelom starih korisnika doma, željom za druženjem s mladim osobama izvan doma, kao i osjećajem vezanosti u domu. Za razliku od prethodne skupine, osobe iz doma **iskazuju nezainteresiranost za ostvarivanjem bliskih odnosa**, te kod njih ne postoji želja za ostvarivanjem bračnog odnosa ili želja za ostvarivanjem dubljih odnosa s osobama suprotnog spola. Sudionici iz doma primjećuju i smanjenje socijalne mreže izvan doma, općenito smanjen je broj kontakata s prijateljima izvan doma te osjećaju izbjegavanje od strane bivših susjeda i prijatelja. Istraživanje Killiaspy i suradnika iz 2016. godine u skladu je s našim rezultatima te njihov rad potvrđuje činjenicu da osobe u domovima za odrasle imaju manje socijalnih kontakata, dok su osobe, primjerice, u organiziranom stanovanju društveno uključnije u društvo. Osobe smještene u dom za odrasle imaju manjak autonomije i osjećaju se marginalizirano (McConkey, 2016.). Globalno je potvrđeno da ICM poboljšava socijalno funkcioniranje pojedinca (Dietrich i sur., 2017.), što je u skladu i s našim rezultatima istraživanja te domeni socijalnog funkcioniranja daje jednu dodanu vrijednost.

Okolišna domena (s fokusom na socijalne usluge)

Dobivanjem uvida u okolišnu domenu kod sudionika uključenih u ICM, primjećujemo kako su sudionici **usmjereni na socijalne transfere**. Također, sudionici ističu **dostupnost socijalne i zdravstvene skrbi u zajednici**, a najčešće koriste usluge besplatnog obroka doma i usluge gerontodomačice. Navode da su uključeni i u terapijske grupe, a što se tiče ICM, svi sudionici istaknuli su izrazito pozitivno iskustvo s ICM i ističu kako ne bi mogli živjeti bez takve vrste podrške u zajednici. Sudionici ističu i vlastito **zadovoljstvo prihodima**, ističući zadovoljenje osnovnih životnih potreba i zadovoljenje svih ostalih materijalnih potreba. Kako sudionici iskazuju zadovoljstvo prihodima, isto tako iskazuju i kako imaju mogućnosti za zadovoljenje potreba važnih za njih same.

Što se tiče rezultata koji se uopćavaju na populaciju osoba smještenih u dom za odrasle, oni također ističu kako su im **osnovne potrebe zadovoljene**. Usprkos zadovoljenim osnovnim potrebama, ističu **opće nezadovoljstvo primanjima**. Ne mogu si priuštiti sudjelovanje u aktivnostima izvan doma, pomoći financijski svojoj djeci, te ističu želju za većim primanjima. Sudionici vide **dom kao zadovoljavajući okvir organiziranog**. Zadovoljni su domskim smještajem, organizacijom, formalnom podrškom stručnjaka u domu, ispunjavaju slobodno vrijeme u domu čitanjem, glazbom, umjetničkim izražavanjem, sportskim aktivnostima, društvenim igrama i slično, te iskazuju općenito zadovoljstvo domom. Unatoč iskazivanju zadovoljstva domom i njegovim

okvirom organiziranog života, sudionici imaju **osjećaj ograničene slobode u domu**. Nezadovoljni su količinom slobodnog vremena izvan doma, imaju osjećaj smanjene mobilnosti u domu i usporenosti. Također, sudionici iz doma iskazuju **zadovoljstvo ponudom sadržaja u zajednici**. Imaju osjećaj da postoje socijalne usluge u njihovoj zajednici, imaju stav o postojanju raznolikih sadržaja u zajednici, te iskazuju opće zadovoljstvo zajednicom.

Usporedimo li rezultate obje skupine sudionika, prvo primjećujemo razliku u stavu naspram zadovoljstva prihodima. Osobe uključene u program ICM usmjerene su na socijalne transfere te navode kako su zadovoljni prihodima i mogu zadovoljiti sve potrebe koje su im važne, dok kod osoba smještenih u dom također vidimo da imaju zadovoljene osnovne potrebe, no nezadovoljni su općenito svojim prihodima i ne mogu zadovoljiti dodatne potrebe koje ističu važnima, a koje si osobe u zajednici mogu priuštiti. Obje skupine zadovoljne su zajednicom u kojoj žive te tako korisnici usluge ICM iskazuju zadovoljstvo dostupnim socijalnim i zdravstvenim uslugama u zajednici, a osobe smještene u dom iskazuju zadovoljstvo ponudom sadržaja u zajednici. Razlika između dviju skupina javlja se u percepciji naspram zdravstvenog sustava, te tako osobe iz doma iskazuju nezadovoljstvo zdravstvenim sustavom, a korisnici ICM imaju pozitivan stav prema zdravstvenoj skrbi.

Prethodno provedeno istraživanje u Hrvatskoj pokazalo je kako život u prirodnoj obiteljskoj sredini osigurava prirodne preduvjete za ostvarivanje kvalitete života kod osoba s intelektualnim teškoćama, te je ono u skladu s drugim istraživanjima na tu temu (Kramarić, M., Sekušac-Galešev, S. i Bratković, D., 2013.). Ovakav zaključak možemo povezati s našim saznanjima, jer su osobe smještene u dom za odrasle iskazivale osjećaj ograničenosti i želju za premještanjem iz doma u vlastito kućanstvo ili stambenu zajednicu. Sukladno tome, možemo zaključiti kako ono smanjuje kvalitetu života osoba smještenih u dom, te tako korisnici usluge ICM imaju bolju percepciju subjektivne kvalitete života u tom aspektu. Što se tiče zadovoljstva zdravstvenim sustavom, naši nalazi su u skladu s istraživanjem iz Velike Britanije u kojem je utvrđeno kako su korisnici usluge CM manje nezadovoljni zdravstvenim sustavom, za razliku od onih koji nisu u navedenom programu (Simmonds i sur., 2001.). To se odnosi i na naše rezultate, jer se vidi jasna razlika u zadovoljstvu zdravstvenom skrbi kod obje skupine, pri čemu je korisnici CM percipiraju bolje nego druga skupina, kao i u navedenom istraživanju. Isticanje nezadovoljstva prihodima i radnim statusom podiže se loša kvaliteta života kako je utvrđeno u mnogim istraživanjima (Hsiao i sur., 2011., prema Chan i Yu, 2004.) te tako i mi možemo zaključiti kako iskazivanje nezadovoljstva prihodima utječe na kvalitetu života korisnika doma. Skupina uključena u ICM program ističe zadovoljstvo prihodima i samim time imaju percipiranu bolju kvalitetu života za razliku od druge skupine. Istraživanja ukazuju i na to da pacijenti u bolnicama, ali i osobe u raznim institucijama govore kako bi radije živjeli u svojoj zajednici

oslanjajući se na svoju obitelj, što je u skladu i s našim nalazima, no obiteljski skrbnici vrlo često nemaju znanja i vještine da uravnotežuju psihijatrijske simptome, pa treba biti oprezan kod izmještaja korisnika u zajednicu (Hsiao i sur., 2011.). Novijim istraživanjem iz 2016. godine napravljena je usporedba uvjeta stanovanja kod osoba smještenih u svoje domove u zajednici i u neke od institucija, te su oni iz zajednice iskazivali zadovoljstvo liječnicima, autonomijom, okruženjem u kojem žive i uslugama u zajednici (Cardoso i sur., 2016.), što je u skladu s našim nalazima, a upućuje na veću subjektivno percipiranu kvalitetu života. Sažmemo li sve informacije dobivene u području ove domene, možemo zaključiti kako osobe uključene u ICM program ipak imaju bolju percipiranu kvalitetu života u području okolišne domene, ponajviše zbog zadovoljavajućih prihoda, zadovoljstva zajednicom, uslugama socijalne i zdravstvene skrbi, te možda i najbitnije u odnosu na skupinu sudionika iz doma, imaju autonomiju i slobodu za bavljenjem raznim aktivnostima i mogu samostalno odlučivati o bitnim stavkama vezanim za sebe i svoje zdravlje. Ono što je bitno ovdje istaknuti je istraživanje Basu i suradnika (2012.) koje navodi kako stambeno zbrinjavanje i ICM u usporedbi s ostalim dostupnim socijalnim uslugama doprinose značajnom smanjenju financijskih troškova u zdravstvenom sustavu i sustavu socijalne skrbi te da se dugoročno gledano mogu ostvariti značajne uštede, odnosno može ih se preusmjeriti na druga područja rada zdravstvenih i socijalnih službi, što može biti poticaj za podržavanjem koncepta liječenja u zajednici. Nadalje, istraživanje Stergiopoulos i suradnika iz 2015. godine uspoređuje stambeno zbrinjavanje i ICM s ostalim dostupnim načinima skrbi te rezultati pokazuju kako u usporedbi s uobičajenom njegom, stambeno zbrinjavanje i ICM mogu poboljšati stabilnost stambenog zbrinjavanja pojedinca i poboljšati sveopće funkcioniranje u roku od 2 godine od početka ulaska u program.

ZAKLJUČAK

Na subjektivnu samoprocjenu kvalitete života osoba s težim poteškoćama mentalnog zdravlja može utjecati kognitivna i afektivna promijenjenost u okviru bolesti (Markanović i Jokić-Begić, 2001., prema Karahasanović, A., Ostojić, D. i Jukić, V., 2013.). Kako se u ovome istraživanju nismo usmjerili na objektivnu kvalitetu života, nego nas je interesirala subjektivna percepcija zadovoljstva životom u domu i u zajednici pod utjecajem podrške koju su primali, smatramo kako bi bilo potrebno u budućim istraživanjima koristiti objektivne pokazatelje, kako bi se mogle utvrditi povezanosti sa subjektivnom percepcijom kvalitete života.

Sažmemo li naše spoznaje iz domena zdravlja, socijalnog funkcioniranja i okolišnih faktora, možemo jasno utvrditi kako postoje razlike iz perspektive osoba iz doma i osoba korisnika usluge ICM. Istaknuli bismo tako da osobe uključene u ICM

imaju pozitivniju sliku o sebi i shvaćanju važnosti samokontrole nad bolešću, što pokazuje njihovu osviještenost i prihvaćanje svog stanja. Osobe iz doma imaju želju za osamostaljivanjem te su sami kazali kako imaju osjećaj ograničene slobode kada su u domu. Iako postoji zadovoljstvo odnosima i organizacijom doma, ističu kako im nedostaje više aktivnosti i javlja im se osjećaj monotonije. Voljeli bi više vremena provoditi u sklopu aktivnosti izvan doma, no zbog slabog financijskog stanja oni to nisu u mogućnosti. Iskazuju interese za odlaskom u kazališta, kino i na likovne radionice. Osobe uključene u program ICM ističu više fizičkih poteškoća, za razliku od osoba iz doma, no čini nam se kako rutina doma ima svakako utjecaja na bolju percepciju fizičkog zdravlja njihovih korisnika. Ono se nadovezuje na opće zadovoljstvo domom, što može biti pokazatelj da se osjećaju kako osoblje doma dobro skrbi o svojim korisnicima te tako i iskazuju bolju percepciju fizičkog zdravlja. Razlika postoji i u konstrukciji socijalne mreže skupina. Osobe iz doma okružene su drugim korisnicima doma i njih percipiraju kao središte svoje socijalne mreže, dok osobe u zajednici imaju širu socijalnu mrežu, za koju bi željeli da bude još šira. U socijalnoj domeni vidimo i razliku naspram stava prema ostvarivanju dubljih odnosa s parterom/partnericom. Korisnici usluga ICM iskazuju želju za pronalaskom partnerice i želju za sklapanjem braka, dok se u skupini sudionika iz doma ne javlja želja za ostvarivanjem ikakvih odnosa s osobama suprotnog spola. Također, osobe koje su uključene u ICM primjećuju stigmatu naspram njih, dok ju osobe iz doma ne primjećuju ili im nije važna. Navedeno možemo protumačiti kako osobe iz doma nisu puno u kontaktu s drugim osobama u zajednici, što su i sami naveli te ne primjećuju stigmatu za razliku od osoba koje žive u zajednici, koji se vrlo često susreću s osuđivanjem od strane zajednice. Sukladno navedenom, možemo zaključiti kako ipak postoji nešto veća kvaliteta života u zajednici nego u domu, usprkos tome što postoje neki aspekti koji su bolji u instituciji, te je naše saznanje kako CM podiže kvalitetu života u skladu i s već provedenim istraživanjima (Hansson, 2006.; Gruber i sur., 2007.; Ford i sur.; 2009.; Kramarić i sur., 2013.; Cardoso i sur., 2016.). Spomenuli bismo ovdje kako su istraživanja koja uspoređuju institucionalne i izvaninstitucionalne oblike skrbi nedostatna u domaćoj literaturi, te je preporučljivo nastaviti s istraživanjem učinaka deinstitutionalizacije. Ono svakako može biti nit vodilja u kreiranju novih oblika skrbi u zajednici i tako pridonijeti kvalitetnom procesu deinstitutionalizacije sustava u RH. Važno je ovdje napomenuti i kako nije moguće sve vrste korisnika smjestiti u izvaninstitucionalne oblike skrbi te se proces deinstitutionalizacije treba provoditi zajedno s timom stručnjaka koji će na temelju individualnih karakteristika pojedinca procijeniti mogućnosti za smještajem pojedinaca u takve oblike skrbi. Uz navedeno, da bi se pružila odgovarajuća podrška u zajednici, ne možemo promatrati CM kao samostalan oblik podrške i da bi se pružila adekvatna podrška osobama s duševnim smetnjama trebaju im se pružiti i drugi oblici skrbi u zajednici i tako djelovati na cjelokupni spektar potreba krajnjih koris-

nika. Jedno od ograničenja ovog rada je manji broj ispitanika te svakako predložimo da ovaj rad bude osnova za daljnja istraživanja jer nam područje CM kao liječenje u zajednici ukazuje na zanimljive rezultate i transformira dosadašnje uobičajene načine liječenja te bi svakako trebalo ulagati u njega u većim razmjerima.

LITERATURA

1. Basu, A., Kee, R., Buchanan, D. & Sadowski, L. S. (2012). Comparative cost analysis of housing and case management program for chronically ill homeless adults compared to usual care. *Health services research*, 47 (1 Pt 2), 523–543. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01350>
2. Cardoso, G., Papoila, A., Tome, G., Killaspy, H., King, M. & Caldas-de-Almeida, J. (2016). Living conditions and quality of care in residential units for people with long- term mental illness in Portugal – a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2016, 16–34.
3. Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B. & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>
4. Eurostat (2017). *Mental health and related issues statistics*. Preuzeto s: [explained/index.php/Mental_health_and_related_issues_statistics](https://index.php/Mental_health_and_related_issues_statistics) (23.11.2020.)
5. Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research: Fourth edition sage*. Illinois: Sage Publications Ltd.
6. Ford, R., Ryan, P., Norton, P., Beadsmoore, A., Craig, T. & Muijen, M. (2009). Does intensive case management work? Clinical, social and quality of life outcome from a controlled study. *Journal of Mental Health*, 5 (4), 361–268.
7. Forrester-Jones, R., Carpenter, J., Cambridge, P., Tate, A., Hallam, A., Knapp, M. & Beecham, J. (2002). The quality of life of people 12 years after Resettlement from Long Stay Hospitals: Users view on their living environment, daily activities and future aspirations. *Disability & Societs*, 17 (7), 741–758.
8. Gigantesco, A. & Giuliani, M. (2011). Quality of life in mental health services with a focus on psychiatric rehabilitation practice. *Animal- assisted interventions in mental health*, 47 (4), 373–372.
9. Gruber, E. N., Štrkalj-Ivezić, S., Biočina, M., Agius, M., Gotovac, S. & Cazi Gotovac, Z. (2007). Od kad imam svog *case managera* vratila sam se u život. *Mentalno zdravlje*, 3 (11), 165-177.
10. Halmi, A. & Laslavić, A. (2002). Akcijska istraživanja kvalitete života osoba s različitim duševnim poremećajima u Republici Hrvatskoj – rezultati preliminarnog istraživanja. *Socijalna ekologija*, 11 (1-2), 133–145.

11. Hangan, C. (2006). Introduction of an intensive case management style of delivery for new mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15 (3), 157–162.
12. Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (429), 26–30.
13. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2017). Usporedba pokazatelja o vodećim javnozdravstvenim problemima u RH i Europskoj uniji [datoteka s podacima]. Dostupno na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/01/Pokazatelji_RH_EU.pdf (15.10.2020.)
14. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2015). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015. godinu* [datoteka s podacima]. Preuzeto s: http://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/02/Ljetopis_2015_IX.pdfs (20.10.2020.)
15. Hsiao, C. Y., Hsieh, M. H., Tseng, C. J., Chien, S. H. & Chang, C. C. (2011). Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: Relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (15-16), 2367–2376.
16. Intagliata, J. & Baker, F. (1983). Factors affecting case management services for the chronically mentally ill. *Administration in mental health*, 11, 75-91.
17. Killaspy, H., Priebe, S., Bremner, S., McCrone, P., Dowling, S., Harrison, I., Krotofil, J., McPherson, P., Sandhu, S., Arbuthnott, M., Curtis, S., Leavey, G., Shepherd, G., Eldridge, S. & King, M. (2016). Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: A national survey. *The Lancet Psychiatry*, 3 (12), 1129–1137. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30327-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30327-3)
18. Karahasanović, A., Ostojić, D. & Jukić, V. (2013). Kvaliteta života studenata socijalnog rada i osoba oboljelih od prve epizode shizofrenije u stanju remisije. *Ljetopis socijalnog rada* 20 (3), 437-451.
19. Kramarić, M., Sekušač-Galešev, S. & Bratković, D. (2013). Problemi mentalnog zdravlja i objektivni pokazatelji kvalitete života odraslih osoba s intelektualnim teškoćama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, (49), 50–63.
20. Lovreković, M. & Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija*, 19 (1), 55–79.
21. Mach, Z., Tomasović Mrčela, N. & Kolarić, B. (2020). Self-assessed quality of life (qol) of residents receiving level 2 and level 3 social services in county-owned nursing homes in the city of Zagreb. *Acta Medica Croatica*, 74 (2), 115–124.
22. McConkey, R. (2016.) End of the beginning for supported accommodation? *Psychiatry*, 3 (12), 1093–1095. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30328-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30328-5)
23. *Mentalni poremećaji u Hrvatskoj* (2011). Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske.

24. *NASW Standards for Social Work Case Management* (2013). Washington D.C.: National Association of Social Workers.
25. Ponka, D., Agbata, E., Kendall, K., Stergiopoulos, V., Mendonca, O., Magwood, O., Saad, A., Larson, B., Huiru Sun, A., Arya, N., Hannigan, T., Thavorn, K., Andemann, A., Tugwell, P. & Pottie, K. (2020). The effectiveness of case management interventions for the homeless, vulnerably housed and persons with lived experience: A systematic review. *PLoS ONE*, 15 (4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230896>
26. Shaw, I. & Gould, N. (2002). *Qualitative research in social work*. London: Sage Publications Ltd.
27. Simmonds, S., Coid, L., Joseph, P., Marriott, S. & Tyrer, P. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: A systematic review. *British Journal of psychiatry*, 178, 297–502. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.6.497>
28. Slavuj, L. (2012). Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života. *Geoadria*, 17 (1), 73–92.
29. Society for Social Work Leadership in Health Care – SSWLHC (2010). *Social Work Best Practice Healthcare Case Management Standards*. Preuzeto s: <http://www.sswlhc.org/docs/swbest-practices.pdf> (20.10.2020.)
30. Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Misir, V., Skosireva, A., Connelly, J. & Sarang, A. (2015). Effectiveness of housing first with intensive case management in an ethnically diverse sample of homeless adults with mental illness: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 10 (7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130281>
31. Štrkalj Ivezic, S., Mužinić, L. & Filipac, V. (2010). *Case management – a pillar of community psychiatry. Psychiatria Danubina*, 22 (1), 28–33.
32. Štrkalj Ivezic, S. (2016). *Funkcioniranje između zdravlja i bolesti – smjernice za procjenu funkcioniranja u psihijatriji*. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče.
33. Štrkalj Ivezic, S., Jukić V., Štimac Grbić, D., Čelić, I., Brečić, P., Silobrčić Radić, M., Bagarić, A. & Ćurković, M. (2018). Organizacija liječenja oboljelih od mentalnih poremećaja u Republici Hrvatskoj. *Acta Medica Croatica*, 72 (2018), 179–188.
34. Švab, V. (2019). Stambeno zbrinjavanje osoba s poremećajem mentalnog zdravlja U: Britvić, D., Štrkalj Ivezic, S. (ur), *Psihosocijalni postupci i rehabilitacija. Mentalno zdravlje u zajednici*. Split: Medicinski fakultet. Preuzeto s: <https://www.16psihdani.org/Mentalno-zdravlje.pdf> (31.1.2021.)
35. U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections (2010). *TPC Case Management handbook: An integrated case management approach*. Preuzeto s: <http://static.nicic.gov/Library/024393.pdf> (19.10.2020.)
36. Vuletić, G. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Hrvatska zaklada za znanost.
37. Williams, E., Sands, N., Elsom, S. & Kanchana Prematunga, R. (2015). Mental health consumers perceptions of quality of life and mental health care. *Nursing and Health Sciences*, 17, 299–230.

Mia Mardešić
Lana Mužinić Marinić

SOME ASPECTS OF QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH MENTAL DISABILITIES – PERSPECTIVE OF CASE MANAGEMENT USERS AND PEOPLE IN MENTAL HEALTH FACILITIES

ABSTRACT

This paper presents two perspectives of people with mental disabilities on their perception of quality of life. Main aim of this paper was to develop a deeper knowledge about certain aspects of quality of life of people with mental health disabilities from the perspective of case management users and people in mental health facilities in the geographical area of Zagreb. Aspects of quality of life that we were interested in were: general health (physical and mental), social and environmental aspects (focusing on social transfers mostly). For this purpose, qualitative research approach was selected and data was collected through semi-structured interviews on the total sample of 8 users. Participants of this study were persons in direct contact with mental health facility »Dom za odrasle – Zagreb«. The mentioned mental health facility is providing case management program for their users, and therefore we had four participants from a case management group and four participants that were accommodated in the mental health facility. The results showed significant differences in social functioning, perception of mental health, as well as in environmental domain on behalf of case management users. Physical health is perceived better in mental health facilities.

Key words: *quality of life; people with mental disabilities; case management; mental health facilities; social work*



Međunarodna licenca / International License:
Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0.