

# Socijalni rad u zajednici u zaštiti i promociji mentalnog zdravlja. Važnost i potencijal koncepta društvenog upućivanja i relacijskog blagostanja

---

Krošl, Ana

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:221855>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-28**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**PRAVNI FAKULTET**  
**STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Ana Krošl**

**SOCIJALNI RAD U ZAJEDNICI U ZAŠTITI I PROMOCIJI**  
**MENTALNOG ZDRAVLJA.**

**VAŽNOST I POTENCIJAL KONCEPTA DRUŠTVENOG**  
**UPUĆIVANJA I RELACIJSKOG BLAGOSTANJA**

**ZAVRŠNI RAD**

**ZAGREB, 2024.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**PRAVNI FAKULTET**  
**STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Ana Krošl**

**SOCIJALNI RAD U ZAJEDNICI U ZAŠTITI I PROMOCIJI**  
**MENTALNOG ZDRAVLJA.**

**VAŽNOST I POTENCIJAL KONCEPTA DRUŠTVENOG**  
**UPUĆIVANJA I RELACIJSKOG BLAGOSTANJA**

**ZAVRŠNI RAD**

**Mentor: prof.dr.sc. Nino Žganec**

**Zagreb, 2024.**

## Sadržaj

<b>1. Uvod</b> .....	1
<b>2. Mentalno zdravlje</b> .....	3
2.1. <i>Mentalno zdravlje u zajednici</i> .....	4
<b>3. Zajednica</b> .....	5
3.1. <i>Obilježja i funkcije zajednice</i> .....	6
3.2. <i>Značaj organiziranja zajednice u očuvanju mentalnog zdravlja</i> .....	8
3.3. <i>Otpornost zajednice i usluge u zajednici u području mentalnog zdravlja</i> .....	10
<b>4. Koncept društvenog upućivanja</b> .....	11
4.1. <i>Trendovi u zajednici, „community engagement” i društveno upućivanje</i> .....	11
4.2. <i>Modeli, resursi i aktivnosti unutar koncepta društvenog upućivanja</i> .....	14
4.3. <i>Obrazovanje stručnjaka i veza sa socijalnim radom</i> .....	16
4.4. <i>Prednosti i ograničenja koncepta društvenog upućivanja</i> .....	18
<b>5. Koncept relacijskog blagostanja u zaštiti mentalnog zdravlja</b> .....	19
5.1. <i>Teorijski modeli utjecaja socijalnih veza na zdravlje</i> .....	21
<b>6. Implikacije rada u zajednici, društvenog upućivanja i relacijskog blagostanja za profesiju socijalnog rada u području zaštite mentalnog zdravlja</b> .....	23
<b>7. Zaključak</b> .....	25
<b>LITERATURA:</b> .....	25

Socijalni rad u zajednici u zaštiti i promociji mentalnog zdravlja. Važnost i potencijal koncepta društvenog upućivanja i relacijskog blagostanja

Sažetak:

*Mentalno zdravlje zauzima posebno mjesto kada govorimo o kvaliteti života pojedinca i produktivnosti društva jer ono omogućuje razvoj i očuvanje vlastitih potencijala, nošenje s različitim domaćim i globalnim stresorima te ultimativno doprinosi zajednici. Obzirom na značajnu osjetljivost na vanjske i osobne faktore, zaštita i unaprjeđenje mentalnog zdravlja u današnje vrijeme predstavlja društveni imperativ. Posebno se naglašava organiziranje skrbi u zajednici pojedinaca kako bi se pružala kontinuirana skrb i podrška i očuvala funkcionalnost i integracija u društvo. Stoga trend deinstitucionalizacije doprinosi novim metodama i pristupima liječenju, primarno na razini integracije različitih intervencija i transdisciplinarnih timova, uključujući socijalne radnike. Ovo područje socijalnog rada se posebno ističe u harmonizaciji odnosa šire zajednice i ranjivih skupina te uključuje praćenje napretka kroz suvremene teorije. Ono obuhvaća prepoznavanje utjecaja socijalne izolacije i usamljenosti na mentalno zdravlje, faktore kulturalnog identiteta i ukazuje na to da su stanja narušenog mentalnog zdravlja, psihičkog oboljenja ili poremećaja rezultat snopa različitih ekonomskih, socijalnih, okolišnih i drugih okolnosti. Zato se naspram ovih saznanja koncipiraju socijalno upućivanje i relacijsko blagostanje kao ključni koncepti koji svojim postulatima doprinose poboljšanju prakse socijalnog rada u zajednici u području mentalnog zdravlja*

*Ključne riječi: mentalno zdravlje, organiziranje skrbi u zajednici, društveno upućivanje, relacijsko blagostanje, socijalni rad*

*Social Work in the Community, for the protection and promotion of Mental Health.*

*The importance and potential of the concept of Social Prescribing and Relational Welfare*

*Abstract:*

*Mental Health holds a special place when discussing the quality of individual's life and societal productivity, as it enables the development and preservation of personal potential, coping with various domestic and global stressors and ultimately contributes to the community. Given its significant sensitivity to external and personal factors, protecting and improving mental health in modern times represents a societal imperative. Emphasis is placed on organizing community-based care to provide continuous support and maintain functionality and integration within society. Thus, the trend of*

*deinstitutionalization leads to new methods and approaches in treatment, primarily through the integration of various interventions and transdisciplinary teams, including social workers. This area of social work is particularly notable for harmonizing relationships between the broader community and vulnerable groups, and involves monitoring progress through contemporary theories. It includes recognizing the impact of social isolation and loneliness on mental health, factors of cultural identity, and highlights that mental health issues, psychological disorders or disturbances result from a range of economic, social, environmental and other circumstances. Consequently, social prescribing and relational welfare are conceptualized as key concepts that enhance community based social work practices in the field of mental health.*

*Key words: mental health, community-based care, social prescribing, relational welfare, social work*

### **Izjava o autorstvu rada**

Ovime potvrđujem da sam osobno napisala rad:

„Socijalni rad u zajednici u zaštiti i promociji mentalnog zdravlja. Važnost i potencijal koncepta društvenog upućivanja i relacijskog blagostanja”

i da sam njegova autorica. Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima (bilo da su u pitanju mrežni izvori, udžbenici, knjige, znanstveni, stručni ili popularni članci) u radu su jasno označeni kao takvi te adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Ana Krošl

Datum: 23.kolovoza 2024.

***Izjava o izvornosti rada***

*Ja, Ana Krošl pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade nisam koristila drugim izvorima do onih u radu.*

\_\_\_\_\_Ana Krošl, univ.bacc.act.soc.\_\_\_\_

## 1. Uvod

Problemi mentalnog zdravlja u posljednje vrijeme, pod utjecajem brojnih globalnih promjena rastu uzlaznom putanjom. Paralelno, odvija se trend deinstitucionalizacije skrbi kojim se intervencije za zaštitu mentalnog zdravlja iz kliničkih uvjeta smještavaju unutar zajednice čime ona dobiva novu ulogu. Ta novodobivena uloga predstavlja potencijal za kreiranje novih rehabilitacijskih postupaka unutar profesije socijalnog rada koji počivaju na suvremenim konceptima društvenog upućivanja i relacijskog blagostanja.

Među glavne uzroke veće primjetnosti problema mentalnog zdravlja izdvajaju se: COVID 19, ratna previranja, trostruka planetarna kriza (zagađenje, klimatske promjene, narušenje biološke raznolikosti), promjene na tržištu rada i u demografiji (EK, 2023.). Osim suočavanja s globalnim stresorima, potrebno je osmisliti intervencije kojima će se rješavati problemi mentalnog zdravlja kako bi se ojačala otpornost ne samo pojedinaca ili populacija već i zajednica. Prije pandemije, jedna od šest osoba na razini Europske Unije imala bi problem mentalnog zdravlja. Uz to, više od 7 % europske populacije imalo je depresiju, dok se čak 13 % osjećalo usamljeno (EK, 2023.). Postotak se pojačavanjem stresora u narednim godinama mijenjao te se prema izvješću Europske komisije, za usamljenost udvostručio (EK, 2023.). Isti podaci pokazuju da stres, anksioznost i depresivne epizode nisu zaobišle ni radna mjesta, čime se povećao rizik za izostanak s posla s velikim potencijalnim rizikom za daljnju osobnu dobrobit i ekonomsku stabilnost cjelokupnog društva. Neizvjesnost koja je u ovim vremenima pos tala prisutna, generirala je ne samo probleme narušenog mentalnog zdravlja već i povećanje incidencije u svim skupinama psihičkih poremećaja. Važno je naglasiti da zdravstveni sustav ne može sam riješiti izazove mentalnog zdravlja te je za to potreban sveobuhvatan pristup i angažman drugih sustava unutar društva, poput socijalne zaštite, obrazovanja, tržišta rada i slično. Prevencija problema mentalnog zdravlja, promocija mentalne higijene i rana intervencija pokazale su se učinkovitijim i isplativijim mjerama zaštite mentalnog zdravlja. Slično usmjerenje o većoj ekonomskoj i terapijskoj učinkovitosti nalazimo i u suvremenoj psihijatriji koja „seli” medicinske intervencije iz kliničkih uvjeta u izvanbolničke, odnosno u zajednicu.



Taj novi politetički pristup kombinira psihofarmakoterapiju i socioterapiju koju provode socijalni radnici po holističkom i integrativnom principu liječenja u svojstvu politike „neka cvjeta tisuću cvjetova.” (Jakovljević, 2022.). Prakse socijalnog rada poput izravnog rada s pacijentima, zagovaranja prava i razvoj javnih politika, u liječenju psihičkih poremećaja primjenjuju se od 20. stoljeća. Jedan od najvažnijih doprinosa osim socioterapijskih postupaka jest uvođenje metode „*case managementa*” što je doprinijelo odustajanju od isključivo medicinskog pristupa liječenju i uvođenju bio-psiho-socijalnog modela (Rapp, 1998.). Objektivni cilj bio-psiho-socijalnog modela jest oporavak. On je sadržan i u operativnom okviru djelovanja profesije socijalnog rada uz dodatak da se odvija u prirodnom okruženju pojedinca (Carpenter, 2002.). Drugim riječima, pojam okruženje predstavlja zajednicu. K tome, zajednica se pojavljuje kao jedno od temeljnih usmjerenja intervencija i područja djelovanja stručnjaka socijalnog rada. Osim toga, zajednica se može pojaviti kao kultivator socijalnih i zdravstvenih nejednakosti uslijed kojih njezini članovi stvaraju neodržive veze jedni s drugima što doprinosi socijalnoj izolaciji. Istraživanja su pokazala pozitivan učinak socijalne podrške i društvenih interakcija na probleme mentalnog zdravlja (Corrigan i Phelan, 2004.; Pichler i Wallace, 2007.; Dobrotić i Laklija, 2012.). Hendryx, Green i Perrin (2009.) u istraživanju koje je proučavalo oporavak kod ozbiljnih problema mentalnog zdravlja pokazalo da uz međuljudske odnose i podršku, aktivnosti u lokalnoj zajednici doprinose poboljšanju mentalnog zdravlja i oporavku.

Nebrojeno puta su osobe s narušenim mentalnim zdravljem izložene diskriminaciji i stigmi. Međutim transformacijom zajednice, daljnjom deinstitucionalizacijom, širenjem kapaciteta i praksom osnaživanja, profesija socijalnog rada pruža mogućnosti za vraćanjem stanja osobne vrijednosti osobama s narušenim duševnim zdravljem. Stoga će ovaj rad detaljnije prikazati potencijale društvenog upućivanja i relacijskog blagostanja kao suvremenih koncepata koji zajednici omogućuju pomak prema holističkoj skrbi, a socijalni rad obogaćuju novim metodama rada.

## 2. Mentalno zdravlje

Na kvalitetu i životni sklad svakog pojedinca kao izravan utjecaj i bitan čimbenik javlja se mentalno zdravlje. Ono čini dio zdravlja, a označava stanje u kojem pojedinci shvaćaju svoje sposobnosti te razvijaju vlastite potencijale, mogu se nositi sa životnim stresovima i doprinosti životu zajednice (SZO, 2022.a.). Mentalno zdravlje također je preduvjet produktivne ekonomije i inkluzivnog društva radi čega nadilazi individualnu i obiteljsku sferu (EK,2023.). Ne odvija se „u vakuumu” niti postoji kao stanje *per se*, već je oblikovano vanjskim i osobnim čimbenicima poput: uvjeta u općem društvu, okolišu, ekonomiji i globalnim događajima koja oblikuju našu svakodnevicu i ekosustav (EK, 2023.). Zato se danas javlja kao zahtjev za društveni i ekonomski razvoj.

Pojavnost teškoća mentalnog zdravlja učestalija je zbog posljedica epidemije koronavirusa, a postotak prevalencije anksioznosti i depresije uzrokovanih posljedicama istog virusa, na svjetskoj populaciji, viši je za 25 % prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji. Ista institucija procjenjuje da od 2019. godine, svaka osma osoba pati od neke teškoće mentalnog zdravlja (SZO, 2022.b.). Alarmantnost problema narušenog mentalnog zdravlja vidljiva je iz predviđanja Harvardske studije (McGrath i sur., 2023.) da će u budućnosti jedna od dvije osobe na svijetu tijekom života razviti poremećaj mentalnog zdravlja.

Suvremeno poimanje mentalnog zdravlja počiva na dualnom modelu prema kojem se mentalno stanje pojedinca ne određuje samo prisutnošću dijagnoze psihičkog poremećaja već i **subjektivnim osjećajem opće dobrobiti** koji uključuje (Keyes, 2002.):

- Emocionalnu dobrobit
- Psihološku dobrobit
- Tjelesnu dobrobit

Mentalno zdravlje i psihička smetnja ili poremećaj nisu dvije točke na istom kontinuumu već splet dva kontinuumata na kojem stoje zasebno što znači da osoba kod koje su prisutni psihopatološki simptomi, može biti produktivna za sebe i zajednicu, jednako kao i osoba

bez psihičkih smetnji (Muslić i sur., 2020.). Također model je ishodišna točka za prevenciju i očuvanje mentalnog zdravlja kroz aktivnu ulogu građana, društva i zajednice. Važnost preventivnog djelovanja i zagarantiranost takvih usluga i programa jedno je od tri načela koja u svojim strateškom pristupu mentalnom zdravlju navodi Europska unija. Osim prevencije to su i načela pristupa visokokvalitetnoj i pristupačnoj mentalnoj zdravstvenoj skrbi i liječenju te mogućnost reintegracije u društvo uslijed oporavka (EK, 2023.). Zbirno gledajući, strateški pristup mentalnom zdravlju (EK, 2023.) zapravo izlazi iz okvira isključivo predmeta zdravstvene politike i traži sveobuhvatni „holistički” pristup koji prepoznaje utjecaj niz:

- Bioloških i socijalnih čimbenika,
- Ekonomije i tržišta rada,
- Zajednice i obitelji.

Interakcija postojećih društvenih nejednakosti i okosnica mentalnog zdravlja za neke ljude predstavlja dodatni faktor njihove stigmatizacije i marginalizacije zbog posjedovanja obilježja utvrđenim Konvencijom (MU 18/97, 6/99, 14/02, 13/03, 9/05, 1/06, 2/10, 13/17) i u domaćem zakonodavstvu Zakonom o suzbijanju diskriminacije (NN 85/08, 112/12) kao protektivne karakteristike.

### *2.1. Mentalno zdravlje u zajednici*

Osim prevencije problema mentalnog zdravlja, dualni model predviđa i razvoj usluga u zajednici koje se temelje na načelima osnaživanja i oporavka za sve osobe, na način da kroz organiziranu mrežu službi za zaštitu mentalnog zdravlja ostvaruju podršku i njegu unutar zajednice (Štrkalj Ivezić, Grbić Štimac, 2021.). Ulogu zajednice prepoznala je Svjetska zdravstvena organizacija uvrstivši njegu u zajednici u svoje preporuke za mentalno zdravlje (SZO, 2001.). Ova krovna organizacija za zdravstvenu zaštitu, propisala je niz načela koja su sadržana u strateškom okviru razvoja mentalnog zdravlja do 2030. godine za organiziranje zaštite mentalnog zdravlja, a to su (Ministarstvo zdravstva, 2023.):

- „Pristupačnost
- Sveobuhvatnost
- Kontinuirana i koordinirana skrb
- Službe vođene potrebama korisnika
- Učinkovitost
- Jednakost
- Zaštita i unaprjeđenje ljudskih prava
- Informacije o službama i uslugama
- Oporavak i osnaživanje”

Mentalno zdravlje u zajednici predstavlja integrirani pristup koji koristi društvene resurse kako bi se osobama s problemima mentalno zdravlja osigurala skrb i podrška u njihovom okruženju (Britvić i Štrkalj-Ivezić, 2019.). Takav pristup osobama omogućuje usmjeravanje na osobni i funkcionalni oporavak (Mahmutović, 2022.). Razvoj mentalnog zdravlja u zajednici odvijao se u dvije faze. Prva se odvijala između pedesetih i osamdesetih godina prošlog stoljeća i obilježena je osnivanjem multidisciplinarnih timova. (Britvić i Štrkalj-Ivezić, 2019.). Sukcesivna faza veže se uz objavu studije o asertivnom tretmanu u zajednici koja naglašava ljudska prava, sudjelovanje i suradnju (Britvić i Štrkalj-Ivezić, 2019.). Posljedično, ovi su principi doveli do promjene u ulozi pacijenata. Oni više nisu samo subjekti liječenja, nego zauzimaju aktivnije uloge, te postaju suradnici u krojenju liječenja i rehabilitacije.

### **3. Zajednica**

Zajednica je složen i ponekad višeznačan pojam kojim se određuje: teritorij, pojedinci i skupine te pripadajuće im funkcije koje zauzimaju i koje utječu na njihov život te kategorije stanovništva sa zajedničkim obilježjima kao što su spol, dob, invaliditet ili životno iskustvo (Žganec, 2003.). Primarno navedeni tip, u suvremenom kontekstu

izjednačen je s **lokalnom zajednicom** te je povezan s najnižom razinom nosioca političke vlasti. Sljedeća je dimenzija određenja pojma zajednice funkcionalna. Funkcije kojima su članovi posrednim i neposrednim vezama povezani, važne su za uključivanje u socijalnu akciju (Ajduković, 2003.). **Socijalna akcija** odnosi se na „djelovanje pojedinca koji je subjektivno usmjeren na prošla, sadašnja i buduća ponašanja drugih” (Turner, 1985.). Njima pojedinci ostvaruju utjecaj na druge ljude odnosno pripadnike neke zajednice. Uz navedeno Herbert Blumer je (1979.) zaključio da vrlo veliki udio društvenog djelovanja u stabilnim zajednicama postoji u obliku zajedničkog djelovanja. Ovime se ocrtava međudjelovanje koje pojedinac ima naspram drugih i koje oni imaju naspram pojedinca. Kategorijalno određenje zajednice s obzirom na jačinu i izražajnost zajedničkih obilježja pripadajućih pojedinaca povezuje se sa socijalno-psihološkim aspektom odnosa njezinih članova. Zato u ovom obliku, sve češće govorimo o **osjećaju zajednice**. (Žganec, 2003.).

### *3.1. Obilježja i funkcije zajednice*

Suvremene definicije zajednice povezuju geografski prostor i ljudske odnose. Zajednica postoji kao medij zadovoljavanja potreba i ostvarivanja interesa (Ajduković, 2003.). Pripadnici neke zajednice, njezini stanovnici, uz navedeno dijele socijalne norme te imaju već spomenuti osjećaj pripadanja toj zajednici. Upravo se radi navedenog može se zaključiti da pripadnici neke zajednice imaju dvojni ulogu. Oni se unutar nje pojavljuju kao sastavni čimbenik ali i njezin resurs (Žganec, 2003.). Gardner (1991.), ističe da iznimnu važnost za zajednicu predstavljaju: „

- Cjelovitost koja uključuje razlike
- Zajedničke vrijednosti, participaciju i afirmaciju
- Skrb
- Povjerenje i timski rad
- Uspješnu komunikaciju unutar zajednice i veze
- Razvoj mladih
- Sustavna podrška zajednici kroz različite institucije"

Ovisno o značenju koje određenoj zajednici pridodamo, Barnes (1997.) navodi obilježja zajednice prema njezinoj naravi: „

- Zajednica je entitet koji postoji odvojeno od države
- Zajednica podrazumijeva određene zajedničke osobine koje povezuju njezine članove
- Zajednica se često odnosi na skupine koje nemaju visok društveni status
- Zajednica se odnosi na male socijalne skupine koje često uključuju neposredni kontakt, „licem u lice”
- Zajednica je najčešće shvaćena kao pozitivni koncept ”

Odvojenost zajednice od države podrazumijeva pravo na vođenje privatnog života, ali sagledava zajednicu kao sastavni dio civilnog društva. Obzirom da civilno društvo, bar načelno, sudjeluje u sastavljanju javne politike i kao takvo je sadržano iz organizacija unutar zajednice. Razvidno je da postoji značajna interakcija između spomenute dvije razine u provođenju politika skrbi unutar zajednice i postuliranja javnih politika i pripadajućih praksi. (Ajduković,2003.). Postavka o zajedničkim osobinama, istodobno je proturječna jer s jedne strane implicira zajedništvo, dok s druge, samo članstvo i osjećaj zajednice (eng. *sense of community*) te identificiranje s nekom skupinom mogu biti uzrok socijalne isključenosti. Osjećaj zajednice definira se kao „osjećaj pripadnosti koji članovi imaju, da su važni jedni drugima i grupi te vjera da će potrebe članova biti zadovoljene kroz njihovu predanost zajedništvu.” (McMillan i Chavis, 1986.:9). Osjećaj pripadanja zajednici je povezan s većom društvenom participacijom (Chavis i Wandersman, 1990.; Long i Perkins, 2007), psihičkim osnaživanjem (Peterson, Speer i McMillan, 2008), te sa zdravljem i dobrobiti (Pretty, Andrewes i Collett, 1994.; Freedman i sur., 2006.). Međutim, šire društvo sklono je diskriminirajućim praksama javnih politika uslijed čijih djelovanja dolazi do strukturalnog odvajanja različitih skupina sa sličnim obilježjima i simbolima. Neposredni kontakt skupina unutar zajednice omogućava članovima da kroz organizacije surađuju i time ostvaruju dublje odnose. Potonji ishodi uz sigurnost i

emocionalnu podršku, konceptu zajednice daju više od teorijskog utemeljenja, čineći ju sredstvom ostvarivanja osobne i kolektivne dobrobiti (McMillan i Chavis, 1986.; Hunter, 2008.).

Krucijalna uloga koju zajednica nosi prema van veže se uz proces deinstitutionalizacije skrbi. Deinstitutionalizacija predstavlja novi model organiziranja stacionarne skrbi u obliku usluga koje su dostupne u zajednici, koje se drukčije financiraju i koriste različite metode rada (Sjenčić, 2021.; DeAlmeida i Killspy, 2011; European Expert Group on the Transition from Institutional to Community- Based Care, 2012.).

### *3.2. Značaj organiziranja zajednice u očuvanju mentalnog zdravlja*

Kako bi zajednica odgovarala na potrebe i interese njezinih dionika, istu je potrebno veoma dobro „isplanirati”. Pritom valja pripaziti na socijalne norme njezinih pripadnika, njihova zajednička obilježja te detektirati one resurse koji su zajednici nužni kako bi ona postala kohezivna gradivna jedinica društva. Taj je postupak u suštini kišobran termin koji se veže uz praksu prema kojoj stanovnici zajednički djeluju kako bi adresirali „socijalna pitanja od zajedničkog interesa” (Christens i Speer, 2015.:193.). Raslojavanje pojma prati organiziranje zajednice kao područja istraživanja, metodologiju ili model kojim se kreiraju socijalne intervencije na principima osnaživanja i participacije (Christens i Speer, 2015). Autori Christens i Speer (2015.:194.) navode zajedničke elemente svih paralelnih procesa koji se odvijaju unutar postupka organiziranja, a oni su: „(1) procjena i razvoj odnosa; (2) participativne metode istraživanja; (3) mobilizacija i (4) evaluacija.” Nadalje, organiziranje zajednice sačinjeno je u njezinoj značajno ulozi u životu svakog sudionika. Sukladno tome razvijeno je nekoliko pristupa kako bi zajednica bila što djelotvornija u kreiranju programa i usluga. Rothman (2008.) opisuje tri takva pristupa- razvoj zajednice, socijalno planiranje i socijalnu akciju. Razvoj zajednice veže se uz napredovanje njezinih resursa kroz izgradnju grupnog identiteta i rješavanje sukoba što omogućuje izgradnju zajednice (Minkler, Wellerstein i Hyde, 2022). Socijalno planiranje, s druge strane određeno je empirizmom i prikupljanjem podataka kao načinom rješavanja problema. Posljednjem pristupu cilj je učiniti društvenu promjenu kroz preraspodjelu moći ili odlučivanja unutar zajednice (Ajduković, M.,2003.). Međutim ovi modeli izostavljaju

utjecaj kulture u njihovom promatranju napretka zajednice. Zato brojni kritičari govore o nedostatku kulturalne osviještenosti, a samim time i prilagodljivosti ovih modela u zajednicama s različitim kulturama (Weil, 1996; Rivera i Erlich, 1997; Young Laing, 2009.). Međutim, pod utjecajem kritika, Christens i Speer (2015.), donose suvremene pristupe - organiziranje zajednice temeljeno na vjerskom učenju i relacijsko organiziranje. Dok se prvo temelji na teološkom učenju i zagovara zajedništvo i holistički pristup ljudskom razvoju, drugi postulira značaj odnosa i veza među članovima zajednice (Keddy, 2001.; Christens i Speer, 2015.).

Najčešća namjera organiziranja je promjena javnih politika koje se tiču problema lokalnog karaktera poput stambenog pitanja (Speer i Christens, 2012.), okoliša (Eurofond, 1992.) te javnog obrazovanja i zdravstvene zaštite (Mediratta, Shah i McAllister, 2009; Brown i sur., 2003.). Upravo za potonje, a posljedično i mentalno zdravlje je bitno cjelovito, potrebama i mogućnostima vođeno organiziranje usluga u zajednici, da iste budu uključive za sve članove. Posebnu ulogu organiziranje zajednice ima i za očuvanje zdravstvene jednakosti svih populacijskih skupina (Pastor, Terriquez i May, 2018.). Neki autori navode da adekvatno organiziranje zajednice kao društveno djelovanje može značajno poboljšati fizičko i mentalno zdravlje, služiti u korekcijama zdravstvenog ponašanja ili omogućiti osnaživanje za ne samo sekundarne korisnike već i za krajnje korisnike na jednaki način (Coombe i sur., 2017; Kleba i sur., 2021; Rivkin, 2014; Wallerstein, 2006). Isticanje jednakosti u pružanju i primanju skrbi implementirale su internacionalne agencije i organizacije te su izdale određene zakonske okvire kako bi se skrb u zajednici mogla primijeniti. Prvenstveno se u njima osnažuju (trogenacijska) ljudska prava i pravo na privatnost. Usprkos tome što su ljudska prava prihvaćena i implementirana u internacionalnoj i nacionalnoj legislativi, pravo na privatnost i dalje u ovim kontekstima pretpostavlja određenu skepsu i diskriminatornu praksu. To je vidljivo u institucionalizaciji kao primjeru organiziranja skrbi i usluga jer takav pristup izravno zadire u pravo na vođenje privatnog i obiteljskog života. A upravo se šticeenje ovog prava eksplicitno navodi u članku 8. Konvencije o ljudskim pravima (MU 18/97, 6/99, 14/02, 13/03, 9/05, 1/06, 2/10, 13/17) koji glasi: „Svatko ima pravo na poštovanje svoga



privatnog i obiteljskog života, doma i dopisivanju”. Ovo jamstvo zato ne isključuje osobe s invaliditetom pa onda i osobe s psihičkim poremećajima te je dodatno zaštićeno kroz Konvenciju Ujedinjenih naroda o pravima osoba s invaliditetom u kojoj se ozakonjuje pravo na život u zajednici koje podrazumijeva pristup uslugama i sadržajima u njoj (čl.19. Zakona o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju NN 6/2007.). Integracijom ovih izvora, u praksi izvire drugi trend, suprotan institucionalizaciji, koji se koncipira na povećanju kapaciteta kod osoba primjenom alternativnijih oblika podrške. Deinstitutionalizaciju najviše vežemo za politike i mjere zaštite i unaprjeđenja mentalnog zdravlja (Shadish i Lurigio, 1989.). Postupak se odnosi na reorganizaciju pružanja psihijatrijske skrbi i „izlazak” prema zajednici kroz smanjivanje duljine hospitalizacija i jačanjem partnerstva s drugim organizacijama i akterima u zajednici (Bülow i sur., 2022; European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Based Care, 2012.). Širenje deinstitutionalizacije potaknuto je konceptom osnaživanja kojim se smanjuje socijalna izolacija. Ova obilježja pronalazimo i u načelima i praksama socijalnog rada (Minkler, Wallerstein i Hyde, 2022.). Analogno, nedostatak socijalnih usluga u zajednici postaje razlogom institucionalizacije i dovodi do „socijalne isključenosti osoba s problemima mentalnog zdravlja (European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Based Care, 2012.:26).”

### *3.3. Otpornost zajednice i usluge u zajednici u području mentalnog zdravlja*

Usluge utemeljene u zajednici idu „ruku pod ruku” s procesom deinstitutionalizacije i predstavljaju opće i specijalizirane usluge za osobe i usluge obiteljske i alternativne skrbi za djecu. U takve usluge ubrajamo: stanovanje, zapošljavanje, aktivnosti za slobodno vrijeme, kulturi i zdravstvenu zaštitu (European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Based Care, 2012.). Međutim, tvorci smjernica za prelazak na deinstitutionalizaciju upozoravaju da ustanovljivanje ovog modela pružanja usluga zahtjeva rekonstrukciju i da nisu sve države i dalje spremne na takve korake. Dostupnost i otvorenost usluga ostaje na razini obećanja koje se daje osobama s invaliditetom što potiče daljnju diskriminaciju vlastodržaca prema osobama s narušenim mentalnim zdravljem. Analogno, postojanje diskriminatornih praksi u široj zajednici, utječe na njezin

socijalni kapital i time joj narušava otpornost (Aldrich i Mayer, 2015.). Da bi zajednica bila fleksibilna na promjene i „otporna”, Europski okvir za kvalitetu propisuje tri dimenzije kojima se osigurava kvaliteta u pružanju usluga: (1) odnos između pružatelja usluga i korisnika; (2) odnose između pružatelja usluga, javnih vlasti i drugih dionika; (3) ljudski i fizički kapital (European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Based Care, 2012.). Također, Miljenović i Žganec (2015.) upućuju na važnost izgrađivanja zajednica koje će pružati podršku svim članovima te provesti aktivnosti koje će zajednici omogućiti da postane kohezivna, sigurna i podržavajuća za sve njezine članove.

#### **4. Koncept društvenog upućivanja**

Sve većom afirmacijom zajednice kao „novog” resursa i metode te utjecajem međunarodnih institucija poput UNICEF-a i Ujedinjenih naroda stvoren je imperativ za inovativni model pružanja zdravstvene zaštite koja će biti dostupnija ranjivijim skupinama društva s jedne strane, ali i organizacijski prihvatljivija medicinskom osoblju s druge strane. Obzirom na činjenicu da se mentalne teškoće mogu javiti zasebno i u komorbiditetu, da se razlikuju obzirom na vrstu, jačinu i težinu smetnji, traže individualiziraniji pristup liječenju. A upravo toga u organizacijskom obliku medicinske zaštite nedostaje, posebno u primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, obzirom na o preopterećenost sustava. U tim situacijama, teškoće koje postoje na strani pojedinca, a ne zahtijevaju intenzivnu medicinsku skrb, najčešće ostaju zaboravljene. Suvremeni događaji u svijetu s jedne strane su pokazali opću narušenost mentalnog zdravlja i važnost mentalne čistoće, dok su s druge strane pokazali zašto je neophodno osigurati usluge nemedicinskog tipa izvaninstitucijskih uvjeta. U tom svijetlu javlja se koncept društvenog upućivanja koji će detaljnije biti obrađen u slijedećim potpoglavljima.

##### *4.1. Trendovi u zajednici, „community engagement” i društveno upućivanje*

Skretanjem fokusa s institucionalizacije prema uslugama koje se pružaju u zajednici, postavio se novi zahtjev za optimizaciju zdravstvene skrbi i razvoj suradnje među različitim sustavima. Optimizacija se odvija kroz pet aktivnosti: (1) razvijanje osobnih vještina; (2) jačanje djelovanja zajednice; (3) stvaranje poticajnog okruženja; (4) razvoj

politika javnog zdravlja; (5) preusmjeravanje zdravstvenog sustava (SZO, 1986.). Ove aktivnosti ocrtavaju proces sudjelovanja u zajednici koji predstavlja „proces razvijanja odnosa koji omogućuju dionicima da zajedno rade na rješavanju pitanja vezanih uz zdravlje i promicanju blagostanja kako bi se postigli pozitivni zdravstveni učinci i rezultati” (SZO, 2017.,:12.). Zato se u ovom procesu ističe važnost primarne zdravstvene zaštite. Međutim, ova razina zdravstvene zaštite obilježena je nerazmjernim odnosom ponude i potražnje ovakve skrbi što rezultira skraćenim vremenom koje liječnik ima na raspolaganju za obraditi pacijenta (Popay, Kowarzik, Malinson i sur.2007.). Manjak vremena uz manjak resursa utječe na odnos liječnik-pacijent što izaziva frustraciju kod oba dionika odnosa, ali predstavlja opasnost za potencijalno zanemarivanje psihosocijalnih problema pacijenta (Verlinde, De Laender, De Maesschalck i sur., 2012.). Uobičajena pomoć za psihosocijalne probleme dostupna pod okriljem primarne zdravstvene zaštite jesu savjetovanje, psihoterapija te medicinske intervencije (Maughan, Patel, Parveen i sur., 2016.). Potkapacitiranost je naizgled riješena intervencijama civilnog sektora. Međutim, akumulacijom nepovoljnih društvenih politika i manjka povjerenja prema organizacijama trećeg sektora. javlja se praznina između povezanosti socijalnog i zdravstvenog sektora (Pescheny, Ramdhawa, Pappas, 2020.; Bežovan i sur. 2019.: Chatterjee, Camic, Lockyer i Thomson, 2017.). Stoga se naspram ovih djelovanja javlja društveno upućivanje kako bi se poboljšala suradnja između ovih sustava, ublažili psihosocijalni problemi, provodile preventivne aktivnosti i aktivnosti za osobe s kroničnim oboljenjima. Društveno upućivanje se definira kao „povezivanje pacijenata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s izvorima podrške unutar zajednice ”(Bickerdike, Booth, Wilson i sur. 2017.:1). Mreža za društveno upućivanje ga opisuje kao proces u kojem zdravstveni djelatnici upućuju pacijente na osobu koja će s njima surađivati na izradi nemedicinskog, socijalnog recepta, kako bi se poboljšalo njihovo zdravlje i sveukupna dobrobit (Social Prescribing Network, 2016.). S obzirom na navedeno, može se zaključiti da se društvenim upućivanjem nastoje iskoristiti svi resursi u društvu koji su potrebni za rješavanje psihosocijalnih teškoća, emocionalnih i ekonomskih problema osoba kako bi u što većem opsegu mogli doprinositi zajednici te biti njezini ravnopravni članovi (Morse, Sandhu, Mulligan i sur.2022; Scottish Development Centre for Mental Health, 2007.).

Ovaj se koncept relativno brzo počeo primjenjivati u zemljama Europe poput Španjolske, Portugala, Njemačke i Nizozemske te u ponekim azijskim državama poput Singapura i Japana (Wang, Xie, Qu, 2019.; Younan, Junghans, Harris, Majeed i Gnani, 2020.; Hejinders i Mejis, 2018.; Hoffmeister, Nunes i Figueiredo, 2021.; Gonzalez, Martin, Farran i sur.,2021.). Najviši utjecaj, koncept je dosegnuo u anglosaksonski zemljama, Engleskoj i Walesu gdje je od 2018. godine uspostavljena služba „koordinatora za dobrobit” koja nudi podršku pojedincima i spaja ih s lokalnim grupama i uslugama u njihovoj zajednici (Woodall i sur., 2018.; Roberts, Lloydvin, Pontin i sur., 2021.). Krucijalni razlog zašto se koncept snažno međunarodno proširio je novi pogled na mogućnosti u zajednici te veza između njezinim članovima koji sudjeluju u aktivnostima nakon sekundarne medicinske skrbi (Dayson, Painter, Bennet i sur., 2020.). Uključivanje u zajednicu uz pružanje podrške, omogućuje im veće samopouzdanje, pobuđuje im interese i želju za radom na svome zdravlju te im proširuje socijalnu mrežu čime se minimalizira socijalna izolacija (Dayson, Painter, Bennet i sur., 2020.; Regionalni ured Svjetske zdravstvene organizacije za zapadni Pacifik, 2022.). Dakle, društveno upućivanje koristi nefarmakološke intervencije koje su se pokazale djelotvorne u liječenju depresije, umora, poremećaja spavanja i drugih psihičkih i fizičkih stanja (Regionalni ured Svjetske zdravstvene organizacije za zapadni Pacifik, 2022.; Moffat, Steer, Lawson i sur., 2017.). Nastavno na očekivanja da će usluge biti kreirane na principu univerzalnog dizajna i uključive za sve osobe neovisno o njihovom socioekonomskom statusu, socijalno upućivanje može biti alat u borbi protiv zdravstvenih nejednakosti (Regionalni ured Svjetske zdravstvene organizacije za zapadni Pacifik, 2022.; Morse, Sandhu, Mulligan i sur., 2022.; Chatterjee, Camic, Lockyer i Thomson, 2017.). Zbog toga je Regionalni ured Svjetske zdravstvene organizacije za zapadni Pacifik, (2022.:5) istaknuo populacijske skupine koje implementacijom ovog koncepta imaju najviše benefita, a to su osobe:

- „S kroničnim bolestima
- S visokim rizikom od mentalnih bolesti
- Koje su ranjive zbog dobi ili financijske situacije

- Koje su usamljene ili socijalno izolirane”

Za implementaciju društvenog upućivanja bitno je povezati nekoliko koraka koji će činiti strategiju. Za lakšu organizaciju i provedbu socijalnog organiziranja, isto tijelo pri Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (Regionalni ured Svjetske zdravstvene organizacije za zapadni Pacifik, 2022.) izvelo je nekoliko ključnih koraka. U prvom koraku potrebno je okupiti temeljni tim za provedbu detaljne analize sociokulturnog konteksta zajednice te iscrpno se informirati o potrebama. Iza toga slijedi uključivanje dionika sustava iz različitog sektora i poboljšavanje suradnje. Treći korak je vezan uz izradu konkretnog plana provedbe, a kojeg uzastopno prati mapiranje resursa zajednice. Kod ovog koraka bitno je uključiti sve stručnjake u planiranje, a nastavno na dobro izrađene temelje, slijedi osposobljavanje stručnjaka koji će predstavljati „most” između lokalne zajednice i (budućih) korisnika usluga u zajednici. Zaključno, cjelokupno planiranje mora biti popraćeno evaluacijom ciljeva i refleksijom jer se na taj način mogu proširiti resursi zajednice.

#### 4.2. *Modeli, resursi i aktivnosti unutar koncepta društvenog upućivanja*

Mogućnosti, potrebe i javne politike prisutne u nekoj zajednici, određivat će prioritete u strategiji društvenog upućivanja. Trenutačno, literatura prepoznaje nekoliko modela s naglaskom na različitim inicijativama, a koji slijede u nastavku.

„*Umjetnost na recept*” najviše se oslanja na kreativne radionice poput plesa, glazbe i slikanja te su orijentiranje prema osobama s mentalnim i fizičkim zdravstvenim problemima. Istraživanja pokazuju da takve radionice imaju pozitivan učinak po mentalno zdravlje, potiču samoizražavanje i samopouzdanje, socijalnu povezanost i participaciju (Huxley, 1997.) te pružaju osjećaj svrhe, smisla i veće kvalitete života (Callard i Friedli, 2005.; Tyllesley i Rigby, 2003.). Model je to koji pogoduje stvaranju suradnje između primarne zdravstvene skrbi, stručnjaka u zajednici te civilnog društva kao pružatelja usluga. Naglasak je na kreiranju aktivnosti koje su dostupne i pacijentima bez težih stanja koja zahtijevaju kliničku razinu liječenja, a koji dobivaju adekvatnu skrb unutar primarne zdravstvene zaštite (Chatterjee, Camic, Lockyer i Thomson, 2017.).

„*Model knjige na recept*” pomaže ljudima upravljati i razumjeti psihološke probleme korištenjem knjiga samopomoći. Takve knjige rađene su po principima kognitivno bihevioralne terapije, pišu ih psihijatri i drugi stručnjaci za mentalno zdravlje te se izdaju za uobičajene mentalne poteškoće. Knjige se posuđuju u specijaliziranim knjižnicama u koje se ulazi i posuđuje knjiga temeljem uputnice stručnjaka za mentalno zdravlje. Istraživanja pokazuju da je čitanje bolje od nekih kreativnih radionica iz prethodno opisanog modela jer se njime smanjuju vjerojatnosti oboljenja od demencije za 30% (Verghese i sur., 2003.) te da je učinkovitije od šetnje i slušanja glazbe (Mindlab International, Sveučilište Sussex, 2009.).

„*Obrazovanjem na recept*” upućuje se na aktivnosti formalnog obrazovanja kao što je pisanje, čitanje ili računanje. Izvođači takvih aktivnosti su pacijenti i njihovi obrazovni savjetnici koji ih educiraju u dnevnim centrima, timovima za mentalno zdravlje, organizacijama civilnog društva ili u obrazovnim institucijama. Ovaj model počiva na potvrđenoj povezanosti razine obrazovanja i mentalnog zdravlja odraslih osoba (Yu i Williams, 1999.; Adams i sur., 2003.; Eikemo i sur., 2008.). Bolje obrazovne prilike značit će manje rizike za afektivne i anksiozne poremećaje, ali pružaju bolje prilike u daljnjem životu poput stabilnijeg socioekonomskog statusa, pristupa zdravstvenoj zaštiti, otpornost, više samopouzdanje i osjećaj samoefikasnosti (National Institute for Adult Continuing Education, 2003.).

Istraživanja i literatura su također pokazali da tjelovježba (iako zanemarena u intervencijama za mentalno zdravlje) umanjuje anksioznost, depresiju i negativno raspoloženje odnosno da doprinosi boljem kognitivnom funkcioniranju, samopoštovanju i kvaliteti života (Callaghan, 2004.; Biddie i Mutrie, 2001.). Model „Vježbi na recept” počiva na biološki potvrđenoj postavci o oslobađanju neuropeptida prilikom vježbanja koji proizvode osjećaj eufrije (Hillman, Erickson i Kramer., 2008.; Vaughan i sur., 2014.).

Na prethodno opisani model nastavljaju se „*zelene teretane*” ili ekoterapija. Kako i sam naziv da naslutiti, riječ je o aktivnostima u prirodi poput šetnji i vježbanja, a koje su povezane s većim samopoštovanjem i pozitivnijim raspoloženjem (Countryside Recreation Network, 2005; Pretty, Griffin, Sellens, i Pretty, 2003.). Ekoterapija može biti

korisna kao dopunska metoda tretmanskog liječenja blagih i umjerenih mentalnih teškoća (Mind, 2013.). Obzirom da klasična tjelovježba u formalnim teretanama nije pristupačna osobama nižih prihoda, ekoterapija to jest zelene teretane predstavljaju optimalno rješenje (Yerrell, 2008).

Uz navedeno, postoje i „*inicijative za zdrav život*” koje su usmjerene na marginalizirane skupine. Njihov je cilj razvoj novih vještina i stvaranje prijateljstva kroz zdravstvene preglede, kampanje za prevenciju i prestanak pušenja i konzumacije alkohola, radionice zdrave prehrane i tjelovježbu (Chatterjee, Camic, Lockyer i Thomson, 2018.).

U kontrastu, idući modeli imaju tendencije povezivanja kroz informiranje o aktivnostima u zajednici i pružanje podrške u ostvarivanju određenih prava uz volonterski angažman korisnika usluga. Stoga razlikujemo, (klasično) upućivanje ili informiranje, upućivanje uz podršku te model volonterskog vremena. U nastavku slijedi detaljniji opis ovih modela.

„*Upućivanje ili informiranje*” model je kojim se informacije dijele kroz internetske i telefonske kanale javnih ustanova i udruga za prava pacijenata (South, Higgins Woodall i White, 2008.), Informacije su vezane uz financije, opcije liječenja, samopomoći, podrške u stanovanju itd. (Chatterjee, Camic, Lockyer i Thomson, 2018.). Kao izvjesna nadogradnja ovog modela javlja se *upućivanje uz podršku* koje provode posrednici i informiraju pacijente o uslugama te im pri uključivanju pružaju podršku (Chatterjee, Camic, Lockyer i Thomson, 2018.).

Konačno, model volonterskog vremena (*eng. Time Banks*) istovremeno ističe primanje i pružanje pomoći. U tom modelu sudionici ulažu svoje vrijeme u pomaganje drugima koji će kada prvima zatreba napraviti recipročnu akciju. Na taj način odvija se transakcija međusobne pomoći i podrške (Chatterjee, Camic, Lockyer i Thomson, 2018.).

#### 4.3. *Obrazovanje stručnjaka i veza sa socijalnim radom*

Osim pružanja podrške, koncept društvenog upućivanja etablira put za bolje partnerstvo i suradnju unutar formalnih dijelova zajednice te bolje odnose između zajednice i stručnjaka. Zbog širokog dijapazona praktične primjene ovog koncepta, razlikuju se pristupi zemalja u kojima se on primjenjuje, ponajviše u stručnom kadru koji kreira, vodi

i evaluira strategiju provedbe. Radno mjesto stručnjaka za upućivanje još uvijek nije prepoznato i registrirano, pa ipak Engleska i Wales (kao začetnici ovog pristupa) ostvarili su napredak u razvoju obrazovnih programa za stručnjake. Kompetencije koje koordinatori za dobrobit razvijaju su: suradnja, povjerljivost, aktivno slušanje, motiviranje, rješavanje problema te razumijevanje šireg utjecaja neke teškoće ili stanja po zdravlje i dobrobit (Roberts, Lloydin i Pontin i sur., 2021.; Brown, Mahtani, Turk i sur., 2021.; Mulligan, Bhatti, Rayner i sur., 2020.; Hazeldine, Gowan, Wigglesworth i sur.2021.). Uz to, u Engleskoj je osnovana Nacionalna agencija „*link- radnika*”, kako bi se promicao profesionalni razvoj i razmjena znanja između ovim kolokvijalno rečeno poveziivača u zajednici (eng. Link- worker). Upravo zbog obrazovnih kompetencija, stručnjaci za upućivanje češće se vežu uz profesiju socijalnog rada u Portugalu, Nizozemskoj, Njemačkoj, Japanu i Kanadi. Osim toga, socijalni radnici tijekom školovanja stječu širok korpus znanja među kojima je i rad u zajednici te tako mogu prepoznati potrebe i resurse njezinih članova. Također, senzibilizirani su za kulturu, običaje i prisutne manjinske skupine u zajednici, a upravo utjecaj ovih varijabli pokazao se kao značajan faktor u prihvaćanju uputnica (Garret i sur., 2012.; Hudson i sur., 2016.). U Nizozemskoj se socijalni radnici dodatno obučavaju kroz program *Welzijn op Recept* (hrv. dobrobit na recept) i istoimene Nacionalne mreže (Morse, Sandhu, Mulligan i sur., 2022.).

Najčešće ustaljeno nazivlje stručnjaka u društvenom upućivanju ipak je tzv. „*link-worker*” čiji su glavni zadaci (South, Higgins, Woodall i sur.,2008.; White, Kinsella, South, 2010.; Woodhall i South, 2005.):

- Održavanje sastanaka s pacijentima
- Usmjeravanje na resurse
- Profesionalno usavršavanje
- Poznavanje vrsta podrške u zajednici i šire

Svjetska zdravstvena organizacija u svojem priručniku naziva „Kako implementirati društveno upućivanje” (2022.,:24) opisuje idealnog poveziivača. Takav stručnjak:



- „Aktivno sluša i pokazuje empatiju prema pacijentu”
- „Posjeduje razvijene komunikacijske vještine”
- „Potiče povjerljive odnose”
- „Može uspostaviti i unaprijediti socijalne mreže”
- „Posjeduje znanje za rješavanje socijalnih čimbenika zdravlja ”
- „Poželjno je da ima iskustva u radu s pacijentima”
- „Poznaje lokalne jezike i osjetljiv je na lokalne kulturne obrasce”

Kako bi upućivanje bilo što uspješnije, potrebno je pažljivo procijeniti potrebe pacijente i inkorporirati preporuke obiteljskog liječnika. Po prihvaćanju uputnice, pacijent se uključuje u propisane mu aktivnosti. Međutim, čimbenici poput putnih troškova, lokacije i vremena održavanja aktivnosti utječu na dolaske, pa se često koriste telefonski podsjetnici, uvodne sesije i dolazak s prijateljem kako bi se smanjili nedolasci i otpor (Husk i sur., 2020.). S druge strane, na prisustvovanje utječe: „(1) obučenost osoblja i dobro vođenje; (2) provođenje aktivnosti koje potiču stvaranje socijalnih mreža i povjerenje; (3) podržavajuća okolina; (4) percipirana promjena stanja pojedinca; (5) odsutnost negativnih učinaka” (Husk i sur., 2020.:11).

#### *4.4. Prednosti i ograničenja koncepta društvenog upućivanja*

Potencijal društvenog upućivanja leži u tome da se njime može pružiti dodatna podrška primarnoj zdravstvenoj zaštiti i ispunjavanju nezadovoljenih potreba. Friedli i Watson (2004.) razlikuju tri područja u kojima vidljivi učinci društvenog upućivanja, a to su: unaprijeđenje ishoda mentalnog zdravlja za pacijente, poboljšanje dobrobiti zajednice i smanjenje socijalne isključenosti. Nadalje, dodatne prednosti ovog koncepta su vezane uz ekonomske, emocionalne, psihološke, socijalne i zdravstvene razloge. U ekonomskoj perspektivi, neka istraživanja pokazuju da smanjuju troškove skrbi obzirom da su pojedine usluge već dostupne unutar zajednice, u organizacijama civilnog društva (Husk i sur., 2020.). Uz navedeno, vidljivo je i smanjenje pristupanju skrbi unutar primarne i sekundarne zdravstvene zaštite (Bickerdike, Booth, Wilson, i

sur. 2017.; Chatterjee; Camic, Lockyer i Thomson, 2017.). Istraživanja su pokazala da društveno upućivanje utječe na povećanje kvalitete života obzirom da su sudionici kroz korištenje usluga i aktivnosti bili sretniji i zadovoljniji njihovim životom (Dayson, Painter, Bennett, 2020. Iz psihološke perspektive, pacijenti i pružatelji usluga zaključili su da sudjelovanjem u aktivnostima raste osjećaj svrhe, samopouzdanja, samoprihvatanja i osjećaj kontrole (Dayson, Painter, Bennett, 2020.; Moffatt, Steer, Lawson i sur.,2017.). Nadalje, ojačavanjem pacijenata u programima upućivanja, utjecalo se na bolju integraciju pacijenata, napose onih koji su zbog svojih mentalnim teškoća bili socijalno izolirani (Dayson, Painter, Bennett, 2020.: SZO, 2022.; Friedli, Themessl-Huber, Butchart, 2012.; Brandling, House, Howitt i sur., 2012.; Woodhall i South, 2011.). U meta-analizi podaci govore o prisutnosti poboljšanja cjelokupnog mentalnog i fizičkog zdravlja (Cooper i sur., 2022.). Povezivanje s lokalnim organizacijama osim pozitivnog utjecaja na mentalno i fizičko zdravlje može proširiti socijalne mreže unutar zajednice i omogućiti veći pristup uslugama, posebno za ranjive skupine koje inače doživljavaju prepreke (Brown i sur., 2004.). Obzirom da se kreiranjem usluga nastoji obuhvatiti što više pacijenata bitno je imati u vidu primjerenost aktivnosti i izbjegavati njihovo ponavljanje kako ne bi došlo do nezadovoljstva (Bickerdike, Booth, Wilson i sur., 2017.). Nastavno na potonje, potrebno je prezentirati i na primjeren način objasniti i informirati pacijente i stručnjake o svrsi pojedine aktivnosti da bi se preveniralo napuštanje ovog alternativnog oblika pružanja podrške.

## **5. Koncept relacijskog blagostanja u zaštiti mentalnog zdravlja**

Pojam blagostanja (*eng. Welfare*) podliježe kontekstualnom tumačenju ovisno o dimenziji koja se nastoji istaknuti. U početku se najviše vezao uz ekonomiju i novac, no napretkom sociologije i drugih društvenih znanosti razvija se kao etički koncept (Fleming, 1952.). Etička dimenzija blagostanja ga prepoznaje kao (dugoročne) situacije, ali uvodi pojam dobrobiti koji označava pojedinačan trenutak (Fleming, 1952.). Istovjetno, dobrobit utječe na razinu blagostanja u društvu. Idući pokušaji koncipiranja blagostanja nastavljaju se na etička tumačenja, pa tako u pokušajima objašnjavanja

sreće se dobrobit i blagostanje često koriste kao sinonimi (Easterlin, 2001.). Allardtov sociološki pristup ljudskim vezama, sugerira da je blagostanje sadržano u ispunjavanju osnovnih potreba pojedinaca i obitelji poput bliskosti, prihvaćanja, emocionalne podrške i ljubavi (Allardt, 1975.). Iako se najčešće pojam blagostanja veže uz ekonomske prilike, na međunarodnoj razini postavlja se zahtjev za stvaranjem i održavanjem ljudskim odnosa kao kolektivne potrebe (Von Heimbürg i Ness, 2021.). Razlog tome leži u sve izraženijoj prisutnosti doktrine novog javnog upravljanja u javnim sektorima što je posebno vidljivo u zdravstvu. Naime, ova doktrina iako uvodi ekonomske vrijednosti privatnog sektora u javni, produbljuje društvene i zdravstvene nejednakosti i socijalnu isključenost (Mackintosh, 1997.; Larbi, 1999.). Kako bi se iste otklonile, uvodi se proces su-suradnje u društvenim inovacijama (*eng. Co-creation in social innovation*) koji označava proces u kojem potrošači usluga prestaju biti pasivni već se uključuju u kreiranje javne usluge kako bi zadovoljili šire potrebe (Voorberg i sur., 2017.). Ključni elementi stvaranja su građanstvo i sudjelovanje zajednice (Selloni, 2017.; Osborne i Brown, 2011). Isti elementi su zajednički i procesu promicanja zdravlja (SZO, 2016.; South, 2014.). Poveznica ovih procesa jest relacijski pristup blagostanju koji služi za promicanje zdravlja i dobrobiti (Cottam, 2018; Von Heimbürg i Ness, 2021.). U suštini, relacijsko blagostanje je skup različitih ljudskih odnosa koji mogu biti (izvan)obiteljski, partnerski, susjedski te širi društveni odnosi. Na neki način to relacijsko blagostanje odnosi se na bogatstvo naše socijalne mreže, ne samo na njenu širinu već i na kvalitetu odnosa koje stvaramo i čuvamo. Istodobno, interpolacija relacijskog pristupa poboljšava odnos države blagostanja i razvoja zajednice čime se uspostavlja veća participacija građanstva (Von Heimbürg i Ness, 2017; Cottam, 2011.). Rješavanje uzroka nejednakosti i isključenosti, usvajanje razvojnog pristupa, usredotočenje na odnose, podržavanje alternativnih modela rješavanja problema i poticanje dijaloga središnje vlasti i dionika zajednice, predstavljaju pet principa u implementaciji relacijskog blagostanja (Cottam, 2011.). Bitno je naglasiti da ovaj koncept ne isključuje ekonomsku dimenziju blagostanja već ju spaja sa socijalnim razvojem i kapitalom (Donati, 2015.).

### 5.1. Teorijski modeli utjecaja socijalnih veza na zdravlje

Uloga socijalnih veza u oporavku i očuvanju zdravlja promatrana je u različitim znanstvenim disciplinama od medicine do društvenih znanosti. Provedena populacijska istraživanja utvrdila su povezanosti između socijalne podrške i psihičkih i fizičkih oboljenja, oporavka od bolesti, prilagodbe na kronična stanja te smrtnosti (Broadhead i sur., 1983.; Reifmann, 1995.; Rutledge i sur., 2004.). Ljudske emocije, misli i ponašanja predstavljaju medij putem kojih socijalna podrška utječe na cjelokupno zdravlje (Cohen, 1988.). Socijalna podrška u aspektu mentalnog zdravlja, regulira i sprječava ekstremne reakcije povezane s disfunkcijom. Za regulaciju su potrebne društvene norme, komunikacija o očekivanjima, nagrade i kazne te podrška kroz konfrontaciju (Caplan, 1974.; Cassel, 1976.; Thoits, 1986.). Međuljudski odnosi utječu na zdravstvena ponašanja poput konzumacije alkohola ili pušenja, pravilne prehrane, fizičke aktivnosti i slično (Cohen, Gotlieb, Underwood, 2000.). Također, utječe i na psihološke probleme koji se posljedično reflektiraju na probleme imunološkog, kardiovaskularnog i neuroendokrinološkog sustava (Cohen, 1988.; Cohen, Kaplan i Manuck, 1994.; Uchino, Cacioppo, Kiecolt. Glaser, 1996.). U literaturi se navode dva temeljna modela putem kojih se objašnjava veza između različitih vrsta socijalne podrške i utjecaja na mentalno zdravlje. Prvi se naziva „*model izravnog utjecaja*“ i objašnjava da je dobivena socijalna podrška zaštitni čimbenik za zdravlje i opću dobrobit, neovisno o prisutnosti stresnih situacija (Cohen, Gotlieb i Underwood, 2000.; Chin, Kamarck, Kraut, Zhao, Hong i Ding, 2023.). Također, bolja integracija u socijalnu mrežu značit će veći pristup izvorima informacija koji bi mogli pomoći u stresnim situacijama koje narušavaju opću dobrobit. (Cohen, Gotlieb i Underwood, 2000). To jest, svakodnevne socijalne interakcije pozitivno su povezane sa socijalnom podrškom koja potom djeluje na mentalno zdravlje (Lakey i Orehek, 2011.). Učinak je vidljiv u kognitivnom, afektivnom i bihevioralnom aspektu pojedinca (Feeney i Collins, 2015.; Lakey i Orehek, 2011). Ugodni socijalni odnosi pojedincu omogućuju da bude shvaćen i viđen te mu pružaju osjećaj pripadanja te na taj način povoljno utječe na njegovo mentalno zdravlje (Reis i sur., 2004.; Baumeister i Leary, 1995.). Drugi u ovom prikazu, „*model ublažavanja stresa*“ ističe da je socijalna podrška od iznimne važnosti za pojedinca koji

se suočavanja sa stresom jer djeluje na njega protektivno (Cohen i Wills 1985.). U teorijskom smislu, modelom se mjeri percipirana podrška koju je osoba primila u prošlosti i količinu podrške koja joj je potrebna u budućnosti (Barrera, 1986; Eagle i sur., 2019.; Chin, Kramack, Kraut, Zhao, Kong i Ding, 2023.).

### *5.2. Međudjelovanje interpersonalnih odnosa i zajednice na mentalno zdravlje*

Socijalna podrška proizlazi iz interpersonalnih odnosa te kao takva doprinosi očuvanju mentalnog zdravlja. Mjesto u kojem stvaramo jednu od najširih socijalnih mreža upravo su gradovi i gradske četvrti koje možemo promatrati kao zajednicu. Istovremeno, i zajednica može biti uzrok nepovoljnih, susjedskih odnosa i neposredno razlog izolaciji (Wandersman i Nation, 1998.). Izostanak socijalne kohezivnosti članova zajednice najčešće se događa u zajednicama u kojima je velika fluktuacija i heterogenost stanovništva. Ova obilježja doprinose smanjivanju interesa za pronalaženja zajedničkog rješenja za potrebe stanovnika (Bursick i Grasmick, 1993). Time se stvaraju preduvjeti za ranjiv položaj djece, i odraslih, obzirom da su takve urbane sredine pogođene veliko stopom kriminala koji nepovoljno utječe na mentalno zdravlje (Halpern, 1995; Taylor, Perkins, Schaumaker i Meeks, 1991.). Najčešći poremećaji koji se javljaju zbog nepovoljnih uvjeta u zajednici pripadaju skupini afektivnih poremećaja (Ellaway i sur., 2009.; James i sur., 2017.). Nadalje, akademska zajednica prepoznala je značajan utjecaj okoline na mentalno zdravlje (Castillo i sur., 2019.). Pozitivna percepcija sredine u kojoj ljudi žive, smanjuje depresiju i povećava dobrobit (Shanahan i sur., 2016.). Sredine s dobrom povezanosti, izgrađenom institucijskom infrastrukturom i zelenim površinama, u kojima većina stanovnika osjeća neku vrstu povezanosti sa zajednicom, predstavlja poseban zaštitni čimbenik za osobe s već ugroženim mentalnim zdravljem, posebice onih s nižim socioekonomskim statusom (James i sur., 2017.). Posebno ugrožavajući prediktor problema s mentalnim zdravljem jest izostanak socijalne podrške osobama s invaliditetom ili starijih osobe. Njih prati takozvani trend socijalne isključenosti. Isključenost je k tome i veća ukoliko imaju niže prihode, a upravo oni se javljaju kao posljedica strukturalne diskriminacije i ageizma (Pillemer i Glasgow, 2000.; Albrecht i Devlienger, 1998.).

## **6. Implikacije rada u zajednici, društvenog upućivanja i relacijskog blagostanja za profesiju socijalnog rada u području zaštite mentalnog zdravlja**

Spoznaje o nužnosti sagledavanja socijalnog funkcioniranja pacijenata doprinijele su razvoju socijalnog rada unutar klasične psihijatrije krajem 20.st. Socijalni model pod čijem okriljem se socijalni rad razvijao, unio je nove metode poput socioterapije, grupe i rada u zajednici. Zajednica se do danas razvijala kao metoda i područje socijalnog rada. Područje mentalnog zdravlja specifično je gotovo jednako kao i sama zajednica obzirom na utjecaje trendova, inicijativa i javnih politika. Praksa socijalnog rada započinje na pojedincu i širi se prema obitelji socijalnim mrežama, zajednici i širem društvu (AASW, 2008.). Temeljni zahtjev koji se postavlja za usluge u zajednici jest kvaliteta u njihovom pružanju koju nalaže Svjetska zdravstvena organizacija, ali i međunarodne asocijacije socijalnog rada (SZO, 2021.;AASW, 2014.). Socijalni radnici svoje djelovanje osim na zakonskim propisima, provode i putem stvaranja odnosa s drugima. Stoga postoje neka načela kojima se socijalni radnici na ovom području moraju voditi kao što je: „(1) naglašavanje individualnosti osoba; (2) poštovanje životnog iskustva korisnika i članova njihovih obitelji; (3) isticanje važnosti partnerstva i uzajamnosti; (4) adresiranje i rješavanje stigme, marginalizacije i nemoći; (5) izražavanje empatije i suosjećanja.” (AASW, 2008.,: 8-9). Na sličnim principima počiva i rad u zajednici. Ako pobliže pogledamo zajednicu uvidjet ćemo da je zajednica sastavljena od odnosa koji povratno na nju djeluju. Stoga se za očuvanje mentalnog zdravlja razvijaju intervencije unutar zajednice kako bi se premostio raskorak u formalnih i neformalnim pružateljima skrbi. Na taj se način kroz fleksibilne intervencije prilagođene potrebama korisnika omogućava oporavak unutar zajednice i veća socijalna podrška (Keet i sur., 2019.). Upravo za krojenje usluga sukladno potrebama bitan je koncept društvenog upućivanja kojim se naglašavaju koristi alternativnih aktivnosti kojima je cilj reducirati simptome narušenog mentalnog zdravlja. Paralelni učinak koji prati ove aktivnosti je djelovanje na socijalizaciju i bolje povezivanje korisnika usluga, ali i njihovih članova obitelji. Zato je za svaku zajednicu nužno oformiti službu koja će znati procjenjivati potrebe, sustavno kreirati usluge te biti ažurna u informiranju šireg kruga korisnika o dostupnosti usluga za pojedina stanja. Stoga

se ovakav rad s korisnicima može promatrati kao dio stvaranja obzirom da su korisnici sa socijalnim radnicima dijele partnerski odnos to jest da su uključeni u sam proces provođenja i evaluacije aktivnosti. U središtu relacijskog koncepta nalazi se mreža ljudskih odnosa, a socijalni rad je profesija koja se pretežito izravno bavi privatnim odnosima svojih klijenata ili korisnika. Stoga je razvidno, da su znanja iz ovog koncepta bitna za socijalni rad, posebno ukoliko se orijentiramo prema efektima koje socijalna integracija ima za pojedinca. Zbrajanjem tih učinaka akumulira se ogroman učinak za zajednicu. Posljedično, istraživanja su pokazala da socijalna izolacija unutar zajednice kao i gubitak socijalne kohezivnosti u zajednici potpomaže negativnom učinku na mentalno zdravlje (Faris i Dunham, 1939.; Fone i sur., 2014.; Stafford i sur., 2011.; Fieldhouse, 2012). Vrlo značajno istraživanje koje su proveli Faris i Dunham (1939.) ispitivalo je prostornu distribuciju mentalnih poremećaja u četvrtima grada Chicaga. Istraživanje je pokazalo da se najvulnerabilniji grupiraju unutar najderutnijih dijelova četvrti, te da su stanovnici tih dijelova izloženi većoj količini stresa. Analiza koju je provela Ross (2000. ), na temu psiholoških posljedica stabilnosti u susjedstvu, pokazala je povezanost između višeg stupnja stambene stabilnosti i smanjenja stresa u četvrtima s nižom stopom siromaštva. U perspektivi socijalne organizacije četvrti promatra se gustoća veza koju članovi imaju i učestalost u ostvarivanju kontakata s drugima (Hill i Maimon, 2013.). Postupnim utjecajem anti-opresivnih i antidiskriminacijskih praksi unutar socijalnog rada razvija se relacijski pristup u kojem rješenje problema proizlazi iz socijalnih mreža pomoću kojih se pojedinac s istim suočava i sukladno tome poduzima akcije (Folghereiter i sur., 2017.). Međutim, ukoliko mreže pojedinaca nisu dovoljno razvijene ili mu ne pružaju dovoljnu socijalnu podršku, potrebno je istu redizajnirati kako bi se očuvala njihova dobrobit. Za taj pothvat (kojeg provodi relacijski socijalni radnik) koncept zajednice je od ključne važnosti (Heimburg i Ness, 2021.). Činjenica da se iz socijalnog rada izdvaja rad u zajednici kao mezorazina intervencija, ova profesija pruža dostatan uvid za razvoj odnosa i kohezije unutar zajednice s jedne strane, te lobiranje i zagovaranje prava, educiranje i savjetovanje članova s druge.

## 7. Zaključak

Zajednica se nalazi na kontinuumu liječenja gdje služi kao ishodište za intervencije, usmjerenje na promociju, prevenciju i liječenje koje potiče oporavak. U tom procesu, koncepti društvenog upućivanja i relacijskog blagostanja doprinose njezinoj učinkovitosti. Društveno upućivanje obogaćuje praksu socijalnog rada primjenom strategije usmjeravanja na aktivnosti, dok relacijsko blagostanje proširuje razumijevanje utjecaja interpersonalnih odnosa na individualnu dobrobit i daje novi smisao poimanju socijalnog kapitala. Ovi koncepti međusobno se nadopunjuju i tvore sveobuhvatni pristup u pružanju podrške za očuvanje i unaprijeđenje mentalnog zdravlja. Oba naglašavaju međudjelovanje osobne dobrobiti članova zajednice i njihova osnaživanja, ističući vrijednosti zajedništva, inkluzije, otvorenosti i participacije. Važnost ovih vrijednosti očituje se u potrebi za poboljšanjem međusektorske suradnje i javnih politika koje će jačati socijalnu podršku i integrirati usluge u zajednici unutar primarne zdravstvene zaštite. Na taj način smanjuje se opterećenje na liječnike obiteljske medicine, povećava kvaliteta skrbi i omogućava širenje profesije socijalnog rada u svrhu povećanja kapaciteta ljudi, zaštite ranjivih skupina, adresiranja strukturalnih nejednakosti i širenja prilika za dostojanstven život. Upravo potonje je nužno omogućiti svakoj osobi kako bi se poboljšala kvaliteta života unutar zajednice. Zaključno, mišljenja sam da je za zajednicu bitno uključiti ove koncepte jer oni omogućavaju profesionalizaciju socijalnog rada. Socijalni rad tada ima ključnu ulogu u promicanju zaštite mentalnog zdravlja, prevenciji duševnih bolesti i poboljšanju ukupne dobrobiti društva.

## LITERATURA:

1. Adams, P., Hurd, M. D., McFadden, D., Merrill, A. i Ribeiro, T. (2003). Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status. *Journal of Econometrics*, 112(1), 3–56



2. Ajduković, M. (2003). Socijalna akcija u zajednici. U: Ajduković, Dean (ur.), *Socijalna rekonstrukcija zajednice*, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 41-53
3. Ajduković, D. (2003). Socijalna rekonstrukcija zajednice. U: Ajduković, Dean (ur.), *Socijalna rekonstrukcija zajednice: Psihološki procesi, rješavanje sukoba i socijalna akcija*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć (DPP), str. 315-x
4. Albrecht, G. L. i Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977–988.
5. Aldrich, D. P. i Meyer, M. A. (2015). Social Capital and Community Resilience. *American Behavioral Scientist*, 59(2), 254-269.
6. Allardt, E. (1975). Att ha, att alska, att vara. Om velfærd i Norden. Lund: Argos.
7. Australian Association of Social Workers. (2008). Practice and standards for mental health social workers. Australian Association of Social Workers.
8. Australian Association of Social Workers. (2014). *Practice standards for mental health social workers*. Australian Association of Social Workers.
9. Barnes, M (1997.). *Care, communities and citizens*. London: Longman
10. Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413–445
11. Baumeister, R. F. i Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529.
12. Bežovan, G. i sur.(2019). *Socijalna politika Hrvatske* (2. izdanje). Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
13. Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M. i sur. (2017). Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4), e013384
14. Biddle, S. J. H. i Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity: Determinants, wellbeing and interventions*. Routledge.
15. Blumer, H. "Symbolic Interaction" in *Interdisciplinary Approaches to Human Communication*, ur. R. W. Budd and B. D. Rubens (Rochelle Park, NJ: Hayden, 1979), pp. 135-51
16. Brandling, J., House, W., Howitt, D. i sur. (2011). *New routes: Pilot research project of a new social prescribing service provided in Keynsham*. The Care Forum.

17. Britvić, D. i Štrkalj Ivezić, S. (2019). *Mentalno zdravlje u zajednici*. (ur). Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu.
18. Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G. i Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117(5), 521-537.
19. Brown, M., Friedli, L. i Watson, S. (2004). Prescriptions for pleasure. *Mental Health Today*, June, 20–23.
20. Brown, P., Mayer, B., Zavestoski, S., Luebke, T., Mandelbaum, J. i McCormick, S. (2003). The health politics of asthma: Environmental justice and collective illness experience in the United States. *Social Science & Medicine*, 57(3), 453–464.
21. Brown, R. C. H., Mahtani, K., Turk, A. i sur. (2021). Social prescribing in National Health Service primary care: What are the ethical considerations? *Milbank Quarterly*, 99(2), 610–628.
22. Bülow, P. H., Finkel, D., Allgurin, M., Torgé, C. J., Jegermalm, M., Ernsth-Bravell, M. i Bülow, P. (2022). Aging of severely mentally ill patients first admitted before or after the reorganization of psychiatric care in Sweden. *International journal of mental health systems*, 16(1), Članak 35.
23. Bursik, R. J., Jr. i Grasmick, H. G. (1993). *Neighborhoods and crime: The dimensions of effective community control*. New York: Lexington Books
24. Callaghan, P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 476–483.
25. Callard, F. i Friedli, L. (2005). Imagine East Greenwich: Evaluating the impact of the arts on health and wellbeing. *Journal of Public Mental Health*, 4(1), 29–41.
26. Caplan, G. (1974). *Support system and community mental health*. New York: Behavioral.
27. Carpenter J. (2002). Mental health recovery paradigm: implications for social work. *Health Soc Work*. 27(2):86-94.
28. Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: The Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.

29. Castillo, E. G. Ijadi-Maghsoodi, R., Shadravan, S., Moore, E., Mensah, M. O., 3rd, Docherty, M., Aguilera Nunez, M. G., Barcelo, N., Goodsmith, N., Halpin, L. E., Morton, I., Mango, J., Montero, A. E., Rahmanian Koushkaki, S., Bromley, E., Chung, B., Jones, F., Gabrielian, S., Gelberg, L., Greenberg, J. M., ... Wells, K. B. (2019). Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. *Current psychiatry reports*, 21(5), 35.
30. Chatterjee, H. J., Camic, P. M., Lockyer, B. i Thomson, L. J. M. (2018). Non-clinical community interventions: A systematised review of social prescribing schemes. *Arts & Health*, 10(2), 97–123.
31. Chavis D.M. i Wandersman, A. (1990.). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18:55–81
32. Chin, B. N., Kamarck, T. W., Kraut, R. E., Zhao, S., Hong, J. I. i Ding, E. Y. (2023). The effects of social interactions on health and well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 40(5), 1579-1600.
33. Christens B.D. i Speer, P.W. (2015).Community organizing: practice, research, and policy implications. *Social Issues and Policy Review*, 9(1):193–222
34. Cohen, S. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan i S. Oskamp (ur.), *The social psychology of health* (pp. 31–67). Sage Publications, Inc.
35. Cohen, S. i Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357
36. Cohen, S., Gottlieb, B. H. i Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, i B. H. Gottlieb (ur.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). Oxford University Press.
37. Cohen, S., Kaplan, J. R. i Manuck, S. B. (1994). Social support and coronary heart disease: Underlying psychological and biological mechanisms. In S. A. Shumaker i S. M. Czajkowski (ur.), *Social support and cardiovascular disease* (pp. 195–221). Plenum Press.
38. Coombe, C. M., Israel, B. A., Reyes, A. G., Clement, J., Grant, S., Lichtenstein, R., Schulz, A. J. i Smith, S. (2017). Strengthening community capacity in Detroit to influence policy change for health equity. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 23(2).

39. Cooper, M., Avery, L., Scott, J., Ashley, K., Jordan, C., Errington, L. i Flynn, D. (2022). Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: A systematic review. *BMJ Open*, 12(7).
40. Corrigan, P. i Phelan, S. (2004). "Social Support and Recovery in People with Serious Mental Illnesses", *Community Mental Health Journal*, 40(6), 513–523.
41. Cottam, H. (2011). Relational welfare. *Soundings*, 48, 134-144.
42. Cottam, H. (2018). *Radical help: How we can remake the relationships between us and revolutionise the welfare state*. Virago
43. Council of Europe. (1950). *Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*. [https://www.echr.coe.int/documents/convention\\_eng.pdf](https://www.echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf)
44. Countryside Recreation Network. (2005). *A countryside for health and wellbeing: The physical and mental health benefits of green exercise*. Countryside Recreation Network, Sheffield Hallam University.
45. Dayson, C., Painter, J. i Bennett, E. (2020). Social prescribing for patients of secondary mental health services: Emotional, psychological and social well-being outcomes. *Journal of Public Mental Health*, 19(4), 271–279
46. De Almeida, J., M. i C., Killaspy, H. (2011). Long-term mental health care for people with severe mental disorders. European Union. Dostupno na: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/healthcare\\_mental\\_disorders\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf) pristupljeno 20.08.2024.
47. Dobrotić, I. i Laklija, M. (2012). "Obrasci društvenosti i percepcija izvora neformalne socijalne podrške u Hrvatskoj", *Društvena istraživanja*, 1(115), 39-58.
48. Donati, P. (2015). Beyond the traditional welfare state: "relational inclusion" and the new welfare society. *Associazione Italiana di Sociologia (AIS), Sezione Politica Sociale*, 2-20.
49. Eagle, D. E., Hybels, C. F. i Proeschold-Bell, R. J. (2019). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(7), 2055-2073.
50. Easterlin, R. A. 2001a. "Income and Happiness: Towards a unified theory." *Economic Journal* 111: 465–484

51. Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C. i Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565–582
52. Ellaway, A., Morris, G., Curtice, J., Robertson, C., Allardice, G. i Robertson, R. (2009). Associations between health and different types of environmental incivility: A Scotland-wide study. *Public Health*, 123, 708–713.
53. European Commission. (2023). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health* (COM(2023) 123).
54. European Expert Group on the Transition from Institutional to Community-Based Care. (2012). *Common European guidelines on the transition from institutional to community-based care*. <https://deinstitutionalisation.com/wp-content/uploads/2019/06/guidelines-FINAL-EN.pdf> pristupljeno 15.08.2024.
55. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (1992). *Out of the shadows: Local community action and the European Community*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
56. Faris, R. E. L. i Dunham, H. W. (1939). *Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Univ. Chicago Press.
57. Feeney, B. C. i Collins, N. L. (2015). A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*, 19(2), 113–147
58. Fieldhouse J. Community Participation and Recovery for Mental Health Service Users: An Action Research Inquiry. *British Journal of Occupational Therapy*. 2012;75(9):419-428
59. Fleming, M. 1952. “A cardinal concept of welfare.” *The Quarterly Journal of Economics* 66 (3): 366–384
60. Folgheraiter, F. (2003). Relational social work: Principles and practice. *Social Policy and Society*, 6(2), 265–274
61. Fone D, White J, Farewell D, et al. Effect of neighbourhood deprivation and social cohesion on mental health inequality: a multilevel population-based longitudinal study. *Psychological Medicine*. 2014;44(11):2449-2460

62. Freedman, B., Binson, D., Ekstrand, M., Galvez S., Woods, W.J., Grinstead, O. (2006.. Uncovering implicit theories of HIV prevention providers: It takes a community. *AIDS Education and Prevention*. 18:216–226
63. Friedli, L. i Watson, S. (2004). *Social prescribing for mental health*. Northern Centre for Mental Health.
64. Friedli, L., Themessl-Huber, M. i Butchart, M. (2012). *Evaluation of Dundee Equally Well sources of support: Social prescribing in Maryfield. Evaluation Report Four*. Dundee Community Health Partnership.
65. Gardner, J.W. (1991). *Building community*. Washington: Independent Sector.
66. Garrett, C. R., Gask, L. L., Hays, R., Cherrington, A., Bundy, C., Dickens, C., (...)
67. Coventry, P. A. (2012). Accessing primary health care: A meta- ethnography of the experiences of British South Asian patients with diabetes, coronary heart disease or a mental health problem. *Chronic Illness*, 8(2), 135–155
68. González, J. C., Martín, M. J., Farran, J. C. i sur. (2021). La prescripción social en España: El ejemplo de Cataluña. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 28, 12–20
69. Halpern, D. (1995). *Mental health and the built environment: More than bricks and mortar?* Washington, DC: Taylor & Francis.
70. Hazeldine, E., Gowan, G., Wigglesworth, R. i sur. (2021). Link worker perspectives of early implementation of social prescribing: A “Researcher-in-Residence” study. *Health & Social Care Community*, 29(6), 1844–1851
71. Heijnders, M. L. i Meijs, J. J. (2018). ‘Welzijn op Recept’ (Social Prescribing): A helping hand in re-establishing social contacts - An explorative qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 19, 223–231.
72. Hendryx, M., Green, C. A. i Perrin, N. (2008). “Social Support, Activi- ties, and Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Findings”, *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 320–329
73. Hill, T. D. i Maimon, D. (2013). Neighborhood context and mental health. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, i A. Bierman (ur.), *Handbook of the sociology of mental health* (2nd ed., pp. 479–501). Springer Science + Business Media.

74. Hillman, C. H., Erickson, K. I. i Kramer, A. F. (2008). Science and society: Be smart, exercise your heart: Exercise effects on brain and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9, 58–65.
75. Hoffmeister, L. V., Nunes, M. F., Figueiredo, C. E. M. i sur. (2021). Evaluation of the impact and implementation of social prescribing in primary healthcare units in Lisbon: A mixed-methods study protocol. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 26
76. Hrvatski sabor (2007). *Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom*. NN, MU 6/07.
77. Hudson, N., Culley, L., Johnson, M., McFeeters, M., Robertson, N., Angell, E. i Lakhnpaul, M. (2016). Asthma management in British South Asian children: An application of the candidacy framework to a qualitative understanding of barriers to effective and accessible asthma care. *BMC Public Health*, 16, 510
78. Hunter, A. (2008). Contemporary Conceptions of Community. U: Cnaan, R.A., Milofsky, C. (ur.), *Handbook of Community Movements and Local Organizations*. Handbooks of Sociology and Social Research. Springer, Boston, MA.
79. Husk, K., Garside, R. i sur. (2020). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 309–324.
80. Huxley, P. H. (1997). *Arts on prescription: An evaluation*. Stockport Healthcare NHS Trust
81. Jakovljević, M. (2022). Psihijatrija pred izazovima našeg vremena: u potrazi za svojim autentičnim identitetom. *Socijalna psihijatrija*, 50 (2), 235-259.
82. James, P., Hart, J. E., Banay, R. F., Laden, F. i Signorello, L. B. (2017). Built environment and depression in low-income African Americans and Whites. *American Journal of Preventive Medicine*, 52, 74–84.
83. Keddy, J. (2001). Human dignity and grassroots leadership development. *Social Policy*, 31(4), 48–51
84. Keet, R., de Vetten-Mc Mahon, M., Shields-Zeeman, L., Ruud, T., van Weeghel, J., Bahler, M., ... i Pieters, G. (2019). Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC psychiatry*, 19, 1-11.

85. Keyes, C. (2002). "The mental health continuum: from languishing to flourishing in life", *Journal of Health and Social Behaviour*, 43(2), 207-222.
86. Kleba, M. E., Wallerstein, N., Belon, A. P., van der Donk, C., Gastaldo, D., Avery, H. i Wright, M. (2021). *Empowerment and participatory health research. Position Paper 4*. International Collaboration for Participatory Health Research, <https://icphr.org/uploads/9/0/2/4/90245647/position-paper-4-empowerment-and-participatory-health-research.pdf> Pristupljeno: 20.08.2024.
87. Lakey, B. i Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118(3), 482–495
88. Larbi, G. A. (1999). The new public management approach and crisis states (UNRISD Discussion Paper No. 112). United Nations Research Institute for Social Development
89. Long, D. i Perkins, D. (2007). Community social and place predictors of sense of community: A multilevel and longitudinal analysis. *Journal of Community Psychology*, 35:563–581
90. Mackintosh, M. (1997). New public management and social exclusion: UK lessons. *Insight*
91. Mahmutović, S., Kletečki Radović, M, Huremović, V. (2022). Koncept oporavka – doprinos razvoju usluga za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici. *Društvene i humanističke studije*, 21 (4); 669-692.
92. Maughan, D. L., Patel, A., Parveen, T., Braithwaite, I., Cook, J., Lillywhite, R. i Cooke, M. (2016). Primary-care-based social prescribing for mental health: An analysis of financial and environmental sustainability. *Primary Health Care Research & Development*, 17(2), 114–121.
93. McGrath, J. J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwaijri, Y., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Almeida, J. M. C., Chardoul, S., Chiu, W. T., Degenhardt, L., Demler, O. V., Ferry, F., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Karam, G., Khaled, S. M., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C.; WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: A cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*, 10(9), 668–681.
94. McMillan D.W. i Chavis D.M. (1986.). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14:6–23.



95. Mediratta, K., Shah, S. i McAlister, S. (2009). *Community organizing for stronger schools: Strategies and successes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
96. Mind. (2013). *Making sense of ecotherapy*. Mind
97. Mindlab International, Sussex University. (2009). *Galaxy commissioned stress research*. Sussex University.
98. Ministarstvo zdravstva. (2023). *Strateški okvir razvoja mentalnog zdravlja do 2030*. Dostupno na <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2022%20Objave/STRATE%C5%A0KI%20OKVIR%20RAZVOJA%20MENTALNOG%20ZDRAVLJA%20DO%202030..pdf> pristupljeno 20.08.2024.
99. Minkler, M., Wallerstein, N., Hyde, C. (2022). Improving Health through Community Organizing and Community Building: Perspectives from Health Education and Social Work. U: Minkler, M., Wakimoto, P., Minkler, M. i Wakimoto, P. (2021). *Community Organizing and Community Building for Health and Social Equity, 4th edition* ([edition unavailable]). Rutgers University Press.
100. Moffatt, S., Steer, M., Lawson, S. i sur. (2017). Link worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: Qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*, 7(7), e013384
101. Morse, D. F., Sandhu, S., Mulligan, K. i sur. (2022). Global developments in social prescribing. *BMJ Global Health*, 7(1), e007676.
102. Mulligan, K., Bhatti, S., Rayner, J. i sur. (2020). Social prescribing: Creating pathways towards better health and wellness. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(3), 426–428.
103. Muslić, Lj., Jovičić Burić, D., Markelić, M., Musić Milanović, S. (2020). "Zdravstvena pismenost u području mentalnog zdravlja". *Socijalna psihijatrija*, 48(3), 324-343.
104. National Institute for Adult Continuing Education. (2003). *Mental health and social exclusion: Social exclusion consultation document: A commentary and response from the National Institute for Adult Continuing Education*. National Institute for Adult Continuing Education
105. Network, S. P. (2016). Report of the annual social prescribing network conference. London: University of Westminster.

106. Osborne, S. P. i Brown, L. (2011). Innovation in public services: Engaging with risk. *Public Money & Management*, 31(1), 4–6.
107. Pastor M., Terriquez V. i May L. (2018). How Community Organizing Promotes Health Equity, and how Health Equity affects Organizing. *Health Aff (Millwood)*, 37(3):358–63.
108. Pescheny, J. V., Randhawa, G. i Pappas, Y. (2020). The impact of social prescribing services on service users: A systematic review of the evidence. *European Journal of Public Health*, 30(4), 664–673.
109. Peterson N.A., Speer, P.W. i McMillan, D.W. (2008). Validation of a brief sense of community scale. *Journal of community psychology*, 6:61–73.
110. Pichler, F. i Wallace, C. (2007). Patterns of formal and informal social capital in Europe. *European Sociological Review*, 23(4), 423–435
111. Pillemer, K. i Glasgow, N. (2000). Social integration and aging: Background and trends. U: Pillemer, K., Moen, P., Wethington, E. i N. Glasgow (ur.), *Social integration in the second half of life* (pp. 19–47). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
112. Popay, J., Kowarzik, U., Mallinson, S., Mackian, S. i Barker, J. (2007). Social problems, primary care and pathways to help and support: Addressing health inequalities at the individual level. Part I: The GP perspective. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(12), 966–971.
113. Pretty, G., Andrewes, L. i Collett, C. (1994). Exploring adolescent's sense of community and its relationship to loneliness. *Journal of Community Psychology*, 22:346–357.
114. Pretty, J., Griffin, M., Sellens, M. i Pretty, C. (2003). *Green exercise: Complementary roles of nature, exercise, diet in physical and emotional wellbeing and implications for public health policy*.
115. Rapp, C. A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York: Oxford University Press.
116. Regionalni ured Svjetske zdravstvene organizacije za zapadni Pacifik. (2022). *Alat za provedbu socijalnog propisivanja*. Regionalni ured Svjetske zdravstvene organizacije za zapadni Pacifik. who soc prescribing.pdf. Pristupljeno 14.08.2024.
117. Reifmann, A. (1995) Social relationships, recovery from illness, and survival: A literature review. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 124-131

118. Reis, H. T., Clark, M. S. i Holmes, J. G. (2004). Perceived Partner Responsiveness as an Organizing Construct in the Study of Intimacy and Closeness. U: D. J. Mashek i A. P. Aron (ur.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 201–225). Lawrence Erlbaum Associates Publishers
119. Republika Hrvatska. (2008). *Zakon o suzbijanju diskriminacije*, NN 85/08, 112/12
120. Rivera, F. G. i Erlich, J. L. (1997). *Community organizing in a diverse society* (3rd ed). Boston, MA: Allyn i Bacon
121. Rivkin, S. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. *Health Policy Plan*, 29(suppl\_2), 98–106
122. Roberts, T., Lloydwin, C., Pontin, D. i sur. (2021). The role of social prescribers in Wales: A consensus methods study. *Perspectives in Public Health*, 141(2),
123. Ross, C. E. (2000). Neighborhood disadvantage and adult depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 2, 177–87
125. Rothman, J. (2008). Multi modes of community intervention. U: J. Rothman, J. L. Erlich, i J. E. Tropman (ur.), *Strategies of Community Intervention* (7th ed., 141–170). Eddie Bowers Publishing.
126. Rutledge, T., Reis, S. E., Olson, M., Owens, J., Kelsey, S. F., Pepine, C. J. i sur. (2004). Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: The National Heart, Lung, and Blood Institute-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 882–888.
127. Scottish Development Centre for Mental Health. (2007). *Developing social prescribing and community referrals for mental health in Scotland*. Retrieved from [www.gov.scot/Resource/Doc/924/0054752.pdf](http://www.gov.scot/Resource/Doc/924/0054752.pdf) Pristupljeno 21.08.2024.
128. Selloni, D. (2017). *Co-design for public interest services*. Springer
129. Shadish, W.; Lurigio, A. i Lewis, D. (1989). After Deinstitutionalization—The present and future of mental-health long-term care policy. *J. Soc. Issues*, 45, 1–15
130. Shanahan, D. F., Bush, R., Gaston, K. J., Lin, B. B., Dean, J., Barber, E. i Fuller, R. A. (2016). Health benefits from nature experiences depend on dose. *Scientific Reports*
131. Sjeničić, M. (2021). *Pravni i organizacioni okvir za osnivanje službi za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici*. Institut društvenih nauka, Beograd.
132. South, J. (2014). Health promotion by communities and in communities: Current issues for research and practice. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42, 82–87

133. South, J., Higgins, T. J., Woodall, J. i White, S. M. (2008). Can social prescribing provide the missing link? *Primary Health Care Research & Development*, 9(4), 310–318.
134. Speer, P. W. i Christens, B. D. (2012). Local community organizing and change: Altering policy in the housing and community development system in Kansas City. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 22(5), 414–427.
135. Stafford, M., De Silva, M., Stansfeld, S. i Marmot, M. (2011). Neighbourhood social environment and depressive symptoms in mid-life and beyond. *Ageing and Society*, 31(6), 893-910
136. Svjetska zdravstvena organizacija (2022.a). *Mental health: strengthening our response*; dostupno na: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, pristupljeno: 10.08.2024
137. Svjetska zdravstvena organizacija (2022.b). *Mental disorders*; Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Pristupljeno: 10.08.2024.
138. Svjetska zdravstvena organizacija. (2021). *Smjernice za usluge mentalnog zdravlja u zajednici: Promicanje pristupa usmjerenih na osobu i temeljenih na pravima*. Dostupno na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341648/9789240025707-eng.pdf?sequence=1>. Pristupljeno 10.08.2024.
139. Svjetska zdravstvena organizacija. (2017). *Okvir za angažman zajednice Svjetske zdravstvene organizacije za kvalitetne, na ljude usmjerene i otporne zdravstvene usluge*. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259280/WHO-HIS-SDS-2017.15-eng.pdf>. Pristupljeno 17.08.2024.
140. Svjetska zdravstvena organizacija. (2016). *Šangajska deklaracija o promicanju zdravlja*. Dostupno na: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf?sequence=1>. Pristupljeno 11.08.2024.
141. Svjetska zdravstvena organizacija, (2003). *Mental Health Policy and Service guidance package*. Dostupno na [https://www.who.int/mental\\_health/policy/essentialpackage1/en/](https://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/) Pristupljeno: 10.08.2024.
142. Svjetska zdravstvena organizacija. (2001). *Svjetsko izvješće o zdravlju: 2001: Mentalno zdravlje: novo razumijevanje, nova nada*. Svjetska zdravstvena organizacija. <https://iris.who.int/handle/10665/42390>. Pristupljeno 10.08.2024.

143. Svjetska zdravstvena organizacija. (1986). Povelja iz Ottwe za promicanje zdravlja. Svjetska zdravstvena organizacija. Dostupno na: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>. Pristupljeno 20.08.2024.
144. Štrkalj Ivezić, S. i Štimac Grbić, D. (2021). „Organizacija zaštite mentalnog zdravlja u zajednici i uloga mobilnih psihijatrijskih timova.” U: Mužinić Marinić, Lana (ur.), *Psihijatrija u lokalnoj zajednici*, Biblioteka socijalnog rada, Zagreb, 17-33
145. Taylor, R. B., Perkins, D., Shumaker, S. A. i Meeks, J. (1991). *Impacts of fear of crime on depression and anxiety: A longitudinal stress and coping perspective*. Neobjavljeni rukopis. Pristupljeno: 9.08.2024.
146. Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416–423
147. Turner, J.H. (1985). The Concept of ‘Action’ in Sociological Analysis. U: Seebass, G., Tuomela, R. (ur.) *Social Action. Theory and Decision Library*, vol 43.
148. Tyldesley, R. i Rigby, T. (2003). *The arts on prescription postnatal depression support service: An evaluation of a twelve-week pilot*. Stockport Primary Care
149. Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. i Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531
150. Vaughan, S., Polit, D., Steel, M., Shum, D. i Morris, N. (2014). The effects of multimodal exercise on cognitive and physical functioning and brain-derived neurotrophic factor in older women: A randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 43, 623–629
151. Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., et al. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 348, 2508–2516.
152. Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M. i Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), Članak 12.
153. Von Heimburg, D. i Ness, O. (2021). Relational welfare: A socially just response to co-creating health and wellbeing for all. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49(6), 639-652

154. Voorberg, W., Bekkers, V., Flemig, S., Timeus, K., Tönurist, P. i Tummers, L. (2017). Does co-creation impact public service delivery? The importance of state and governance traditions. *Public Money & Management*, 37(5), 365–372
155. Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Health Evidence Network Report*. WHO Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>. Pristupljeno: 21.08.2024.
156. Wandersman, A. i Nation, M. (1998). Urban neighborhoods and mental health: Psychological contributions to understanding toxicity, resilience, and interventions. *American Psychologist*, 53(6), 647–656.
157. Wang, H., Xie, H., Qu, Q. i sur. (2019). The continuum of care for dementia: Needs, resources, and practice in China. *Journal of Global Health*, 9.
158. Weil, M. (1996). Model development in community practice: an historical perspective. *Journal of Community Practice*, 4(3=4).
159. White, J., Kinsella, K. i South, J. (2010). *An evaluation of social prescribing health trainers in south and west Bradford*. Yorkshire and Humber Regional Health Trainers Hub / Leeds Metropolitan University.
160. Woodall, J., Trigwell, J., Bunyan, A. M., Raine, G., Eaton, V., Davis, J., Hancock, L., Cunningham, M. i Wilkinson, S. (2018). Understanding the effectiveness and mechanisms of a social prescribing service: A mixed method analysis. *BMC Health Services Research*, 18(1), 604
161. Woodhall, J. i South, J. (2005). *The evaluation of the CHAT social prescribing scheme in Bradford South and West PCT*. Centre for Health Promotion Research.
162. Yerrell, P. (2008). *TCV Green Gym national evaluation report: Summary of findings*. Oxford Brookes University.
163. Younan, H.-C., Junghans, C., Harris, M., Majeed, A. i Gnani, S. (2020). Maximising the impact of social prescribing on population health in the era of COVID-19. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(10), 377–382.
164. Young Laing, B. (2009). A Critique of Rothman's and Other Standard Community Organizing Models: Toward Developing a Culturally Proficient Community Organizing Framework. *Community Development*, 40(1), 20–36.
165. Yu, Y. i Williams, D. R. (1999). Socioeconomic status and mental health. In C. S. Aneshensel i J. C. Phelan (ur.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 151–166). Springer.

166. Žganec, N. (2003.). Pojmovno određenje zajednice. U: Ajduković, Dean (ur.), *Socijalna rekonstrukcija zajednice*, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 41-53

167. Žganec, N. i Miljenović, A. (2015).Senzibilizacija lokalne zajednice i uključivanje osoba s invaliditetom. U: Miljenović, Ana. (ur.), *Socijalne usluge u zajednici za osobe s invaliditetom*. Rehabilitacijski centar za stres i traumu, Zagreb, str. 109-130