



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet

Studijski centar socijalnog rada

Andreja Balaž Gilja

**NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE
PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM
SMETNJAMA**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2024.



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet

Studijski centar socijalnog rada

Andreja Balaž Gilja

**NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE
PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM
SMETNJAMA**

DOKTORSKI RAD

Mentorica:

Prof. dr. sc. Zdravka Leutar

Zagreb, 2024.



University of Zagreb

Faculty of law

Social Work Study Centre

Andreja Balaž Gilja

**INFORMAL SOCIAL SUPPORT NETWORK
PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS**

DOCTORAL THESIS

Zagreb, 2024.



University of Zagreb

Faculty of law

Social Work Study Centre

Andreja Balaž Gilja

INFORMAL SOCIAL SUPPORT NETWORK PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

DOCTORAL THESIS

Supervisor:

Professor Zdravka Leutar, PhD

Zagreb, 2024.

PODACI O MENTORICI

Prof. dr. sc. Zdravka Leutar je redovita profesorica u trajnom zvanju na Studijskom centru socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Rođena je u Tomislavgradu (BiH), gdje je i završila osnovnu školu. Srednju školu završila je 1985. godine u Zagrebu, a studij socijalnog rada na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 1994. godine. Također, diplomirala je i sociologiju 1998. godine na Institutu za sociologiju na Fakultetu socijalnih i ekonomskih znanosti na Karls Franzens Sveučilištu u Grazu. Doktorsku disertaciju iz Sociologije obitelji je obranila 2000. godine na Karls Franzens Sveučilištu u Grazu.

Područje znanstveno istraživačkog interesa prof. dr. sc. Leutar odnosi se na socijalni rad s osobama s invaliditetom, duhovnost i socijalno djelovanje te socijalni rad i ljudska prava. Nositeljica je i kolegija iz navedenih područja na preddiplomskoj, diplomskoj i postdiplomskoj nastavi na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Kroz desetogodišnje razdoblje bila je nositeljica Katedre Posebna područja socijalnog rada.

Do sada je objavila sedam autorskih knjiga, jednu uredničku knjigu, preko sto znanstvenih i stručnih radova u časopisima, zbornicima radova i poglavlja u knjigama. Voditeljica je znanstveno istraživačkog projekta pod nazivom „Socijalni položaj starijih i osoba s invaliditetom u Hrvatskoj i zemljama EU“. Također, vodila je znanstvene projekte „Socijalni položaj osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj“ te prvo istraživanje o obiteljima osoba s invaliditetom u Hrvatskoj pod nazivom „Kvaliteta života obitelji osoba s invaliditetom u Hrvatskoj“. Suradivala je na više znanstveno-istraživačkih projekata MZOS-a, poput „Funkcioniranje i osnaživanje obitelji u rizičnim uvjetima u Republici Hrvatskoj“, „Modeli akcijskih i evaluacijskih istraživanja u socijalnom radu“, „Socijalna politika i socijalni rad u Republici Hrvatskoj“ i „Jednoroditeljske obitelji u Hrvatskoj“. Rezultate istraživanja je prezentirala na brojnim međunarodnim i domaćim skupovima.

Osmislila je i izvodila nastavu na različitim kolegijima na preddiplomskom studiju na Filozofskom fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu, diplomskom studiju na Edukacijsko - rehabilitacijskom fakultetu u Zagrebu te je pisala programe i izvodila nastavu na preddiplomskom i diplomskom studiju socijalnog rada Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Mostaru.

ZAHVALE

Zahvale koje želim izreći usko su povezane s temom mog rada. One na neformalan i subjektivan način potvrđuju empirijske i objektivne činjenice o velikom značaju socijalne podrške u čovjekovom životu.

Zaista, neformalna i formalna mreža ljudi s kojom sam bila okružena za vrijeme svog „doktorskog putovanja“ bila mi je veliki izvor emocionalne, informacijske, ali i materijale podrške, što mi je istovremeno davalo snagu da idem naprijed ka svom cilju, ali i snagu da ponekad napravim pauzu. No, prije nego što vam otkrijem tko su ti divni ljudi koji me okružuju, učinit ću nešto što doktorandi obično zaboravljaju, a što je mene pak naučio Geštalt - zahvaliti sebi.

Da, zaista, sebi. Dopuštam si taj dašak narcizma da se primarno zahvalim sebi na adekvatno izgrađenoj samopodršci koja me uspješno vodila na putu mog doktorskog studija i koja je svakodnevno brinula o mom (mentalnom) zdravlju. E, sad možemo dalje.

U okviru svoje obiteljske mreže podrške, zahvalila bih svome suprugu, Ivanu, na emocionalnoj i materijalnoj podršci koja je bila prožeta učestalim pitanjima poput: „Kad će TO biti gotovo?“ i „Koliko još imamo za platiti?“

Nadalje, zahvaljujem svojoj djeci, Iris i Filipu, koji su me naučili da nema tog doktorata koji može biti zahtjevniji, niti vredniji, od majčinstva (ipak je to cjeloživotno učenje).

Hvala mojim roditeljima, Anici i Adamu, te bratu, Adrijanu, koji su izuzetno ponosni na moj trud i zalaganje, iako pojma nemaju što ja to radim. Prava bezuvjetna podrška.

Iako moja prijateljska mreža broji dosta ljudi, ovdje ima mjesta samo za moju najbolju i najempatičniju prijateljicu, Petru, koja se naslušala puno mojih jadikovki i za svaku uspjela naći pravu riječ ohrabrenja. Potom za Antoniju, koja svojim profesionalnim iskustvima, ljudskošću i entuzijazmom, od prvog susreta na seminaru iz sociologije, nadahnjuje moj profesionalni rast i razvoj te za Sanju, koja je uvijek tu i koja uvijek pita za sve. Cure, hvala vam.

U kontekstu vršnjačke podrške, važno je spomenuti još dvije suborkinje na putu doktorata - Ivanu, koja je izdvajala vrijeme baveći se ovim radom, davala sugestije i prijedloge koji su mi bili vrlo značajni te Irenu, ženu, majku, doktorandicu, koja iz prve ruke razumije moje muke i vjeruje u bolje sutra.

Zahvalila bih i svom malom KBC-Ri timu - Biljani, Ani i Marti na kolegijalnosti i razumijevanju koje su mi pružile te Anji koja me „uvalila“ u sve ovo.

Hvala mojoj psihoterapeutkinji, Lahorki, koja mi je bila (i ostala) puno više od lahora u leđa.

Kada govorim o formalnoj podršci, hvala profesorici Leutar na prepoznavanju mojih kapaciteta i blagosti koju je unijela u cijelo ovo putovanje, tajnici Ivani na tehničkoj podršci te članovima povjerenstva koji su izdvajali vrijeme kako bi se bavili ovim radom i tako mu dali na važnosti.

Neizmjereno hvala svim sudionicima istraživanja - osobama s duševnim smetnjama, članovima njihovih obitelji i mojim kolegama, stručnjacima iz KBC-a Rijeka, PB Lopače i Doma Turnić.

Hvala i svima onima koji nisu tu, a čiji ponos osjećam.

SAŽETAK

Razmjena socijalne podrške između članova neformalne mreže podrške i osoba s duševnim smetnjama ima višestruke pozitivne učinke po zdravstveno stanje i funkcioniranje osoba s duševnim smetnjama. Stoga, cilj ovog doktorskog rada je bio dobiti uvid u veličinu, strukturu i sadržaj neformalne socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama. Kako bi se koncepti socijalne podrške i mreže podrške cjelovito sagledali, istraživačka pitanja odnosila su se na doživljaj neformalne socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama od strane osoba s duševnim smetnjama, članova njihovih obitelji te stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja koji neposredno rade s osobama s duševnim smetnjama.

Istraživanje je provedeno kvalitativnom metodom polustrukturiranog intervjua sa sve tri skupine sudionika. Namjerni uzorak je činilo jedanaest osoba s duševnim smetnjama, jedanaest članova obitelji te jedanaest stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja. Za obradu podataka korištena je tematska analiza.

Rezultati istraživanja pokazuju da osobe s duševnim smetnjama imaju razvijenu obiteljsku i prijateljsku mrežu podrške, dok su vršnjačka i susjedska mreža podrške zastupljene, ali znatno manje razvijene. Najzastupljenija je svakako obiteljska mreža podrške unutar koje su prepoznate gotovo sve vrste socijalne podrške, dok su unutar prijateljske mreže podrške prepoznate uglavnom emocionalna i informacijska podrška. U sklopu slabije razvijenih mreža, najprisutnija je bila vršnjačka mreža podrške koju karakteriziraju emocionalna i praktična podrška, dok se susjedska mreža podrške pokazala vrlo površnom i nedovoljno razvijenom mrežom.

Osobe s duševnim smetnjama potvrđuju kako socijalna podrška pozitivno utječe na njihovo psihofizičko stanje i funkcioniranje. Kao najznačajniji oblici podrške prepoznati su skladan međusobni odnos i komunikacija te razumijevanje. S druge strane, neiskorištenost podrške koja je na raspolaganju, nedostatak emocionalne podrške, kontakata s obitelji, romantičnih veza te nedostatak svijesti o podršci, prepoznati su kao ključni nedostaci u sklopu neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama.

Zaključci istraživanja potvrđuju pozitivan značaj neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama, ali i potrebu za proširivanjem mreže podrške izvan obiteljskih okvira.

Ključne riječi: socijalna podrška, neformalna mreža socijalne podrške, osobe s duševnim smetnjama, obiteljska mreža podrške, socijalni model invaliditeta

SUMMARY

Introduction and goal

Social relationships encourage the engagement of social activities and enable access to social support which is divided into structural and functional dimensions. The structural dimension is a social network that describes the composition of contacts, including the number of people, the nature of the relationship and the rate of mutual connection. On the other hand, the functional dimension of social support determines the type of transaction (social support) that occurs as part of the interaction of the recipient and support providers within the social network. In the framework of social support, the informal support system is a very important but often neglected segment. In a natural, informal environment, social support results from the establishment of personal relationships, and the relationship itself gives supportive meaning to behaviour and vice versa. Thus, interventions within informal social networks of people with mental disorders can lead to improved mental well-being and better use of mental health services. Therefore, working on the improvement of social support is one of the important goals in the treatment of people with mental disorders. Therefore, the goal of this doctoral thesis was to gain insight into the size, structure and content of informal social support for people with mental disorders from three different perspectives. The social model of disability was chosen as the starting point of this paper, considering the contemporary view of disability and with an emphasis on the (co)responsibility of society in the shaping and perception of disability.

Participants

The research used a non-probabilistic purposeful sampling method, and the sample consisted of 33 participants. More specifically, the group of participants included 11 people with mental disorders who were patients/users in the Clinical Hospital Center Rijeka, Lopača Psychiatric Hospital, or the Turnić Home for Adults, 11 experts in the field of mental health who work directly with people with mental disorders, and 11 family members of people with mental disorders. Female and male persons aged between 22 and 69 participated in the research. The criteria for participation were: voluntariness, adulthood, legal and clinical competence to give consent to participate in research and expertise in the field of mental health (only for experts). Additionally, two participants were persons deprived of legal capacity, but written consent was obtained from the participants themselves, as well as from their legal guardians.

Data collection

Ethical approvals were obtained for the implementation of this research. The data collection method used in this study was a semi-structured face-to-face interview. All interviews were conducted separately with each participant, except for two interviews that were conducted over the phone (with family members) because of objective reasons. The research was carried out with the coordination of social workers from the institutions that participated in the research and who also facilitated the process of finding participants, provided space for conducting interviews, and offered potential psychological support to participants after the interview. Interviews were recorded, and the average duration of the interview was about 30 minutes. The questions in the interview were focused on the experience of informal social support, the experience of the support network, the relationship with the members of the support network and reciprocity of receiving/giving.

Results

Thematic analysis was used for data processing in this research. According to the results of the research, the informal social support network of people with mental disorders implies a family, friend and peer support network as well as a neighbourhood support network.

The family network is the most represented in the lives of people with mental disorders and consists of members of the immediate family, such as parents, brothers and sisters. Grandparents were mentioned among the younger participants, while spouses and children were rarely represented. Also, members of the extended family who were mentioned as supportive are aunts and uncles and sometimes their children. Almost all forms of social support are represented within the family network. However, it is important to emphasize that the outcomes of providing/receiving support are not always as positive as expected. Also, in the context of family support, data is found on the reciprocity of giving/receiving social support. Thus, people with mental disorders, in addition to receiving support from their family members, in accordance with their capabilities, strive to be providers too.

Furthermore, the friendship network is not nearly as developed as the family network, and its representation has a dual character. On one hand, the friendship network implies maintained friendships of an average of two to three friends, while, on the other hand, data is found on the lack of friends and the unsustainability of former friendships. The benefits of a friendship network are mainly seen through emotional and informational support.

Peer support, which consists of co-residents in an institution/organized housing or members of a support group, was also perceived as important in emotional and practical terms.

The neighbourhood support network is represented in the lives of people with mental disorders, but on a very superficial level, since it only implies greeting neighbours when meeting them, without a deeper connection.

Support networks of colleagues/associates and members of religious/civilian organizations were not mentioned in the research, which points to the paucity of the social network of people with mental disorders and their position in society.

Despite a small social network, people with mental disorders positively value social support in their lives, believing that it has a significant impact on their health and psychosocial functioning. Harmonious mutual relationships, communication and understanding are recognized as the most significant forms of support. On the other hand, the lack of use of available support, lack of emotional support, contact with family, romantic relationships, and awareness about support, are recognised as key deficiencies within the social support network.

Conclusion

The research results show that people with mental disorders have a developed family and friend support network, while peer and neighbourhood support networks are present but significantly less developed.

The most represented is definitely the family support network, within which almost all types of social support are recognized, while within the friendly support network, mostly emotional and informational support is recognized. Among the less developed networks, the most present was the peer support network characterized by emotional and practical support, while the neighbourhood support network proved to be a very superficial and insufficiently developed network.

People with mental disorders confirm that social support has a positive effect on their psychophysical condition and functioning, but also the need to expand the support network outside the family framework.

Keywords: social support, informal social support network, people with mental disorders, family support network, social model of disability

IZJAVA O AUTORSTVU

Ja, Andreja Balaž Gilja, izjavljujem da sam autorica doktorske disertacije pod nazivom „Neformalna mreža socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama“.

Potpisom jamčim:

- da je predloženi rad isključivo rezultat mog vlastitog istraživačkog rada
- da su radovi i mišljenja drugih autora/ica, koje koristim, jasno navedeni i označeni u tekstu te u popisu literature.

U Zagrebu 22.01.2024. god.

Potpis autorice: _____

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Teorijsko polazište: Socijalni model invaliditeta	4
1.1.1. Povijesni razvoj socijalnog modela kroz društvene pokrete	4
1.1.2. Definiranje socijalnog modela	8
1.2. Konceptualizacija osnovnih pojmova	12
1.2.1. Osobe s duševnim smetnjama	12
1.2.2. Socijalna podrška	14
1.2.2.1. Socijalna podrška i osobe s duševnim smetnjama.....	17
1.2.3. Mreža podrške- strukturalna dimenzija socijalne podrške	18
1.2.3.1. Neformalna mreža socijalne podrške	19
1.2.3.2. Sastavnice neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama	20
1.3. Dosadašnja istraživanja na temu neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama	26
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	31
3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA	32
3.1. Kvalitativni pristup	32
3.2. Sudionici	32
3.2.1. Osobe s duševnim smetnjama	33
3.2.2. Članovi obitelji.....	36
3.2.3. Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja	37
3.3. Metoda prikupljanja podataka	38
3.4. Provedba istraživanja	38
3.5. Etički aspekti istraživanja	40
3.5.1. Informirani pristanak	41
3.5.2. Povjerljivost i zaštita identiteta sudionika	43

3.5.3. Odnos povjerenja između istraživača i sudionika.....	44
3.5.4. Briga o emocijama sudionika i mogućnost odustajanja od sudjelovanja u istraživanju	44
3.5.5. Upoznavanje sudionika s rezultatima istraživanja	45
3.5.6. Odnos istraživača spram teme	45
3.6. Obrada podataka.....	46
3.6.1. Valjanost i pouzdanost rezultata	47
4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	48
4.1. Perspektiva osoba s duševnim smetnjama	48
4.2. Perspektiva članova obitelji osoba s duševnim smetnjama	73
4.3. Perspektiva stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja.....	92
4.4. Komparacija perspektiva doživljaja neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama.....	104
5. RASPRAVA	111
5.1. Obiteljska mreže socijalne podrške	111
5.1.1. Struktura i veličina obiteljske mreže podrške.....	111
5.1.2. Sadržaj socijalne podrške u sklopu obiteljske mreže podrške.....	115
5.2. Prijateljska mreža podrške	125
5.3. Vršnjačka mreža podrške.....	129
5.4. Susjedska mreža podrške	132
5.5. Generalni doživljaj socijalne podrške	133
6. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA	136
7. ZNANSTVENI I STRUČNI DOPRINOS ISTRAŽIVANJA	138
8. ZAKLJUČAK.....	140
9. LITERATURA	143
10. PRILOZI.....	173
Prilog 1: PROTOKOL ZA INTERVJU S OSOBAMA S DUŠEVNIM SMETNJAMA	173

Prilog 2: PROTOKOL ZA INTERVJU S ČLANOVIMA OBITELJI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA	175
Prilog 3: PROTOKOL ZA INTERVJU SA STRUČNJACIMA IZ PODRUČJA MENTALNOG ZDRAVLJA	177
Prilog 4: POZIV ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU „NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA,, (USTANOVE).....	179
Prilog 5: POZIV ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU „NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA,, (KORISNICI/PACIJENTI).....	182
Prilog 6: POZIV ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU „NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA,, (ČLANOVI OBITELJI).....	186
Prilog 7: POZIV ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU „NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA,, (STRUČNJACI IZ PODRUČJA MENTALNOG ZDRAVLJA).....	190
Prilog 8: ŽIVOTOPIS AUTORICE	194

1. UVOD

Tjelesna i mentalna oštećenja prirodni su i uobičajeni dio ljudskog bića koji zaslužuju prilagodbu i zaštitu građanskih prava. Mogu se dogoditi (i često se događaju) bilo kome u bilo kojem trenutku života, zbog bolesti, nesreća, genetskih stanja, starenja i drugih razloga (Buder i Perry, 2021.). Iako, kada se govori o pojmu invaliditeta, važno je znati da invaliditet nije samo obilježje zdravstvenog stanja, nego je obilježje i niza čimbenika koji su produkt određenog društvenog okruženja, počevši od stavova pojedinaca pa sve do globalnih politika koje se primjenjuju u svijetu. Danas osobe s invaliditetom čine oko 15% ljudske populacije (Svjetska zdravstvena organizacija, 2022.). Prema tome, trenutno ima preko milijardu osoba s invaliditetom u svijetu (Twardowski, 2019.), a ključ prepoznavanja, shvaćanja i razumijevanja invaliditeta i osoba s invaliditetom leži u odnosu društva prema istima. Prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN, 18/2022., 46/2022., 119/2022.) osoba s invaliditetom je osoba koja ima dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koja, u međudjelovanju s različitim preprekama, mogu sprječavati njezino puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima.

Analitički je jasno da različita oštećenja imaju različite implikacije na individualnoj i psihološkoj razini, ali i na strukturnoj i društvenoj razini (Shakespeare i Watson, 2002.). Unatoč općem prepoznavanju potreba i laganom povećanju uključenosti, osobe s invaliditetom i dalje doživljavaju značajnu i široku socijalnu isključenost u većini zapadnih društava (Firth, 2023.). Dakle, položaj gotovo svih osoba s invaliditetom, neovisno o primarnom oštećenju, uglavnom se svodi na nezavidan položaj u društvu, koji je popraćen neadekvatnom integracijom i realizacijom njihovih prava i potreba. Da bi se integracija realizirala, neophodno je zadovoljiti socio-političke, zakonske, organizacijske i arhitektonske preduvjete u društvu, ali za sveobuhvatnu integraciju osoba s invaliditetom od izrazitog su značaja stavovi i predrasude samih pojedinaca (Leutar i Buljevac, 2020.).

Na tragu navedenog, unutar skupine osoba s invaliditetom, ističe se jedna podskupina koja je, obzirom na prirodu oštećenja, dodatno izložena predrasudama društva. Riječ je o osobama s duševnim smetnjama, osobama sa smetnjama prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja (MKB-10, DSM-5) (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012.; Jukić i Arbanas, 2014.; Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, NN, 76/2014.; Balaž Gilja, 2021.).

Oznake poput „duševna smetnja“ aktiviraju uglavnom negativne stavove i stereotipe te tako stvaraju poziciju socijalne distance ili odbacivanje spram osoba s duševnim smetnjama (Angermeyer i Matschinger, 2003.). Shodno navedenom, duševne smetnje mogu se okarakterizirati kao jedno od najstigmatiziranijih stanja u našem društvu (Corrigan i Penn, 1999., prema Chronister, Chou i Liao, 2013.).

Kada se govori o osobama s duševnim smetnjama, važno je živote istih sagledati kroz određenu paradigmu, a kako bi se uočile značajke na intrapersonalnoj, interpersonalnoj, društvenoj, političkoj pa i globalnoj razini. Prema tome, socijalni model invaliditeta predstavlja značajan okvir za kreiranje identiteta osoba s duševnim smetnjama, budući da osporava hipotezu da život s duševnom smetnjom nema vrijednost samo zato što duševna smetnja nije razumljiva onima koji ju nemaju.

Mentalno zdravlje pojedinca pod utjecajem je socijalnog, ekonomskog i fizičkog okruženja, a pojava duševnih smetnji često je povezana sa socijalnim nejednakostima (Britvić, 2019.). Stoga, kako bi se postigla socijalna integracija osoba s duševnim smetnjama, socijalni model invaliditeta bi se trebao primijeniti u praktičnoj i cjelovitoj formi. To podrazumijeva akcije unutar niza čimbenika koji utječu na živote osoba s duševnim smetnjama, od vrijednosti identiteta, stigme i socijalnih barijera, do osjećaja patnje i opasnosti za sebe ili druge (Anderson-Watts, 2008.).

Dakle, pojedinac, obitelj i zajednica međusobno su povezani strukturni čimbenici koji određuju mentalno zdravlje. Prema definiciji mentalnog zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije (2013.), koja mentalno zdravlje definira kao stanje blagostanja u kojem svaki pojedinac može ostvariti svoj vlastiti potencijal, nositi se s uobičajenim životnim stresovima, raditi produktivno i plodno te biti sposoban doprinosti svojoj zajednici, jasno je kako osobe s duševnim smetnjama često ne zadovoljavaju navedene kriterije. One su nerijetko, zbog prirode svojih smetnji, onemogućene razviti svoj puni potencijal i integraciju u društvo (Balaž Gilja, 2021.) te su im vrlo često uskraćena određena prava. Često su to pravo na sklapanje braka i osnivanje obitelji, pravo ostvarivanja poslovne i radne sposobnosti, pravo na aktivnu participaciju u društvu i slično (Mulvany, 2000.; Svjetska zdravstvena organizacija, 2021.).

Istraživanje Harveyja i suradnika (2007.) govori kako socijalna izolacija, na početku utvrđivanja duševne smetnje, predstavlja značajan prediktor lošijih ishoda socijalnog funkcioniranja, ponašanja i simptomatologije tijekom petogodišnjeg praćenja.

S druge strane, socijalne mreže, koje osiguravaju socijalnu podršku i stvaraju društveni kapital, smatraju se dobrim alatom integracije vulnerabilnih pojedinaca u zajednicu (Kawachi i Berkman, 2001., prema Kriegel, 2019.).

Mreže socijalne podrške pomažu pojedincu u rješavanju svakodnevnih zadataka, osiguravanju dodatnih materijalnih sredstava, hrane i drugih potrepština te predstavljaju kognitivno vodstvo u rješavanju niza životnih situacija (Rausa, 2008.), posebice onih vezanih uz zdravstveno stanje i liječenje (Lee, Yin-Ling i Rothbard, 2014.; Faw i Matter, 2023.). Tako se, na primjer, može poboljšati/smanjiti osjećaj vlastite vrijednosti ovisno o socijalnoj podršci i ekonomskoj sigurnosti pojedinca. Obitelj i zajednica čine čovjekovu neposrednu okolinu koja podrazumijeva razvijanje odnosa i druženja s partnerom, obitelji, prijateljima ili kolegama, prilike za zaradu i bavljenje smislenom aktivnošću, ali i aktualne društvene i ekonomske okolnosti (Perlick i sur., 2001.).

Iako u literaturi pronalazimo podatke o pozitivnim učincima socijalne podrške na psihosocijalno funkcioniranje osoba s duševnim smetnjama (Dizten i Heinrichs, 2014.), smatra se važnim naglasiti da njihove potrebe za socijalnom podrškom nisu u potpunosti dobro shvaćene, procijenjene ili tretirane, što zahtijeva buduća istraživanja i intervencije (Chronister, Chou i Liao, 2013.). Jedan potencijalno važan, ali često zanemaren izvor za poboljšanje kvalitete života i funkcioniranja osoba s duševnim smetnjama je prirodni, neformalni sustav podrške (Aschbrenner i sur., 2016.).

Ovaj rad istražuje značaj neformalne mreže socijalne podrške kod osoba s duševnim smetnjama, u cilju boljeg razumijevanja njihovih potreba, ali i povećanja njihove socijalnosti i participacije u društvu. Kao polazna točka ovog rada odabran je socijalni model invaliditeta, s obzirom na suvremeni pogled spram invaliditeta i širinu u njegovoj interpretaciji. Stoga, neformalna mreža socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama sagledana je kroz socijalni model invaliditeta, s naglaskom na (su)odgovornost društva u oblikovanju i percepciji invaliditeta.

1.1. Teorijsko polazište: Socijalni model invaliditeta

1.1.1. Povijesni razvoj socijalnog modela kroz društvene pokrete

Društveni pokreti imaju poseban povijesni značaj za emancipaciju manjinskih skupina, pa tako i samih osoba s invaliditetom. Pokreti su usredotočeni na promjene u društvu i njihovi prioriteti usmjereni su na ostvarenje društva koje je demokratsko i inkluzivno. Potreba za djelovanjem društvenih pokreta javlja se zbog isključivanja određene društvene skupine iz socioekonomskih odnosa i mogućnosti u društvu, čiju podlogu čine politike i prakse koje se temelje na diskriminaciji i isključivanju (Barton, 2001., prema Lisak, 2013.). Snaga društvenih pokreta leži u specifičnosti problema za koji se bore, identificiranju „praznog prostora“ i „neusklađenosti“ u društvu, koji do tada nisu bili naglašavani niti prepoznati te u objašnjavanju utjecaja istih na položaj određenih društvenih skupina (Taylor, 1997.). Na taj način su društveni pokreti oblikovali (dominantni) model invaliditeta, koji, prvenstveno, određuje mjesto osoba s invaliditetom u društvu i način na koji se njihova prava tretiraju (Twardowski, 2019.).

Može se činiti da je pokret za prava osoba s invaliditetom započeo šezdesetih godina dvadesetog stoljeća, s početkom razvoja građanskih prava, prava žena i drugih različitih društvenih pokreta u Ujedinjenom Kraljevstvu i Sjedinjenim Američkim Državama, ali njegovo podrijetlo je znatno starije (Sabatello i Schulze, 2013.). Jedan od najranijih modela invaliditeta bio je model milosrđa, što se odražavalo u politici i zakonodavstvu te ranoj formaciji organizacija i institucija oko specifičnih oblika oštećenja. U duhu modela milosrđa, zagovaranja osoba s invaliditetom vidljiva su u ranim zakonima za siromašne, nemoćne, stare, kroz pomoć za vojnike s tjelesnim i psihičkim posljedicama iz rata, kao i kroz stvaranje prvih dobrotvornih društava početkom devetnaestog stoljeća (Chataika, 2019.).

Rano globalno zagovaranje invaliditeta i novonastali pokreti bili su povezani s kolonijalizmom i imperijalizmom. Stvaranje organizacija i institucija za specifična oštećenja bilo je usko povezano s judeo-kršćanskim shvaćanjima invaliditeta. Prema tom shvaćanju, osobe s invaliditetom su nesamostalne. Stoga, treba ih zaštititi i donositi odluke u njihovo ime. Dakle, model milosrđa percipira osobu s invaliditetom kao žrtvu, kao nekog tko nije u mogućnosti pomoći sebi niti voditi neovisan život. Model se uvelike oslanja na akt milosrđa i benevolentnost, iako ne i na samu pravdu i jednakost.

Ovaj model podrazumijeva isključenost osoba s invaliditetom iz društvenih uređenja i javnih usluga. Istinska prava su „zamijenjena“ mjerama pomoći, stvarajući tako skupinu pojedinaca bez ikakve kontrolne ili pregovaračke moći, koji su ovisni o drugima (Bhanushali, 2007.).

Nastavno, kako su se medicinske i znanstvene spoznaje širile, liječnik i znanstvenik zamijenili su svećenika kao čuvara društvenih vrijednosti i procesa liječenja (Clapton i Fitzgerald, 2010.) te su doveli do stvaranja medicinskog modela invaliditeta. Model, kao takav, bio je podržan napretkom znanosti i medicine te je omogućio medicinskoj struci da uvelike utječe na živote osoba s invaliditetom. Stoga, tijekom povijesti medicinski model invaliditeta je bio dominantan (Turčić, 2012.), a glavni postulat modela bio je da se problem nalazi u tijelu osobe i da ga samo liječnici mogu riješiti (Buder i Perry, 2021.). Oštećenje koje osoba ima određeno je kao društveno nekorisno, nenormalno i moralno loše. Stoga, smatralo se da rehabilitacijom i medicinskim pristupom treba „popraviti“ tijelo i na taj način omogućiti da osobe s invaliditetom ipak pridonose društvu u kojem žive (Quinn i Degener, 2002.).

Prema tome, zadatak društva je bio organizirati određene specijalizirane službe i postupke kojima bi se ublažile posljedice oštećenja. Ukoliko to nije bilo moguće, osoba bi se izdvajala iz svoje prirodne okoline te bi bila smještena u određenu ustanovu (Urbanc, 2005.). Tako je uz medicinski model usko vezana institucionalna zaštita osoba s invaliditetom (Šostar i sur., 2006.). Međutim, medicinski model došao je pod pasku mnogih aktivističkih skupina koje su se sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća borile za ljudska prava, ponajprije osoba s invaliditetom (Mihanović, 2011.).

Nasuprot modela milosrđa i medicinskog modela, socijalni model invaliditeta razvio se iz iskustava osoba s invaliditetom i njihovog aktivizma protiv određenih ideja za koje su se prethodni modeli zalagali. Tako socijalni model leži u temeljima pokreta za neovisni život i antidiskriminacijskog zakonodavstva u Velikoj Britaniji, Sjedinjenim Američkim Državama, Europi i Kanadi (Barnes, 1991.; Vanhala, 2010.). Pokret osoba s invaliditetom (*Disability Movement*) razvio se sedamdesetih godina prošlog stoljeća u Velikoj Britaniji. S jedne strane, s ciljem podržavanja i ohrabrivanja svojih članova te, s druge strane, s ciljem kritiziranja i podučavanja onih osoba koje su izvan pokreta (Barton, 2001., prema Lisak, 2013.).

Tako počeci socijalnog modela invaliditeta sežu u 1966. godinu kada je Paul Hunt obolio od spinalne mišićne atrofije i potom uredio kolektivni rad pod naslovom „Stigma: Iskustvo invaliditeta“ (Hunt, 1996., prema Twardowski, 2019.).

Djelo je činilo dvanaest tekstova koje su napisale osobe s invaliditetom, koje su s Huntom boravile u domu za stare i nemoćne osobe. Sadržaj djela nadilazio je mišljenja da je invaliditet medicinskog karaktera i osobna tragedija. Kako bi širio svoju ideju o punoj participaciji osoba s invaliditetom u društvu, 1972. godine, Paul Hunt napušta dom za stare i nemoćne te osniva Zajednicu osoba s tjelesnim oštećenjima protiv segregacije (*UPIAS - Union of the Physically Impaired Against Segregation*) (Twardowski, 2019.).

Važno je naglasiti kako je polazišna točka britanskog socijalnog modela proizašla iz Zajednice osoba s tjelesnim oštećenjima protiv segregacije (UPIAS) pod nazivom „Temeljni principi invaliditeta“ (*Fundamental Principles of Disability*) iz 1976. godine (3-4), a glasi: „Po našem mišljenju, društvo je ono koje onesposobljava osobe s tjelesnim oštećenjima. Invaliditet je nešto nametnuto temeljem naših oštećenja načinom na koji smo nepotrebno izolirani i isključeni iz pune participacije u društvu. Osobe s invaliditetom su, dakle, potlačena skupina u društvu. Da bismo to razumjeli, potrebno je shvatiti razliku između tjelesnog oštećenja i socijalne situacije, koja se naziva „invaliditet“. Stoga, oštećenje definiramo kao nedostatak svega ili dio uda, ili imanje neispravnog uda, organizma ili mehanizma tijela, a invaliditet kao nedostatak ili ograničenje aktivnosti uzrokovano društvom, koje adekvatno ne vodi računa o ljudima koji imaju tjelesna oštećenja i tako ih isključuje iz sudjelovanja u društvenim aktivnostima. Stoga, tjelesni invaliditet je poseban oblik društvenog ugnjetavanja.“ Izraz oštećenje odnosio se na tjelesne razlike, a kasnije je njegov opseg proširen kako bi obuhvatio i osobe s intelektualnim i osjetilnim oštećenjima (Beresford, 2005., prema Beresford, Nettle i Perring., 2010.).

Socijalni model je viđen kao „velika ideja“ britanskog pokreta osoba s invaliditetom, (Shakespeare i Watson, 2002.), a njegova politička formulacija pomogla mu je da postane svojevrsni „lakmus test“ pokreta za prava osoba s invaliditetom. Pokret građanskih prava i feministički pokret u Sjedinjenim Američkim Državama također su naglasili društvenu konstrukciju nejednakog položaja, važnost ljudskih prava i politike oslobođenja te su imali snažan utjecaj na razvoj pokreta osoba s invaliditetom u svijetu (Lisak, 2013.).

Tako je socijalni model invaliditeta postao sjajna ideja integracije osoba s invaliditetom, ujedno i motivator za borbu za jednaka prava. Osamdesetih i devedesetih godina, socijalni model invaliditeta bio je temelj kampanje za uvođenje antidiskriminacijskih zakonskih rješenja (Twardowski, 2019.).

S obzirom na navedeno, međunarodne i nacionalne inicijative vremenom su rekreirale pojam invaliditeta, koji je od tjelesnog problema postao pitanje ljudskih prava (Shanimons, Sunilraj i Binu, 2021.). Tako se iz socijalnog modela invaliditeta razvio model ljudskih prava, koji predstavlja institucionalne veze između invaliditeta i ljudskog razvoja. Kao takav, model ljudskih prava jedan je od značajnih modela koji doprinosi zagovaranju osoba s invaliditetom.

Stoga je 1975. godine, kao rezultat njegova djelovanja, nastao jedan od najznačajnijih dokumenata za osobe s invaliditetom - Deklaracija Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom (Ujedinjeni narodi, 1975.). Nastavno, osamdesete godine su obilježile globalno zagovaranje invaliditeta. Godina 1981. proglašena je kao Međunarodna godina osoba s invaliditetom, dok je 1983. godina označila početak Desetljeća osoba s invaliditetom Ujedinjenih naroda. Takve inicijative bile su vezane za razumijevanje povezanosti invaliditeta, siromaštva i razvoja, u smislu globalnog izazova (Eide i Ingstad, 2011.).

Nastavno, socijalni model izvršio je značajan utjecaj i na suvremene politike u području invaliditeta, čiji je trenutno najznačajniji doseg Konvencija Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom (Ujedinjeni narodi, 2006.). Konvencija Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom je međunarodni, pravno obvezujući instrument u području ljudskih prava koji je donesen 2006. godine, odražavajući gotovo četiri desetljeća borbe osoba s invaliditetom i njihovih organizacija za jednakost i društvenu uključenost (Moriarity i Dew, 2011.).

U ovoj formulaciji Konvencija prihvaća razliku između pojma „oštećenje“ i pojma „invaliditet“, navodeći da ograničenja s kojima se suočavaju osobe s invaliditetom proizlaze iz interakcije između oštećenja i prepreka u okolišu, a ne da su izravno uzrokovane barijerama (*Committee on the Rights of Persons with Disabilities*, 2017., prema Mladenov, 2021.), o čemu će se više govoriti u nastavku rada.

1.1.2. Definiranje socijalnog modela

Razvoj različitih oblika socijalnog modela invaliditeta potječe iz sličnih vremenskih i povijesnih okvira, različitih intelektualnih i političkih pozicija, stvarajući kontrastne interpretacije. Ključni aspekt svih inačica socijalnog modela invaliditeta je pitanje sudjelovanja osoba s invaliditetom, bilo u svakodnevnom životu, zdravlju i skrbi, bilo u javnim politikama (Owens, 2015.). Dakle, socijalni model shvaća invaliditet kao odnos između pojedinca i njegovog društvenog okruženja, gdje se naglašava isključivanje ljudi s određenim tjelesnim i psihičkim karakteristikama iz glavnih područja društvenog života (Shanimon, Sunilraj i Binu, 2021.).

U kontekstu britanskog modela, Mike Oliver je prvi put koristio izraz „socijalni model“ 1983. godine, kako bi naglasio zahtjeve osoba s invaliditetom i njihovih saveznika za promjenom fokusa stjelesnih ograničenja pojedinaca na fizičko i društveno okruženje, koje zapravo nameće ograničenja određenim skupinama ljudi (Oliver, 1983.). Kao ključne elemente socijalnog modela, Shakespeare (2010.) navodi razliku između invaliditeta (socijalne isključenosti) i oštećenja (tjelesnog ograničenja) te tvrdnju da su osobe s invaliditetom potlačena skupina.

Shodno tome, oštećenja se smatraju funkcionalnim ograničenjima s kojima se pojedinac suočava (nastala zbog tjelesnih, psihičkih ili senzornih oštećenja), dok se invaliditet percipira kao gubitak ili ograničenje mogućnosti sudjelovanja u normalnom životu zajednice na ravnopravnoj razini s drugima, zbog tjelesnih i društvenih prepreka (Barnes, 1991.; Buder i Perry, 2021). Oštećenje tijela ili funkcionalno ograničenje ne može predstavljati osnovu za invalidnost, jer osoba ima invaliditet tek onda kada njezino sudjelovanje u društvenom životu postane ograničeno ili, u najgorem slučaju, nemoguće (Twardowski, 2019.).

Kako Oliver (1996.; 2009.) navodi, oštećenje je samo terminologija povezana s tijelom, a invaliditet se, nasuprot tome, odnosi na one koji su ograničeni u svojoj sposobnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti i onih koji su izuzeti iz društva zbog svog tjelesnog oštećenja. Invaliditet nije proizvod tjelesne patologije, već specifične društvene i gospodarske strukture. Dakle, to nije individualno ograničenje, nego neuspjeh društva da pruži odgovarajuće usluge i adekvatno osigura potrebe osoba s invaliditetom u određenoj društvenoj sredini.

Britanski socijalni model zagovara i to da su osobe s invaliditetom potlačena društvena skupina (Abberley, 1987.), gdje se razlikuje oštećenje koje ljudi imaju i ugnjetavanje koje doživljavaju. Ugnjetavanje se, pritom, pripisuje kapitalističkom načinu proizvodnje, to jest, strukturi industrijskog kapitalizma i zahtjevima za povećanom produktivnošću, pri čemu su osobe s invaliditetom marginalizirane (Finkelstein, 1980.). Redefinicija pojma invaliditeta, koja moralnu odgovornost integracije osoba s invaliditetom adresira isključivo samom društvu je ono što izdvaja britanski društveni model od svih drugih socio-političkih pristupa invaliditetu (Shakespeare, 2010.).

Nastavno, sjevernoamerički teoretičari i aktivisti su također razvili socijalni model invaliditeta, koji se šezdesetih godina paralelno razvijao s Pokretom za građanska prava, protiv rasnih segregacija i diskriminacije (Frum, 2000.). Koncepti građanskih prava tada su primijenjeni na segregaciju osoba s invaliditetom i diskriminaciju prema njima. Međutim, kao što ilustrira američki izraz „osobe s invaliditetom“, ova perspektiva nije otišla tako daleko u redefiniranje invaliditeta kao društvenog ugnjetavanja.

Umjesto toga, sjevernoamerički pristup je, uglavnom, razvio pojam o osobama s invaliditetom kao manjinskoj skupini, unutar tradicije američke političke misli (Shakespeare i Watson, 2002.). Prema ovom mišljenju, invaliditet je proizašao iz neuspjeha strukturiranog društvenog okruženja da se prilagodi potrebama i težnjama građana s invaliditetom, a ne iz nemogućnosti pojedinca s invaliditetom da se prilagodi zahtjevima društva (Hahn 1986., prema Owens, 2015.).

U nordijskom, pak, socijalnom modelu, pojedinac se promatra kroz interakciju sa svojom okolinom, gdje se, osim okoliša, razmatraju i funkcionalni aspekti oštećenja i njihove posljedice. U ovom modelu, invaliditet postoji na kontinuiranom pomicanju između pojedinca i njegove okoline, usredotočujući se na njihove kapacitete i sposobnosti umjesto na definiranje karakteristika pojedinaca (Soder 1982., prema Owens, 2015.).

O kojem god sociopolitičkom kontekstu govorili, invaliditet u socijalnom modelu ima relativan karakter te je, uglavnom, uvjetovan interakcijom između osobe s invaliditetom i sredine u kojoj osoba živi (Twardowski, 2019.). Stoga, socijalni model invaliditeta donosi značajnu promjenu u načinu razmišljanja spram osoba s invaliditetom.

Za razliku od medicinskog modela, koji je usmjeren na oštećenje pojedinca i potrebu za medicinskim intervencijama u svrhu prilagodbe društvu, socijalni model invaliditeta zahtjeva od društva da preuzme odgovornost za zadovoljavanje potreba osoba s invaliditetom, kroz pružanje podrške i savladavanje mogućih prepreka (Turčić, 2012.). Ovo također znači da socijalni model ne poriče vrijednost medicinske intervencije i medicinske njege, ali pretpostavlja da medicinski postupci i tehnologije mogu liječiti samo oštećenja, dok tretiranje invaliditeta zahtjeva druga sredstva i pristupe (Mladenov, 2021.)

Dakle, treba imati na umu da zapreke za inkluzivna okruženja nisu samo konkretne prirode, poput fizičkih barijera s kojima se osobe s invaliditetom susreću. One se sastoje i od društvenih barijera, koje proizlaze iz stereotipa o osobama s invaliditetom usađenih u individualne misli, uvjerenja i stavove, a koji nerijetko vode do stigmatizacije (Twardowski, 2017., prema Twardowski, 2019.). Tek kada invaliditet promatramo kroz prizmu socijalnog modela, možemo početi mijenjati perspektivu ljudi o tome kako organizacije i okruženja trebaju biti inkluzivno strukturirane i početi se aktivno suprotstavljati načinu na koji se osobe s invaliditetom percipiraju u društvu.

Umjesto da se doživljavaju kao objekti žaljenja ili liječenja, osobe s invaliditetom je važno vidjeti kao punopravne i ravnopravne članove društva s ljudskim i građanskim pravima (Buder i Perry, 2021.). Tako nova paradigma invaliditeta predstavlja promjenu pristupa, koja se oslanja na principe ljudskih prava i temeljna načela Konvencije o pravima osoba s invaliditetom (Ujedinjeni narodi, 2006.), jer jedino pristup ljudskim pravima u punom smislu njegova provođenja omogućuje postizanje dobre kvalitete života osoba s invaliditetom i njihovih obitelji (Lisak, 2013.).

Socijalni model, temeljen na ljudskim pravima, preduvjet je za socijalnu inkluziju svih članova društva i, u konačnici, važan je za razvoj zajednice koja poštuje i uvažava prava svakog čovjeka i implementira ih kroz sustave potpore (Wronka, 2008.). Uvođenjem ideje o inkluziji šalje se poruka da zajednica nije potpuna sve dok u njoj nisu svi dobrodošli. Osnovna načela se odnose na uvažavanje prava pripadnosti zajednici bez obzira na različitost (ne negirajući tu različitost), prepoznavanje vlastitih potreba i uvažavanje tuđih, stvaranje mogućnosti za svakog i pružanje podrške onima kojima je to potrebno (Urbanc, 2005.).

Sheakespeare (2010.) navodi kako je jedna od prednosti ovog pristupa prepoznavanje invaliditeta kao složenog fenomena koji zahtijeva različite razine analize i intervencije, od medicinskih do sociopolitičkih. Nastavno, značajnim smatra i uvid da invaliditet nije problem manjine, koji pogađa samo one osobe koje su definirane kao osobe s invaliditetom, nego je isti univerzalno iskustvo čovječanstva (Zola, 1989., prema Shakespeare, 2010.). Osim navedenog, socijalni model imao je blagotvoran, psihološki utjecaj na osobe s invaliditetom-poboljšao je njihovu samoprocjenu i pomogao u izgradnji pozitivnog identiteta (Twardowski, 2019.).

Zaključno, socijalni model invaliditeta pokazao se kao temeljni i politički uspješan alat, ali bismo njegovu uporabu svakako trebali proširiti (Corker 1999.; Owens, 2015.), Stoga, umjesto napora da se prekine definicijska veza između oštećenja i invaliditeta, značajnije bi bilo izložiti bitne povezanosti između istih.

Tako, Shakespeare i Erickson (2000.) vjeruju da bi adekvatna socijalna teorija invaliditeta uključivala sve dimenzije iskustava osoba s invaliditetom: tjelesne, psihološke, kulturne, društvene, političke, umjesto isključivog fokusa na medicinskim ili socijalnim dimenzijama. To bi značilo, kako Berghs i suradnici (2019.) navode, da bi socijalni model invaliditeta trebao biti inicijator promjene u društvu i njegovih kolektivnih vrijednosti, uz podržavanje ljudskog dostojanstva i života osoba s invaliditetom u svakom društvenom segmentu.

1.2. Konceptualizacija osnovnih pojmova

1.2.1. Osobe s duševnim smetnjama

U stručnoj literaturi pronalazimo različite nazive za osobe s duševnim smetnjama - psihički bolesne osobe, osobe s mentalnim oštećenjima, psihijatrijski bolesnici i slično. Kako se u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN, 76/2014.), nacionalnom aktu koji štiti i promiče prava osoba s duševnim smetnjama, koristi termin osoba/e s duševnim smetnjama, navedeni termin smatramo najpogodnijim za korištenje u ovom istraživanju.

Duševne smetnje prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012.; Leutar i Buljevac, 2020.), definiraju se kao mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja (F00-F99), a čine ih organski i simptomatski mentalni poremećaji (F00-F09), mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari (F10-F19), shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji (F20-F29), poremećaji raspoloženja (F30-F39), neurotski i somatomorfni poremećaji i poremećaji izazvani stresom (F40-F49), bihevioralni sindromi vezani uz fiziološke poremećaje i fizičke čimbenike (F50-59), poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja odraslih (F60-69), mentalna retardacija (F70-F79), poremećaji psihološkog razvoja (F80-F89), poremećaji ponašanja i emocionalni poremećaji s nastankom u djetinjstvu i u adolescenciji (F90-F98) i neodređeni mentalni poremećaji (F99).

Kada se govori o prevalenciji duševnih smetnji, važno je istaknuti kako je u svim zemljama svijeta stanje mentalnog zdravlja takvo da otprilike jedan od osam pojedinaca živi s duševnom smetnjom. Shizofrenija, koja se javlja kod jedne od dvjesto odraslih osoba, u svojim akutnim stanjima pokazala se kao jedno od najštetnijih zdravstvenih stanja (Svjetska zdravstvena organizacija, 2022.). Prema recentnom izvješću o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022.), važno je naglasiti da osobe s duševnim smetnjama čine oko 24,5% osoba s invaliditetom u Republici Hrvatskoj (cca 153 021 osoba), što govori da svaki četrdeseti stanovnik, na tisuću stanovnika, ima ozbiljne probleme mentalnog zdravlja. Razlike u spolu su vrlo upečatljive, budući da je oko 64% muškaraca, a oko 36% žena s duševnim smetnjama. Stoga su u populaciji najzastupljeniji muškarci životne dobi od dvadeset do šezdeset i četiri godine. U dijagnostičkom kontekstu prevladavaju organski i simptomatski mentalni poremećaji (F00-F09) te shizofrenija, shizotipni i sumanutni poremećaji (F20-F29) (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2022.).

Duševna smetnja definirana je kao mentalno, bihevioralno ili emocionalno stanje koje rezultira značajnim funkcionalnim oštećenjem, a koje ima negativne učinke na funkcioniranje pojedinca i njegovo sudjelovanje u životu zajednice (Chronister, Fitzgerald i Chou, 2021.). Pritom, osoba može imati duševne smetnje, a ne mora nužno biti osoba s invaliditetom (Leutar i Buljevac, 2020.). Osobe s duševnim smetnjama mogu se okarakterizirati kao osobe s invaliditetom tek onda kada nastane produljena nesposobnost, oštećenje ili sekundarne posljedice (Davidson i sur., 2008.), koje proizlaze iz života s duševnom smetnjom, a ne kao samo stanje duševne smetnje.

Shodno tome, osobe s duševnim smetnjama doživljavaju značajne stresore kao što su bolest, izolacija, beskućništvo i stigma, koji potom otežavaju funkcioniranje i sudjelovanje u društvu (Maulik, Eaton i Bradshaw, 2010.; Madianos, 2010.; Panayiotopoulos, Pavlakis, i Apostolou, 2012.). Zapravo, navedene okolnosti dovode do smanjenja životnog vijeka osoba s duševnim smetnjama (Colton i Manderscheid, 2006.; Chronister i sur., 2015.), što rezultira da osobe sa shizofrenijom, shizoafektivnim poremećajem, depresijom i bipolarnim poremećajem žive kraće za deset do dvadeset i pet godina (Colton i Manderscheid, 2006.; Walker, McGee i Druss, 2015.). Osim toga, do dvije trećine pojedinaca s duševnim smetnjama ne participira u zajednici i ima poteškoća u održavanju osnovnih socijalnih uloga kao što su supružnik, roditelj ili zaposlenik (Schulze i Angermeyer, 2003.; Agerbo i sur., 2004.; Bellacketal., 2007., prema Davis i Brekke, 2014.). Također, učinci socijalne izolacije kreću se od većeg broja ponovnih bolničkih prijema (Chinman i sur., 2001.) do lošijeg općeg funkcioniranja (Erickson i sur., 1989., prema Mueller i sur., 2006.). Neka istraživanja (Corrigan i Phelan, 2004.; Mezzina i sur., 2006.; Madianos, 2010.) pokazala su kako se navedeni stresori ne mogu ublažiti samo psihofarmakološkim i/ili intervencijama u ponašanju. Stoga, došlo je do preporuka da se unutar psihosocijalnog pristupa uvedu intervencije u okvirima socijalne podrške, kao dodatni set alata u procesu liječenja osoba s duševnim smetnjama.

U prirodnom, neformalnom okruženju, socijalna podrška proizlazi iz uspostavljanja osobnih odnosa, a odnos sam po sebi daje podržavajuće značenje ponašanju i obrnuto (Cohen, 2004.). Tako intervencije u okvirima socijalnih mreža osoba s duševnim smetnjama, usmjerene na probleme unutar mreže i obiteljske odnose, mogu dovesti do poboljšanja mentalnog blagostanja i boljeg korištenja usluga mentalnog zdravlja (Pinto, 2006.).

1.2.2. Socijalna podrška

Socijalni odnosi potiču angažman socijalnih aktivnosti i omogućuju pristup socijalnoj podršci (Kelly i sur., 2017.), koja se može općenito podijeliti na strukturalnu i funkcionalnu dimenziju. Strukturalna dimenzija je društvena mreža koja opisuje sastav kontakata, uključujući broj osoba, prirodu veze i stopu međusobne povezanosti (Beckers i sur., 2022.). S druge strane, funkcionalna dimenzija socijalne podrške određuje vrstu transakcije (socijalne podrške) koja se događa u sklopu interakcije primatelja i pružatelja podrške (Taylor, 2011.; Kupier i sur., 2016.), unutar socijalne mreže. Socijalna podrška, kao takva, nije roba koja se nalazi kod pružatelja i prelazi na primatelja, već je izraz uzajamnosti i naklonosti karakterističan za odnos između strana (Gottlieb i Bergen, 2010.).

Složeni koncept kao što je socijalna podrška nije jednostavno definirati, zbog različitih stavova akademske zajednice, praktičara, ali i same kompleksnosti pojma (Vranko, 2021.). Neke od starijih definicija govore da socijalna podrška podrazumijeva percepciju dostupnosti drugih u vrijeme potrebe i zadovoljstvo prikladnošću podrške koja je na raspolaganju (Sarason i sur., 1983.) te da je, kao intervenirajući čimbenik, izravno povezana s procesom suočavanja sa stresom (Mechanic, 1976.). Nastavno, suvremenije definicije detaljnije su nastojale opisati socijalnu podršku, uzevši u obzir komunikacijsku komponentu. Tako MacGeorge, Feng i Burleson (2011.) smatraju da socijalna podrška obuhvaća svaku verbalnu ili neverbalnu komunikaciju koja podrazumijeva brigu, ohrabrenje ili pomoć, koja ima za cilj pomoći osobi koja se percipira da je u potrebi. Temeljno, socijalna podrška je komunikacijski proces usko povezan sa zdravljem i dobrobiti pojedinca (MacGeorge, Feng i Burleson, 2011.; Kelly i sur., 2017.), budući da često rezultira tjelesnim, psihološkim, afektivnim i bihevioralnim promjenama (Cohen i Wills, 1985., prema Faw i Matter, 2023.). Elementi koji su zajednički gotovo svim definicijama socijalne podrške svakako su pružatelj i primatelj, podrška i okruženje u kojem se razmjena ostvaruje (Vranko, 2021.).

Dakle, zbog nedostatka konsenzusa o definiciji i operacionalizaciji socijalne podrške (Hinson Langford i sur., 1997.; Martire i Helgeson, 2017.; Knoll, Scholtx i Ditzen, 2019.), najbolji model za mjerenje socijalne podrške trebao bi biti onaj koji opisuje različite aspekte socijalne podrške i prikuplja dragocjene podatke za znanstvene analize, u svrhu poboljšanja znanja o temi socijalne podrške (Berkman, Kawachi i Glymour, 2014.; Beckers i sur., 2020.). Stoga su znanstvenici, zbog njezine široke i raznolike prirode, socijalnu podršku podijelili na nekoliko kategorija.

Prema Thoits (1982.; 2011.) socijalna podrška uključuje i kvalitativnu i kvantitativnu dimenziju. Kvalitativna dimenzija ukazuje na ono što osoba osjeća i percipira da može biti od pomoći, dok kvantitativna dimenzija označava prisutnost odnosa dostupnih osobi. Kvalitativna socijalna podrška je orijentirana na proces i odnosi se na percipirana značenja i izražajne vrijednosti društvenih odnosa.

Na tragu navedenog, suvremeni pristup govori kako se socijalna podrška primarno može dijeliti na percipiranu podršku ili primljenu podršku. Prema tome, percipirana podrška je, u biti, uvjerenje da je podrška dostupna od članova mreže socijalne podrške te mjeri vrstu i/ili količinu socijalne podrške koju osoba percipira raspoloživom (Uchino i sur., 2012). S druge strane, primljena, ili kako se još naziva, stvarna socijalna podrška, podrazumijeva mobilizaciju i izražavanje (Gottlieb i Bergen, 2010.) te objektivno sažimanje socijalne podrške koju osoba dobiva. Dakle, primljena socijalna podrška predstavlja izvještaj o tome da je podrška pružena.

Iz perspektive same funkcije koju nosi, socijalna podrška može biti emocionalna, instrumentalna (materijalne i praktične prirode) te informacijska (Berkman, Kawachi i Glymour, 2014.; Tracy i Whittaker, 2015.; Wang i sur., 2017). Burlison (2003., prema Faw i Matter, 2023.) definira emocionalnu podršku kao specifične linije komunikacije ponašanja koje jedna strana provodi s namjerom da pomogne drugoj strani, kako bi se učinkovito nosila s emocionalnim stresom. Prvo, ova vrsta podrške zahtijeva komunikacijsko djelovanje ili ponašanje pomagača, a to je ponašanje uvijek usmjereno na cilj, obzirom da emocionalnu podršku karakteriziraju namjere pružatelja podrške, a ne ishodi samog podržavajućeg djelovanja (Burlison, 2003., prema Faw i Matter, 2023). Emocionalna podrška afektivna je transakcija koja prenosi naklonost, divljenje, poštovanje i ljubav (Kahn i Antonucci, 1980., prema Chronister i sur., 2015.) te uključuje izražavanje empatije i brige.

Instrumentalna podrška jedinstvena je zbog svoje podjele na materijalnu (financijsku) podršku te praktičnu (opipljivu) podršku. Instrumentalna podrška, s jedne strane, podrazumijeva pružanje materijalnih dobara, financijske pomoći i usluga (Bambina, 2007.; Yao, Zheng i Fan, 2015.). a, s druge strane, sadrži i konkretnu, praktičnu pomoć koja je namijenjena rješavanju problema ili ostvarenju zadataka (Hinson Langford i sur., 1997.). Praktična podrška može biti posebno važna u kriznim zdravstvenim situacijama ili kod kroničnih stanja, jer podrazumijeva neposredno prisustvo i angažman druge osobe (Faw i Matter, 2023.).

Informacijska podrška (ponekad se naziva davanje/trazenje savjeta) uključuje poruke o sposobnostima pojedinca da riješi određeni problem (MacGeorge, Feng i Burleson, 2011.). Dakle, informacijska se podrška odnosi na davanje savjeta, usmjeravanje ili pružanje informacija koje mogu pomoći osobi da riješi određeni problem (Bambina, 2007.; McCormack, 2010.; Yao, Zheng i Fan, 2015.). Ovu vrstu podrške uvelike karakterizira sadržaj poruke, korisne činjenice ili komentari o postupcima primatelja podrške (Cutrona i Suhr, 1992., prema Faw i Matter, 2023.). Informacijska podrška osobito se pokazala važnom za zdravstvene ishode, obzirom da ljudi često traže i koriste informacijsku podršku kako bi se lakše nosili sa svojim zdravstvenim stanjem i učili o problemima koji su povezanim s istim.

Potreba za određenim oblikom podrške određena je dobi osobe (s invaliditetom), spolom, materijalnim statusom obitelji ili osobe, socijalnim statusom, dostupnošću podrške u zajednici gdje osoba s invaliditetom živi, te društvenim uređenjem (Leutar i Buljevac, 2020). Također, Sarason i Sarason (2009.) smatraju da pokušaji podrške mogu imati pozitivne, ali i negativne implikacije kod pojedinca, ovisno o potrebama primatelja, ali i osjetljivosti davatelja. Shodno tome, često se javljaju dvije vrste nepodudarnosti koje rezultiraju neuravnoteženom podrškom. Prva je kada primatelj prima manje potpore nego što mu je potrebno (nedovoljna podrška), a druga kada dobije veću podršku ili češću podršku nego što mu je potrebna (prekomjerna podrška). U svakom slučaju, nepodudarnost u iznosu razmijenjene socijalne podrške može utjecati na pojedince različito te dovesti do kvalitativno različitih učinaka na zdravlje ljudi (Brock i Lawrence, 2009.).

Također, pokazalo se da se neusklađenost u socijalnoj podršci može pojaviti i kod davatelja i primatelja kada imaju različite ciljeve (Shumaker i Brownell, 1984., prema Brock i Lawrence, 2009.). To se događa kada pružena podrška nije to što je primatelju potrebno ili kada primatelj preferira neku drugu vrstu podrške, što ponekad može izazvati i negativne ishode. Konkretno, pružatelji podrške trebali bi promišljati dovodi li njihov angažman u pitanje autonomiju osobe kojoj pokušavaju pomoći, budući da nepromišljeni oblici podrške mogu izazvati štetnu dinamiku odnosa, osjećaj prosudbe, neželjenu obvezu ili čak pokušaje relacijske kontrole primatelja (Goldsmith i Albrecht, 2011.; Yan i sur., 2017.). Zaključno, važno je reći da se percipirana i pružena socijalna podrška čine važnom u životima osoba s duševnim smetnjama (Wilcox, 1981., prema Pearson, 1986.), a mjerenje istih zahtijeva jasnoću o aspektima društvenog okruženja koje je najrelevantnije za ciljeve i kontekst istraživanja (Gottlieb i Bergen, 2010.), a o čemu će se govoriti detaljnije u narednim poglavljima.

1.2.2.1. Socijalna podrška i osobe s duševnim smetnjama

Socijalna podrška je univerzalna ljudska potreba koja je povezana s kvalitetom života i općim mentalnim i tjelesnim zdravljem pojedinca (Holt-Lunstad i sur., 2015.; Valtorta i sur., 2016.). Obzirom da se socijalna podrška pokazala kao važan čimbenik zdravlja i dobrobiti (Stesse i sur., 2006.; Dizten i Heinrichs, 2014.; Holt-Lunstad i sur., 2015.; Valtorta i sur., 2016.) navedeno je potaknulo istraživače, osobito u području mentalnog zdravlja, na proučavanje razumijevanja i vrijednosti socijalne podrške (Melrose, Brown i Wood, 2015.; Bitter i sur., 2020.).

Osobe s duševnim smetnjama imaju manje društvenih kontakata i nedostatnu socijalnu podršku (Almquist, Landstedt i Hammarstorm, 2016.; Beckers i sur., 2022.), što nerijetko rezultira neadekvatnom skrbi za osobe s duševnim smetnjama (Henderson, Evans-Lacko i Thornicroft, 2013.) jer izbjegavaju pristup podršci i liječenju zbog stigmatizacije koja ih prati (Henderson, Evans-Lacko i Thornicroft, 2013.). Dakle, zbog straha od stigmatizacije, osobe s duševnim smetnjama imaju tendenciju suzdržavanja od društvenih kontakata, što rezultira nedostatkom (socijalne) podrške i (medicinske) skrbi (Park i Park, 2014.). Pritom, da bi se osobe s duševnim smetnjama općenito mogle nositi sa svakodnevnim životom, posebice tijekom akutnih faza bolesti, socijalna podrška i odgovarajuća medicinska skrb su neophodne instance oporavka (Barney i sur., 2006., prema Mohring, Krick i Ditze, 2021.). Pitanje nedostatka socijalne podrške kod osoba s duševnim smetnjama postalo je još više zabrinjavajuće u krizi izazvanoj pandemijom COVID-19 (Wildman i sur., 2021.).

Istraživanja (Corrigan i Phelan, 2004.; Feldman i sur., 2004.; Ozbay i sur., 2007.; Lee, Yin-Ling i Rothbard, 2014.) potvrđuju kako je socijalna podrška značajno povezana s procesom ozdravljenja i oporavka. Benefiti koje socijalna podrška pruža u kontekstu zdravstvenog stanja osoba s duševnim smetnjama jesu lakše pristupanje liječenju (Pinto, 2006.; Beljouw i sur., 2010., prema Beckers i sur., 2022.), smanjenje mogućnosti recidiva, to jest, ponovnog liječenja u psihijatrijskoj ustanovi (van Veen i sur., 2019.) te, generalno gledano, socijalna podrška vodi ka boljem zdravlju (Corrigan i Phelan, 2004.; MacGeorge, Feng i Burleson, 2011.; Chou i Chronister, 2012., Uchino i sur., 2012.). Stoga, rad na poboljšanju socijalne podrške jedan je od značajnih ciljeva u liječenju osoba s duševnim smetnjama (Corrigan i Phelan, 2004.; Mezzina i sur., 2006.; Madianos, 2010.; Degnan i sur., 2018.).

1.2.3. Mreža podrške- strukturalna dimenzija socijalne podrške

Pojam „socijalna mreža“ proizlazi iz rada sociologa i socijalnih antropologa, koji su ga odabrali kao svoju jedinicu promatranja kolektivne veze između ljudi s visokom razinom socijalne interakcije. Tako Rabotež-Šarić i suradnici (2002.) navode kako socijalna mreža označava komuniciranje između određenih subjekata, koju karakteriziraju veličina mreže, povezanost članova mreže i učestalost kontakta između članova u mreži (Berkman, 2000.; Cochran i Walker, 2005.; Kelly i sur., 2017.). Dakle, socijalna mreža definira se kao mreža društvenih odnosa koja okružuje pojedinca, koja olakšava angažman u društvenim aktivnostima i pristup socijalnoj podršci (Berkman i sur., 2000., Kelly i sur., 2017.). Tako bliski odnosi generiraju širi raspon vrste podrške, od slučajnih poznanstava do bliskih socijalnih veza, koje su strože definirane normativnim definicijama uloga (Gottlieb i Bergen, 2010.).

Opseg i kvaliteta socijalnih mreža pojedinca također je rezultat i širih društvenih čimbenika. Zaposlenje, bračni status, članstvo u određenim civilnim i vjerskim organizacijama, učestalost i kvaliteta kontakata s rodbinom i prijateljima djelomično su određeni položajem pojedinca u široj društvenoj strukturi, koja je stratificirana po dobi, spolu, rasi, socioekonomskom statusu, a organizirana u skladu sa širim političko-ekonomskim strukturama (House, Landis i Umberson, 1988.). Osim što socijalne mreže mogu sadržavati odnose formalne i neformalne prirode, unutar kojih se omogućuje razmjena usluga, informacija i drugih dobara (Dobrotić i Laklija, 2012.), Janković (1993., prema Milić Babić, 2019.) tvrdi da su socijalne mreže dinamične te da se šire i smanjuju u skladu s interakcijama subjekata. Prema tome, analiza međuljudskih mreža poboljšava naše razumijevanje društvenog okruženja i daje nam uvid u pojedinčevo socijalno, ekonomsko, tjelesno i mentalno blagostanje (Hsieh, 2014.), a usklađenost različitih izvora, njihova dostupnost i otvorenost čine lepezu podrške koja daje sigurnost pojedincu i obitelji (Health Education England, 2018., prema Milić Babić, 2019.). Stoga, socijalno podržavajući odnosi i učinkovite socijalne mreže imaju terapeutsku vrijednost za mentalno i tjelesno zdravlje pojedinca (Pearson, 1986.; Freund, Nikitin i Ritter, 2009.; Zvizdić, 2015.; Gong i Mao, 2016.). One su značajne u prevenciji negativnih životnih događaja (Leutar, Penava i Marković, 2014.) te, što je veći broj i raznolikost socijalnih veza, veća je društvena integracija (Gottlieb i Bergen, 2010.). Stoga, stvaranjem pozitivnih socijalnih mreža preveniraju se određeni negativni događaji u životu pojedinca, odnosno unaprjeđuje se njegova kvaliteta života (Leutar, Penava i Marković, 2014.).

1.2.3.1. Neformalna mreža socijalne podrške

Nasuprot formalnoj podršci, neformalna podrška je prirodna, jeftina i dostupna izvan radnog vremena (Taylor i sur., 2013.). Također, ona se temelji na emocionalnoj povezanosti članova, to jest, primarnoj solidarnosti (Leutar, Penava i Marković, 2014.), ali i na osobnoj motiviranosti te mogućnostima izvora podrške da pruži adekvatnu podršku (Leutar i Buljevac, 2020.). Prema Raboteg-Šarić i suradnicima (2002.), neformalna mreža predstavlja trajnije i kontinuirano komuniciranje među točno određenim, međusobno povezanim subjektima.

Za razumijevanje subjektivnog osjećaja socijalne podrške treba uzeti u obzir podršku koja dolazi iz različitih smjerova, koja uključuje pojedince s kojima osoba ima intimne bliske odnose, ali i one s kojima ima ograničene socijalne interakcije te povremene kontakte u zajednici (Milić Babić, 2019.). Obično se unutarnji krug neformalne mreže sastoji od članova uže obitelji i vrlo bliskih prijatelja, dok članovi izvan unutarnjeg kruga uključuju ljude koji su sve manje bliski. Najčešće su to daljnji članovi obitelji, prijatelji, susjedi, kolege i poznanici (Cochran i Walker, 2005.; Rausa, 2008.).

Tako vrste odnosa koje proizlaze iz neformalne mreže podrške uključuju brak, roditeljstvo i druge intimne veze, prijateljstva, odnose s kolegama na poslu, članstva u vjerskim i civilnim zajednicama, kulturnim, političkim i rekreacijskim udrugama te poznanstva sa susjedima, trgovcima i pružateljima usluga (Rausa, 2008.; Vranko, 2021.). Primarne veze imaju tendenciju da budu stalnije u životu osobe i vjerojatnije je da će se smatrati primarnim izvorom emocionalne podrške, dok sekundarne veze obično ulaze i izlaze iz mreže podrške i vjerojatnije je da će biti izvor instrumentalne podrške (Thoits, 2011.).

Pojedinac istovremeno može pripadati različitim socijalnim mrežama koje se temelje na različitoj osnovi povezanosti (Leutar, Penava i Marković, 2014.), čiji članovi mogu biti značajni izvori socijalne podrške za osobu. Takvi odnosi daju pojedincima osjećaj da pripadaju, da su prihvaćeni, voljeni, potrebni i cijenjeni (Rausa, 2008.). Kako se socijalna podrška iz neformalnih mreža podrške pokazala vrlo značajnom za život pojedinca pa tako i osoba s duševnim smetnjama (Hseih, 2014.; Sweet i sur., 2018.), u nastavku je detaljniji prikaz najzastupljenijih sastavnica neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama.

1.2.3.2. Sastavnice neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama

Obiteljska mreža

Neformalnu podršku obiteljima s invaliditetom osiguravaju članovi šire obitelji, prijatelji, susjedi, članovi različitih udruga u koje su uključene obitelji te članovi vjerskih zajednica (Leutar i Buljevac, 2020.). Općenito, bliske veze s članovima uže obitelji predodređene su za najintimnije izraze podrške (Gottlieb i Bergen, 2010.), stoga se pozitivno obiteljsko okruženje pokazalo kao jedan od zaštitnih faktora za uspješno funkcioniranje osoba s invaliditetom i svih članova obitelji (Milić Babić, 2012.). Procjenjuje se da velik broj osoba s duševnim smetnjama stanuje s članovima uže ili šire obitelji (Bengtsson-Tops i Hansson, 2001., prema Kaufman i sur., 2010.), ali i da je još veći broj obitelji, koje žive odvojeno, aktivno uključeno u život osoba s duševnim smetnjama (Haselden i sur., 2018.).

Kako osobe s duševnim smetnjama često doživljavaju poteškoće u aspektima svakodnevnog života, članovi obitelji i partneri često preuzimaju odgovornost za pružanje različitih vrsta brige i podrške (Leutar i Štambuk, 2007., Berk i sur., 2011.; Weimand i sur., 2013.; Akbari i sur., 2018.; Stanley i Balakrishnan, 2023.). Stoga, članovi obitelji mogu igrati ključnu ulogu u održavanju mentalnog zdravlja osoba s duševnim smetnjama (Aldersey i Whitley, 2015.; Chronister, Fitzgerald i Chou, 2021.).

U domaćem istraživanju koje su provele Vranko, Velimirović i Jendričko (2021.), potvrđeno je kako za osobe s narušenim mentalnim zdravljem najveću ocjenu percipirane socijalne podrške imaju životni partneri. S druge strane, supružnički ili partnerski odnos koji nije podržavajući može biti štetan, posebno za zdravstveno stanje osobe (Rausa, 2008.), a neusklađenost između željene i primljene socijalne podrške može dovesti do bračnih nesuglasica (Brock i Lawrence, 2009.).

Nastavno, primarni izvor socijalne podrške osobama s duševnim smetnjama svakako su roditelji, to jest, uglavnom majke (Jewell i Stein, 2002.). Iako, nakon smrti roditelja, braća i sestre mogu biti značajan izvor emocionalne i instrumentalne podrške (Rausa, 2008.). Također, kada se govori o članovima mreže obiteljske podrške, važno je spomenuti kako istu čine i djeca osoba s duševnim smetnjama.

Istraživanja pokazuju da djeca osoba s duševnim smetnjama vremenom preuzimaju brigu za svog roditelja (Abraham i Aldridge, 2010.; Aldridge, 2018.; Blake-Holmes, 2019.). Iako socijalna podrška, koju pružaju navedeni članovi obitelji, doprinosi boljoj kvaliteti života osoba s duševnim smetnjama (Newman, 2003.), članovi obitelji osoba s duševnim smetnjama često su zanemaren i nedovoljno proučavan izvor socijalne podrške (Roseland i sur., 2013.), posebice članovi šire obitelji.

Obzirom na modernizaciju društva, važno je uzeti u obzir da se struktura i uloga obitelji učestalo mijenja (Leutar i Štambuk, 2007.). Stoga, osim obiteljske mreže podrške, prijateljska mreža može biti također jedan vrlo značajan čimbenik za mentalno zdravlje pojedinca (Skogbrott Birkeland i sur., 2017.).

Prijateljska mreža

Prijatelji kao izvor podrške postaju sve važniji u suvremenom društvu zbog povećane mobilnosti i sve većeg broja ljudi koji žive sami (Giaccio i sur., 2012.). Za razliku od obiteljskih veza, prijateljstva su dobrovoljna i temelje se na privrženosti i zajedničkim interesima, budući da često dijele zajednička iskustva i prolaze kroz slične promjene u datom trenutku života. Prijateljstvo se općenito razvija između ljudi koji su kompatibilni s obzirom na njihovu dob, aktivnosti i pogled na život (Souare, 2008.), a ponuda podrške od strane prijatelja implicira da je riječ o međusobnom odnosu povjerenja (Faw i Matter, 2023.).

Osobama s duševnim smetnjama pronalaženje i održavanje prijateljstva može predstavljati izazov (Harrop i sur., 2015.). Stoga, mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama karakterizira nedostatak prijatelja, koji često pružaju esencijalni „protuotrov“ usamljenosti i socijalnoj izolaciji (Perese i Wolf, 2005.). Nepostojanje bliskih prijatelja povezano je s većim brojem tjelesnih i psiholoških simptoma (Bowling, 1994.).

Kao rezultat toga, mnoge osobe s duševnim smetnjama većinu vremena provode same (Davidson i sur., 1998., prema McCorkle i sur., 2009.) i doživljavaju osjećaj socijalne izolacije ili usamljenosti (Green i sur., 2002., prema McCorkle i sur., 2009.), nezadovoljstvo socijalnom podrškom (Bengtsson-Tops i Hansson, 2001.) i nedostatak integracije u zajednicu (Davidson i sur., 2004.).

S druge strane, prijateljstva mogu biti moćan i isplativ način za pomoći osobama s duševnim smetnjama u razvijanju socijalnih vještina, proširivanju socijalne mreže i poboljšanju kvalitete života (Ritsner, Gibel i Ratner, 2006.; McCorkle i sur., 2009.). Prijateljske mreže podrške imaju pozitivne učinke na kliničke ishode (Harrop i sur., 2015.) te pridonose većem zadovoljstvu životom (Newman, 2003.; Leutar, Penava i Marković, 2014.; Vranko, 2021.). Osobe s duševnim smetnjama čije socijalne mreže uključuju prijatelje imaju manje poteškoća u samozbrinjavanju za razliku od osoba s duševnim smetnjama u čijim mrežama dominira isključivo obitelj (Evert i sur., 2003.).

U kontekstu osoba s duševnim smetnjama, značenje i važnost prijateljstva ostalo je uglavnom neistraženo ili je pak promatrano kao komponenta integracije zajednice (Boydell, Gladstone i Stasiulis Crawford, 2002.), unatoč tome što je važan resurs za poboljšanje kvalitete njihovog života. Novi prijatelji mogu biti stečeni kroz angažman u vjerskim aktivnostima, putovanjima, novim zaposlenjima, prilikama za učenje i volontiranje (Souare, 2008.). Stoga, važno je poticati osobe s duševnim smetnjama na participaciju u društvenim aktivnostima kako bi širile svoju mrežu podrške i stvarale dublje odnose povjerenja, poput onih prijateljskih.

Susjedska mreža

Važnost susjedstva proizlazi iz jedinstvenog doprinosa neformalnoj socijalnoj podršci (Unger i Wandersman, 1985., prema Kriegel i sur., 2019.), budući da susjedi pružaju mogućnosti za interakcije koje potencijalno mogu ponuditi priliku za razvoj identiteta izvan stigmatizirajućeg okruženja. Tako su u istraživanju Tsujia (2014.) utvrđene četiri posebne značajke susjedske mreže, koje govore o stupnju kohezije i podrške unutar iste: 1. komunikativnost (međusobno pozdravljanje kod mimoilaženja) 2. povjerljivost (susjedi imaju povjerenja jedni u druge) 3. uslužnost (međusobno pružanje pomoći) 4. kooperativnost (međusobna suradnja radi rješavanja problema u zajednici), kao najviša instanca.

Rezultati istraživanja Graneruda i Severinssona (2003.) pokazuju kako susjedi osjećaju nesigurnost, strah i neizvjesnost spram susjeda koji imaju duševnu smetnju. Takvi osjećaji dovode do poteškoća u međusobnom kontaktu, što rezultira stigmatizirajućim ponašanjem od strane susjeda. Također, zbog negativnih stereotipa vezanih uz duševne smetnje i stigmatizaciju, osobe s duševnim smetnjama i očekuju da budu odbačene, obezvrijeđene ili diskriminirane (Link i sur., 1989., prema Mueller i sur., 2006.) što, na koncu, ponekad rezultira segregacijom. Stoga je evidentno kako osobe s duševnim smetnjama i njihovi susjedi imaju nisku razinu kohezije i socijalne podrške.

S druge strane, interakcija sa susjedima je potencijalno plodonosno sredstvo mijenjanja obrazaca usamljenosti i položaja socijalne izolacije u kojoj se osobe s duševnim smetnjama često nalaze (Kriegel i sur., 2019.). Shodno tome, kako bi doprinijeli takvim iskustvima, rad na usvajanju i usavršavanju socijalnih vještina može biti koristan alat za razvijanje sposobnosti uključivanja u susjedski kontakt i stvaranje susjedske mreže (Granerud i Severinsson, 2003.).

Mreža kolega s posla

Kolege s posla vrlo su značajni za širenje mreže podrške i za bolju integraciju u radno, ali i šire društveno okruženje. Henderson i Argyle (1985.; Elfering i sur., 2002.) smatraju da su kolege na poslu heterogena kategorija i da sadrže prilično različite vrste odnosa, od onih prilično intimnih i pozitivnih, do onih površnih, neutralnih, pa čak i negativnih.

Istraživanja odnosa između širokog skupa čimbenika na poslu i psihološkog distresa među zaposlenicima utvrdila su da je niska podrška nadređenog jedan od najdosljednijih prediktora psihološkog distresa (Nielsen, Tvedt i Matthiesen, 2012.; Finne i sur., 2014.; Skogbrott Birkeland i sur., 2017.) te kako je postojanje barem jedne intimne veze na poslu povezano s manjim stresom (Elfering i sur., 2002.).

Istraživanje Princea i suradnika (2016.) utvrdilo je da je zapošljavanje, na neki način, olakšalo, ali i otežalo približavanje ljudima. Dakle, osobama s duševnim smetnjama dana je prilika za povezivanje s novim ljudima u radnom kontekstu, ali je pojava duševne smetnje bila ugrožavajuća za održavanje takvih odnosa. Osobe s duševnim smetnjama koje imaju ograničene odnose podrške ili prethodna, negativna iskustva, imat će potrebu prikriti svoju duševnu smetnju od drugih i/ili se povući iz radnog okruženja (Chronister, Chou i Liao, 2013.).

Dakle, duševne smetnje povećavaju vjerojatnost da se pojedinac povuče s tržišta rada rano, zbog ograničenja uzrokovanih zdravstvenim stanjem (Waghorn i Lloyd, 2005., prema Schofield i sur., 2013.), a periodi nezaposlenosti ili dugih bolovanja stvaraju praznine u životopisu pojedinca. Ovakva situacija postaje neprivlačna budućim, potencijalnim poslodavcima (Brandow, Swarbrick i Nemeč, 2019) te, osim što osobe s duševnim smetnjama dovodi do egzistencijalnih poteškoća, smanjuje mogućnost stvaranja novih socijalnih mreža i razvoja neformalne mreže podrške s kolegama i suradnicima.

Mreža članstva u vjerskim/civilnim organizacijama

Socijalna podrška također dolazi i od strane članova neformalnih organizacija (crkva, društveni klubovi) koji su dio pojedinčevog/obiteljskog životnog stila (Milić Babić, 2019.). Raznolike mreže u kojima se ne poznaju svi pojedinci pružaju određene prednosti. Na primjer, izloženost različitim ljudima povećava šanse za primanje novih informacija koje pojedincima pomažu u odlukama vezanim uz njihovo zdravlje (Perry i Pescosolido, 2010.; Roth, 2020.), s tim da istovremeno pojedincima pružaju osjećaj neovisnosti o grupnim sukobima (Cornwell, 2011.).

Podrška vjerskih organizacija je socijalni resurs koji je dostupan samo ljudima koji su socijalno „ugrađeni“ unutar vjerskog okruženja i uključuje interakcije unutar zajednice koja dijeli zajednička uvjerenja, vrijednosti i norme koje jačaju i potiču prosocijalna ponašanja i stavove (Taylor, Chatters i Levin, 2004.; Krause, 2008., prema Chatters i sur., 2018.). Prema Parkeru (1996., prema Marques de Almeida Holanda i sur., 2015.), religija osobama s invaliditetom daje religijski, kulturni i socijalni identitet, u obliku događaja u zajednici, koji stvara povezanost u zajednici.

Stoga religijska participacija može biti vrlo važna društvena mreža za osobe s duševnim smetnjama te im može pomoći u prevladavanju osjećaja socijalne izoliranosti. Nadalje, obzirom da su veze s vjerskom zajednicom često doživotne (Taylor, Chatters i Levin, 2004.; Chatters i sur., 2018.), mreže podrške članova vjerske organizacije vjerojatno će biti dugotrajnije u odnosu na druge, manje intimne veze (susjedi, kolege, poznanici...).

Slično tome, postoje i dokazi koji govore da povezanost s lokalnim organizacijama civilnog društva, kroz uključivanje u volonterski rad i uspostavljanje odnosa sa zajednicom, može pozitivno utjecati na zdravlje i funkcioniranje pojedinca (Musick i Wilson, 2007., prema Demir-Dagdas i Child, 2019.).

U polju civilnog društva nalazimo organizacije koje okupljaju članove sa sličnim teškoćama, a koje djeluju po principu dobrovoljnog, neovisnog i neprofitnog udruživanja građana, kao odgovor na njihove interese i potrebe te zaštitu istih (Vrkas Spajić, 2001., prema Leutar, Ogresta, Milić Babić, 2008.).

U kontekstu mreža članstva u određenim vjerskim/civilnim organizacijama, značajno je kako iste mogu dovesti do povećanja optimizma članova obitelji, samostalnog života, zapošljavanja i slično (Taylor, Chatters i Levin, 2004.). Također, takvi oblici druženja mogu dovesti i do formiranja grupa samopomoći između osoba s duševnim smetnjama koje nerijetko rezultiraju stvaranjem nove neformalne mreže, mreže vršnjačke podrške.

Vršnjačka mreža

Vršnjačke grupe podrške obično su organizirane oko zajedničkog iskustva i pružaju prostor u kojem se pojedinci mogu povezati s drugim članovima unutar te zajednice. Vršnjačka podrška osoba s duševnim smetnjama uglavnom se temelji na premisi da pojedinci koji su prevladali ili su se oporavili od posljedica duševne smetnje mogu ponuditi korisnu podršku, ohrabrenje i mentorstvo drugim osobama u istoj ili sličnoj situaciji (Davidson i sur., 2006.).

Dakle, grupe vršnjačke podrške temelje se na principu „pomaganje tebi pomaže i meni“, jer članovi su istovremeno i pristalice i podrška, utjelovljujući time etiku uzajamnosti (Gottlieb i Bergen, 2010.). Vršnjaci pružaju izvrsnu priliku za pružanje socijalne podrške u trenucima stresa (Pearson, 1986.), a neka su istraživanja (Min i sur., 2007.; Landers i Zhou, 2011.; Sledge i sur., 2011.; Guzman-Parra i sur., 2018.) pokazala da su intervencije vršnjačke podrške bile učinkovite i u smanjenju ponovnih bolničkih prijema osoba s duševnim smetnjama. Također, oni koji imaju veće, pozitivne veze sa svojim vršnjacima, mogu imati prilike za razmjenu stigmatizirajućih iskustava, učenje novih načina suočavanja sa stigmom, što rezultira smanjenjem osjećaja izoliranosti (Chronister, Chou i Liao, 2013.)

Stiga, pružanje vršnjačke podrške moglo bi biti jedan od načina kako pojedinci, organizacije i lokalna zajednica mogu planirati intervencije u svrhu poboljšanja životnih uvjeta svih osoba s invaliditetom (Leutar, Penava i Marković, 2014.), pa tako i osoba s duševnim smetnjama.

1.3. Dosadašnja istraživanja na temu neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama

Istraživanja (Pearson, 1986.; House, Landis i Umberson, 1988.; Berkman i sur., 2000.; Turner i Brown, 2010.; Zvizdić, 2015.; Gong i Mao, 2016.) pokazala su velik, pozitivan utjecaj strukturalne i funkcionalne dimenzije socijalne podrške na mentalno zdravlje. Općenito govoreći o mreži socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama, istraživanja (Perese i Wolf, 2005.; Schwartz i Gronemann, 2009.; Park i Park, 2014.; Almquist, Landstedt i Hammarstorm, 2016.; Beckers i sur., 2022.) pokazuju kako su u pitanju manje razvijene mreže, koje su često rezultat deficita socijalnih vještina, ali i zaštitnog distanciranja od strane osoba s duševnim smetnjama prema drugima (Walsh i Connelly, 1996.).

Navedeno potvrđuje i istraživanje Princea i suradnika (2016.) koje je proučavalo bliskosti osoba s duševnim smetnjama. Rezultati su pokazali da je vrlo izazovno ostvarivanje povezanosti između dvije osobe s duševnim smetnjama, jer netko s depresijom, na primjer, može imati problema s razumijevanjem osobe sa shizofrenijom i slično. Ostvarivanje romantične bliskosti se također pokazalo izazovno, jer je osobama s duševnim smetnjama vrlo teško naći načine kako objasniti i približiti duševnu smetnju svojim partnerima. Nastavno, ostvarivanje bliskosti i u radnom okruženju predstavlja problem za osobe s duševnim smetnjama jer postoji obostrani rizik od otuđenja, i od strane kolega, ali i samih osoba s duševnim smetnjama. Kako su povezivanje i ostvarivanje bliskosti između dvoje ljudi preduvjet za socijalnu podršku, jasno je kako osobe s duševnim smetnjama imaju poteškoća u stvaranju mreže podrške unutar koje bi se socijalna podrška razmjenjivala.

Istraživanje Chronistera i suradnika (2015.) za cilj je imalo otkrivanje vrsta smislene i relevantne socijalne podrške za osobe s duševnim smetnjama. U istraživanju je primijenjen kvalitativni pristup te je provedeno šest fokusnih grupa s uzorkom od pedeset dvije odrasle osobe, korisnika usluga Okružne službe za mentalno zdravlje u San Franciscu. U istraživanju je identificirano šest kvalitativnih domena podrške: uvjeti podrške, svakodnevni život, liječenje bolesti, resursi i informacije, smjernice i savjeti te podrška za sudjelovanje u zajednici. Iako ovih šest domena podrške dijele neke široke konceptualne temelje s tradicionalnim modelima emocionalne i instrumentalne potpore, domene koje proizlaze iz ovog istraživanja predstavljaju podršku na jedinstven način, kroz povezanost sa stresorima s kojima se suočavaju osobe s duševnim smetnjama.

Nastavno, istražujući perspektivu članova obitelji na temu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama, Crhronister, Fitzgerald i Chou (2021.) također dolaze do pet specificiranih kategorija socijalne podrške. Tako članovi obitelji opisuju socijalnu podršku koju pružaju kao podršku usmjerenu na osobu, podršku autonomiji te, kao i u prethodnom istraživanju (Chronister i sur., 2015.), podršku za sudjelovanje u zajednici, podršku upravljanja zdravljem i svakodnevnu podršku u životu osoba s duševnim smetnjama.

Istraživanje Sweeta i suradnika (2018.) bilo je usmjereno na mapiranje socijalnih veza, mjesta i aktivnosti te njihovog utjecaja na osobnu dobrobit osoba s duševnim smetnjama. Provedeni su intervjui sa sto pedeset osoba s duševnim smetnjama te su identificirane tri vrste mreža socijalne podrške: formalne i rijetke mreže, obiteljske i stabilne mreže te raznolike i aktivne mreže, čiji utjecaj na dobrobit i socijalni kapital varira. Podaci o mjestu i aktivnostima ukazali su na važne kontekstualne razlike unutar socijalnih mreža koje nisu pronađene samo mapiranjem socijalnih mreža. Mjesta kojima se kreću i smislene aktivnosti važni su aspekti društvenog života, dok socijalne mreže imaju važne implikacije za oporavak osoba s duševnim smetnjama te boljeg razumijevanja njihovih života i postojećih resursa. Istraživanja pokazuju da jake obiteljske mreže predstavljaju zaštitne čimbenike u pogledu mentalnog zdravlja (Stesse i sur., 2006.; Holt-Lunstad i sur., 2015.; Taylor i sur., 2015.; Valtorta i sur., 2016.) te da pomaganje osobama s duševnim smetnjama od strane roditelja, braće i sestara može dovesti do pozitivnih transformacija, uključujući produblјivanje smisla samosvijesti i veće empatije prema drugima u društvu (Zauszniewski, Bekhet i Suresky, 2010.). Obiteljske mreže podrške su povezane s većim razinama životnog zadovolјstva i blagostanja, dok je subjektivna bliskost s obitelji povezana s većim životnim zadovolјstvom i srećom (Morgan i sur., 2018.).

U istraživanju Alderseya i Whithleya (2015.) provedena su pedeset četiri polustrukturirana intervjua s osobama s duševnim smetnjama, na temu socijalne podrške koju dobivaju od članova obitelji. Rezultati su pokazali da je obiteljska podrška istovremeno i olakšavala i otežavala proces oporavka od duševne smetnje. Socijalna podrška koja je percipirana pozitivno spram mentalnog zdravlja bila je moralna podrška, praktična podrška i motiviranje za oporavak od strane članova obitelji. Međutim, obiteljska podrška u nekim je situacijama onemogućavala oporavak jer je bila percipirana kao stresor, indikator stigme, nešto što ukazuje na nedostatak razumijevanja i prisiljava na hospitalizaciju. Osim same socijalne podrške koja je neophodna za oporavak osoba s duševnim smetnjama, ovo istraživanje ukazuje i na važnost obiteljske psihoedukacije u promicanju oporavka.

Pored članova obitelji, prijatelji su neophodni za druženje, emocionalnu i moralnu podršku, jer njihovo postojanje i prisustvo smanjuje osjećaj usamljenosti (Bowling, 1994.). Shodno tome, u istraživanju Morgana i suradnika (2017.) utvrđivala se diskriminacija i podrška od strane prijatelja i obitelji osoba s duševnim smetnjama, koje je bilo dio većeg, nacionalnog istraživanja u Australiji. Uzorak je činilo pet tisuća dvjesto dvadeset ispitanika iz opće populacije, od kojih je tisuću tristo osamdeset jedna osoba bila identificirana kao osoba s duševnim smetnjama. Prema dobivenim rezultatima, za 74,1% ispitanika pozitivan pristup od strane obitelji i prijatelja bio je daleko češći od diskriminacije. Ovo se prvenstveno odnosilo na pružanje emocionalne podrške, održavanje kontakta i slušanje o problemima osoba s duševnim smetnjama, kao i na brigu koju su članovi obitelji i prijatelji ukazivali spram njihovog zdravlja. Ipak, diskriminirajuće ponašanje od strane prijatelja i obitelji bilo je zastupljeno kod 25,8% ispitanika, gdje su osobe s duševnim smetnjama bile kritizirane te su imale smanjene ili prekinute međusobne kontakte. Prijatelji i obitelj također su odbacivali da je duševna smetnja stvarna ili da uzrokuje određenu patnju, što se pokazalo kao nedostatak razumijevanja o problemima mentalnog zdravlja i procesa liječenja. Dakle, osim pozitivnih učinaka članova uže mreže podrške, važno je napomenuti da se iz takvih odnosa mogu javiti i negativna ponašanja, poput verbalnog i fizičkog zlostavljanja. Ovakva ponašanja su prepoznata u dvosmjernoj relaciji, kako od strane obitelji i prijatelja prema osobama s duševnim smetnjama, tako i obrnuto.

U istraživanju Aschbrennera i suradnika (2016.) utvrđivala se socijalna podrška od strane obitelji i prijatelja za osobe s duševnim smetnjama koje sudjeluju u tretmanu prestanka pušenja. Rezultati istraživanja pokazali su tri primarne preferencije podrške pri prestanku pušenja od članova obitelji i prijatelja: praktičnu podršku za prestanak pušenja (na primjer, financijska pomoć za kupnju lijekova za prestanak pušenja), više emocionalne podrške za prestanak pušenja (na primjer, ohrabrivanje napretka prema prestanku pušenja) i mijenjanje vlastitih navika pušenja u prisutnosti sudionika (na primjer, odsustvo pušenja u njihovoj blizini i odsustvo nuđenja cigareta). Ovo istraživanje je vrlo značajno jer je fokusirano na perspektivu osoba s duševnim smetnjama i omogućava razumijevanje same potrebe osoba s duševnim smetnjama za konkretnom socijalnom podrškom u konkretnoj situaciji, u ovom slučaju u procesu prestanka pušenja. Poznavanje potreba osoba s duševnim smetnjama, a ne nagađanje, važno je za daljnje formiranje strategija liječenja i oporavka, uz korištenje prirodnih i neformalnih resursa pojedinca.

Novija istraživanja navode kako se susjedski odnosi pokazuju kao pozitivni čimbenici koji djeluju na usamljenost osoba s duševnim smetnjama i njihov osjećaj pripadnosti u zajednici, neovisno o broju susjeda s kojima komuniciraju. Istraživanje Kriegela i suradnika (2019.) je jedno od rijetkih studija koje je istraživalo susjedsku mrežu podrške osoba s duševnim smetnjama. Velika prednost ovog istraživanja jest nacionalno reprezentativni uzorak koji se sastojao od dvjesto trideset dvije osobe s duševnim smetnjama, koje koriste usluge centara za mentalno zdravlje u zajednici diljem Sjedinjenih Američkih Država te tristo ispitanika iz opće populacije, koji smatraju da imaju psiholoških problema. Kao što se i pretpostavljalo, rezultati su pokazali da su osobe s duševnim smetnjama izvijestile o slabijim odnosima sa susjedima, o višoj razini usamljenost i nižoj razini povezanosti sa zajednicom.

U nacionalnom kontekstu Republike Hrvatske, recentni radovi iz područja društvenih istraživanja na temu osoba s duševnim smetnjama uglavnom se odnose na zakonodavni aspekt (Grozđanić, 2017.; Rittossa, 2017.; Vučić Peitl, Habibović i Prološćić, 2019.; Fabijanić Gagro i Škorić, 2020.), aspekt ljudskih prava (Grozđanić i Rittossa, 2017.; Škorić, 2020.; Škegro i Babić, 2022.) ili aspekt kvalitete života (Pavelić Tremac i sur., 2020.; Peček, Rakić Matić i Peček Vidaković, 2021.; Balaz Gilja, 2021.; Mardesic i Mužinić Marinić, 2022.), dok se pronalaze dva rada uže povezana sa socijalnom podrškom osoba s duševnim smetnjama (Sesar i sur., 2016.; Jukić, Bogović i Pačić-Turk, 2022.).

U istraživanju Sesara i suradnica (2016.) utvrđivale su se međusobne veze između internalizirane stigme, percepcije diskriminacije i osnaženja te sociodemografskih karakteristika, osobnih i socijalnih aspekata bolesti. Također, istraživači su ispitali prediktivnu moć stupnja osnaženja, percepcije diskriminacije i socijalne podrške na samostigmatizaciju, uz poseban osvrt na moderatorski utjecaj socijalne podrške na vezu između tih ljestvica. Rezultati istraživanja, između ostalog, ukazuju na važnost socijalne podrške za osobe sa shizofrenijom. Tako se prema dobivenim rezultatima socijalna podrška pokazala kao moderator veze između samostigmatizacije i percipirane devaluacije.

Sudionici s većom socijalnom podrškom pokazali su manju samostigmatizaciju u slučaju niže percepcije devaluacije, dok su sudionici s manjom socijalnom podrškom pokazali višu i stabilniju samostigmatizaciju, čak i kada im je percepcija diskriminacije niska. Kod specifičnih socijalnih aspekata bolesti, sudionici koji imaju blisku osobu u obitelji pokazali su veći stupanj osnaženja od onih sudionika koji takvu podršku nemaju.

Jasno je kako socijalna podrška nije bila središnji koncept navedenog istraživanja i da se zbog toga njezino postojanje promatralo sporadično, isključivo u širem kontekstu i u korelaciji s drugim varijablama. Iako, dobiveni rezultati su svakako značajni i predstavljaju poticaj za daljnja istraživanja na temu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama.

U istraživanju Jukić, Bogović i Pačić-Turk (2022.) cilj je bio ispitati prediktivni doprinos socijalne podrške i uvida samostigmatizacije te njezine dimenzije kod osoba sa shizofrenijom. U jednokratnom korelacijskom istraživanju sudjelovala su sedamdeset četiri sudionika, četrdeset muškaraca i trideset četiri žene sa shizofrenijom, koji su liječeni u jednoj bolnici u Hrvatskoj.

U istraživanju, socijalna podrška pokazala se kao bitan negativni prediktor kod samostigmatizacije, otuđenosti, prihvatanja stereotipa, iskustva diskriminacije i socijalnoga povlačenja, dok se kod otpora stigmi pokazala kao bitan pozitivni prediktor. U svim modelima socijalna podrška pokazala je najveći doprinos, osim kod prihvatanja stereotipa, gdje je uvid imao veći doprinos. Dakle, rezultati istraživanja ukazuju da osobe sa shizofrenijom, koje imaju nižu razinu socijalne podrške i viši uvid, imaju višu razinu samostigmatizacije, otuđenosti, višu razinu prihvatanja stereotipa te izraženije socijalno povlačenje. Također, osobe sa shizofrenijom, koje imaju nižu razinu socijalne podrške, imaju više diskriminativnih iskustava, dok oni s višom razinom socijalne podrške imaju razvijeniju otpornost prema stigmi.

Kao i u prethodnom istraživanju, socijalna podrška je, iako detaljnije istražena, i dalje proučavana u korelaciji s drugim konstruktima. Stoga, smatramo značajnim da se neka buduća, nacionalna istraživanja posvete isključivo istraživanju socijalne podrške kod svih osoba s duševnim smetnjama, ne samo onih sa shizofrenijom, obzirom na rezultate svih dosadašnjih istraživanja koji govore o pozitivnom doprinosu socijalne podrške u životima osoba s duševnim smetnjama.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je dobiti uvid u veličinu, strukturu i sadržaj neformalne socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama. Kako bi se koncepti socijalne podrške i mreže podrške uspjeli cjelovito sagledati, ispitale su se perspektive osoba s duševnim smetnjama, njihovih članova obitelji te stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja koji neposredno rade s osobama s duševnim smetnjama. Svaka od skupina sudionika svojom interpretacijom stečenih iskustava dala je značajan doprinos za stvaranje cjelokupne slike neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama.

U skladu s ciljem istraživanja, definirana su sljedeća istraživačka pitanja:

1. Kako osobe s duševnim smetnjama doživljavaju svoju neformalnu mrežu socijalne podrške?
2. Kako članovi obitelji doživljavaju neformalnu mrežu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama?
3. Kako stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja doživljavaju neformalnu mrežu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama?

3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

3.1. Kvalitativni pristup

Kvalitativni pristup je definiran kao proces istraživanja razumijevanja i temelji se na različitim metodološkim tradicijama istraživanja, koje nastoje istražiti društvene probleme ili probleme ljudi (Isaacs, 2014.). Jedno od značajnih obilježja kvalitativnog pristupa je istraživanje i razumijevanje interpretacija osobnih iskustava i pridavanje osobnih značenja istima (Merriam, 2009.), što je vrlo korisno za temu ovog istraživanja budući da istražuje neformalnu mrežu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama kroz tri različite perspektive - osobnu, obiteljsku i stručnu. Kvalitativni pristup odabran je iz razloga što je vrlo malo poznatih informacija o temi istraživanja (Limon, 2018.) na području Republike Hrvatske, a takav pristup podrazumijeva detaljan i sistematičan pristup manjem broju slučajeva, s ciljem dubljeg istraživanja problematike i generiranja što većeg broja ideja i koncepata. Za razliku od kvantitativnog pristupa koji u okviru svojih metoda ima mjerne instrumente s unaprijed zadanim pitanjima i odgovorima, koji su često zatvorenog tipa ili se vrednuju putem mjernih skala, kvalitativni pristup daje mogućnost sudionicima da na slobodan, sebi svojstven način, konstruiraju autentične odgovore (Mack i sur., 2005.). Ovakav princip rada posebice se smatra značajnim u istraživanjima s osobama s duševnim smetnjama, koje se, obzirom na prirodu invaliditeta, susreću s dodatnim poteškoćama integracije u društvo, a čiji „glas“ nije u prilici često se čuti.

3.2. Sudionici

U istraživanju je korištena neprobabilistička metoda namjernog uzorkovanja, budući da je riječ o vrlo specifičnoj populaciji koja može dati najviše informacija i omogućiti bolje razumijevanje koncepata koji se istražuju (Starks i Brown Trinidad, 2007.). Sudionici su odabrani s namjerom da pruže drugačije uvide te kako bi prikazali svoju perspektivu o temi istraživanja (Edwardraj i sur., 2010.). Kako bi se istražio koncept socijalne podrške, smatrano je da su prvenstveno značajna iskustva samih primatelja/pružatelja iste, osoba s duševnim smetnjama i članova njihovih obitelji, a potom i stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja.

U ovom istraživanju sudjelovala su trideset tri sudionika. Točnije, sudjelovalo je jedanaest osoba s duševnim smetnjama (tri sudionika iz Kliničkog bolničkog centra Rijeka i tri sudionika iz Psihijatrijske bolnice Lopača te pet sudionika iz Doma za odrasle osobe Turnić - dva korisnika usluge organiziranog stanovanja i tri korisnika usluge boravka), jedanaest članova njihovih obitelji (po jedan član obitelji svakog sudionika, osobe s duševnom smetnjom) te jedanaest stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja (po tri zaposlenika iz Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Psihijatrijske bolnice Lopača te pet zaposlenika iz Doma za odrasle osobe Turnić).

Namjernim odabirom nastojalo se uključiti sudionike oba spola, različitih socioekonomskih prilika i dobi iz tri različite ustanove na području Primorsko-goranske županije (Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Psihijatrijske bolnice Lopača i Doma za odrasle osobe Turnić), a sve kako bi se dobilo što više informacija i bolji uvid u temu. Iako, zastupljenost po spolu se pokazala neravnomjernom, budući da su u istraživanju uglavnom sudjelovali muškarci. Do potencijalnih sudionika dolazilo se preko kontakta sa zaposlenim socijalnim radnicima u spomenutim ustanovama, budući da su socijalni radnici u svakodnevnom (ne)posrednom kontaktu s korisnicima/pacijentima, kao i s njihovim članovima obitelji te drugim stručnjacima, članovima multidisciplinarnog tima iz područja mentalnog zdravlja.

3.2.1. Osobe s duševnim smetnjama

Kao što smo i ranije spomenuli, pojam „osobe s duševnim smetnjama“ odnosi se na heterogenu skupinu osoba koje imaju određene smetnje prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja, čija etiologija, dijagnoze i simptomi variraju u velikom rasponu (F00-F99). Stoga, odlučeno je istraživanje suziti na osobe sa shizofrenijom, shizotipnim i sumanutim poremećajem (F20-F29) prema MKB 10 (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012.). Razlog je što osobe sa psihotičnim stanjima imaju velike teškoće na planu interpersonalnih odnosa koji ograničavaju njihov kapacitet za komunikaciju, intimnost i participaciju u socijalnoj mreži. Od svih osoba sa psihotičnim stanjima, osobe sa shizofrenijom nalaze se u najnepovoljnijem položaju jer često imaju vrlo ograničene odnose izvan najuže obitelji i često žive emocionalno udaljeni, izolirani, uz izbjegavanje socijalnih kontakata (Restek-Petrović, Orešković-Kezler i Grah, 2018.).

Kriteriji koje su sudionici trebali zadovoljavati jesu da prema MKB-10 (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012.) imaju jednu dijagnozu iz kruga shizofrenije, shizotipnog, sumanutog poremećaja: F20- shizofrenija; F21- shizotipni poremećaj; F22- perzistirajući sumanuti poremećaj; F23- akutni i prolazni psihotični poremećaj; F24- inducirani sumanuti poremećaj; F25- shizoafektivni poremećaj; F28- ostali neorganski psihotični poremećaji; F29- nespecificirana neorganska psihoza; da su punoljetne osobe (starosne dobi između 18 i 65 godina); da su trenutačno u tretmanu u Kliničkom bolničkom centru Rijeka ili Psihijatrijskoj bolnici Lopača te da su korisnici usluge organiziranog stanovanja ili boravka u sklopu Doma za odrasle osobe Turnić.

Također, da su trenutačno stabilnog zdravstvenog stanja. Točnije, da sudionik nema veće teškoće u komunikaciji, odnosno da može jasno artikulirati svoja iskustva o predmetu istraživanja (Loyd, Gatherer i Kalsy, 2006.; Taggart, McMillan i Lawson, 2009.) te da ima člana obitelji koji je voljan sudjelovati u istraživanju. Unatoč planu da sudionici budu osobe koje nisu lišene poslovne sposobnosti, zbog nemogućnosti pronalaska sudionika (nemogućnost zadovoljenja drugih traženih kriterija te epidemioloških razloga), uključene su i dvije osobe s duševnim smetnjama koje su lišene poslovne sposobnosti, a koje su u potpunosti zadovoljavale sve druge tražene kriterije. Spomenuta dva sudionika su također samostalno dala suglasnost na informirani pristanak za sudjelovanje te je dobiven pristanak njihovog zakonskog skrbnika.

U istraživanju je sudjelovalo jedanaest osoba s duševnim smetnjama, od toga devet muškaraca i dvije žene. Najmlađi sudionik je imao dvadeset dvije godine, a najstariji šezdeset dvije godine. Najviše je bilo sudionika u četrdesetim godinama (prosječna dob četrdeset dvije godine). Obrazovni status kretao se od završene osnovne škole do završenog fakulteta. Najviše je bilo sudionika sa srednjom stručnom spremom. Samo je jedan sudionik bio zaposlen, dok je većina bila nezaposlena. Troje sudionika su korisnici invalidske mirovine. Samo je jedna osoba aktualno u braku, dvoje je razvedenih, a ostali su samci.

Nastavno, djecu ima samo dvoje sudionika, oni razvedeni. Većina sudionika živi sa svojim obiteljima ili u ustanovi/stambenoj zajednici, dok samo dvoje živi samostalno. Osam sudionika su osobe sa shizofrenijom, dvoje sudionika su osobe s akutnim polimorfnim psihotičnim poremećajem sa simptomima shizofrenije i jedna osoba je sa shizoafektivnim poremećajem.

Tablica 3.1.

Sociodemografski podaci- Osobe s duševnim smetnjama

SOCIODEMOGRAFSKI PODACI	KATEGORIJA	N
Spol	Ženski	2
	Muški	9
Dob	18-29	1
	30-39	3
	40-49	4
	50-59	2
	60-65	1
Obrazovni status	KV	3
	SSS	6
	VŠS	1
	VSS	1
Radni status	Zaposlen/a	1
	Nezaposlen/a	7
	Umirovljenik/ca	3
Bračni status	Samac	8
	Oženjen/Udana	1
	Razveden/a	2
Djeca	Da	2
	Ne	9
Stambeni status	Stanuje samostalno	2
	Stanuje s obitelji	4
	Stanuje u zdravstvenoj ustanovi	3
	Stanuje u stambenim zajednicama (org. stanovanje)	2
Duševna smetnja (MKB)	F20.0 (Paranoidna shizofrenija)	8
	F23.1 (Akutni polomorfni psihotični poremećaj sa simptomima shizofrenije)	2
	F25.0 (Shizoafektivni poremećaj, manični tip)	1

3.2.2. Članovi obitelji

Kriteriji koje su članovi obitelji trebali zadovoljavati su srodstvo sa sudionikom, točnije da su članovi obitelji (majka/otac; pomajka/očuh; baka/djed; sestra/brat; polusestra/polubrat; supruga/suprug; kćer/sin; pokćer/posinak) i da su punoljetne osobe. Iako, u nedostatku prethodno spomenutih članova obitelji, dva intervjua su provedena s ujakom i bratićem osoba s duševnim smetnjama.

Tablica 3.2.

Sociodemografski podaci- Članovi obitelji

SOCIODEMOGRAFSKI PODACI	KATEGORIJA	N
Spol	Ženski	7
	Muški	4
Dob	40-49	4
	50-59	1
	60+	6
Srodstvo	Majka	3
	Otac	1
	Sestra	3
	Brat	1
	Suprug/a	1
	Ujak	1
	Bratić	1
Bračni status	Oženjen/Udana	8
	Razveden/a	2
	Udovac/ica	1
Djeca	Da	10
	Ne	1

U istraživanju je sudjelovalo jedanaest sudionika, po jedan član obitelji osobe s duševnom smetnjom. Od toga je sedmero ženskog, s četvero muškog spola. Najmlađi sudionik je imao četrdeset sedam godina, a najstariji šezdeset devet godina. Prosječna dob bila je pedeset osam i pol godina. Uglavnom su sudionici bili roditelji ili braća/sestre osobe s duševnom smetnjom. Nastavno, sudionici su bili i supruga, ujak i bratić osoba s duševnim smetnjama. Gotovo svi članovi obitelji su u braku, dvoje ih je razvedeno i gotovo svi imaju svoju djecu.

3.2.3. Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja

Multidisciplinarni timovi u (ne)zdravstvenim ustanovama koje čine stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja (psihijatar, psiholog, socijalni radnik...), također se percipiraju kao značajan izvor informacija o zdravlju i životu osoba s duševnim smetnjama.

Tablica 3.3.

Sociodemografski podaci- Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja

SOCIODEMOGRAFSKI PODACI	KATEGORIJA	N
Spol	Ženski	10
	Muški	1
Radni staž (u godinama)	0-5	2
	6-10	4
	20+	5
Zanimanje	Psihijatar/ica	3
	Psiholog/inja	1
	Soc. radnik/ca	3
	Soc. pedagog/inja	1
	Viša med. sestra/tehničar (mag. mentalnog zdravlja)	1
	Radni/a terapeut/kinja	2

Kriteriji koje su stručnjaci trebali zadovoljavati su ekspertiza iz područja mentalnog zdravlja (psihijatar, psiholog, socijalni radnik, radni terapeut, socijalni pedagog...) i neposredan rad s osobama s duševnim smetnjama u Kliničkom bolničkom centru Rijeka, Psihijatrijskoj bolnici Lopača, Domu za odrasle osobe Turnić. U istraživanju je sudjelovalo jedanaest stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja, po tri iz Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Psihijatrijske bolnice Lopača te pet iz Doma za odrasle osobe Turnić. Gotovo su svi sudionici bile žene, a najviše ih je bilo s radnim stažem od dvadeset i više godine te onih između šest i deset godina radnog iskustva. Profesije koje su bile zastupljene su: psihijatar, psiholog, socijalni radnik, socijalni pedagog, radni terapeut te viša medicinska sestra (magistra mentalnog zdravlja).

3.3. Metoda prikupljanja podataka

Metoda za prikupljanje podataka koja se koristila u ovom istraživanju je polustrukturirani intervju licem u lice, čija su glavna obilježja otvoreni tip pitanja, mogućnost postavljanja potpitanja, sloboda intervjuera u definiranju strukture intervjuja (ne mora biti zadana strogo unaprijed) te spontanost i prisnija atmosfera tijekom intervjuja (Legard, Keegan i Ward, 2003.).

Intervju licem u lice se pokazao kao najprikladnija metoda prikupljanja osjetljivih i osobnih podataka (Parahoo, 2006., prema Taggart, McMillan i Lawson, 2009.). Nastavno, intervju omogućuje dublje i detaljnije odgovore sa svrhom dobivanja što točnijih informacija te mogućnošću razjašnjavanja, ako se to učini potrebnim (Limon, 2018.). Stoga, intervju se smatra primjerenom metodom za istraživanje u kojem se želi dobiti uvid u iskustva sudionika i značenja koje to iskustvo ima za sudionike (Seidman, 2006.).

Pitanja u intervjuu bila su usmjerena na iskustvo neformalne socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama, percepciju članova mreže podrške, odnos s članovima mreže podrške, reciprocitet primanja/davanja i slično, a koja su detaljnije razrađena u protokolima za intervju, koji se nalaze u prilogu ovog rada.

3.4. Provedba istraživanja

Budući da su Klinički bolnički centar Rijeka, Psihijatrijska bolnica Lopača i Dom za odrasle osobe Turnić ustanove u Primorsko-goranskoj županiji koje se bave liječenjem, cjelodnevnom i poludnevnom skrbi osoba s duševnim smetnjama, navedenim ustanovama su elektroničkim putem upućena pozivna pisma s opisom istraživanja i molbom za sudjelovanje u istom. Prethodno, Etičkom povjerenstvu Pravnog fakulteta u Zagrebu bila je upućena molba za odobrenje provedbe istraživanja. Nastavno, nakon pozitivne povratne informacije od strane nadležnih iz sve tri ustanove, kojom su ukazali volju za sudjelovanjem, upućene su molbe Etičkom povjerenstvu Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Psihijatrijskoj bolnici Lopača i Domu za odrasle osobe Turnić, u svrhu izdavanja odobrenja za provedbu istraživanja.

Shodno navedenome, za provedbu ovog istraživanja su i dobivene etičke suglasnosti od strane Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (19.01.2021. godine), Kliničkog bolničkog centra Rijeka (13.05.2021. godine) i Psihijatrijske bolnice Lopača (12.02.2021. godine).

Dom za odrasle osobe Turnić u svojoj strukturi nije imao osnovano Etičko povjerenstvo, stoga se oslanjalo na odobrenje izdano od strane matičnog fakulteta. Nakon dobivenih odobrenja, ostvaren je kontakt sa socijalnim radnicima, koji su zamoljeni za pomoć pri selekciji potencijalnih ispitanika, prema navedenim kriterijima, za sve tri skupine sudionika.

Postupak se odvijao tako da su socijalni radnici skupa sa svojim timom napravili procjenu osoba koje zadovoljavaju kriterije istraživanja te su obavili inicijalne razgovore s istima, a kako bi ih se upoznalo s istraživanjem te kako bi se zatražila usmena suglasnost za sudjelovanje. Nakon dobivenih informacija o zainteresiranim osobama, dogovoreni su mjesto i termini provođenja intervjua. Kako je riječ o osobama koje su trenutačno u tretmanima navedenih ustanova, iz praktičnih razloga, intervjui su se provodili unutar samih ustanova. Nadalje, od ustanova je zatraženo ustupanje prazne prostorije na vremenski period od maksimalno sat vremena, a kako bi se osiguralo sigurno okruženje za provedbu istraživanja i izbjegli ometajući čimbenici.

Iako je prvotna ideja bila da se u istom danu provedu po tri intervjua u datoj ustanovi, a kako bi se izbjegli veći financijski troškovi, isto se nije svaki put moglo realizirati iz organizacijskih i tehničkih razloga. Navedeno nije značajno utjecalo na povećanje troškova, a s druge strane, vjeruje se da je doprinijelo kvaliteti rada, budući da se istraživač mogao detaljnije i opuštenije posvetiti sudioniku. Svi intervjui s osobama s duševnim smetnjama su prema planu provedeni u prostorijama ustanove čiji je osoba pacijent/korisnik. Za vrijeme provedbe nije bilo ometajućih čimbenika. Samo je jedan ispitanik zatražio stanku radi odlaska na toalet i radi zamjene majice.

Što se tiče članova obitelji osoba s duševnim smetnjama, nakon povratne informacije o zainteresiranim za sudjelovanje, socijalni radnici su istraživaču ustupili brojeve telefona istih, uz njihovu prethodnu suglasnost. Potom, članovi obitelji su telefonski kontaktirani radi dogovora oko provedbe intervjua. Prostor i vrijeme su prilagođeni članovima obitelji. Većina intervjua je provedena u sklopu navedenih ustanova. Iako, na zahtjev članova obitelji, dva intervjua su provedena telefonskim putem, zbog epidemioloških razloga i geografske udaljenosti. Za vrijeme provedbe nije bilo ometajućih čimbenika.

Na koncu, nakon povratne informacije o zainteresiranim stručnjacima za sudjelovanje, u dogovoru sa socijalnim radnicima u Kliničkom bolničkom centru Rijeka, Psihijatrijskoj bolnici Lopača i Domu za odrasle osobe Turnić, dogovorena je provedba intervjua s istima. Svi intervjui sa stručnjacima su provedeni u sklopu ustanove u kojoj je stručnjak zaposlen. Za vrijeme provedbe nije bilo ometajućih čimbenika.

Uoči samog intervjua, sudionici su (još jednom) bili upoznati s ciljem i svrhom istraživanja, zatražen je pisani informirani pristanak za sudjelovanje, bili su upoznati s etičkim načelima te ih se zatražila i privola za snimanje. Većina sudionika je dala privolu za snimanje, dok samo jedan član obitelji nije želio da se intervju snima. Stoga su za vrijeme intervjua zapisivane izjave i prikupljane bilješke. Također, spomenuti intervjui koji su se neplanirano realizirali telefonskim putem, također nisu snimani nego su i kod njih zapisivane izjave i prikupljane bilješke tijekom razgovora. Intervjui su u prosjeku trajali oko trideset minuta. Svi audio i pisani zapisi su pohranjeni na računalu istraživača, bez pristupa drugima.

Provedba istraživanja je trajala u periodu od srpnja 2021. godine do svibnja 2022. godine. Protokoli za intervju i popratna pisma, koja su rađena prema Buljevac (2014.), nalaze se u prilogu ovog nacрта.

3.5. Etički aspekti istraživanja

Kvalitativne studije često uključuju sudjelovanje ljudi u njihovu svakodnevnom okruženju. Stoga, svako istraživanje koje uključuje ljude treba sadržavati svjesnost o etičkim pitanjima koja mogu proizaći iz takvih interakcija (Orb, Eisenhower i Wynaden, 2001.). Većina zemalja ima svoje nacionalne smjernice i zakone koji se tiču istraživanja s ljudima. Te se smjernice temelje na određenim etičkim međunarodnim ugovorima, načelima i normama. Neki od najznačajnijih dokumenata u kontekstu etike istraživanja s osobama s duševnim smetnjama svakako jesu Helsinška deklaracija, Nurnberški kodeks Svjetske zdravstvene organizacije, Međunarodne etičke smjernice za biomedicinu (Koivisto i sur., 2001.). Temeljni zaštitni mehanizam u Republici Hrvatskoj je Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN, 76/2014.). Njime je uspostavljen jasni pravni okvir za postupanje prema osobama s duševnim smetnjama te se neke njegove odredbe mogu smatrati konkretnim odgovorom na brojne etičke dileme. Etički kodeksi i smjernice za istraživačke projekte nemaju uvijek odgovore na sva etička pitanja koja se mogu pojaviti tijekom istraživanja.

Stoga, plan provedbe istraživanja treba osigurati dovoljno informacija za zaštitu sudionika. Štoviše, takvi planovi moraju dati detalje o načinu provođenja studije, nakon čega slijede detalji pristupa sudionicima, informirani pristanak, pristup i pohrana podataka (Orb, Eisenhauer i Wynaden, 2001.). S obzirom na to da su osobe s duševnim smetnjama vulnerabilna skupina, njihova participacija u istraživanju podrazumijeva određene etičke dileme, poput dobrovoljnog pristanka, poslovnu sposobnost za davanje pristanka, slobodu izbora te dovoljno znanja i sposobnosti (Kovisto i sur., 2001.), a o čemu će se govoriti u nastavku. Za provedbu ovog istraživanja, kao što je već spomenuto, dobivena je pisana suglasnost Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Psihijatrijske bolnice Lopača.

Dio etičkih načela obrađen je po ugledu na Buljevac (2014.).

3.5.1. Informirani pristanak

Capron (1989.) je smatrao da je poštivanje ljudi priznavanje prava sudionika, uključujući pravo da budu obaviješteni o studiji, pravo na slobodno odlučivanje o participaciji u studiji i pravo na povlačenje u bilo kojem trenutku bez posljedica. U kvalitativnom istraživanju ovaj princip podržan je u informiranom pristanku, što znači razumnu ravnotežu između previše informiranja i nedovoljnog informiranja (Kvale, 1996., prema Orb, Eisenhauer i Wynaden, 2001.). Dakle, informirani pristanak je alat kojim se istraživači služe u svrhu sigurnosti da sudionici razumiju što znači sudjelovati u određenom istraživanju te kako bi isti mogli donijeti svjesnu odluku o participaciji (Mack i sur., 2005.). Kako bi informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju bio valjan, potrebno je da budu zadovoljena sva tri elementa koja ga čine: informiranost, sposobnost za davanje pristanka i dobrovoljnost (Dye, Hare i Hendy, 2003.). Iako su sudionici već prethodno bili informirani o istraživanju od strane socijalnog radnika ustanove, sam istraživač je uoči intervjua, još jednom, sudionike usmeno informirao i pismeno priložio informacije o svrsi i ciljevima istraživanja, provoditelju, etičkom odobrenju za provedbu istraživanja, etičkim načelima dobrovoljnosti, privatnosti, dobročinstva i nematerijalnosti te mogućnosti odustajanja od sudjelovanja u bilo kojem trenutku. Informacije su se sudionicima davale otvoreno, jasnim i razumljivim rječnikom (Koivisto i sur., 2001.).

Potom, istraživač je provjeravao razumijevanje ispitanika te je dopuštao postavljanje dodatnih pitanja radi što boljeg razumijevanja i pojašnjavanja (Štrkalj-Ivezić i sur., 2011.). Također, sudionici su bili informirani o tome da će se intervju snimati audio zapisom te se zatražila privola za isto. Nadalje, sudionici su bili informirani i o načinu čuvanja snimke od strane istraživača te njezinom brisanju (DiCicco- Bloom i Crabtree, 2006.). Sposobnost pristanka je glavno pitanje koje treba uzeti u obzir kada su sudionici osobe s duševnim smetnjama, jer poremećaji iz psihotičnog spektra mogu ograničiti sposobnost i pravilno razumijevanje uključenosti u istraživanje (Koivisto i sur., 2001.). Mentalna sposobnost je multidimenzionalni koncept koji je ključan za sposobnost osobe da donosi samostalne odluke (Bektić Hodžić, 2015.), a dvije su osnovne kategorije sposobnosti za davanje pristanka osoba s duševnim smetnjama. Prva se odnosi na zakonsku kompetentnost, kada osoba mora biti punoljetna s očuvanom poslovnom sposobnošću, dok je druga klinička kompetentnost koja se odnosi na funkcionalnu sposobnost osobe s duševnim smetnjama. Procjenu o kliničkoj kompetentnosti psihijatri najčešće donose tijekom razgovora sa svojim pacijentima (Turković i sur., 2001.).

Usher i Holmes (1997.) tvrde da osobe koje imaju duševne smetnje mogu pristati na sudjelovanje u istraživačkom projektu sve dok se za njih smatra da su u to vrijeme bile zdravog uma i nisu pokazivale psihotične simptome. Stručnjaci iz područja prava i bioetike slažu se da se prilikom procjene mentalne sposobnosti uzmu u obzir četiri aspekta: razumijevanje informacija važnih za donošenje odluke, sposobnost procjene (primjena informacija na svoju situaciju), sposobnost korištenja tih informacija u procesu donošenja odluka, sposobnost komuniciranja jasne odluke, odnosno konzistentnog izbora (Bektić Hodžić, 2015.). U istraživanju su svi sudionici, osobe s duševnim smetnjama, zadovoljavali kliničku kompetentnost, shodno mišljenju/preporuci tima stručnjaka za mentalno zdravlje u datoj ustanovi. Nastavno, u druge dvije skupine ispitanika, članova obitelji i stručnjaka, također nije bilo dilema na temu kliničke i zakonske kompetentnosti. Ranije su se osobe s teškom i trajnom duševnom smetnjom smatrale, u potpunosti ili djelomično, nesposobne da donose autonomne odluke u vezi s osobnim sudjelovanjem u istraživačkim studijama (Koivisto i sur., 2001.). Dok danas, kao što smo i prethodno naveli, osobe s duševnim smetnjama mogu, nakon procjene, sudjelovati u istraživanju na isti način kao i sve druge osobe. Glavni razlog izostanka samoodređenja često je bila zapreka od strane stručnih djelatnika (Valimaki, Leino- Kilpi i Helenius, 1996.). Informirani pristanak potvrđuje autonomiju osobe s duševnim smetnjama, njezino pravo na samoodređenje i pravo da slobodno bira ono što ocjenjuje najboljim za sebe.

Autonomija osoba s duševnim smetnjama u velikoj je mjeri suzila paternalistički pristup po kojemu je liječnik, kao stručnjak, donosio odluke za dobrobit pacijenta (Grozđanić, 2017.). Iako, uzevši u obzir kontekst u kojem živimo, i dalje ostaje bojazan hoće li stručnjaci spriječiti svoje pacijente/korisnike da samostalno donesu odluke u vezi sudjelovanja u istraživanju i na taj način nadjačati njihovu autonomiju (Kars i sur., 2016.). S druge strane, istraživač mora biti svjestan i osjećaja obveze koji mogu imati potencijalni sudionici jer, na primjer, osobe s duševnim smetnjama rijetko odbijaju kada su zatraženi da sudjeluju u istraživanju, budući da se osjećaju ovisnim o dobroj volji svojih njegovatelja (Koivisto i sur., 2001.).

Dakle, ovo istraživanje vodilo se Nurnberškim kodeksom koji nalaže da je dobrovoljni pristanak ispitanika apsolutno ključan, bez ikakve prisile ili prinude. Nastavno, osoba mora razumjeti sadržaj kako bi shvatila svrhu i cilj istraživanja te kako bi, na koncu, donijela svjesnu odluku o sudjelovanju (Dickenson i sur., 2010., prema Grozđanić, 2017.).

3.5.2. Povjerljivost i zaštita identiteta sudionika

U kontekstu istraživanja, povjerljivost znači ne raspravljati o informacijama koje su dobivene od sudionika s trećim osobama i ne prezentirati nalaze istraživanja na načine koji bi omogućili da se pojedinci mogu identificirati (Wiles i sur., 2008.). Zaštita identiteta sudionika se odnosi na zaštitu svih podataka o sudioniku koji otkrivaju njegov identitet. Kako bi se u istraživanju poštivalo načelo zaštite identiteta koristili smo se Lobergovim (2009.) prijedlogom da se sudionicima dodijele identifikacijske oznake koje će služiti kao jedine oznake na bilo kojem tiskanom radu o istraživanju. Budući da zaštita identiteta sudionika vrijedi i za publikacije, u idealnom slučaju sudionici bi trebali imati mogućnost odobriti upotrebu citata koji se koriste u publikacijama (Orb, Eisenhauer i Wynaden, 2001.). Kako u ovom istraživanju sudjeluju osobe s duševnim smetnjama, jedan od njihovih članova obitelji te stručnjak koji radi s osobom s duševnom smetnjom, identifikacijski kodovi su im bili dodijeljeni u kombinaciji (npr.: S1A, S1B i S1C), budući da je povezivanje perspektiva o određenim pitanjima značajno u obradi podataka istraživanja. Načelo povjerljivosti zastupljeno je i kroz adekvatnu brigu i pohranu audio snimaka, pravovremeno brisanje istih, adekvatnu pohranu i ograničen pristup pisanim materijalima i nalazima (isključivo istraživač) te propisanim načinom izvještavanja o nalazima istraživanja.

3.5.3. Odnos povjerenja između istraživača i sudionika

U kvalitativna istraživanja su ugrađeni pojmovi „odnosa i moći“ između istraživača i sudionika. Za vrijeme prikupljanja podataka na terenu, istraživači bi trebali proučavati na koji način najbolje pristupiti sudionicima, obzirom da kvaliteta interakcije između istraživača i sudionika može uvelike olakšati ili pak otežati pristup informacijama (Orb, Eisenhauer i Wynaden, 2001.). Stoga, vrlo je važno na početku i tijekom intervjua stvoriti međusobni odnos povjerenja (Lafferty, McConkey i Simpson 2012.). Prema Cowlesu (1998.) važno je provesti vrijeme sa sudionicima i detaljno im pojasniti svaku kritičnu temu istraživanja. U ovom istraživanju, istraživač je imao za cilj, prije svega, stvoriti ugodnu atmosferu i situaciju jednakosti, koja se temelji na partnerstvu tijekom razgovora. Da bi stvorio takvu atmosferu, istraživač je morao uzeti u obzir da su osobe s duševnim smetnjama često vrlo osjetljive na stavove drugih i da je zbog toga važno priznati njihova iskustva kao stvarna (Koivisto i sur., 2001.). Istraživač je postavljao jasne granice sa svakim od sudionika te im pojasnio odnos istraživač- sudionik (kada počinje, koliko traje, kada završava).

3.4.5. Briga o emocijama sudionika i mogućnost odustajanja od sudjelovanja u istraživanju

Sudionici su prije same provedbe intervjua informirani da u svakom trenutku imaju pravo odustati od sudjelovanja u istraživanju i da odustajanje neće izazvati nikakve negativne posljedice po sudionika (Lloyd, Gatherer i Kaisy, 2006.). Također, naglašeno je da mogu promijeniti svoje odgovore na određena pitanja te da imaju pravo ne odgovoriti na pitanje ako to ne žele (National Disability Authority, 2002.). U skladu s emocionalnim reakcijama sudionika na iznesena iskustva i doživljaje, a u skladu sa sudionikovim stanjem i prethodnom suglasnošću, istraživač je procjenjivao kada produžiti/završiti intervju. Za vrijeme provedbe nije bilo većih potreba za intervencijama. U tijeku intervjua nije se uočila značajna tjeskoba, umor ili nemir kod sudionika, stoga nije bilo potrebe za razmatranjem prekida intervjua (Koivisto i sur., 2001.). Iako, jedan sudionik je zamolio za manju stanku, kako bi otišao u toalet i promijenio majicu. Sudioniku je navedeno dopušteno, uvidjevši da se dogodila emocionalna promjena prilikom razgovora o jednom članu obitelji, koja je rezultirala blagom uznemirenošću. Sudionik se po obavljenom, kroz protek od otprilike osam minuta, vratio i dobrovoljno nastavio intervju do kraja.

Nastavno, neki članovi obitelji su imali snažnije emocionalne reakcije u odnosu na same osobe s duševnim smetnjama i stručnjake. Stoga, imali su prostora biti u skladu sa svojim emocijama. Neki su trebali prostor da se „izventiliraju“, dok su drugi imali potrebu isplakati se. Isto nije negativno utjecalo na tijek provedbe intervjua, posebice jer su svi izrazili želju da participiraju do kraja. Također, ako je sudionik imao potrebu još nešto dodatno reći, data mu je mogućnost. Uglavnom su to bili komentari osoba s duševnim smetnjama o nekim aktualnim stvarima koje im se događaju, a koje nisu bile vezane uz samu temu istraživanja.

U dogovoru sa socijalnim radnicima iz ustanova, koji su posredovali u istraživanju, isti su bili na raspolaganju za pružanje psihosocijalne pomoći, ukoliko netko od sudionika bude u potrebi nakon intervjua. Nije bila verbalizirana potreba za istim, obzirom da je i sam intervju, prema riječima nekih od sudionika, imao „terapijski“ karakter. Po završetku istraživanja, sudionicima je ponuđen kontakt istraživača za sva moguća dodatna pitanja koja se tiču istraživanja. Nekolicina sudionika je uzela kontakt

3.5.5. Upoznavanje sudionika s rezultatima istraživanja

Izveštavanje o rezultatima istraživanja etička je obaveza istraživača (Muratbegović i Šućur Janjetović, 2013.) te bi sudionicima, po završetku istraživanja, bilo značajno dati povratnu informaciju i upoznati ih s dobivenim rezultatima (Booth i Booth, 1996., prema Nind, 2008.). Stoga će rezultati istraživanja napismeno biti poslani svim sudionicima koji su pokazali interes za uvid u rezultate te koji su dali podatke o adresi stanovanja u navedene svrhe.

3.5.6. Odnos istraživača spram teme

Radi boljeg razumijevanja pristupa istraživanju te interpretacije dobivenih podataka, smatra se važnim spomenuti u kakvom je istraživač odnosu spram teme. U ovom istraživanju istraživač je socijalni radnik koji radi s osobama s duševnim smetnjama i njihovim obiteljima u sklopu zdravstvene ustanove. Pod dojmom dosadašnjeg iskustva, javila se želja za dodatnim saznanjima o funkcioniranju osoba s duševnim smetnjama u njihovom svakodnevnom kontekstu kroz perspektivu davanja/primanja socijalne podrške od strane (ne)postojeće mreže podrške.

3.6. Obrada podataka

Jedan od izazova kvalitativnih istraživanja je upravo obrada dobivenih podataka, čija je priroda znatno šira od brojčanih podataka u kvantitativnim analizama. Tematska analiza je vrlo čest pristup za obradu podataka u kvalitativnim nacrtima, obzirom na široku prirodu istraživačkih pitanja i tema koje mogu biti obrađivane ovom metodom (Braun i Clarke, 2006.). Tematska analiza je metoda identificiranja, analize i obrazaca izvještavanja (tema) unutar podataka.

Dakle, ona je opisna metoda koja smanjuje podatke na fleksibilan način uz mogućnost identificiranja novih, neočekivanih spoznaja (Parkinson i sur., 2015.) te je zato i korištena za obradu podataka u ovom istraživanju, a kako bi se postigao što bolji opis koncepta neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama.

U nastavku je prikazana tematska analiza podataka koja, prema Braun i Clarke (2006.), podrazumijeva šest koraka:

Upoznavanje s podacima prvi je korak tematske analize koji podrazumijeva čitanje, ponovno čitanje te zapisivanje inicijalnih ideja. Stoga, ono je podrazumijevalo izradu transkripta intervjua, kako bi istraživač čitajući lako mogao vidjeti podatke, usporediti odgovore i organizirati ostale tekstualne podatke koji će biti uključeni u analizu.

Generiranje inicijalnih kodova pretpostavlja da se „sirovi“ podaci postupno pretvaraju u upotrebljive podatke kroz prepoznavanje tema, koncepata ili ideja, koje imaju neke međusobne veze (Austin i Sutton, 2014.). Aktivnosti kodiranja uključivale su prepoznavanje zanimljivih značajki podataka, sustavno tijekom čitavog skupa podataka, na više razina. Kodovi su sadržavali jedinice podataka koje su varirale u veličini (izjava, rečenica i rijetko odlomak), ali su sve nastojale prikazati cjelovitu misao.

Pretraživanje tema faza je koja podrazumijeva skupljanje kodova po sličnosti u potencijalne (pod)teme. Dakle, induktivnom metodom se dolazilo do podtema i tema, a one su, kao takve, predstavljale određenu razinu odgovora/značenja unutar skupa podataka. U svrhu transparentnosti i boljeg uvida, izrađen je tablični prikaz koji je sadržavao kodove, podteme i teme za sve tri skupine sudionika zasebno.

Provjera tema znači revidiranje podtema i tema te potrebu za provjerom organizacije sadržaja cijelog teksta. Istraživač tijekom ove faze ulazi u srž same teme na način da sažima ono o čemu tema govori i sagledava kako se ista uklapa u širu sliku dobivenih podataka. Stoga, radi boljeg uvida i preciznog prikaza, istraživač je provjeru (pod)tema radio u koordinaciji s mentorom i neovisnim istraživačem. Provjera tema podrazumijevala je određene korekcije poput spajanja dvije podteme u jednu, brisanja nekih podtema, izmjene naziva nekih (pod)tema i slično.

Definiranje i imenovanje tema u ovom radu je podrazumijevalo razmatranje svake teme zasebno, ali i njihov međusobni odnos te pojedinačno i skupno uklapanje tema kao odgovor na istraživačka pitanja.

Izrada izvještaja je posljednja faza tematske analize, čija je svrha pružiti uvjerljivu priču o rezultatima istraživanja. Stoga, rezultati u ovom radu bili su prikazani i diskutirani iz tri različite perspektive koje su međusobno dovedene u kontekst, ali i u kontekst s postojećom literaturom.

3.6.1. Valjanost i pouzdanost rezultata

Valjanost govori o tome koliko je fenomen, koji je predmet istraživanja, realan odraz doživljaja date populacije (Schwandt, 2007.) te jesu li mjerni instrumenti adekvatni za mjerenje fenomena koji se istražuje (Golafshani, 2003.). S druge strane, pouzdanost se postiže dosljednim pridržavanjem protokola intervjua, minimalnim varijacijama i nepristranošću za vrijeme provedbe intervjua od strane intervjua (Osborn i Smith, 2008.). Radi poboljšanja valjanosti rezultata tematske analize i umanjivanja mogućnosti pristranosti glavnog istraživača, u istraživanju se zatražila provjera i potencijalna revizija od strane neovisnog istraživača (Willis, 2007.). Dakle, kako bi se omogućila što veća pouzdanost podataka, ali i cjelokupne procedure provedbe istraživanja, smatrano je značajnim uvesti mogućnost konzultacije s kolegom koji ima iskustva u radu s kvalitativnom metodologijom, a koji nije involviran u samu provedbu istraživanja („*peer debriefing*“) (Lietz i Zayas, 2010.). Diskutirajući istraživačke odluke, procedure i rezultate daje se značajna povratna informacija i osigurava kvaliteta istraživačkog projekta (Shenton, 2004.). Stoga, konzultacije s kolegom osnažile su istraživanje generiranjem novih ideja i identificiranjem potencijalnih pogreški.

4. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

U skladu s ciljem istraživanja te odabranim metodološkim pravcem, rezultati istraživanja predstavljaju interpretativnu analizu osobnih iskustava osoba s duševnim smetnjama, članova njihovih obitelji i stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja, s ciljem što boljeg opisa koncepta neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama.

4.1. Perspektiva osoba s duševnim smetnjama

Temeljem analize podataka na prvo istraživačko pitanje: „Kako osobe s duševnim smetnjama doživljavaju svoju neformalnu mrežu socijalne podrške?“, utvrđeno je šesnaest (16) tema, koje su pojašnjene podtemama, što je vidljivo u Tablici 4.1.

Tablica 4.1.

Teme i podteme na 1. istraživačko pitanje- Kako osobe s duševnim smetnjama doživljavaju svoju neformalnu mrežu socijalne podrške?

TEME	PODTEME
Obiteljska mreža podrške	Podrška supruge
	Podrška roditelja
	Podrška brata/sestre
	Podrška djeda/bake
	Podrška ujaka/tetke
	Podrška bratića/sestrične
Emocionalna podrška članova obitelji	Razumijevanje od strane članova obitelji
	Riječi utjehe članova obitelji
	(Telefonski) Razgovori s članovima obitelji
Materijalna podrška članova obitelji	Financijska pomoć od strane članova obitelji
	Dobivanje paketa od strane članova obitelji
	Kupnja određenih potrepština od strane članova obitelji
Praktična podrška članova obitelji	Priprema obroka od strane članova obitelji
	Odlazak na ručak/večeru s članovima obitelji
	Odlazak na kavu s članovima obitelji
	Pomoć člana obitelji u raspolaganju novcem

Informacijska podrška članova obitelji	Informiranje o događanjima u svijetu od strane članova obitelji
	Informiranje o sportskim događanjima od strane članova obitelji
Pružanje emocionalne podrške članovima obitelji	Izražavanje komplimenata članovima obitelji
	Pokazivanje interesa za članove obitelji
	Razgovor kao podrška članovima obitelji
Nemogućnost pružanja materijalne podrške članovima obitelji	Odbijanje materijalne pomoći od strane članova obitelji
	Nedostatna materijalna sredstva osoba s duševnim smetnjama
Pružanje praktične podrške članovima obitelji	Obavljanje poslova u domaćinstvu
	Okupacija/čuvanje djece članova obitelji
Prijateljska mreža podrške	Održana prijateljstva
	Prekinuta prijateljstva
	Nepostojanje bliskih prijatelja
Emocionalna podrška prijatelja	Razumijevanje od strane prijatelja
	(Telefonski) Razgovori s prijateljima
Informacijska podrška prijatelja	Dobivanje savjeta od prijatelja
Vršnjačka mreža podrške	Podrška sustanara u ustanovi/organiziranom stanovanju
	Podrška članova grupe podrške
Susjedska mreža podrške	Pozdravljanje susjeda
	Nepovezanost sa susjedima
Pozitivan utjecaj podrške na psihofizičko stanje	Pozitivan utjecaj podrške na zdravlje
	Pozitivan utjecaj podrške na svakodnevno funkcioniranje
Najznačajniji aspekti socijalne podrške	Skladan odnos kao najznačajnija podrška
	Oslonac kao najznačajnija podrška
	Razumijevanje kao najznačajna podrška
	Dobra komunikacija kao najznačajna podrška
Prepoznati nedostaci u okvirima neformalne mreže socijalne podrške	Nedostatak emocionalne podrške
	Nedostatak svijesti o podršci od strane osoba s duševnim smetnjama

Obiteljska mreža podrške

Osobe s duševnim smetnjama doživljavaju svoju mrežu podrške prvenstveno kroz podršku članova uže, ali i šire obitelji. Kao izvori obiteljske podrške prepoznati su sljedeći članovi: supruga, roditelji, braća i sestre, tetke i ujaci te njihova djeca, točnije bratići i sestrične.

Podrška supruge. Podrška supruga/e je vrlo rijedak oblik podrške za osobe s duševnim smetnjama, budući da iste otežano ulaze i održavaju romantične odnose, koji potom rezultiraju brakom. Iako rijedak oblik podrške, za sudionika (osobu s duševnom smetnjom) koji je jedini u braku, supruga predstavlja veliku, sveobuhvatnu podršku:

„Partnerica. Prati me, stalno je uz mene. Najviše je uz mene i najviše provodimo vrijeme skupa.“ (A2D)

Budući da s partnericom provodi dosta vremena te da je ista sveprisutna u njegovom životu, sudionik navodi:

„Ona mi dođe i supruga i sestra i mama i brat. Ona mi je sve.“ (A2D)

Tako partnerica svojim prisustvom i podrškom nadomješta podršku koja osobi s duševnom smetnjom izostaje iz njegove primarne obitelji.

Podrška roditelja. Za razliku od supružničke podrške, podrška roditelja je jedan od najzastupljenijih oblika socijalne podrške za osobe s duševnim smetnjama, što potvrđuje izjava sudionika:

„Mama, tata ... su mi podrška.“ (A3K)

Posebice je naglašena podrška majki koje su, uglavnom bile i ostale, primarne skrbnice svojoj djeci. O tome koliko je značajna majčinska podrška, pa čak i kad je majka udaljena kilometrima i ima zasnovanu novu obitelj, govore izjave:

„Imam samo majku i majka mi je sve što u životu imam.“ (A1K)

„Mama je podrška preko telefona, osobito oko mog karaktera. Mama je ostala u A. Ponovno se oženila...“ (A1S)

Podrška brata/sestre. Iz izjava osoba s duševnim smetnjama vidljivo je kako svoju braću i sestre također percipiraju kao važan izvor socijalne podrške:

„Imam brata.“ (A2S)

„Imam tri brata i dvije sestre i jedanaest nećaka.“ (A3D)

„Sestra mi je podrška isto. Mogu se osloniti na brata isto, ali on puno radi i bolestan je na srce, nervozan je.“ (A1P)

Veličina mreže podrške braće i sestara varira. Neki sudionici imaju više izvora podrške jer su odrasli u velikim obiteljima, s više braće i sestara, dok neki imaju samo po jednog brata ili sestru na koje se mogu osloniti. Neovisno o veličini mreže podrške, sudionici izjavljuju:

„To (podrška) mi puno znači.“ (A3D)

„Relativno mi je dobro, imam kolku-tolku podršku.“ (A2S)

Vrlo je značajno naglasiti kako podrška braće i sestara postaje primarna i najzastupljenija u životu osoba s duševnim smetnjama nakon smrti roditelja:

„Braća mi puno pomažu, mama i tata su umrli.“ (A3D)

Navedeno omogućuje da se osoba ne osjeća usamljeno i odbačeno. Drugi također navode kako nisu prepušteni sami sebi i da su im braća blizu:

„Ne mogu reći da sam prepušten sam sebi.“ (A2S)

„Ostao sam sam, nisam se oženio. Živim sam u apartmanu, braća su blizu.“ (A3D)

Podrška djeda/bake. Osobe s duševnim smetnjama mlađe životne dobi u svoju obiteljsku mrežu podrške svrstali su podršku djedova i baka:

„Mogu se osloniti i na nonu i nonota.“ (A1D)

„Dobro sad, baba, deda, znam da imam njihovu pomoć, ali ne stječem prevelik dojam.“ (A1K)

Sveukupno gledano, podrška djedova i baka više je bazirana na percipiranu socijalnu podršku nego na doživljenu socijalnu podršku, obzirom da, u praktičnom smislu, nije toliko učestala i intenzivna poput one koja se dobiva od strane drugih članova obitelji.

Podrška ujaka/tetke. Pored članova najuže obitelji, osobe s duševnim smetnjama su veliki značaj pridali podršci koju im pružaju tetke i ujaci, ali i njihova djeca. Koliko su tetke značajne u životima osoba s duševnim smetnjama govore sljedeće izjave:

„Imam tetu, ali ona ne živi ovdje, ali ista situacija. Znam da mogu osloniti se na nju, ali znam da je i ona kritički nastrojena.“ (A2K)

„Teta mi je podrška. Što se tiče tete, više je realna i zna za droge, ovo ono... a moja majka je više, neuka, malo je, mogu reći, glupava je... nije glupa, jednostavnija, staromodna, više nego teta. Teta je staromodna, ali shvaća današnjicu.“ (A1K)

Dakle, tetke svojim nećacima/nećakinjama stoje na raspolaganju, ponekad i unatoč fizičkoj razdvojenosti. Iako su tetke percipirane kao kritične i staromodne, osobe s duševnim smetnjama jasno artikuliraju da su im iste izvor podrške i oslonac. Ponekad, osobe s duševnim smetnjama mogu ostvariti bolju konverzaciju s tetkama nego s vlastitim roditeljima.

Za razliku od emocionalne podrške koju pružaju tetke, podrška ujaka pretežito je materijalna:

„Ujak je potpora sve što mi treba. Gleda me, dolazi, financijski me pomaže.“ (A1S)

Nerijetko je podrška ujaka i praktična:

„Nisam ujaka spomenuo. Tu je on da me dovede, idemo na selo da hranimo mačke, farbamo i tako svašta.“ (A1D)

„Svaki vikend se vidimo, i dva puta tjedno. Jako lijepo.“ (A1S)

Tako ujaci osoba s duševnim smetnjama pretežito financijski pomažu osobe s duševnim smetnjama te su uključeni u osmišljavanje i realizaciju zajedničkih, fizičkih aktivnosti i druženja vikendom.

Podrška bratića/sestrične. Nastavno, kada se govori o široj obitelji, osobe s duševnim smetnjama i svoje bratiće i sestrične doživljavaju kao izvore obiteljske podrške.

„U životu se mogu osloniti na B (bratić)...“ (A3P), je izjava koja potvrđuje da se osoba s duševnom smetnjom može osloniti na svog bratića, ali i na bratićevog sina:

„... a ako B umre onda će mi njegov sin biti skrbnik.“ (A3P)

Nastavno, prepoznavši potrebu za komuniciranjem i povezivanjem, jedan od sudionika se nedavno odvažio stupiti u kontakt s bratićem po očevoj liniji:

„Imam još jednog bratića s kojim sad konačno stupio u kontakt jer smo se preko Instagrama, snimamo se pa smo se... s tim dijelom familije nisam dobar, sa tatinom i jednostavno taj bratić je full dobra osoba i rekao sam da želim dati priliku, probat nešto stvorit isto da isto imam nešto s njegove strane da mi ostane.“ (A1K)

Tako danas sudionik i njegov bratić održavaju kontakt i razmjenjuju informacije putem socijalnih mreža. Navedenu aktivnost sudionik percipira podržavajućom, budući da bratića doživljava kao dobru osobu.

Da i sestrične pružaju podršku osobama s duševnim smetnjama, potvrđuju sljedeće izjave:

„Sestričnu nisam spomenuo.“ (A1D)

„Sestrična često dolazi. Ona je iz grada, brat je iz prigrada. Pruža mi dobru podršku.“ (A2S)

Kao i kod drugih, ženskih članova obitelji, podrška koju sestrične pružaju uglavnom su emocionalne prirode i temelje se na međusobnim razgovorima i razumijevanju:

„Podrška mi je oko stvari o kojima ne mogu razgovarati s bratom. Imam osjećaj da me razumije, proveli smo djetinjstvo zajedno. Ona je sad oženjena, ima djecu, brine o teti i barbi, tako da joj ne mogu prigovarati za neke stvari.“ (A2S)

Iako, pronalazi se primjer gdje osobe s duševnim smetnjama, osim razgovarajući, vrijeme sa svojim sestričnima provode kroz zajedničko pripremanje obroka:

„Neki dan smo nas dvoje u četrdeset pet minuta napravili tri pizze“ (A1D), što predstavlja podržavajuću aktivnost za osobe s duševnim smetnjama.

Emocionalna podrška članova obitelji

Emocionalna podrška po svojoj definiciji uključuje izražavanje suosjećanja, brige, poštovanja, vrijednosti ili ohrabrenja. Shodno tome, osobe s duševnim smetnjama emocionalnu podršku od članova obitelji doživljavaju kroz razumijevanje i riječi utjehe koje im upućuju članovi obitelji te kroz zajedničke razgovore.

Razumijevanje od strane članova obitelji. Razumijevanje od strane članova obitelji se pokazalo kao temelj emocionalne podrške, budući da se isto našlo i među najvažnijim oblicima podrške koje su osobama s duševnim smetnjama potrebni:

„Sestra ima razumijevanja prema meni, mogu pričati o svemu s njom. Ona mi govori da pričam, ne držim stvari u sebi.“ (A1P)

„Sestrična često dolazi i pruža mi dobru podršku. Razumije me, jer proveli smo djetinjstvo zajedno.“ (A2S)

Osobe s duševnim smetnjama potvrđuju da imaju osjećaj da ih sestra i sestrična razumiju, budući da su rasli skupa i da mogu s njima otvoreno pričati.

Riječi utjehe članova obitelji. Nastavno, riječi utjehe koje obitelj upućuje za osobe s duševnim smetnjama su prepoznate kao emocionalna podrška:

„Mama mi daje emocionalnu podršku. Ona me želi održati u životu. Kaže da će sve biti u redu, da se ne moram bojati. I tata kaže da će sve biti u redu. On, brat, kaže da će sve biti ok.“ (A3K)

„Sve će biti u redu“ je fraza koja se proteže u okvirima emocionalne podrške koju sudionik dobiva od svojih roditelja i brata, gdje isti doživljava kao da ga na taj način majka „želi održati u životu“ i dati mu nadu u poboljšanje stanja i funkcioniranja.

Za drugu sudionicu, riječi utjehe od strane sestre su bile vrlo značajne da lakše prebrodi kriznu situaciju koja joj se dogodila u ustanovi u kojoj je smještena:

„Sestra mi puno pomaže, recimo nedavno sam joj se požalila na jednu ružnu situaciju na Odjelu i ona me je utješila.“ (A1P)

Tako članovi obitelji tješe osobe s duševnim smetnjama kad se nađu u teškim situacijama te ih, kroz neposrednu ili telefonsku komunikaciju, nastoje osnažiti kroz riječi utjehe.

(Telefonski) Razgovori s članovima obitelji. Telefonski razgovori su se pokazali kao najčešća aktivnost osoba s duševnim smetnjama i njihovih članova obitelji, posebice za vrijeme pandemije. Osobe s duševnim smetnjama kontaktiraju s članovima svoje obitelji i potvrđuju kako su im razgovori s obitelji poprilično podržavajući.

Tako sudionik opisuje važnost učestalog kontakta sa svojim bratićem:

„S B (bratićem) se čujem svaki drugi dan otprilike. Puno mi to znači.“ (A3P)

I druge osobe s duševnim smetnjama telefonski razgovaraju sa svojim članovima obitelji na tjednoj ili dvotjednoj razini, što im omogućuje određenu dozu emocionalne podrške. Telefonski razgovori su posebno velik značaj imali za osobe koje su za vrijeme pandemijskih mjera bile hospitalizirane ili su koristile usluge smještaja, jer su mjesecima bili jedini izvor komunikacije s bližnjima, prema riječima osoba s duševnim smetnjama:

„Čujem se svakih dva tjedna, tjedan dana s tatom.“ (A1S)

„Telefonski se čujemo gotovo... puno puta. On sam kaže da mi je dobro i da mi ne treba neka njegova velika podrška. Tako da se nekad ne čujemo, a nekad se čujemo prilično često.“
(A2S)

Pritom, važno je naglasiti da nemaju sve osobe s duševnim smetnjama osobne mobitele, što također utječe na učestalost i duljinu razgovora. S druge strane, važnost međusobnog razgovora prepoznala je i sudionica koja nije aktualno bila hospitalizirana niti koristila uslugu smještaja. Iako je imala mogućnost neposrednog kontakta s obitelji, njezina izjava:

„Sa sestrom, na primjer, mogu pričat. Ona ima svoju obitelj i puno obveza tako da se ne stignemo vidjeti često, ali se čujemo preko telefona“ (A2K), govori kako se neposredni razgovor, zbog sestrih obveza, također sveo na telefonski. Ono što je ključno u komunikaciji osobe s duševnom smetnjom i njezine sestre je da se *„... povjeravamo (se) jedna drugoj“* (A2K).

S jedne strane, neki se međusobno povjeravaju i razgovaraju o intimnijim temama, poput zdravstvenog stanja i funkcioniranja o kojima sudionik razgovara sa svojim ocem:

„...(Pitam) Kako mu ide, ne može ni hodati. Ja sam njemu potpora, on je meni potpora.“
(A1S)

S druge strane, dio osoba s duševnim smetnjama sa svojim članovima obitelji razgovara o drugim, manje intimnim temama poput zajedničkih poznanika:

„Teme su nam oko ljudi koje ona pozna, koje ja poznam...“ (A1S) ili oko utakmica nogometnog kluba: *„Pretežno razgovaramo o utakmicama...“* (A2S)

Materijalna podrška članova obitelji

Osobe s duševnim smetnjama materijalnu podršku doživljavaju kroz financijsku pomoć članova obitelji i pakete koje obitelj šalje za one koji su na smještaju u ustanovi ili organiziranom stanovanju. Također, materijalnu podršku vide i kroz određene potrepštine koje im obitelj osigura.

Financijska pomoć od strane članova obitelji. Osobe s duševnim smetnjama imaju financijsku pomoć od svojih obitelji, što je vrlo značajan oblik podrške. Posebice je značajna za one osobe koje ne ostvaruju vlastite prihode, kako navode osobe s duševnim smetnjama:

„Ujak je potpora sve što mi treba. Gleda me, dolazi, financijski me pomaže.“ (A1S)

„Od nonota materijalno, nono ima love. Daju mi kintu tu i tamo. Inače sam na socijalnom, tisuću petsto kuna, ali dobivam od njih, ako treba para, dat ću ti ja. Ja ne pitam.“ (A1D)

Osobama s duševnim smetnjama članovi obitelji pružaju financijsku pomoć i kroz davanje džeparca, čiji iznosi variraju od pedeset do petsto kuna. Neki džeparci su na dnevnoj ili tjednoj razini, dok su oni većih iznosa bili povodom rođendana:

„Kad idem u grad dobijem džeparac od roditelja sto, dvesto kuna.“ (A3K)

„B (bratić) mi pomogne tako da mi uvijek da pedeset kuna.“ (A3P)

„I tata je za rođendan došao autom kod mene i dao mi petsto kuna da imam.“ (A1S)

Dobivanje paketa od strane članova obitelji. Za osobe koje koriste uslugu smještaja ili organiziranog stanovanja, vrlo značajna podrška su paketi koje im obitelj šalje. Tako potvrđuju da im članovi obitelji redovito pošalju pakete s hranom, higijenskim potrepštinama, slatkšima i slično:

„Sestra šalje redovito (svaki mjesec) paket, kupuje mi higijenske potrepštine i hranu.“ (A1P)

„Pošalje mi paket (bratić), unutra bude svega i svačega, i voća, čokolada, svega...“ (A3P)

Osobe koje su na smještaju nemaju svakodnevni pristup trgovinama, a nerijetko nemaju ni financijskih sredstava da sebi priušte određene stvari koje su nedostupne u ustanovi ili neke stvari koje ih čine sretnima. Stoga, primitak paketa za osobe s duševnim smetnjama, osim materijalnog, ima značajan emocionalni karakter.

Kupnja određenih potrepština od strane članova obitelji. Osim što obitelj šalje pakete za one koji su smješteni u ustanovi ili organiziranom stanovanju, obitelj pomaže u naravi i osobe s duševnim smetnjama s kojima dijele kućanstvo ili koje stanuju samostalno. Tako sudionik navodi:

„Cigarete mi omogućuju, što mi jako znači. Materijalno mi pomognu tako što mi kupe šta treba za obuć.“ (A3K)

Osobama s duševnim smetnjama cigarete i odjeća, koje im članovi obitelji omogućue, predstavljaju važnu podršku, posebice onima koji nemaju svoje prihode. Osim spomenutih cigareta i odjeće, kava se također nalazi na vrhu liste značajnih potreba osoba s duševnim smetnjama. Stoga, članovi obitelji im nastoje omogućiti kavu. Navedeno je vidljivo u primjeru u kojem osoba s duševnom smetnjom govori kako je njegov brat u lošoj financijskoj situaciji, ali da mu, unatoč tome, ponekad kupi kavu:

„Kupi mi brat nekad kavu, rijetko kad u novcima. Kaže da je u financijskoj gabuli... Ja nisam zaposlen, on je. Ne mogu zapitkivat što ne znam ni ja kako je.“ (A2S)

Praktična podrška članova obitelji

Osobe s duševnim smetnjama praktičnu podršku od strane članova obitelji doživljavaju kroz pripremu obroka, kroz zajednički odlazak na ručak i kavu te kroz pomoć u raspolaganju financijama.

Priprema obroka od strane članova obitelji. Članovi obitelji pružaju praktičnu podršku brinući se o prehrani osoba s duševnim smetnjama. Stoga, osoba s duševnom smetnjom potvrđuje kako se hrani kod roditelja:

„Hranim se kod mame i tate.“ (A3K)

Nerijetko je zamijećeno kako ženski članovi obitelji brinu o pripremi hrane. Shodno tome, osobama s duševnim smetnjama najčešće kuhaju majke, sestre, ali i punica:

„Sestra mi skuha... Ja joj dajem novce, ona neće. Iz ljubavi radi. Druga sestra isto tako.“ (A3D)

„Mama kuha za nas, ali ja bih išao na kulinarsku grupu. Meni bi kulinarske sposobnosti išle, ali imam tremor.“ (A1D)

Sestre uglavnom kuhaju iz ljubavi i ne žele nikakvu naknadu za isto, dok se za majke podrazumijeva da spremaju ručak. Iako, iz prethodne izjave sudionika, s jedne strane se vidi potreba da se osposobi za kuhanje kroz kulinarske radionice i tako doma participira u pripremi hrane. S druge strane, osoba s duševnom smetnjom smatra da je tremor ruku koči u realizaciji.

Sudionik koji je u braku navodi:

„Vrijeme provodimo tako da odlazimo kod njene majke (suprugine), svaki dan smo tu na ručku. Spremi ručak“ (A2D), što predstavlja veliku pomoć, obzirom na to da je supruga zaposlena.

Odlazak na ručak/večeru s članovima obitelji. Osim što neki članovi obitelji pripremaju obroke osobama s duševnim smetnjama, prema riječima osoba s duševnim smetnjama, povremeno ih i izvedu na gotovi obrok u restoran, pizzeriju i slično:

„Mama iz A dođe svake godine na ljeto na mjesec dana. Idemo na večere, na ručkove, u shopping i tako. Volim kad je tu.“ (A1S)

„Dok nije bilo korone, došla bi mi u posjetu pa bi pojeli pizzu i popili piće, naručili desert... došli bi na tri, četiri sata i otišli bi kući.“ (A2P)

S obzirom na materijalne prilike, ali i prirodu duševne smetnje, osobe s duševnim smetnjama rijetko imaju mogućnost za obrok izvan ustanove ili kuće. Stoga, članovi obitelji koriste prilike da za vrijeme trajanja posjeta u ustanovi ili organiziranom stanovanju, izvedu osobe s duševnim smetnjama van kako bi skupa objedovali. Iako, za vrijeme pandemije COVID-19, osobe s duševnim smetnjama bile su zakinite i za ovakav vid podrške.

Odlazak na kavu s članovima obitelji. Već je i ranije, u sklopu materijalne podrške, spomenut značaj ispijanja kave za osobe s duševnim smetnjama, koje je, u neku ruku, i kulturološki uvjetovano. Stoga, odlazak na kavu s članovima obitelji se pokazao kao vrlo podržavajuća aktivnost za osobe s duševnim smetnjama:

„Volim s njim (bratićem) biti doma, kad imam terapijske izlaze. Dođem doma ujutro, odemo u kafić, odemo na kavu, popijemo kavu, pola ure negdje...“ (A3P)

„Važno i da odemo na kavu subotom i nedjeljom. Ne može se svaki da ići jer se potroši novaca. Kava je skupa, dvadeset dvije kune dvije kave.“ (A3D)

„S bratom idem na kavu.“ (A3K)

Osobe s duševnim smetnjama tako koriste vikende i svoje terapijske izlaske kako bi otišle u kafić sa svojim članom obitelji. One jasno verbaliziraju koliko im je odlazak na kavu važan i koliko vole na taj način provoditi vrijeme. Zanimljivo je kako je ova aktivnost isključivo prepoznata kod muških sudionika i muških članova obitelji.

Pomoć člana obitelji u raspolaganju novcem. Osim što obitelj pruža financijsku pomoć, vidljivo je kako neki članovi obitelji pomažu osobama s duševnim smetnjama i u raspolaganju novcem:

„Brat i sestra financijski pomažu, daju mi sto kuna na tjedan od moje mirovine.“ (A3D)

„Mama pošalje pare ujaku pa mi on daje svaki tjedan po malo.“ (A1S)

Tako članovi obitelji osobama s duševnim smetnjama daju manju količinu sredstava na raspolaganje na tjednoj razini, kako bi racionalnije raspolagali sredstvima.

Informacijska podrška članova obitelji

Osobe s duševnim smetnjama informacijsku podršku članova obitelji doživljavaju kroz informacije o novostima i događanjima u svijetu te o sportskim događajima koje članovi obitelji podijele s njima.

Informiranje o događanjima u svijetu od strane članova obitelji. Članovi obitelji informiraju sudionike o aktualnim događanjima u svijetu:

„Sestra mi daje informativnu podršku, informira me o tome što se sve dešava u svijetu... ali to mi se u zadnje vrijeme sve više zgađilo jer ne volim slušati o svijetu, više volim društvo.“ (A2P)

Takva podrška je posebice značajna za osobe na smještaju, čiji je kontakt s vanjskim svijetom ograničen. Iako, jedna sudionica navodi da bi se u zadnje vrijeme radije družila nego slušala vijesti.

Informiranje o sportskim događanjima od strane članova obitelji. Za ljubitelje sporta, značajna podrška su informacije o sportskim događanjima. Jedan od sudionika navodi da su mu razgovori s bratićem na temu sporta jako značajni:

„B me uvijek obavijesti kad je utakmica, posebno boks i nogomet. Puno mi znači što s njim popričam o tome.“ (A3P)

Pružanje emocionalne podrške članovima obitelji

Osobe s duševnim smetnjama u doživljaj neformalne mreže podrške uključuju i podršku koju one daju drugima. Emocionalna podrška koju pružaju svojim članovima obitelji ogleda se u davanju komplimenata, pokazivanju interesa za članove obitelji te kroz razgovore s istima.

Izražavanje komplimenata članovima obitelji. Osobe s duševnim smetnjama nastoje uputiti lijepu riječ, gestu svojim članovima obitelji, što potvrđuju izjavama:

„Uvijek gledam da dodam nešto što treba, lijepu riječ, pogled.“ (A1S)

„Učim se da joj kažem nešto lijepo.“ (A2D)

Unatoč nedovoljno razvijenim socijalnim i komunikacijskim vještinama koje su karakteristične za osobe s duševnim smetnjama, zanimljivo je primijetiti kako jedan od sudionika svome ujaku jasno i otvoreno govori:

„Ujaku kažem da je dobar ujak.“ (A1S)

Pokazivanje interesa za članove obitelji. Osobe s duševnim smetnjama pokazuju interes za članove obitelji kroz upite o njihovom zdravstvenom stanju. Tako sudionik navodi:

„Tata je bolestan. Ima teške probleme, bušili mu lubanju. Stalno ga nešto boli, pije šaku tableta. Čujem se svakih dva tjedna, tjedan dana. Pitam kako mu ide, ne može ni hodati.“ (A1S)

Dakle, osoba s duševnom smetnjom svjesna je narušenog zdravstvenog stanja svog oca, koji otežano hoda i pije veliku količinu medikamenata. Stoga, pokazuje empatiju prema nastaloj situaciji te nastoji biti podrška ocu kroz telefonsku komunikaciju.

Također, i drugi sudionici potvrđuju kako ispituju svoje članove obitelji o njihovom stanju:

„Najgore kad ju pitam kako je. Pitam je sto puta. Dovoljno sam pametan da znam kako je.“
(A2S)

Osim pitanja koja se referiraju na zdravlje i raspoloženje člana obitelji, osobe s duševnim smetnjama raspituju se i za stanje na drugim poljima života. Stoga, nerijetko pitaju o situaciji na poslu, ali i za druge članove obitelji:

„Ja pitam nju kako bilo na poslu, kako djeca, kako muž, sve je pitam.“ (A3D)

Razgovor kao podrška članovima obitelji. Osobe s duševnim smetnjama članovima obitelji pružaju emocionalnu podršku kroz razgovor, što jedan sudionik jasno verbalizira:

„Putem razgovora dajem podršku svojoj obitelji.“ (A3K)

Iz rezultata je vidljiva konkretna situacija gdje jedna osoba s duševnom smetnjom svojoj sestri pruža podršku razgovorom, a kako bi joj pomogla prebroditi zdravstvenu situaciju:

„Nisam spomenuo, moja sestra ima postcovid i sa njom puno razgovaram i o mentalnom zdravlju i reprogramaciji. Da je ozbiljno, da nije bajka, da danas ako se držiš procedure i ne pretjeruješ s lijekovima, sve će biti u redu. Ako ne, život pomahnita.“ (A1D)

Druga sudionica navodi da razgovara sa sestrom o sestrinim poteškoćama koje prolazi u procesu razvoda braka:

„Sa sestrom razgovaram. Slušam o njezinim poteškoćama, sad prolazi kroz rastavu braka.“
(A2K)

Također, potvrđuje i da je u nekoliko navrata s majkom razgovarala o majci značajnim i bolnim temama i tako joj pružila emocionalnu podršku:

„S mamom sam u par navrata razgovarala o njoj bolnim temama.“ (A2K)

Nemogućnost pružanja materijalne podrške članovima obitelji

Osobe s duševnim smetnjama smatraju da nisu u mogućnosti pružiti materijalnu pomoć svojim članovima obitelji. Jedan od razloga je taj što obitelj odbija da im se pruži materijalna pomoć, a drugi razlog bi bio što i same osobe s duševnim smetnjama nemaju materijalnih sredstava s kojima raspolažu.

Odbijanje materijalne pomoći od strane članova obitelji. Osobe s duševnim smetnjama navode kako članovi obitelji ne žele financijsku naknadu za podršku koju im pružaju, unatoč tome što osobe s duševnim smetnjama ponekad imaju potrebu financijski se odužiti:

„Ponekad se žali, ali ne dozvoljava ni financijski da joj pomažem.“ (A2S)

„Ja joj dajem novce, ona neće. Iz ljubavi radi.“ (A3D)

Sudionici smatraju da članovi obitelji podršku pružaju iz ljubavi.

Nedostatna materijalna sredstva osoba s duševnim smetnjama. Dok neki imaju na raspolaganju određena financijska sredstva s kojima mogu ponuditi naknadu za pruženu podršku, veći dio sudionika izjavljuje da su njihova materijalna sredstva nedostatna i za osobne potrebe te nemaju mogućnost materijalno pomagati drugima:

„Ne mogu mu ja baš pružiti podršku zato jer je on u radnom odnosu, ja ne.“ (A2S)

„Materijalno ne pomognem jer ni ja nemam, imam sto kuna i to je to.“ (A2P)

Jedan sudionik navodi da nema sredstava ni da plati alimentaciju za svoju maloljetnu djecu, što smatra svojom dužnošću, ali se nada da će jednog dana državi vratiti naknadu koju isplaćuje njegovoj bivšoj supruzi:

„Nemam za alimentaciju, država sad plaća, a ja ću vratiti.“ (A3K)

Pružanje praktične podrške članovima obitelji

Osobe s duševnim smetnjama pružaju socijalnu podršku svojim članovima obitelji pomažući im u kućanskim i drugim poslovima u domaćinstvu. Također, osobe s duševnim smetnjama su involvirane u brigu za mlađe članove obitelji, kroz davanje podrške u vidu igranja s djecom ili čuvanja djece svoje braće i sestara.

Obavljanje poslova u domaćinstvu. Osobe s duševnim smetnjama potvrđuju kako participiraju u kućanskim poslovima:

„*Pomognem po kući.*“ (A3K)

Ali i kako višestruke zadatke obavljaju skupa s drugim članovima obitelji:

„*Kolegijalni smo, sve zajedno radimo... Kuhamo skupa. Od čišćenja kuće do ići kupit. Mami svaki dan joj oko ručka, nabave pomognem.*“ (A1D)

Nastavno, osobe s duševnim smetnjama pomažu svojim članovima obitelji radeći vanjske, fizičke poslove u dvorištu domaćinstva. Uglavnom su to muškarci koji pomažu u sječi drva:

„*Pomognem oko radova, sječa drva, bratu pomognem.*“ (A3D)

Potom, osobe s duševnim smetnjama pružaju pomoć pri košnji trave i skupljanju lišća:

„*Lišće, travu kosim, šta god.*“ (A1S)

Briga o domaćim životinjama je također zastupljena kao pomažuća aktivnost. Iako, nekima se briga o životinjama pokazala kao težak posao pa ih je obitelj rasteretila tog dijela posla. Dok s druge strane, neki izjavljuju da su sposobni raditi, posebice radove izvan kuće:

„*Ovce smo mali, prodali smo jer nema tko. Meni teško bilo, zatvarat, must, šišat, kosit travu... puno posla. Imamo joj kokoške. Sestra brine.*“ (A3D)

„*Tu je on (ujak) da me dovede, idemo na selo da hranimo mačke, farbamo i tako svašta... Nisam zaposlen, ali mogu raditi... ali da sam u četiri zida da sam cijeli dan ne bih moga, ali na otvorenom, može.*“ (A1D)

Okupacija/čuvanje djece članova obitelji. Zaključno, osobe s duševnim smetnjama navode kako pomažu svojoj braći i sestrama tako što ponekad provode vrijeme s njihovom djecom (svojim nećacima), igrajući, okupirajući te čuvajući ih:

„*Kad joj treba pričuvati sina, uskočim joj.*“ (A2K)

„*Idem kod njega kući i igram se s njegovim (bratovim) ćerkama.*“ (A3K)

„*Pričuvan sestrinu djecu nekad.*“ (A3D)

Ovakav vid podrške dosad nije pronađen u literaturi, iako ima veliki značaj. Tako osobe s duševnim smetnjama, osim kapaciteta da pruže praktičnu podršku, istovremeno razvijaju identitet ujaka/strica/tetke, koji omogućuje emocionalnu povezanost s nećacima. Ovakav rezultat je posebice zanimljiv kad ga stavimo u kontekst koliko su sami ujaci i tetke značajan izvori podrške osobama s duševnim smetnjama u ovom istraživanju.

Prijateljska mreža podrške

Osim članova obitelji, osobe s duševnim smetnjama doživljavaju i podršku prijatelja kao značajnu instancu svoje neformalne mreže podrške. Ona se manifestira kroz održana prijateljstva, kroz prijateljstva koja su nekada postojala, ali su prekinuta te kroz nepostojanje bliskih prijatelja.

Održana prijateljstva. Dio sudionika potvrđuje kako ima prijatelje na koje se može osloniti i s kojima se mogu družiti:

„Moju mrežu čine i prijatelji. Imam dvoje, troje na koje se mogu osloniti.“ (A2K)

„Imam četiri, pet prijatelja s kojima se podružim.“ (A3K)

„Imam prijatelje i prijateljice, imam svoj kružok.“ (A1D)

Tako veličina prijateljske mreže broji između dvoje do petero prijatelja. Također, iz izjave jednog sudionika vidljiva je transformacija podrške vršnjaka u podršku prijatelja, budući da su se vršnjačka poznanstva vremenom razvila u trenutna prijateljstva:

„Prijateljica J, tu sam je upoznao prije sedam godina, Đ mi je isto, K... Svi ljudi koji su ranije dolazili sa mnom na grupu. Tako da i od njih imam podršku. S prijateljicom je dobar odnos kao i uvijek. Još smo povezaniji.“ (A1D)

Prekinuta prijateljstva. Prijateljsku mrežu podrške osoba s duševnim smetnjama karakteriziraju i prijateljstva koja su nekoć postojala, ali se vremenom nisu održala te su prekinuta. Kao razloge udaljavanja od prijatelja navode svoje zdravstveno stanje, hospitalizacije, svoje probleme te povlačenje u sebe, što je vidljivo u izjavama sudionika:

„Ranije imao prijatelje, ali sam se povukao u sebe. Udaljio sam se od svih, prijatelja, cura. Do četrnaest godina dobro i onda sve nagore, samo bolnica.“ (A3D)

„Sad se baš ne družim s prijateljima, osim cimera, jer smo se udaljili zbog ove korone i mojih problema.“ (A1S)

Jedan od objektivnih razloga koji vodi prekidu prijateljstva je i aktualna situacija s pandemijom COVID-19. Unatoč rijetkom kontaktu s prijateljima, jedan se sudionik odvažio i poslao je svojim prijateljima čestitke za Novu godinu:

„Oni znaju da je imam puno problema pa se zato često ne vidimo i ne čujemo, ali sam za Novu godinu poslao čestitke i tako.“ (A1S)

Nepostojanje bliskih prijatelja. Osim prijateljstava koja su održana i onih koja se nisu održala vremenom, generalno nepostojanje bliskih prijatelja i nemogućnost razvijanja prijateljske mreže podrške još je jedna karakteristika prijateljske podrške osoba s duševnim smetnjama. Da nemaju bliskih prijatelja otvoreno potvrđuju i same osobe s duševnim smetnjama u svojim izjavama:

„Prijatelja bliskog baš i nemam.“ (A2D)

„Prijatelje nemam baš, teško. Sam sam doma. Tjedan mi prođe da nikog ne vidim i to mi je teško. Svi rade.“ (A3D)

Emocionalna podrška prijatelja

Osobe s duševnim smetnjama emocionalnu podršku od svojih prijatelja doživljavaju kroz razumijevanje koje im prijatelji daju te kroz zajedničke (telefonske) razgovore.

Razumijevanje od strane prijatelja. Emocionalna podrška od strane prijatelja doživljava se kroz percepciju razumijevanja od strane prijatelja.

„Razumiju me prijatelji“ (A3K), kaže jedna osoba s duševnom smetnjom.

Emocionalna podrška za osobe s duševnim smetnjama dobivena od strane prijatelja je vrlo značajna, a manifestira se i kroz otvorene razgovore s prijateljima. O navedenom govori sudionica kroz svoje iskustvo:

„Pa nekako valjda ja najviše tražim tu emocionalnu podršku. Recimo da od te jedne prijateljice o kojoj sam pričala, ono... recimo da s njom mogu otvoreno razgovarati i da se osjećam onda da me razumjela.“ (A2K)

(Telefonski) Razgovori s prijateljima. Osim osjećaja razumijevanja, osobe s duševnim smetnjama smatraju da su i (telefonski) razgovori s prijateljima jedan značajan vid emocionalne podrške u njihovim životima:

„Imam tu jednu prijateljicu s kojom se često čujem, svaka dva, tri dana, recimo.“ (A2K)

Kod nekih je ta komunikacija učestalija, po nekoliko puta tjedno, dok je kod drugih povremena. Kontaktiranje je po principu uzajamnosti, ponekad prijatelji zovu prvi, a ponekad zovu osobe s duševnim smetnjama, što je vidljivo iz izjava sudionika:

„Nekad oni mene zovu, nekad ja njih (prijatelji).“ (A3K)

„Nazovu me tu i tamo.“ (A1S)

Informacijska podrška prijatelja

Uz emocionalnu podršku, osobe s duševnim smetnjama prepoznale su da su im prijatelji i izvor informacijske podrške, koja se manifestira u obliku savjeta.

Dobivanje savjeta od prijatelja. Unatoč razvijenijoj emocionalnoj podršci s članovima obitelji u odnosu na onu s prijateljima, važno je napomenuti da osobe s duševnim smetnjama znatno više vrednuju i primaju savjete dobivene od prijatelja, u odnosu na one dobivene od strane članova obitelji:

„Emocionalnu podršku i u savjetima. Od prijatelja su mi vrlo, vrlo bitni. I rekao bih da je to najbitnija stavka od svih. I više ću primiti savjet od prijatelja nego kad mi mama kaže nemoj to radit, više ću primit k srcu njegov savjet. Nažalost, ali tako je.“ (A1K)

Tako su savjeti prijatelja od velikog, značaja za osobe s duševnim smetnjom, a nerijetko se dijele obostrano. Stoga, sudionica navodi:

„Prijateljica i ja međusobno dijelimo savjete jedna drugoj o različitim stvarima i to mi je značajno, obzirom na stanje sa mojima...“ (A2K)

Vršnjačka mreža podrške

Vršnjačku mrežu podrške osoba s duševnim smetnjama čine sustanari, za one koji su aktualno smješteni u ustanovama ili organiziranom stanovanju te članovi grupa podrške koje osobe s duševnim smetnjama pohađaju.

Podrška sustanara u ustanovi/organiziranom stanovanju. Vršnjačka podrška je izražena kroz podršku sustanara, to jest, osoba s kojima osoba s duševnom smetnjom dijeli sobu prilikom hospitalnog liječenja ili u slučajevima smještaja u ustanovi ili organiziranom stanovanju. Navedeno potvrđuje sudionik rekavši:

„Mogu se osloniti na svoje cimere, D i M.“ (A1S)

„Ljudi su susretljivi, dobri jako“ (A2S), opisuje jedan od sudionika, dok drugi navodi:

„Drugi cimer, M, je povučen, miran, tek je stigao. Dobra je duša.“ (A1S)

Dakle, osobe s duševnim smetnjama svoje sustanare opisuju kao dobre osobe, susretljive, a međusobni odnos dobrim:

„...dobro se slažemo.“ (A2S)

Podrška sustanara vidi se u preuzimanju komunikacije s osobljem ustanove oko uobičajenih kućanskih stvari:

„D priča s osobljem oko kućanskih stvari, sređuje sve te stvari.“ (A1S)

Pritom, za neke osobe je podrška sustanara doživljena i kao najveća podrška:

„Najveća podrška mi je korisnica s Odjela s kojom dijelim sobu. Sa korisnicom R mi je lijepo, pričamo, razgovaramo. Zajedničke teme su nam djetinjstvo. Oboje smo imale lijepo djetinjstvo.“ (A1P)

Također, osim razgovora koji je sam po sebi podržavajuć, osobe s duševnim smetnjama kažu da je atmosfera pozitivna, što upućuje na to da međusobni razgovori istovremeno stvaraju i jedno ozračje pozitivnosti, šale i smijeha, koje je značajno za život svakog pojedinca:

„S cimerima razgovaramo, dosta je vesela atmosfera.“ (A2S)

Podrška članova grupe podrške. Za osobe koje stanuju samostalno ili s članovima obitelji, vršnjačku mrežu podrške uglavnom čine članovi grupe podrške koju osoba pohađa u svojoj lokalnoj zajednici. Osobama s duševnim smetnjama dolazak na grupe podrške puno znači. Također, vrlo značajan moment vršnjačke podrške vidi se i u povjerenju koje članovi međusobno grade:

„Mogu se osloniti na zajednicu poput D b. Pomažem se s njima (članovima). Ja ih saslušam, čisto jednostavno kad mi kažu nešto loše ja im kažem nešto dobro.“ (A2D)

„Puno mi znači grupa. Razgovaramo, zezamo se, smijemo“ (A3D)

Dolasci na susrete grupe podrške osobama s duševnim smetnjama obogaćuju privatni život i ispune tjedan određenom aktivnošću i druženjem pa im tako „...*puno brže prođe dan i tjedan*“ (A2D), što se zasigurno odražava na kvalitetu njihovog života.

Susjedska mreža podrške

Dobrosusjedski odnosi su također percipirani kao dio neformalne mreže podrške osoba s duševnim smetnjama. Iako, odnosi sa susjedima su takvi da se temelje uglavnom na međusobnom pozdravljanju, ali ne i dubljoj povezanosti s istima.

Pozdravljanje susjeda. Pozdravljanje susjeda se pokazala kao jedina konkretna aktivnost između osoba s duševnim smetnjama i njihovih susjeda. Tako osoba s duševnom smetnjom izjavljuje kako u prolazu pozdravi svoje susjede:

„Susjede nemam, ne vidimo se, prođu, kažemo dobar dan.“ (A1S)

Nastavno, kada su susjedi ujedno i članovi obitelj, odnos je drugačiji i temelji se na obiteljskoj dinamici i međusobnim posjetima, prema riječima sudionika:

„Sestra i kunjado su mi susjedi pa kod njih idem. Druge susjede samo pozdravim.“ (A3D)

Unatoč interakciji sa susjedima na bazičnoj razini, vjeruje se da je ista podržavajuća i pozitivno vrednovana od strane osoba s duševnim smetnjama, obzirom da su susjedi ipak spomenuti u okviru neformalne mreže podrške.

Nepovezanost sa susjedima. Dakle, iako se susjedi spominju u okviru neformalne mreže podrške, vrlo je značajno da susjedsku mrežu, u načelu, odlikuje nepovezanost.

„Susjedi mi nisu bliski, ne baš jer živimo u zgradi i nekako su svi svako za sebe“ (A1K), navodi jedna osoba s duševnom smetnjom, a druga također potvrđuje da nije povezana sa susjedima:

„Nisam sa susjedima.“ (A2K)

Dakle, osobe s duševnim smetnjama i susjedi se međusobno prepoznaju, izmijene pozdrave, ali dublja veza između njih ne postoji. Razlog ovakvom površnom odnosu može biti nedostatak inicijative za produbljenje odnosa, kojoj doprinose predrasude koje susjedi mogu imati spram osoba s duševnim smetnjama, s jedne strane i nedostatak socijalnih vještina kod osoba s duševnim smetnjama, s druge strane.

Pozitivan utjecaj podrške na psihofizičko stanje

Osobe s duševnim smetnjama doživljavaju da socijalna podrška ima pozitivan utjecaj na njihovo psihofizičko stanje, smatrajući da podrška pozitivno utječe na njihovo zdravlje i da olakšava (svakodnevno) funkcioniranje.

Pozitivan utjecaj podrške na zdravlje. Osobe s duševnim smetnjama pozitivno vrednuju podršku drugih. Stoga, socijalna podrška ima značajan utjecaj na zdravlje osoba s duševnim smetnjama. Navedeno potvrđuju korisnici izjavama:

„Jako utječe na moje zdravlje“ (A1K) i „Pomaže za zdravlje...“ (A1S)

Tako se prisustvo podrške pozitivno reflektira na regulaciju prisutnih strahova kod osobe s duševnim smetnjama, koji su dosta često prisutni u okvirima duševne smetnje:

„Bez straha se osjećam pa tako dobro utječe na moje zdravlje.“ (A3K)

Pozitivan utjecaj podrške na svakodnevno funkcioniranje. Osobe s duševnim smetnjama kažu:

„Puno mi olakšava funkcioniranje što se tiče svega, ono.“ (A1K)

„Znači mi olakšanje i pomoć.“ (A1S)

Stoga se pozitivan utjecaj socijalne podrške na zdravlje ogleda i u tome da socijalna podrška olakšava svakodnevno funkcioniranje osoba s duševnim smetnjama, koje je još dodatno otežano zbog pandemije COVID-19.

„Olakšava svakodnevno funkcioniranje, iako je svakodnevno funkcioniranje otežano št zbog korone, što zbog svih drugih promjene i čovjek se stalno mora prilagođavati i, u biti, svaki dan je novi dan.“ (A2D)

Neke osobe s duševnim smetnjama podršku doživljavaju i kao jednu stepenicu bliže samostalnom životu, što je vidljivo iz izjave sudionika:

„Ova podrška mi dosta znači za funkcioniranje jer imam mogućnosti za samostalni život. Zato mi je ta podrška kao jedna stepenica.“ (A2S)

Najznačajniji aspekti socijalne podrške

Unutar svoje neformalne mreže socijalne podrške, osobe s duševnim smetnjama su izdvojile njima najznačajnije aspekte podrške. Tako su oslonac, razumijevanje, skladan odnos i dobra komunikacija među najvišim prioritetima u njihovom životu.

Skladan odnos kao najznačajnija podrška. Skladan odnos između osoba s duševnim smetnjama i članova njihovih obitelji percipiran je kao jedan od najznačajnijih oblika podrške od strane osoba s duševnim smetnjama. Tako jedan sudionik navodi kako mu je sklad s majkom najvažniji:

„Najznačajniji mi je skladan odnos između mene i mame.“ (A1D)

Skladan odnos nije jednostrano davanje/primanje podrške. Skladan odnos je više kokreacija nastala interakcijom između dvije ili više osoba, koja rezultira pozitivnom atmosferom ili, kako jedna osoba s duševnom smetnjom navodi:

„Da bude mir, to je najvažnije.“ (A3P)

Oslonac kao najznačajnija podrška. Nastavno na skladne odnose, postojanje mogućnosti za osloniti se na nekoga, za neke osobe s duševnim smetnjama je percipirano kao najznačajnija podrška:

„Najznačajnije mi je što uvijek mogu računati na nju (majka).“ (A1D)

„Da su uz mene, to je najznačajnije.“ (A3K)

Oslonac se ogleda kroz primjere da osoba s duševnom smetnjom uvijek može računati na svoju majku te kroz osjećaj da obitelj stoji uvijek uz nju.

Razumijevanje kao najznačajnija podrška. Nadalje, iako je u okvirima emocionalne podrške članova obitelji već bilo riječi o razumijevanju i značaju istog, važno je naglasiti da osobe s duševnim smetnjama razumijevanje od strane članova mreže podrške visoko valoriziraju. Tako izjavljuju:

„Samo je jedna stvar bitna, da se razumijemo...“ (A1D)

„Najvažnija podrška mi je razumijevanje i pomaganje, jer sama ne mogu.“ (A1P)

Dobra komunikacija kao najznačajnija podrška. Zaključno, osobe s duševnim smetnjama naglašavaju važnost „zdrave“ komunikacije s drugima:

„Važno mi je da mogu normalno komunicirati s ljudima i komunicirati sebe i saslušati druge, da ne budu tenzije.“ (A2K)

„Samo da je komunikacija zdrava i da se znamo na bilo kakav način dogovoriti, da nije neko nasilje, urlanje i tako to je po meni.“ (A1D)

Stoga, dobra komunikacija za osobe s duševnim smetnjama podrazumijeva mogućnost izražavanja sebe, slušanja drugih, postizanja dogovora i slično, uz odsustvo tenzija i nasilja.

Prepoznati nedostaci u okvirima neformalne mreže socijalne podrške

Osobe s duševnim smetnjama su u okviru svoje socijalne podrške naglasile i neke od značajnih nedostataka iste. Tako smatraju da im nedostaje emocionalne socijalne podrške, ali i da nisu dovoljno svjesni podrške koja im je na raspolaganju.

Nedostatak emocionalne podrške. Kao razlog nedostatka emocionalne podrške, osoba s duševnim smetnjama pripisuje tome da njezini članovi obitelji nemaju sklonost pokazati svoje emocije:

„Obitelj baš ne pokazuje te svoje emocije jako.“ (A2K).

Iako, sudionica je samokritična te navodi:

„Bar ih (emocije) ja ne registriram. Iako, meni je emocionalno nekako i strano u jednu ruku.“
(A2K)

Nastavno, i drugi sudionik potvrđuje nedostatak emocionalne podrške od brata, rekavši:

„Teško je to od njega (brata) emocionalno dobiti. Zatvoren je.“ (A2S)

Nedostatak svijesti o podršci od strane osoba s duševnim smetnjama. Na tragu spomenute samokritičnosti, koja govori u prilog tome da osobe s duševnim smetnjama teže raspoznaju emocije, važno je naglasiti kako osobe s duševnim smetnjama smatraju da im manjka svijesti o raspoloživoj socijalnoj podršci:

„Moglo bi se reći, nisam primao to srcu koliko bi trebao, nisam bio zahvalan to što me podržavaju, kako me bodre u životu.“ (A1K)

„Možda jednostavno ne prepoznam tu podršku.“ (A2K)

Nedostatak svijesti o podršci vidi se kroz izjave da osoba nije ozbiljno shvaćala niti bila zahvalna na podršci koja joj se pruža, ali i kroz nemogućnost da se podrška prepozna, koju svakako možemo povezati s manjkom socijalnih vještina kod osoba s duševnim smetnjama.

4.2. Perspektiva članova obitelji osoba s duševnim smetnjama

Temeljem analize podataka na drugo istraživačko pitanje: „Kako članovi obitelji doživljavaju neformalnu mrežu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama?“ utvrđeno je jedanaest (11) tema, koje su pojašnjene podtemama, a koje su vidljive u Tablici 4.2.

Tablica 4.2.

Teme i podteme na 2. Istraživačko pitanje- Kako članovi obitelji doživljavaju neformalnu mrežu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama?

TEME	PODTEME
Obiteljska mreža podrške	Podrška roditelja
	Podrška brata/sestre
	Podrška djeda/bake
	Podrška ujaka/tetke
	Podrška bratića/sestrične
	Podrška punice
Emocionalna podrška članova obitelji	(Telefonski) Razgovori s članovima obitelji
	Pokazivanje interesa od strane članova obitelji
	Emocionalna gesta kao podrška od strane članova obitelji
Materijalna podrška članova obitelji	Financijska pomoć od strane članova obitelji
	Slanje paketa od strane članova obitelji
	Kupnja cigareta od strane članova obitelji
	Kupnja odjeće od strane članova obitelji
	Kupnja lijekova i medicinske opreme od strane članova obitelji
	Podmirenje režijskih troškova od strane članova obitelji
Praktična podrška članova obitelji	Priprema obroka od strane članova obitelji
	Odlazak na kavu s članovima obitelji
	Odlazak u kupnju s članovima obitelji
	Posjeti od strane članova obitelji

Negativne reakcije na obiteljsku podršku	Odbijanje podrške obitelji
	Negativna percepcija članova obitelji
Pružanje emocionalne podrške članovima obitelji	Riječi zahvale kao podrška članovima obitelji
	Pokazivanje interesa za članove obitelji
	Pokazivanje poštovanja članovima obitelji
	Izražavanje komplimenata članovima obitelji
Pružanje praktične podrške članovima obitelji	Obavljanje poslova u domaćinstvu
Prijateljska mreža podrške	Održana prijateljstva
	Prekinuta prijateljstva
Praktična podrška vršnjaka	Igranje društvenih/sportskih igara s vršnjacima
	Odlasci na piće s vršnjacima
Pozitivan utjecaj podrške na psihofizičko stanje	Pozitivan utjecaj podrške na svakodnevno funkcioniranje
Prepoznati nedostaci u okviru neformalne mreže socijalne podrške	Neiskorištenost podrške koja je osobama s duševnim smetnjama na raspolaganju
	Nedostatni kontakti s članovima obitelji
	Neodrživost (emocionalne) romantične veze

Obiteljska mreža podrške

Članovi obitelji osoba s duševnim smetnjama doživljavaju mrežu podrške osoba s duševnim smetnjama kroz obiteljsku podršku, koja podrazumijeva podršku članova uže i šire obitelji. Članovi obiteljske mreže najčešće su roditelji, braća i sestre, djedovi i bake, tetke i ujaci, bratći i sestrične, što je identično s perspektivom samih osoba s duševnim smetnjama. Članovi obitelji su prepoznali jedan izvor obiteljske podrške kojeg ne pronalazimo u korisničkoj perspektivi, a to je podrška punice.

Podrška roditelja. Kao što je i ranije naglašeno, najučestaliji izvori obiteljske podrške osoba s duševnim smetnjama su roditelji, što i potvrđuje roditelj osobe s duševnom smetnjom u izjavi:

„Mi, roditelji smo mu na raspolaganju.“ (B3K)

Također, vidljivo je kako je i od strane članova obitelji stavljen naglasak na podršku majki:

„Može se osloniti na mene (majka)...“ (B1D)

„Može se osloniti na svoju majku.“ (B1P)

„Ima samo majku koja je u drugom gradu...“ (B2D)

Ipak, član obitelji jedne osobe s duševnom smetnjom navodi da osoba s duševnom smetnjom ima oca s kojim je u kontaktu, što oca također stavlja u poziciju značajnog izvora obiteljske podrške:

„Ima oca koji je bolestan, ali su u kontaktu. Puno mu znači njegov otac. Bili su jako dugo odvojeni, rastavljeni.“ (B1S)

Podrška brata/sestre. Izjava: „Najviše su roditelji bili, mama od nula do dvadeset četiri, ali kako ih sad nema, na nas braću se može osloniti“ (B3D), potvrđuje kako braća i sestre, nakon smrti roditelja, preuzimaju brigu za svog brata/sestru s duševnom smetnjom. Tako sudionici, braća i sestre osoba s duševnim smetnjama, potvrđuju da su podrška osobama s duševnim smetnjama i da se isti mogu osloniti na njih:

„Nema nikoga, ima samo mene (brat).“ (B2S)

„Može se osloniti na svoju sestru i brata, kao na jedne od najvažnijih osoba.“ (B1D)

„Može se osloniti na mene (sestra) i na našeg brata.“ (B1P)

Podrška djeda/bake. Nastavno, članovi obitelji potvrđuju kako djedovi i bake također predstavljaju izvor podrške svojim unucima, osobama s duševnom smetnjom:

„Baka i dida su isto tu na raspolaganju.“ (B1K)

„Imam oca (djed), to je stariji čovjek, ali se može obratiti.“ (B1S)

Navedene izjave govore kako djedovi i baka stoje na raspolaganju svojim unucima, ponekad i unatoč visokoj životnoj dobi. Obzirom da se osobe s duševnim smetnjama mogu obratiti svojim djedovima i bakama, članovi obitelji takvu podršku doživljavaju i kao oslonac. Navedeno član obitelji potkrjepljuje izjavom:

„Može se osloniti na moje roditelje...(baka i djed).“ (B1D)

Podrška ujaka/tetke. Poput djedova i baka, članovi obitelji doživljavaju i podršku ujaka kao značajan oslonac u životu osoba s duševnim smetnjama. Tako jedan od sudionika navodi:

„Može se osloniti puno na mog brata (ujak).“ (B1D)

I sam sudionik, ujak osobe s duševnom smetnjom, iz prve ruke potvrđuje svoj veliki angažman oko nećaka. Izjavom naglašava i involviranost svoje partnerice, koja zasigurno predstavlja podršku, ne samo osobi s duševnom smetnjom, nego i samom ujaku u podjeli odgovornosti za pružanje podrške:

„Tu sam ja broj jedan definitivno (ujak), ali imam partnericu koja isto sudjeluje u cijeloj priči.“ (B1S)

Kada je riječ o podršci koju pružaju tetke, izjava sudionika potvrđuje činjenicu da su tetke, uglavnom, izvor emocionalne podrške, obzirom da osobe s duševnim smetnjama rado komuniciraju s njima:

„Sestra moja, to jest, njegova tetka, s njom je često komunicirao.“ (B1K)

Podrška bratića/sestrične. Djeca ujaka i tetki također imaju svoje mjesto u okviru obiteljske mreže podrške osoba s duševnim smetnjama. Tako članovi obitelji izjavljuju za osobe s duševnim smetnjama:

„Gotovo se na nikoga ne može osloniti, samo moj brat alkoholičar i ja (bratić) smo tu.“ (B3P)

„Moj brat ima kćer, udata je i oni se jako dobro slažu.“ (B1D)

Navedeno ukazuje da se osobe s duševnim smetnjama mogu osloniti na svoje bratiće i sestrične te kako ostvaruju dobar međusobni odnos.

Podrška punice. Izvor podrške, u sklopu šire obiteljske strukture, koji je prepoznat od strane člana obitelji, ali ne i od strane osobe s duševnom smetnjom, bila je punica osobe s duševnom smetnjom:

„U saportu nas je najviše pomogla moja mama (punica) koja ima osamdeset devet godina.“ (B2D)

Dakle, za osobu s duševnom smetnjom koja je u braku, pored podrške supruge koja je primarna, kristalizira se podrška punice, unatoč tome što je osoba visoke životne dobi. Obzirom da sudionica u prethodnoj izjavi koristi imenicu u množini „nas“, zaključuje se kako je podrška punice usmjerena oboma, i osobi s duševnom smetnjom i njegovoj supruzi.

Emocionalna podrška članova obitelji

Emocionalna podrška, koju članovi obitelji daju osobama s duševnim smetnjama, doživljava se kroz zajedničke (telefonske) razgovore, pokazivanje interesa i kroz emocionalne geste.

(Telefonski) Razgovori s članovima obitelji. Iz perspektive članova obitelji, (telefonski) razgovori s članovima obitelji su se također pokazali kao najzastupljeniji oblik emocionalne podrške koje osobe s duševnim smetnjama primaju.

Neki članovi obitelji imaju priliku neposredno razgovarati s osobama s duševnim smetnjama:

„Prije dnevnika je imao razgovornu volju pa sam ga pustila i slušala.“ (B2D)

Dok se drugi, zbog veće udaljenosti i pandemije, koriste telefonskom komunikacijom:

„Čujemo se telefonski i baš sam preko susjede koja radi tamo kao njegovateljica, znamo se čut kad je ona dežurna preko videopoziva.“ (B1P)

Sudionik potvrđuje svakodnevnu telefonsku komunikaciju s osobom s duševnom smetnjom te izjavljuje:

„On svaki dan me zove, to jest, ja njega zovem svaki dan u četiri sata.“ (B3P)

Neki razgovori su prisutni na dnevnoj razini, dok su neki rjeđi. Kao što smo i ranije naglasili, jedan od razloga je svakako to što neke osobe s duševnim smetnjama nemaju svoje mobitele pa se povremeno služe službenim telefonima ili mobitelima drugih korisnika. Navedeno potvrđuje izjava sudionika:

„Zovem ga svaki tjedan preko bolnice, on je nekoliko mobitela izgubio. Ponekad se posluži mobitelom od jedne korisnice, pa mi povratno nazovemo.“ (B2P)

Teme o kojima razgovaraju se uglavnom odnose na životne stvari i na probleme s kojima se osobe s duševnim smetnjama suočavaju, a one najintimnije su rezervirane isključivo za bliske članove obitelji:

„Uglavnom pričamo o njegovim problemima. Može, recimo popričat sa psihologom, psihijatrom, ali oko životnih stvari samo na braću i sa mnom.“ (B3D)

Pokazivanje interesa od strane članova obitelji. Iz perspektive članova obitelji, interes članova obitelji za osobe s duševnim smetnjama također se percipira kao emocionalna podrška:

„Na primjer, jučer je bila kod doktora, ja sam je danas pitala šta je bilo...“ (B2K)

Tako se interes za osobe s duševnim smetnjama ogleda u pitanjima članova uže, ali i šire obitelji, o njihovom zdravstvenom stanju i pregledima kod liječnika. Razlika u pristupu je što članovi uže obitelji neposredno razgovaraju s osobama s duševnim smetnjama, dok se članovi šire obitelji, uglavnom, raspituju preko članova uže obitelji, ne kontaktiraju neposredno s osobama s duševnim smetnjama:

„Dalji rođaci pitaju preko nas, ali direktan kontakt ne, jer svi su vani.“ (B1P)

„Imamo daljnju rodbinu koja se raspituje, ali ne kontaktira direktno.“ (A2P)

Emocionalna gesta kao podrška od strane članova obitelji. Članovi obitelji daju emocionalnu podršku osobama s duševnim smetnjama i kroz emocionalne geste, putem zagrljaja ili poljupca:

„Nekako, sestra je zagrlila i stisla...“ (B2K)

„Zagrljaj, poljubac, više joj znači od ičega što smo kupili.“ (B1P)

Članovi obitelji smatraju da su geste značajna podrška osobama s duševnim smetnjama. Iako, same osobe s duševnom smetnjom u ovom istraživanju nisu spominjale niti jedan oblik emocionalnih gesti kao percipiranu podršku.

Materijalna podrška članova obitelji

Iz perspektive članova obitelji, isti pružaju materijalnu podršku tako što omogućuju financijsku pomoć osobama s duševnim smetnjama, slanjem paketa za osobe koje su na smještaju, kupnjom hrane, cigareta, odjeće, lijekova i medicinskih potrepština te kroz podmirenje režijskih troškova.

Financijska pomoć od članova obitelji. Članovi obitelji u svojim izjavama potvrđuju kako financijski pomažu osobe s duševnim smetnjama, posebice one osobe koje ne ostvaruju vlastite prihode:

„Šta god joj treba financijski smo tu.“ (B1P)

„Financijski ako joj treba, pomogne se.“ (B2K)

„Otac mu tu i tamu pomogne financijski.“ (B1S)

„Financijski pomažemo, nema prihode.“ (B3K),

Davanje džeparca je jedan od oblika financijske podrške koji je prepoznat obostrano, i od samih osoba s duševnim smetnjama, ali i članova obitelji. Članovi obitelji percipiraju iznose džeparaca nešto više od iznosa koje su navele osobe s duševnim smetnjama, a variraju između dvjesto i petsto kuna:

„Petsto kuna džeparca dobije od mene svaki mjesec.“ (B1D)

„Mama pošalje nekakav novac kad zatreba, ako treba šta kupiti, pa mu dam džeparac tjedno oko dvjesto kuna i sve drugo što treba.“ (B1S)

Slanje paketa od strane članova obitelji. Slanje paketa je ponovno prepoznato kao vid podrške specifičan za skupinu osoba s duševnim smetnjama koje su korisnici usluge smještaja ili organiziranog stanovanja. Ovakav oblik podrške je posebice došao do izražaja za vrijeme pandemije COVID-19, kada su bili zabranjeni posjeti u ustanovama, što potvrđuje sudionica istraživanja:

„Kako je sad ta korona, kako se ne može gore, bih po njima poslala tablete i šta treba, kaladont, četkicu...“ (B1P)

Nastavno, neki sudionici navode:

„Svaki desetak dana šaljem paket“ (B2P), dok drugi to rade na mjesečnoj razini:

„Jednom mjesečno mu odnesem paket u iznosu sto eura.“ (B3P)

U pogledu sadržaja, kao što je već ranije rečeno, u paketu se nalazi određena hrana, slatkiši, duhan, kava, higijenske potrepštine, lijekovi i druge stvari koje su osobama nedostupne u ustanovi, a koje su im osobno značajne. Neke od osobnih preferencija osoba s duševnim smetnjama vidljive su u izjavama njihovih članova obitelji:

„Kupim dvoje kekse od kilu, dva paketa mortadele, sira, banana, tri kile naranči, pet kutija žvaka, tri manje čokolade, dva, tri Zdenka sira.“ (B3P)

„Sad mu stvari šaljem poštom... duhan, kava, slatkiši, kozmetika, dvadesetak kuna.“ (B2P)

Kupnja cigareta od strane članova obitelji. Iako su cigarete neizostavni dio paketa koji članovi obitelji šalju, članovi obitelji su još dodatno naglasili:

„Dali smo mu novce za cigarete.“ (B3K)

„...s tim da mu ja kupujem i cigarete.“ (B1D)

„Uostalom i mi dotiramo za cigarete...“ (B2S).

Dakle, članovi obitelji pružaju materijalnu podršku osobama s duševnim smetnjama tako što im omogućuju kupnju cigareta ili dajući sredstva za tu namjenu.

Kupnja odjeće od strane članova obitelji. Nastavno na kupnju cigareta, članovi obitelji brinu i o odjeći osoba s duševnim smetnjama te im redovito kupuju što god im je potrebno za odjenuti, što je vidljivo u izjavama:

„Garderobu kupimo...“ (B2S)

„Šta treba kupiti od robe uzmemo...“ (B1P)

„Voli otići u nekakav shopping, da se kupi, a ona (majka) bi mu onda kupila robe, nema šta ne.“ (B1S)

Kupnja lijekova i medicinske opreme od strane članova obitelji. Osim kupnje cigareta i odjeće koji su već ranije prepoznati oblici podrške i od strane osoba s duševnim smetnjama, kupnja lijekova i medicinske opreme je oblik materijalne podrške koju su prepoznali isključivo članovi obitelji. Tako sudionik navodi:

„Šta treba kupiti uzmemo, i lijekova, sve...“ (B1P).

Kako su cijene lijekova i medicinske opreme nerijetko visoke, vrlo je značajno da obitelj stoji na raspolaganju i u tom pogledu. Ovakva pomoć je posebno značajna za osobe koje imaju komorbiditete, a ne raspolažu osobnim sredstvima ili ista nisu dostatna da pokriju troškove, poput ovih navedenih u izjavi člana obitelji:

„Ima stomu, po četrdeset tableta pije i za vrećice brinem. Najveća stavka, paket vrećica trideset komada, plus paketi pločica.“ (B3P)

Podmirenje režijskih troškova od strane članova obitelji. Članovi obitelji stoje na raspolaganju osobama s duševnim smetnjama i u pogledu plaćanja računa i režijskih troškova.

„Mi platimo račune“ (B3D), potvrđuje član obitelji, što predstavlja veliku pomoć osobama bez prihoda. Iako, postoji primjer gdje je obitelj spremna platiti režije i osobi s duševnom smetnjom koja privređuje, bez obzira na to što režije nisu visoke i činjenicu da bi ih i sama osoba s duševnom smetnjom mogla podmiriti:

„Ona radi pa u tom smislu, režije plaćamo mi, ali nisu neke režije.“ (B2K)

Praktična podrška članova obitelji

Podršku u praktičnim stvarima članovi obitelji doživljavaju kroz pripremu obroka, zajednički odlazak na kavu i kupovinu te kroz posjete osoba s duševnim smetnjama u ustanovi ili stambenoj zajednici organiziranog stanovanja.

Priprema obroka od strane članova obitelji. Kao što su prepoznale osobe s duševnim smetnjama, i članovi obitelji navode kako pružaju praktičnu podršku brinući se o prehrani osoba s duševnim smetnjama. Tako članovi obitelji izjavljuju sljedeće:

„(Majka) Kuham i njoj, ima toga. Mada nije svaki dan, napravi i ona sama.“ (B2K)

„Ona (punica) se angažira, kuha, pa dok bude mogla.“ (B2D)

„Hranu mu dajemo. Ručak ja i brat donesemo.“ (B3D)

„Skuhala bi mu kod nas nešto i odnijela (majka)...“ (B1S)

Prema tome, iz perspektive članova obitelji je također vidljivo da, uglavnom, ženski članovi (majka, sestra i punica) obitelji kuhaju, pripremaju i odnose hranu osobama s duševnim smetnjama.

Odlazak na kavu s članovima obitelji. Odlazak na kavu s članovima obitelji ponovno se pokazao kao značajna, podržavajuća aktivnost i iz perspektive članova obitelji. Tako članovi obitelji u svojim izjavama potvrđuju kako osobe s duševnim smetnjama odlaze na kavu s užim članovima obitelji:

„On jedan dio puta ide, a majka drugi dio. Nađu se pa skupa idu na kavu.“ (B3K)

„Slično, ode s bratom na kavu.“ (B3D)

„Čuo sam da su bili na kavi on i otac, ne ulazim duboko.“ (B1S)

Odlazak u kupnju s članovima obitelji. Kao još jedna podržavajuća aktivnost osoba s duševnim smetnjama i članova njihovih obitelji pokazao se zajednički odlazak u kupnju odjeće:

„Zajedno idemo kupovati...“ (B1D)

„Voli otići u nekakav shopping, da se kupi nešto.“ (B1S)

Dakle, osim što obitelj osigurava sredstva za kupnju odjeće, članovi obitelji nastoje da kupnju ne obavljaju sami nego da s njima budu i same osobe s duševnim smetnjama, koje tako mogu samostalno razgledati i isprobati odjeću. Nekima je odlazak u kupovinu samo nastavak prethodno spomenutih, podržavajućih aktivnosti:

„Nakon ručka i kave ide kupovina.“ (B2P)

Posjeti od strane članova obitelji. Posjećivanje osoba s duševnim smetnjama koje su na smještaju u ustanovi/organiziranom stanovanju ili trenutačno na liječenju, također se percipira kao značajan vid praktične podrške. Članovi obitelji potvrđuju kako su redovito dolazili u posjet, ali kako je zadnjih godina isto bilo otežano zbog pandemije te su posjeti bili zabranjeni:

„Inače smo znali ići gore, pa bih izašli, vidjeli se, popričali.“ (B1P)

„Ja, muž i sin mu idemo u posjete. Sad nismo bili zbog korone od osmog mjeseca, inače u prosjeku svaka dva, tri mjeseca idemo.“ (B2P)

Članovi koji posjećuju osobe s duševnim smetnjama su uglavnom braća i sestre, a potom, majka, bratić i nećak:

„Jednom godišnje dođe u posjetu (majka), jednom u dvije godine“ (B1S)

„Ispod balkona dođem i gleda me (bratić), popričamo, simo tamo“ (B3P)

„Nećak dolazi u posjet...“ (B2P)

Neki članovi obitelji su češće dolazili (na mjesečnoj i dvomjesečnoj razini), dok su neki dolazili jednom godišnje, poput spomenute majke, koja zbog velike geografske udaljenosti nije u mogućnosti dolaziti češće kod svog sina.

Negativne reakcije na obiteljsku podršku

Osim pozitivnih aspekata socijalne podrške, članovi obitelji osoba s duševnim smetnjama uočavaju i negativne reakcije osoba s duševnim smetnjama na obiteljsku podršku, kroz odbijanje podrške od strane obitelji i doživljavanje članova obitelji kao neprijatelja.

Odbijanje podrške obitelji. Kao jedan od negativnih učinaka obiteljske podrške doživljava se odbijanje podrške koja je na raspolaganju osobama s duševnim smetnjama:

„Od porodice ju nije htio, bježao je jer ne odobravamo neka ponašanja.“ (B1K)

„Nekako, odbija, kao da ona hoće da se, da ne želi opterećivati.“ (B2K)

Razlozi zašto osobe s duševnim smetnjama odbijaju obiteljsku podršku mogu se povezati s neodobravanjem određenih ponašanja od strane obitelji, a što odbija osobu da prihvati bilo kakvu podršku. S druge strane, odbijanje podrške može se povezati i s potrebom osoba s duševnim smetnjama da ne opterećuju članove svoje obitelji.

Negativna percepcija članova obitelji. Nastavno, neki članovi obitelji potvrđuju kako ih osobe s duševnim smetnjama doživljavaju kao neprijatelje, što je još jedan od negativnih učinaka obiteljske podrške.

Animositet osoba s duševnim smetnjama uglavnom je usmjeren prema njihovim majkama i događa se u trenucima pogoršanja zdravstvenog stanja osoba s duševnim smetnjama, što majke, sudionice, i potvrđuju svojim izjavama:

„Ja (majka) sam, uglavnom, zadnjih tri, četiri godine bila najveća meta. Što god bih ja rekla, ništa nije bilo dobro... Pokušali smo svi pristupiti, ali uvijek je dolazilo do svađe, sukoba.“
(B2K)

„Kad ga ispituješ, kontraefekt. Ja (majka) sam mu najveći neprijatelj dok je u pogoršanju.“
(B1K)

Zaključno, negativne manifestacije obiteljske podrške članovi obitelji vide u samom kontraefektu koji nastaje prilikom pružanja podrške osobama s duševnim smetnjama. Članovi obitelji kažu da namjera da se osobi pruži podrška, pristupi i ispita situacija, ponekad rezultira sukobima i svađama.

Pružanje emocionalne podrške članovima obitelji

Iz perspektive članova obitelji, neformalna mreža podrške osoba s duševnim smetnjama uključuje i podršku koju osobe s duševnim smetnjama daju istima. Emocionalnu podršku osoba s duševnim smetnjama njihovi članovi obitelji percipiraju kroz riječi zahvale koje im upućuju, pokazivanja interesa te poštovanja i kroz izražavanje komplimenata.

Riječi zahvale kao podrška članovima obitelji. Članovi obitelji percipiraju riječi zahvale od strane osoba s duševnim smetnjama kao jedan od vidova emocionalne podrške:

„Kad dobije paketić, zovne, razveseli ju pa zahvaljuje.“ (B1P)

„Znači mu puno da me nazove pa mi reče hvala za ručak, hvala za robu...“ (B3D)

Iz izjava članova obitelji je vidljivo kako sobe s duševnim smetnjama otvoreno nazovu svoje članove obitelji kako bi zahvalili za pakete koje su im poslali, ručak i odjeću koju su im pripremili te druge stvari.

Pokazivanje interesa za članove obitelji. Osobe s duševnim smetnjama pokazuju interes za članove obitelji kroz pitanja upućena članovima obitelji o tome kako se osjećaju:

„Kako si mi nonaaaa? Uvijek je pita.“ (B1D)

„Uvijek pita kako sam...“ (B1P)

Potom, pitaju članove obitelji kako provode vrijeme:

„On ode raditi, zove me sad marendam, di si ti, šta radiš, čisto informativno.“ (B2D)

Ili pitaju kako su drugi članovi obitelji i na taj način nastoje pružiti emocionalnu podršku:

„Uvijek pita...kako su cure.“ (B1P)

Pokazivanje poštovanja članovima obitelji. Nastavno na riječi zahvale, članovi obitelji doživljavaju pokazivanje poštovanja od strane osoba s duševnim smetnjama kao još jedan vid emocionalne podrške:

„Nikad ružnu riječ, ima neko poštovanje prema meni. Nikad nije, i kad je bio najgori, nije digao prst na mene. Uvijek se prema meni ponašao kao da sam mu tata.“ (B3P)

„Ima veliki rešpekt i držao se toga da sam mu je zaledina.“ (B1S)

Osobe s duševnim smetnjama iskazuju poštovanje prema članovima obitelji koji se brinu o njima. Neki članovi obitelji potvrđuju da se čak i u pogoršanjima zdravstvenog stanja osoba s duševnom smetnjom adekvatno ponašala spram istih.

Izražavanje komplimenata članovima obitelji. Osobe s duševnim smetnjama svojim članovima obitelji pružaju emocionalnu podršku na način da im daju komplimente. Komplimenti su usmjereni na pridavanje važnosti samom članu obitelji i značaju koji ona ima za osobe s duševnim smetnjama. Bratić osobe s duševnom smetnjom podijelio je komplimente koje dobiva:

„On meni kako kaže: „Da nemam tebe šta bi bilo. Nemoj umrijeti prije mene. Ti si mi sve šta imam.““ (B3P)

Ponekad su komplimenti od strane osoba s duševnim smetnjama i na rubu manipulacije, što se vidi iz izjave majke osobe s duševnom smetnjom:

„Govori mi: „Mamice, ljepotice“, kad se hoće umiliti.“ (B1K)

Pružanje praktične podrške članovima obitelji

Članovi obitelji smatraju da im osobe s duševnim smetnjama pružaju praktičnu podršku tako što im pomognu u obavljanju određenih poslova u domaćinstvu.

Obavljanje poslova u domaćinstvu. Članovi obitelji potvrđuju kako osobe s duševnim smetnjama pružaju praktičnu podršku participirajući u poslovima održavanja kućanstva, poput pranja suđa:

„Suđe opere, stavi na mjesto...“ (B3D)

Ili održavanje koševa za smeće:

„On meni pruža u svakom obliku održavanje kuće. Na primjer, pregleda sve kante za smeće.“ (B1D)

Iako su neke osobe s duševnim smetnjama aktivne u kućanskim poslovima, s druge strane, neki članovi obitelji naglašavaju kako ih, uglavnom, treba potaknuti na uključivanje u kućanske poslove:

„Pomogne braći ponekad u radovima u dvorištu... druge stvari moraš mu reći...“ (B3D)

„Malo pomaže u kući, nema volje, tu i tamo.“ (B3K)

Nastavno, osobe s duševnim smetnjama pomažu svojim članovima obitelji radeći vanjske, fizičke poslove na otvorenom:

„Uvijek ima pograbljat, drva presložiti, živicu, ja napravim malo roštilja, dođe i cimer, on isto hoće pomoći.“ (B1S)

Prema tome, radne akcije uređenja okućnice, kojoj se ponekad odazovu i cimeri osobe s duševnom smetnjom, završe zajedničkim ručkom. Ovakve aktivnosti omogućuju osobama s duševnim smetnjama i članovima obitelji još jedan vid povezivanja i provođenja zajedničkog vremena.

Prijateljska mreža podrške

Prijateljska mreža podrške osoba s duševnim smetnjama je također percipirana kao sastavni dio neformalne mreže podrške. Članovi obitelji osoba s duševnim smetnjama prijateljsku podršku vide, s jedne strane, kroz održana prijateljstva, ali s druge strane, kroz prekinuta prijateljstva, jer se ista vremenom nisu uspjela održati.

Održana prijateljstva. Članovi obitelji osoba s duševnim smetnjama potvrđuju kako osobe s duševnim smetnjama imaju prijatelje s kojima se aktivno druže:

„Da, da, ima I i susjeda koji mu je prijatelj.“ (B1K)

„J mu je prijateljica.“ (B1D)

Veličina prijateljske mreže varira između jednog do tri prijatelja. Uglavnom je riječ o prijateljima iz djetinjstva ili srednje škole:

„Ima. Ima neke još iz djetinjstva, dva, tri su ostala.“ (B2S)

„Ima ona i prijateljice još od srednje škole.“ (B2K)

„Prijatelj iz srednje i njegova žena.“ (B3K)

Iako, je iz izjave supruge osobe s duševnom smetnjom evidentno kako ona i suprug lako stječu prijatelje, a kao facilitator da se povežu s drugim osobama služi im kućni ljubimac.

„Prijatelj je i ja sa svima, jer mi djece nemamo. Kad smo imali pasa onda je to bilo pseće društvo. Mi vam uvijek nekog dozivamo, navlačimo, pomažemo...“ (B2D)

Prekinuta prijateljstva. Drugi dio prijateljske podrške odnosi se na prijateljstva koja su nekoć postojala, ali su vremenom prekinuta ili se nisu se uspjela održati. Neki članovi obitelji kao razloge prekida i neodržavanje prijateljskih odnosa vide zdravstveno stanje osoba s duševnim smetnjama i dugotrajne boravke na liječenjima, što je dovelo do toga da se prijatelji udalje od njih, a vremenom i zaborave na prijateljstvo:

„Dosta ih je izgubio jer je bio na produženom liječenju.“ (B2S)

„Obolio je kad je bio mlad i ti su prijatelji otišli za svojim. Malo mu fali prijatelja iz djetinjstva, uvijek recimo spominje.“ (B3D)

„Imao i prijatelje. Uzgajao kanarince. Prodavao je, išao na izložbe vani i u cijelu H. Propalo je to. Imao dosta prijatelja i poznanika, ali svi su zaboravili na njega, nitko da mu pošalje čokoladu od šest kuna.“ (B3P)

Praktična podrška vršnjaka

Članovi obitelji se nisu osvrtni na strukturu vršnjačke mreže podrške, ali su spomenuli praktičnu podršku vršnjaka kao značajan oblik podrške u životima osoba s duševnim smetnjama. Tako praktičnu podršku vršnjaka članovi obitelji vide kroz zajedničke aktivnosti njihovog člana obitelji s drugim osobama s duševnim smetnjama, poput igranja društvenih ili sportskih igara te odlaska na piće u kafić.

Igranje društvenih/sportskih igara s vršnjacima. Članovi obitelji pozitivno doživljavaju aktivnosti osoba s duševnim smetnjama i njihovih vršnjaka te neki od sudionika kažu:

„Ima društvo gore, igraju karte. Oni imaju jednu prostoriju, crtaju, pišu, križaljke, briškula, trešeta.“ (B3P)

„Rekreiraju se skupa.“ (B1P)

Tako igranje društvenih i sportskih igara, poput igranja igara s kartama, rješavanja križaljki i zajedničkog rekreiranja, smatraju praktičnom vršnjačkom podrškom, koja ima pozitivan učinak za osobe s duševnim smetnjama.

Odlazak na piće s vršnjacima. Neki članovi obitelji potvrđuju kako osobe s duševnim smetnjama ponekad odu na piće u kafić sa svojim cimerima ili sustanarima, koje su upoznali za vrijeme liječenja rekavši:

„Onda povede cimera pa počasti, ima osjećaj da počasti i potroši.“ B1S

„S jednim dečkom s hospitalizacije je u kontaktu, išli su na piće.“ B1K

Održavanje veze s vršnjacima nakon hospitalizacije, ali i socijalizacija s cimerima, iz perspektive članova obitelji su vrlo pozitivno vrednovani.

Pozitivan utjecaj podrške na psihofizičko stanje

Članovi obitelji, kao i same osobe s duševnim smetnjama, doživljavaju da socijalna podrška ima pozitivan utjecaj na psihofizičko stanje osoba s duševnim smetnjama, smatrajući da podrška pozitivno utječe na njihovo svakodnevno funkcioniranje.

Pozitivan utjecaj podrške na svakodnevno funkcioniranje. Članovi obitelji smatraju kako socijalna podrška pozitivno utječe na zdravlje i svakodnevno funkcioniranje:

„Mislim da joj olakšava (funkcioniranje).“ (B1P)

„Odlično, dobro utječe na zdravlje i funkcioniranje. I sam kaže da mu treba.“ (B1D)

Pozitivan utjecaj socijalne podrške na svakodnevno funkcioniranje vidi se kroz ponašanje osoba s duševnom smetnjom, a koje jedna od sudionica opisuje:

„Smireno djeluje, koliko sam uspjela primijetiti, ali nisam svaki dan s njom. Kad nas čuje i vidi, živne. Mislim da je bolje onda, po razgovorima i po tome kad se vidimo. No, primijetila sam da kad se čuje s kćerkom da je velika razlika, puno je bolje.“ (B1P)

Stoga, socijalna podrška omogućuje da se osobe s duševnim smetnjama osjećaju bolje i smirenije nakon primljene podrške, što se pozitivno odražava na njihovo zdravlje i funkcioniranje.

Prepoznati nedostaci u okviru neformalne mreže socijalne podrške

U okviru neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama, članovi obitelji su se osvrnuli na neke nedostatke u okvirima iste. Tako članovi obitelji smatraju da osobe s duševnim smetnjama ne koriste svu podršku koja im je na raspolaganju i kako nedostaje međusobnog kontakta između osoba s duševnim smetnjama i članova njihovih obitelji. Također, kao jedan od prepoznatih nedostataka vidi se i neodrživost (emocionalnih) romantičnih veza u kojima su osobe s duševnim smetnjama bile, a vremenom su prekinute.

Neiskorištenost podrške koja je osobama s duševnim smetnjama na raspolaganju. Članovi obitelji smatraju da osobe s duševnim smetnjama ne koriste svu podršku koja im stoji na raspolaganju, što potvrđuju izjavama:

„Pa ne znam, ne bih rekla da koristi svu podršku.“ (B2K)

„Ne koristi svu podršku.“ (B1K)

Iako, o razlozima zašto je podrška nedovoljno iskorištena nisu govorili.

Nedostatni kontakti s članovima obitelji. Kao jedan od nedostataka socijalne podrške, članovi obitelji vide nedostatak međusobnog kontakta između osoba s duševnim smetnjama s određenim članovima obitelji. Naime, nedostatak kontakta se vidi kroz neostvarenu povezanost osoba s duševnim smetnjama s braćom i sestrama, koji stanuju u drugim mjestima, smatraju neki članovi obitelji:

„Dvije sestre po ocu. Ne vidim nikakve kontakte.“ (B1S)

„Brat je na drugom kontinentu i što mene žalosti što taj odnos... bio je tu nedavno, sedam dana je bio, došao je po svog oca, da mu se uopće nije javio.“ (B1S)

Potom, nedostatni kontakti ogledaju se i kroz izbjegavanje kontakata bivših supružnika, ali i kontakata osoba s duševnim smetnjama sa svojom djecom, što uvelike negativno utječe na stanje osoba s duševnim smetnjama. Tako, s jedne strane, sestra osobe s duševnom smetnjom izjavljuje:

„Mislim s naše strane da ima dovoljno (podrške), ali bivši muž i kćerka, ne čuju se baš često.“ (B1P)

Dok, s druge strane, sličnu situaciju navodi i otac osobe s duševnom smetnjom koji objašnjava:

„Prošlog ljeta su bili na otoku, a bivša žena uopće nije dovela djecu kod nas da ih vidi, pretprošle godine je. Bio je žalostan. Pogodilo ga je.“ (B3K)

Zaključno, neki kontakti su bili ometeni zbog radnih obveza i duže odsutnosti članova obitelji:

„Mi smo se malo viđali dok je bio u inozemstvu jer smo oboje plovili, i on i ja. Najčešće smo se mimoilazili. Ne možete znati kako je.“ (B3K)

Za druge kontakte koji nisu realizirani nema konkretnih objašnjenja.

Neodrživost (emocionalne) romantične veze. Nedostatci socijalne podrške vide se u neodrživosti romantične veze. Naime, neke osobe s duševnim smetnjama ostvarile su romantične veze u svom životu, govore majke osoba s duševnim smetnjama:

„Imeo je curu sa sedamnaest godina.“ (B1K)

„Bila je u vezi... dugo su bili skupa.“ (B2K)

Unatoč tome što su se neke osobe upustile u romantičnu vezu, ista se vremenom nije održala. Dakle, rezultati pokazuju kako su uglavnom osobe s duševnim smetnjama bile ostavljene od strane partnera/ice. Članovi obitelji nisu govorili o specifičnim razlozima. Iako, prekid veze su doveli u kontekst duševne smetnje što je, pretpostavlja se, rezultiralo da je prisustvo duševne smetnje dovelo do narušavanja odnosa između partnera:

„Bila je živjela s nama i ostavila ga je.“ (B1K)

„Ispalo je da je ona (supruga) njega potjerala, našla je starijeg čovjeka. Prošle jeseni su se rastavili.“ (B3K)

Nakon prekida veze, osobe s duševnim smetnjama se nerijetko povuku u sebe:

„...i kako je puklo, ona se odmakla se od svih.“ (B2K)

Stoga, teže traže i primaju podršku koja im je na raspolaganju, što negativno doprinosi njihovom stanju i oporavku.

4.3. Perspektiva stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja

Temeljem analize podataka na treće istraživačko pitanje: „Kako stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja doživljavaju neformalnu mrežu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama?“, utvrđeno je osam (8) tema, koje su pojašnjene podtemama, koje su vidljive u Tablici 4.3.

Tablica 4.3.

Teme i podteme na 3. Istraživačko pitanje- Kako stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja doživljavaju neformalnu mrežu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama?

TEME	PODTEME
Obiteljska mreža podrške	Podrška supruge
	Podrška kćeri
	Podrška roditelja
	Podrška brata/sestre
	Podrška ujaka
	Podrška sestrične
Emocionalna podrška članova obitelji	Pokazivanje brige od strane članova obitelji
	Telefonski razgovori s članovima obitelji
	Participacija članova obitelji na grupama podrške
Materijalna podrška članova obitelji	Financijska pomoć od strane članova obitelji
	Dobivanje paketa od strane članova obitelji
Praktična podrška članova obitelji	Priprema obroka od strane članova obitelji
	Odlazak na ručak s članovima obitelji
	Pomoć člana obitelji u raspolaganju novcem
Pružanje praktične podrške članovima obitelji	Obavljanje poslova u domaćinstvu
Prijateljska mreža podrške	Održana prijateljstva
	Nepostojanje bliskih prijatelja
Vršnjačka mreža podrške	Podrška sustanara u ustanovi/organiziranom stanovanju
	Podrška članova grupe podrške
Prepoznati nedostaci u okvirima neformalne mreže socijalne podrške	Nedostatak emocionalne podrške
	Nedostatni kontakti s članovima obitelji
	Nedostatak (emocionalne) romantične veze

Obiteljska mreža podrške

Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja doživljavaju mrežu podrške osoba s duševnim smetnjama, prvenstveno, kroz obiteljsku mrežu podrške, koju karakterizira podrška članova uže i šire obitelji. Članovi obiteljske mreže najčešće su roditelji, braća i sestre, ujaci, sestričete u jednom slučaju partnerica i kćer. Većina izvora obiteljske podrške slična je s prethodne dvije perspektive. Razlikuju se samo u tome što stručnjaci prepoznaju dijete kao izvor podrške.

Podrška supruge. Kod jedinog sudionika koji je u braku, stručnjak je prepoznao suprugu kao najznačajniji izvor podrške u sklopu obiteljske mreže podrške:

„Njegova supruga najviše podržava.“ (C2D)

Ovakva izjava dodatno potvrđuje perspektivu osobe s duševnom smetnjom koja je, također, podršku supruge okarakterizirala kao najznačajniju. Nastavno, obzirom da se u istraživanju pokazalo kao vrlo rijetka situacija da se osoba s duševnim smetnjama ostvarila u partnerskom odnosu, stručnjak smatra:

„...zapravo ima sreću da je jedan od rijetkih, jedini, zapravo, koji ima ženu. Baš specifična situacija.“ (C2D)

Podrška kćeri. Iz perspektive stručnjaka, kod jednog sudionika je podrška kćeri prepoznata kao značajna. Iako, obzirom na fizičku udaljenost, kćer ne pruža podršku jednako često kao sestra i majka:

„Ima i kćer koja je u inozemstvu. Ona bi isto bila krug podrške, ali ne učestalo kao sestra i mama.“ (C1P)

Podrška roditelja. Kao što je i ranije prepoznato, najučestalija obiteljska podrška osoba s duševnim smetnjama odnosi se na podršku koju im pružaju roditelji, što je vidljivo iz izjave stručnjaka:

„Otac i majka su mu podrška.“ (C3K)

Stručnjaci kroz svoje izjave također zasebno ističu prisutnost majki:

„Tu je mama koja je bila uz njega cijelo vrijeme.“ (C1D)

Ali ističu i podržavajući odnos majki:

„Mama je jako podržavajuća.“ (C1K)

„On je od rijetkih koji ima podršku članova obitelji. Uvrstila bih u tu podršku i mamu.“ (C1S).

Podrška brata/sestre. Nastavno na roditeljsku podršku, stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja smatraju da su braća i sestre aktivni u pružanju podrške i skrbi za osobe s duševnim smetnjama:

„Obitelj, mislim da je podržavajuća, braća su tu, također, za njega.“ (C1D)

„Obiteljska mreža je dosta jaka... Situacija je da ima jako veliku obitelj. Ima dosta braće i sestara koji su uz njega.“ (C3D)

O tome koliko je podrška članova obitelji esencijalna za boljitak i funkcionalnost osoba s duševnim smetnjama, govori izjava stručnjaka:

„Da nema obitelji ne bi mogao sam funkcionirati. Stoga su članovi obitelji ključni, jer su motivirani i zainteresirani za njegov boljitak...“ (C3D)

Podrška ujaka. Izjavama stručnjaci također potvrđuju da su ujaci, iako članovi šire obitelji, jedan od važnijih izvora socijalne podrške za osobe s duševnim smetnjama:

„Tu je ujak. Njemu je ujak jako važna podrška.“ (C1S)

„Uz mamu, ujaci su isto najvažniji dio podrške.“ (C1D)

Podrška sestrične. Nastavno, jedan od stručnjaka doživljava kako je osoba s duševnom smetnjom povezana sa svojom sestričnom, što potvrđuje izjavom:

„Veza je za sestričnu s kojom je odrastao i ona mu je bliža veza s obitelji.“ (C2S)

Navedeno ukazuje kako su osoba s duševnom smetnjom i sestrična rasli skupa, dok je danas njihov odnos konstruiran tako da sestrična, između ostalog, predstavlja poveznicu osobe s duševnom smetnjom i drugih članova obitelji. Ovakav rezultat potvrda je kako ženski članovi obitelji nastoje osnažiti socijalnu mrežu podrške osoba s duševnim smetnjama facilitiranjem međusobnog kontakta osoba s duševnim smetnjama i drugih članova obitelji.

Emocionalna podrška članova obitelji

Stručnjaci doživljavaju emocionalnu podršku članova obitelji kroz pokazivanje brige za osobe s duševnim smetnjama, kroz međusobne telefonske razgovore te kroz participaciju članova obitelji na grupama podrške.

Pokazivanje brige od strane članova obitelji. Briga članova obitelji se ogleda u redovitim informiranjima o stanju osoba s duševnim smetnjama. Tako stručnjak potvrđuje kako ja majka značajan izvor podrške koji brine o osobi s duševnom smetnjom te redovito dolazi u ustanovu i raspituje se o njezinu zdravstvenom stanju:

„Od mame dobije i emocionalnu podršku, jer mama se jako brine, i spremna mu je pustiti puno, i previše po mom mišljenju. Mama je ta koja vodi brigu i koja dolazi, pita...“ (C1K)

Briga članova obitelji manifestira se i kroz intervencije tijekom kriznih situacija, što potvrđuje stručnjak koji navodi:

„U zadnje vrijeme, posebice nedavno kada je bila jedna krizna situacija, bila je zastupljena emocionalna podrška, jer su ju konstantno zvali, pitali kako se osjeća.“ (C1P)

Telefonski razgovori s članovima obitelji. S obzirom na pandemiju i nemogućnosti posjeta obitelji u ustanovama/stambenim zajednicama, stručnjaci potvrđuju da su se aktivnosti osoba s duševnim smetnjama i njihovih članova obitelji svele na telefonske razgovore:

„S obzirom na situaciju vezanu uz COVID-19 i mjere koje su prisutne, ti kontakti na bolničkom liječenju su rijetki i uglavnom se svode na telefonske razgovore koje obitelji prakticiraju i sa mnom.“ (C3P)

„S obzirom da je većina korisnika na dugotrajnom smještaju, kontakti s obitelji su svedeni na posjete i telefonske razgovore i to ukoliko su odnosi s obitelji koliko-toliko bliski.“ (C2P)

Kao što je i ranije prepoznato kod osoba s duševnim smetnjama i članova njihovih obitelji, učestalost komunikacije varira u skladu s međusobnom bliskošću i povezanošću, ali je ovisna i o nekim tehničkim čimbenicima. Tako stručnjak navodi:

„To je individualno, ovisi o obitelji, neki zovu češće, neki rjeđe, ali uglavnom se svodi na tjednoj bazi.“ (C3P)

Dakle, neki kontakti su prisutni jednom tjedno, poput ovih između osobe s duševnom smetnjom i njezine sestre:

„I sestra s kojom je u kontaktu jednom tjedno, čuju se telefonski obzirom da je situacija oko korone malo... ne mogu se viđati.“ (C1P)

Neki su pak zastupljeni na mjesečnoj razini, kao, na primjer, kontakt osobe s duševnom smetnjom i njegove majke koja stanuje udaljeno:

„Pretežito je to telefonski kontakt jedan, dva puta mjesečno s majkom.“ (C1S)

Izjava: *„... ima kćer koja ju kontaktira povremeno“ (C1P)*, ukazuje i kako su neki vrlo značajni kontakti za osobu s duševnom smetnjom, na koncu, vrlo rijetki kontakti.

U pogledu sadržaja, zaključuje se kako su teme o kojima razgovaraju uglavnom fokusirane na obiteljsku tematiku:

„Pričaju o tome kako se osjećaju, kako provode dane, kako su im bližnji i slično.“ (C3P)

Participacija članova obitelji na grupama podrške. Emocionalna podrška obitelji je vidljiva i kroz participaciju članova obitelji u grupama podrške, koje pohađaju osobe s duševnim smetnjama:

„(Obitelj) Sudjeluju u psihološkim sadržajima skupa, jednom tjedno.“ (C3K)

„Vidim da i mama dolazi na grupe za obitelj.“ (C2K)

„Dolazila je (supruga) s njim u D b.“ (C2D)

Osim što svojim dolaskom članovi uže obitelji, poput supruge i majke, pružaju podršku svom suprugu i djetetu, ujedno su i primatelji podrške koju im stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja pružaju kroz različite psihosocijalne ili psihoedukativne sadržaje. Ovakav vid podrške ujedinjuje sve tri skupine korisnika ovog istraživanja i potvrđuje kako formalni izvori podrške mogu biti značajni za osnaživanje neformalnih izvora podrške osoba s duševnim smetnjama.

Materijalna podrška članova obitelji

Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja potvrđuju perspektive osoba s duševnim smetnjama i članova obitelji da materijalnu podršku osoba s duševnim smetnjama čine financijska pomoć i paketi koje šalju članovi obitelji.

Financijska pomoć od strane članova obitelji. Stručnjaci svojim izjavama potvrđuju kako članovi obitelji financijski pomažu osobe s duševnim smetnjama:

„Onda, financijsku, materijalnu... Ona (majka) je njemu donijela sve što je tražio.“ (C1K)

„Financijsku, jako puno.“ C2D

„Od strane obitelji materijalna jako, to jest bazično zastupljena.“ (C1P)

Financijska podrška u obliku džeparca posebice je značajna za one osobe koje ne ostvaruju vlastite prihode ili čiji su prihodi nedostatni, a kako bi zadovoljili neke svoje potrebe i želje. Tako stručnjak navodi:

„Jer njemu ujak je važna podrška, posebice u financijskom smislu, jer V nema svoje prihode. Ima na smještaju samo osamsto kuna za prehranu i higijenu i sto kuna džeparca. Oni imaju određeni dogovor, tjedno mu ujak daje dvjesto kuna.“ (C1S)

Dobivanje paketa od strane članova obitelji. Kao što je ranije spomenuto, za osobe koje su smještene u ustanovi/organiziranom stanovanju ili se trenutačno nalaze na liječenju, dobivanje paketa od strane članova obitelji predstavlja materijalnu podršku. Paketi uglavnom sadrže one stvari koje osobama nisu dostupne u sklopu ustanove, a značajne su za svakodnevno funkcioniranje, poput higijenskih potrepština, kave i cigareta:

„Žensko je i treba neke higijenske potrepštine, treba stvari koje ne može dobiti u bolnici. Redovito joj šalju pakete.“ (C1P)

„Paketi koje dobije od obitelji su mu vrlo važni jer mišljenja sam da je na bolničkom liječenju najvažnija materijalna podrška u smislu cigareta i kave onih koji ju konzumiraju, jer bez toga ne mogu funkcionirati.“ (C3P)

Praktična podrška članova obitelji

Podršku u praktičnim stvarima od strane članova obitelji stručnjaci doživljavaju kroz pripremu obroka za osobe s duševnim smetnjama, zajedničke odlaske na ručak te pomoći pri raspolaganju novcem.

Priprema obroka od strane članova obitelji. Kao što je i ranije spomenuto, stručnjaci ističu kako se članovi obitelji brinu o pripremi i dostavi hrane za osobe s duševnim smetnjama, što je vidljivo iz izjava:

„Mama kuha.“ (C1D)

„Brat mu donosi hranu.“ (C3D)

Ovakav vid podrške uglavnom je usmjeren na osobe s duševnim smetnjama koje stanuju s članovima obitelji ili samostalno.

Odlazak na ručak s članovima obitelji. Nastavno, i iz perspektive stručnjaka, odlasci na ručak pokazali su se kao značajna aktivnost osoba s duševnim smetnjama i članova njihovih obitelji. Neke osobe s duševnim smetnjama na tjednoj razini imaju obiteljski ručak, gdje imaju priliku provesti vrijeme s članovima obitelji.

Tako stručnjak govori za osobu s duševnom smetnjom:

„...ujak koji živi na selu i on ga, više-manje svaki vikend poziva na obiteljski ručak. Ujak ima svoju obitelj, i V dolazi i njegovi sustanari, što je jako lijepo.“ (C1S)

Kao značajna gesta od strane obitelji prepoznato je uključivanje vršnjaka osobe s duševnom smetnjom (člana obitelji) u obiteljske aktivnosti. Također, stručnjak je ukazao na podršku u pripremi ručka koju osobi s duševnom smetnjom pruža punica:

„Imaju i njezinu mamu (supruzinu) u centru i često idu tamo, ručaju skupa.“ (C2K)

Pomoć člana obitelji u raspolaganju novcem. Zbog prirode duševnih smetnji, nekim osobama je teže raspolagati financijskim sredstvima. Stoga, stručnjaci smatraju značajnom podrškom pomoć koju članovi obitelji pružaju osobama s duševnim smetnjama pri raspolaganju novcem:

„Brat mu je skrbnik pa brat upravlja njegovim novcem. Opskrbljuje ga, plaća hranu, struju i daje mu za šta mu treba, jer ne može sam raspolagati.“ (C3D)

„Novac koji prima je od mame, ali ga ujak prosljeđuje.“ (C1S)

Pomoć u raspolaganju novcem manifestira se na nekoliko načina. Nekim osobama s duševnim smetnjama član obitelji prosljeđuje sredstva u obliku tjednog ili mjesečnog džeparca, dok za osobe koje su lišene poslovne sposobnosti te koje nisu u mogućnosti raspolagati vlastitim sredstvima u većem iznosu, angažman obitelji ogleda se i u plaćanju režija i obavljanja kupovine.

Pružanje praktične podrške članovima obitelji

Iz perspektive stručnjaka, osobe s duševnim smetnjama pružaju praktičnu podršku članovima svoje obitelji kroz obavljanje poslova u domaćinstvu.

Obavljanje poslova u domaćinstvu. Radovi u domaćinstvu su uglavnom jednostavniji poslovi vezani uz održavanje dvorišta i vrta. Neki su inicirani od strane samih osoba s duševnim smetnjama, a neki od strane članova obitelji. Tako stručnjaci navode:

„Ujak također ima svoju filozofiju, kako su ranije skupa živjeli i, dakle, želi ga angažirati u nekim poslovima. Stoga, često je uz obiteljski ručak uključeno obrađivanje živice, košnja trave, skupljanje lišća, jednostavniji poslovi, što V ne odgovara uvijek.“ (C1S)

„Unatoč svome stanju, ponudi se da pomogne braći oko nekih poslova u vrtu i dvorištu kuće, ali ne može baš puno.“ (C3D)

Ovakav vid podrške donosi dvostruki benefit. S jedne strane se pruža pomoć članovima obitelji u rješavanju određenih poslova, a s druge strane omogućuje osobama s duševnim smetnjama da se aktiviraju i osjećaju korisnima. Iako, iz izjava stručnjaka vidljivo je da osobe s duševnim smetnjama nisu uvijek raspoložene za takve aktivnosti, iako su iste često sastavni dio obiteljskih druženja.

Prijateljska mreža podrške

Prijateljska podrška osoba s duševnim smetnjama je također percipirana kao sastavni dio neformalne mreže podrške. Stručnjaci prijateljsku mrežu podrške doživljavaju vrlo slično kao osobe s duševnim smetnjama i članovi njihovih obitelji, a karakteriziraju je održana prijateljstva, ali i nepostojanje bliskih prijatelja.

Održana prijateljstva. Za neke osobe s duševnim smetnjama stručnjaci potvrđuju da imaju prijatelje s kojima se aktivno druže i predstavljaju im podršku. Iako, uglavnom je riječ o samo jednom prijatelju koji je poznat stručnjacima:

„Ima i prijatelja iz vana, iz grada. I to je jako dobro.“ (C2S)

„I prijateljica joj je podrška.“ (C2K)

„Za prijatelje, spominjao je za vrijeme našeg rada. Prije dvije godine znam da je imao prijatelja s kojim se redovito viđao.“ (C1D)

Stoga, iz perspektive stručnjaka, prijateljska mreža podrške osoba s duševnim smetnjama percipira se kao vrlo mala.

Nepostojanje bliskih prijatelja. Nastavno na veličinu prijateljske mreže podrške, koju karakterizira mali broj osoba, dio osoba s duševnim smetnjama je u potpunosti depriviran u pogledu prijateljskih druženja. Tako stručnjaci govore da osobe s duševnim smetnjama nemaju društvo za svakodnevne aktivnosti, poput odlaska u prirodu ili odlaska u kafić na kavu te se uglavnom oslanjaju na člana obitelji:

„Prijatelja, ne. Nema nekog s kim će otić na kavu, na more.“ (C3D)

„Nema on prijatelja, samo V (suprugu), koja je sve.“ (C2D)

O tome da osobe s duševnim smetnjama nemaju prijatelje zaključuje se temeljem toga što ne spominju prijateljske odnose u razgovorima sa stručnjacima:

„Nema kontakta s drugima. Nikad nije spominjao... bilo kakve prijateljske odnose.“ (C1S)

Iako, neke osobe, zbog svojeg stanja, i nemaju potrebu za druženjem, kako navodi jedan od stručnjaka:

„Nema veliku potrebu za druženjem i bolje funkcionira individualno.“ (C1S)

Vršnjačka mreža podrške

Stručnjaci doživljavaju vršnjačku mrežu podrške osoba s duševnim smetnjama kroz podršku sustanara, za osobe koje su na smještaju, te kroz podršku članova grupe podrške koju pohađaju. Navedena perspektiva stručnjaka poklapa se s korisničkom perspektivom, gdje osobe s duševnim smetnjama na identičan način govore o strukturi vršnjačke mreže, kroz podršku sustanara u ustanovi/organiziranom stanovanju i članova grupe podrške.

Podrška sustanara u ustanovi/organiziranom stanovanju. Prema mišljenju stručnjaka, osobe s kojima osobe s duševnim smetnjama dijele sobu te drugi sustanari s kojima se osobe s duševnim smetnjama susreću za vrijeme svog liječenja ili smještaja u ustanovi/organiziranom stanovanju, smatraju se djelom njihove vršnjačke mreže podrške. Navedeno potvrđuju citati iz razgovora sa stručnjacima:

„Najčešća mreža podrške, obzirom da se nalazi na smještaju već četiri godine, svakodnevnu podršku joj pruža cimera u sobi.“ (C1P)

„Ima cimere, sadašnja mreža podrške s kojim ok funkcionira.“ (C2S)

„Dijelom su članovi podrške ostali subolesnici koje pacijent upoznaje tijekom svog boravka na liječenju u bolnici.“ (C3P)

Odnose između cimera i sustanara stručnjaci doživljavaju kao skladne i funkcionalne budući da: *„... većina korisnika na smještaju imaju korektan odnos s drugim korisnicima i biraju s kim će se više, a s kim manje družiti i do koje će se mjere nekome otvoriti i sukladno tome i tražiti podršku.“ (C2P)*, a međusobnu podršku osoba s duševnim smetnjama doživljavaju kroz svakodnevne zajedničke aktivnosti i stvaranje odnosa povjerenja, koji su opisani u sljedećem navodu:

„S njom je svakodnevno u kontaktu, razgovara, imaju uzajamni odnos povjerenja i razumijevanja tako da... Zadnje dvije godine su one u odnosu di se druže, idu zajedno na obroke, skupa su u sobi, pričaju, razgovaraju, zajedno sudjeluju u terapiji, dijele zajedničke interese, zajedno su u svemu tome i to je jako važno za njezino stanje remisije.“ (C1P)

Podrška članova grupe podrške. Nastavno, i podrška članova grupe podrške, koju uglavnom pohađaju osobe s duševnim smetnjama koje stanuju s obitelji ili samostalno, pokazala se značajnom vršnjačkom podrškom iz perspektive stručnjaka. Stručnjaci navode:

„Sudjelovati kod nas kroz programe, grupe podrške i individualno, to mu je strašno pomoglo, ogromna promjena.“ (C1D)

„On jako voli doći u D i biti s drugima. To mu je bila velika hrana jedno vrijeme.“ (C2D)

Navedeno ukazuje na pozitivne učinke pohađanja grupa podrške za osobe s duševnim smetnjama. Nastavno, kroz individualne i grupne programe, osobe s duševnim smetnjama širile su svoja poznanstva i ostvarivale nove odnose, koji su rezultirali bliskošću i druženjima i izvan organiziranih sadržaja:

„Nešto su se prorijedili naši susreti, ali su mu ostali nekoliko značajni ljudi s kojima se čuje... ali imao je dobro razvijene odnose s ljudima iz grupe, peer supporta. Čuje se redovito s članovima grupe, dijele informacije, znali su se sastajati mimo grupe.“ (C1D)

„Ono što ima, to bi bili u D b... ovdje se zbližio s jednim mlađim korisnikom.“ (C3D)

Prepoznati nedostaci u okvirima neformalne mreže socijalne podrške

U okviru neformalne socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama, stručnjaci su se osvrnuli na određene nedostatke. Tako smatraju da osobe s duševnim smetnjama nemaju dovoljno emocionalne podrške na raspolaganju, da su njihovi kontakti s članovima obitelji nedostatni te da im nedostaje razvoj (emocionalne) romantične veze.

Nedostatak emocionalne podrške. Prema mišljenju stručnjaka, emocionalna podrška je oblik socijalne podrške koji nedostaje u okvirima neformalne mreže podrške osoba s duševnim smetnjama:

„Emocionalna podrška izostaje, primjećujem da je manje ima.“ (C3P)

„...eventualno nedostaje intenzitet emocionalne podrške koju pojedini korisnik zahtjeva u određenom trenutku.“ (C2P)

Osim izostanka u cijelosti ili postojanja u manjoj mjeri, nedostaci se referiraju i na sam intenzitet emocionalne podrške, koji često ne zadovoljava potrebe osoba s duševnim smetnjama u datom trenutku.

Nedostatni kontakti s članovima obitelji. Nastavno, nedostatak kontakta osoba s duševnim smetnjama i članova njihovih obitelji također je prepoznat kao značajan nedostatak u okvirima mreže podrške. Nedostatak se reflektira kroz dojmove stručnjaka da osobe s duševnim smetnjama s nekim članovima obitelji kontakte ostvaruju vrlo rijetko, unatoč tome što su im takvi kontakti značajni. Stoga, stručnjaci izjavljuju:

„Ima mamu s kojom isto rijetko kontaktira.“ (C2D)

„S bratom baš nema nekakav kontakt.“ (C1P)

„Fali joj jako podrška kćeri. Nema baš izraženi kontakt, jako rijetko i tu osjetim da tu pati zbog toga.“ (C1P)

Također, stručnjaci navode i kako se neposredni kontakt s obitelji značajno smanjio:

„On je nije baš nešto posjećivao.“ (C1P)

Osim zbog subjektivnih razloga, razlog je bila i pandemija COVID-19 koja je onemogućila putovanja te posjete u ustanovama/organiziranom stanovanju:

„S obzirom na situaciju vezanu uz COVID-19 i mjere koje su prisutne, ti kontakti na bolničkom liječenju su rijetki.“ (C3P)

„Ona (majka) dođe jednom godišnje, iako je bila jedna pauza zbog pandemije pa se nije moglo putovati.“ (C1S)

Nedostatak (emocionalne) romantične veze. Zaključno, kako su se ranije i osvrnuli članovi obitelji, kao nedostatak je prepoznat i nedostatak romantične veze. Kao što potvrđuju rezultati istraživanja, osobe s duševnim smetnjama se, uglavnom, nisu realizirale u partnerskim odnosima, iako stručnjaci vjeruju da bi im takav odnos bio vrlo značajan:

„Nikad nije spominjao partnericu, partnera... Mislim da bi mu dobro došla neka emotivna veza.“ (C1S)

4.4. Komparacija perspektiva doživljaja neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama

Temeljem analize podataka sva tri istraživačka pitanja, u Tablici 4.4. prikazane su sličnosti i razlike doživljaja neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama, o čemu će se detaljnije govoriti u poglavlju rasprave.

Tablica 4.4.

Sličnosti i razlike perspektiva doživljaja neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama

TEME	PODTEME	Osobe s duševnim smetnjama	Članovi obitelji	Stručnjaci
Obiteljska mreža podrške	Podrška supruge	+	-	+
	Podrška roditelja	+	+	+
	Podrška brata/sestre	+	+	+
	Podrška djeda/bake	+	+	-
	Podrška ujaka/tetke	+	+	+
	Podrška bratića/sestrične	+	+	+
	Podrška punice	-	+	-
	Podrška kćeri	-	-	+
Emocionalna podrška članova obitelji	Razumijevanje od strane članova obitelji	+	-	-
	Riječi utjehe članova obitelji	+	-	-
	(Telefonski) razgovori s članovima obitelji	+	+	+
	Pokazivanje interesa od strane članova obitelji	-	+	-
	Emocionalna gesta kao podrška od strane članova obitelji	-	+	-
	Pokazivanje brige od strane članova obitelji	-	-	+
	Participacija članova obitelji na grupama podrške	-	-	+

Materijalna podrška članova obitelji	Financijska pomoć od strane članova obitelji	+	+	+
	Dobivanje paketa od strane članova obitelji	+	+	+
	Kupnja određenih potrepština od strane članova obitelji	+	-	-
	Kupnja cigareta od strane članova obitelji	-	+	-
	Kupnja odjeće od strane članova obitelji	-	+	-
	Kupnja lijekova i medicinske opreme od strane članova obitelji	-	+	-
	Podmirenje režijskih troškova od strane članova obitelji	-	+	-
Praktična podrška članova obitelji	Priprema obroka od strane članova obitelji	+	+	+
	Odlazak na ručak/večeru s članovima obitelji	+	-	+
	Odlazak na kavu s članovima obitelji	+	+	-
	Pomoć člana obitelji u raspolaganju novcem	+	-	+
	Odlazak u kupnju s članovima obitelji	-	+	-
	Posjeti od strane članova obitelji	-	+	-
Informacijska podrška članova obitelji	Informiranje o događanjima u svijetu od strane članova obitelji	+	-	-
	Informiranje o sportskim događanjima od strane članova obitelji	+	-	-
Negativne reakcije na obiteljsku podršku	Odbijanje podrške obitelji	-	+	-
	Negativna percepcija članova obitelji	-	+	-
Pružanje emocionalne podrške članovima obitelji	Izražavanje komplimenata članovima obitelji	+	+	-
	Pokazivanje interesa za članove obitelji	+	+	-
	Razgovor kao podrška članovima obitelji	+	-	-
	Riječi zahvale kao podrška članovima obitelji	-	+	-
	Pokazivanje poštovanja članovima obitelji	-	+	-

Nemogućnost pružanja materijalne podrške članovima obitelji	Odbijanje materijalne pomoći od strane članova obitelji	+	-	-
	Nedostatna materijalna sredstva osoba s duševnim smetnjama	+	-	-
Pružanje praktične podrške članovima obitelji	Obavljanje poslova u domaćinstvu	+	+	+
	Okupacija/čuvanje djece članova obitelji	+	-	-
Prijateljska mreža podrške	Održana prijateljstva	+	+	+
	Prekinuta prijateljstva	+	+	-
	Nepostojanje bliskih prijatelja	+	-	+
Emocionalna podrška prijatelja	Razumijevanje od strane prijatelja	+	-	-
	(Telefonski) razgovori s prijateljima	+	-	-
Informacijska podrška prijatelja	Dobivanje savjeta od prijatelja	+	-	-
Vršnjačka mreža podrške	Podrška sustanara u ustanovi/organiziranom stanovanju	+	-	+
	Podrška članova grupe podrške	+	-	+
Praktična podrška vršnjaka	Igranje društvenih/sportskih igara s vršnjacima	-	+	-
	Odlasci na piće s vršnjacima	-	+	-
Susjedska mreža podrške	Pozdravljanje susjeda	+	-	-
	Nepovezanost sa susjedima	+	-	-
Pozitivan utjecaj podrške na psihofizičko stanje	Pozitivan utjecaj podrške na zdravlje	+	-	-
	Pozitivan utjecaj podrške na svakodnevno funkcioniranje	+	+	-
Najznačajniji aspekti socijalne podrške	Skladan odnos kao najznačajnija podrška	+	-	-
	Oslonac kao najznačajnija podrška	+	-	-
	Dobra komunikacija kao značajna podrška	+	-	-
	Razumijevanje kao najznačajnija podrška	+	-	-

Prepoznati nedostaci u okvirima neformalne mreže socijalne podrške	Nedostatak emocionalne podrške	+	-	+
	Nedostatak svijesti o podršci od strane osoba s duševnim smetnjama	+	-	-
	Neiskorištenost podrške koja je osobama s duševnim smetnjama na raspolaganju	-	+	-
	Nedostatni kontakti s članovima obitelji	-	+	+
	Neodrživost (emocionalne) romantične veze	-	+	+

Perspektive osoba s duševnim smetnjama, članova njihovih obitelji i stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja o neformalnoj mreži socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama su vrlo slične. Teme i pod teme bilježe tek mala odstupanja, koja će u nastavku biti prikazana.

Obiteljska mreža podrške. Osobe s duševnim smetnjama, članovi obitelji i stručnjaci su jednoglasni oko toga da su članovi obiteljske mreže podrške uglavnom roditelji, braća i sestre, ujaci i tetke te bratići i sestrične. Osobe s duševnim smetnjama i stručnjaci slažu se u tome da je jedan od najznačajnijih izvora podrške supruga, s tim da su stručnjaci jedini prepoznali podršku djeteta u okviru obiteljske mreže. S druge strane, osobe s duševnim smetnjama i članovi obitelji smatraju da su djedovi i bake, kao uži članovi obitelji, također važan dio obiteljske mreže podrške za osobe s duševnim smetnjama mlađe životne dobi. Članovi obitelji dodatno su prepoznali unuku kao izvor podrške iz šire obiteljske strukture.

U pogledu sadržaja socijalne podrške koju osobe s duševnim smetnjama dobivaju od članova obitelji, sve tri skupine sudionika prepoznaju emocionalnu, materijalnu i praktičnu podršku, dok su samo osobe s duševnim smetnjama prepoznale da im članovi obitelji pružaju i informacijsku podršku.

Emocionalna podrška članova obitelji. Vezano uz emocionalnu podršku koju pružaju članovi obitelji, perspektive sve tri skupine sudionika su ukazale kako su najučestalije, održavajuće aktivnosti osoba s duševnim smetnjama i članova obitelji bile (telefonski) razgovori. Nastavno, za osobe s duševnim smetnjama, emocionalna podrška znači razumijevanje i utjehu, dok se za članove njihove obitelji emocionalna podrška manifestira kroz pokazivanje interesa za osobe s duševnim smetnjama i emocionalne geste, poput zagrljaja i poljubaca.

Stručnjaci smatraju da je emocionalna podrška zastupljena kroz pokazivanje brige od strane članova obitelji te kroz njihovu participaciju na grupama podrške koje pohađaju skupa s osobama s duševnim smetnjama.

Materijalna podrška članova obitelji. U pogledu materijalne podrške, osobe s duševnim smetnjama, članovi njihovih obitelji i stručnjaci su jednoglasni u tome da članovi obitelji financijski pomažu osobe s duševnim smetnjama te da, onima koji koriste usluge smještaja u ustanovi/organiziranom stanovanju, šalju pakete. Osim navedenog, osobe s duševnim smetnjama i članovi obitelji potvrđuju kako nerijetko materijalna podrška podrazumijeva i kupnju određenih potrepština, poput odjeće i cigareta. Iako, samo članovi obitelji prepoznaju materijalnu podršku kroz kupnju lijekova i podmirenje režijskih troškova.

Praktična podrška članova obitelji. Priprema gotovih obroka je svakako najzastupljeniji oblik praktične podrške za osobe s duševnim smetnjama, iz sve tri perspektive. Osim što članovi obitelji pripremaju hranu, osobe s duševnim smetnjama i stručnjaci potvrđuju da ih obitelj izvede i na ručak ili večeru izvan ustanove u kojoj su smješteni. Nastavno, osobe s duševnim smetnjama i stručnjaci dijele mišljenje da je značajna podrška pomoć u raspolaganju materijalnim sredstvima od strane članova obitelji. S druge strane, članovi obitelji pak potvrđuju zajedničke, podržavajuće aktivnosti poput odlaska u posjet osobama s duševnim smetnjama koje ponekad mogu uključivati druge, zajedničke aktivnosti poput odlaska na kavu ili kupnju.

Informacijska podrška članova obitelji. Informacijska podrška je bila prepoznata isključivo iz perspektive osoba s duševnim smetnjama i to kroz informiranje od strane članova obitelji o događajima u svijetu te sportskim događanjima.

Negativne reakcije na obiteljsku podršku. Osim pozitivne strane socijalne podrške, o negativnim reakcijama iste govorili su isključivo članovi obitelji. Negativne reakcije se ogledaju kroz odbijanje podrške obitelji i negativnu percepciju članova obitelji.

Pružanje emocionalne podrške članovima obitelji. Izražavanje komplimenata i pokazivanje interesa za članove obitelji su načini na koje osobe s duševnim smetnjama pružaju emocionalnu podršku članovima svojih obitelji, iz perspektive osoba s duševnim smetnjama, ali i članova njihovih obitelji.

Nadalje, članovi obitelji percipiraju riječi zahvale i pokazivanje poštovanja također kao emocionalnu podršku koju im upućuju osobe s duševnim smetnjama. Razgovor s članovima obitelji je također oblik podrške koje osobe s duševnim smetnjama prepoznaju kao emocionalnu podršku koju pružaju drugima. Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja ne prepoznaju emocionalnu podršku kao sastavni dio podrške koju osobe s duševnim smetnjama pružaju članovima svojih obitelji.

Nemogućnost pružanja materijalne podrške članovima obitelji. U pogledu pružanja materijalne podrške, osobe s duševnim smetnjama su naglasile kako ne mogu pružiti materijalnu podršku drugima. S jedne strane, zato što članovi obitelji odbijaju takav vid podrške, a s druge strane jer su njihova sredstva nedostatna i za vlastite potrebe. Članovi obitelji i stručnjaci nisu spominjali navedenu temu.

Pružanje praktične podrške članovima obitelji. Sve tri skupine sudionika smatraju da osobe s duševnim smetnjama pružaju praktičnu podršku članovima obitelji kroz obavljanje poslova u domaćinstvu, dok su samo osobe s duševnim smetnjama govorile o doprinosu svojoj braći i sestrama kroz okupaciju ili čuvanje njihove djece.

Prijateljska mreža podrške. Osim obiteljske mreže podrške koja je najzastupljenija neformalna mreža podrške kod osoba s duševnim smetnjama, sve tri skupine sudionika prepoznale su i prijatelje kao dio njihove mreže. Tako jednoglasno smatraju da prijateljsku mrežu podrške karakteriziraju održana prijateljstva. Potom, osobe s duševnim smetnjama smatraju da prijateljsku mrežu čine i prekinuta prijateljstva te generalno nepostojanje bliskih prijatelja. Perspektiva članova obitelji također govori o prekinutim prijateljstvima, dok su se stručnjaci fokusirali na nepostojanje bliskih prijatelja.

Emocionalna podrška prijatelja. O detaljnijim oblicima podrške koju pružaju prijatelji govorile su isključivo osobe s duševnim smetnjama te su prepoznale emocionalnu podršku kao značajnu. Tako emocionalnu podršku uglavnom vide kroz razumijevanje od strane prijatelja te kroz (telefonske) razgovore s prijateljima.

Informacijska podrška prijatelja. Nastavno, osobe s duševnim smetnjama smatraju da su im prijatelji čest izvor informacijske podrške, budući da svakodnevno razmjenjuju savjete.

Vršnjačka mreža podrške. Osobe s duševnim smetnjama i stručnjaci su govorili o strukturi vršnjačke mreže podrške. Perspektive sudionika obje skupine su identične. Tako se i osobe s duševnim smetnjama, ali i stručnjaci slažu u tome da vršnjačku mrežu podrške osoba s duševnim smetnjama čine sustanari u ustanovi/organiziranom stanovanju te članovi grupa podrške, koje osobe s duševnim smetnjama izvaninstitucionalno pohađaju.

Praktična podrška vršnjaka. Nastavno, članovi obitelji su praktičnu podršku vršnjaka doživjeli kroz igranje društvenih/sportskih igara s vršnjacima i odlascima na piće s vršnjacima, dok se stručnjaci nisu osvrtnali na oblike vršnjačke podrške.

Susjedska mreža podrške. Susjedska mreža podrške je bila spomenuta u okvirima neformalne mreže podrške jedino iz perspektive osoba s duševnim smetnjama. Tako osobe s duševnim smetnjama smatraju da se njihova susjedska mreža temelji na međusobnom pozdravljanju sa susjedima, ali ne i na dubljoj povezanosti.

Pozitivan utjecaj podrške na psihofizičko stanje. Kada govorimo o generalnom doživljaju socijalne podrške u životima osoba s duševnim smetnjama, svakako je važno spomenuti pozitivan utjecaj podrške na psihofizičko stanje osoba s duševnim smetnjama. Tako osobe s duševnim smetnjama smatraju da socijalna podrška ima pozitivan utjecaj na njihovo zdravlje, dok skupa s članovima obitelji dijele mišljenje da ista ima pozitivan utjecaj i na svakodnevno funkcioniranje.

Najznačajniji aspekti socijalne podrške. Nastavno na generalni doživljaj socijalne podrške, osobe s duševnim smetnjama osvrnule su se na njima najznačajnije aspekte u okvirima socijalne podrške. Tako su za njih skladan odnos, oslonac, razumijevanje i dobra komunikacija, kao elementi emocionalne podrške, najznačajniji oblici socijalne podrške.

Prepoznati nedostaci u okvirima neformalne mreže socijalne podrške. Zaključno, u sklopu generalnog doživljaja socijalne podrške, sudionici su se osvrnuli i na nedostatke koje prepoznaju u navedenoj mreži. Osobe s duševnim smetnjama i stručnjaci tako smatraju da nedostaje emocionalne podrške u neformalnoj mreži podrške. Nastavno, članovi obitelji i stručnjaci smatraju da podrška, koja je osobama s duševnim smetnjama raspoloživa, nije dovoljno iskorištena, a same osobe s duševnim smetnjama pak navode kako im nedostaje svijesti da podršku prepoznaju u svojoj okolini. Kao još jedan značajan nedostatak, članovi obitelji i stručnjaci doživljavaju nemogućnost ostvarivanja i održavanja emocionalne, romantične veze, dok osobe s duševnim smetnjama nisu spominjale navedeno područje.

5. RASPRAVA

Dobiveni rezultati istraživanja na sva tri istraživačka pitanja problematizirat će se u okvirima mreža podrške koje su utvrđene dobivenim rezultatima, ali i cjelokupnom doživljaju neformalne socijalne podrške.

Tako će u sklopu obiteljske, prijateljske i vršnjačke mreže podrške te susjedske mreže podrške, biti prikazan osvrt na perspektive osoba s duševnim smetnjama, članova njihovih obitelji te stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja, u pogledu strukture, veličine i sadržaja spomenutih mreža.

U drugom dijelu, pažnja će biti posvećena generalnom doživljaju socijalne podrške, kroz značaj socijalne podrške u životima osoba s duševnim smetnjama, aspektima socijalne podrške koji su prepoznati kao najznačajniji u njihovim životima te nedostacima u okviru socijalne podrške. Zaključno, osvrnut će se na metodološka ograničenja istraživanja te njegove znanstvene i praktične implikacije.

5.1. Obiteljska mreže socijalne podrške

5.1.1. Struktura i veličina obiteljske mreže podrške

Podudarajuće i slične, nadređene teme unutar perspektiva osoba s duševnim smetnjama, članova obitelji osoba s duševnim smetnjama (u nastavku: članovi obitelji) te stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja (u nastavku: stručnjaci) bit će zajedno problematizirane, dok će se određene nadopune i odstupanja dodatno naglasiti. Prva zajednička nadređena tema, ujedno i tema o kojoj će se najviše govoriti, obiteljska je mreža podrške. Obiteljska mreža podrške pokazala se kao najstabilnija i najzastupljenija mreža podrške osoba s duševnim smetnjama. Ovakav podatak nije iznenađujuć obzirom da rezultati istraživanja Shibe, Kondo i Konda (2016.) potvrđuju da su neformalni pružatelji skrbi za osobe s duševnim smetnjama partneri, braća ili sestre, djeca, drugi članovi obitelji ili prijatelji. Također, i prethodna istraživanja (Leutar i Štambuk, 2007.; McCorkle i sur., 2008.; Rausa, 2008.; Weimand i sur., 2013.; Akbari i sur., 2018.; Stanley i Balakrishnan, 2023.) su ukazivala da je obitelj ta koja je najčešće prisutna u životima osoba s invaliditetom pa tako i osoba s duševnim smetnjama.

Kada se govori o strukturi obiteljske mreže podrške, mogla bi se podijeliti na dva dijela. Prvi dio se odnosi na članove uže obitelji koju čine roditelji, braća i sestre, djedovi i bake te vrlo rijetko (bračni) partneri i djeca. Unutar obiteljske mreže podrške, roditelji, pogotovo majke osoba s duševnim smetnjama, ističu se kao najznačajniji izvori socijalne podrške. Ovakav podatak u skladu je s ranijim istraživanjima (Tausig, Fisher i Tessler, 1992., prema Jewell i Stein, 2002.) koja govore kako osobe s duševnim smetnjama najčešće dobivaju neformalnu podršku od svojih roditelja, posebice kad su u pitanju mlade osobe (Mizzi i sur., 2020.).

Iako, odrasla braća i sestre su često u situaciji da postanu njegovatelji braći i sestrama s duševnom smetnjom kada roditelji preminu ili postanu onesposobljeni za pružanje skrbi (Lefley, 1987., prema Jewell i Stein, 2002.), što se također potvrdilo i u ovom istraživanju. Dakle, kod nekih osoba s duševnim smetnjama, najčešće onih srednje životne dobi, saznaje se kako su roditelji umrli te da su roditeljsku brigu i podršku, koja je nekoć postojala, sada preuzela braća i sestre. Stoga se braća i sestre, uz roditeljsku podršku, percipiraju kao jedan vrlo značajan izvor podrške.

Tako i istraživanje Seemana (2013.) potvrđuje kako braća i sestre čine važan segment socijalne mreže podrške osoba sa shizofrenijom, iako obično ne sudjeluju aktivno u skrbi za brata ili sestru sve dok roditelji ne postanu stari i nemoćni ili dok roditelji ne preminu. Najbliže bratsko-sestrinske veze bile su one između sestara te su, u većini slučajeva, brigu o bratu ili sestri s duševnom smetnjom preuzimala najstarija ženska djeca u obitelji. To je, međutim, ovisilo o obiteljskim vrijednostima i kulturnim tradicijama, ali i o osobnim i životnim prilikama braće i sestara.

Također, s pozadinom zajedničkog odrastanja u sklopu zajedničke kulturne baštine, braća i sestre mogu biti posebno svjesni socijalnih i emocionalnih potreba osoba s duševnim smetnjama (Sin i sur., 2016.) i shodno tome pružiti oblik podrške kakav je osobi zaista potreban. Osim što braća i sestre često igraju značajnu ulogu u pružanju podrške bratu/sestri s duševnom smetnjom, važno je naglasiti kako oni predstavljaju izvor podrške i svojim roditeljima te članovima šire obitelji (Sin i sur., 2012.; Seeman, 2013.; Bowman i sur., 2015.).

Kada se govori o djedovima i bakama, oni su u literaturi često predstavljeni kao pozitivne i cijenjene figure unutar životnog tijeka osobe, povezane s radošću i ponovnom uključenošću u prošlost (Mitchell, 2007.). Tako i u ovom istraživanju, osobe s duševnim smetnjama i njihovi članovi obitelji potvrđuju da su djedovi i bake prisutni članovi obiteljske mreže podrške, čak i u odrasloj dobi svojih unuka.

Navedeno je u skladu s istraživanjem Shankara i Muthuswamyja (2007.) koje spominje da su među njegovateljima osoba s duševnim smetnjama bili zastupljeni i djedovi i bake. No, usporedivši podršku roditelja te braće i sestara s podrškom djedova i baka, primijećeno je kako se ovdje više radi o percipiranoj podršci, podršci za koju osobe s duševnim smetnjama imaju osjećaj da postoji, ali koja se u znatno manjoj mjeri manifestira u stvarnu podršku.

Istraživanja koja su obradila temu podrške koju djedovi i bake pružaju odraslim unucima, osobama s duševnim smetnjama, ne pronalazimo, budući da je većina istraživanja fokusirana na podršku usmjerenu za vrijeme odrastanja unuka i njihove borbe s kroničnim bolestima (Mitchell, 2007.; Priboi i sur., 2022.). Budući da je dio sudionika istraživanja počeo razvijati poteškoće mentalnog zdravlja u tinejdžerskoj dobi te kako su, uglavnom, mlađi sudionici ti koji su naglasili prisutnu podršku djedova i baka, smatramo važnim istaknuti značaj navedenih izvora podrške.

Nastavno, članovi uže obitelji koji su, prema istraživanju, najmanje zastupljeni u mreži obiteljske podrške, jesu (bračni) partneri i djeca. Od svih sudionika istraživanja, samo je jedna osoba trenutno u braku. Većina osoba s duševnim smetnjama nikad nije ostvarila partnerske odnose, dok je nekolicina bila u braku, koji se nije održao te je završio razvodom. Unatoč istraživanjima koja potvrđuju da je za osobe s duševnim smetnjama manje vjerojatno da će imati intimnog partnera (Office for National Statistics, 2001.), istraživanje Sina i suradnika (2021.) govori o visokom udjelu partnera kao ključnih njegovatelja i pružatelja podrške osoba s duševnim smetnjama. Rezultati također sugeriraju da su partneri često oni koji snose najveći dio emocionalnog tereta, ali i praktične odgovornosti za osobu s duševnom smetnjom.

Također, i istraživački radovi (Leskela i sur., 2006.; Maulik, Eaton i Bradshaw, 2010.; Philips i sur., 2021.) potvrđuju da se u mnogim okolnostima podrška iz bliskog odnosa koju pruža (bračni) partner čini značajnijom od drugih obiteljskih odnosa, budući da partnerski odnosi imaju značajne implikacije na različite zdravstvene i mentalne ishode. Tako su supružnici često osobe kojima će se osoba s duševnom smetnjom najvjerojatnije obratiti za pomoć (Dakof i Taylor, 1990., prema Pierce i sur., 1996.; Vranko, Velimirović i Jendričko, 2021.). Nalazi spomenutih studija u skladu su s dobivenim rezultatima ovog istraživanja koji, s jedne strane, ukazuju na to da osobe s duševnim smetnjama vrlo rijetko ulaze u partnerske odnose, dok drugi dio dobivenih rezultata govori o velikom, možda i najvećem značaju bračnog partnera unutar mreže obiteljske podrške, za sudionika koji se ostvario i održao u partnerskom odnosu.

Bivši partneri ni u jednom trenutku nisu spomenuti kao izvori podrške, unatoč tome što osobe s duševnim smetnjama s istima imaju zajedničko dijete. Tako je i u literaturi pronađen podatak koji podupire prethodnu konstataciju tvrdeći da odnosi osoba s duševnim smetnjama s bivšim partnerima, s kojima imaju zajedničku djecu, mogu biti teški, ometajući ili obostrano nepodržavajući (Aldridge i Becker, 2003.).

Nastavno, primjećuje se i kako se osobe s duševnim smetnjama rjeđe ostvaruju u roditeljskim ulogama, što vjerujemo da je, između ostalog, rezultat neostvarivanja partnerskih ili intimnih veza. Iako, vrlo je zanimljivo kako su stručnjaci prepoznali podršku koju dijete pruža svom roditelju, dok o tome nisu govorili niti osobe s duševnim smetnjama niti članovi njihovih obitelji. Podrška djeteta je percipirana kao prisutna za osobe s duševnim smetnjama, ali kao nedovoljno učestala. No, važno je naglasiti kako je ovdje riječ o geografskoj udaljenosti između djeteta i roditelja, što svakako možemo uzeti u obzir kao argument.

Djeca, kada pružaju brigu i podršku, često igraju važnu ulogu u međuovisnoj prirodi odnosa roditelj-dijete, posebice kada roditelji imaju probleme mentalnog zdravlja. Istraživanja pokazuju da mnoga djeca odrastaju s roditeljem koji ima duševnu smetnju te potom preuzimaju brigu za istog (Abraham i Aldridge, 2010.; Blake-Holmes, 2019.). Također, bilježi se sve veći broj maloljetne djece, koja se u istraživanjima opisuju kao „mladi njegovatelji“, koja su sklona pružati skrb i podršku svojim roditeljima, osobama s duševnim smetnjama (Aldridge i Becker, 2003.).

U pogledu članova šire obitelji, dominantne teorije smatraju da odnosi s proširenom obitelji obično funkcioniraju kao „latentne srodničke mreže“ koje ostaju netaknute, osim ako se ne pozovu u pomoć kad se pojavi potreba (Riley i Riley 1993., prema Vogt, 2020.). Suprotno tome, rezultati ovog istraživanja govore o aktivnoj uključenosti ujaka, tetki i njihove djece unutar mreže podrške osoba s duševnim smetnjama. U istraživačkom kontekstu, socijalna podrška članova šire obitelji osoba s duševnim smetnjama zasad se nije našla kao predmet istraživačkog interesa te se ne pronalaze radovi koji bi dali više uvida u temu. Iako, istraživanje Rausa (2008.) ukazuje da parovi koji nemaju djecu mogu namjerno razviti jak odnos s rođacima, kao što su nećaci i nećakinje, jer ti rođaci nadomještaju neformalnu podršku koju ne mogu ostvariti od strane svoje djece. Navedeno bi, u ovom istraživanju, svakako moglo biti argument za uvrštavanje nećaka i nećakinja u mrežu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama.

5.1.2. Sadržaj socijalne podrške u sklopu obiteljske mreže podrške

Često je osobama s duševnim smetnjama, posebice onima sa psihotičnim poremećajima, potrebno dugotrajno liječenje, ali i podrška u nizu životnih domena. Takva podrška uključuje emocionalnu podršku, financijsku podršku i praktičnu pomoć za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti (Sin i Norman, 2013.; Sin i sur., 2017.), što dobiveni rezultati ovog istraživanja i potvrđuju.

U sklopu obiteljske podrške, osobe s duševnim smetnjama smatraju da su gotovo sve vrste socijalne podrške zastupljene- emocionalna, materijalna, praktična te informacijska podrška, dok članovi obitelji i stručnjaci nisu prepoznali zastupljenost informacijske podrške. Emocionalna i materijalna podrška su prepoznate kao dva najučestalija oblika podrške koju članovi obitelji pružaju osobama s duševnim smetnjama. Tako osobe s duševnim smetnjama emocionalnu podršku doživljavaju kroz razumijevanje i riječi utjehe koje im pružaju članovi obitelji te kroz međusobne razgovore. Da su razgovori s članovima obitelji najzastupljeniji oblik emocionalne podrške koju obitelj pruža, jednoglasno dokazuju sve tri skupine sudionika.

Razgovori s članovima obitelji, za osobe koje koriste usluge smještaja/organiziranog stanovanja ili za osobe koje stanuju u različitim kućanstvima, sveli su se uglavnom na razgovore telefonskim putem, obzirom na pandemiju COVID-19 i mjere koje su onemogućavale neposredan socijalni kontakt. Privilegirani za neposredni razgovor bili su samo oni koji su stanovali u istom kućanstvu.

Osobe s duševnim smetnjama potvrđuju kako su im razgovori s obitelji poprilično podržavajući, budući da razgovaraju o različitim, njima značajnim, životnim i obiteljskim temama. U kontekstu učestalosti, primjećuje se kako su neki kontakti češći (po nekoliko puta tjedno), a neki rjeđi (nekoliko puta mjesečno), što se povezuje s različitim stupnjem međusobno razvijene bliskosti. Navedeno se povezuje i s tehničkim uvjetima, budući da nemaju sve osobe s duševnim smetnjama osobne mobitele. Stoga, nerijetko se služe službenim telefonima ili mobitelima drugih korisnika/pacijenata.

Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja smatraju da ponekad nije potrebno puno za davanje podrške. Dovoljno je da članovi obitelji ili prijatelji odvoje samo pet minuta za telefonski poziv, što osobama s duševnim smetnjama predstavlja veliki značaj (Aldridge, 2006.). Zanimljivo je naglasiti kako su razgovori s članovima obitelji podjednako zastupljeni sa ženskim i muškim članovima obitelji, dok se svi drugi vidovi emocionalne podrške vežu uz ženske članove.

U istraživanju Chronistera i suradnika (2015.), osobe s duševnim smetnjama kategorizirale su vrste socijalne podrške koju primaju iz okoline. Tako je kategorija, koju nazivaju „podržavajuća stanja“, najbliža emocionalnoj podršci koju u ovom istraživanju pruža obitelji. Podržavajuća stanja podrazumijevaju znanje o duševnim smetnjama od strane njihove bliske okoline, potom trajni stav prihvatanja i ljubavi od članova obitelji, ulijevanje nade za rast i oporavak te osjećaj da ih se poštuje i vrednuje. Konkretno, osobe s duševnim smetnjama su izrazile potrebu da pružatelji podrške shvate da, ponekad, duševne smetnje utječu na sposobnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti (npr. izlazak iz kuće, odlazak na posao, u školu, druženja...) i da život s duševnom smetnjom može utjecati na to kako netko misli, kako se osjeća i ponaša.

Dakle, potreba koja se smatra esencijalnom u okvirima emocionalne podrške je razumijevanje od strane članova mreže podrške. O navedenom govore i rezultati ovog istraživanja budući da osobe s duševnim smetnjama imaju osjećaj razumijevanja od strane određenih članova obitelji te da im razumijevanje predstavlja jedan od najvažnijih oblika socijalne podrške, što predstavlja osnovu za otvorenu komunikaciju i bolje povezivanje s drugima.

Ovakvi oblici emocionalne podrške, koji podrazumijevaju prihvatanje, poštovanje i razumijevanje, potencijalno umanjuju negativni utjecaj povezanih stresora sa stigmom i diskriminacijom osoba s duševnim smetnjama (Chronister i sur., 2015.). Prema istraživanju Chronistera, Choua i Liaoa (2013.) sudionici koji su imali višu razinu emocionalne i praktične podrške imali su niže razine internalizirane stigme, što je zauzvrat smanjilo negativne učinke društvene stigme na oporavak mentalnog zdravlja. Pretpostavlja se da je razlog u tome što osobe s duševnim smetnjama, koje imaju mogućnosti s nekim razgovarati o svojim iskustvima, mogu doživjeti osjećaj da ih drugi cijene i brinu o njima.

S druge strane, Prince i suradnici (2016.) potvrđuju kako je nedostatak razumijevanja bio taj koji je ugrozio bliskost između osoba s duševnim smetnjama i članova njihove socijalne mreže. Nedostatak razumijevanja i popratna socijalna udaljenost bili su prepoznati kroz nemogućnost partnera osobe s duševnom smetnjom, njezinih suradnika i kolega, ali i stručnjaka, da razumiju složenost funkcioniranja osoba s duševnim smetnjama. Zanimljivo je da se nemogućnost razumijevanja našla čak i unutar vršnjačke mreže, među osobama s duševnim smetnjama s različitim dijagnozama.

Kvalitativno istraživanje Mizzija i suradnika (2020.) pokazalo je najznačajnije strategije socijalne podrške koje su bile usmjerene na emocionalnu i praktičnu pomoć, s time da se emocionalna podrška odnosila na promicanje pozitivnih misli. Navedeno pronalazimo i u rezultatima ovog istraživanja, gdje članovi obitelji tješe osobe s duševnim smetnjama kad se nađu u teškim situacijama te ih nastoje osnažiti kroz riječi utjehe. Iako, emocionalne geste, poput poljupca ili zagrljaja, koje su članovi obitelji u istraživanju prepoznali kao značajne, u literaturi nije pronađen kao specificiran oblik socijalne podrške.

Dva dodatna aspekta socijalne podrške, koje su prepoznali članovi obitelji i stručnjaci, jesu pokazivanje interesa i brige od strane članova obitelji za osobu s duševnim smetnjama. S jedne strane, pokazivanje interesa se uglavnom odnosi na članove šire obitelji koji ne kontaktiraju direktno s osobom s duševnom smetnjom, nego se preko članova uže obitelji raspituju o istoj. S druge strane, pokazivanje brige vidljivo je kroz neposredne akcije članova uže obitelji, što se može poistovjetiti s takozvanom „*check-in*“ podrškom.

Osobe s duševnim smetnjama „*check-in*“ podršku su opisale kao redoviti kućni posjet ili telefonski kontakt, u kojem se pružatelj socijalne podrške ukratko raspita o dobrobiti osobe s duševnom smetnjom. Ova vrsta podrške na dnevnoj/tjednoj razini, uglavnom, podrazumijeva kratak pozdrav i upit o aktualnom stanju osobe određenog dana (Chronister i sur., 2015.). Također, rezultati ranijih istraživanja (Aldridge, 2006.) potvrđuju da djeca prate i procjenjuju emocionalno zdravlje i dobrobit svojih roditelja te često pružaju podršku u kriznim situacijama na način da „budu tu“ kada roditelji dožive iznenadne padove u svom mentalnom zdravlju, primjerice tijekom epizoda samoozljeđivanja ili psihoze.

Nastavno, zanimljivo je kako su isključivo stručnjaci prepoznali participaciju članova obitelji na grupama podrške kao značajnu podršku. Iako se participacija članova obitelji na grupama podrške može sagledati i iz perspektive praktične podrške, stručnjaci su ipak pridali tome emocionalni karakter, smatrajući da obitelj na taj način primarno pruža moralnu podršku.

Obiteljske ili grupne intervencije također poboljšavaju odnose socijalnih mreža kroz društveno sudjelovanje i osnivanje. Obiteljska terapija (Walsh, 2021.) pomaže obiteljima u realizaciji novih prijateljstava, dok se za obiteljske psihoedukacijske intervencije, koje obiteljima pružaju informacije i vještine za suočavanje s duševnom smetnjom svog člana obitelji, pokazalo da utječu na smanjenje razine simptoma kod osoba s duševnim smetnjama (Dixon i sur., 2001., prema Mueser i sur., 2013.; Harvey, 2018.).

U kontekstu materijalne podrške, istraživanja (Forchuk i sur., 2007.; Arboleda-Florez i Stuart, 2012.; Topor i sur., 2013.) su pokazala kako se duševne smetnje i loša ekonomska situacija uglavnom javljaju skupa. Stoga se ekonomska pomoć obitelji procjenjuje kao veliki značaj za osobe s duševnim smetnjama, koje su često nezaposlene i u riziku od siromaštva (Rice i Miller, 1996., prema Clark, 2001.). Shodno tome, i u ovom istraživanju sudionici govore o velikom značaju materijalne podrške članova obitelji, koja je percipirana kroz financijsku pomoć, dobivanje paketa te kupnju određenih potrepština.

Rezultati istraživanja pokazuju kako osobe s duševnim smetnjama financijsku pomoć obitelji najčešće doživljavaju kroz džeparac, određenu svotu novca koju im član/ovi obiteljske mreže daje/u u određenim vremenskim intervalima. Džeparci su uglavnom predviđeni na tjednoj ili na mjesečnoj razini. Ovisno o materijalnim prilikama članova obitelji, ali i prigodama, poput rođendana, isti variraju od dvadesetak kuna do petsto kuna.

Rezultati istraživanja pokazuju kako članovi obitelji i stručnjaci potvrđuju da većina osoba s duševnim smetnjama prima novčanu pomoć najčešće od strane roditelja, braće i sestara. Osim navedenih članova, pokazalo se kako bake i djedovi također pružaju materijalnu podršku svojim unucima, u svrhu podmirenja troškova povezanih s bolešću (Priboi i sur., 2022.). Navedeno je u skladu s rezultatima ovog istraživanja, u kojemu je potvrđeno kako djedovi i bake pružaju financijsku pomoć svojim unucima, osobama s duševnim smetnjama.

Također, za one koji ne ostvaruju vlastite prihode, poput mirovine ili novčanih davanja iz sustava socijalne skrbi, članovi obitelji nastoje osigurati sredstva za zadovoljenje svih osnovnih potreba. Zanimljiv je podatak da nitko od sudionika nije naglasio da osobe s duševnim smetnjama samoinicijativno traže materijalnu pomoć, nego se više govorilo kao o razrađenoj praksi, gdje su članovi obitelji preuzeli odgovornost za učestalo pružanje materijalne podrške.

Na tragu zadovoljenja osnovnih i drugih potreba, od strane sve tri skupine sudionika, prepoznat je specifičan oblik materijalne podrške kod osoba s duševnim smetnjama, kojima je priznato pravo na smještaj u ustanovi ili organiziranom stanovanju. Riječ je o paketima koje osobama s duševnim smetnjama šalju članovi njihovih obitelji. Ovo je posebice bilo aktualno u periodu pandemije COVID-19, kada članovi obitelji nisu mogli osobno doći u posjet osobama s duševnim smetnjama, nego su se kontakti svodili na elektroničku komunikaciju i dostavu. Tako su paketi postali vrlo čest izvor radosti za osobe na smještaju, obzirom da sadrže stvari koje osoba treba i voli. Rezultati pokazuju kako sadržaji paketa variraju od higijenskih potrepština do hrane (slatkiša, voća...) i duhana te kako se, manje-više, šalju/primaju na tjednoj ili mjesečnoj razini.

Stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja naglašavaju veliki značaj dostupnosti materijalne podrške za osobe s duševnim smetnjama, kao jednog od najznačajnijih oblika socijalne podrške. Posebice je stavljen naglasak na kavu i cigarete, koji su neizostavan dio životnog stila većeg dijela osoba s duševnim smetnjama. S obzirom na to da osobe s duševnim smetnjama na smještaju većinu svog slobodnog vremena provode u društvu vršnjaka upravo pijući kavu i pušeci cigarete, vjeruje se da navedene aktivnosti, iako potencijalno štetne po zdravlje (ovisno o količinama), imaju značajan doprinos u povezivanju s vršnjacima i stvaranju mreže podrške, na što ćemo se kasnije i osvrnuti.

Osobe s duševnim smetnjama, koje stanuju samostalno ili s obitelji, kao i članovi njihovih obitelji, također su se osvrnuli na određene stvari koje članovi obitelji omogućuju osobama s duševnim smetnjama. Rezultati pokazuju kako je značajan naglasak stavljen na cigarete koje članovi obitelji kupuju ili daju sredstva osobi s duševnom smetnjom za navedenu namjenu. Članovi obitelji materijalno pomažu i tako da kupuju odjeću osobama s duševnim smetnjama, podmiruju režijske troškove za one koji stanuju samostalno te participiraju u nadoplatama ili kupnji određenih lijekova ili medicinske opreme koje ne pokriva obvezno zdravstveno osiguranje.

Rezultati istraživanja, koji govore o materijalnoj podršci osoba s duševnim smetnjama, u skladu su s rezultatima istraživanja Chronistera i suradnika (2015.) koji potvrđuju kako svakodnevna briga za osobe s duševnim smetnjama podrazumijeva zadovoljavanje potreba vezanih uz novac, hranu, odjeću, prijevoz i drugo.

Obzirom da su životne prilike osoba s duševnim smetnjama, uz postojeću duševnu smetnju, često opterećene različitim stresorima (siromaštvo, nezaposlenost, beskućništvo...), materijalna podrška na dnevnoj razini zasigurno može ublažiti negativan učinak stresora i omogućiti pozitivnije ishode (Chronister i sur., 2015.).

Vezano uz materijalno stanje osoba s duševnim smetnjama, važno je naglasiti kako i specifična ponašanja i impulsi vezani uz pojedine duševne smetnje mogu rezultirati nepromišljenim i neracionalnim financijskim raspolaganjima, što se može negativno odraziti na materijalne prilike osoba s duševnim smetnjama (Harper i sur., 2018.). U ovom istraživanju, pomoć pri raspolaganju financijskim sredstvima od strane članova obitelji, percipirana je kao značajna praktična podrška, kako iz perspektive osoba s duševnim smetnjama, tako i stručnjaka.

Stoga, evidentno je kako je praktična podrška usko povezana sa spomenutom materijalnom podrškom koju članovi obitelji pružaju. S jedne strane, vidljivo je kako članovi obitelji omogućuju kupnju hrane osobama s duševnim smetnjama ili im daju sredstva za isto. S druge strane, iz perspektive praktične podrške, osobe s duševnim smetnjama govore o samoj pripremi obroka koje za njih obavljaju članovi obitelji. Tako su kod kuhanja i pripremanja obroka najviše involvirani ženski članovi obitelji, poput majki i sestara.

Osim spremanja gotovih obroka, koji se konzumiraju skupa s članovima obitelji ili samostalno, članovi obitelji također organiziraju odlazak na objed izvan obiteljskog doma. Stoga, članovi obitelji povremeno izvedu osobe s duševnim smetnjama u restoran na ručak/večeru ili u kafić na kavu. Ovakav vid podrške predstavlja kombinaciju praktične podrške uzevši u obzir inicijativu i organizaciju odlaska u restoran, a potom i materijalne podrške, s obzirom da članovi obitelji preuzimaju plaćanje računa, te emocionalne, jer omogućuje da se članovi obitelji na taj način povezuju. Ista stvar je i sa zajedničkim odlaskom u kupovinu, gdje logistički dio odlaska u kupovinu svakako svrstavamo u praktičnu podršku članova obitelji, a podmirenje troškova kupnje u materijalnu podršku. Braća i sestre osoba s duševnim smetnjama imaju posebice pozitivan učinak na oporavak i reintegraciju svog brata ili sestre s duševnom smetnjom u društvenu okolinu, kroz pružanje praktične podrške te prilika za socijalizaciju (Griffiths i Sin., 2013.), a što je vidljivo i kroz navedene primjere međusobnog druženja.

Kada govorimo o praktičnoj podršci, ista je percipirana ne samo kao instrumentalno podržavajuća, nego i emocionalno podržavajuća (Pierce i sur., 1996.). U ovom istraživanju, članovi obitelji su govorili o odlascima u posjet osobama s duševnim smetnjama, koje su na liječenju ili smještene u ustanovi/organiziranom stanovanju, kao još jednom vidu praktične socijalne podrške, ali za koji možemo također reći da ima i emocionalni karakter. To je posebice došlo do izražaja za vrijeme pandemije COVID-19, kada su posjeti bili zabranjeni. Novonastala situacija se negativno odražavala na emocionalno stanje, kako osoba s duševnim smetnjama, tako i članova njihovih obitelji, budući da su ostali bez mogućnosti neposrednog druženja.

Nastavno, praktična podrška pokazala se i kao ključni čimbenik u samom procesu liječenja i održavanja mentalnog zdravlja (Kilbourne i sur., 2007.). Prema podacima ranijih studija (Abraham i Aldridge, 2010.; Blake-Holmes, 2019.) pokazalo se da djeca svojim roditeljima s duševnom smetnjom pružaju podršku poput obavljanja kućanskih poslova, preuzimanja brige za mlađu braću i sestre te preuzimanja brige o davanju terapije roditeljima. Također, istraživanje Sina i suradnika (2016.) sugerira da, iako su roditelji često formalno identificirani njegovatelji osobe s duševnom smetnjom te najviše ostvaruju kontakte sa stručnjacima iz sustava zdravstva i socijalne skrbi, braća i sestre su također involvirani u takve radnje te često pružaju praktičnu podršku svojoj braći i sestrama.

Prema ranijim istraživanjima (Walsh i Connelly, 1996.; Chronister i sur., 2015.; Sin i sur., 2016.), osobe s duševnim smetnjama opisale su podršku koja uključuje dnevne podsjetnike na lijekove, podršku na kontrolnim pregledima i podršku u zagovaranju vezanu uz psihofarmakološko liječenje. Unatoč tome, zanimljivo je kako u rezultatima ovog istraživanja ne pronalazimo ovako značajne podatke koji bi govorili o praktičnoj podršci vezanoj u farmakoterapiju i liječenje osoba s duševnim smetnjama.

Za razliku od roditelja, koji obično imaju odgovornost za pružanje praktične skrbi i materijalne potpore za zadovoljenje egzistencijalnih potreba osoba s duševnim smetnjama (pružanje smještaja, financijske potpore, kućanski poslovi...), veća je vjerojatnost da će braća i sestre inicirati i dijeliti društvene aktivnosti, informacije i aspiracije sa svojim bratom ili sestrom (Sin i sur., 2012.; Griffiths i Sin, 2013.; Sin i sur., 2014.).

Tako se dolazi do dijela informacijske podrške koja potvrđuje tvrdnje da su sestra i, u ovom slučaju bratić, izvori informacija koji osobu s duševnom smetnjom povezuju s događanjima u svijetu. Takva podrška je posebice značajna za osobe na smještaju, čiji je kontakt s vanjskim svijetom ograničen, jer je utvrđeno kako kognitivna funkcija usmjeravanja socijalne podrške (davanje informacije i savjeta) može biti značajno povezana s indeksima mentalnog zdravlja i prilagodbe (Hirsch, 1980., prema Pearson, 1986.)

Sagledavši cjelokupnu socijalnu podršku koju obitelj pruža osobama s duševnim smetnjama, zanimljivo je primijetiti da kod većih obitelji, gdje je mreža podrške veća, dolazi do disperzije podrške. Svaki član ima neke svoje zadatke i uloge kod pružanja podrške svome članu obitelji, osobi s duševnom smetnjom. Tako se pronalaze primjeri gdje su ženski članovi više orijentirani na pružanje emocionalne i praktične podrške, dok, s druge strane, muški članovi obitelji više primjenjuju materijalnu i praktičnu podršku.

Navedeno potvrđuje Rausa (2008.) tvrdeći da kćeri obično pružaju njegu intimnije prirode spram svojih roditelja, dok su sinovi skloni obavljanju drugih instrumentalnih zadataka, kao što su financijsko upravljanje, popravci u kući i prijevoz. Dijeljenje odgovornosti i raspodjela potrebne brige i podrške, između ostalog, pokazali su se najučinkovitijim načinom suočavanja s teretom pružanja skrbi za članove obitelji (Sin i sur., 2016.)

Iako obiteljski odnosi sadrže snažna društvena očekivanja o pružanju podrške, osoba s duševnom smetnjom ipak može odlučiti ne primiti podršku. Razlozi su brojni, poput zabrinutosti oko obveza koje imaju drugi članovi obitelji, zbog želje da se razvije ili održi neovisnost ili zato što bi potencijalni primatelj mogao biti zabrinut o stigmatizaciji povezanoj s doživljavanjem iskorištavanja pružatelja podrške (Martin i Martin, 1978., prema Pierce i sur., 1996.; Brock i Lawrence, 2009.; Yan i sur., 2017.). Koji god razlozi bili, članovi obitelji su se jedini osvrnuli na negativne reakcije osoba s duševnim smetnjama prilikom pružanja obiteljske podrške. Tako negativne reakcije podrazumijevaju negativnu percepciju članova obitelji i odbijanje njihove podrške i pomoći.

Ovakve reakcije su posebice naglašene za vrijeme pogoršanja zdravstvenog stanja i često su fiksirane za jednog do dva člana obitelji, s tim da istraživanje Cechnickog i suradnika (2013.) potvrđuje kako sama (konstruktivna) kritika člana obitelji može ponekad biti glavni izvor negativnog ishoda stanja osobe s duševnim smetnjama.

Nastavno, važno je uzeti u obzir da neka potencijalno podržavajuća ponašanja, koje nudi pružatelj podrške, možda i ne odgovaraju percipiranim potrebama primatelja za određenu vrstu podrške. Pružanje neusklađene podrške, podrške koja se razlikuje od vrste podrške koju primatelj želi, može biti posebno problematična kada se primatelj osjeća ambivalentno u vezi s obvezama koje bi mogao preuzeti i (ne)iskoristiti podršku (Pierce i sur., 1996.). Negativni aspekti socijalne podrške također trebaju biti jedan od aspekata istraživanja socijalne podrške, pogotovo kad se pružena podrška ne percipira da je od pomoći te kad ista potkopava samopoštovanje osobe koja ju prima (Stewart 1993., prema Hutchison, 1999.; Brock i Lawrence, 2009.; Yan i sur., 2017.). Osim negativnih aspekata socijalne podrške, o kojima se ne govori često, pozornost bi također trebalo usmjeriti i na reciprocitet primanja/davanja socijalne podrške između osoba s duševnim smetnjama i članova mreže podrške budući da pojedinci doživljavaju višu razinu zadovoljstva u odnosima u kojima pružaju, ali i primaju, socijalnu podršku (Cutrona i Suhr, 1994., prema Pierce i sur., 1996.; Brock i Lawrence, 2009.).

Tako rezultati ovog istraživanja pokazuju da, osim što su osobe s duševnim smetnjama primatelji socijalne podrške od strane članova obitelji, također su u određenim situacijama i davatelji iste. Ovaj nalaz pridodaje se postojećim dokazima da podrška između osoba s duševnim smetnjama i njihovih obitelji nije uvijek jednosmjerna i da osobe s duševnim smetnjama daju doprinos svojim obiteljima (Pickens, 2003.; Aschbrenner i sur., 2010.; Haseldon, 2018.). Nalazi istraživanja Aldridgea (2006.) naglašavaju važnost međuovisnosti unutar bliskih odnosa, kao i činjenicu da, ponekad, briga može pomoći u jačanju veza između djece i roditelja. Tako rezultati istraživanja idu u prilog pokazivanja međusobne brige i stvaranja međuovisnosti, budući da je, s jedne strane, evidentirano kako se briga članova obitelji proteže gotovo kroz sve oblike socijalne podrške, a s druge strane, važno je naglasiti kako osobe s duševnim smetnjama pružaju emocionalnu i praktičnu podršku svojim članovima obitelji, uz odsustvo mogućnosti za pružanjem materijalne podrške.

Emocionalna podrška, koju pružaju osobe s duševnim smetnjama, percipira se kroz pokazivanje interesa i razgovore s članovima obitelji, što je zanimljivo, obzirom da su ova dva oblika emocionalne podrške zastupljena u obostranoj razmjeni socijalne podrške. Horwitz (1993., prema Jewell i Stein, 2002.) je zaključio da odnos reciprociteta pružanja podrške između braće/sestara te osoba s duševnim smetnjama može imati snažnu simboličku vrijednost i osnažiti bratsko-sestrinski odnos.

Stoga, vjeruje se da podrška koju osobe s duševnim smetnjama pružaju svojim sestrama kroz razgovor o njihovim problemima i poteškoćama, koja je vidljiva iz rezultata istraživanja, pozitivno doprinosi njihovom međusobnom odnosu. Osim toga, članovi obitelji potvrđuju da se u sklopu emocionalne podrške, koju osobe s duševnim smetnjama pružaju, pronalaze i sasvim novi oblici, poput izražavanja komplimenata, poštovanja i riječi zahvale. Ovi oblici podrške mogu se percipirati kao pozitivna povratna informacija za brigu i podršku koju članovi obitelji pružaju osobama s duševnim smetnjama.

Od strane sve tri skupine sudionika je prepoznato kako osobe s duševnim smetnjama pružaju praktičnu podršku svojim članovima obitelji uglavnom kroz obavljanje poslova u domaćinstvu. Osobe s duševnim smetnjama održavaju kućanstvo na način da pomažu ukućanima u čišćenju prostora u kojem žive, ali i u procesu nabave namirnica i kuhanju. Radovi u dvorištu, koje osobe s duševnim smetnjama odrađuju, su uglavnom usmjereni na košnju trave u dvorištu, sakupljanje lišća, slaganje ogrjeva, bojenje i slično. Navedeni oblik podrške pružaju isključivo osobe s duševnim smetnjama muškog spola.

Jedan vrlo zanimljiv oblik praktične podrške, koji su prepoznale isključivo osobe s duševnim smetnjama, je čuvanje i okupacija nećaka. Ovakav vid podrške, osim svog praktičnog doprinosa spram braće i sestara, ima i emocionalni karakter koji omogućuje stvaranje povezanosti i jačanje obiteljskih veza s mlađim naraštajima u obitelji. Druženje i povezivanje s nećacima omogućuje razvoj i njegovanje uloge tetke/ujaka iz prve ruke, kojoj osobe s duševnim smetnjama pridaju veliki značaj unutar svog kruga obiteljske podrške.

Osim podrške koju pružaju, osobe s duševnim smetnjama su se osvrnule na nemogućnost pružanja materijalne podrške svojim članovima obitelji, dok sami članovi obitelji i stručnjaci nisu govorili o tome. Kao jedan od razloga navodi se loša materijalna situacija osoba s duševnim smetnjama o kojoj se već ranije govorilo. Kako osobe s duševnim smetnjama često ne ostvaruju vlastite prihode, ili su isti nedostatni za zadovoljavanje i samih potreba osoba s duševnim smetnjama, razumljivo je kako ih takva situacija onemogućuje da budu potencijalni davatelji materijalne podrške. Iako, s druge strane, pronalazimo podatke koji govore da je dio osoba s duševnim smetnjama spreman pružiti materijalnu podršku, uglavnom kako bi se na neki način odužile članovima obitelji za pruženu podršku. Ovakvi pokušaji, iako u najboljoj namjeri, uglavnom rezultiraju odbijanjem materijalne pomoći od strane članova obitelji.

5.2. Prijateljska mreža podrške

U okviru neformalne mreže podrške osoba s duševnim smetnjama, pored razvijene obiteljske mreže, utvrđena je i prijateljska mreža podrške. Razlog zašto se prijateljska mreža podrške percipira kao značajna mreža je definicija prijateljstva kojom je ovaj rad vođen. Tako je „prijatelj“ u ovom radu definiran kao osoba u mreži neformalne socijalne podrške koja nije u srodstvu, nije dio profesionalne podrške ili pružatelj usluga (Wan-Yuk Harley, Boardman i Craig, 2012.), a prijateljski odnos koji je nastao kroz međusobni sporazum između strana, prije nego kao rezultat intervencije ili aranžman trećih osoba, temelji se na dobrovoljnosti (Boydell, Gladstone i Stasiulis Crawford, 2002.).

Prijateljstva dijele oblik reciprociteta, koje je znatno manje zastupljeno u obiteljskim odnosima, te ima snažan učinak na razinu zadovoljstva osoba s duševnim smetnjama (Rausa, 2008.). O'Connor (1992.) navodi da se ne može pretpostaviti kako će obitelj uvijek biti tu da pruži praktičnu podršku članovima svoje obitelji s invaliditetom. Na tragu spomenutog, prijateljstva imaju potencijal za pružanje održive, alternative skrbi kod onih osoba koje kao temelj za podršku više favoriziraju „ljubav“ umjesto „obvezu“ (Jerome, 1984., prema Boydell, Gladstone i Stasiulis Crawford, 2002.).

Rezultati istraživanja jednoglasni su po pitanju strukture prijateljske mreže te potvrđuju kako prijateljsku mrežu podrške osoba s duševnim smetnjama karakteriziraju održana prijateljstva, prekinuta prijateljstva te generalno nepostojanje bliskih prijatelja. Kada se govori o vrsti socijalne podrške, osobe s duševnim smetnjama prepoznale su emocionalnu i informacijsku podršku kao značajnu. Članovi obitelji i stručnjaci se nisu osvrtni na oblike socijalne podrške, već samo na strukturu prijateljske mreže podrške.

Istraživanje Wan-Yuk Harleyja, Boardmana i Craiga (2012.) potvrđuje da, iako je veličina prijateljske mreže osoba s duševnim smetnjama često mala i u prosjeku broji jednog i pol prijatelja, kvaliteta prijateljstva je uglavnom pozitivno i visoko vrednovana. Tako se i u ovom istraživanju pokazalo da održana prijateljstva podrazumijevaju mali krug prijatelja, koji varira između dvije do tri osobe.

Ponderirana sredina veličine mreže prijateljstva za osobe sa psihozom, u istraživanju Palumboa i suradnika (2015.) bila je oko tri i pol prijatelja, s tim da je veći prosjek prijatelja utvrđen kod žena (četiri prijatelja), nego kod muškaraca (oko tri prijatelja). S obzirom na nesrazmjernu proporcionalnost sudionika prema spolu, u ovom istraživanju je teško govoriti o oscilacijama u mreži prijateljske mreže podrške između muškaraca i žena.

Prijatelji s kojima su osobe s duševnim smetnjama i dan danas povezane su pretežito prijatelji iz srednje ili osnovne škole, tako da je riječ o prijateljstvima koja traju duži niz godina, koja su nerijetko nastala prije duševne smetnje. Ovakav podatak je vrlo indikativan s obzirom na to da motivacija i kapacitet za pronalaženje prijateljstava i povezivanje radikalno opadaju nakon dijagnosticiranja i liječenja duševne smetnje. Navedeno potvrđuju i sami rezultati, gdje osobe s duševnim smetnjama potvrđuju kako su se vremenom udaljile od prijatelja i nisu uspjele održati prijateljstvo.

Razlozi su uglavnom vezani uz njihovo zdravstveno stanje i zbog potrebe liječenja, koje je za neke podrazumijevalo odlazak iz prirodne sredine i boravak u određenoj ustanovi. Pandemija COVID-19 je također negativno utjecala na održavanje prijateljskih odnosa. Iz perspektive prijatelja, u istraživanju Branda, Harropa i Elletta (2011.), pronalaze se podaci u kojima prijatelji osoba s duševnim smetnjama navode da su osobe sa psihozama imale negativan emocionalni utjecaj na njih i da je prijateljstvo postalo napornije. Također su izvijestili da je održavanje prijateljstva bilo otežano zbog uočenih promjena u kvaliteti njihovog prijateljstva, uključujući gubitak zajedničkih aktivnosti i manjak zajedničkog vremena.

Nastavno, dio rezultata potvrđuje činjenicu da se i za vrijeme liječenja i uključenosti u programe podrške mentalnog zdravlja također može razviti prijateljstvo. Dakle, u ovom istraživanju se uočava kako su se određeni odnosi iz vršnjačkih poznanstava razvili u prijateljstva. Takva tranzicija podrazumijevala je odnos povjerenja, bliskosti i druženja u slobodno vrijeme, izvan formalnih i organiziranih okvira.

Analiza rezultata istraživanja Boydella, Gladstonea i Stasiulis Crawforda (2002.) otkrila je kontradikcije i paradoks prijateljstva za osobe s duševnim smetnjama. Naime, utvrđena je trajna borba osoba s duševnim smetnjama u vezi potrebe za povezivanjem s prijateljima, ali i obrnuto. Naglašena je potreba za osamom i povlačenjem od drugih. Kontradiktornosti unutar prijateljske mreže podrške osoba s duševnim smetnjama pronađene su i u rezultatima ovog istraživanja, gdje se pronalaze podaci da osobe s duševnim smetnjama uopće nemaju prijatelje niti to percipiraju kao svoju potrebu.

U literaturi je vidljivo da je jedan od razloga za stvaranje distance od drugih osjećaj zabrinutosti osoba s duševnim smetnjama radi potencijalnog preopterećenja tuđim problemima (Boydell, Gladstone i Stasiulis Crawford, 2002.). Dakle, povlačenje iz interakcija s drugima može biti način smanjenja razine stresa i uzbuđenja (Corin i Lauson, 1992.). Svakako, istina je i da mnoge osobe s duševnim smetnjama puštaju da njihova prijateljstva oslabe u relativno dobrim odnosima umjesto da se ponovno pokušaju povezati i riskirati da se atmosfera u odnosu pogorša (Harrop i Trower, 2003., prema Harrop i sur., 2015.).

Kao što je i ranije spomenuto, od sve tri skupine sudionika, samo su osobe s duševnim smetnjama govorile o vrsti podrške koju primaju od strane svojih prijatelja. Tako osobe s duševnim smetnjama emocionalnu podršku doživljavaju kroz razumijevanje od strane prijatelja te kroz zajedničke (telefonske) razgovore. Osjećaj da ih prijatelji razumiju je vrlo važan dio emocionalne podrške jer i sam vodi ka drugom, prepoznatom segmentu, želji i potrebi da se s prijateljima i komunicira. Tako razumijevanje predstavlja osnov za otvoren i podržavajući međusobni razgovor. Kao i kod razgovora s obitelji, isti su se za vrijeme pandemije COVID-19 uglavnom sveli na telefonske pozive.

Kod osoba s duševnim smetnjama i njihovih prijatelja pronalazimo reciprocitet prilikom iniciranja telefonskog razgovora. Ponekad su same osobe s duševnim smetnjama te koje kontaktiraju svoje prijatelje, dok ponekad to prvi učine prijatelji. Učestalost razgovora ovisi o međusobnom odnosu te varira od nekoliko puta na tjedan, dok je kod nekih povremena i rjeđa. Kroz ove oblike emocionalne podrške jasno je kako prijateljstvo pruža prilike za upoznavanje razvojnih potreba za privrženosti, druženjem i emocijama (Hays, 1988., prema Boydell, Gladstone i Stasiulis Crawford, 2002.), ali i kako su povjerenje, intimnost i predanost važni u razvoju i održavanju prijateljstva (Wan-Yuk Harley, Boardman i Craiga, 2012.).

Iako sudionici nisu prepoznali materijalnu i praktičnu podršku prijatelja kao značajnu, zanimljivo je kako su savjete prepoznali kao značajan oblik podrške. Iako postoji dilema jesu li savjeti emocionalni ili informacijski vid podrške, u ovom radu se podržava klasifikacija određenih autora (Bambina, 2007.; McCormack, 2010.; Yao, Zheng i Fan, 2015.), koji savjete smatraju informacijskom podrškom, budući da isti ne moraju nužno imati emocionalni karakter.

Mada, u ovom radu se pokazalo da isti imaju neke elemente emocionalne podrške. Tako savjeti prijatelja često budu više vrednovani od onih dobivenih od strane članova obitelji. „Pružiti ruku kao prijatelj“ znači da osobe s duševnim smetnjama mogu doživjeti uzajamnost, davanje kao i primanje (Boydell, Gladstone i Stasiulis Crawford, 2002.). Shodno tome, u rezultatima pronalazimo i podatke o reciprocitetu kod međusobnog davanja i primanja savjeta između osoba s duševnim smetnjama i njihovih prijatelja. Vjeruje se da davanje savjeta od strane osoba s duševnim smetnjama može podjednako imati pozitivan utjecaj na njihovu dobrobit kao i samo primanje savjeta, budući da na taj način razvijaju svoje socijalne vještine i empatiju, što vodi većem samopouzdanju i pridonosi stabilizaciji psihičkog stanja i oporavku (Štrkalj Ivezić, 2019.).

S obzirom da je socijalna izolacija povezana s lošim ishodima bolesti, pružatelji usluga i organizacije civilnog društva iz područja mentalnog zdravlja trude se problem socijalne izolacije riješiti pružanjem grupne aktivnosti, aktivnosti dnevnih centara i drugih društvenih aktivnosti. Benefiti ovakvih shema prijateljstva je pružanje podrške „jedan na jedan“, što nekome u zajednici može pomoći da razvije socijalnu mrežu i dobije nove izvore socijalne podrške.

Iako u samom istraživanju nije bilo rezultata koji govore o istom, zaključno se procjenjuje značajnim spomenuti praksu koja se pronalazi u stranoj literaturi. Riječ je o konceptu „*befriending*“ to jest „prijateljavanja“, a odnosi se na spajanje neplaćenog volontera, obično nekoga iz opće populacije, s osobom s duševnom smetnjom, sa svrhom redovitog provođenja zajedničkog vremena tijekom dužeg vremenskog razdoblja (Thompson i sur., 2016.).

U istraživanju McCorklea i suradnika (2009.) sudionici istraživanja, osobe s duševnim smetnjama i volonteri, s entuzijazmom su govorili o prednostima stjecanja prijatelja. Mnogi namjerni odnosi produbili su se tijekom nekoliko godina u obostrano korisna prijateljstva. Većina osoba s duševnim smetnjama postala je otvorenija, društvenija i aktivnija, boljeg samopouzdanja i samopoštovanja te boljeg osjećaja vlastite vrijednosti.

5.3. Vršnjačka mreža podrške

U pogledu strukture, iz perspektive osoba s duševnim smetnjama i stručnjaka, vršnjačka mreža podrške podrazumijeva podršku sustanara u ustanovi/organiziranom stanovanju, za osobe koje se aktualno nalaze na liječenju ili su korisnici usluge smještaja ili organiziranog stanovanja te podršku članova grupe podrške, koje osobe s duševnim smetnjama pohađaju. Veličina mreže vršnjačke podrške je vrlo slična veličini prijateljske mreže te u prosjeku broji između dva do tri vršnjaka. Iako, važno je naglasiti da je vrlo značajno razlikovati termin „prijatelji“, u odnosu na termin „vršnjaci“.

Tako vršnjaci, u ovom istraživanju, podrazumijevaju druge korisnike usluga mentalnog zdravlja koji međusobno doprinose oporavku (Davidson i sur., 2012.) i razvijanju bliskosti. Ovakvi odnosi ponekad rezultiraju druženjima i izvan organiziranih sadržaja i stvaranjem novih prijateljstava, o čemu je već ranije bilo riječi, u sklopu prijateljske mreže podrške.

Iako kliničko iskustvo sugerira da je psihoza značajan izazov za održavanje vršnjačkih odnosa, potvrđeno je kako se osobe s duševnim smetnjama međusobno povezuju i stvaraju odnose povjerenja za vrijeme hospitalizacije i boravka u zdravstvenoj ustanovi (Wan-Yuk Harley, Boardman i Craig, 2012.). Dakle, kao značajna podrška za osobe s duševnim smetnjama pokazali su se drugi pacijenti s kojima se sudionici nalaze na liječenju, dijele bolničku sobu ili drugi korisnici s kojima dijele stambeni prostor u sklopu ustanove ili stambene zajednice. Osobe s duševnim smetnjama svoje sustanare opisuju kao dobre osobe, kao i njihov međusobni odnos.

Navedeno potvrđuje i perspektiva stručnjaka koja govori o korektnom i funkcionalnom odnosu podrške. Istraživanje Mahlkea i suradnika (2017.) potvrđuje da osobe koje koriste vršnjačku podršku imaju veći osjećaj razumijevanja, poštovanja i sigurnosti od strane socijalnog okruženja, što su vrlo značajni elementi socijalne integracije. Također, Hodges (2008.) smatra da su oni koji sudjeluju u vršnjačkoj podršci svjesniji usluga u zajednici i češće ih koriste.

Nastavno, podrška članova grupe podrške uglavnom se odnosi na osobe s duševnim smetnjama koje stanuju s članovima obitelji ili samostalno, budući da je riječ o izvaninstitucijskoj usluzi psihosocijalne podrške.

Osobe s duševnim smetnjama pridaju veliki značaj dolascima na grupna okupljanja, jer imaju osjećaj da se mogu osloniti na članove, ali i smatraju da na taj način provode kvalitetnije vrijeme. U pogledu vrste podrške, nema puno dobivenih informacija, osim što su članovi njihovih obitelji prepoznali praktičnu podršku vršnjaka kao značajnu. Neki od stručnjaka također smatraju da podrška među osobama s duševnim smetnjama počiva upravo na kombinaciji navedenih dviju vrsta podrške, kroz stvaranje odnosa povjerenja i zajedničke aktivnosti.

Članovi obitelji praktičnu podršku vršnjaka smatraju najuočljivijom podrškom u vršnjačkoj mreži, koja se manifestira kroz zajedničke aktivnosti. Tako su igranje društvenih ili sportskih igara te odlasci na piće u kafić prepoznati kao zastupljeni oblici praktične podrške. Igranje društvenih/sportskih igara dosad nije bilo spomenuto u obiteljskoj niti prijateljskoj mreži, što vjerujemo da je usko povezano s kontekstom vršnjačke podrške.

Kako se vršnjačka podrška javlja u (izvan)institucijskim okvirima, gdje su osobe s duševnim smetnjama okružene stručnjacima koji facilitiraju određene procese, svakako vjerujemo da su upravo rekreacijski sadržaji te tematske društvene igre jedan od načina na koji su stručnjaci imali intenciju povezati osobe s duševnim smetnjama.

Nastavno, da se za osobe s duševnim smetnjama odlazak u kafić na kavu ili kakvo drugo piće smatra značajnom praktičnom podrškom, ponovno je potvrđeno i u sklopu vršnjačke mreže. Vršnjaci su posebno istaknuti u tranziciji, budući da je njihova podrška usmjerena na neke od glavnih izazova vezanih uz preseljenje u okruženje zajednice nakon duljeg boravka u ustanovama. Ti izazovi uključuju stigmatu, marginalizaciju i socijalnu izolaciju te samoučinkovitost (Davidson i sur., 1995., prema Kidd i sur., 2021.).

Integriranje vršnjačke podrške u proces planiranog otpusta povezana je s poboljšanjima u socijalnim aspektima kvalitete života, smanjenjem korištenja usluga hitne službe te smanjenjem stope ponovne hospitalizacije (Forchuk i sur., 2007.).

S jedne strane, postoje rezultati meta-analize Chinmana i suradnika (2014.), koja utvrđuje da vršnjačka podrška pozitivno djeluje na cjelokupni oporavak osoba s duševnim smetnjama te da smanjuje mogućnost ponovne hospitalizacije.

Studije Maulika, Eatona i Bradshawa (2010.) i Landersa i Zhou (2011.) također pokazuju pozitivan odnos između vršnjačke podrške i stabilizacije zdravstvenog stanja, posebice za osobe koje su novouključene u programe mentalnog zdravlja.

S druge strane, Lloyd-Evans i suradnici u svojoj meta-analizi, također iz 2014. godine, došli su do podataka da vršnjačka podrška nije povezana s pozitivnim učincima hospitalizacije ili općenito sa simptomima duševne smetnje. Stoga, predlaže se da se daljnji programi vršnjačke podrške provode u sklopu kvalitetnih istraživačkih projekata, budući da nedostaci u provođenju i izvještavanju o postojećim programima predstavljaju primjer poteškoća u evaluaciji složenih intervencija.

Nastavno, u meta-analizi Ewensa i suradnika (2020.) nisu pronađeni jasni dokazi da vršnjačka podrška sa standardnom skrbi radi bilo kakvu razliku u ishodima za osobe s duševnim smetnjama, osobito po pitanju prijema u bolnicu, generalnog funkcioniranja i smrtnosti.

Zaključno, pronađeni su ograničeni dokazi iz manjih istraživanja u kojima je vršnjačka podrška bila korištena za poticanje nade, osnaživanja, oporavka i samouvjerenosti. Stoga, iako je obećavajuća intervencija, vršnjačka podrška kao samostalna, prijelazna intervencija ima malo dokaza o svojoj učinkovitosti pa su potrebna dodatna istraživanja kako bi se ispitala njezina učinkovitost (Tyler, Wright i Waring, 2019.).

5.4. Susjedska mreža podrške

Susjedska mreža podrške se također našla na popisu neformalne mreže podrške osoba s duševnim smetnjama. Iako, prema dobivenim podacima, ista nije ni približno razvijena kao sve dosad spomenute mreže. Shodno tome, susjedsku mrežu podrške osoba s duševnim smetnjama karakterizira generalna nepovezanost sa susjedima, koja podrazumijeva manire međusobnog pozdravljanja prilikom susreta. Zanimljivo je kako je susjedska mreža spomenuta isključivo od strane osoba s duševnim smetnjama, dok članovi obitelji i stručnjaci nisu spomenuli susjede kao dio mreže neformalne podrške.

Shodno istraživanju Tsujia (2014.), vidljivo je da rezultati ovog istraživanja potvrđuju kako susjedska mreža podrške osoba s duševnim smetnjama ostaje u okvirima najniže instance, koju karakterizira isključivo minimalna razina komunikativnosti. Unatoč tome što su osobe s duševnim smetnjama okružene susjedima u svom mikrookruženju, susjedski odnosi se nisu dublje razvijali.

U istraživanju Kriegela i suradnika (2019.) je također potvrđeno da osobe s duševnim smetnjama imaju slabije razvijene odnose sa susjedima, što rezultira većim osjećajem usamljenost i nižom razinom povezanosti u zajednici. Osim nerazvijenih socijalnih vještina i povlačenja iz socijalnog okruženja, čemu su osobe s duševnim smetnjama sklone, razloge nerazvijenosti susjedskih odnosa pronalazimo i od strane susjeda. Iz perspektive susjeda pronalaze se podaci koji govore o doživljajima zastrašujućeg ponašanja i komplikacija u kontaktu s osobama s duševnim smetnjama. Takvo iskustvo susjede dovodi u poziciju stvaranja veće nesigurnosti i straha, što rezultira distanciranjem i isključivanjem osoba s duševnim smetnjama (Granerud i Severinsson, 2003.).

S druge strane, u istraživanju Suka, Yamauchija i Sugimorija (2015.) vidljivo je da su susjedstva s komunikativnom atmosferom i posjedovanjem odgovarajuće zdravstvene pismenosti potvrđena kao olakšavajući čimbenik za razmjenu neformalnih i formalnih oblika podrške za osobe s duševnim smetnjama. Nastavno, u studiji koja je ispitivala integraciju osoba s duševnim smetnjama (Prince i Gerber, 2005.), rezultati su pokazali da su interakcije sa susjedima povezane s osjećajem pripadnosti zajednici, što ukazuje da pozitivne interakcije pomažu osobama s duševnim smetnjama u razvijanju veza sa svojom zajednicom. Shinn i Toohey (2003., prema Elgin, 2010.) također sugeriraju da neformalne socijalne veze sa susjedima djeluju na ublažavanje negativnih učinaka straha i nepovjerenja.

5.5. Generalni doživljaj socijalne podrške

Kao što je spomenuto na početku, završni dio rasprave posvećen je generalnom doživljaju osoba s duševnim smetnjama, članova njihovih obitelji i stručnjaka o neformalnoj mreži socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama. Razumijevanje što socijalna podrška znači za osobe s duševnim smetnjama i kako ona funkcionira omogućuje učinkovitiju procjenu socijalne podrške i intervencija za osobe s duševnim smetnjama (Chronister, Chou i Liao, 2013.). Stoga, u nastavku se diskutiraju doživljaji pozitivnog utjecaja podrške na psihofizičko zdravlje osoba s duševnim smetnjama, najznačajniji aspekti socijalne podrške, ali i prepoznati nedostaci u okvirima iste.

Bliski društveni odnosi i podrška povezani su s tijekom i ishodom duševne smetnje (Brugha, 1995.; Turner, 1999., prema Mueller i sur., 2006.). Psihološka podrška koju pružaju neformalne mreže pokazala se značajna u sprječavanju ponovne hospitalizacije (Guzman-Parra i sur., 2018.), a pojedinci koji primaju podršku i brigu iz svojih obiteljskih mreža imaju bolju prognozu i bolju kvalitetu života (Chronister, Chou i Liao, 2013.; Pharoah i sur., 2010., prema Sin i sur., 2016.). Tako osobe s duševnim smetnjama i članovi njihovih obitelji smatraju da socijalna podrška pozitivno djeluje na svakodnevno funkcioniranje osoba s duševnim smetnjama. Osim utjecaja na funkcionalnost, osobe s duševnim smetnjama potvrđuju kako socijalna podrška utječe pozitivno i na njihovo zdravstveno stanje, što je, dakako, usko povezano sa samom funkcionalnošću.

U duhu pozitivne percepcije, o najznačajnijim aspektima socijalne podrške govorile su isključivo osobe s duševnim smetnjama. Tako su za njih razumijevanje, skladan odnos i oslonac te dobra komunikacija s članovima mreže podrške prepoznati kao najznačajniji aspekti u okvirima neformalne mreže podrške. Gotovo svi navedeni aspekti mogu biti svedeni pod emocionalnu socijalnu podršku.

Emocionalna podrška pokazala se najznačajnijom vrstom podrške (MacGeorge, Feng i Burleson, 2011.; Siewert i sur., 2011.) te se pokazala važnom u predviđanju zdravstvenog stanja osoba s duševnim smetnjama (Yan i Tan 2014.). Zanimljivo je naglasiti kako su određeni oblici emocionalne podrške u ovom istraživanju također percipirani kao najznačajniji aspekti socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama.

S druge strane, emocionalna podrška biva prepoznata i kao jedan od nedostataka unutar iste. Nedostatak emocionalne podrške nije bio prepoznat samo od strane osoba s duševnim smetnjama, već i od stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja. Osobe s duševnim smetnjama smatraju da članovi njihovih obitelji ne pokazuju adekvatno emocionalnu podršku, dok stručnjaci više govore o smanjenom intenzitetu i učestalosti emocionalne podrške.

Unatoč rezultatima istraživanja koji su pokazali prisutnost emocionalne podrške od strane članova obitelji, prijatelja i vršnjaka, očito je emocionalna podrška esencijalna ljudska potreba koja zahtjeva kontinuiranu nadogradnju, prisutnost i proširivanje u što veći broj oblika. U istraživanju Kilbournea i suradnika (2007.) sudionici, osobe s duševnom smetnjom, percipiraju ograničenu emocionalnu podršku, koja se manifestira na način da se nemaju s kim podružiti i opustiti, nemaju se kome obratiti za pomoć kad su bolesni i nemaju nekoga s kime bi razmjenjivali ljubav. Također, u istraživanju Chronistera, Choua i Liaoa (2013.) pronalaze se podaci kako je većina sudionika izvijestila o niskim razinama emocionalne i praktične podrške. Navedeno djelomično podupire rezultate ovog istraživanja o percipiranoj, nedovoljnoj emocionalnoj podršci iz perspektive osoba s duševnim smetnjama i stručnjaka.

Članovi mreže podrške osoba s duševnim smetnjama često potvrđuju da su neizvjesnost, dvosmislenost i nepredvidivost glavne brige koje utječu na odnos i ponašanje spram osoba s duševnim smetnjama. Tako i nalazi Thompsona, Pulidoa i Cabana (2020.) potvrđuju ideju da je jedan od razloga pružanja manje i nekvalitetnije podrške od strane članova obitelji njihova nesigurnost o duševnim smetnjama. Tako je navedena nesigurnost negativno povezana s podržavajućom komunikacijskom učinkovitošću, jer ne znaju što reći ili učiniti, a da može biti od pomoći osobama s duševnim smetnjama.

Nastavno, i u ovom istraživanju se pronalaze rezultati u kojima stručnjaci govore o nedostatnoj komunikaciji između osoba s duševnim smetnjama i članova njihovih obitelji, unatoč tome što rezultati pokazuju da su, u okvirima obiteljske mreže podrške, (telefonski) razgovori osoba s duševnim smetnjama i članova obitelji prepoznati kao značajan vid emocionalne podrške.

Očito je ovdje riječ, kao i kod prepoznatog nedostatka emocionalne podrške, o potrebitom intenzitetu i kontinuitetu koji varira od osobe do osobe, jer i druge studije (Shankar i Muthuswamy, 2007.; Bengtsson-Tops i Hansson, 2001., prema Kaufman i sur., 2010.; Haselden i sur., 2018.) pokazuju da čak 90% osoba s duševnim smetnjama, koje aktualno ne borave s obitelji, ostaje u redovitom kontaktu.

Iako, osobe s duševnim smetnjama su u kontekstu nedostataka govorile o nedovoljno razvijenoj svijesti o podršci koja im stoji na raspolaganju, što je također usko povezano s njihovom generalnom percepcijom i procjenom podrške. Ovaj nalaz vrlo je zanimljiv u svojoj kontradiktornosti jer govori da su osobe s duševnim smetnjama svjesne da ponekad nisu svjesne podrške koju mogu ostvariti iz svoje okoline. Na tragu navedenog je i mišljenje članova obitelji koji tvrde da osobe s duševnim smetnjama ne koriste svu podršku koja im stoji na raspolaganju. U rezultatima istraživanja, zbog oskudnih odgovora, ne pronalaze se obrazloženja za isto, iako bi se isto dalo povezati s nedostatkom socijalnih vještina koje facilitiraju sveukupan proces socijalne podrške, od prepoznavanja, traženja, sve do primanja i davanja.

Također, značajno je spomenuti kako Pickens (2003.) u svom istraživanju podupire ideju da osobe s duševnim smetnjama imaju višestruke društvene odnose koji nisu lako uočljivi stručnjacima iz područja mentalnog zdravlja ili nisu dovoljno identificirani uporabom kvantitativne metode istraživanja, što bi također mogao biti slučaj i u ovom istraživanju.

Vrlo usko povezano s emocionalnom podrškom, stručnjaci, ali i članovi obitelji, kod osoba s duševnim smetnjama prepoznaju nedostatak u pogledu stvaranja i održavanja (emocionalne) romantične veze. Rezultati pokazuju kako većina osoba s duševnim smetnjama nije bila u prilici započeti romantičnu vezu, dok je manji broj prethodno bio u romantičnoj vezi, koja se nije uspjela održati te je završila prekidom ili razvodom braka. Partneri za osobe s duševnim smetnjama predstavljaju jedinstven i značajan doprinos u socijalizaciji, unatoč čestoj kratkotrajnosti veza i niskoj razini intimnosti unutar iste (Simon, Aikins i Prinstein, 2008.). Stoga, stručnjaci u ovom istraživanju procjenjuju da bi takva veza imala pozitivne efekte na kvalitetu života osoba s duševnim smetnjama.

Zaključno, muškarci, osobe s duševnim smetnjama, u studiji Wan-Yuk Harley, Boardman i Craig (2012.) prijavljuju više razine nepovjerenja, veći strah od intimnosti i niže razine emocionalne predanosti nego žene. Iako, i kod žena s duševnom smetnjom, strah od intimnosti je češći od onog zabilježenog u općoj populaciji. Negativna iskustva na spojevima su prepoznata kao najjači prediktori depresije i suicidalnosti kod mladih ljudi (Joyner i Udry, 2000.), što nije iznenađujuće budući da takva iskustva nerijetko uključuju neželjenu trudnoću, spolno prenosive bolesti, tjelesno i emocionalno nasilje od partnera (Silverman, Mucci i Hathaway, 2002., prema Harrop i sur., 2015.).

6. OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Pri tumačenju rezultata svakako treba uzeti u obzir određena ograničenja koja su se pojavila tijekom istraživačkog procesa.

Ograničenja u pogledu uzorka odnose se na proces odabira sudionika. Istraživač nije samostalno birao sudionike, nego se prilikom odabira sudionika oslonio na ekspertizu kolega, socijalnih radnika, iz ciljanih ustanova. Iako je navedeni princip bio u skladu s nacrtom i planom istraživanja, isto otvara pitanje jesu li zaista odabrani sudionici bili najbolji informatori za temu istraživanja.

Ograničenja u pogledu pronalaska sudionika su se također odnosila na formiranje trijade, gdje je bila potrebna istovremena suglasnost troje ljudi (osobe s duševnom smetnjom, njezinog člana obitelji i stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja koji je upoznat sa zdravstvenim stanjem i funkcioniranjem osobe s duševnom smetnjom), što je zahtijevalo više vremena za prikupljanje suglasnosti, ali i samu organizaciju provedbe.

Nastavno, iako je planirano provesti trideset šest intervjua (točnije dvanaest trijada), s jednom trijadom intervjui nisu provedeni. Razlozi se pronalaze u dinamici i koordinaciji u datoj ustanovi, koji su rezultirali nepronalaskom zainteresiranih sudionika. Iako je postignuto teorijsko zasićenje, vjeruje se da bi još jedan set odgovora dodatno obogatio rezultate istraživanja, obzirom na oskudnije odgovore sudionika.

Nadalje, još jedno odstupanje od planiranog, koje se može promatrati kao ograničenje, je provedba intervjua putem telefona s članovima obitelji, umjesto provedbe uživo. Razlozi za ovakvo postupanje su bili uzrokovani geografskom udaljenošću, ali i pandemijskim razlozima. Ovakav pristup onemogućio je uvid u vizualni identitet i neverbalnu komunikaciju sudionika.

Protokol intervjua nije bio pilotiran, a moguće je da bi pilotiranje imalo pozitivan utjecaj u cjelokupnom istraživačkom procesu. Unatoč jasnoći pitanja, sve tri skupine sudionika su davale vrlo oskudne odgovore, što je zahtijevalo dodatna potpitanja.

Članovi obitelji su tijekom intervjua koristili priliku za „ventiliranje“, što je potencijalno utjecalo na njihovo emocionalno stanje i manju razgovorljivost u nastavku intervjua.

U kontekstu teme, od strane osoba s duševnim smetnjama i članova njihovih obitelji, došlo je do pozitivnog vrednovanja stručnjaka kao pružatelja podrške te ustanove čiji su korisnici, iako je u istraživanju bilo riječi o neformalnoj podršci. Ovakve socijalno poželjne komentare/odgovore povezujemo s pozicijom istraživača, koji je također jedan od stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja.

Istraživanje je provedeno na širem riječkom području pa se dovodi u pitanje njegova podudarnost s istraživanjem na području Grada Zagreba, gdje postoji znatno veći broj usluga u zajednici, nego u manjim sredinama, gdje je pak razvijenost usluga mentalnog zdravlja manja, a kohezija među stanovništvom veća. Također, ostaje upitno koliko se rezultati mogu odnositi na one osobe s duševnim smetnjama koje aktualno nisu u procesu liječenja niti su obuhvaćene bilo kakvim drugim (izvan)institucijskim tretmanom.

7. ZNANSTVENI I STRUČNI DOPRINOS ISTRAŽIVANJA

Znanstveni doprinos istraživanja ogleda se u novim spoznajama o percepciji neformalne mreže socijalne podrške.

Uvid u stanje percipirane/stvarne socijalne podrške, u značenje koje socijalna podrška ima za osobe s duševnim smetnjama, ali i same specifične potrebe osoba s duševnim smetnjama u pogledu vrste, intenziteta i izvora podrške, mogu značajno utjecati na pronalaženje konsenzusa oko definiranja koncepta socijalne podrške.

Također, značaj koji su osobe s duševnim smetnjama pridale neformalnoj mreži podrške te njezinom pozitivnom utjecaju na kvalitetu njihova života, vidi se kao doprinos socijalnom modelu invaliditeta, gdje se mreža podrške može koristiti kao mehanizam društva koji pozitivno utječe na položaj osoba s duševnim smetnjama u društvu. Ovakav princip je univerzalno primjenjiv i na druge osobe s invaliditetom, ne samo na osobe s duševnim smetnjama.

Nastavno, ovo istraživanje predstavlja značajan doprinos promociji kvalitativnih istraživanja, jer omogućuje uvide u sasvim nove dimenzije koncepta socijalne podrške, čijoj kvaliteti doprinose perspektive osoba s duševnim smetnjama, članova njihovih obitelji te stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja.

Značajno je istaknuti da je ovo istraživanje rijetko, ako ne i prvo, kvalitativno istraživanje na temu neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama u Republici Hrvatskoj. Stoga predstavlja značajan temelj za daljnja istraživanja na ovu temu i daje mogućnost za izradu novih instrumenata za kvantitativna istraživanja. Istraživanje je doprinos i već postojećim, stranim istraživanjima koja imaju slične rezultate.

Doprinos modelu ljudskih prava prepoznaje se kroz participacijsko istraživanje koje je omogućilo neposredno sudjelovanje osoba s duševnim smetnjama u istom te naglasak koji je dan njihovoj perspektivi neformalne mreže socijalne podrške.

Razumijevanje specifičnih potreba socijalne podrške među osobama s duševnim smetnjama može pomoći pružateljima usluga mentalnog zdravlja u kreiranju i realizaciji stručnih intervencija. Tako u pogledu socijalnog rada u zdravstvu, ovakvi rezultati potvrđuju značaj formalne podrške koja je neophodna za osnaživanje neformalnih izvora podrške.

Stoga se grupe podrške, ali i psihoedukacijske grupe za članove obiteljske mreže podrške, percipiraju kao značajne formalne intervencije stručnjaka koje treba negovati u (izvan)institucijskim oblicima skrbi za osobe s duševnim smetnjama. Također, značajnim bi bilo razmotriti mogućnosti za uključivanjem prijatelja osoba s duševnim smetnjama u ovakve oblike podrške. Edukacije o socijalnim vještinama, ali s praktičnom primjenom, vide se također kao vrlo značajna intervencija usmjerena na osobe s duševnim smetnjama s ciljem jačanja njihovih kapaciteta za uspostavljanje novih i održavanje već postojećih izvora podrške.

U pogledu socijalnog rada u zajednici, obzirom na prepoznatu nerazvijenost prijateljske mreže podrške, otvara se mogućnost kreiranja novih oblika socijalnih usluga u lokalnoj zajednici, poput koncepta „*befriendinga*“. Ovakav koncept može postati potencijalni put ponovne integracije u zajednicu i promicanja stabilnog oporavka osoba s duševnim smetnjama. Stoga, značajno je razmotriti potrebe, mogućnosti i kapacitete nekih lokalnih zajednica u Republici Hrvatskoj za razvoj navedenog koncepta.

Shodno svemu navedenom, znanstveni doprinos ovog istraživanja ogleda se u promociji istraživanja u kojima su sudionici osobe s duševnim smetnjama i promociji istraživanja o socijalnom modelu invaliditeta koji u fokus stavlja prepreke i ograničenja s kojima se osobe s duševnim smetnjama suočavaju. Zaključno, istraživanje generalno doprinosi promociji kvalitativnih istraživanja u socijalnom radu u zdravstvu, promociji perspektive obitelji osoba s duševnim smetnjama u znanstvenim istraživanjima te služi kao inspiracija za niz stručnih intervencija u području socijalne skrbi i zdravstva.

8. ZAKLJUČAK

Istraživanje neformalne mreže socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama, koje je provedeno iz tri različite perspektive- korisničke, obiteljske i stručne, dalo je značajne uvide u sadržaj, veličinu i strukturu iste.

Mreža neformalne socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama se sastoji od obiteljske, prijateljske i vršnjačke mreže podrške te susjedske mreže podrške. Dakle, mrežu neformalne podrške osoba s duševnim smetnjama čine četiri različite mreže, unutar kojih se pronalazi nekolicina osoba koje predstavljaju izvor socijalne podrške.

Obiteljska mreža, koja se svakako pokazala kao najzastupljenija u životima osoba s duševnim smetnjama, uglavnom se sastoji od članova uže obitelji, poput roditelja, braće i sestara. Kod mlađih sudionika bili su spomenuti djedovi i bake, dok su supružnici i djeca vrlo rijetko zastupljeni. Također, od članova šire obitelji, naglasak je stavljen uglavnom na tetke i ujake te eventualno njihovu djecu.

U pogledu vrste podrške koja se pronalazi u sklopu obiteljske mreže, može se reći da su zastupljeni gotovo svi oblici. Emocionalnoj podršci od strane članova obitelji se dalo najviše značaja, a prepoznaje se kroz međusobne razgovore, riječi utjehe i osjećaj razumijevanja. Također, perspektiva članova obitelji i stručnjaka ukazuje da emocionalnu podršku čini i pokazivanje interesa i brige te participacija članova obitelji na grupama psihosocijalne podrške.

Materijalna podrška se pokazala vrlo značajna za osobe s duševnim smetnjama jer znatno utječe na kvalitetu života i standard osoba s duševnim smetnjama, koje su nerijetko nezaposlene i bez prihoda. Oblici u kojima je prepoznata su džeparci, paketi koje im obitelj šalje te kupnja određenih potrepština, poput odjeće, cigareta, lijekova i slično.

Nadalje, može se zaključiti kako, uglavnom, ženski članovi obitelji pripremaju gotove obroke osobama s duševnim smetnjama. Također, praktična, a dijelom i materijalna podrška, prepoznaje se i kroz zajedničke aktivnosti, poput odlaska u restoran na ručak ili u kafić na kavu. Članovi obitelji često pomažu osobama s duševnim smetnjama i u raspolaganju novcem, radi preveniranja neracionalnog trošenja uslijed pogoršanja zdravstvenog stanja.

Informacijska podrška nije bila značajnije prepoznata, osim da članovi obitelji služe kao informatori o događanjima u svijetu onim osobama koje su trenutno na liječenju ili koriste uslugu smještaja/organiziranog stanovanja, a nemaju adekvatan doticaj s vanjskim svijetom.

Govoreći o socijalnoj podršci, značajno je naglasiti i kako ishodi pružanja/primanja iste nisu uvijek pozitivni. Stoga, članovi obitelji su se osvrnuli na negativne reakcije osoba s duševnim smetnjama na socijalnu podršku, koje podrazumijevaju odbijanje obiteljske podrške te dovode do negativne percepcije određenih članova obitelji.

U kontekstu obiteljske podrške pronalaze se podaci o reciprocitetu davanja/primanja socijalne podrške. Tako osobe s duševnim smetnjama, osim što primaju podršku od članova svojih obitelji, u skladu sa svojim mogućnostima, nastoje biti pružatelji iste. Pokazivanje interesa i poštovanja, davanje komplimenata i zahvala te međusobni razgovori s članovima obitelji prepoznati su vidovi emocionalne podrške koju osobe s duševnim smetnjama daju svojim članovima obitelji.

Praktičnu podršku pokazuju kroz obavljanje poslova u domaćinstvu. Zanimljivo je bila jedna sasvim nova kategorija praktične podrške koju su opisale osobe s duševnim smetnjama, a to je podrška koja je adresirana braći i sestrama osoba s duševnim smetnjama, a odnosi se na čuvanje i okupaciju njihove djece. Osim praktične svrhe, ovakva podrška ima i emocionalni karakter koji omogućuje osobama s duševnim smetnjama razvoj identiteta ujaka/tetke. Ono gdje osobe s duševnim smetnjama nemaju prostora za pružanje podrške, zbog svoje loše ekonomske pozicije, jest materijalni segment.

U kontekstu prijateljske mreže podrške, opaža se da ista nije ni približno razvijena kao obiteljska te da njezina zastupljenost ima dvojaki karakter. S jedne strane, prijateljska mreža podrazumijeva održana prijateljstva od prosječno dva do tri prijatelja, dok se, s druge strane, pronalaze podaci o nedostatku prijatelja i neodrživosti nekadašnjih prijateljstava.

Dobrobiti prijateljske mreže se uglavnom vide kroz emocionalnu i informacijsku podršku, koje podrazumijevaju razgovore i davanje savjeta, a koji se temelje na međusobnom razumijevanju.

Vršnjačka podrška, koju čine sustanari u ustanovi/organiziranom stanovanju ili članovi grupe podrške, koju osoba s duševnim smetnjama pohađa, također je percipirana kao značajna u emocionalnom i praktičnom smislu. Osobe s duševnim smetnjama ističu da je razgovor s vršnjacima vrlo važan za njihov oporavak, dok članovi obitelji vide značaj u povezivanju osoba s duševnim smetnjama kroz različite društvene aktivnosti.

Susjedska mreža podrške je zastupljena u životima osoba s duševnim smetnjama, ali na vrlo površnoj razini, budući da isključivo podrazumijeva pozdravljanje susjeda prilikom susreta, bez dublje povezanosti.

O drugim mrežama podrške, poput mreže podrške kolega/suradnika, članova određene vjerske/civilne organizacije i slično, nije bilo riječi, što govori o oskudnosti socijalne mreže osoba s duševnim smetnjama i njihovu položaju u društvu.

Unatoč maloj socijalnoj mreži, osobe s duševnim smetnjama pozitivno vrednuju socijalnu podršku u svojim životima, smatrajući da ima značajan utjecaj na njihovo zdravlje i psihosocijalno funkcioniranje. Poseban značaj pridali su osjećaju razumijevanja od strane drugih, skladnom odnosu i komunikaciji s drugima, ali su progovorili i o nedostacima u okvirima socijalne podrške. Tako smatraju da je emocionalna podrška nedostatna, kao i komunikacija s članovima obitelji. Nastavno, smatra se da im nedostaje svijesti o raspoloživoj podršci te da ista nije u potpunosti iskorištena. Nedostatak romantične (emocionalne) veze je također jedan poseban segment u životima osoba s duševnim smetnjama koji se pokazao vrlo značajnim za kvalitetu života, a koji je većini ostao nepoznanica.

Sveukupno sagledavši dobivene informacije, svakako se može zaključiti da je neformalna socijalna podrška značajna u životima osoba s duševnim smetnjama. Stoga se određenim formalnim intervencijama mogu osnažiti članovi neformalnih mreža podrške, ali i same osobe s duševnim smetnjama, u svrhu stvaranja što većeg raspona mreža podrške te intenzivnije i spontanije razmjene socijalne podrške. Ovakav bi pristup zasigurno imao pozitivan utjecaj na kvalitetu života osoba s duševnim smetnjama u društvu.

9. LITERATURA

1. Abberly, P. (1987). The concept of oppression and the development of a social theory of disability. *Disability, Handicap and Society*, 2(1), str. 5-19.
2. Abraham, K. i Aldridge, J. (2010). *The mental well-being of young carers in Manchester*. Manchester: Young Carers Research Group with Manchester Carers Forum and Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS)
3. Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, W. i Mortensen, P. (2004). Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61, str. 28-33.
4. Akbari, M., Alavi, M., Irajpour, A., Maghsoudi, J., Lopez, V. i Cleary, M. (2018). Support needs for family caregivers of clients with mental illness in Iran: A qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing*, str. 1-8.
5. Aldersey, H.M. i Whitley, R. (2015). Family influence in recovery from severe mental illness. *Community Mental Health J*, 51, str. 467-476.
6. Aldridge, J. (2006). The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Review*, 15, str. 79-88.
7. Aldridge, J. (2018). Where are we now? Twenty-five years of research, policy and practice on young carers. *Critical Social Policy*, 38(1), str. 155-165.
8. Aldridge, J. i Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, parents and professionals*. Bristol: Policy Press.
9. Almquist, Y.B., Landstedt, E. i Hammarstrom, A. (2016). Associations between social support and depressive symptoms: Social causation or social selection-or both? *The European Journal of Public Health*, 60, str. 120–126.
10. Anderson-Watts, R. (2008). Recognizing our dangerous gifts: Applying the social model to individuals with mental illness. *12 MSU Journal of Medicine and Law*, str. 141-161.
11. Angermeyer, M.C. i Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, str. 304-309.

12. Arboleda-Florez, J. i Stuart, H. (2012). From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), str. 457-63.
13. Aschbrenner, K.A., Greenberg, J.S., Allen, S.A. i Seltzer, M.M. (2010). Subjective burden and personal gains among older parents of adults with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 61(6), str. 605-611.
14. Aschbrenner, K.A., Mueser, K.T., Naslund, J.A., Gorin, A.A., Kinney, A., Daniels, L. i Bartels, S. (2016). Feasibility study of increasing social support to enhance a healthy lifestyle intervention for individuals with serious mental illness. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 7(2), str. 289-313.
15. Austin, Z. i Sutton, J. (2014). Qualitative research: Getting started. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 67(6), str. 436-440.
16. Balaž Gilja, A. (2021). Siromaštvo i socijalna isključenost osoba s duševnim smetnjama. *Socijalne teme*, 1(8), str. 115-134.
17. Bambina, A. (2007). *Online social support: The interplay of social networks and computer-mediated communication*. Cambria Press.
18. Barnes, C. (1991). *Disabled people in Britain and discrimination: A case for anti-discrimination legislation*. London: Hurst in association with the British Council of Organisations of Disabled People.
19. Beckers, T., Koekkoek, B., Tiemens B. i Hutschemaekers, G. (2020). Measuring social support in people with mental illness: A quantitative analysis of the social network map. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(10), str. 916-924.
20. Beckers, T., Maassen, N., Koekkoek, B., Tiemens, B. i Hutschemaekers, G. (2022). Can social support be improved in people with a severe mental illness? A systematic review and meta-analysis. *Current Psychology*, str. 1-12.
21. Bektić Hodžić, J. (2015). *Etički standardi u liječenju oboljelih od psihičkih poremećaja*. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet: Diplomski rad.
22. Bengtsson-Tops, A. i Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community: Relationship to

sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, str. 67-77.

23. Beresford, P., Nettle, M. i Perring, R. (2010). *Towards a social model of madness and distress? Exploring what service users say*. York: Joseph Rowntree Foundation.
24. Berghs, M., K. Atkin, C. Hatton i Thomas, C. (2019). Do disabled people need a stronger social model: A social model of human rights? *Disability & Society* 34(7-8), str. 1034-1039.
25. Berk, L., Jorm, A.F., Kelly, C.M., Dodd, S. i Berk, M. (2011). Development of guidelines for caregivers of people with bipolar disorder: A Delphi expert consensus study. *Bipolar Disorders*, 13(5-6), str. 556-570.
26. Berkman, L., Kawachi, I. i Glymour, M. (2014). *Social epidemiology*. Oxford University Press.
27. Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. i Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51(6), str. 843-57.
28. Bhanushali, K. (2007). *Changing face of disability movement: From charity to empowerment*. Posjećeno dana 25.01.2022. na mrežnoj stranici: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=965999
29. Bitter, N., Roeg, D., van Nieuwenhuizen, C. i van Weeghel, J. (2020). Recovery in supported accommodations: A scoping review and synthesis of interventions for people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 56, str. 1053-1076.
30. Blake-Holmes, K. (2019). Young adult carers: Making choices and managing relationships with a parent with a mental illness. *Advanced in Mental Health*, 18(2), str. 230-240.
31. Bowling, A. (1994). Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 6, str. 41-58.

32. Bowman, S., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., McGorry, P. i Howie, L. (2015). Forgotten family members: The importance of siblings in early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(3), str. 269-273.
33. Boydell, K.M., Gladstone, B.M. i Stasiulis Crawford, E. (2002). The dialectic of friendship for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), str. 123-131.
34. Brand, R.M., Harrop, C. i Ellett, L. (2011). What is it like to be friends with a young person with psychosis? A qualitative study. *Psychosis*, 3, str. 205-215.
35. Brandow, C., Swarbrick, M. i Nemeč, P. (2019). Rethinking the causes and consequences of financial wellness for people with serious mental illnesses. *Psychiatric Services*, 71(1), str. 1-3.
36. Braun, V. i Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), str. 77-101.
37. Britvić, D. (2019). Socijalne, psihološke i biološke odrednice mentalnog zdravlja i utjecaj stresa. U D. Britvić i S. Štrkalj Ivezić (Ur.), *Mentalno zdravlje u zajednici* (str. 11-28). Sveučilište u Splitu: Medicinski fakultet.
38. Brock, R.L. i Lawrence, E. (2009). Too much of a good thing: Underprovision versus overprovision of partner support. *Journal of Family Psychology*, 23(2), str. 181-192.
39. Brugha, T.S. (1995). Social support and psychiatric disorder: Overview of evidence. U T.S. Brugha (Ur.), *Social Support and Psychiatric Disorder- Research findings and guidelines for clinical practice*. Cambridge University Press.
40. Buder, S. i Perry, R. (2021). *The social model of disability explained*. Posjećeno dana 27.10.2021. na mrežnoj stranici: <https://www.thesocialcreatures.org/thecreaturetimes/the-social-model-of-disability>
41. Buljevac, M. (2014). *Stigma intelektualnih teškoća- perspektive članova obitelji*. Sveučilište u Zagrebu, Pavni fakultet, Studijski centar socijalnog rada: Doktorski rad.
42. Capron, A.M. (1989). Human experimentation. U R.M. Veatch (Ur.), *Medical ethics* (str. 125-172). Boston: Jones & Bartlett.

43. Cechnicki, A., Bielańska, A., Hanuszkiewicz, I. i Daren, A. (2013). The predictive validity of expressed emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 47(2), str. 208-214.
44. Chataika, T. (2019). Introduction: Critical connections and gaps in disability and development. U T. Chataika (Ur.), *The Routledge Handbook of Disability in Southern Africa* (str. 3-13). London: Routledge
45. Chatters, L.M., Nguyen, A.W., Taylor, R.J. i Hope, M.O. (2018). Church and family support networks and depressive symptoms among African Americans: Findings from The national survey of american life. *Journal of Community Psychology*, 46(4), str. 403-417.
46. Chinman, M., George, P., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose, S.S., Swift, A. i Delphin-Rittmon, M.E. (2014). Peer support services for individuals with serious mental illnesses: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65, str. 429-441.
47. Chou, C.C. i Chronister, J. (2012). Social tie characteristics and psychiatric rehabilitation outcomes among adults with serious mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 55, str. 92-102
48. Chronister, J., Chou, C.C. i Liao, H.Y. (2013). The role of stigma coping and social support in mediating the effect of social stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 40(5), str. 582-600.
49. Chronister, J., Chou, C.C., Kwan, K.L.K., Lawton, M. i Silver, K. (2015). The Meaning of social support for persons with serious mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 60(3), str. 232-245.
50. Chronister, J., Fitzgerald, S. i Chou, C.C. (2021). The Meaning of social support for persons with serious mental illness: Family member perspective. *Rehabilitation Psychology*, 66(1), str. 87-101.
51. Clapton, J. i Fitzgerald J. (2010). *The History of Disability: A history of "otherness."* Posjećeno dana 27.10.2021. na mrežnoj stranici: <http://www.ru.org/human-rights/the-history-of-disability-a-history-of-otherness.html>

52. Clark, R.E. (2001). Family support and substance use outcomes for persons with mental illness and substance use disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), str. 93-101.
53. Cochran, M. i Walker, S.K. (2005). Parenting and personal social networks. U T. Luster i L. Okagaki (Ur.), *Parenting An Ecological Perspective*. Second edition. Lawrence Erlbaum Associates.
54. Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, str. 676-684.
55. Colton, C.W. i Manderscheid, R.W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing chronic disease*, 3(2), str. 1-14.
56. Corin, E. i Lauson, G. (1992). Positive withdrawal and the quest for meaning: The reconstruction of experience among schizophrenia. *Psychiatry*, 55, str. 226-281.
57. Corker, M. i French, S. (1999). *Disability discourse*. Buckingham: Open University Press.
58. Cornwell, B. (2011). Independence through social networks: Bridging potential among older women and men. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbr 111.
59. Corrigan, P.W. i Phelan, S.M. (2004). Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal*, 40(6), str. 513-523.
60. Cowles, K.V. (1998). Issues in qualitative research on sensitive topics. *Western Journal of Nursing Research*, 10, str. 163-79.
61. Davidson L., Chinman, M., Sells, D. i Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophr Bulletin*, 32(3), str. 443-50.
62. Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. i Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11(2), str. 123-128.

63. Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M.J. i Lawless, M.S. (2008). *A practical guide to recovery-oriented practice: Tools for transforming mental health care*. Oxford University Press.
64. Davidson, L., Shahar, G., Stayner, D.A., Chinman, M.J., Rakfeldt, J. i Tebes, J.K. (2004). Supported socialization for people with psychiatric disabilities: Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 32, str. 453-477.
65. Davis, L. i Brekke, J. (2014). Social support and functional outcome in severe mental illness: The mediating role of proactive coping. *Psychiatry Research*, 215, str. 39-45.
66. Degnan, A., Berry, K., Sweet, D., Abel, K., Crossley, N. i Edge, D. (2018). Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(9), str. 873-888.
67. Demir-Dagdas, T. i Child, S.T. (2019). Religious affiliation, informal participation, and network support associated with substance use: Differences across age groups health. *Education & Behavior*, 00(0), str. 1-10.
68. DiCicco-Bloom, B. i Crabtree, B.F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), str. 314-321.
69. Ditzen, B. i Heinrichs, M. (2014). Psychobiology of social support: The social dimension of stress buffering. *Restorative Neurology and Neuroscience* 32, str. 149-162.
70. Dobrotić, I. i Laklija, M. (2012). Obrasci društvenosti i percepcija izvora neformalne socijalne podrške u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja*, 21(1(115)), str. 39-58.
71. Dye, L., Hare, D.J. i Hendy, S. (2003). Factors impacting on the capacity to consent in people with learning disabilities. *Learning Disability Review*, 8(3), str. 11-20.
72. Edwardraj, S., Mumtaj, K., Prasad, J.H., Kuruvilla, A. i Jacob, K.S. (2010). Perceptions about intellectual disability: A qualitative study from Vellore, South India. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(8), str. 736- 748.
73. Eide, A.H. i Ingstad, B. (2011). *Disability and Poverty*. Bristol University Press: Policy Press.

74. Elfering, A., Semmer, N.K., Schade, V. i Grund, S. (2002). Supportive colleague, unsupportive supervisor: The role of provider-specific constellations of social support at work in the development of low back pain. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(2), str. 130-140.
75. Elgin, J. (2010). *The impact of neighbourhood characteristics and support on well-being, Housing satisfaction, and residential stability for people with a mental illness*. Sveučilište Canterbury: Magistarski rad.
76. Evert, H., Harvey, C., Trauer, T. i Hermann, H. (2003). The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, str. 180-188.
77. Ewens, B., Barnard-Towell, A., Mortimer-Jones, S., Kemp, V. i Cole, A. (2020). Cochrane corner summary of review titled: Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(1), str. 106-108.
78. Fabijanić Gagro, S. i Škorić, M. (2020). Konvencija o pravima osoba s invaliditetom i poslovna sposobnost osoba s duševnim smetnjama- Suvremeni izazovi. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 41(2).
79. Faw, M.H. i Matter, M.M. (2023). Social Support. U E.Y. Ho, C.L. Bylund i J.C.M. van Weert (Ur.), *The International Encyclopedia of Health Communication* (str. 1-10). John Wiley & Sons, Inc.
80. Feldman, P.J., Cohen, S., Hamrick, N. i Lepore, S.J. (2004). Psychological stress, appraisal, emotion and cardiovascular response. *Psychology and Health*, 19, str. 353-368.
81. Finkelstein, V. (1980). *Attitudes and disabled people: Issues for discussion*. New York: World Rehabilitation Fund.
82. Finne, L.B., Christensen, J.O., Knardahl, S. i Langguth, B. (2014). Psychological and social work factors as predictors of mental distress: A prospective study. *Plos One*, 9, e102514.
83. Firth, S.J. (2023). The picture theory of disability. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, str. 1-19.

84. Forchuk, C., Joplin, L., Schofield, R., Csiernik, R., Gorlick, C. i Turner, K. (2007). Housing, income support and mental health: Points of disconnection. *Health Research Policy and Systems*, 5, 14.
85. Freund, A.M., Nikitin, J. i Ritter, J.O. (2009). Psychological consequences of longevity the increasing importance of self-regulation in old age. *Human Development*, 52(1), str. 1-37.
86. Frum, D. (2000). *How we got here: The 70s. The decade that brought you modern life- For better for worse*. New York: Basic Books.
87. Giacco, D., McCabe, R., Kallert, T., Hansson, L., Fiorillo, A. i Priebe, S. (2012). Friends and symptom dimensions in patients with psychosis: A pooled analysis. *PloS One*, 7(11).
88. Golafshani, N. (2003). Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report*, 8(4), str. 597-607.
89. Goldsmith, D.J. i Albrecht, T.L. (2011). Social support, social networks, and health. U T.L. Thompson, R. Parrott i J.F. Nussbaum (Ur.), *The Routledge handbook of health communication* (str. 335-348). New York, NY: Routledge.
90. Gong, G. i Mao, J. (2016). Health-related quality of life among chinese patients with rheumatoid arthritis: The predictive roles of fatigue, functional disability, self-efficacy, and social support. *Nursing Research*, 65(1), str. 55-67.
91. Gottlieb, B.H. i Bergen, A.E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, str. 511-520.
92. Granerud, A. i Severinsson, E. (2003). The new neighbour: Experiences of living next door to people suffering from long-term mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, str. 3-10.
93. Griffiths, C. i Sin, J. (2013). Rethinking siblings and mental illness. *Psychol*, 26(11), str. 808-810.
94. Grozdanić, V. (2017). Bioetički senzibilitet Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjam. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 33(3), str. 929-946.

95. Grozdanić, V. i Rittossa, D. (2017). Prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u Republici Hrvatskoj- Empirijska analiza. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38(3).
96. Guzman-Parra, J., Moreno-Kustner, B., Rivas, F., Alba-Vallejo, M., Hernandez-Pedrosa, J. i Mayoral-Cleresi, F. (2018). Needs, perceived support, and hospital readmissions in patients with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 54(2), str.189-196.
97. Harper, A., Staeheli, M., Edwards, D., Herring, Y. i Baker, M. (2018). Disabled, poor, and poorly served: Access to and use of financial services by people with serious mental illness. *Social Service Review*, 92(2), str. 202-240.
98. Harrop, C., Ellett, L., Brand, R. i Lobban, F. (2015). Friends interventions in psychosis: A narrative review and call to action. *Early Intervention in Psychiatry*, 9, str. 269-278.
99. Harvey, C. (2018). Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families. *BJPsych Advances*, 24(1), str. 9-19.
100. Harvey, C.A., Jeffreys, S.E., McNaught, A.S., Blizard, R.A. i King, M.B. (2007). The Camden schizophrenia surveys. III: Five-year outcome of a sample of individuals from a prevalence survey and the importance of social relationships. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, str. 340-56.
101. Haselden, M., Dixon, L.B., Overley, A., Cohen, A.N., Glynn, S.M., Drapalski A., ... i Thorning, H. (2018). Giving back to families: Evidence and predictors of persons with serious mental illness contributing help and support to families. *Community Mental Health Journal*, 54(4), str. 383-394.
102. Henderson, A.S. (1988). *An introduction to social psychiatry*. New York: Oxford University Press.
103. Henderson, C., Evans-Lacko, S. i Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), str. 777-780.

104. Hinson Langford, C.P., Bowsher, J., Maloney, J.P. i Lillis, P.P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), str. 95-100.
105. Hodges, J.Q. (2008). Peer support among consumers of professional mental health services. *Journal of Human Behaviour in Social Environment*, 14(3), str. 81-92.
106. Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M. i drugi. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, str. 227-37.
107. House, J.S., Landis, K.R. i Umberson, S.D. (1988). Social relationships and health. *Science, New Series*, 241(4865), str. 540-545.
108. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2022). *Izješće o osobama s invaliditetom u Republici Hrvatskoj*.
109. Hsieh, N. (2014). *Social networks, social support, and mental health in cross-national comparative perspective*. Sveučilište u Pensilvaniji: Doktorski rad.
110. Hutchison, C. (1999). Social support: Factors to consider when designing studies that measure social support. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), str. 1520-1526.
111. Isaacs, A.N. (2014). An overview of qualitative research methodology for public health researchers. *International Journal of Medicine and Public Health*, 4(4), str. 318-232.
112. Jewell, T.C. i Stein, C.H. (2002). Parental influence on sibling caregiving for people with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 38(1), str. 17-33.
113. Jukić, M., Bogović, A. i Pačić-Turk, Lj. (2022). Uloga socijalne podrške i uvida u samostigmatizaciji kod osoba oboljelih od shizofrenije. *Obnovljeni Život*, 77(2), str. 153-166.
114. Jukić, V. i Arbanas, G. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, DSM-5*. Zagreb: Naklada Slap.

115. Kars, M.C., van Thiel, G., van der Graaf, R., Moors, M., de Graeff, A. i van Delden J. (2016). A systematic review of reasons for gatekeeping in palliative care research. *Paliative Medicine*, 30(6), str. 533-548.
116. Kaufman, A.V., Scogin, F., MacNeil, G., Leeper, J. i Wimberly, J. (2010). Helping aging parents of adult children with serious mental illness. *Journal of Social Service Research*, 36(5), str. 445-459.
117. Kelly, M.E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J.E., Brennan, S., Lawor, B.A. i Loughrey, D.G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. *Systematic Reviews*, 259(6), str. 1-18.
118. Kidd, S.A. i suradnici. (2021). Randomized trial of a brief peer support intervention for individuals with schizophrenia transitioning from hospital to community. *Schizophrenia Research*, 231, str. 214-220.
119. Kilbourne, A.M., Neuman, M.S., Pincus, H.A., Bauer, M.S. i Stall, R. (2007). Implementing evidence-based interventions in health care: Application of the replicating effective programs framework. *Implementation Science*, 42(2).
120. Knoll, N., Scholtz, U. i Ditzen, B. (2019). Social support, family processes and health. U T.A. Revenson i R.A.R. Gurung (Ur.), *Handbook of health psychology*. Routledge.
121. Koivisto, K., Janhonen, S., Latvala, E. i Vaisanen, L. (2001). Applying ethical guidelines in nursing research on people with mental illness. *Nursing Ethics*, 8(4), str. 328-339.
122. Kriegel, L.S., Townley, G., Brusilovskiy, E. i Salzer, M.S. (2019). Neighbors as distal support for individuals with serious mental illnesses. *American Journal of Orthopsychiatry*. Advance online publication.
123. Kuiper, J.S., Zuidersma, M., Zuidema, S.U., Burgerhof, J.G., Stolk, R.P., Oude Voshaar, R.C. i Smidt, N. (2016). Social relationships and cognitive decline: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, 45(4), str. 1169-206.

124. Lafferty, A., McConkey, R. i Simpson, A. (2012). Reducing the barriers to relationships and sexuality education for persons with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16(1), 29-43.
125. Landers, G.M. i Zhou, M. (2011). An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. *Community Mental Health Journal*, 47, str. 106-112.
126. Lee, S., Yin-Ling, I.W. i Rothbard, A. (2014). Effects of social networks on physical health among people with serious mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 85, str. 453-465.
127. Legard, R., Keegan, J. i Ward, K. (2003). In-depth Interviews. U J. Ritchie i J. Lewis (Ur.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers book* (str. 138-169). London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage.
128. Leitz, C.A. i Zayas, L.E. (2010). Evaluating qualitative research for social work practitioners. *Advances in Social Work*, 11(2), str. 188-202.
129. Leskela, U., Rytala, H., Komulainen, E. i suradnici. (2006). The influence of adversity and perceived social support on the outcome of major depressive disorder in subjects with different levels of depressive symptoms. *Psychological Medicine*, 36, str. 779-788.
130. Leutar, I., Penava, T. i Marković, N. (2014). Uključenost osoba s invaliditetom u zajednicu. *Socijalne teme*, 1(1), str. 89-114.
131. Leutar, Z. i Buljevac, M. (2020). *Osobe s invaliditetom u društvu*. Zagreb: Pravni fakultet.
132. Leutar, Z. i Štambuk, A. (2007). Invaliditet u obitelji i izvori podrške. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 43(1), str. 47-61.
133. Leutar, Z., Ogresta, J. i Milić Babić, M. (2008). *Obitelji osoba s invaliditetom i mreže podrške*. Zagreb: Pravni fakultet.
134. Limon, E. (2018). *Challenges medical social workers face that lead to burnout*. Fakultet Sveučilišta države Kalifornija San Bernardino: Magistarski rad.

135. Lisak, N. (2013). *Perspektiva roditelja kao doprinos konceptualizaciji kvalitete života obitelji i razvoju podrške zajednice u Hrvatskoj*. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu: Doktorski rad.
136. Lloyd, V., Gatherer, A. i Kalsy, S. (2006). Conducting qualitative interview research with people with expressive language difficulties. *Qualitative Health Research*, 16(10), str. 1386-1404.
137. Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S. i Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry*, 39(14).
138. Loberg, M.E. (2009). *Victimization of inmates with intellectual disability: A qualitative study*. Sveučilište Pacific: Doktorski rad.
139. MacGeorge, E.L., Feng, B. i Burleson, B.R. (2011). Supportive communication. U M.L. Knapp i J.A. Daly (Ur.), *The Sage handbook of interpersonal communication* (str. 317-354). Thousand Oaks, CA: Sage.
140. Mack, N., Woodsong, C., Macqueen, K.M., Guest, G. i Nameyet, E. (2005). *Qualitative research methods: a data collector's field guide*. North Carolina: Family Health International.
141. Madianos, M. (2010). Deinstitutionalization. U J.H. Stone i M. Blouin (Ur.), *International encyclopedia of rehabilitation*. University at Buffalo, Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).
142. Mahlke, C.I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K. i Bock, T. (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness- A randomised controlled trial. *European Psychiatry*, 42, str. 103-110.
143. Mardesic, M. i Mužinić Marinić, L. (2022). Pojedina obilježja kvalitete života osoba s duševnim smetnjama- Perspektiva korisnika usluge case managementa i osoba smještenih u dom za odrase. *Ljetopis socijalnog rada*, 1(29), str. 55-74.

144. Marques de Almeida Holanda, C. i suradnici. (2015). Support networks and people with physical disabilities: Social inclusion and access to health services. *Ciênc. saúde coletiva*, 20(1).
145. Martire, L.M. i Helgeson, V.S. (2017). Close relationships and the management of chronic illness: Associations and interventions. *American Psychologist*, 72(6), str. 601-612.
146. Maulik, P.K., Eaton, W.W. i Bradshaw, C.P. (2010). The effect of social networks and social support on common mental disorders following specific life events. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, str. 118-128.
147. McCorkle, B.H., Dunn, E.C., Mui Wan, Y. i Gagne, C. (2009). Compeer frined: A qualitative study of a volunteer friendship programme for people with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), str. 291-305.
148. McCorkle, B.H., Rogers, E.S., Dunn, E.C., Lyass, A. i Wan, Y.M. (2008). Increasing social support for individuals with serious mental illness: Evaluating the compeer model of intentional friendship. *Community Mental Health Journal*, 44, str. 359-366.
149. McCormack, A. (2010). Individuals with eating disorders and the use of online support groups as a form of social support. *Computers Informatics Nursing*, 28(1), str. 12-19.
150. Mechanic, D. (1976). Stress, illness, and illness behavior. *Journal of Human Stress*, 2(2), str. 2-6.
151. Melrose, K.L., Brown, G.D.A. i Wood, A.M. (2015). When is received social support related to perceived support and wellbeing? When it is needed. *Personality and Individual Differences*, 77, str. 97-105.
152. Merriam, S.B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. San Francisco: John Wiley & Sons.
153. Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A. i Sells, D. (2006). The social nature of recovery: Discussion and implications for practice. *Archives of Andrology*, 9(1), str. 63-80.

154. Mihanović, V. (2011). Invaliditet u kontekstu socijalnog modela. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 47(1), str. 72-86.
155. Milić Babić, M. (2012). Obiteljska kohezivnost u obiteljima djece s teškoćama u razvoju. *Nova prisutnost: časopis za intelektualna i duhovna pitanja*, 10(2), str. 207-224.
156. Milić Babić, M. (2019). Socijalna podrška i roditeljstvo. *Socijalne teme*, 6(1), str. 13-26.
157. Min, S.Y., Whitecraft, J., Rothbard, A.B. i Salzer, M.S. (2007). Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: A survival analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), str. 207–213.
158. Mitchell, W. (2007). Research review: The role of grandparents in intergenerational support for families with disabled children: A review of the literature. *Child and Family Social Work*, 12, str. 94–101.
159. Mizzi, A., Honey, A., Scanlan, J.N. i Hancock, N. (2020). Parent strategies to support young people experiencing mental health problems in Australia: What is most helpful? *Health and Social Care in the Community*, 00, str. 1-13.
160. Mladenov, T. (2021). The social model of disability, the independent living, and the idea of care. *Critique & Humanism*, 55(3), str. 9-24.
161. Mohring, M., Krick, N. i Ditze, A. (2021). The influence of social support and characteristics of the stigmatisers on stigmatising attitudes towards people with mental illness. *Special Issue on Social Aspects of Health Communication*, 2(2), str. 66-96.
162. Morgan, A.J., Reavley, N.J., Jorm, A.F. i Beaton, R. (2017). Discrimination and support from friends and family members experienced by people with mental health problems: Findings from an Australian national survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(11), str. 1395-1403.
163. Morgan, H. i suradnici. (2018). Giving back to families: Evidence and predictors of persons with serious mental illness contributing help and support to families. *Community Ment Health J*, 54, str. 383-394.

164. Moriarity, L. i Dew, K. (2011). The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and participation in Aotearoa New Zealand. *Disability & Society*, 26(6), str. 683-697.
165. Mueller, B., Nordt., C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P.C. i Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, 62, str. 39-49.
166. Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L. i Cassisi, J.E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, str. 465-497.
167. Mulvany, J. (2000). Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder. *Sociology of Health & Illness*, 22,(5), str. 582-601.
168. Muratbegović, E. i Šućur Janjetović, V. (2013). *Etički kodeks istraživanja sa djecom i o djeci u Bosni i Hercegovini*. Tuzla: Repro Karić d.o.o.
169. National Disability Authority. (2002). *Ask Me- Guidelines for effective consultation with people with disabilities*. Dublin: National Disability Authority.
170. Newman, R. (2003). In the wake of disaster: Building the resilience initiative of. APA's Public education campaign. U E.H. Grotberg (Ur.), *Resilience for today: Gaining strength from adversity* (str. 211-240). Westport, Conn: Praeger.
171. Nielsen, M.B., Tvedt, S.D. i Matthiesen, S.B. (2012). Prevalence and occupational predictors of psychological distress in the offshore petroleum industry: A prospective study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86, str. 85–87
172. Nind, M. (2008). *Conducting qualitative research with people with learning, communication and other disabilities: Methodological challenges*. Southampton: National Centre for Research Methods.
173. O'Connor, P. (1992). The future of women's friendships. U P. O'Connor (Ur.), *Friendships between women*, (str. 173-193). Hertfordshire, Great Britain: Harvester Wheatsheaf.

174. Office for National Statistics (ONS). (2001). *Socio-demographic differences in general practice consultation rates for psychiatric disorders among patients aged 16-64*. London: UK Statistics Authority.
175. Oliver, M. (1983). *Social work and disabled people*. London: Macmillan.
176. Oliver, M. (1996). *Understanding disability: from theory to practice*. Basingstoke: Macmillan.
177. Oliver, M. (2009). *Understanding disability: From theory to practice*. (2nd ed.). Basingstoke (England); New York: Palgrave Macmillan.
178. Orb, A., Eisenhauer, L. i Wynaden, D. (2001). Ethics in qualitative research. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), str. 93-96.
179. Osborn, M. i Smith, J. (2008). The fearfulness of chronic pain and centrality of the therapeutic relationship in containing it: An interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 5(4), str. 276-288.
180. Owens, J. (2015). Exploring the critiques of social model of disability: The transformative possibility of arendts notion of power. *Sociology of Health & Illness*, 13(3), str. 387-403.
181. Ozbay, F., Johnson, D.C., Dimoulas, E., Morgan, C.A., Charney, D. i Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), str. 35-40.
182. Palumbo, C., Volpe, U., Matanov, A., Priebe, S. i Giacco, D. (2015). Social networks of patients with psychosis: A systematic review. *BMC Research Notes*, 560(8), str. 1-12.
183. Panayiotopoulos, C., Pavlakis, A. i Apostolou, M. (2012). Improving mental health services through the measurement of attitudes and knowledge of mental health professionals and the general population in Cyprus. *International Journal of Mental Health*, 41(4), str. 30-46.
184. Park, S. i Park, K.S. (2014). Family stigma: A concept analysis. *Asian Nursing Research*, 8(3), str. 165-171.

185. Parkinson, S., Eatough, V., Holmes, J., Stapley, E. i Midgley, N. (2015). Framework analysis: A worked example of a study exploring young people's experiences of depression. *Qualitative Research in Psychology*, 13(2), str. 109-129.
186. Pavelić Tremac, A., Kovačević, D., Sindik, J. i Manojlović, N. (2020). Stigmatizacija psihičkih bolesnika- znanje i stavovi zdravstvenih i nezdravstvenih radnika. *Socijalna psihijatrija*, 48(3).
187. Pearson, J.E. (1986). The definition and measurement of social support. *Journal of Counseling and Development*, 64, str. 390-395.
188. Peček, M., Rakić Matić, J. i Peček Vidaković, M. (2021). Smanjenje stigme prema oboljelima od shizofrenije među studentima medicine. *Liječnički vjesnik*, 143(3).
189. Perese, E.F. i Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: Social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, str. 591–609.
190. Perlick, D., Rosenheck, R.A., Clarkin, J.F., Sirey, J.A., Salahi, J., Struening, E.L. i Link, B.G. (2001). Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52(12), str. 1627-1632.
191. Perry, B.L. i Pescosolido, B.A. (2015). Social network activation: The role of health discussion partners in recovery from mental illness. *Social Science & Medicine*, 125, str. 116-128.
192. Phillips, R., Durkin, M., Engward, H. i Cable, G. i Iancu, M. (2021). The impact of caring for family members with mental illnesses on the caregiver: a scoping review. *Health Promotion International*, 38, str. 1-23.
193. Pickens, J.M. (2003). Formal and informal social networks of women with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 2(24), str. 109-127.
194. Pierce, G.R., Sarson, B.R., Sarson, I.G., Joseph, H.J. i Henderson, C.A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of the family. U G.R.

- Pierce, B.R. Sarson i I.G. Sarson (Ur.), *Handbook of Social Support and the Family*. Springer Science + Business Media, LLC.
195. Pinto, R.M. (2006). Using social network interventions to improve mentally ill clients well-being. *Clinical Social Work Journal*, 34(1), str. 83.
196. Priboi, C., Ganter, B., Holmer, P., Neves da Silva, L., Tinner, E.M., Roser, K. i Michel, G. (2022). Psychological outcomes and support in grandparents whose grandchildren suffer from a severe physical illness: A systematic review. *Heliyon*, 8(5).
197. Prince, J.D., Ansbro, J., Benedict, A., DiConstanzo, J. i Mora, O. (2016). Making connections: Severe mental illness and closeness with other people. *Social Work in Mental Health*, 15(1), str. 1-13.
198. Prince, P.N. i Gerber, G.J. (2005). Subjective well-being and community integration among clients of assertive community treatment. *Quality of Life Research*, 14(1), str. 161-169.
199. Quinn, G. i Degener, T. (2002). The moral authority for change: Human rights values and the worldwide process of disability reform. U G. Quinn i T. Degener i sur., (Ur.), *Human Rights and Disability: The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability*. New York, Geneva: United Nations.
200. Raboteg-Šarić, Z., Sakoman, S. i Brajša-Žganec, A. (2002). Stilovi roditeljskog odgoja, slobodno vrijeme i rizično ponašanje mladih. *Društvena istraživanja*, 58(2-3), str. 239–263.
201. Rausa, B.A. (2008). Social support. U S. Loue i M. Sajatovic (Ur.), *Encyclopedia of aging and public health*. Springer Science+Business Media, LLC.
202. Restek-Petrović, B., Orešković-Krezler, N. i Grah, N. (2018). Značenje simptoma shizofrenog bolesnika tijekom trajanja grupne psihoterapije i nakon njenog završetka. *Socijalna psihijatrija*, 46, str. 269-284.

203. Ritsner, M., Gibel, A. i Ratner, Y. (2006). Determinants of changes in perceived quality of life in the course of schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(3), str. 515-526.
204. Rittossa, D. (2017). Ustavnopravna zaštita prava osoba s duševnim smetnjama. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38(3).
205. Roseland, A., Heisler, M., Janevic, M.R., Connell, C.M., Langa, K.M., Kerr, E.A. i Piette, J.D. (2013). Current and potential support for chronic disease management in united states: The perspective of family and friends of chronically ill adults. *The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 31(2), str. 119-131.
206. Roth, A.R. (2020). Informal caregiving and social capital: A social network perspective. *Research on Aging*, 20(10), str. 1-9.
207. Sabatello, M. i Schulze, M. (2013). *Human rights and disability advocacy*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
208. Sarason, I.G. i Sarason, B.R. (2009). Social support: Mapping the construct. *Journal of social and Personal Relationships*, 26(1), str. 113-120.
209. Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. i Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, str. 127-139.
210. Schofield, D., Callandre, E., Shrestha, N., Percival, R., Kelly, S. i Passey, M. (2013). The association between labour force participation and being in income poverty amongst those with mental health problems. *Aging & Mental Health*, 17(2), str. 250-257.
211. Schulze, B. i Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, str. 299-312.
212. Schwandt, T.A. (2007). *The SAGE dictionary of qualitative inquiry* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
213. Schwartz, C. i Gronemann, O.C. (2009). The contribution of selfefficacy, social support and participation in the community to predicting loneliness among

- persons with schizophrenia living in supported residences. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46, str. 120-129.
214. Seeman, M.V. (2013.) Spotlight on sibling involvement in schizophrenia treatment. *Psychiatry*, 76(4), str. 311-322.
215. Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. New York: Teachers College Press.
216. Sesar, M.A., Ivezić, S., Mužinić, L. i Zubić, D. (2016). Povezanost između samostigmatizacije, percepcije diskriminacije i socijalne mreže kod oboljelih od shizofrenije. *Socijalna psihijatrija*, 44, str. 105-119.
217. Shakespeare, T. (2010). The social model of disability. U. L.J. Davis (Ur.), *The Disability Studies Rider* (str. 266-273). New York: Routledge.
218. Shakespeare, T. i Watson, N. (2002). The social model of disability: An outdated ideology?. *Research in Social Science and Disability*, 2, str. 9-28.
219. Shakespeare, T.W. i Erickson, M. (2000). Different strokes: Beyond biological essentialism and social constructionism. U S. Rose i H. Rose (Ur.), *Coming to life*. New York: Little, Brown.
220. Shanimon, S., Sunilraj, N.V. i Binu, R. (2021). *Social mind in disability- A decadel changes in the concepts, theories and models of disability*. Posjećeno dana 13.10.2023. na mrežnoj stanici: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3904573
221. Shankar, J. i Muthuswamy, S.S. (2007). Support needs of family caregivers of people who experience mental illness and the role of mental health services. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 88(2), str. 302-310.
222. Shenton, A. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22, str. 63-75.
223. Shiba, K., Kondo, N. i Konda, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: The AGES caregiver survey. *Journal of Epidemiology*, 26, str. 622-628.

224. Siewert, K., Antoniow, K., Kubiak, T. i Weber, H. (2011). The more the better? The relationship between mismatches in social support and subjective well-being in daily life. *Journal of Health Psychology*, 16(4), str. 621-631
225. Simon, V.A., Aikins, J.W. i Prinstein, M.J. (2008). Romantic partner selection and socialization during early adolescence. *Child Development*, 79, str. 1676-92.
226. Sin, J. i Norman, I. (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: A mixed-method systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, e1145-e1162.
227. Sin, J. i suradnici. (2021). Mental health and caregiving experiences of family carers supporting people with psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30(3), str. 1-9.
228. Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T. i Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 56, str. 13-24.
229. Sin, J., Moone, N., Harris, P., Scully, E. i Wellman, N. (2012). Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first episode psychosis: A phenomenological study. *Early Intervention in Psychiatry*, 6, str. 53-59.
230. Sin, J., Murrells, T., Spain, D., Norman, I. i Henderson, C. (2016). Wellbeing, mental health knowledge and caregiving experiences of siblings of people with psychosis, compared to their peers and parents: An exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, str. 1247-1255.
231. Sin, J., Spain, D., Jordan, C. i Griffiths, C. (2014). Siblings of people with severe mental illness. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 9(4), str. 215-221.
232. Skogbrott Birkeland, M., Birkeland Nielsen, M., Bang Hansen, M., Knardahl, S. i Heir, T. (2017). Like a bridge over troubled water? A longitudinal study of general social support, colleague support, and leader support as recovery factors after a traumatic event. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, str. 1-10.

233. Sledge, W.H., Lawless, M., Sells, D., Wieland, M., O'Connell, M.J. i Davidson, L. (2011.). Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatric Services*, 62(5), str. 541-544.
234. Souare, G.E. (2008). Friendship. U S. Loue i M. Sajatovic (Ur.), *Encyclopedia of aging and public health*. Springer Science+Business Media, LLC.
235. Stanley, S. i Balakrishnan, S. (2023). Family caregiving in schizophrenia: Do stress, social support and resilience influence life satisfaction?- A quantitative study from India. *Social Work in Mental Health*, 21(1), str. 67-85.
236. Starks, H. i Brown Trinidad, S. (2007). Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17(10), str. 1372-1380.
237. Steese, S., Dollette, M., Phillips, W., Hossfeld, E., Matthews, G. i Taormina, G. (2006). Understanding girls' circle as an intervention on perceived social support, body image, self-efficacy, locus of control, and self-esteem. *Adolescence*, 41, str. 55-74.
238. Suka, M., Yamauchi, T. i Sugimori, H. (2015). Relationship between individual characteristics, neighbourhood contexts and help-seeking intentions for mental illness. *BJM Open*, 5, str. 1-10.
239. Svjetska zdravstvena organizacija (2012). *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema MKB-10*. HZJZ: Zagreb.
240. Svjetska zdravstvena organizacija. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*.
241. Svjetska zdravstvena organizacija. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*.
242. Sweet, D., Byng, R., Webber, M., Enki, D.G., Porter, I., Larsen, J. i Pinfold, V. (2018). Personal well-being networks, social capital and severe mental illness: Exploratory study. *The British Journal of Psychiatry*, 212, str. 308-317.

243. Škegro, J. i Babić, D. (2022). Prisilna hospitalizacija u svrhu zaštite osoba s duševnim smetnjama. *Zdravstveni glasnik*, 8(1).
244. Škorić, M. (2020). XXI. Stoljeće- Početak nove ere zaštite ljudskih prava osoba s duševnim smetnjama. *Pravni vjesnik*, 36(1).
245. Šostar, Z., Bakula Anđeliü, M. i Majsec Sobota, V. (2006). Položaj osoba s invaliditetom u Gradu Zagrebu. *Revija za socijalnu politiku*, 13(1), str. 53-65.
246. Štrkalj Ivezić, S. (2019). Procjena funkcioniranja osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja. U D. Britvić i S. Štrkalj Ivezić (Ur.), *Mentalno zdravlje u zajednici* (str. 11-28). Sveučilište u Splitu: Medicinski fakultet.
247. Štrkalj-Ivezić, S. i suradnici. (2011). *Medicinski i pravni okvir za hospitalizaciju osoba s duševnim poremećajima*. Zagreb, HLZ udruga Svitjanje.
248. Taggart, L., McMillan, R. i Lawson, A. (2009). Listening to women with intellectual disabilities and mental health problems. *Journal of Intellectual Disabilities*, 13(4), str. 321-340.
249. Taylor, D.E. (1997). American Environmentalism: The role of race, class and gender in shaping activism 1820-1995. *Race, Gender and Class*, 5(1), str. 16-62.
250. Taylor, R.J., Chae, D.H., Lincoln, K.D. i Chatters, L.M. (2015). Extended family and friendship support networks are both protective and risk factors for major depressive disorder and depressive symptoms among African-Americans and Black Caribbeans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(2), str. 132-140.
251. Taylor, R.J., Chatters, L.M. i Levin, J. (2004). *Religion in the lives of African Americans: Social, psychological, and health perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
252. Taylor, R.J., Chatters, L.M., Woodward, A.T. i Brown, E. (2013). Racial and ethnic differences in extended family, friendship, fictive kin, and congregational informal support networks. *Family Relations*, 62(4), str. 609-624.
253. Taylor, S.E. (2011). Social support: A review. U H.S. Friedman (Ur.), *The handbook of health psychology* (str. 189 -214). Oxford University Press.

254. Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, str. 145-159.
255. Thoits, P.A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), str. 145-161.
256. Thompson, C.M., Pulido, M.D. i Caban, S. (2020). Why is it difficult for social network members to support people living with mental illnesses?: Linking mental illness uncertainty to support provision. *Health Communication*, 37(2), str. 202-213.
257. Thompson, R., Valenti, E., Siette, J. i Priebe, S. (2016). To befriend or to be a friend: A systematic review of the meaning and practice of "befriending" in mental health care. *Journal of Mental Health*, 25(1), str. 71-77.
258. Topor, S., Andersson, G., Holmqvist, S., Mattsson, M., Stefansson, C.F. i Bulow, P. (2013). Psychosis and poverty coping with poverty and severe mental illness in everyday life. *Psychosis*, 2(3), str. 117-127.
259. Tracy, E.M. i Whittaker, J.K. (2015). Commentary: Social network analysis and the social work profession. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 6, str. 643-654.
260. Tsuji, I. (2014). *Health survey of people affected by the Great East Japan earthquake in Miyagi Prefecture*. Center for Community Health, Tohoku University Graduate School of Medicine: MHLW Grant Research Report 2013.
261. Turčić, N. (2012). Socijalni model procjene invaliditeta. *Sigurnost*, 54(1), str. 111-115.
262. Turković, K. i suradnici. (2001). *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, komentar s priložima*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Psihijatrijska bolnica Vrapče.
263. Turner, R.J. i Brown, R.L. (2010). Social support and mental health. U T.L. Scheid i R.L. Brown (Ur.), *A Handbook for the study of mental health* (str. 200-212). New York: Cambridge University Press.

264. Twardowski, A. (2019). Controversies around the social model of disability. *Culture-Society-Education*, 16(2), str. 7-21.
265. Tyler, N., Wright, N. i Waring, J. (2019). Interventions to improve discharge from acute adult mental health inpatient care to the community: Systematic review and narrative synthesis. *BMC Health Service Research*, 19(1), str. 883.
266. Uchino, B.N., Bowen, K., Carlisle, M. i Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: A visit with the "ghosts" of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, 74, str. 949-957.
267. Ujedinjeni narodi. (1975). *Declaration on the rights of disabled persons*. General Assembly of United Nations. New York: United Nations
268. Ujedinjeni narodi. (2006). *Convention on the rights of people with disabilities*. General Assembly of United Nations. New York: United Nations.
269. Union of the Physically Impaired Against Segregation. (1976). *Fundamental principles of disability*. London: Union of the Physically Impaired Against Segregation.
270. Urbanc, K. (2005). Medicinski, socijalni i neomedicinski pristup skrbi za osobe s invaliditetom. *Ljetopis socijalnog rada*, 12(2), str. 321-333.
271. Usher, K. i Holmes, C. (1997). Ethical aspects of phenomenological research with mentally ill people. *Nurs Ethics*, 4, str. 49-56.
272. Valimaki, M., Leino-Kilpi, H. i Helenius, H. (1996). Self-determination in clinical practice: The psychiatric patient's point of view. *Nurs Ethics*, 3, str. 329-44.
273. Valtorta, N.K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S. i Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), str. 1009-1016.
274. Van Veen, M., Wierdsma, A.I., van Boeijen, C., Dekker, J., Zoeteman J., Koekkoek, B. i Mulder, C.L. (2019). Suicide risk, personality disorder and hospital

- admission after assessment by psychiatric emergency services. *BMC Psychiatry*, 19, str. 157.
275. Vanhala, L. (2010). *Making rights a reality?: Disability rights activists and legal mobilization*. Cambridge: Cambridge University Press.
276. Vogt, K.C. (2020). The extended family in transitions to adulthood: A dynamic approach. *Journal of Youth Studies*, 23(9), str. 1234-1248.
277. Vranko, M. (2021). *Doprinos čimbenika individualne otpornosti, percipirane socijalne podrške i strategija suočavanja sa stresom u objašnjenju socijalne funkcionalnosti oboljelih od depresije*. Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet: Doktorski rad.
278. Vranko, M., Velimirović, I. i Jendričko, T. (2021). Perceived social support of patients involved in the psychotherapeutic treatment. *Archives of Psychiatry Research*, 57(1), str. 53-60.
279. Vučić Peitl, M., Habibović, F. i Prološćić, J. (2019). Utjecaj novog Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama na učestalost prisilne hospitalizacije na Klinici za psihijatriju KBC Rijeka. *Archives of Psychiatry Research*, 55(1).
280. Walker, E.R., McGee, R.E. i Druss, B.G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72, str. 334-341.
281. Walsh, F. (2021). Family resilience a dynamic systemic framework. U M. Ungar (Ur.), *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change* (str.255-270). Oxford Scholarship Online.
282. Walsh, J. i Connelly, P.R. (1996). Supportive behaviors in natural support networks of people with serious mental illness. *Health Social Work*, 21(4), str. 296-303.
283. Wang, J., Lloyd-Evans, B., Giacco, D., Forsyth, R., Nebo, C., Mann, F. i Johnson, S. (2017). Social isolation in mental health: A conceptual and methodological review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, str. 1451-1461.

284. Wan-Yuk Harley, E., Boardman, J. i Craig, T. (2012). Friendship in people with schizophrenia: A survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, str. 1291-1299.
285. Weimand, B.M., Hall-Lord, M.L., Sällström, C. i Hedelin, B. (2013). Lifesharing experiences of relatives of persons with severe mental illness- A phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), str. 99-107.
286. Wildman, E.K., MacManus, D., Kuipers, E. i Onwumere, J. (2021). COVID-19, severe mental illness, and family violence. *Psychological Medicine*, 51, str. 705-706.
287. Wiles, R., Crow, G., Heath, S. i Charles, V. (2008). The management of confidentiality and anonymity in social research. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(5), str. 417-428.
288. Willis, J.W. (2007). *Foundations of qualitative research: Interpretive and critical approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
289. Wronka, J. (2008). *Human rights and social justice: Social action and service for the helping and health professions*. London: SAGE Publications.
290. Yan, L. i suradnici. (2017). Good intentions, bad outcomes: The effects of mismatches between social support and health outcomes in an online weight loss community. *Production and Operations Management*, 27(1), str. 9-27.
291. Yan, L. i Tan, Y. (2014). Feeling blue? Go online: An empirical study of online supports among patients. *Information Systems Research*, 25(4), str. 690-709.
292. Yao, T., Zheng, Q. i Fan, X. (2015). The impact of online social support on patients' quality of life and the moderating role of social exclusion. *Journal of Service Research*, 18(3), str. 369-383.
293. Yin, R.K. (2011). *Qualitative research from start to finish*. New York: The Guilford Press.
294. Zakon o socijalnoj skrbi. (2022). *Narodne novine*, 18/2022., 46/2022., 119/2022.

295. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. (2014). *Narodne novine*, 76/2014.
296. Zauszniewski, J.A., Bekhet, A.K. i Suresky, M.J. (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics of North America*, 45(4), str. 613-626.
297. Zvizdić, S. (2015). *Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata*. Filozofski fakultet u Sarajevu.

10. PRILOZI

Prilog 1: PROTOKOL ZA INTERVJU S OSOBAMA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

1. Možete li se ukratko predstaviti?

(Koliko imate godina? Gdje stanujete i s kim? Što ste po struci? Koji je Vaš radni status? Koji je Vaš bračni status? Imate li djece?...)

2. Što za Vas znači imati nečiju podršku?

(Kako to utječe na Vaše zdravlje? Koliko Vam to olakšava funkcioniranje? Kako to utječe na Vaše raspoloženje? Osjećate li da imate dovoljno podrške? Koristite li svu podršku koja Vam stoji na raspolaganju? Postoje li kakvi negativni efekti podrške koju primete?)

3. Na koga se u svom životu možete osloniti?

(Obitelj/rodbina/prijatelji/intimni partneri? Kolege s posla/fakulteta? (ako je osoba zaposlena/ako se školuje); Susjedi? Poznanici? Članovi određene vjerske/građanske organizacije? (ako je osoba član, simpatizer); Druge osobe koje ste upoznali tijekom liječenja u bolnici ili za vrijeme korištenja usluge smještaja/organiziranog stanovanja/boravka? Koliki je okvirni broj tih osoba?)

4. Možete li mi opisati Vaš odnos s navedenim osobama?

(Kako provodite vrijeme skupa? Gdje provodite vrijeme? Koliko često ste u kontaktu? Koje su Vam zajedničke teme/interesi? Možda podijeliti neku situaciju?)

5. Na koji način primate podršku od njih?

(Materijalna podrška (pomoć u financijama, naravi, konkretna pomoć...); Emocionalna podrška (izrazi ljubavi, suosjećanja, poštovanja...); Informacijsku podrška (usmjeravanje, obavještavanje, informiranje...); Drugo? Što Vam je najznačajnije od svega navedenog? Što Vam je manje značajno?)

6. Na koji način Vi dajete podršku drugima?

(Materijalna podrška (pomoć u financijama, naravi, konkretna pomoć...); Emocionalna podrška (izrazi ljubavi, suosjećanja, poštovanja...); Informacijska podrška (usmjeravanje, obavještavanje, informiranje...); Drugo? Što Vam je najznačajnije od svega navedenog? Što Vam je manje značajno?)

7. Kako doživljavate nedostatak podrške u datom trenutku/situaciji?

(Kako to utječe na Vaše zdravlje? Koliko Vam to otežava funkcioniranje? Kako to utječe na Vaše raspoloženje? Postoje li kakvi pozitivni efekti u trenucima kada nemate na raspolaganju nečiju podršku?)

8. Kakva bi Vama podrška bila najznačajnija?

(U kojem obliku bi bila dostupna? Tko bi činio tu mrežu podrške? Koliko često bi se ona davala/primala?)

9. Želite li još nešto dodati?

Prilog 2: PROTOKOL ZA INTERVJU S ČLANOVIMA OBITELJI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

1. Možete li se ukratko predstaviti?

(Koliko imate godina? Gdje stanujete i s kim? Što ste po struci? Koji je Vaš radni status? Koji je Vaš bračni status? Imate li djece? U kojoj ste relaciji s našim ispitanikom, osobom s duševnom smetnjom?)

2. Kakav značaj ima socijalna podrška za Vašeg člana obitelji?

(Kako to utječe na njegovo/njezino zdravlje? Koliko mu/joj to olakšava funkcioniranje? Kako to utječe na njegovo/njezino raspoloženje? Mislite li da ima dovoljno podrške? Koristi li svu podršku koja mu/joj stoji na raspolaganju? Postoje li kakvi negativni efekti podrške koju prima? Što to znači za Vas?)

3. Na koga se član Vaše obitelji može osloniti u svom životu?

(Obitelj/rodbina/prijatelji/intimni partneri? Kolege s posla/fakulteta? (ako je osoba zaposlena/ako se školuje); Susjedi? Poznanici? Članovi određene vjerske/građanske organizacije? (ako je osoba član, simpatizer); Druge osobe koje je upoznao/upoznala tijekom liječenja u bolnici ili za vrijeme korištenja usluge smještaja/organiziranog stanovanja/boravka? Koliki je okvirni broj tih osoba?)

4. Kako biste opisali odnos člana Vaše obitelji s navedenim osobama i s Vama samima?

(Kako se provodi vrijeme skupa? Gdje se provodi vrijeme? Koliko često su/ste u kontaktu? Koje su zajedničke teme/interesi? Kako biste opisali Vaš međusobni odnos? Možda podijeliti neku situaciju...)

5. Na koji način Vaš član obitelji prima podršku od Vas i od drugih?

(Materijalna podrška (pomoć u financijama, naravi, konkretna pomoć...); Emocionalna podrška (izrazi ljubavi, suosjećanja, poštovanja...); Informacijska podrška (usmjeravanje, obavještavanje, informiranje...); Drugo? Što je, po Vašem mišljenju, najznačajnije od svega navedenog? Što je manje značajno? Na koji način Vi pružate podršku članu obitelji?)

6. Na koji način član Vaše obitelji daje podršku Vama i drugima?

(Materijalna podrška (pomoć u financijama, naravi, konkretna pomoć...); Emocionalna podrška (izrazi ljubavi, suosjećanja, poštovanja...); Informacijska podrška (usmjeravanje, obavještavanje, informiranje...); Drugo? Što Vam je najznačajnije od svega navedenog? Što Vam je manje značajno?)

7. Kako se, po Vašem mišljenju, manifestira nedostatak podrške na Vašeg člana obitelji u datom trenutku/situaciji?

(Kako to utječe na njegovo/njezino zdravlje? Koliko mu/joj to otežava funkcioniranje? Kako to utječe na njegovo/njezino raspoloženje? Postoje li kakvi pozitivni efekti u trenucima kada nema na raspolaganju nečiju podršku? Što to znači za Vas?)

8. Kako bi izgledala najznačajnija podrška za Vašeg člana obitelji?

(U kojem obliku bi bila dostupna? Tko bi činio tu mrežu podrške? Koliko često bi se davala/primala?)

9. Želite li još nešto dodati?

Prilog 3: PROTOKOL ZA INTERVJU SA STRUČNJACIMA IZ PODRUČJA MENTALNOG ZDRAVLJA

1. Možete li se ukratko profesionalno predstaviti?

(Što ste po zanimanju? Gdje radite? Koliko imate radnog iskustva s osobama s duševnim smetnjama?)

2. Tko, po Vašem mišljenju, najčešće čini mrežu podrške kod Vašeg korisnika/korisnice (pacijenta/pacijentice), osobe s duševnom smetnjom?

(U kojoj su relaciji? (obitelj, rodbina, prijatelji, intimni partneri...); Koliki je okvirni broj tih bliskih osoba? Kolege s posla/fakulteta? (ako je osoba zaposlena/ako se školuje); Susjedi? Poznanici? Članovi određene vjerske/građanske organizacije? (ako je osoba član, simpatizer); Druge osobe koje je upoznao/upoznala tijekom liječenja u bolnici ili za vrijeme korištenja usluge smještaja/organiziranog stanovanja/boravka?)

3. Kako biste opisali odnos Vašeg korisnika/korisnice (pacijenta/pacijentice) s članovima mreže podrške?

(Kako provode vrijeme skupa? Gdje provode vrijeme? Koliko često su u kontaktu? Koje su im zajedničke teme/interesi?)

4. Na koje načine Vaš korisnik/korisnica (pacijent/pacijentica) prima podršku?

(Materijalna podrška (pomoć u financijama, naravi, konkretna pomoć...); Emocionalna podrška (izrazi ljubavi, suosjećanja, poštovanja...); Informacijska podrška (usmjeravanje, obavještavanje, informiranje...); Drugo? Što je, po Vašem mišljenju, najznačajnije od svega navedenog? Što je manje značajno? Na koji način korisnik/korisnica (pacijent/pacijentica) prima podršku za vrijeme boravka u bolnici ili za vrijeme korištenja usluge smještaja/organiziranog stanovanja/boravka?)

5. Na koje načine isti/ista daju podršku drugima?

(Materijalna podrška (pomoć u financijama, naravi, konkretna pomoć...); Emocionalna podrška (izrazi ljubavi, suosjećanja, poštovanja...); Informacijska podrška (usmjeravanje, obavještavanje, informiranje...); Drugo? Što je, po Vašem mišljenju, najznačajnije od svega navedenog? Što je manje značajno? Kakva podrška nedostaje korisniku/korisnici (pacijentu/pacijentici) za vrijeme boravka u bolnici ili za vrijeme korištenja usluge smještaja/organiziranog stanovanja/boravka?)

6. Po Vašem mišljenju, kakvo značenje ima dostupnost i primanje socijalne podrške za Vašeg korisnika/korisnicu (pacijenta/pacijenticu)?

(Kako to utječe na njegovo/njezino zdravlje? Koliko mu/joj to olakšava funkcioniranje? Kako to utječe na njegovo/njezino raspoloženje? Mislite li da imaju dovoljno podrške? Koristi li svu podršku koja mu/joj stoji na raspolaganju? Postoje li kakvi negativni efekti podrške koju prima? Što to znači za Vas kao stručnjaka?)

7. Kako se, po Vašem mišljenju, manifestira nedostatak podrške na Vašeg korisnika/korisnicu (pacijenta/pacijenticu) u datom trenutku/situaciji?

(Kako to utječe na njegovo/njezino zdravlje? Koliko mu/joj to otežava funkcioniranje? Kako to utječe na njegovo/njezino raspoloženje? Mislite li da ima dovoljno podrške? Koriste li svu podršku koja mu/joj stoji na raspolaganju? Postoje li kakvi pozitivni efekti u trenucima kada nema na raspolaganju nečiju podršku? Što to znači za Vas kao stručnjaka?)

8. Kako bi izgledala najznačajnija podrška za Vašeg korisnika/korisnicu (pacijenta/pacijenticu)?

(U kojem obliku bi bila dostupna? Tko bi činio tu mrežu podrške? Koliko često bi se davala/primala?)

9. Želite li još nešto dodati?

Prilog 4: POZIV ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU „NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA,, (USTANOVE)

Klinički bolnički centar Rijeka
Krešimirova 42, 51000 Rijeka
Odjel za socijalni rad
Socijalna radnica: Andreja Balaž Gilja
Datum:

Naziv ustanove:
Adresa:
n/p Ravnatelj ustanove:

Poštovani/a,

Kao doktorandica Pravnog fakulteta u Zagrebu, Studijskog centra socijalnog rada provodim istraživanje naziva: „Neformalna mreža socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama“. Osim izrade doktorske disertacije, ovim istraživanjem želim pružiti mogućnost osobama s duševnim smetnjama, njihovim članovima obitelji te stručnjacima iz područja mentalnog zdravlja da izraze svoja mišljenja na navedenu temu i podijele svoje osobno iskustvo.

Stoga, kako bi se istraživanje realiziralo neophodna mi je suradnja s Vašom ustanovom, to jest, Vašim korisnicima/pacijentima, njihovim članovima obitelji i Vašim stručnim djelatnicima. Točnije, ukoliko ste suglasni da se istraživanje provede u sklopu Vaše ustanove, neophodan bi mi bio kontakt i suradnja sa socijalnim radnikom/radnicom unutar Vaše ustanove s kojim/kojom bih dogovorila sve detalje oko provedbe istraživanja.

Naime, ideja je provesti intervju s 3 korisnika/pacijenta, sa sljedećim kriterijima:

- 1) da prema MKB 10 imaju jednu dijagnozu iz kruga shizofrenije, shizotipnog, sumanutog poremećaja- F20- Shizofrenija; F21- Shizotipni poremećaj; F22- Perzistirajući sumanuti poremećaj; F23- Akutni i prolazni psihotični poremećaj; F24- Inducirani sumanuti poremećaj; F25- Shizoafektivni poremećaj; F28- Ostali neorganski psihotični poremećaji; 29- Nespecificirana neorganska psihoza
- 2) da nisu lišeni poslovne sposobnosti- osoba mora biti u stanju samostalno dati informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju
- 3) da su punoljetne osobe- starosne dobi između 18-65 godina

4) da su trenutno u tretmanu u Kliničkog bolničkog Rijeka ili Psihijatrijske bolnice Lopača/da su korisnici usluge organiziranog stanovanja ili boravka u sklopu Doma za odrasle osobe Turnić

6) da su trenutačno stabilnog zdravstvenog stanja- da sudionik nema veće teškoće u komunikaciji, odnosno da može jasno artikulirati svoja iskustva o predmetu istraživanja

7) da je jedan član obitelji također voljan sudjelovati u istraživanju.

Nadalje, neophodni bi mi bili kontakt podaci jednog člana obitelji Vaših korisnika/pacijenata i kontakt podaci članova multidiscipliniranog tima koji rade s Vašim korisnicima s kojim bih dogovorila sudjelovanje u istraživanju putem intervjua. U dogovoru sa socijalnim radnikom razmijenit će se sva potrebna dokumentacija za provedbu, od odobrenja etičkog povjerenstva do informiranog pristanka za sudjelovanje.

Također, bilo bi mi vrlo značajno, ukoliko ste u mogućnosti, da mi osigurate prostoriju u kojoj bi se nesmetano mogli provoditi intervjui s korisnicima/pacijentima.

Molim Vas da ispunite suglasnost za sudjelovanje koja se nalazi u nastavku te Vaš odgovor pošaljete na e-mail adresu: andreja.balaz.gilja@gmail.com, faksirate na broj 051/658-887 ili dostavite poštom na adresu Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Krešimirova 42, 51000 Rijeka; s naznakom za Odjel za socijalni rad.

S poštovanjem,

Andreja Balaž Gilja, mag.soc.pol.

SUGLASNOST USTANOVE ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU
„NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM
SMETNJAMA,,

Ustanova _____ pristaje sudjelovati u navedenom istraživanju. Kao ustanova razumijemo da naši korisnici/pacijenti osobe s duševnim smetnjama, članovi njihovih obitelji i stručni suradnici ustanove imaju slobodu donošenja odluke o sudjelovanju u istraživanju te kako njihova odluka neće imati posljedice na usluge koje im pružamo. Obvezujemo se da ćemo osigurati našim korisnicima/ pacijentima anonimnost i povjerljivost podataka koji će se prikupljati u istraživanju.

Za detalje provedbe istraživanja i koordinaciju unutar naše ustanove suglasni smo da kontaktirate _____ (ime i prezime) _____ (zanimanje) na broj telefona _____.

Ustanova _____ ne želi sudjelovati u navedenom istraživanju.

*Molim Vas da u kvadratić upišete oznaku X ovisno odluci.

Datum: _____

Potpis ravnatelja ustanove:

*Molim da se suglasnost pošalje na e-mail adresu: andreja.balaz.gilja@gmail.com, faksira na broj 051/658-887 ili dostavi poštom na adresu Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Krešimirova 42, 51000 Rijeka; s naznakom za Odjel za socijalni rad.

Prilog 5: POZIV ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU „NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA,, (KORISNICI/PACIJENTI)

Poštovani/a,

Moje ime je Andreja Balaž Gilja. Po zanimanju sam socijalna radnica te sam zaposlena pri Kliničkom bolničkom centru Rijeka. Ovim putem Vas pozivam da sudjelujete u istraživanju: „Neformalna mreža socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama“, koje provodim u svrhu pisanja svoje doktorske disertacije na Pravnom fakultetu u Zagrebu, Studijskom centru socijalnog rada. Cilj istraživanja je saznati kako Vi doživljavate Vašu mrežu podrške i socijalnu podršku unutar iste te vjerujem kako će Vaše iskustvo doprinijeti boljem razumijevanju teme.

Podatke o Vama dobila sam od djelatnika ustanove čiji ste korisnik/pacijent.

Molim Vas da tekst na sljedećim stranicama pročitate pažljivo. Uzmite dovoljno vremena da promislite o pročitanome i potom donesite odluku o sudjelovanju u istraživanju.

Molim Vas da ispunite suglasnost za sudjelovanje koja se nalazi u nastavku te da se Vaš odgovor pošalje na e-mail adresu: andreja.balaz.gilja@gmail.com, faksira na broj 051/658-887 ili dostavi poštom na adresu Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Krešimirova 42, 51000 Rijeka; s naznakom za Odjel za socijalni rad.

Unaprijed hvala,

Andreja Balaž Gilja, mag.soc.pol.
Socijalna radnica
Klinički bolnički centar Rijeka
Odjel za socijalni rad
Krešimirova 42, 51000 Rijeka
Tel./fax: 051/658-887
e- mail: andreja.balaz.gilja@gmail.com

INFORMACIJE O ISTRAŽIVANJU:

MJESTO I VRIJEME PROVEDBE ISTRAŽIVANJA

Istraživanje će se provesti kao intervju, razgovor kojemu ćete nazočiti Vi i istraživač. Razgovor će trajati između 30-45 minuta, a vodit će se na način da Vam istraživač postavlja pitanja na koja ćete Vi odgovarati iz osobnog iskustva. Ne postoje netočni odgovori. Razgovor će se provesti u sklopu ustanove _____ čiji ste trenutno korisnik/pacijent. O točnom datumu i vremenu bit ćete naknadno obaviješteni.

TEMA ISTRAŽIVANJA- O ČEMU ĆEMO RAZGOVARATI?

Razgovor će se započeti s nekim osnovnim podacima o Vama samima. Nadalje, razgovarat će se o tome kako doživljavate Vašu mrežu podrške i socijalnu podršku unutar iste i koliko Vam je to značajno u životu. Mreža podrške su svi oni ljudi koji su Vam bliski i na koje se svakodnevno možete osloniti, dok je socijalna podrška način emocionalne, materijalne ili informativne razmjene između Vas i Vama bliskih osoba.

ŠTO TREBA BITI ISPUNJENO DA BISMO MOGLI RAZGOVARATI?

Kako bi se ispunili preduvjeti za sudjelovanje potrebno je da zadovoljite sljedeće kriterije:

- 1) da imate jednu dijagnozu iz kruga shizofrenije, shizotipnog, sumanutog poremećaja
- 2) da niste lišeni poslovne sposobnosti
- 3) da ste punoljetna osoba (18-65 g.)
- 4) da ste trenutačno u tretmanu u Kliničkog bolničkog centra Rijeka ili Psihijatrijske bolnice Lopača/da ste korisnik usluge organiziranog stanovanja ili boravka u sklopu Doma za odrasle osobe Turnić
- 6) da ste trenutačno stabilnog zdravstvenog stanja- da nemate veće teškoće u komunikaciji, odnosno da možete jasno artikulirati svoja iskustva o predmetu istraživanja
- 7) da je jedan član Vaše obitelji također voljan sudjelovati u istraživanju.

DOBROVOLJNOST SUDJELOVANJA U ISTRAŽIVANJU

Vaša odluka o sudjelovanju ili nesudjelovanju u istraživanju neće imati nikakav (pozitivan ili negativan) utjecaj na Vaša prava u sustavu zdravstva/socijalne skrbi. Važno je da znate da Vas nitko ne smije prisiliti na sudjelovanje u istraživanju. Ukoliko Vas je netko prisilio, molim Vas da to odmah na početku našeg razgovora kažete. Odluka o sudjelovanju mora biti isključivo Vaša.

VAŠA PRAVA TIJEKOM ISTRAŽIVANJA

Važno je da znate kako u bilo kojem trenu možete odustati od intervjua, bez da to ima bilo kakvih posljedica po Vas. Također, ne morate odgovarati na pitanja koja Vam se ne budu sviđala ili koja Vam budu stvarala nelagodu. U dogovoru s Vama će se koristiti sav dobiveni materijal. Ako Vas tijekom razgovora nešto rastuži ili uzruja, molim Vas da to odmah podijelite. Također, ako se nakon razgovora budete osjećali tužno ili uzrujano, slobodno mi se možete javiti, a pa ću Vas uputiti s kim možete dodatno o tome porazgovarati.

ZAŠTITA VAŠIH PODATAKA

Radi lakše obrade podataka, razgovor će se snimati diktafonom. Potom, razgovor će biti prepisan u tekstualni oblik i čim prije će audio snimka biti izbrisana. U tekstu će biti izbrisana sva imena i podaci koji bi se mogli povezati s Vama ili bilo kojom drugom osobom. O sadržaju razgovora neće nitko drugi znati osim Vas i istraživača.

SUGLASNOST KORISNIKA/PACIJENTA ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU
„NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM
SMETNJAMA,,

- Potvrđujem kako sam pročitao/la cijeli tekst, razumijem ga i nemam za sada pitanja vezana uz istraživanje.
- Potvrđujem kako zadovoljavam prethodno navedene kriterije za sudjelovanje.
- Pristajem sudjelovati u ustraživanju i razgovarati s istraživačem.
- Pristajem da se naš razgovor snima diktafonom.
- Pristajem da se moji odgovori koriste u svrhu pisanja doktorske disertacije i znanstvenih radova, uz poštivanje načela anonimizacije osobnih podataka.
- Dobio/la sam potpisani primjerak suglasnosti i za sebe.

*Molim Vas da u kvadratić upišete oznaku X s izjavama s kojima ste suglasni.

Mjesto i datum : _____

Potpis: _____

Adresa (nije obavezno): _____

*Molim da se suglasnost pošalje na e-mail adresu: andreja.balaz.gilja@gmail.com, faksira na broj 051/658-887 ili dostavi poštom na adresu Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Krešimirova 42, 51000 Rijeka; s naznakom za Odjel za socijalni rad.

Prilog 6: POZIV ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU „NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA,, (ČLANOVI OBITELJI)

Poštovani/a,

Moje ime je Andreja Balaž Gilja. Po zanimanju sam socijalna radnica te sam zaposlena pri Kliničkom bolničkom centru Rijeka. Ovim putem Vas pozivam da sudjelujete u istraživanju „Neformalna mreža socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama“, koje provodim u svrhu pisanja svoje doktorske disertacije na Pravnom fakultetu u Zagrebu, Studijskom centru socijalnog rada. Cilj istraživanja je iz višestruke perspektive dobiti uvid u neformalnu mrežu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama. Stoga, vjerujem kako bi Vaše iskustvo, kao člana obitelji osobe s duševnim smetnjama, bilo vrlo značajno za ovo istraživanje.

Podatke o Vama dobila sam od djelatnika ustanove čiji je Vaš član obitelji korisnik/pacijent.

Molim Vas da tekst na sljedećim stranicama pročitate pažljivo. Uzmite dovoljno vremena da promislite o pročitanoj i potom donesite odluku o sudjelovanju u istraživanju.

Molim Vas da ispunite suglasnost za sudjelovanje koja se nalazi u nastavku te da se Vaš odgovor pošalje na e-mail adresu: andreja.balaz.gilja@gmail.com, faksira na broj 051/658-887 ili dostavi poštom na adresu Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Krešimirova 42, 51000 Rijeka; s naznakom za Odjel za socijalni rad.

Unaprijed hvala,

Andreja Balaž Gilja, mag.soc.pol.
Socijalna radnica
Klinički bolnički centar Rijeka
Odjel za socijalni rad
Krešimirova 42, 51000 Rijeka
Tel./fax: 051/658-887
e- mail: andreja.balaz.gilja@gmail.com

INFORMACIJE O ISTRAŽIVANJU:

MJESTO I VRIJEME PROVEDBE ISTRAŽIVANJA

Istraživanje će se provesti kao intervju, razgovor kojemu ćete nazočiti Vi i istraživač. Razgovor će trajati između 30-45 minuta, a vodit će se na način da Vam istraživač postavlja pitanja na koja ćete Vi odgovarati iz osobnog iskustva. Ne postoje netočni odgovori. Lokacija, datum i vrijeme provedbe istraživanja bit će određeni u dogovoru s Vama.

TEMA ISTRAŽIVANJA- *O ČEMU ĆEMO RAZGOVARATI?*

Razgovor će se započeti s nekim osnovnim podacima o Vama samima. Nadalje, razgovarat će se o tome kako doživljavate mrežu podrške i socijalnu podršku unutar iste kod Vašeg člana obitelji i koliko Vam je to značajno u životu. U kontekstu istraživanja, mreža podrške su svi oni ljudi koji su Vašem članu obitelji bliski i na koje se svakodnevno može osloniti, dok je socijalna podrška način emocionalne, materijalne ili informativne razmjene između Vašeg člana obitelji i njemu/njoj bliskih osoba.

ŠTO TREBA BITI ISPUNJENO DA BISMO MOGLI RAZGOVARATI?

Kako bi se ispunili preduvjeti za sudjelovanje potrebno je da zadovoljite sljedeće kriterije:

- 1) da ste u srodstvu s našim sudionikom (majka/otac; pomajka/očuh; baka/djed; sestra/brat; polusestra/polubrat; supruga/suprug; kćerka/sin; pokćerka/posinak).
- 2) da ste punoljetna osoba.

DOBROVOLJNOST SUDJELOVANJA U ISTRAŽIVANJU

Vaša odluka o sudjelovanju ili nesudjelovanju u istraživanju neće imati nikakav (pozitivan ili negativan) utjecaj na prava Vašeg člana obitelji u sustavu zdravstva/socijalne skrbi. Važno je da znate da Vas nitko ne smije prisiliti na sudjelovanje u istraživanju. Ukoliko Vas je netko prisilio, molim Vas da to odmah na početku našeg razgovora kažete. Odluka o sudjelovanju mora biti isključivo Vaša.

VAŠA PRAVA TIJEKOM ISTRAŽIVANJA

Važno je da znate kako u bilo kojem trenu možete odustati od intervjua, bez da to ima bilo kakvih posljedica po Vas ili Vašeg člana obitelji. Također, ne morate odgovarati na pitanja koja Vam se ne budu sviđala ili koja Vam budu stvarala nelagodu. U dogovoru s Vama će se koristiti sav dobiveni materijal. Ako Vas tijekom razgovora nešto rastuži ili uzruja, molim Vas da to odmah podijelite. Također, ako se nakon razgovora budete osjećali tužno ili uzrujano, slobodno mi se možete javiti, a pa ću Vas uputiti s kim možete dodatno o tome porazgovarati.

ZAŠTITA VAŠIH PODATAKA

Radi lakše obrade podataka, razgovor će se snimati diktafonom. Potom, razgovor će biti prepisan u tekstualni oblik i čim prije će audio snimka biti izbrisana. U tekstu će biti izbrisana sva imena i podaci koji bi se mogli povezati s Vama ili bilo kojom drugom osobom. O sadržaju razgovora neće nitko drugi znati osim Vas i istraživača.

SUGLASNOST ČLANA OBITELJI ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU
„NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM
SMETNJAMA,,

- Potvrđujem kako sam pročitao/la cijeli tekst, razumijem ga i nemam za sada pitanja vezana uz istraživanje.
- Potvrđujem kako zadovoljavam prethodno navedene kriterije za sudjelovanje.
- Pristajem sudjelovati u istraživanju i razgovarati s istraživačem.
- Pristajem da se naš razgovor snima diktafonom.
- Pristajem da se moji odgovori koriste u svrhu pisanja doktorske disertacije i znanstvenih radova, uz poštivanje načela anonimizacije osobnih podataka.
- Dobio/la sam potpisani primjerak suglasnosti i za sebe.

*Molim Vas da u kvadratić upišete oznaku X s izjavama s kojima ste suglasni.

Mjesto i datum : _____

Potpis: _____

Adresa (nije obavezno): _____

*Molim da se suglasnost pošalje na e-mail adresu: andreja.balaz.gilja@gmail.com, faksira na broj 051/658-887 ili dostavi poštom na adresu Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Krešimirova 42, 51000 Rijeka; s naznakom za Odjel za socijalni rad.

Prilog 7: POZIV ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU „NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA,, (STRUČNJACI IZ PODRUČJA MENTALNOG ZDRAVLJA)

Poštovani/a,

Moje ime je Andreja Balaž Gilja. Po zanimanju sam socijalna radnica te sam zaposlena pri Kliničkom bolničkom centru Rijeka. Ovim putem Vas pozivam da sudjelujete u istraživanju: „Neformalna mreža socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama“, koje provodim u svrhu pisanja svoje doktorske disertacije na Pravnom fakultetu u Zagrebu, Studijskom centru socijalnog rada. Cilj istraživanja je iz višestruke perspektive dobiti uvid u neformalnu mrežu socijalne podrške osoba s duševnim smetnjama. Stoga, vjerujem kako bi Vaše iskustvo, kao stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja, bilo vrlo značajno za ovo istraživanje.

Podatke o Vama dobila sam od djelatnika ustanove čiji ste zaposlenik.

Molim Vas da tekst na sljedećim stranicama pročitate pažljivo. Uzmite dovoljno vremena da promislite o pročitanome i potom donesite odluku o sudjelovanju u istraživanju.

Molim Vas da ispunite suglasnost za sudjelovanje koja se nalazi u nastavku te da se Vaš odgovor pošalje na e-mail adresu: andreja.balaz.gilja@gmail.com, faksira na broj 051/658-887 ili dostavi poštom na adresu Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Krešimirova 42, 51000 Rijeka; s naznakom za Odjel za socijalni rad.

Unaprijed hvala,

Andreja Balaž Gilja, mag.soc.pol.
Socijalna radnica
Klinički bolnički centar Rijeka
Odjel za socijalni rad
Krešimirova 42, 51000 Rijeka
Tel./fax: 051/658-887
e- mail: andreja.balaz.gilja@gmail.com

INFORMACIJE O ISTRAŽIVANJU:

MJESTO I VRIJEME PROVEDBE ISTRAŽIVANJA

Podaci će se prikupljati intervjuom- razgovor kojemu ćete nazočiti Vi i istraživač. Razgovor će trajati između 30-45 minuta, a vodit će se na način da Vam istraživač postavlja pitanja na koja ćete Vi odgovarati iz profesionalnog iskustva. Ne postoje netočni odgovori. Intervju će se provesti u sklopu ustanove _____ čiji ste zaposlenik. O točnom datumu i vremenu bit ćete naknadno obaviješteni

TEMA ISTRAŽIVANJA- *O ČEMU ĆEMO RAZGOVARATI?*

Razgovor će se započeti s Vašim predstavljanjem u profesionalnom smislu. Nadalje, razgovarat će se o tome kako doživljavate mrežu podrške Vašeg korisnika/pacijenta i socijalnu podršku unutar iste i kakvih to ima implikacija u Vašem radu. U kontekstu istraživanja, mreža podrške je grupa ljudi koja je dio života pojedinca (osobe s duševnom smetnjom), na koju se isti može osloniti, a socijalna podrška se definira kao svaka informaciju, koja je (ne)izgovorena, i/ili materijalnu pomoć koju nude grupe i/ili ljudi koji se međusobno poznaju, a koja rezultira emocionalnim ishodima i/ili pozitivnim ponašanjem.

ŠTO TREBA BITI ISPUNJENO DA BISMO MOGLI RAZGOVARATI?

Kako bi se ispunili preduvjeti za sudjelovanje potrebno je da zadovoljite sljedeće kriterije:

- 1) da ste stručnjak iz područja mentalnog zdravlja (psihijatar; psiholog; medicinska sestra/tehničar (mag.mentalnog zdravlja); socijalni radnik; radni terapeut; socijalni pedagog...)
2. da neposredno radite s osobama s duševnim smetnjama u Kliničkom bolničkom centru Rijeka, Psihijatrijskoj bolnici Lopača ili Domu za odrasle osobe Turnić.

DOBROVOLJNOST SUDJELOVANJA U ISTRAŽIVANJU

Vaša odluka o sudjelovanju ili nesudjelovanju u istraživanju neće imati nikakav (pozitivan ili negativan) utjecaj na Vaš daljnji rad u ustanovi. Važno je da znate da Vas nitko ne smije prisiliti na sudjelovanje u istraživanju. Ukoliko Vas je netko prisilio, molim Vas da to odmah na početku našeg razgovora kažete. Odluka o sudjelovanju mora biti isključivo Vaša.

VAŠA PRAVA TIJEKOM ISTRAŽIVANJA

Važno je da znate kako u bilo kojem trenu možete odustati od sudjelovanja, bez da to ima bilo kakvih posljedica po Vas ili Vašeg korisnika/pacijenta. Također, ne morate odgovarati na pitanja koja Vam se ne budu sviđala ili koja Vam budu stvarala nelagodu. U dogovoru s Vama će se koristiti sav dobiveni materijal. Ako Vas tijekom razgovora nešto rastuži ili uzruja, molim Vas da to odmah podijelite.

ZAŠTITA VAŠIH PODATAKA

Radi lakše obrade podataka, razgovori će se snimati diktafonom. Potom, razgovor će biti prepisan u tekstualni oblik i čim prije će audio snimka biti izbrisana. U tekstu će biti izbrisana sva imena i podaci koji bi se mogli povezati s Vama ili bilo kojom drugom osobom. O sadržaju razgovora neće nitko drugi znati osim Vas i istraživača.

SUGLASNOST STRUČNJAKA IZ PODRUČJA MENTALNOG ZDRAVLJA ZA
SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU „NEFORMALNA MREŽA SOCIJALNE PODRŠKE
OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA,,

- Potvrđujem kako sam pročitao/la cijeli tekst, razumijem ga i nemam za sada pitanja vezana uz istraživanje.
- Potvrđujem kako zadovoljavam prethodno navedene kriterije za sudjelovanje.
- Pristajem sudjelovati u ustraživanju.
- Pristajem da se naš razgovor snima diktafonom.
- Pristajem da se moji odgovori koriste u svrhu pisanja doktorske disertacije i znanstvenih radova, uz poštivanje načela anonimizacije osobnih podataka.
- Dobio/la sam potpisani primjerak suglasnosti i za sebe.

*Molim Vas da u kvadratić upišete oznaku X s izjavama s kojima ste suglasni.

Mjesto i datum : _____

Potpis: _____

Adresa (nije obavezno): _____

*Molim da se suglasnost pošalje na e-mail adresu: andreja.balaz.gilja@gmail.com, faksira na broj 051/658-887 ili dostavi poštom na adresu Kliničkog bolničkog centra Rijeka, Krešimirova 42, 51000 Rijeka; s naznakom za Odjel za socijalni rad.

Prilog 8: ŽIVOTOPIS AUTORICE

Andreja Balaž Gilja rođena je 24. srpnja 1991. godine u Somboru, u Republici Srbiji. U svom rodnom selu završava osnovnu školu, potom upisuje gimnaziju u Somboru. Nakon završene gimnazije odlučuje studirati u inozemstvu i upisati studij socijalnog rada na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, što se i realiziralo 2010. godine.

Za vrijeme studija bila je demonstratorica na Katedri za sociologiju i Katedri za metodologiju. Također, 2014. godine, bila je jedna od inicijatorica i realizatorica humanitarne akcije: „Ima li budnih?“, koja je imala za cilj blagdansko darivanje djece iz tada poplavljenog područja u Slavoniji te poticanje rađanja novih studentskih inicijativa na Pravnom fakultetu.

Iste, 2014. godine provela je četiri mjeseca na Erasmus razmjeni studenata na Fakultetu za socialno delo u Ljubljani. Iduće godine je također provela četiri mjeseca u Ljubljani, ali na stručnoj praksi u Kulturnom centru „Danilo Kiš“.

Preddiplomski studij završava 2014. godine s diplomom za uspjeh na studiju- *magna cum laude* te Dekanovom nagradom za pisani rad u koautorstvu- „Vršnjačko nasilje u učeničkim domovima na području Grada Zagreba.“

Iduće, 2015. godine, završava diplomski studij socijalne politike te stječe zvanje magistricе socijalne politike.

Po završetku studija, zbog ljubavi, seli se u Rijeku, gdje odrađuje pripravnički staž kroz 2016. godinu u Centru za socijalnu skrb Rijeka, a iduće, 2017. godine se zapošljava u Kliničkom bolničkom centru Rijeka kao prva licencirana socijalna radnica. Uz kolegicu pravnicu, radila je na prepoznavanju i razvijanju socijalnog rada u bolnici, što je rezultiralo stvaranjem višečlanog stručnog tima socijalnih radnica, a čija je voditeljica od 2021. godine.

Za vrijeme radnog staža obnašala je dužnost tajnice Udruge socijalnih radnika Rijeka u periodu od 2016-2019. godine.

Od 2019. godine članica je vodstva Sekcije socijalnih radnika zaposlenih u zdravstvu pri Hrvatskoj komori socijalnog rada, a od 2021. godine članica Etičkog povjerenstva Hospicija „Marija Krucifiksa Kozulić“ u Rijeci.

Aktualno je apsolvantica edukacije iz Geštalt psihoterapije pri institutu Psihika u Zadru te polaznica jednogodišnjeg stručnog usavršavanja (upravljanje ljudskim potencijalima) pri Poslovnom učilištu Experta u Zagrebu.

Prethodno je završila Kolokvij kliničke palijative, tečaj trajne medicinske naobrazbe 1. kategorije, gdje je danas jedna od predavačica na temu socijalne podrške.

Vanjska je suradnica civilne organizacije Društvo za istraživanje i podršku u Rijeci, gdje radi na projektu pružanja psihosocijalne podrške osobama s invaliditetom i njihovim obiteljima.

Poslijediplomski doktorski studij socijalnog rada upisuje 2018. godine te za vrijeme studija postaje supruga i majka dvoje djece. Bila je aktivna sudionica na većem broju stranih i domaćih znanstvenih i stručnih skupova. Dosad je objavila dva znanstvena i tri stručna rada, što samostalno, što u koautorstvu.