

Čimbenici u primjeni mjera prisilnog liječenja osoba s duševnim smetnjama

Kozumplik, Oliver

Doctoral thesis / Disertacija

2005

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:298564>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-01**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)





Središnja medicinska knjižnica

Kozumplik, Oliver (2005) *Čimbenici u primjeni mjera prisilnog liječenja osoba s duševnim smetnjama*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.

<http://medlib.mef.hr/187>

University of Zagreb Medical School Repository

<http://medlib.mef.hr/>

Zagreb, 2005.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Oliver Kozumplik

**Čimbenici u primjeni mjera prisilnog
liječenja osoba s duševnim smetnjama**

DISERTACIJA

Zagreb, 2005.

Disertacija je izrađena u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče

Voditelj rada: prof. dr. sc. Vlado Jukić

Zahvaljujem Prof. dr. sc. Vladi Jukiću na podršci i savjetima koje je nesebično davao tijekom izrade ove disertacije. Također, zahvaljujem svim djelatnicima Psihijatrijske bolnice Vrapče koji su mi pomogli pri realizaciji ovog projekta.

SADRŽAJ

1. UVOD	3
1.1 Kriteriji prisilne hospitalizacije	3
1.2 Zloupotreba prisilne hospitalizacije tijekom povijesti	5
1.3 Zakonske odredbe o provođenju prisilne hospitalizacije u Republici Hrvatskoj	6
1.4 Zakonske odredbe o provođenju prisilne hospitalizacije u ostalim zemljama	9
1.4.1 <i>Engleska i Wales</i>	9
1.4.2 <i>Njemačka (Bavarska)</i>	10
1.4.3 <i>SAD (district of Columbia)</i>	10
1.4.4 <i>Italija</i>	11
1.5 Rizični čimbenici koji doprinose donošenju odluke o provođenju prisilne hospitalizacije	12
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	15
3. HIPOTEZA	15
4. ISPITANICI I METODE RADA	16
4.1 Ispitanici	16
4.2 Metode	17
4.3 Statistička obrada	19
5. REZULTATI	20
5.1 Socio-demografska obilježja	20
5.2 Psihosocijalna obilježja	28
5.3 Medicinska obilježja	34
5.4 Podaci vezani uz sadašnje bolničko liječenje	41
5.5 Forenzička obilježja	55
6. RASPRAVA	68
7. ZAKLJUČCI	82
8. SAŽETAK	84
9. SUMMARY	88

10. LITERATURA	91
11. PRILOG	99
12. ŽIVOTOPIS	108

1. UVOD

1.1 Kriteriji prisilne hospitalizacije

Zbog prirode bolesti psihijatrijskih bolesnika i često prisutne nesposobnosti psihijatrijskih bolesnika da sami odlučuju o sebi uslijed bolesti, ova skupina bolesnika zahtijeva posebnu brigu za ljudsko dostojanstvo i prava čovjeka kao i pojačanu pravnu zaštitu. Stoga nije čudno što se često ističe da je odnos prema psihijatrijskom bolesniku mjera demokracije određenog društva. Upravo u okviru psihijatrije najviše dolazi do izražaja sukob između prava na slobodu i samoodređenje, kao temeljnih ljudskih prava, te prava na liječenje i tretman. U cilju zaštite pacijenata, ali i samih psihijatara u obavljanju njihove dužnosti, nužno je što preciznije zakonski regulirati ovo područje. Već godinama na međunarodnoj razini zamjetna je vrlo živa aktivnost u donošenju različitih dokumenata, konvencija, rezolucija, preporuka, kojima se nastoji ustanoviti minimum prava psihijatrijskih bolesnika. Standardi zaštite osoba s duševnim smetnjama koje trebaju poštivati nacionalna zakonodavstva trebaju biti u skladu s rezolucijama koje su prihvatile Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), Vijeće Europe i Opća skupština Ujedinjenih naroda (1).

Većina suvremenih zakonodavstava kao temeljni kriterij za prisilnu hospitalizaciju određuje opasnost za okolinu i za samu osobu, pri čemu se u komentarima tih zakona posebno naglašava da ta opasnost mora biti aktualna i visokog intenziteta kako bi se izbjegle bilo kakve zlouporabe (1). U nekim zakonima posebno se naglašava medicinska opravdanost takvih hospitalizacija, koja stavlja naglasak na potrebu prisilnog liječenja bolesnika kod kojih se opravdano može pretpostaviti da će izostanak terapije dovesti do ozbiljnog ugrožavanja njihova zdravstvenog stanja. Pojedini zakoni također spominju ugroženost materijalnih dobara kao potencijalni razlog za prisilnu hospitalizaciju psihijatrijskih bolesnika, kojih ponašanje uvjetuje taj oblik opasnosti za okolinu. U raspravi o izboru najprimjerenije formulacije temeljnih kriterija za prisilnu hospitalizaciju, u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) Republike Hrvatske odabran je termin »ugrožavanje života, zdravlja i sigurnosti (članak 22.)« (2).

Pitanje prisilne hospitalizacije složen je društveni fenomen koji izaziva brojne medicinske, etičke, pravne, političke, pa i ekonomske probleme. Premda su problemi medicinske i pravne prirode bili do sada u prvom planu, oni etičke prirode dolaze sve više do izražaja.

Kada govorimo o medicinskom aspektu prisilne hospitalizacije, tada mislimo na kriterije i način utvrđivanja određenog zdravstvenog stanja i njegovog vrednovanja, te tretmana kojemu bi bolesnika eventualno trebalo podvrgnuti tijekom njegovog liječenja. S pravnog aspekta trebalo bi (1) utvrditi materijalno-pravne pretpostavke za hospitalizaciju (2), razriješiti dilemu tko bi bio ovlašten prijaviti postojanje razloga za tu hospitalizaciju, odnosno, zahtijevati je (3), odgovoriti na pitanje tko bi bio ovlašten odrediti i provesti privremeno zadržavanje ili smještaj bolesnika, te definirati status bolesnika hospitaliziranih u psihijatrijskim ustanovama, njihova prava i obaveze, uvjete života i eventualno rada (4). Na većinu ovih pitanja odgovoreno je u okviru ZZODS-a, koji pokriva vrlo osjetljivo interdisciplinarno područje psihijatrije i prava, i to raznih disciplina unutar samoga prava, prvenstveno građanskog i kaznenog procesnog prava te kaznenog materijalnog prava.

U posljednjih nekoliko desetljeća došlo je do znatnih promjena u shvaćanjima i stavovima društva prema osobama s duševnim smetnjama. To je dovelo i do značajnih promjena u načinu liječenja i postupanju s takvim osobama. Stoga je već godinama na međunarodnoj razini zamjetna vrlo živa aktivnost u donošenju različitih dokumenata, konvencija, rezolucija, preporuka kojima se nastoji utvrditi minimum prava psihijatrijskih bolesnika. U Republici Hrvatskoj je donošenjem ZZODS-a uspostavljen mehanizam pravne zaštite osoba s duševnim smetnjama sukladan suvremenim medicinskim znanstvenim spoznajama i dokumentima o zaštiti ljudskih prava.

Ovim Zakonom određen je čitav niz prava osoba s duševnim smetnjama (pravo na odgovarajuće liječenje; pravo na informirani pristanak; pravo na odbijanje sudjelovanja u liječničkim i znanstvenim pokusima; pravo na sudsku zaštitu; politička, socijalna, vjerska i druga prava); temeljni uvjeti i granice za primjenu prisilnih mjera; postupak sudske zaštite i nadzora svakog postupka prisilne hospitalizacije; postupak i uvjete prijema, smještaja i otpusta osoba s duševnim smetnjama protiv kojih se vodi kazneni ili prekršajni postupak ili koje su osuđenici. Cilj je Zakona zajamčiti svakoj osobi s duševnim smetnjama

temeljna prava i slobode, integritet i dostojanstvo, ali i zaštititi društvo tamo gdje je to nužno i na način koji je primjeren opasnosti osoba s duševnim smetnjama (3).

Istraživanja na ovom području potrebna su upravo stoga što će se u praksi uvijek javljati problem procjene da li osoba s »težim duševnim smetnjama«, za koju postoji podatak da svojim ponašanjem ugrožava okolinu ili samog sebe, može prema svom aktualnom psihičkom stanju preuzeti odgovornost za vlastito ponašanje ili tu odgovornost privremeno treba preuzeti netko drugi (1).

1.2 Zloupotreba prisilne hospitalizacije tijekom povijesti

Psihijatrija se nalazi između odgovornosti prema pacijentu i obaveza prema društvu ili vladajućim strukturama, što otežava položaj psihijatra kada se suočavaju s etičkim odlukama (4). Različiti su aspekti zloupotrebe u psihijatriji: financijska eksploatacija, seksualna eksploatacija ili zloupotreba vezana uz političke odluke. Prethodno stoljeće pokazalo je primjere na koji način psihijatrija može biti iskorištena od strane totalitarnih država da bi se opravdalo nanošenje štete ili smrt nedužnih ljudi (4). Tijekom Drugog svjetskog rata njemački psihijatri bili su uključeni u ranu fazu lanca događanja koji je započeo sa sterilizacijom i "eutanzijom" psihijatrijskih bolesnika, a vrhunac je dosegao u nacističkim logorima smrti (5).

U Sovjetskom Savezu tijekom Staljinovog režima osobe neprihvatljivog društvenog ponašanja u dobivali su lažne dijagnoze duševnih bolesti kako bi mogli biti smješteni u kazneno pravne ili zatvorske ustanove (6, 7). Žrtve su uglavnom bili politički disidenti, nacionalisti, vjernici, potencijalni emigranti i ljudi koji se smatrani "nepodobnima". Različiti oblici političkih aktivnosti poput sudjelovanja u zabranjenim javnim demonstracijama ili posjedovanje zabranjene literature mogli su dovesti do uhićenja ili zatvaranja. Optuženi su bili podvrgnuti psihijatrijskom ispitivanju te su kao "pacijenti" bili uključeni u sustav specijalnih bolnica koje su u stvari bili psihijatrijski zatvori, katkada godinama, i "liječeni" snažnim lijekovima u svrhu kažnjavanja umjesto liječenja (4).

U Japanu, zbog vladine politike usmjerene protiv razvoja državnih bolnica, bolnice su nakon Drugog svjetskog rata bile u privatnom vlasništvu.

Vlada je poticala privatna ulaganja kroz subvencije i zajmove. Zloupotreba psihijatrije motivirana ekonomskim razlozima nastala je u ovom periodu i potrajala do reforme u kasnim 1980-ima. Bolnice su u velikoj mjeri bile korištene u svrhu stvaranja profita, pri čemu se posvećivalo vrlo malo brige pacijentima. Gotovo sve hospitalizacije bile su prisilne. Zakonska zaštita pacijenata bila je neznatna. Pacijenti su bili zlostavljani, tučeni i zadržavani kroz duži period u teškim uvjetima (8).

Ovi povijesni primjeri ističu opasnost od instrumentalizacije psihijatrije u rukama sustava. Navedeni primjeri ukazuju na činjenicu da su tijekom povijesti psihijatri morali odlučivati hoće li postupati sukladno s medicinskom etikom, te u skladu s time štiti interese pacijenata ili će dopustiti da njihova profesija bude zloupotrijebljena kao dio sustava socijalne kontrole ili čak opresije.

1.3 Zakonske odredbe o provođenju prisilne hospitalizacije u Republici Hrvatskoj

Problem prisilne hospitalizacije psihijatrijskih bolesnika reguliran je u Republici Hrvatskoj Zakonom o zaštiti duševnih bolesnika koji je donesen u rujnu 1997., a u primjeni je od 1. siječnja 1998. g. (2). Prije donošenja tog Zakona u Republici Hrvatskoj je prisilna hospitalizacija provođena po Zakonu o vanparničnom postupku iz 1934. godine, odnosno po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1980., odnosno 1993. godine (9). Potrebno je spomenuti da je i prije ovih zakonskih rješenja u hrvatskoj psihijatrijsko-pravnoj praksi bilo jasnih naznaka regulacije ne samo problema prisilne hospitalizacije, već i drugih problema, u prvom redu (ljudskih) prava psihijatrijskih bolesnika. Tako je još 1856. godine donesen «Pravilnik o primanju duševnih bolesnika u psihijatrijske ustanove («nova osnova za primanje ljuđakah poslije sagrađene ludnice»), a 1880. g. donesen je Statut današnje Psihijatrijske bolnice Vrapče (tada «Zavod za umobolne Stenjevec») koji je tada bio vrlo suvremen i napredan dokument (9).

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama sada je u primjeni šestu godinu u Republici Hrvatskoj. Od samog početka naišao je na otpor i kod psihijatarata (10) i kod sudaca (11). U cilju poboljšanja navedenog zakona, u dva navrata (1999. i 2001. godine) su donošene izmjene i dopune ZZODS-a.

Prisilna hospitalizacija psihijatrijskih bolesnika regulirana je u okviru ZZODS-a člankom 22. u kojem se navodi da se «osoba s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba može smjestiti u psihijatrijsku ustanovu bez svog pristanka, po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj propisanim ovim Zakonom».

U daljnjem tekstu Zakona navodi se procedura obavještanja nadležnog suda o prisilnoj hospitalizaciji, dužnost suda da u roku od 72 sata posjeti prisilno zadržanu osobu, da imenuje vještaka psihijatra koji nije zaposlen u bolnici u kojoj je dotični prisilno zadržan, a koji je dužan vještačiti potrebu prisilne hospitalizacije (12), da u roku od osam dana donese rješenje o prisilnom smještaju ili otpustu.

U prvotnom tekstu ZZODS-a od svake osobe koja je hospitalizirana u psihijatrijsku ustanovu zahtijevan je pismeni pristanak. Ukoliko pismenog pristanka nije bilo, ili ako je osoba bila u takvom stanju da nije bila sposobna dati pristanak, o hospitalizaciji se moralo obavijestiti nadležni sud, a on je provodio svu zakonsku proceduru jednaku onoj kod prisilne hospitalizacije bolesnika koji se izrazito protivi ostanku u bolnici. Ovo je dovelo do vrlo velikog broja procesuiranja hospitaliziranih bolesnika (tako je u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče u prvoj godini primjene ZZODS 30,3% hospitaliziranih pacijenata bilo podvrgnuto sudskoj kontroli!) (13), pa je izmjenama i dopunama Zakona ukinuta potreba pismenog očitovanja bolesnika da pristaje na hospitalizaciju i sudskog procesuiranja hospitaliziranih osoba koje nisu bile sposobne dati pristanak, uvedeno je produženje prijema sa 12 na 72 sata (vrijeme u kome je bolnica dužna o prisilno zadržanoj osobi obavijestiti nadležni sud). Izmjene i dopune Zakona bitno su smanjile broj hospitaliziranih bolesnika o kojima je obavještan sud, tj. smanjen je broj sudskih procesuiranja hospitaliziranih bolesnika.

Također, u novom Kaznenom zakonu ukinuta je kategorija bitno smanjene ubrojivosti, sa obrazloženjem da danas još uvijek ne postoji znanstvena metodologija za precizno razlikovanje bitno od nebitno smanjene ubrojivosti. Iako novi Kazneni zakon rješava neke od krucijalnih problema s kojima smo se susretali u dosadašnjoj praksi forenzičko-psihijatrijskih vještačenja, kao što je to npr. ukidanje kategorije bitno smanjene ubrojivosti, istodobno otvara i neke

nove probleme s tim u vezi. Jedan je od njih pronalaženje opće prihvaćenih stručnih kriterija za novu granicu između potpuno ubrojivih i smanjeno ubrojivih osoba, uz obvezno napuštanje međukategorije »smanjeno, ali ne i bitno smanjeno«, koje nikada nije bilo u zakonskom tekstu, ali je u svakodnevnoj praksi suđenja i vještačenja imala dosta veliko značenje (1).

Na početku je potrebno jasno definirati osnovne pojmove koji bi bili korišteni tijekom istraživanja:

1. Prisilno zadržavanje je smještaj osobe u psihijatrijsku ustanovu od trenutka donošenja odluke psihijatra o zadržavanju te osobe bez njezina pristanka pa do odluke suda o njezinom prisilnom smještaju ili otpuštanju. Uvođenjem tog pojma nastojala se napraviti terminološka razlika u prisilnoj hospitalizaciji prije i nakon donošenja formalne odluke suda o prisilnom smještaju. Osobu koja je došla u psihijatrijsku ustanovu na osnovi uputnice doktora medicine, odnosno koju su dovele ovlaštene službene osobe MUP-a, ili koja je dobrovoljno smještena u psihijatrijsku ustanovu, ali je naknadno svoj pristanak opozvala, psihijatar je dužan odmah pregledati i najkasnije u roku od 72 sata utvrditi postoje li razlozi za njeno prisilno zadržavanje i o prisilnom zadržavanju obavijestiti nadležan sud, centar za socijalnu skrb i zakonskog zastupnika osobe

2. Dobrovoljni smještaj: Dobrovoljno se u psihijatrijsku ustanovu, na svoj zahtjev ili zahtjev treće osobe, može smjestiti osoba s duševnim smetnjama koja je sposobna dati valjani pristanak – dakle osoba koja je sposobna razumjeti svrhu i posljedice smještaja u psihijatrijsku ustanovu i koja je na osnovi toga sposobna donijeti slobodnu odluku.

Dobrovoljno smještena osoba može u svakom trenutku opozvati svoj pristanak za smještaj u psihijatrijskoj ustanovi. U tom slučaju ona se mora otpustiti iz ustanove, osim ako su nastupili uvjeti za prisilnu hospitalizaciju (osoba ima teže duševne smetnje zbog kojih ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba – članak 22. ZZODS).

3. Prisilni smještaj je smještaj osobe s težim duševnim smetnjama u psihijatrijsku ustanovu na liječenje bez njezina pristanka, a djeteta, maloljetne osobe ili osobe lišene poslovne sposobnosti bez pristanka njenog zakonskog zastupnika.

4. Prisilno se može smjestiti samo onu osobu s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba. Ove se osobe mogu prisilno smjestiti u psihijatrijsku ustanovu samo po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj predviđenim člankom 22. ZZODS-a.

5. Osobom s težim duševnim smetnjama smatra se ona osoba koja ne može shvatiti značenje svojega postupanja ili ne može vladati svojom voljom ili kojoj su te mogućnosti toliko reducirane da joj je nužna psihijatrijska pomoć.

1.4 Zakonske odredbe o provođenju prisilne hospitalizacije u ostalim zemljama

U dijelu zemalja čija bi rješenja trebalo uzeti kao osnovu za usporedbu s rješenjima hrvatskoga prava, odluku o civilnoj prisilnoj hospitalizaciji donosi sudsko tijelo. U nastavku će sumarno biti izložena uređenja zakonske regulative prisilne hospitalizacije u četiri pravna sustava – engleskom, njemačkom (bavarskom), talijanskom i američkom.

1.4.1 Engleska i Wales

U Engleskoj i Walesu uvjete za civilni prisilni smještaj uređuje *Mental Health Act* iz 1983. g. U hitnim slučajevima pacijent može biti zaprimljen tijekom 72 sata na preporuku liječnika. Zadržavanje radi promatranja moguće je uz preporuku dvaju liječnika, od kojih jedan treba imati iskustva u liječenju duševnih bolesti. Taj oblik prijema može biti pretvoren u zadržavanje tijekom 6 mjeseci. Naknadna produženja liječenja mogu biti svako u trajanju od godinu dana. Produženje ovisi o stavu odgovornog medicinskog tijela da je nastavak zadržavanja nužan za pacijentovo zdravlje ili za zaštitu drugih, te da se medicinski tretman u te svrhe može pružiti samo u bolnici. Nakon prijema u bolnicu zbog promatranja ili liječenja, pacijent se može obratiti sudu za nadzor nad mentalnim zdravljem (*Mental Health Review Tribunal*) zbog razmatranja slučaja, o čemu mora biti poučen. Zakonom iz 1983.g. u Engleskoj i Walesu uvedena je Komisija za mentalno zdravlje koju čine liječnici, pravnici, socijalni

radnici i laici. Komisija, između ostalog, nadzire postupke prijema i način na koji se s pacijentima postupa u bolnicama. Za razliku od takve komisije u Škotskoj, ova komisija nije ovlaštena otpuštati pacijente iz bolnice (14).

1.4.2 *Njemačka (Bavarska)*

Prema bavarskom Zakonu o zadržavanju iz 1982.g., u psihijatrijskoj bolnici moguće je bez njezine suglasnosti ili protiv volje zadržati duševno bolesnu, slaboumnu ili zbog drugog razloga duševno poremećenu osobu ako ona ugrožava javnu sigurnost ili red, te ako ugrožava svoj život ili znatno ugrožava svoje zdravlje. Zadržavanje je moguće odrediti samo ako opasnost nije moguće otkloniti blažim mjerama. Svrha je zadržavanja spriječiti ugrožavanje javne sigurnosti i reda, te omogućiti odgovarajuće tretiranje psihijatrijskih bolesti ili ometenosti zadržanog i njegovo osposobljavanje za samostalan život. Zakon posebno naglašava da u postupku treba uzeti u obzir stanje zadržanog i štiti njegovu ličnost. Zadržavanje određuje prvostupanjski sud na prijedlog okružnog upravnog tijela, koji prije toga provodi pripremni postupak. Nakon obavljenih izvida, ako ocijeni da postoje pretpostavke za zadržavanje, taj organ mora pribaviti mišljenje liječnika o tome je li zadržavanje s medicinskog stajališta potrebno i može li se nadomjestiti nekim oblikom pomoći. Ako upravno tijelo zaključi da postoje razlozi za zadržavanje, podnosi prijedlog sudu, koji onome koji je u postupku postavlja zastupnika (odvjetnika) zbog zaštite njegovih prava. Ako postoje razlozi za zadržavanje, sud može odrediti privremeno zadržavanje najviše tri mjeseca, ako je to potrebno za pribavljanje mišljenja o zdravstvenom stanju osobe ili zbog zaštite javne sigurnosti ili reda, odnosno ako sud svoju odluku ne može pravodobno donijeti. Ako je privremeno zadržavanje određeno bez prethodnog liječničkog mišljenja, sud to mišljenje mora pribaviti u roku od pet dana (15).

1.4.3 *SAD (District of Columbia)*

Zakon posebno određuje dobrovolju hospitalizaciju, hospitalizaciju osoba koje se tome ne protive, nužnu hospitalizaciju i hospitalizaciju na temelju sudske odluke. Ako pregled koji pri prijemu obavi psihijatar pokaže da je

hospitalizacija potrebna, upravitelj javne bolnice mora, a upravitelj privatne bolnice smije tu osobu primiti u bolnicu zbog promatranja, dijagnoze i liječenja duševne bolesti. Postupak za hospitalizaciju po odluci suda pokreće se prijedlogom bračnog druga, jednog od roditelja, zakonskog zastupnika ili osobe ovlaštene za nužnu hospitalizaciju. Prijedlog se podnosi Komisiji za duševno zdravlje. Prijedlogu mora biti priloženo uvjerenje liječnika da je osobu pregledao i da je po njegovu mišljenju duševno bolesna, ili pismena izjava predlagatelja da ima razloga za sumnju da je ta osoba duševno bolesna i da zbog toga može povrijediti sebe ili druge, a protivi se liječničkom pregledu. Komisija mora u roku od tri dana kopiju prijedloga dostaviti osobi. Osobu protiv koje se postupak vodi mora u postupku zastupati odvjetnik.

Kada sud primi izvještaj Komisije, odmah određuje raspravu te o tome obavještava osobu protiv koje se postupak vodi i njezina odvjetnika, a istodobno daje toj osobi pouku da u roku od pet dana može zahtijevati porotno suđenje. Prijedlog za nužnu hospitalizaciju, odnosno hospitalizaciju po odluci suda nije moguće usvojiti ako ga je podnio liječnik koji je u srodstvu s osobom protiv koje se postupak vodi ili je financijski povezan s bolnicom u koju bi ta osoba trebala biti primljena.

Posebno su regulirana i prava prisilno hospitalizirane osobe. Nije joj moguće oduzeti pravo raspolaganja imovinom, pravo sklapanja pravnih poslova, pravo glasa, niti vozačku dozvolu ako je sud nije proglasio poslovno nesposobnom. Protiv pacijenta nije dopušteno primijeniti nikakvu mehaničku prisilu ako je ne propiše liječnik; u slučaju primjene mehaničke prisile, navedenu je potrebno ukinuti čim za nju prestanu razlozi. Svaka primjena mehaničke prisile mora biti zajedno s razlozima za nju upisana u bolničku kartoteku (16).

1.4.4 *Italija*

Odluku o primjeni prisilnog liječenja izdaje, na obrazloženi prijedlog liječnika, gradonačelnik. Ako se predlaže prisilno liječenje u bolnici, prijedlog liječnika mora odobriti liječnik ovlašten za navedeno. Svatko može zahtijevati prestanak ili promjenu odredbe o provođenju prisilnog liječenja. O takvom zahtjevu gradonačelnik mora odlučiti u roku od 10 dana. Odluke o provedbi

prisilnih mjera treba u roku od 48 sati dostaviti osobi protiv koje su određene i o tome obavijestiti suca za skrbničke poslove, te je dužan prikupiti potrebne informacije i u roku od 48 sati donijeti odluku kojom će odobriti ili ne odluku o provedbi prisilnog liječenja. Tu svoju odluku sudac mora dostaviti gradonačelniku, koji mora, ako sudac nije odobrio njegovu odluku, odrediti prestanak mjera. Odgovorni liječnik mora gradonačelnika obavijestiti i o otpuštanju bolesnika i o prestanku razloga za prisilno liječenje. U tom slučaju gradonačelnik mora o tome u roku od 48 sati obavijestiti sud (17).

1.5 Rizični čimbenici koji doprinose donošenju odluke o provođenju prisilne hospitalizacije

U istraživanju koje je u SAD-u provedeno na 487 pacijenata, a proučavane su razlike u statusu s obzirom na spol kod prijema u psihijatrijsku ustanovu, utvrđeno je da su muškarci bili značajno češće prisilno hospitalizirani u odnosu na žene (18). Istraživanje čiji je interes bio utvrditi prediktore (1) statusa pri prijemu (dobrovoljni/prisilni) i (2) odluke da se pacijent prisilno hospitalizira, pokazalo je da (1) pacijentova opasnost (za sebe i/ili okolinu) i psihički dizabilitet ili oštećenje utječu na pravni status pacijenta kod prijema, dok (2) psihički dizabilitet ili oštećenje utječu na pravni status pacijenta tijekom hospitalizacije (19). U istraživanju čiji je cilj bio utvrditi u kojoj mjeri pravni status pri prvoj psihijatrijskoj hospitalizaciji utječe na pravni status budućih hospitalizacija, rezultati su pokazali da postoji povezanost prisilne hospitalizacije pri prvoj hospitalizaciji sa prisilnim statusom u slijedećoj hospitalizaciji i sa brojem naknadnih prisilnih hospitalizacija, tj. da je prisilni status pri prvoj hospitalizaciji značajan čimbenik u procjeni vjerojatnosti hoće li buduća hospitalizacija biti prisilna (20).

Swanson i sur. istraživali su na uzorku od 331 pacijenta sa dijagnozom psihotičnog poremećaja ili afektivnog poremećaja pojavu da nasilno ponašanje prethodi hospitalizaciji. Nasilno ponašanje zabilježeno je u više od pola slučajeva tijekom četveromjesečnog razdoblja koje je prethodilo ponovnoj hospitalizaciji (21). Rezultati istraživanja koje su proveli McFarland i sur. pokazali su da su prisilne hospitalizacije najčešće kod osoba koje su ranije prisilno hospitalizirane (22).

Segal, Akutsu i Watson istraživali su povezanost pojedinih čimbenika s prisilnom rehospitalizacijom a rezultati su pokazali da se vjerojatnost ponovne prisilne hospitalizacije povećava s dijagnozom psihotičnog poremećaja i pokazateljima da se radi o opasnoj osobi. Regulirano osiguranje također je bio bitan čimbenik za prisilnu rehospitalizaciju (23).

Istraživanje koje su proveli Leung i sur. pokazalo je povezanost muškog spola i mlađe dobi s prisilnim statusom tijekom hospitalizacije u psihijatrijskoj ustanovi (24). Istraživanje Engberga pokazalo je povezanost prisilne hospitalizacije s mlađom dobi i muškim spolom (25).

Rezultati istraživanja Riechera i sur. pokazali su da se prisilni status tijekom hospitalizacije može povezati sa tri osnovna čimbenika: dijagnozom psihotičnog poremećaja, muškim spolom i niskim materijalnim statusom (26). Blank, Vingiano i Schwartz istraživali su čimbenike vezane uz prisilnu hospitalizaciju pacijenata starije dobi. Istraživanjem je utvrđena povezanost sa organskim mentalnim poremećajima, nasilnošću prije hospitalizacije, te sa simptomima dezorijentacije, povlačenja i apatije u kliničkoj slici (27).

Rezultati istraživanja koje je među prisilno hospitaliziranim pacijentima proveo Malla pokazali su da većina pacijenata koji su bili prisilno hospitalizirani zbog njihove opasnosti nije imala dijagnozu psihotičnog poremećaja, dok je većina hospitaliziranih koji su bili nesposobni dati pristanak za hospitalizaciju imala dijagnozu psihotičnog poremećaja (28). Perlman i sur. istraživali su pravni status psihijatrijskih pacijenata pri hospitalizaciji s obzirom na ranije nasilno ponašanje; utvrđeno je da su prisilno hospitalizirani pacijenti imali više epizoda nasilnog ponašanja, te da je kritični prediktor ponašanja bio jesu li pacijenti dovedeni u bolnicu u pratnji policije (29).

Istraživanjem koje su na uzorku od 5729 pacijenata proveli Malla, Norman i Helmes pokazano je da su prisilno hospitalizirani pacijenti češće muškog spola, neoženjeni, nezaposleni, te da su u psihijatrijsku bolnicu dovedeni od strane policije ili prebačeni iz neke druge ustanove. Također, imali su veći broj prethodnih psihijatrijskih hospitalizacija, te povijest suicidalnog i nasilnog ponašanja. Najčešće dijagnoze bile su shizofrenija i manija. Prisilno

hospitalizirani pacijenti ostajali su u bolnici dvostruko duže od dobrovoljno hospitaliziranih (30).

Istraživanje o provođenju prisilnih hospitalizacija u dvije psihijatrijske bolnice u Republici Hrvatskoj (Psihijatrijska bolnica Vrapče i Psihijatrijska bolnica Rab) provedeno je 1998. g., tj. šest mjeseci poslije donošenja ZZODS, na uzorku od 380 muškaraca i 335 žena hospitaliziranih dobrovoljno te 48 muškaraca i 125 žena hospitaliziranih prisilno. Istraživanjem je utvrđeno da je većina bolesnika u obje bolnice imala otpusnu dijagnozu psihoze, a slijede poremećaji raspoloženja u bolesnica te alkoholizam u muških bolesnika. Iako su se bolnice ponešto razlikovale u čimbenicima koji diferenciraju dobrovoljno od prisilno hospitaliziranih bolesnika, najstalniji čimbenik povezan s prisilnom hospitalizacijom bio je ženski spol bolesnika (31). Provedenim istraživanjem nije dobivena razlika u dužini liječenja prisilnih i dobrovoljnih bolesnika u muškaraca dok su bolesnice duže liječene prisilno. Prisilna hospitalizacija u muških bolesnika povezana je sa mlađom životnom dobi. Žene hospitalizirane prisilno bile su prema rezultatima ovoga istraživanja starije životne dobi (32).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je utvrditi čimbenike koji doprinose donošenju odluke o provođenju prisilne hospitalizacije u psihijatrijskim ustanovama. U tu svrhu bile su ispitane i uspoređene skupina prisilno hospitaliziranih osoba i uparena skupina dobrovoljno hospitaliziranih osoba. Od primarnog interesa bili su slijedeći problemi:

1. Analizirati i usporediti socio-demografska, psihosocijalna, medicinska i forenzička obilježja ispitivanih skupina;
2. Utvrditi imaju li prisilno hospitalizirane osobe u anamnezi češće podatke o ranijem kriminalnom i/ili nasilnom ponašanju u usporedbi s dobrovoljno hospitaliziranim osobama;
3. Utvrditi imaju li prisilno hospitalizirane osobe u anamnezi češće podatke o ranijim prisilnim hospitalizacijama u usporedbi s dobrovoljno hospitaliziranim osobama;
4. Utvrditi imaju li prisilno hospitalizirane osobe lošiji uvid u stanje bolesti u odnosu na dobrovoljno hospitalizirane osobe;
5. Utvrditi imaju li osobe koje su prisilno hospitalizirane češće u anamnezi podatke o neredovitom psihijatrijskom liječenju u usporedbi s dobrovoljno hospitaliziranim osobama.

3. HIPOTEZA

1. Postoje razlike s obzirom na socio-demografska, psihosocijalna, medicinska i forenzička obilježja bolesnika prisilno hospitaliziranih u psihijatrijskim ustanovama u usporedbi sa dobrovoljno hospitaliziranim bolesnicima;
2. Osobe koje su prisilno hospitalizirane češće u svojoj anamnezi imaju podatke o ranijem kriminalnom i/ili nasilnom ponašanju u usporedbi s dobrovoljno hospitaliziranim osobama;
3. Osobe koje su prisilno hospitalizirane češće u anamnezi imaju podatke o ranijim prisilnim hospitalizacijama u usporedbi s dobrovoljno hospitaliziranim osobama;

4. Prisilno hospitalizirane osobe imaju lošiji uvid u stanje bolesti u usporedbi s dobrovoljno hospitaliziranim osobama;

5. Osobe koje su prisilno hospitalizirane češće u anamnezi imaju podatke o neredovitom psihijatrijskom liječenju u usporedbi s dobrovoljno hospitaliziranim osobama.

4. ISPITANICI I METODE RADA

4.1 Ispitanici

Uzorak se sastojao od dviju skupina ispitanika:

- 1) skupine prisilno hospitaliziranih osoba
- 2) skupine uparenih dobrovoljno hospitaliziranih osoba

Skupinu prisilno hospitaliziranih osoba sačinjavali su svi bolesnici koji su u periodu od 01. 08. 2003. do 01. 08. 2004. godine bili prisilno hospitalizirani u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče prema članku 22. ZZODS.

Skupinu dobrovoljno hospitaliziranih činile su osobe istog spola i dijagnoze, te slične dobi (do deset godina starije ili mlađe) s prisilno hospitaliziranom osobom. Ova skupina bolesnika formirala se na slijedeći način:

- ukoliko je bila riječ o prisilno hospitaliziranoj osobi sa ranije potvrđenom dijagnozom, tada je nakon svake prisilne hospitalizacije u skupinu dobrovoljno hospitaliziranih ušla prva slijedeća dobrovoljno hospitalizirana osoba zaprimljena nakon prisilno hospitalizirane osobe;

- ukoliko je bila riječ o prisilno hospitaliziranoj osobi bez ranije potvrđene dijagnoze, u tom slučaju je u skupinu dobrovoljno hospitaliziranih ušla prva dobrovoljno hospitalizirana osoba, zaprimljena dan nakon otpusta (ili kasnije).

Za formiranje skupine dobrovoljno hospitaliziranih uključivali su se samo pacijenti s već ranije potvrđenom dijagnozom.

Dijagnoze pacijenata postavljene prilikom otpusta sa prethodnih bolničkih liječenja bile su redijagnosticirane prema MKB-X (33) i DSM-IV –TR (34) kriterijima.

Ukupno su u istraživanje uključene 133 prisilno hospitalizirane osobe i isti broj dobrovoljno hospitaliziranih osoba. Tijekom istog vremenskog razdoblja u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče bilo je ukupno hospitalizirano 7257 osoba.

4.2 Metode

Istraživanje je bilo tipa case-control. Podaci su bili prikupljeni pomoću strukturiranog upitnika posebno konstruiranog u svrhu provođenja istraživanja. Podaci dobiveni uzimanjem anamnestičkih podataka, te uvidom u psihijatrijske povijesti bolesti i forenzičke spise (ukoliko su postojali za određenog ispitanika).

Intervju s pacijentom provodio se nakon što je, s obzirom na aktualne spoznajne mogućnosti, pacijent postao sposoban razumjeti pitanja iz upitnika i odgovarati na njih (uz uvjet da nakon upoznavanja sa svrhom i sadržajem upitnika pristane odgovoriti na pitanja). U slučaju prisilnog zadržavanja intervju se provodio najranije nakon isteka 72 sata u bolnici (razdoblje u kojem se nakon prisilnog zadržavanja donosi odluka o provođenju bilo prisilne ili dobrovoljne hospitalizacije). U slučaju dobrovoljne hospitalizacije, intervju se provodio nakon što je pacijent pristao na liječenje.

Upitnik je sadržavao pitanja koja su grupirana u četiri podskupine:

1. socio-demografska obilježja
2. psihosocijalna obilježja
3. medicinska obilježja i
4. forenzička obilježja

1. Socio-demografska obilježja

1. Dob
2. Spol
3. Školska sprema
4. Zanimanje
5. Zaposlenost
6. Bračni status
7. Broj djece

2. Psihosocijalna obilježja

1. Djetinjstvo do 15. godine
2. Razdvajanje od roditelja
3. Smrt roditelja do 15. godine
4. Obiteljska adaptacija
5. Radna adaptacija

3. Medicinska obilježja

1. Ranije psihijatrijsko liječenje
2. Dijagnostička kategorija
3. Duljine bolničkih tretmana
4. Samovoljno napuštanje liječenja
5. Pokušaj samoubojstva
6. Duševni poremećaj u bližem srodstvu

4. Podaci vezani uz sadašnje bolničko liječenje

1. Neposredan povod dolaska u Bolnicu
2. Okolnosti dolaska u Bolnicu
3. Dominantno obilježje psihičkog stanja pri prijemu
4. Fizička intervencija pri prijemu u Bolnicu
5. Znakovi intoksikacije pri prijemu u Bolnicu
6. Simptomi sustezanja od psihoaktivnih tvari pri prijemu u Bolnicu
7. Sadašnje psihijatrijsko liječenje (bolnički tretman)
8. Trajanje bolničkog tretmana
9. Dijagnostička kategorija (otpusne dijagnoze)
10. Procjena uvida u bolest
11. Odnos prema potrebi psihijatrijskog liječenja
12. Ambulantno liječenje između prethodnog i sadašnjeg bolničkog liječenja

5. Forenzička obilježja

1. Ranije nasilno ponašanje
2. Ranije kažnjavanje
3. Ranije vještačenje
4. Ubrojivost
5. Društvena opasnost
6. Preporuke vještaka

4.3 Statistička obrada

Početna obrada podataka uključivala je prikaz distribucija (apsolutnih i relativnih frekvencija) ispitanika po kategorijama svake od ispitivanih varijabli, odnosno distribuciju brojevnih vrijednosti. Razlika po pojedinim varijablama između dviju skupina bila bi testirana Hi-kvadrat testom. Granična vrijednost statističke značajnosti bila bi vjerojatnost pogreške manja od 5%.

Početna analiza obuhvaćala je deskriptivni opis uzorka prisilno i dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika i usporedbu tih dviju grupa univarijantnim statističkim postupcima kojima se ispituje važnost pojedinačnih varijabli (faktora) za razlikovanje grupa. Usporedba dviju grupa bila je načinjena za kategorijalne varijable pomoću Hi kvadrat testa, a za kontinuirane varijable pomoću t testa.

Također je učinjena hijerarhijska logistička regresijska analiza uz kriterij prisilna hospitalizacija u cilju analize prediktorskih varijabli za prisilnu hospitalizaciju. U logističku regresijsku analizu ušli su kao prediktori dob, spol, školska sprema, obiteljska adaptacija, okolnosti dolaska, dominantno obilježje psihičkog stanja kod prijema, intoksikacija, otpusna dijagnoza, procjena uvida u bolest i ambulantno liječenje. Druga hijerarhijska logistička regresijska analiza učinjena je uz kriterij agresivnost, a kao prediktorske varijable uvrštene su fizička intervencija, nasilno ponašanje, obiteljska adaptacija, radna adaptacija, pokušaj samoubojstva, dominantno obilježje psihičkog stanja pri prijemu, intoksikacija, procjena uvida u bolest i ambulantno liječenje. Statistička analiza bila je provedena korištenjem programskog paketa Statistica, Version 6.0 (35).

5. REZULTATI

5.1 Socio-demografska obilježja

Tablica 1. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema dobi

			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
DOB (u godinama)	Do 20 g.	N	2	1	3
		% DOB	66,7%	33,3%	100,0%
		% GRUPA	1,5%	0,8%	1,1%
	20-29 g.	N	33	33	66
		% DOB	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	24,8%	24,8%	24,8%
	30-39	N	31	30	61
		% DOB	50,8%	49,2%	100,0%
		% GRUPA	23,3%	22,6%	22,9%
	40-49	N	38	36	74
		% DOB	51,4%	48,6%	100,0%
		% GRUPA	28,6%	27,1%	27,8%
	50-59	N	21	26	47
		% DOB	44,7%	55,3%	100,0%
		% GRUPA	15,8%	19,5%	17,7%
	60 i više	N	8	7	15
		% DOB	53,3%	46,7%	100,0%
		% GRUPA	6,0%	5,3%	5,6%
	Ukupno	N	133	133	266
		% DOB	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

U skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika najviše njih (28,6%) bilo je u dobi od 40 do 49 godina; slijede prisilno hospitalizirani bolesnici u dobi od 20 do 29 godina, njih 24,8%. U dobi od 30 do 39 godina bilo je 23,3% prisilno hospitaliziranih bolesnika; slijede bolesnici u dobi od 50 do 59 godina (15,8%), te bolesnici u dobi od 60 i više godina (6,0%). U dobi do 20 godina bilo je 1,5% prisilno hospitaliziranih bolesnika.

U skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika najviše njih (27,1%) bilo je u dobi od 40 do 49 godina; slijede dobrovoljno hospitalizirani bolesnici u dobi od 20 do 29 godina, njih 24,8%. U dobi od 30 do 39 godina bilo je 22,6% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika; slijede bolesnici u dobi od 50 do 59 godina (19,5%), te bolesnici u dobi od 60 i više godina (5,3%). U dobi do 20 godina bilo je 0,8% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 1).

Tablica 2. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema spolu

			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
SPOL	Muški	N	87	87	174
		% SPOL	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	65,4%	65,4%	65,4%
	Ženski	N	46	46	92
		% SPOL	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	34,6%	34,6%	34,6%
Ukupno		N	133	133	266
		% SPOL	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

S obzirom na spol ispitanika, 65,4% ispitanika bili su osobe muškog spola, a 34,6% bile su žene (Tablica 2).

Tablica 3. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema školskoj spremi

Fisher Exact Test = 0,290			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
ŠKOLA	Bez škole	N	3	0	3
		% ŠKOLA	100,0%	0,0%	100,0%
		% GRUPA	2,3%	0,0%	1,1%
	Osmogodišnja Škola	N	25	17	42
		% ŠKOLA	59,5%	40,5%	100,0%
		% GRUPA	18,8%	12,8%	15,8%
	Srednja stručna sprema	N	85	95	180
		% ŠKOLA	47,2%	52,8%	100,0%
		% GRUPA	63,9%	71,4%	67,7%
	Viša stručna sprema	N	3	4	7
		% ŠKOLA	42,9%	57,1%	100,0%
		% GRUPA	2,3%	3,0%	2,6%
	Visoka stručna sprema	N	17	17	34
		% ŠKOLA	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	12,8%	12,8%	12,8%
Ukupno		N	133	133	266
		% ŠKOLA	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

Slijedila je analiza ispitanika prema stupnju školske spreme. Dobivena razlika nije statistički značajna za dvije promatrane skupine.

U skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika najviše je bilo ispitanika sa srednjom stručom spremom (njih 63,9%). Slijede ispitanici sa osnovnom školom (18,8%), ispitanici sa visokom stručnom spremom (12,8%), te ispitanici sa višom stručnom spremom (2,3%) i ispitanici bez završene škole (2,3%).

U skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika njih 71,4% imalo je završenu srednju stručnu spremu. Slijede ispitanici sa završenom visokom stručnom spremom (12,8%), te ispitanici sa završenom osnovnom školom (12,8%). Višu stručnu spremu imalo je 3,0% ispitanika (Tablica 3).

Tablica 4. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema zanimanju

Fisher Exact Test =0,069			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
ZANIMANJE	Radnik	N	78	57	135
		% ZANIMANJE	57,8%	42,2%	100,0%
		% GRUPA	58,6%	42,9%	50,8%
	Službenik	N	31	45	76
		% ZANIMANJE	40,8%	59,2%	100,0%
		% GRUPA	23,3%	33,8%	28,6%
	Umirovljenik	N	22	27	49
		% ZANIMANJE	44,9%	55,1%	100,0%
		% GRUPA	16,5%	20,3%	18,4%
	Na školovanju	N	2	4	6
		% ZANIMANJE	33,3%	66,7%	100,0%
		% GRUPA	1,5%	3,0%	2,3%
Ukupno	N	133	133	266	
	% ZANIMANJE	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na zanimanje nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. Najviše ispitanika (58,6%) iz skupine prisilno hospitaliziranih bili su radnici. Isti podatak dobili smo u skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika u 42,9% ispitanika. Zanimanje službenik dobiveno je u 23,3% ispitanika koji su prisilno hospitalizirani, te u 33,8% dobrovoljno hospitaliziranih. Umirovljenika u skupini prisilno hospitaliziranih bilo je 16,5%, a u skupini dobrovoljno hospitaliziranih 20,3%. Na školovanju je bilo 1,5% ispitanika iz skupine prisilno hospitaliziranih i 3,0% iz skupine dobrovoljno hospitaliziranih (Tablica 4).

Tablica 5. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema zaposlenosti

Fisher Exact Test = 0,582			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
ZAPOSLENOST	Nezaposlen	N	100	94	194
		% ZAPOSLENOST	51,5%	48,5%	100,0%
		% GRUPA	75,2%	70,7%	72,9%
	U radnom odnosu	N	31	35	66
		% ZAPOSLENOST	47,0%	53,0%	100,0%
		% GRUPA	23,3%	26,3%	24,8%
	Umirovljenik	N	2	4	6
		% ZAPOSLENOST	33,3%	66,7%	100,0%
		% GRUPA	1,5%	3,0%	2,3%
Ukupno		N	133	133	266
		% ZAPOSLENOST	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

S obzirom na zaposlenost nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. Nezaposlenih je bilo 75,2% u skupini prisilno hospitaliziranih i 70,7% u skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Zaposlenih je bilo 23,3% u skupini prisilno hospitaliziranih, te 26,3% u skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Umirovljenika je bilo 1,5% u skupini prisilno hospitaliziranih, te 3,0% u skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 5).

Tablica 6. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema bračnom statusu

Fisher Exact Test = 0,699			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
BRAČNI STATUS	Oženjen/udata	N	37	48	85
		% BRAČNI ST.	43,5%	56,5%	100,0%
		% GRUPA	27,8%	36,1%	32,0%
	Neoženjen/Neudata	N	72	64	136
		% BRAČNI ST.	52,9%	47,1%	100,0%
		% GRUPA	54,1%	48,1%	51,1%
	Rastavljen/a	N	16	13	29
		% BRAČNI ST.	55,2%	44,8%	100,0%
		% GRUPA	12,0%	9,8%	10,9%
	Udovac/a	N	4	4	8
		% BRAČNI ST.	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	3,0%	3,0%	3,0%
	Izvanbračna Zajednica	N	4	4	8
		% BRAČNI ST.	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	3,0%	3,0%	3,0%
Ukupno	N	133	133	266	
	% BRAČNI ST.	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na bračni status nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. U skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika 54,1% su bili neoženjeni/neudate. U skupini dobrovoljno hospitaliziranih ovaj podatak je zabilježen u 48,1% slučajeva. Oženjenih/udanih je bilo 27,8% u skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika i 36,1% u skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Rastavljenih je bilo 12,0% u skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika i 9,8% u skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Udovaca je bilo po 3,0% u obje skupine, a isti udio je dobiven i za život u izvanbračnoj zajednici u obje skupine ispitanika (Tablica 6).

5.2 Psihosocijalna obilježja

Tablica 7. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema podacima o djetinjstvu do 15. godine

Fisher Exact Test = 0,913			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
DJETINJSTVO DO 15. GODINE	1	N	115	119	234
		% DO 15.	49,1%	50,9%	100,0%
		% GRUPA	86,5%	89,5%	88,0%
	2	N	3	2	5
		% DO 15.	60,0%	40,0%	100,0%
		% GRUPA	2,3%	1,5%	1,9%
	3	N	4	4	8
		% DO 15.	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	3,0%	3,0%	3,0%
	4	N	10	7	17
		% DO 15.	58,8%	41,2%	100,0%
		% GRUPA	7,5%	5,3%	6,4%
	5	N	1	1	2
		% DO 15.	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	0,8%	0,8%	0,8%
Ukupno	N	133	133	266	
	% DO 15.	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

1=prisustvo oba roditelja do 15. godine života ispitanika

2=prisustvo oba roditelja, te djedova i baka i drugih članova obitelji do 15. godine života ispitanika

3=prisustvo oba roditelja i odgajanje u Domu do 15. godine života ispitanika

4=prisustvo jednog roditelja do 15. godine života ispitanika

5=prisustvo djedova i baka i drugih članova obitelji do 15. godine života ispitanika

S obzirom na podatke o djetinjstvu do 15. godine nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. Prema podacima o djetinjstvu do 15. godine, u obje skupine najveći broj ispitanika je djetinjstvo proveo s oba roditelja; prisilno hospitalizirani u 86,5%, a dobrovoljno hospitalizirani ispitanici u 89,5% slučajeva (Tablica 7).

Tablica 8. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema podacima o razdvajanju od roditelja

Fisher Exact Test = 0,910			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
RAZDVAJANJE OD RODITELJA	Da-od 0-5 god.	N	5	3	8
		% RAZDVAJANJE	62,5%	37,5%	100,0%
		% GRUPA	3,8%	2,3%	3,0%
	Da-od 5-15 god.	N	6	5	11
		% RAZDVAJANJE	54,5%	45,5%	100,0%
		% GRUPA	4,5%	3,8%	4,1%
	Da-u oba razdoblja	N	4	5	9
		% RAZDVAJANJE	44,4%	55,6%	100,0%
		% GRUPA	3,0%	3,8%	3,4%
	Ne	N	118	120	238
		% RAZDVAJANJE	49,6%	50,4%	100,0%
		% GRUPA	88,7%	90,2%	89,5%
Ukupno		N	133	133	266
		% RAZDVAJANJE	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

S obzirom na podatke o razdvajanju od roditelja nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. U obje skupine ispitanika najveći broj ispitanika nije se razdvajao od svojih roditelja do 15. godine života; prisilno hospitalizirani u 88,7%, a dobrovoljno hospitalizirani ispitanici u 90,2% slučajeva (Tablica 8).

Tablica 9. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema podacima o smrti roditelja ispitanika do 15. godine života ispitanika

Fisher Exact Test = 0,607			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
SMRT RODITELJA DO 15. GODINE ŽIVOTA ISPITANIKA	Da	N	3	0	3
		% SMRT RODITELJA	100,0%	0,0%	100,0%
		% GRUPA	2,3%	0,0%	1,1%
	Ne	N	121	124	245
		% SMRT RODITELJA	49,4%	50,6%	100,0%
		% GRUPA	91,0%	93,2%	92,1%
	Smrt majke	N	2	2	4
		% SMRT RODITELJA	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	1,5%	1,5%	1,5%
	Smrt oca	N	4	4	8
		% SMRT RODITELJA	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	3,0%	3,0%	3,0%
	Nepoznato	N	3	3	6
		% SMRT RODITELJA	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	2,3%	2,3%	2,3%
Ukupno	N	133	133	266	
	% SMRT RODITELJA	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o smrti roditelja ispitanika do 15. godine života ispitanika nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. U obje skupine ispitanika, smrt roditelja nije zabilježena u dobi do 15. godine; kod prisilno hospitaliziranih u 91,0% ispitanika, a kod dobrovoljno hospitaliziranih

ispitanika u 93,2% slučajeva (Tablica 9).

Tablica 10. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema obiteljskoj adaptaciji

$\chi^2 = 7,18; df=2; P=0,028$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
OBITELJSKA ADAPTACIJA	Loša	N	76	58	134
		% OBITELJSKA ADAPTACIJA	56,7%	43,3%	100,0%
		% GRUPA	57,1%	43,6%	50,4%
	Osrednja	N	50	58	108
		% OBITELJSKA ADAPTACIJA	46,3%	53,7%	100,0%
		% GRUPA	37,6%	43,6%	40,6%
	Dobra	N	7	17	24
		% OBITELJSKA ADAPTACIJA	29,2%	70,8%	100,0%
		% GRUPA	5,3%	12,8%	9,0%
Ukupno	N	133	133	266	
	% OBITELJSKA ADAPTACIJA	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na obiteljsku adaptaciju dobivena je statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine na razini statističke značajnosti od 5% ($\chi^2 = 7,18; df=2; P=0,028$).

S obzirom na obiteljsku adaptaciju ona je ocijenjena lošom u 57,1% prisilno hospitaliziranih i 43,6% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Osrednja obiteljska adaptacija bila je prisutna u 37,6% prisilno hospitaliziranih i 43,6% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika. Dobra obiteljska adaptacija zabilježena je u 5,3% prisilno hospitaliziranih i u 12,8% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika (Tablica 10).

Tablica 11. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema radnoj adaptaciji

$\chi^2 = 16,89; df=2; P < 0,001$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
RADNA ADAPTACIJA	Loša	N	66	34	100
		% RADNA ADAPTACIJA	66,0%	34,0%	100,0%
		% GRUPA	49,6%	25,6%	37,6%
	Osrednja	N	57	80	137
		% RADNA ADAPTACIJA	41,6%	58,4%	100,0%
		% GRUPA	42,9%	60,2%	51,5%
	Dobra	N	10	19	29
		% RADNA ADAPTACIJA	34,5%	65,5%	100,0%
		% GRUPA	7,5%	14,3%	10,9%
Ukupno		N	133	133	266
		% RADNA ADAPTACIJA	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

S obzirom na radnu adaptaciju dobivena je statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine na razini statističke značajnosti od 1% ($\chi^2 = 16,89; df=2; P < 0,001$).

S obzirom na radnu adaptaciju ona je ocijenjena lošom u 49,6% prisilno hospitaliziranih i 25,6% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Osrednja radna adaptacija prisutna je bila u 42,9% prisilno hospitaliziranih i 60,2% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika. Dobra radna adaptacija zabilježena je u 7,5% prisilno hospitaliziranih i u 14,3% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika (Tablica 11).

5.3 Medicinska obilježja

Tablica 12. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema ranijem psihijatrijskom bolničkom liječenju

$\chi^2=2,26; df=1; P=0,133$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
RANIJE BOLNIČKO LIJEČENJE	Da	N	100	110	210
		% RANIJE LIJEČENJE	47,6%	52,4%	100,0%
		% GRUPA	75,2%	82,7%	78,9%
	Ne	N	33	23	56
		% RANIJE LIJEČENJE	58,9%	41,1%	100,0%
		% GRUPA	24,8%	17,3%	21,1%
Ukupno	N	133	133	266	
	% RANIJE LIJEČENJE	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o ranijem psihijatrijskom bolničkom liječenju nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. U skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika, njih 75,2% bilo je ranije psihijatrijski bolnički liječeno. Isti podatak dobiven je kod 82,7% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 12).

Tablica 13. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema samovoljnom napuštanju liječenja

$\chi^2 = 2,26; df=1; P=0,133$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
SAMOVOLJNO NAPUŠTANJE BOLNICE	Da	N	100	110	210
		% SAMOVOLJNO NAPUŠTANJE BOLNICE	47,6%	52,4%	100,0%
		% GRUPA	75,2%	82,7%	78,9%
	Ne	N	33	23	56
		% SAMOVOLJNO NAPUŠTANJE BOLNICE	58,9%	41,1%	100,0%
		% GRUPA	24,8%	17,3%	21,1%
Ukupno	N	133	133	266	
	% SAMOVOLJNO NAPUŠTANJE BOLNICE	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o samovoljnom napuštanju liječenja nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. Samovoljno je napuštalo liječenje 75,2% ispitanika u skupini prisilno hospitaliziranih i 82,7% u skupini dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika (Tablica 13).

Tablica 14. Prikaz prisilno liječenih ispitanika prema spolu s obzirom na dob, broj djece, broj dobrovoljnih i prisilnih bolničkih liječenja, te trajanje bolničkih liječenja

GRUPA	SPOL		DOB	BROJ DJECE	BROJ DOBROVOLJNIH LIJEČENJA	BROJ PRISILNIH LIJEČENJA	TRAJANJE BOLNIČKOG LIJEČENJA
Prisilni	Muški	N	87	33	58	31	87
		Median	35,00	2,00	2,00	1,00	51,00
		Mean	37,90	1,82	2,57	1,81	54,05
		Std. Deviation	13,46	0,73	1,97	0,98	15,05
		Minimum	18,00	1,00	1,00	1,00	26,00
		Maximum	86,00	4,00	11,00	4,00	112,00
	Ženski	N	46	21	30	18	46
		Median	43,50	2,00	3,00	1,00	47,00
		Mean	42,61	1,81	3,23	1,50	49,50
		Std. Deviation	11,47	0,81	2,11	1,04	13,42
		Minimum	21,00	1,00	1,00	1,00	26,00
		Maximum	74,00	4,00	9,00	5,00	82,00
	Ukupno	N	133	54	88	49	133
		Median	40,00	2,00	2,00	1,00	49,00
		Mean	39,53	1,81	2,80	1,69	52,47
		Std. Deviation	12,96	0,75	2,04	1,00	14,62
		Minimum	18,00	1,00	1,00	1,00	26,00
		Maximum	86,00	4,00	11,00	5,00	112,00

Analizirani su prisilno hospitalizirani ispitanici muškog spola s obzirom na: dob ($37,90 \pm 13,46$); broj djece ($1,82 \pm 0,73$); broj prethodnih dobrovoljnih psihijatrijskih liječenja ($2,57 \pm 1,97$); broj prethodnih prisilnih psihijatrijskih liječenja ($1,81 \pm 0,98$); te trajanje bolničkih tretmana (u danima) ($54,05 \pm 15,05$). Nadalje, analizirane su prisilno hospitalizirane osobe ženskog spola s obzirom na: dob ($42,61 \pm 11,47$); broj djece ($1,81 \pm 0,81$); broj prethodnih dobrovoljnih psihijatrijskih liječenja ($3,23 \pm 2,11$); broj prethodnih prisilnih psihijatrijskih liječenja ($1,50 \pm 1,04$); te trajanje bolničkih tretmana (u danima) ($49,50 \pm 13,42$) (Tablica 14).

Tablica 15. Prikaz dobrovoljno liječenih ispitanika prema spolu s obzirom na dob, broj djece, broj dobrovoljnih i prisilnih bolničkih liječenja, te trajanje bolničkih liječenja

GRUPA	SPOL		DOB	BROJ DJECE	BROJ DOBROVOLJNIH LIJEČENJA	BROJ PRISILNIH LIJEČENJA	TRAJANJE BOLNIČKOG LIJEČENJA
Dobrovoljni	Muški	N	87	35	72	13	87
		Median	35,00	2,00	2,00	1,00	25,00
		Mean	38,17	1,71	2,54	1,15	27,40
		Std. Deviation	13,16	0,52	1,46	0,38	7,07
		Minimum	18,00	1,00	1,00	1,00	15,00
		Maximum	83,00	3,00	7,00	2,00	43,00
	Ženski	N	46	21	37	6	46
		Median	43,50	2,00	3,00	1,00	28,00
		Mean	42,35	1,86	2,89	1,17	28,85
		Std. Deviation	11,10	0,85	1,54	0,41	6,95
		Minimum	23,00	1,00	1,00	1,00	12,00
		Maximum	70,00	4,00	8,00	2,00	43,00
	Ukupno	N	133	56	109	19	133
		Median	40,00	2,00	2,00	1,00	26,00
		Mean	39,62	1,77	2,66	1,16	27,90
		Std. Deviation	12,60	0,66	1,49	0,37	7,04
		Minimum	18,00	1,00	1,00	1,00	12,00
		Maximum	83,00	4,00	8,00	2,00	43,00

Također, analizirani su dobrovoljno hospitalizirani ispitanici muškog spola s obzirom na: dob ($38,17 \pm 13,16$); broj djece ($1,71 \pm 0,52$); broj prethodnih dobrovoljnih psihijatrijskih liječenja ($2,54 \pm 1,46$); broj prethodnih prisilnih psihijatrijskih liječenja ($1,15 \pm 0,38$); te trajanje bolničkih tretmana (u danima) ($27,40 \pm 7,07$). Nadalje, analizirane su prisilno hospitalizirane osobe ženskog spola s obzirom na: dob ($42,35 \pm 11,10$); broj djece ($1,86 \pm 0,85$); broj prethodnih dobrovoljnih psihijatrijskih liječenja ($2,89 \pm 1,54$); broj prethodnih prisilnih psihijatrijskih liječenja ($1,17 \pm 0,41$); te trajanje bolničkih tretmana (u danima) ($28,85 \pm 6,95$) (Tablica 15).

Tablica 16. Prikaz ukupnog broja ispitanika prema spolu s obzirom na dob, broj djece, broj dobrovoljnih i prisilnih bolničkih liječenja, te trajanje bolničkih liječenja

GRUPA	SPOL	DOB	BROJ DJECE	BROJ DOBROVOLJNIH LIJEČENJA	BROJ PRISILNIH LIJEČENJA	TRAJANJE BOLNIČKOG LIJEČENJA	
Ukupno	Muški	N	174	68	130	44	174
		Median	35,00	2,00	2,00	1,00	40,00
		Mean	38,03	1,76	2,55	1,61	40,72
		Std. Deviation	13,27	0,63	1,70	0,89	17,78
		Minimum	18,00	1,00	1,00	1,00	15,00
		Maximum	86,00	4,00	11,00	4,00	112,00
	Ženski	N	92	42	67	24	92
		Median	43,50	2,00	3,00	1,00	36,00
		Mean	42,48	1,83	3,04	1,42	39,17
		Std. Deviation	11,23	0,82	1,81	0,93	14,86
		Minimum	21,00	1,00	1,00	1,00	12,00
		Maximum	74,00	4,00	9,00	5,00	82,00
	Ukupno	N	266	110	197	68	266
		Median	40,00	2,00	2,00	1,00	39,00
		Mean	39,57	1,79	2,72	1,54	40,19
		Std. Deviation	12,76	0,71	1,75	0,90	16,81
		Minimum	18,00	1,00	1,00	1,00	12,00
		Maximum	86,00	4,00	11,00	5,00	112,00

Analiziran je ukupan broj hospitaliziranih ispitanika muškog spola s obzirom na: dob ($38,03 \pm 13,27$); broj djece ($1,76 \pm 0,63$); broj prethodnih dobrovoljnih psihijatrijskih liječenja ($2,55 \pm 1,70$); broj prethodnih prisilnih psihijatrijskih liječenja ($1,61 \pm 0,89$); te trajanje bolničkih tretmana (u danima) ($40,72 \pm 17,78$). Nadalje, analiziran je ukupan broj osoba ženskog spola s obzirom na: dob ($42,48 \pm 11,23$); broj djece ($1,83 \pm 0,82$); broj prethodnih dobrovoljnih psihijatrijskih liječenja ($3,04 \pm 1,81$); broj prethodnih prisilnih psihijatrijskih liječenja ($1,42 \pm 0,93$); te trajanje bolničkih tretmana (u danima) ($39,17 \pm 14,86$) (Tablica 16).

Tablica 17. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema pokušaju samoubojstva

$\chi^2=6,61; df=1; P=0,010$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
POKUŠAJ SAMOUBOJSTVA	Da	N	24	10	34
		% POKUŠAJ SAMOUBOJSTVA	70,6%	29,4%	100,0%
		% GRUPA	18,0%	7,5%	12,8%
	Ne	N	109	123	232
		% POKUŠAJ SAMOUBOJSTVA	47,0%	53,0%	100,0%
		% GRUPA	82,0%	92,5%	87,2%
Ukupno	N	133	133	266	
	% POKUŠAJ SAMOUBOJSTVA	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o pokušaju samoubojstva, dobivena je statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine na razini statističke značajnosti od 5%, te granična statistička značajnost na razini od 1% ($\chi^2=6,61; df=1; P=0,01$).

Podatak o pokušaju samoubojstva dobiven je kod 18,0% prisilno hospitaliziranih, te kod 7,5% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika (Tablica 17).

Tablica 18. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema duševnom poremećaju u bližem srodstvu

$\chi^2=2,722$; $df=3$; $P=0,436$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
DUŠEVNI POREMEĆAJ U BLIŽEM SRODSTVU	Ovisnost o alkoholu	N	24	17	41
		% DUŠEVNI POREMEĆAJ	58,5%	41,5%	100,0%
		% GRUPA	18,0%	12,8%	15,4%
	Shizofrenija i drugi psihički poremećaji	N	35	32	67
		% DUŠEVNI POREMEĆAJ	52,2%	47,8%	100,0%
		% GRUPA	26,3%	24,1%	25,2%
	Poremećaji raspoloženja	N	5	9	14
		% DUŠEVNI POREMEĆAJ	35,7%	64,3%	100,0%
		% GRUPA	3,8%	6,8%	5,3%
	Bez bolesti ili poremećaja	N	69	75	144
		% DUŠEVNI POREMEĆAJ	47,9%	52,1%	100,0%
		% GRUPA	51,9%	56,4%	54,1%
Ukupno	N	133	133	266	
	% DUŠEVNI POREMEĆAJ	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o duševnom poremećaju u bližem srodstvu, nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine.

Podatak o shizofreniji i drugim psihotičnim poremećajima u obitelji dobiven je kod 26,3% prisilno hospitaliziranih ispitanika i 24,1% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika.

Duševni poremećaj u obitelji nije zabilježen u 51,9% prisilno hospitaliziranih ispitanika i 56,4% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 18).

5.4 Podaci vezani uz sadašnje bolničko liječenje

Tablica 19. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema neposrednom povodu dolaska u Bolnicu

Fisher Exact Test = 0,017			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
Neposredan povod dolaska	1	N	56	36	92
		% Neposredan povod dolaska	60,9%	39,1%	100,0%
		% GRUPA	42,1%	27,1%	34,6%
	2	N	1	3	4
		% Neposredan povod dolaska	25,0%	75,0%	100,0%
		% GRUPA	0,8%	2,3%	1,5%
	3	N	6	1	7
		% Neposredan povod dolaska	85,7%	14,3%	100,0%
		% GRUPA	4,5%	0,8%	2,6%
	4	N	3	6	9
		% Neposredan povod dolaska	33,3%	66,7%	100,0%
		% GRUPA	2,3%	4,5%	3,4%
	5	N	63	83	146
		% Neposredan povod dolaska	43,2%	56,8%	100,0%
		% GRUPA	47,4%	62,4%	54,9%
	6	N	1	0	1
		% Neposredan povod dolaska	100,0%	0,0%	100,0%
		% GRUPA	0,8%	0,0%	0,4%
	7	N	2	1	3
		% Neposredan povod dolaska	66,7%	33,3%	100,0%
		% GRUPA	1,5%	0,8%	1,1%
	8	N	1	3	4
		% Neposredan povod dolaska	25,0%	75,0%	100,0%
		% GRUPA	0,8%	2,3%	1,5%
Ukupno	N	133	133	266	
	% Neposredan povod dolaska	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

- 1=fizička agresivnost prema članovima obitelji
- 2=verbalna agresivnost prema članovima obitelji
- 3= fizička agresivnost prema drugim osobama
- 4=verbalna agresivnost prema drugim osobama
- 5=strah okoline od nemogućnosti kontrole ponašanja bolesnika
- 6=pokušaj suicida
- 7=intoksikacija
- 8=ostalo (na zahtjev bolesnika)

S obzirom na podatke o neposrednom povodu dolaska u Bolnicu dobivena je statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine (Fisher Exact Test = 0,017). Strah okoline od nemogućnosti kontrole ponašanja bolesnika bio je najčešći neposredni povod dolaska u bolnicu u obje skupine ispitanika (u 47,4% slučajeva u skupini prisilno hospitaliziranih i 62,4% u skupini dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika) (Tablica 19).

Drugi najčešći neposredni povod dolaska u Bolnicu bila je fizička agresivnost prema članovima obitelji (u 42,1% slučajeva u skupini prisilno hospitaliziranih i 27,1% u skupini dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika).

Tablica 20. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema okolnostima dolaska u Bolnicu

$\chi^2=0,25; df=1; P=0,621$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
OKOLNOSTI DOLASKA U BOLNICU	Bez policije	N	56	60	116
		% OKOLNOSTI DOLASKA	48,3%	51,7%	100,0%
		% GRUPA	42,1%	45,1%	43,6%
	S policijom	N	77	73	150
		% OKOLNOSTI DOLASKA	51,3%	48,7%	100,0%
		% GRUPA	57,9%	54,9%	56,4%
Ukupno	N	133	133	266	
	% OKOLNOSTI DOLASKA	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o okolnostima dolaska (u pratnji policije ili bez pratnje policije) nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine ($\chi^2=0,25; df=1; P=0,621$).

U pratnji policije u bolnicu je dovezeno 57,9% ispitanika i skupine prisilno hospitaliziranih i 54,9% iz skupine dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 20).

Tablica 21. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema dominantnom obilježju psihičkog stanja pri prijemu

$\chi^2 = 7,309; df=3; P=0,063$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
DOMINANTNO OBILJEŽJE PSIHIČKOG STANJA	Paranoidnost	N	89	99	188
		% Dominantno obilježje psihičkog stanja	47,3%	52,7%	100,0%
		% GRUPA	66,9%	74,4%	70,7%
	Negativni simptomi	N	11	13	24
		% Dominantno obilježje psihičkog stanja	45,8%	54,2%	100,0%
		% GRUPA	8,3%	9,8%	9,0%
	Akutna intoksikacija	N	7	10	17
		% Dominantno obilježje psihičkog stanja	41,2%	58,8%	100,0%
		% GRUPA	5,3%	7,5%	6,4%
	Agresivnost prema okolini	N	26	11	37
		% Dominantno obilježje psihičkog stanja	70,3%	29,7%	100,0%
		% GRUPA	19,5%	8,3%	13,9%
Ukupno		N	133	133	266
		% Dominantno obilježje psihičkog stanja	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

S obzirom na podatke o dominantnom obilježju psihičkog stanja kod prijema nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine ($\chi^2 = 7,309; df=3; P=0,063$). U analizi dominantnog obilježja psihičkog stanja pri prijemu u 66,9% slučajeva kod prisilno hospitaliziranih bolesnika i u 74,4% slučajeva kod dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika bila je prisutna paranoidnost. Agresivnost prema okolini kao dominantno obilježje psihičkog stanja pri prijemu bilo je

prisutno kod 19,5% prisilno hospitaliziranih i kod 8,3% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Negativni simptomi bili su prisutni kod 8,3% prisilno hospitaliziranih i kod 9,8% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika. Akutna intoksikacija kao dominantno obilježje psihičkog stanja pri prijemu bila je prisutna kod 5,3% prisilno hospitaliziranih i kod 7,5% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika (Tablica 21).

Tablica 22. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema primjeni fizičke intervencije pri prijemu u bolnicu

$\chi^2=6,49; df=1; P=0,011$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
FIZIČKA INTERVENCIJA PRI PRIJEMU	Da	N	28	13	41
		% FIZIČKA INTERVENCIJA	68,3%	31,7%	100,0%
		% GRUPA	21,1%	9,8%	15,4%
	Ne	N	105	120	225
		% FIZIČKA INTERVENCIJA	46,7%	53,3%	100,0%
		% GRUPA	78,9%	90,2%	84,6%
Ukupno	N	133	133	266	
	% FIZIČKA INTERVENCIJA	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o potrebi fizičke intervencije kod prijema dobivena je statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine na razini od 5% ($\chi^2=6,49; df=1; P=0,011$).

Fizička intervencija pri prijemu u bolnicu bila je potrebna kod 21,1% prisilno hospitaliziranih i 9,8% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 22).

Tablica 23. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema znakovima intoksikacije pri prijemu u Bolnicu

$\chi^2 = 1,29; df=1; P=0,256$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
ZNAKOVI INTOKSIKACIJE PRI PRIJEMU U BOLNICU	Da	N	13	8	21
		% INTOKSIKACIJA	61,9%	38,1%	100,0%
		% GRUPA	9,8%	6,0%	7,9%
	Ne	N	120	125	245
		% INTOKSIKACIJA	49,0%	51,0%	100,0%
		% GRUPA	90,2%	94,0%	92,1%
Ukupno	N	133	133	266	
	% INTOKSIKACIJA	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o intoksikaciji kod prijema nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine ($\chi^2 = 1,29; df=1; P=0,256$). Znakovi intoksikacije pri prijemu u bolnicu bili su prisutni kod 9,8% prisilno hospitaliziranih i 6,0% kod dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 23).

Tablica 24. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema simptomima sustezanja od psihoaktivnih tvari pri prijemu u Bolnicu

Fisher Exact Test = 1,000			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
SIMPTOMI SUSTEZANJA PRI PRIJEMU U BOLNICU	Da	N	1	2	3
		% SUSTEZANJE	33,3%	66,7%	100,0%
		% GRUPA	0,8%	1,5%	1,1%
	Ne	N	132	131	263
		% SUSTEZANJE	50,2%	49,8%	100,0%
		% GRUPA	99,2%	98,5%	98,9%
Ukupno		N	133	133	266
		% SUSTEZANJE	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

S obzirom na podatke o simptomima sustezanja od psihoaktivnih tvari kod prijema nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. Simptomi sustezanja od psihoaktivnih tvari pri prijemu u bolnicu bili su prisutni kod 0,8% prisilno hospitaliziranih i 1,5% kod dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 24).

Tablica 25. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema otpusnim dijagnozama

Fisher Exact Test = 1,000			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
OTPUSNE DIJAGNOZE	F00-F09	N	8	8	16
		% Otpusne Dg	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	6,0%	6,0%	6,0%
	F10-F19	N	13	13	26
		% Otpusne Dg	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	9,8%	9,8%	9,8%
	F20-F29	N	103	103	206
		% Otpusne Dg	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	77,4%	77,4%	77,4%
	F30-F39	N	3	3	6
		% Otpusne Dg	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	2,3%	2,3%	2,3%
	F60-F69	N	4	4	8
		% Otpusne Dg	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	3,0%	3,0%	3,0%
F70-F79	N	2	2	4	
	% Otpusne Dg	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	1,5%	1,5%	1,5%	
Ukupno	N	133	133	266	
	% Otpusne Dg	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

F00-F09=delirij, demencija, te amnestički i drugi kognitivni poremećaji

F10-F19=poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari

F20-F29=shizofrenija i drugi psihotični poremećaji

F30-F39=poremećaji raspoloženja

F60-F69=poremećaji ličnosti

F70-F79=poremećaji koji se obično prvi puta dijagnosticiraju u dojenačkoj dobi, djetinjstvu ili adolescenciji

Najveći broj ispitanika u obje skupine bio je iz dijagnostičke skupine shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja; 77,4% u skupini prisilno i 76,7% u skupini dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika. Slijedi dijagnostička skupina poremećaja vezanih uz uzimanje psihoaktivnih tvari (9,8% u obje skupine ispitanika) (Tablica 25).

Tablica 26. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema procjeni uvida u bolest

$\chi^2 = 24,38; df=2; P < 0,001$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
PROCJENA UVIDA U BOLEST	Nema uvid	N	94	57	151
		% Procjena uvida u bolest	62,3%	37,7%	100,0%
		% GRUPA	70,7%	42,9%	56,8%
	Ima djelomičan uvid	N	37	62	99
		% Procjena uvida u bolest	37,4%	62,6%	100,0%
		% GRUPA	27,8%	46,6%	37,2%
	Ima uvid	N	2	14	16
		% Procjena uvida u bolest	12,5%	87,5%	100,0%
		% GRUPA	1,5%	10,5%	6,0%
Ukupno		N	133	133	266
		% Procjena uvida u bolest	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

S obzirom na podatke o intoksikaciji kod prijema dobivena je statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine na razini statističke značajnosti od 1% ($\chi^2 = 24,38; df=2; P < 0,001$).

Uvid u bolest imalo je 1,5% prisilno hospitaliziranih i 10,5% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Djelomičan uvid u bolest bio je prisutan kod 27,8% prisilno hospitaliziranih i 46,6% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Uvida u bolest nije imalo 70,7% prisilno hospitaliziranih i 42,9% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 26).

Tablica 27. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema odnosu prema potrebi psihijatrijskog liječenja

$\chi^2=48,59; df=3; P<0,001$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
ODNOS PREMA POTREBI PSIHIJATRIJSKOG LIJEČENJA	Potrebno	N	3	30	33
		% Odnos prema potrebi psihijatrijskog liječenja	9,1%	90,9%	100,0%
		% GRUPA	2,3%	22,6%	12,4%
	Nesiguran spram potrebe bolničkog liječenja	N	6	25	31
		% Odnos prema potrebi psihijatrijskog liječenja	19,4%	80,6%	100,0%
		% GRUPA	4,5%	18,8%	11,7%
	Nije potrebno bolničko nego ambulantno liječenje	N	22	24	46
		% Odnos prema potrebi psihijatrijskog liječenja	47,8%	52,2%	100,0%
		% GRUPA	16,5%	18,0%	17,3%
	Nikakav oblik liječenja nije potreban	N	102	54	156
		% Odnos prema potrebi psihijatrijskog liječenja	65,4%	34,6%	100,0%
		% GRUPA	76,7%	40,6%	58,6%
Ukupno		N	133	133	266
		% Odnos prema potrebi psihijatrijskog liječenja	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

S obzirom na podatke o odnosu spram potrebe psihijatrijskog liječenja dobivena je statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine na razini statističke značajnosti od 1% ($\chi^2=48,59; df=3; P<0,001$). U skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika 2,3% njih bilo je mišljenja da je psihijatrijsko liječenje

potrebno, 4,5% njih bilo je nesigurno spram potrebe bolničkog liječenja, 16,5% se izjasnilo za potrebu ambulantnog liječenja (a ne bolničkog liječenja), dok je 76,7% negiralo potrebu za bilo kakvim liječenjem.

U skupini dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika 22,6% bilo je mišljenja da je psihijatrijsko liječenje potrebno, 18,8% bilo je nesigurno spram potrebe bolničkog liječenja, 18,0% izjasnilo se za ambulantni tretman, dok je 40,6% smatralo da nema potrebe za bilo kakvim oblikom liječenja (Tablica 27).

Tablica 28. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema podacima o provođenju ambulantnog liječenja

$\chi^2=15,03; df=1; P<0,001$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
AMBULANTNO LIJEČENJE	Provođeno redovito ambulantno liječenje	N	5	25	30
		% AMBULANTNO LIJEČENJE	16,7%	83,3%	100,0%
		% GRUPA	3,8%	18,8%	11,3%
	Provođeno neredovito ambulantno liječenje	N	128	108	236
		% AMBULANTNO LIJEČENJE	54,2%	45,8%	100,0%
		% GRUPA	96,2%	81,2%	88,7%
Ukupno		N	133	133	266
		% AMBULANTNO LIJEČENJE	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

S obzirom na podatke o provođenju ambulantnog psihijatrijskog liječenja dobivena je statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine na razini statističke značajnosti od 1% ($\chi^2=15,03; df=1; P<0,001$). Ambulantno liječenje bilo je neredovito provođeno kod 96,2% prisilno hospitaliziranih i 81,2% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika (Tablica 28).

5.5 Forenzička obilježja

Tablica 29. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema podacima o ranijem nasilnom ponašanju

$\chi^2 = 9,41; df=1; P=0,002$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
NASILNO PONAŠANJE	Da	N	82	57	139
		% NASILNO PONAŠANJE	59,0%	41,0%	100,0%
		% GRUPA	61,7%	42,9%	52,3%
	Ne	N	51	76	127
		% NASILNO PONAŠANJE	40,2%	59,8%	100,0%
		% GRUPA	38,3%	57,1%	47,7%
Ukupno	N	133	133	266	
	% NASILNO PONAŠANJE	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o ranijem nasilnom ponašanju dobivena je statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine na razini statističke značajnosti od 1% ($\chi^2 = 9,41; df=1; P=0,002$). Podatak o ranijem nasilnom ponašanju dobiven je kod 61,7% prisilno hospitaliziranih bolesnika i kod 42,9% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 29).

Tablica 30. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema podacima o ranijem kažnjavanju

$\chi^2 = 0,49; df=1; P=0,480$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
RANIJE KAŽNJAVANJE	Da	N	24	29	53
		% Ranije kažnjavanje	45,3%	54,7%	100,0%
		% GRUPA	18,3%	21,8%	20,1%
	Ne	N	107	104	211
		% Ranije kažnjavanje	50,7%	49,3%	100,0%
		% GRUPA	81,7%	78,2%	79,9%
Ukupno	N	131	133	264	
	% Ranije kažnjavanje	49,6%	50,4%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o ranijem kažnjavanju nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine ($\chi^2 = 0,49; df=1; P=0,480$). Podatak o ranijem kažnjavanju dobiven je kod 18,3% prisilno hospitaliziranih i kod 21,8% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika (Tablica 30).

Tablica 31. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema podacima o ranijem vještačenju

$\chi^2 = 25,70; df=1; P<0,001$			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
RANIJA VJEŠTAČENJA	Da	N	38	7	45
		% Ranija vještačenja	84,4%	15,6%	100,0%
		% GRUPA	28,6%	5,3%	16,9%
	Ne	N	95	126	221
		% Ranija vještačenja	43,0%	57,0%	100,0%
		% GRUPA	71,4%	94,7%	83,1%
Ukupno	N	133	133	266	
	% Ranija vještačenja	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

S obzirom na podatke o ranijem vještačenju dobivena je statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine na razini statističke značajnosti od 1% ($\chi^2 = 25,70; df=1; P<0,001$). Podatak o ranijem vještačenju dobiven je kod 28,6% prisilno hospitaliziranih i kod 5,3% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika (Tablica 31).

Tablica 32. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema strukturi kaznenog djela

			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
STRUKTURA KAZNENOG DJELA	Nije počinio kazneno djelo	N	126	130	256
		% STRUKTURA KAZNENOG DJELA	49,2%	50,8%	100,0%
		% GRUPA	94,6%	97,7%	96,2%
	Teška tjelesna ozljeda	N	1	0	1
		% STRUKTURA KAZNENOG DJELA	100,0%	0,0%	100,0%
		% GRUPA	0,8%	0,0%	0,4%
	Kaznena djela protiv privatne i društvene imovine	N	6	2	8
		% STRUKTURA KAZNENOG DJELA	75,0%	25,0%	100,0%
		% GRUPA	4,6%	1,5%	3,0%
	Kaznena djela protiv sigurnosti javnog prometa	N	0	1	1
		% STRUKTURA KAZNENOG DJELA	0,0%	100,0%	100,0%
		% GRUPA	0,0%	0,8%	0,4%
Ukupno	N	133	133	266	
	% STRUKTURA KAZNENOG DJELA	50,0%	50,0%	100,0%	
	% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%	

U tablici 32. prikazana je struktura kaznenih djela zbog kojih su ispitanici ranije vještačeni. Najveći broj ispitanika, 94,6% u skupini prisilno hospitaliziranih i 97,7% u skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika nije nikada vještačen zbog počinjenja kaznenog djela.

Tablica 33. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema ocjeni ubrojivosti u ranijim vještačenjima

			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
OCJENA UBROJIVOSTI U RANIJIM VJEŠTAČENJIMA	Nije ranije vještačen	N	126	130	256
		% OCJENA UBROJIVOSTI	49,2%	50,8%	100,0%
		% GRUPA	94,6%	97,7%	96,1%
	Ubrojiv	N	1	0	1
		% OCJENA UBROJIVOSTI	100,0%	0,0%	100,0%
		% GRUPA	0,8%	0,0%	0,4%
	Ubrojivost smanjena, ali ne bitno	N	3	3	6
		% OCJENA UBROJIVOSTI	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	2,3%	2,3%	2,3%
	Ubrojivost bitno smanjena	N	1	0	1
		% OCJENA UBROJIVOSTI	100,0%	0,0%	100,0%
		% GRUPA	0,8%	0,0%	0,4%
	Neubrojiv	N	2	0	2
		% OCJENA UBROJIVOSTI	100,0%	0,0%	100,0%
		% GRUPA	1,5%	0,0%	0,8%
Ukupno		N	133	133	266
		% OCJENA UBROJIVOSTI	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

Sukladno podacima iz tablice 32., u tablici 33. isti postotak bolesnika nije dobio niti ocjenu ubrojivosti.

Tablica 34. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema društvenoj opasnosti

			GRUPA		Ukupno
			Prisilni	Dobrovoljni	
OCJENA DRUŠTVENE OPASNOSTI U RANIJIM VJEŠTAČENJIMA	Nije ranije vještačen	N	126	130	256
		% DRUŠTVENA OPASNOST	49,2%	50,8%	100,0%
		% GRUPA	96,2%	97,7%	96,9%
	Da	N	2	0	2
		% DRUŠTVENA OPASNOST	100,0%	0,0%	100,0%
		% GRUPA	1,5%	0,0%	0,8%
	Djelomično	N	3	3	6
		% DRUŠTVENA OPASNOST	50,0%	50,0%	100,0%
		% GRUPA	2,3%	2,3%	2,3%
Ukupno		N	131	133	264
		% DRUŠTVENA OPASNOST	49,6%	50,4%	100,0%
		% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

Prema rezultatima ranijih vještačenja društvena opasnost bila je prisutna kod 1,5% prisilno hospitaliziranih osoba. Djelomična društvena opasnost bila je prisutna kod 2,3% prisilno hospitaliziranih osoba i kod 2,3% dobrovoljno hospitaliziranih osoba. (Tablica 34).

Tablica 35. Prikaz prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika prema preporukama vještaka u ranijim vještačenjima

			GRUPA		Ukupno	
			Prisilni	Dobrovoljni		
PREPORUKE VJEŠTAKA U RANIJIM VJEŠTAČENJIMA	Nije ranije Vještačen	N	126	130	256	
		% PREPORUKE VJEŠTAKA	49,2%	50,8%	100,0%	
		% GRUPA	96,2%	97,7%	96,9%	
	Obvezatno psihijatrijsko liječenje- stacionarno	N	4	0	4	
		% PREPORUKE VJEŠTAKA	100,0%	0,0%	100,0%	
		% GRUPA	3,0%	0,0%	1,5%	
	Obvezatno psihijatrijsko liječenje- ambulantno	N	1	0	1	
		% PREPORUKE VJEŠTAKA	100,0%	0,0%	100,0%	
		% GRUPA	0,8%	0,0%	0,4%	
	Ambulantno liječenje	N	0	3	3	
		% PREPORUKE VJEŠTAKA	0,0%	100,0%	100,0%	
		% GRUPA	0,0%	2,3%	1,2%	
	Ukupno		N	131	133	264
			% PREPORUKE VJEŠTAKA	49,6%	50,4%	100,0%
			% GRUPA	100,0%	100,0%	100,0%

Preporuke vještaka nisu dane u 96,2% prisilno hospitaliziranih i 97,7% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika (Tablica 35).

Tablica 36. Hijerarhijska logistička regresijska analiza: kriterij prisilna hospitalizacija

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig
DOB	0,0141	0,0142	0,9806	1	0,3220
SPOL(m:Ž)	0,0435	0,3508	0,0154	1	0,9013
ŠKOLA			0,9689	4	0,9145
ŠKOLA(osnovna škola:bez škole)	6,1086	12,4910	0,2392	1	0,6248
ŠKOLA(srednja škola:bez srednje škole)	6,1495	12,4875	0,2425	1	0,6224
ŠKOLA(viša škola:bez više škole)	6,6855	12,5147	0,2854	1	0,5932
ŠKOLA(visoka stručna sprema:bez visoke stručne spreme)	5,8978	12,4906	0,2230	1	0,6368
OBITELJSKA ADAPTACIJA (OBI.ad.)			0,0889	2	0,9565
OBI.ad.(dobra:loša)	-0,0888	0,3245	0,0749	1	0,7843
OBI.ad.(osrednja:loša)	0,0138	0,6398	0,0005	1	0,9828
RADNA ADAPTACIJA(RAD.ad.)			12,2292	2	0,0022
RAD.ad.(dobra:loša)	1,0747	0,3218	11,1559	1	0,0008
RAD.ad.(osrednja:loša)	1,1602	0,5843	3,9431	1	0,0471
Neposredan povod dolaska Agresija-da:ne	-0,6378	0,3220	3,9234	1	0,0476
OKOLNOSTI DOLASKA Policija da:ne	-0,4060	0,3291	1,5225	1	0,2172
Domininantno obilježje psihičkog stanja			2,2019	3	0,5316
Dominanatno obilježje psihičkog stanja Paranoidnost:agresivnost	0,7617	0,5166	2,1736	1	0,1404
Dominanatno obilježje psihičkog stanja Negativni Simptomi:agresivnost	0,8059	0,7864	1,0504	1	0,3054
Dominantno obilježje psihičkog stanja Akutna intoksikacija:agresivnost	0,8349	1,0908	0,5858	1	0,4440
OTPUSNE DIJAGNOZE (OT.Dg.)			5,6892	5	0,3376
OT.Dg. 1:6	-2,4987	1,4238	3,0797	1	0,0793
OT.Dg. 2:6	-2,1635	1,3878	2,4305	1	0,1190
OT.Dg. 3:6	-1,7163	1,1696	2,1535	1	0,1422
OT.Dg. 4:6	-3,1097	1,5071	4,2577	1	0,0391
OT.Dg. 5:6	-2,4694	1,4445	2,9225	1	0,0874
Procjena uvida u bolest			6,8637	2	0,0323
UVID(nema:ima)	-1,7246	0,9136	3,5631	1	0,0591
UVID(djel.:ima)	-1,0008	0,8859	1,2762	1	0,2586
AMB.LIJEČ.(da:ne)	1,3648	0,6292	4,7059	1	0,0301
RANI.LIJ. (da:ne)	0,6867	0,3759	3,3367	1	0,0678
Constant	-5,0261	12,5957	0,1592	1	0,6899

Variable	95% CI for Exp(B)		
	Exp(B)	Lower	Upper
DOB	1,0142	0,9863	1,0428
SPOL(m:Ž)	1,0445	0,5251	2,0774
ŠKOLA(os:bs)	449,7205	0,0000	1,929E+13
ŠKOLA(ss:bs)	468,5007	0,0000	1,996E+13
ŠKOLA(vs:bs)	800,7459	0,0000	3,598E+13
ŠKOLA(VSS:bs)	364,2345	0,0000	1,561E+13
OBI.adp. (dob.:loš.)	0,9150	0,4844	1,7283
OBI.adp. (osr.:loš.)	1,0139	0,2893	3,5530
RAD.adp. (dob.:loš.)	2,9292	1,5590	5,5034
RAD.adp. (osr.:loš.)	3,1907	1,0152	10,0284
Nep.po.dol.(agres.da:ne)	0,5285	0,2812	0,9933
Okoln.dol.(policija da:ne)	0,6663	0,3496	1,2699
Dom.ob.ps.st.(paran.:agr.)	2,1418	0,7781	5,8957
Dom.ob.ps.st.(neg.si.:agr.)	2,2388	0,4794	10,4561
Dom.ob.ps.st.(ak.int.:agr.)	2,3045	0,2717	19,5460
OT.Dg. 1:6	0,0822	0,0050	1,3391
OT.Dg. 2:6	0,1149	0,0076	1,7445
OT.Dg. 3:6	0,1797	0,0182	1,7789
OT.Dg. 4:6	0,0446	0,0023	0,8556
OT.Dg. 5:6	0,0846	0,0050	1,4358
UVID(nema:ima)	0,1783	0,0297	1,0683
UVID(djelomičan:ima)	0,3676	0,0648	2,0866
AMBULANTNO LIJEČENJE (da:ne)	3,9151	1,1408	13,4364
RANIJE LIJEČENJE (da:ne)	1,9871	0,9511	4,1517

1=F00-F09 (delirij, demencija, te amnestički i drugi kognitivni poremećaji)

2=F10-F19 (poremećaji vezani uz psihoaktivne tvari)

3=F20-F29 (shizofrenija i drugi psihotični poremećaji)

4=F30-F39 (poremećaji raspoloženja)

5=F60-F69 (poremećaji ličnosti)

6=F70-F79 (poremećaji koji se obično prvi puta dijagnosticiraju u dojenačkoj dobi, djetinjstvu ili adolescenciji)

o B je koeficijent logističke regresije

o S.E. je standard error (standardna pogreška) od B

o Wald statistics ili Wald χ^2

o df (degrees of freedom) je broj stupnjeva sloboda za Wald statistics

o Sig je significance level tj. p

Exp(B) je eksponencijalno od B tj. e^B , dakle baza prirodnog logaritma potencirana sa B – interpretacija je da je to procijenjeni relativni rizik (neki to zovu *odds ratio*)

Kriterijska varijabla je grupa: (prisilno hospitalizirani, dobrovoljno hospitalizirani). U logističku regresiju ušli su kao prediktori:

- dob, spol, školska sprema, obiteljska adaptacija, radna adaptacija, ranije liječenje, neposredan povod dolaska, okolnosti dolaska, dominantno obilježje psihičkog stanja, intoksikacija, otpusna dijagnoza, procjena uvida u bolest, i ambulantno liječenje.

Dobivene su statistički vrlo značajne predikcije ($\chi^2 = 61,406$; $df = 24$; $P < 0,001$). To znači da je bar jedna od prediktorskih varijabli ili kovarijanti kako se još zovu značajno povezana sa kriterijskom varijablom.

Rezultati obrade pokazali su da su statistički značajne prediktorske varijable za grupu: radna adaptacija, neposredan povod dolaska, procjena uvida u bolest, i ambulantno liječenje.

Dobra radna adaptacija u odnosu na lošu, jednako kao i osrednja u odnosu na lošu adaptaciju oko 3 puta povećavaju šansu za prisilnu hospitalizaciju. Kod agresivnosti kao neposrednog povoda dolaska šansa za dobrovoljnu hospitalizaciju iznosi 50% šanse ako agresivnost nije neposredni povod dolaska. Kod otpusne dijagnoze poremećaja raspoloženja (F30-F39) šansa za dobrovoljnu hospitalizaciju iznosi svega 5% šanse u odnosu na dijagnozu poremećaja koji se obično dijagnosticiraju u dječjoj dobi i adolescenciji (F70-F79). Ambulantno liječenje povećava 4 puta šansu za dobrovoljnu u odnosu na prisilnu hospitalizaciju.

Tablica 37. Opažene i procijenjene pripadnosti grupi

	Procijenjena pripadnost grupi			
Opažena pripadnost grupi		Prisilni	Dobrovoljni	% ispravno procijenjenih
	Prisilni	95	38	71,4%
	Dobrovoljni	47	86	64,7%
Ukupno slaganje 68,1%				

Ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti grupi iznosi 68,1 % što znači da se s toliko posto rezultata (grupa) može predvidjeti na osnovi prediktorskih varijabli. Na temelju prediktorskih varijabli u grupu prisilno hospitaliziranih ispravno se procijeni 71,4% ispitanika, dok se u grupu dobrovoljno hospitaliziranih ispravno procijeni 64,7% ispitanika.

Tablica 38. Hijerarhijska logistička regresijska analiza: kriterij agresivnost

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig
OBITELJSKA ADAPTACIJA (OBI.AD.)			3,2981	2	0,1922
OBI. AD. (dobra:loša)	0,5796	0,3371	2,9558	1	0,0856
OBI. AD. (osrednja:loša)	0,0337	0,6183	0,0030	1	0,9566
RADNA ADAPTACIJA (RAD. AD.)			1,5417	2	0,4626
RAD. AD. (dobra:loša)	-0,3933	0,3238	1,4753	1	0,2245
RAD. AD. (osrednja:loša)	-0,0780	0,6035	0,0167	1	0,8971
POKUŠAJ SAMOUBOJSTVA (da:ne)	0,5233	0,4579	1,3059	1	0,2531
DOMINANTNO OBILJEŽJE PSIHIČKOG STANJA (DOM.OB.PS.ST.)			1,8615	3	0,6016
DOM.OB.PS.ST. (paranoidnost:agresivnost)	0,6325	0,5508	1,3185	1	0,2509
DOM.OB.PS.ST. (negativni simptomi:agresivnost)	0,3931	0,7500	0,2747	1	0,6002
DOM.OB.PS.ST. (akutna intoksikacija:agresivnost)	0,0988	0,7710	0,0164	1	0,8980
FIZIČKA INTERVENCIJA (da:ne)	-1,4816	0,5382	7,5791	1	0,0059
UVID			5,4208	2	0,0665
UVID (nema:ima)	-1,4538	0,7565	3,6929	1	0,0546
UVID (djelomično:ima)	-0,8455	0,7306	1,3392	1	0,2472
AMBULANTNO LIJEČENJE (da:ne)	-0,7927	0,5236	2,2926	1	0,1300
NASILNO PONAŠANJE (da:ne)	-1,2984	0,3084	17,7214	1	0,0000
Constant	1,9153	0,9593	3,9863	1	0,0459

Variable	95% CI for Exp(B)		
	Exp(B)	Lower	Upper
OBI. AD. (dobra:loša)	1,7854	0,9220	3,4571
OBI. AD. (osrednja:loša)	1,0342	0,3078	3,4745
RAD. AD. (dobra:loša)	0,6748	0,3577	1,2730
RAD. AD. (osrednja:loša)	0,9249	0,2834	3,0184
POKUŠAJ SAMOUBOJSTVA (da:ne)	1,6876	0,6878	4,1406
DOM.OB.PS.ST. (paranoidnost:agresivnost)	1,8822	0,6395	5,5400
DOM.OB.PS.ST. (negativni simptomi:agresivnost)	1,4816	0,3407	6,4436
DOM.OB.PS.ST. (akutna intoksikacija:agresivnost)	1,1039	0,2436	5,0022
FIZIČKA INTERVENCIJA (da:ne)	0,2273	0,0792	0,6526
UVID (nema:ima)	0,2337	0,0531	1,0294
UVID (djelomično:ima)	0,4294	0,1026	1,7976
AMBULANTNO LIJEČENJE (da:ne)	0,4526	0,1622	1,2629
NASILNO PONAŠANJE (da:ne)	0,2730	0,1491	0,4996

- B je koeficijent logističke regresije
- S.E. je standard error (standardna pogreška) od B
- Wald statistics ili Wald χ^2
- df (degrees of freedom) je broj stupnjeva sloboda za Wald statistics
- Sig je significance level tj. p

Exp(B) je eksponencijalno od B tj. e^B , dakle baza prirodnog logaritma potencirana sa B – interpretacija je da je to procijenjeni relativni rizik (neki to zovu *odds ratio*)

Statistički značajne prediktorske varijable za agresivnost su fizička intervencija i nasilno ponašanje.

Dobivene su statistički značajne predikcije ($\chi^2 = 67,954$; $df = 13$; $P < 0,001$). (Ovo znači da je bar jedna od prediktorskih varijabli (ili kovarijata kako se još zovu) značajno povezana sa kriterijskom varijablom (agresivnost).)

Kod fizičke intervencije 23% su šanse za neagresivno ponašanje ako nije došlo do fizičke intervencije u odnosu na agresivnost. Kod nasilnog ponašanja 27% su šanse za neagresivno ponašanje ako nije prisutno nasilno ponašanje u odnosu na agresivnost.

Tablica 39. Opažene i procijenjene pripadnosti grupi

	Procijenjena pripadnost grupi			
Opažena pripadnost grupi		Agresivni	Neagresivni	% ispravno procijenjenih
	Agresivni	68	44	60,7%
	Neagresivni	32	122	79,2%
Ukupno slaganje 71,4%				

Ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti grupi iznosi 71,4 % što znači da se toliko posto rezultata (agresivnost) može predvidjeti na osnovi prediktorskih varijabli. Na temelju prediktorskih varijabli u grupu agresivni ispravno se procijeni 69,7% ispitanika, dok se u grupu neagresivni ispravno procijeni 79,2% ispitanika.

6. RASPRAVA

Povijest prava na osobnu slobodu kao jednog od najstarijih, klasičnih prava čovjeka tzv. negativnog statusa (tj. prava u koje ni državna vlast, ni bilo tko drugi, ne smije posezati bez legitimne osnovice) seže, po nekim mišljenjima, još u srednji vijek. Suvremeno shvaćanje, smatra se, počinje od engleskog *Habeas Corpus Acta* iz godine 1679. koji je ustanovio da kralj nema pravo nikomu oduzeti slobodu bez konačne odluke suca i preko prirodnopravne škole prosvjetiteljstva konstitucionalizira se nakon Francuske revolucije u brojnim političkim deklaracijama i ustavima 19. odnosno 20. stoljeća (1).

Shvaćanje kako država smije posegnuti u osobnu slobodu pojedinca samo ako je taj pojedinac prije toga svojim ponašanjem ugrozio ili povrijedio unaprijed zakonom određene interese društvene zajednice, odnosno države, danas je opće prihvaćeni postulat ustavnog uređenja u zemljama zapadnoga civilizacijskog kruga. Iz njega se izvode brojne posljedice, od kojih je najvažnija ta da oduzimanje slobode koju je poduzela državna izvršna vlast mora biti bez odgode ratificirano od sudbene vlasti. Samo je tako moguće ostvariti tri "klasična" postulata vladavine prava: odsutnost arbitrarnosti u postupanju državnih vlasti, jednakost građana pred zakonom i postojanje efektivnih pravnih sredstava za zaštitu pojedinčevih prava.

Upravo u okviru psihijatrije najviše dolazi do izražaja sukob između prava na slobodu i samoodređenje kao temeljnih ljudskih prava, te prava na liječenje i tretman u trenutku kada se uključuje društvena represija u odlučivanje o prisilnom liječenju. U tom je tada slučaju prvenstveno riječ o sukobu između prava pojedinca i prava zajednice. Radi zaštite pacijenata, ali i samih psihijatara u obavljanju njihove dužnosti, nužno je što preciznije zakonski regulirati ovo područje. Istovremeno, poštujući osobitosti ove problematike, kao zahtjev za visokim stupnjem zaštite osoba s duševnim smetnjama, gotovo sve europske države donijele su posebne zakone kojima se vrlo precizno regulira zaštita osoba s duševnim smetnjama, njihova prava, te uvjeti dobrovoljne i prisilne hospitalizacije (36). Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) nastojao je ugraditi načela postavljena međunarodnim dokumentima te je, prateći iskustva drugih zakonodavstava, nastojao izgraditi sustav koji bi,

poštujući suvremene standarde, bio najprimjereniji našim uvjetima. Svrha je Zakona zajamčiti svakoj osobi s duševnim smetnjama temeljna prava i slobode, integritet i dostojanstvo, ali i zaštititi društvo tamo gdje je to nužno i na način koji je primjeren opasnosti. Isti je Zakon zamišljen i kao sredstvo zaštite psihijatara i njihove profesije (1,2).

Prema podacima iz literature postoji malo problema u području mentalnog zdravlja koji su toliko kontraverzni kao što je prisilno zadržavanje i liječenje. To između ostalog uključuje pitanja korisnosti takvog čina, autonomije pojedinca kao i pitanje informiranog pristanka. Iako se status prisilno hospitaliziranih osoba razlikuje među pojedinim državama, općenito se smatra da su za ovakav oblik liječenja potrebna dva elementa: (1) prisutnost težeg mentalnog poremećaja koji pojedinca lišava sposobnosti donošenja odluke o liječenju; i (2) mogućnost da će osoba naškoditi sebi ili drugima (4).

Prisilno se može smjestiti samo onu osobu s težim duševnim smetnjama koja uslijed svoje duševne smetnje ozbiljno i izravno ugrožava vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba. Ove se osobe mogu prisilno smjestiti u psihijatrijsku ustanovu samo po postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj predviđen ZZODS-om (čl. 22.). Upravo su osobe koje su u Psihijatrijsku bolnicu Vrapče hospitalizirane prema čl. 22. ZZODS-a bile predmetom interesa ovog istraživanja. U uzorak nisu ušli bolesnici koji su u promatranom periodu bili prisilno zadržani do 72 sata, ali nakon tog vremena nisu bili ispunjeni uvjeti za primjenu članka 22. ZZODS-a.

Naime, od ukupnog broja hospitaliziranih osoba u promatranom razdoblju (njih 7257) bilo je više prisilno zadržanih osoba za koje je psihijatar u periodu od 72 sata procijenio da ne postoje razlozi za bolničko liječenje ili je uslijedilo dobrovoljno liječenje. Potrebno je još jednom pojasniti pojam prisilnog zadržavanja koji podrazumijeva smještaj osobe u psihijatrijsku ustanovu od trenutka donošenja odluke psihijatra o zadržavanju te osobe bez njezina pristanka pa do odluke suda o njezinom prisilnom smještaju ili otpuštanju.

Prema rezultatima provedenog istraživanja, u skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika najviše njih (28,6%) bilo je u dobi od 40 do 49 godina, a slijede prisilno hospitalizirani bolesnici u dobi od 20 do 29 godina, njih 24,8% (Tablica 1). Prisilno hospitaliziranih bolesnika muškog spola bilo je 65,4% (Tablica 2).

Prosječna dob u skupini muških ispitanika koji su prisilno hospitalizirani bila je $37,90 \pm 13,46$ godina. U skupini prisilno hospitaliziranih ispitanica prosječna dob bila je $42,61 \pm 11,47$. S obzirom na prosječan broj djece, prisilno hospitalizirane osobe muškog spola imale su $1,82 \pm 0,73$ djece, a žene $1,81 \pm 0,81$ djece (Tablica 14).

U skupini dobrovoljno hospitaliziranih muških bolesnika prosječna dob bila je $38,17 \pm 13,16$, a u ispitanica $42,35 \pm 11,10$. S obzirom na broj djece, u muških dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika prosječan broj djece bio je $1,71 \pm 0,52$, a u dobrovoljno hospitaliziranih ispitanica $1,86 \pm 0,85$ (Tablica 15).

Najveći broj prisilno hospitaliziranih osoba bio je iz dijagnostičke skupine shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja (Tablica 25). Dobiveni rezultati istraživanja sukladni su podacima iz literature, koji povezuju prisilnu hospitalizaciju s muškim spolom, mlađom dobi i dijagnozom psihotičnog poremećaja (31,37).

Rezultati istraživanja provedenog u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče u petogodišnjem praćenju provedbe ZZODS-a pokazali su da je od ukupnog broja hospitaliziranih bolesnika (njih 32 073) u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče u periodu od siječnja 1998. g. do prosinca 2002. g., najveći broj prisilno hospitaliziranih bolesnika bio iz dijagnostičke skupine shizofrenija i drugi psihotični poremećaji. Rezultati istog istraživanja pokazuju trend porasta broja prisilnih hospitalizacija u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče od 1998. do 1999.g. U usporedbi s 1998. g., broj prisilno hospitaliziranih bolesnika porastao je značajno u 1999. g. u svim dijagnostičkim kategorijama osim u kategoriji bolesnika s poremećajima raspoloženja (37). Rezultati istraživanja Kozumplika i suradnika pokazali su da su izmjene i dopune ZZODS-a, iz prosinca 1999. g. dovele do značajnog pada broja prisilnih hospitalizacija (37,38). Rezultati istraživanja Folnegović-Šmalc i suradnika pokazali su da je prisilna hospitalizacija povezana češće s muškim spolom, dijagnozom psihotičnog poremećaja i mlađom dobi (32). Prema rezultatima istog istraživanja, osobe ženskog spola koje su prisilno hospitalizirane su starije životne dobi i češće s dijagnozom poremećaja raspoloženja (23,32).

Rezultati ovog istraživanja pokazali su da je u skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika najviše njih bilo sa srednjom stručnom spremom (63,9%). Slijede ispitanici sa osnovnom školom (18,8%), potom sa visokom

stručnom spremom (12,8%), te ispitanici sa višom stručnom spremom (2,3%) i ispitanici bez završene škole (2,3%).

U skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika njih 71,4% imalo je završenu srednju stručnu spremu. Slijede ispitanici sa završenom visokom stručnom spremom (12,8%), te ispitanici sa završenom osnovnom školom (12,8%). Višu stručnu spremu imalo je 3,0% ispitanika (Tablica 3).

S obzirom na zanimanje i zaposlenost nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. Najviše ispitanika (58,6%) iz skupine prisilno hospitaliziranih bili su radnici (Tablica 4). Nezaposlenih je bilo 75,2% u skupini prisilno hospitaliziranih ispitanika (Tablica 5). S obzirom na bračni status također nije dobivena statistički značajna razlika u dvije promatrane skupine. U skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika 54,1% ispitanika bilo je neoženjeno/neudano (Tablica 6).

Prema rezultatima istraživanja Sanguinetia i suradnika, osobe koje su prisilno hospitalizirane mlađe su dobi, neoženjene, te s dijagnozom shizofrenije. Isti autori su u daljnjoj analizi pokazali da su bračni status i dijagnoza shizofrenije povezani s povećanim rizikom prisilne hospitalizacije (39). U drugom istraživanju isti autor je pokazao da je prisilna hospitalizacija povezana s dobi, bračnim statusom, uzimanjem psihoaktivnih tvari, komorbiditetom, duljinom hospitalizacije i učestalosti rehospitalizacija (40). Rutkowski je u svom istraživanju također pokazao povezanost prisilnih hospitalizacija s dobi, spolom, bračnim statusom, dužinom hospitalizacije i dijagnostičkom kategorijom (41).

Prema rezultatima ovog istraživanja, prisilno hospitalizirane osobe muškog spola imale su do trenutka istraživanja prosječan broj dobrovoljnih hospitalizacija od $2,57 \pm 1,97$ i prosječan broj prisilnih hospitalizacija od $1,81 \pm 0,98$. U toj skupini prosječno trajanje bolničkog tretmana (u danima) bilo je $54,05 \pm 15,05$. Prisilno hospitalizirane osobe ženskog spola imale su do trenutka istraživanja prosječan broj dobrovoljnih hospitalizacija od $3,23 \pm 2,11$ i prosječan broj prisilnih hospitalizacija od $1,50 \pm 1,04$. U toj skupini prosječno trajanje bolničkog tretmana (u danima) bilo je $49,50 \pm 13,42$ (Tablica 14).

Dobrovoljno hospitalizirane osobe muškog spola imale su do trenutka istraživanja prosječan broj dobrovoljnih hospitalizacija od $2,54 \pm 1,46$ i prosječan broj prisilnih hospitalizacija od $1,15 \pm 0,38$. U toj skupini prosječno trajanje

bolničkog tretmana (u danima) bilo je $27,40 \pm 7,07$. Prisilno hospitalizirane osobe ženskog spola imale su do trenutka istraživanja prosječan broj dobrovoljnih hospitalizacija od $2,89 \pm 1,54$ i prosječan broj prisilnih hospitalizacija od $1,17 \pm 0,41$. U toj skupini prosječno trajanje bolničkog tretmana (u danima) bilo je $28,85 \pm 6,95$ (Tablica 15).

Nadalje, analiziran je ukupan broj osoba ženskog spola s obzirom na: dob ($42,48 \pm 11,23$); broj djece ($1,83 \pm 0,82$); broj prethodnih dobrovoljnih psihijatrijskih liječenja ($3,04 \pm 1,81$); broj prethodnih prisilnih psihijatrijskih liječenja ($1,42 \pm 0,93$); te trajanje bolničkih tretmana (u danima) ($39,17 \pm 14,86$) (Tablica 16).

S obzirom na dobivene podatke o djetinjstvu do 15. godine života ispitanika, kao i na podatak o razdvajanju od roditelja u istom vremenskom periodu, nije dobivena statistički značajna razlika. Razlika nije statistički značajna niti s obzirom na smrt roditelja ispitanika u obje promatrane skupine.

Odgojni uvjeti mogu biti značajni uzrok i posljedica nekog sociopatološkog ponašanja. Osim kriminogene uloge, loši interpersonalni odnosi uzrokom su različitih poremećaja u ponašanju, koja mogu biti odgovorna za odluku o primjeni članka 22. ZZODS-a (42).

S obzirom na obiteljsku adaptaciju nije nađena statistički značajna razlika između skupine prisilno i skupine dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Ipak, treba napomenuti da je u najvećem broju ispitanika, i to kod 57,1% prisilno hospitaliziranih i 43,6% dobrovoljno hospitaliziranih, obiteljska adaptacija ocijenjena lošom (Tablica 10). Razlog zašto nije dobivena statistički značajna razlika je u načinu formiranja uzorka. Naime, preduvjet istraživanja bio je da su ispitanici upareni s obzirom na dob, spol i dijagnostičku kategoriju.

Zanimljivo je da je s obzirom na radnu adaptaciju nađena statistički značajna razlika. Naime, kod 49,6% prisilno hospitaliziranih ispitanika radna adaptacija je ocijenjena lošom (Tablica 11). Navedeni rezultat sukladan je rezultatima drugih istraživanja, koja povezuju prisilnu hospitalizaciju s poteškoćama u radnom i širem socijalnom funkcioniranju (28).

Korak dalje u istraživanju bila je analiza ranijeg psihijatrijskog liječenja, a dobivena razlika nije bila statistički značajna između dvije skupine ispitanika. Najveći broj prisilno hospitaliziranih (njih 75,2%) i 82,7% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika bio je ranije liječen.

S obzirom na podatke o samovoljnom napuštanju liječenja, kao i o pokušaju samoubojstva, nije dobivena statistički značajna razlika između dvije promatrane skupine.

S obzirom na prisustvo duševnog poremećaja u obitelji razlika također nije statistički značajna. U skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika u 26,3% slučajeva dobiven je podatak o shizofreniji i nekom drugom psihotičnom poremećaju u obitelji. Isti podatak dobiven je kod 24,1% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Potrebno je naglasiti da u najvećem broju slučajeva, i to kod 51,9% prisilno hospitaliziranih i 56,4% dobrovoljno hospitaliziranih nije dobiven podatak o prisustvu duševnog poremećaja u obitelji.

Između grupe prisilno i dobrovoljno liječenih ispitanika dobivena je statistički značajna razlika s obzirom na neposredan povod dolaska u bolnicu. U skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika, kao neposredan povod dolaska u bolnicu (42,1%) navodi se fizička agresivnost prema članovima obitelji. Taj podatak dobiven je kod 27,1% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Strah okoline od nemogućnosti kontrole ponašanja bolesnika, kao neposredan povod dolaska u bolnicu, bio je prisutan kod 47,4% prisilno hospitaliziranih ispitanika i 62,4% dobrovoljno hospitaliziranih ispitanika.

Rezultati drugih istraživanja također navode agresivno ponašanje, bilo da se ono manifestiralo verbalnom ili fizičkom agresivnošću, ili oboma, kao neposredan povod dolaska u bolnicu (29,30). Rezultati ovog istraživanja idu korak dalje i pokazuju da je i strah okoline od nemogućnosti kontrole ponašanja bolesnika bitan čimbenik u odluci o dolasku u bolnicu. Vidljivo je da su fizička agresivnost i strah od nemogućnosti kontrole ponašanja bolesnika zastupljeni u visokom postotku u skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika (42,1% vs. 47,4%) (Tablica 19). Ukoliko se u obzir uzmu svi oblici agresivnog ponašanja, onda je u skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika agresivnost najčešći neposredni povod dolaska u bolnicu (50,3% vs. 47,4%) (Tablica 19). U skupini dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika najčešći neposredni povod dolaska u bolnicu je strah okoline od nemogućnosti kontrole ponašanja bolesnika (62,4%). Upravo ovaj podatak bio je razlogom što smo u nastavku istraživanja učinili hijerarhijsku logističku regresijsku analizu uz kriterij agresivno ponašanje (Tablica 38).

Statistički značajne prediktorske varijable za agresivnost su, prema rezultatima ovog istraživanja, fizička intervencija pri dolasku u bolnicu i ranije

nasilno ponašanje. Dobivene su statistički značajne predikcije, što znači da je bar jedna od prediktorski varijabli značajno povezana s kriterijskom varijablom (agresivnost). Uz kriterij agresivnost, ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti grupi iznosi 71,4%, što znači da se agresivnost na osnovi prediktorskih varijabli može predvidjeti s navedenim postotkom rezultata. Također, na temelju prediktorskih varijabli u grupu agresivni ispravno se procjenjuje 60,7% ispitanika, dok u grupi neagresivnih ispravno procjenjivanje iznosi 79,2% ispitanika. Uvrštavanje agresivnosti kao jedne od proučavanih varijabli važno je sa znanstveno-teorijskog, ali i s pragmatičnog stajališta. S teorijskog je stajališta nužno, jer među osobinama ličnosti agresivnost sasvim sigurno predstavlja jednu od najvažnijih varijabli koju je potrebno procijeniti pri dolasku i liječenju bolesnika. To je tim važnije jer na taj način štitimo interese i bolesnika i medicinskog osoblja. S druge strane, gledano pragmatički, poznavanje stupnja nečije agresivnosti može pomoći u predviđanju ponašanja pojedinca, tj. u prevenciji i kontroli agresivnog ponašanja, a također i u resocijalizaciji (43).

Pod terminom agresivno ponašanje podrazumijeva se široki spektar različitog ponašanja što uključuje fizički napad, prijetnju fizičkom silom, verbalnu prijetnju, psihičko ili emocionalno zlostavljanje, uništavanje materijalnih dobara, samoubojstvo i samoozljeđivanje. Agresivnost prema drugim osobama uključuje ponašanja osobe prema drugima kojima se namjerno prijeti ili nanosi fizička ozljeda. Prevencija i rano prepoznavanje agresivnog ponašanja važno je pitanje pri odlučivanju o prisilnom ili dobrovoljnom liječenju. S tim je povezana i prevencija nasilnog i kriminalnog ponašanja o čemu govore brojni autori (44,45,46,47,48). Rezultati istraživanja koja su proveli Bland i Orn na 1200 ispitanika u Kanadi te istraživanja koja su proveli Swanson i suradnici na 10059 ispitanika u SAD-u pokazali su statistički značajnu povezanost između nasilnog ponašanja i mentalnih poremećaja. U Kanadi su istraživane tri dijagnostičke kategorije: bolesnici sa dissocijalnim poremećajem ličnosti, depresivnim poremećajem te alkoholizmom i drugim ovisnostima. 54,5% ispitanika s navedenim dijagnozama imali su povijest nasilnog ponašanja, u usporedbi s 15,5% ispitanika koji nisu pripadali navedenim dijagnostičkim kategorijama. Rezultati su pokazali da su osobe s jednom ili više navedenih dijagnoza imali gotovo sedam puta veću šansu za

nasilno ponašanje u odnosu na ispitanike bez navedenih dijagnoza. Naročito je rizik za nasilno ponašanje bio visok kod ispitanika koji su kao komorbiditetnu dijagnozu imali alkoholizam. Kada je alkohol bio kombiniran s dissocijalnim poremećajem ličnosti i/ili depresivnim poremećajem, 80-93% ispitanika iskazivalo je nasilničko ponašanje. Ispitanici koji su imali zadovoljene dijagnostičke kriterije za bilo koji duševni poremećaj imali su veću šansu za iskazivanje nasilničkog ponašanja u usporedbi s onima koji nisu imali zadovoljene kriterije za duševni poremećaj. Osobe s alkoholizmom i drugim ovisnostima imale su značajno povišen rizik za počinjenje teških nasilnih djela (49,50,51,52).

Opće je pravačeno stajalište da je alkoholizam povezan s nasilničkim ponašanjem, osobito u grupnim situacijama. Obično, nasilničko ponašanje ovisi o konzumaciji alkohola, te o stupnju prijetnje ili provokacije u određenoj situaciji (53).

Rezultati pojedinih istraživanja pokazali su da je agresivno ponašanje u bolničkim uvjetima prisutno u oko 20% ispitanika (54,55). Upravo stoga važno je analizirati varijable koje su prediktori za agresivno ponašanje kako bi se isto na vrijeme prepoznalo i spriječilo. Također su ti podaci značajni i za donošenje odluke o primjeni prisilne hospitalizacije prema čl. 22. ZZODS-a.

Karakteristično je da je mali broj pacijenata (5%) odgovoran za više od 50% nasilnih radnji i također više od 50% teških ozljeda (56).

Bolesnici s psihotičnim simptomima, naročito paranoidni, imali su povišen rizik za fizičku agresivnost prema drugima (57,58,59). Prema rezultatima istraživanja Tardiffa i Koenigsberga osobe prema kojima su agresivni bolesnici iskazivali nasilničko ponašanje bili su u više od 50% slučajeva članovi njihovih obitelji. Nasilničko ponašanje bilo je povezano s muškim spolom, mlađom dobi i dijagnozom psihotičnog poremećaja (60). Rezultati istraživanja koje su na 581 hospitaliziranih bolesnika proveli Straznickas i suradnici pokazali su da je 19% bolesnika bilo nasilno u periodu unutar dva tjedna prije dolaska u bolnicu. Od navedenog postotka, 31% je iskazivalo nasilno ponašanje prema više osoba. Od 113 bolesnika koji su bili heteroagresivni, 53 je bilo agresivno spram članova obitelji, 50 je bilo agresivno prema drugim osobama, a 10 ih je bilo agresivno i prema članovima obitelji i prema drugim osobama (61). Slično navedenim rezultatima, rezultati istraživanja Bindera i suradnika pokazali su da

je 21% bolesnika liječenih na kliničkom odjelu manifestiralo heteroagresivno ponašanje tijekom dva tjedna prije hospitalizacije (54).

U ovom istraživanju također je analizirano dominantno obilježje psihičkog statusa pri prijemu. U skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika paranoidnost kao dominantno obilježje psihičkog stanja pri prijemu bilo je prisutno kod 66,9% ispitanika, a u istoj skupini sljedeće najčešće dominantno obilježje psihičkog stanja pri prijemu bila je agresivnost prema okolini u 19,5% ispitanika. Strah okoline od nemogućnosti kontrole ponašanja bolesnika neposredan je povod dolaska u bolnicu kod 47,4% ispitanika koji su prisilno hospitalizirani i kod 62,4% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Dobiveni rezultati u skladu su s gore iznijetim rezultatima istraživanja.

U skupini prisilno hospitaliziranih bolesnika njih 61,7% je i ranije manifestiralo nasilno ponašanje. Navedeni podatak dobiven je kod 42,9% dobrovoljno hospitaliziranih bolesnika. Dobivena razlika nije statistički značajna, ali treba imati u vidu način na koji su formirane ove dvije skupine ispitanika. Asnis i suradnici u svom istraživanju analizirali su ranije nasilno ponašanje i njegovu povezanost sa kasnijim agresivnim ponašanjem (62). Slična istraživanja proveli su i drugi istraživači (63,64,65). U kojoj mjeri su bolesnici s dijagnozom shizofrenije rizični za nasilno ponašanje ovisi o prisutnosti produktivnih simptoma bolesti, odnosno navedeni rizik je povišen kod prisustva psihotičnih simptoma (66,67). Istraživanja su pokazala da bolesnici s mentalnim poremećajima pokazuju viši stupanj agresivnog ponašanja u usporedbi s općom populacijom, te visok stupanj agresivnog ponašanja u bolnici (68,69). Neki autori smatraju da je kriminalno ponašanje samo ispoljavanje agresivnosti kao crte ličnosti (70), dakle među njima postoji uzročna veza, a drugi drže da između agresivnosti i kriminaliteta postoji eventualno paralelizam, ali ne i kauzalnost pošto je kriminalitet i suviše složena pojava da bi se mogao objašnjavati pojedinim varijablama (43).

Navedeni autori smatraju da se može govoriti o dvije vrste odnosa između agresivnosti i kriminaliteta. Agresivnost kao karakteristika ličnosti može manje ili više biti izravni uzrok kriminalnog ponašanja, iako je taj odnos prisutan kod manjeg broja kaznenih djela. S druge pak strane, agresivnost ne mora nužno biti uzročna varijabla za pojavu kriminalnog ponašanja, već može određivati način na koji će neko djelo biti izvršeno. S forenzičke točke gledišta važni su

rezultati dobiveni o prediktorskim varijablama za agresivno ponašanje, što je važno za kreiranje primjerenih terapijskih pristupa koji uključuju psihofarmakoterapijske, psihoterapijske i socioterapijske procedure. Bolje poznavanje ovih varijabli omogućuje bolju procjenu terapijskih mogućnosti i adekvatniji angažman u realizaciji pozitivnih promjena na tom planu.

Također, uz kriterijsku varijablu prisilna hospitalizacija, logističkom regresijskom analizom dobivene su statistički značajne prediktorske varijable koje uključuju radnu adaptaciju, neposredan povod dolaska, procjenu uvida u bolest i ambulantno liječenje (Tablica 36). Ti podaci su također značajni s forenzičke točke gledišta, jer omogućuju bolje planiranje mjera za donošenje odluke o prisilnoj hospitalizaciji.

Istraživanje koje su proveli Fennig i suradnici, a koje je za cilj imalo ispitati u kojoj mjeri vrsta psihijatrijskog liječenja (prisilno ili dobrovoljno) utječe na vrstu i broj budućih liječenja, pokazalo je izrazitu povezanost prisilne hospitalizacije kod prvog prijema u bolnicu s prisilnim statusom kod sljedećeg prijema i s brojem prisilnih hospitalizacija ukupno. Autori su zaključili da je prisilni status kod prvog prijema važan čimbenik u procjeni daljnjih prisilnih hospitalizacija (71). U istom istraživanju rezultati su pokazali da će osobe ženskog spola koje su prvi puta hospitalizirane prisilno imati 4,1 puta veću šansu za sljedeću hospitalizaciju u prisilnom statusu u odnosu na osobe ženskog spola čija je prva hospitalizacija bila dobrovoljna. Također, rezultati su pokazali da će osobe muškog spola koje su prvi puta hospitalizirane prisilno imati 3,4 puta veću šansu za sljedeću hospitalizaciju u prisilnom statusu u odnosu na osobe muškog spola čija je prva hospitalizacija bila dobrovoljna (71).

Rezultati istraživanja pokazali su da su značajne prediktorske varijable za prisilnu hospitalizaciju okolnosti dolaska u bolnicu, procjena uvida u bolest, ambulantno liječenje, te dijagnostička kategorija bolesnika (72,73,74). Nadalje, istraživanja koja su u fokusu imala donošenje odluke pri prijemu (prisilno/dobrovoljno) pokazala su da su ranije hospitalizacije i dovođenje u bolnicu protiv volje bolesnika bili važni čimbenici kod donošenja odluke o prisilnom liječenju (75). Istraživanja su, nadalje, pokazala da je prisilno liječenje povezano s muškim spolom, mlađom dobi, nižim socio-ekonomskim statusom. Što se tiče bračnog stanja nađeno je da su osobe koje su neoženjene/neudate češće prisilno hospitalizirane (72,73).

Novija istraživanja pokazuju da donošenje mjere prisilnog ambulantnog tretmana (ne odnosi se na forenzičke bolesnike) smanjuje broj rehospitalizacija (76). Mjera obaveznog ambulantnog liječenja je zakonska intervencija koja je osmišljena s ciljem da pomogne bolesnicima s ozbiljnim duševnim poremećajem koji trebaju kontinuiranu psihijatrijsku skrb ili liječenje i podršku čime se prevenira relaps bolesti i rehospitalizacija (77). Ovaj oblik liječenja provodi se u gotovo svim državama SAD-a, mada je njegova provedba različita među pojedinim državama zbog niza razloga koji uključuju slabo razumijevanje kriterija za provedbu ove mjere liječenja, loše mehanizme koji trebaju omogućiti njenu provedbu, te ostale teškoće u svakodnevnom kliničkom radu s tom populacijom (78,79,80,81). Ovaj oblik liječenja provodi se ili je u razmatranju za provođenje i u nekim drugim državama, uključujući Izrael, Kanadu, Veliku Britaniju, Australiju i Novi Zeland (82,83,84,85,86,87,88). U SAD-u mjera obaveznog ambulantnog psihijatrijskog liječenja razlikuje se od srodnih sudskih mjera liječenja, uključujući uvjetni otpust ili skrbništvo. Kod uvjetnog otpusta iz Bolnice prisilno hospitalizirani bolesnik se otpušta u društvenu sredinu koja je pod nadzorom bolnice. Ograničeni broj naturalističkih studija koje su istraživale učinke ovakvih mjera liječenja pokazale su efikasnost ove mjere u smanjivanju broja rehospitalizacija i nasilničkog ponašanja (89). Obavezno ambulantno liječenje zahtijeva pridržavanje preporuka o ambulantnom tretmanu, tj. pridržavanje zakazanih termina kod psihijatra. Ukoliko se bolesnik kojem je izrečena mjera obaveznog ambulantnog liječenja ne pridržava procesa liječenja njegov psihijatar može zahtijevati da se bolesnik doveze u ambulantni centar i tamo se donosi odluka o daljnjim mjerama liječenja (90).

Rizik nasilnog ponašanja bolesnika s duševnim poremećajem je u središtu interesa civilnog i kaznenog zakona u mnogim državama. Odluka o prisilnom hospitaliziranju donosi se na osnovi kliničke procjene o "opasnosti po druge" (91,92).

Rezultati istraživanja provedenih u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče u prvih mjesec dana provedbe ZZODS-a pokazali su da je od ukupno 166 prisilno hospitaliziranih bolesnika najviše njih (44,6%) bilo iz skupine shizofrenih i drugih psihotičnih poremećaja. Prema rezultatima istog istraživanja, među prisilno hospitaliziranima bilo je 40,8% osoba muškog spola i 34,3% osoba ženskog spola (1).

Buduća istraživanja potrebna su kako bi se dodatno provjerili rezultati ovog istraživanja te jasnije oslikala uloga pravilne procjene agresivnog ponašanja u zaštiti prava bolesnika i medicinskog osoblja. Svakako da pristup korišten u ovom istraživanju zahtijeva niz provjera na drugačije odabranim uzorcima, ali vjerujemo da poznavanje specifičnih demografskih, psihosocijalnih, medicinskih i forenzičkih obilježja grupe prisilno i grupe dobrovoljno liječenih bolesnika može pridonijeti boljem razumijevanju i planiranju prevencije i tretmana tih skupina bolesnika. Rezultati ovog istraživanja omogućuju postizanje znatno diferenciranijeg uvida u pojedine aspekte prisilno liječenih bolesnika u odnosu na dobrovoljno liječene bolesnike. S tim ciljem je učinjena i druga hijerarhijska logistička regresijska analiza. Kriterijska varijabla bila je grupa: (prisilno/dobrovoljno hospitalizirani). U logističku regresijsku analizu kao prediktori uvršteni su dob, spol, školska sprema, obiteljska adaptacija, radna adaptacija, ranije psihijatrijsko liječenje, neposredan povod dolaska u bolnicu, okolnosti dolaska u bolnicu, dominantno obilježje psihičkog stanja pri prijemu, intoksikacija pri prijemu, otpusna dijagnoza po završetku aktualnog liječenja, procjena uvida u bolest i ambulantno liječenje. Rezultati su pokazali da su statistički značajne prediktorske varijable za razlikovanje dviju grupa: radna adaptacija, neposredan povod dolaska u bolnicu, procjena uvida u bolest i ambulantno liječenje (Tablica 36). Zanimljivo je da je kod agresivnosti kao neposrednog povoda dolaska u bolnicu šansa za dobrovoljnu hospitalizaciju iznosila 50%. Također, kod otpusne dijagnoze poremećaja raspoloženja (F30-F39) šansa za dobrovoljnu hospitalizaciju iznosi svega 5% u odnosu na dijagnozu poremećaja koji se obično dijagnosticiraju u dječjoj dobi i adolescenciji (F70-F79). Ambulantno liječenje povećava četiri puta šansu za dobrovoljnu u odnosu na prisilnu hospitalizaciju.

Rezultati hijerarhijske logističke regresijske analize pokazuju da ukupno slaganje opažene i procijenjene pripadnosti grupi (prisilni i dobrovoljni) iznosi 68,1% (Tablica 37). To znači da se s tolikim postotkom rezultata može predvidjeti pripadnost grupi na osnovi prediktorskih varijabli. Na temelju prediktorskih varijabli u grupu prisilno hospitaliziranih ispravno se procijeni 70,1% ispitanika, dok se u grupu dobrovoljno hospitaliziranih ispravno procijeni 64,7% ispitanika (Tablica 37).

Važnost poznavanja uloge gore navedenih varijabli u procjeni potrebe prisilnog hospitaliziranja, pa s tim u vezi i važnost dobivenih rezultata, je u tome da se na vrijeme osoba prisilno hospitalizira (prema čl. 22.), kako ne bi ugrozila vlastiti život ili zdravlje ili sigurnost, odnosno život ili zdravlje ili sigurnost drugih osoba. Prema čl. 22. ZZODS-a, za prisilnu hospitalizaciju neke osobe prijeko je potrebno kumulativno ispunjenje dviju krunskih pretpostavki: da postoji veći stupanj opasnosti za osobu ili za okolinu, a s time u vezi da je nužna bolnička terapijska intervencija kako bi se ta opasnost bitno otklonila, te da osoba nema mogućnosti davanja valjanog pristanka za liječenje jer joj teža duševna smetnja onemogućuje da shvati značenje svojega postupanja ili da vlada svojom voljom, ili joj ona znatno reducira te mogućnosti. Isto tako, svaka osoba s duševnim smetnjama kojoj je hospitalizacija neophodna iz medicinskih razloga, koja se zadržava u psihijatrijskoj ustanovi "protiv volje", a i uz primjenu fizičke sile, kod zadržavanja u ustanovi ispunjava kriterije iz čl. 22. ZZODS-a (1).

Psihijatrijski tretman, a posebice ako je povezan s prisilom, uvijek je izvor nedoumice i rasprava, jer asocira na mogućnost zlorabe. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama je prihvatio psihijatrijsku misao da je prisilna hospitalizacija u određenim slučajevima nužna pretpostavka za djelotvoran psihijatrijski postupak i njegov bitan dio. ZZODS je odraz približavanja pravne teorije svakodnevnoj praksi, za koju je prisilna hospitalizacija dio djelotvornoga psihijatrijskog liječenja. Potrebno je naglasiti da taj Zakon upravo u svojim odredbama o obavezi psihijatrijske ustanove da prijavi sudu slučajeve prisilne hospitalizacije, a da ih sud mora odobriti, nedvojbeno ulazi u krug važnih pravnih izvora kojima se štite ljudska prava.

ZZODS predstavlja sustavnu, cjelovitu i sveobuhvatnu *sedes materiae* tzv. psihijatrijskog prava. Potpuna i opsežna normativna regulacija materijalno-pravnih pretpostavki i postupovne dimenzije smještaja u psihijatrijsku ustanovu, uz precizno normiranje kataloga različitih prava psihijatrijskih bolesnika tijekom bolničkog tretmana, čuvanja profesionalne tajne od strane psihijatara i bolničkog osoblja, vrijednost je sama po sebi, pogotovo nakon dugog razdoblja drastične podnormiranosti ove delikatne materije. Ovaj Zakon osigurava normativnu implementaciju najviše razine onih standarda zaštite psihijatrijskih bolesnika, sukladno uzorima razvijenih demokratskih zemalja s ustaljenom tradicijom visokog senzibiliteta za ljudska prava.

Znanstveni doprinos ovog istraživanja očituje se u definiranju, a time i što ranijem prepoznavanju značajki osobe koje za posljedicu imaju nasilna ponašanja, bilo da su ona upućena prema osobi ili prema okolini. Važnost ovog istraživanja je u tome što je analiziran veliki broj čimbenika koji imaju pozitivan ili negativan utjecaj na rizično ponašanje osobe s duševnim poremećajem. Budući da mnoge teorije sugeriraju da korijeni agresivnog ponašanja uključuju prošlo iskustvo, učenje, kao i širok raspon vanjskih situacijskih faktora, prepoznavanje i analiza istih nužna je pri donošenju preventivnih mjera u sprečavanju agresivnih oblika ponašanja kao i odluka o pravodobnom provođenju prisilnog liječenja u psihijatrijskim ustanovama. Odgovornost za procjenu rizičnih značajki najbolje opisuju potencijalno iznimno ozbiljne posljedice, kako za pojedinca, tako i za širu društvenu zajednicu, koje mogu nastati ako te procjene iz bilo kojeg razloga budu pogrešne. Istraživanje je važno i sa znanstveno-kliničkog stajališta koje se očituje u detaljnoj analizi čimbenika koji doprinose i odlučujući su kod odluke o prisilnom hospitaliziranju. Samo s prepoznatim i definiranim čimbenicima ključnim za prisilnu hospitalizaciju mogu se planirati preventivne akcije u cilju zaštite pacijenata, njihovih obitelji, kao i profesionalaca. Posebno su nužne preventivne mjere na razini agresivnosti pojedinca u najširem smislu, koje bi mogle uz sveobuhvatnu kontinuiranu društvenu akciju u tom smjeru dovesti do pozitivnih rezultata.

Neposredni doprinos je mogućnost primjene rezultata i zaključaka istraživanja u smislu uključivanja obitelji pacijenata, službi zdravstvene zaštite, kao i šire društvene zajednice u organizaciju i provođenje preventivnih mjera i aktivnosti koje bi pravodobno prevenirale manifestaciju ponašanja koja u završnici dovode do prisilne hospitalizacije.

S obzirom da od početka primjene Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama nisu provedena sustavna istraživanja ovakvog tipa na velikom uzorku bolesnika, to dodatno doprinosi znanstvenoj vrijednosti ovog istraživanja.

7. ZAKLJUČCI

Rezultati istraživanja pokazali su da se prisilno i dobrovoljno liječeni bolesnici statistički značajno razlikuju s obzirom na:

1. pokušaj samoubojstva,
2. neposredan povod dolaska u bolnicu,
3. radnu i obiteljsku adaptaciju,
4. fizičku intervenciju pri prijemu
5. procjenu uvida u bolest,
6. odnos prema potrebi psihijatrijskog liječenja,
7. podatke o ambulantnom liječenju,
8. ranije nasilno ponašanje,
9. podatke o ranijem vještačenju.

Rezultati istraživanja pokazali su da se prisilno i dobrovoljno liječeni bolesnici statistički značajno ne razlikuju s obzirom na:

1. školsku spremu,
2. zanimanje,
3. zaposlenost,
4. samovoljno napuštanje liječenja,
5. bračni status,
6. razdvajanje od roditelja do 15. godine života,
7. podatke o djetinjstvu do 15. godine života,
8. podatke o smrti roditelja do 15. godine života,
9. okolnosti dolaska u bolnicu,
10. dominantno obilježje psihičkog stanja pri prijemu,
11. intoksikaciju i simptome sustezanja od psihoaktivnih tvari pri prijemu,
12. ranije kažnjavanje,
13. ranije liječenje,
14. duševni poremećaj u bližem srodstvu.

Rezultati obrade učinjene pomoću hijerarhijske logističke regresijske analize pokazali su da su statistički značajne prediktorske varijable za grupu prisilno hospitalizirani: radna adaptacija, neposredan povod dolaska, procjena uvida u bolest i ambulantno liječenje. Rezultati hijerarhijske logističke regresijske

analize pokazuju da ukupno slaganje opažene i procijenjene pripadnosti grupi (prisilni i dobrovoljni) iznosi 68,1% .

Rezultati druge hijerarhijske logističke uz kriterij agresivnost pokazali su statistički značajne prediktorske varijable za agresivnost i to fizičku intervenciju i nasilno ponašanje. Uz kriterij agresivnost, ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti grupi iznosi 71,4%, što znači da se agresivnost na osnovi prediktorskih varijabli može predvidjeti s navedenim postotkom rezultata. Također, na temelju prediktorskih varijabli u grupu agresivni ispravno se procjenjuje 60,7% ispitanika, dok u grupi neagresivnih ispravno procjenjivanje iznosi 79,2% ispitanika.

Znanstveni doprinos ovog istraživanja očituje se u definiranju, a time i što ranijem prepoznavanju značajki osobe koje za posljedicu imaju nasilna ponašanja, bilo da su ona upućena prema osobi ili prema okolini. Važnost ovog istraživanja je i u tome što je analiziran veliki broj čimbenika koji imaju pozitivan ili negativan utjecaj na rizično ponašanje osobe s duševnim poremećajem.

8. SAŽETAK

Većina suvremenih zakonodavstava kao temeljni kriterij za prisilnu hospitalizaciju određuje opasnost za okolinu i za samu osobu, pri čemu se u komentarima tih zakona posebno naglašava da ta opasnost mora biti aktualna i visokog intenziteta kako bi se izbjegle bilo kakve zlouporabe. U nekim zakonima posebno se naglašava medicinska opravdanost takvih hospitalizacija, koja stavlja naglasak na potrebu prisilnog liječenja bolesnika kod kojih se opravdano može pretpostaviti da će izostanak terapije dovesti do ozbiljnog ugrožavanja njihova zdravstvenog stanja. Pojedini zakoni također spominju ugroženost materijalnih dobara kao potencijalni razlog za prisilnu hospitalizaciju psihijatrijskih bolesnika, kojih ponašanje uvjetuje taj oblik opasnosti za okolinu. U raspravi o izboru najprimjerenije formulacije temeljnih kriterija za prisilnu hospitalizaciju, u hrvatskom Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) odabran je termin «ugrožavanje života, zdravlja i sigurnosti (članak 22.)».

Cilj istraživanja bio je utvrditi čimbenike koji doprinose odluci o provođenju prisilne hospitalizacije u psihijatrijskim ustanovama. U tu svrhu bile su ispitane i uspoređene skupina prisilno hospitaliziranih osoba i uparena skupina dobrovoljno hospitaliziranih osoba. Od primarnog interesa bili su slijedeći problemi:

1. Analizirati i usporediti socio-demografska, psihosocijalna, medicinska i forenzička obilježja ispitivanih skupina;
2. Utvrditi imaju li prisilno hospitalizirane osobe u anamnezi češće podatke o ranijem kriminalnom i/ili nasilnom ponašanju u usporedbi s dobrovoljno hospitaliziranim osobama;
3. Utvrditi imaju li prisilno hospitalizirane osobe u anamnezi češće podatke o ranijim prisilnim hospitalizacijama u usporedbi s dobrovoljno hospitaliziranim osobama;
4. Utvrditi imaju li prisilno hospitalizirane osobe lošiji uvid u stanje bolesti u odnosu na dobrovoljno hospitalizirane osobe;

5. Utvrditi imaju li osobe koje su prisilno hospitalizirane češće u anamnezi podatke o neredovitom psihijatrijskom liječenju u usporedbi s dobrovoljno hospitaliziranim osobama.

Uzorak se sastojao od dviju skupina ispitanika:

- 1) skupine prisilno hospitaliziranih osoba
- 2) uparene skupine dobrovoljno hospitaliziranih osoba

Skupinu prisilno hospitaliziranih osoba sačinjavali su svi bolesnici koji su u razdoblju od godinu dana bili prisilno hospitalizirani u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče prema članku 22. ZZODS. Skupinu dobrovoljno hospitaliziranih činile su osobe istog spola i dijagnoze, te slične dobi (do deset godina starije ili mlađe) sa prisilno hospitaliziranom osobom. Ukupno je u istraživanje bilo uključeno 266 bolesnika.

Istraživanje je bilo tipa case-control. Podaci su bili prikupljeni pomoću strukturiranog upitnika posebno konstruiranog u svrhu provođenja istraživanja. Podaci su dobiveni uzimanjem anamnestičkih podataka, te uvidom u psihijatrijske povijesti bolesti i forenzičke spise (ukoliko su postojali za određenog ispitanika).

Intervju s pacijentom provodio se nakon što je, s obzirom na aktualne spoznajne mogućnosti, pacijent postao sposoban razumjeti pitanja iz upitnika i odgovarati na njih (uz uvjet da nakon upoznavanja sa svrhom i sadržajem upitnika pristane odgovoriti na pitanja). U slučaju prisilnog zadržavanja intervju se provodio najranije nakon isteka 72 sata u bolnici (razdoblje u kojem se nakon prisilnog zadržavanja donosi odluka o provođenju bilo prisilne ili dobrovoljne hospitalizacije). U slučaju dobrovoljne hospitalizacije, intervju se provodio nakon što je pacijent pristao na liječenje.

Početna obrada podataka uključivala je prikaz distribucija (apsolutnih i relativnih frekvencija) ispitanika po kategorijama svake od ispitivanih varijabli, odnosno distribuciju brojčanih vrijednosti. Razlika po pojedinim varijablama između dviju skupina bila je testirana Hi-kvadrat testom. Granična vrijednost statističke značajnosti bila je vjerojatnost pogreške manja od 5%. Također je učinjena hijerarhijska logistička regresijska analiza uz kriterij prisilna

hospitalizacija te druga hijerarhijska logistička regresijska analiza uz kriterij agresivnost.

Dobivene su statistički vrlo značajne predikcije ($\chi^2 = 61,406$; $df = 24$; $P < 0,001$) u prvoj hijerarhijskoj regresijskoj analizi uz kriterij prisilna hospitalizacija.

Rezultati obrade pokazali su da su statistički značajne prediktorske varijable za grupu: radna adaptacija, neposredan povod dolaska, procjena uvida u bolest i ambulantno liječenje. Dobra radna adaptacija u odnosu na lošu, jednako kao i osrednja u odnosu na lošu adaptaciju oko 3 puta povećavaju šansu za prisilnu hospitalizaciju. Kod agresivnosti kao neposrednog povoda dolaska u bolnicu, šansa za dobrovoljnu hospitalizaciju iznosi 50% šanse ako agresivnost nije neposredni povod dolaska. Kod otpusne dijagnoze poremećaja raspoloženja (F30-F39) šansa za dobrovoljnu hospitalizaciju iznosi svega 5% šanse u odnosu na dijagnozu poremećaja koji se obično dijagnosticiraju u dječjoj dobi i adolescenciji (F70-F79). Ambulantno liječenje povećava 4 puta šansu za dobrovoljnu u odnosu na prisilnu hospitalizaciju. Rezultati hijerarhijske logističke regresijske analize pokazuju da ukupno slaganje opažene i procijenjene pripadnosti grupi (prisilni i dobrovoljni) iznosi 68,1% (Tablica 37). To znači da se s tolikim postotkom rezultata može predvidjeti pripadnost grupi na osnovi prediktorskih varijabli. Na temelju prediktorskih varijabli u grupu prisilno hospitaliziranih ispravno se procijeni 70,1% ispitanika, dok se u grupu dobrovoljno hospitaliziranih ispravno procijeni 64,7% ispitanika.

Rezultati druge hijerarhijske logističke analize pokazali su statistički značajne prediktorske varijable za agresivnost i to fizičku intervenciju i nasilno ponašanje.

Kod fizičke intervencije 23% su šanse za neagresivno ponašanje ako nije došlo do fizičke intervencije u odnosu na agresivnost. Kod nasilnog ponašanja 27% su šanse za neagresivno ponašanje ako nije prisutno nasilno ponašanje u odnosu na agresivnost. Uz kriterij agresivnost, ukupno slaganje između opažene i procijenjene pripadnosti grupi iznosi 71,4%, što znači da se agresivnost na osnovi prediktorskih varijabli može predvidjeti s navedenim postotkom rezultata. Također, na temelju prediktorskih varijabli u grupu agresivni ispravno se procjenjuje 60,7% ispitanika, dok u se grupi neagresivnih ispravno procjenjivanje iznosi 79,2% ispitanika. Uvrštavanje agresivnosti kao jedne od proučavanih varijabli važno je sa znanstveno-teorijskog, ali i s

pragmatičnog stajališta. S teorijskog je stajališta nužno, jer među osobinama ličnosti agresivnost sasvim sigurno predstavlja jednu od najvažnijih varijabli koju je potrebno procijeniti pri dolasku i liječenju bolesnika. To je tim važnije jer na taj način štitimo interese i bolesnika i medicinskog osoblja. S druge strane, gledano pragmatički, poznavanje stupnja nečije agresivnosti može pomoći u predviđanju ponašanja pojedinca, tj. u prevenciji i kontroli agresivnog ponašanja, a također i u resocijalizaciji.

Znanstveni doprinos ovog istraživanja očituje se u definiranju, a time i što ranijem prepoznavanju značajki osobe koje za posljedicu imaju nasilna djela, bilo da su ona upućena prema osobi ili prema okolini. Važnost ovog istraživanja je u tome što je analiziran veliki broj čimbenika koji imaju pozitivan ili negativan utjecaj na rizično ponašanje osobe s duševnim poremećajem.

Neposredni doprinos je mogućnost primjene rezultata i zaključaka istraživanja u smislu uključivanja obitelji pacijenata, službi zdravstvene zaštite, kao i šire društvene zajednice u organizaciju i provođenje preventivnih mjera i aktivnosti koje bi pravodobno prevenirale manifestaciju ponašanja koja u završnici dovode do prisilne hospitalizacije.

8. SUMMARY

Most of contemporary legislations considers dangerousness for other persons and for the person itself as fundamental criterion for involuntary hospitalization, and in the comments of this legislations is stated that this dangerousness must be present and highly intense in order to avoid any manipulation. In some legislations, medical justification of such hospitalization is stressed. Also, some legislations mention material goods been in jeopardy as a potential reason for involuntary hospitalization of psychiatric patients. The term “jeopardizing life, health and security (paragraph 22.)“ has been included in Croatian Law on Mental Health.

The aim of the research was to establish the factors which contribute the decision about involuntary hospitalization in psychiatric departments. In order to achieve this objective, the group of involuntary hospitalized patients and the group of voluntary hospitalized patients were analyzed and compared.

The following issues were of major interest:

1. To analyze and compare socio-demographic, psychosocial, medical and forensic characteristics of both groups of patients;
2. To find out whether involuntary hospitalized persons have more often anamnestic data about criminal and/or violent behavior, compared to the group of voluntary hospitalized patients;
3. To establish whether involuntary hospitalized patients have more often anamnestic data about previous involuntary hospitalizations, compared to group of voluntary hospitalized patients;
4. To establish whether involuntary hospitalized patients have poorer insight, compared to group of voluntary hospitalized patients;
5. To find out whether involuntary hospitalized patients have more often anamnestic data about irregular psychiatric treatment, compared to group of voluntary hospitalized patients.

The sample consisted of two groups of patients:

- 1) the group of involuntary hospitalized patients
- 2) the group of voluntary hospitalized patients

The group of involuntary hospitalized patients was consisted of all the patients who were involuntarily hospitalized in Vrapče Psychiatric Hospital in the period of one year. The group of voluntary hospitalized patients was consisted of persons with same sex and diagnose, and similar age compared to involuntary hospitalized persons. The research comprised 266 patients in total.

The research was case-control type. The data were collected by means of structured interview, specially designed for the purpose of the investigation. The data were obtained through anamnestic data, as well as medical and forensic documentation.

The interview with the patient was performed when the patient was able to fully understand the questions from the interview and was willing to answer.

In case of involuntary hospitalization, the interview was performed after 72 hours from the moment of admission to hospital.

The data were analyzed by means of distribution (absolute and relative frequencies) of patients. Chi-square was used during analysis, and the statistical significance was set to $p < 0,05$.

Regression logistic analysis with involuntary hospitalization as criterion, and regression logistic analysis with aggression as criterion were used.

In the regression logistic analysis with involuntary hospitalization as criterion, the variables which proved to be predictable for differentiating a group of involuntary hospitalized patients from voluntary hospitalized patients are adaptation at work, immediate reason of coming to hospital, insight, and outpatient treatment.

In the regression logistic analysis with aggression as criterion the variables which proved to be predictable for differentiating a group of involuntary hospitalized patients from voluntary hospitalized patients are physical intervention and violent behavior.

The scientific contribution of this investigation is manifested through defining and the possibility of early detection characteristics which can lead to violent behavior.

The importance of this research lies in the analysis of large number of factors which have positive or negative influence on behavior of patients with mental disorders.

The immediate contribution is the possibility of implementation of the results and conclusions in the sense of including the patients families, health care services, and social community in the organization and providing of measures of prevention and activities that would prevent manifestation of such behavior that leads to involuntary hospitalization.

10. LITERATURA

1. Goreta M, Jukić V, Turković K. (ur.) Psihijatrija i zakon. Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 1998.
2. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zagreb, NN 11/97.
3. Turković K, Dika M, Goreta M, Đurđević Z. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima. Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 2001.
4. Bloch S, Chodoff P, Green SA. Psychiatric ethics, 3rd ed. Oxford University Press, New York, 1999.
5. Proctor RN. Racial hygiene. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1988.
6. Bloch S, Reddaway P. Psychiatric terror. Basic Books, New York, 1977.
7. Chodoff P. Involuntary hospitalization of political dissenters in the Soviet Union. Psychiatric Opinion 1974;11:5-19.
8. Harding T. Ethical issues in the delivery of mental health services, in Psychiatric ethics, 2nd edn, ed. Bloch S, Chodoff P. Oxford University Press, Oxford, 1991.
9. Goreta M, Jukić V (ur.). Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama – ideje, norme, implementacija, evaluacija. Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 2000.
10. Jukić V, Goreta M. Hrvatski psihijatri i njihov odnos prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Socijalna Psihijatrija 1999;27(1-2):54-60.
11. Goreta M. Kritički osvrt na primjenu Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama u forenzičnoj psihijatriji. Socijalna Psihijatrija 1999;27(1-2):66-71.
12. Jukić V. Psihijatrijsko vještačenje opravdanosti prisilne hospitalizacije duševnih bolesnika, Vještak 2001;2:49-54.
13. Jukić V, Goreta M. Neki brojčani pokazatelji primjene Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Socijalna Psihijatrija 1999;27(1-2):46-53.
14. Appelbaum PS. Almost a revolution: An international perspective on the Law of involuntary commitment. Journal of American Academy of Psychiatry and Law 1997;25:135.

15. Billick SB, Della Bella P, Burgert W. Competency to consent to hospitalization in the medical patient. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law* 1997;25:191.
16. Bloom JD, Williams MH, Land C, Hornbrook MC, Mahler J. Treatment Refusal Procedures and Services Utilization: A Comparison of involuntary hospitalized population. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law* 1997;25:349.
17. Rothenberg LS. The Relationship of clinical and legal perspectives regarding medical treatment decision making in four cultures. *Jahrbuch für Recht und Ethik* 1996;4:335.
18. Houston KG, Mariotto M. Outcomes for psychiatric patients following first admission: relationships with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychological Report* 2001;88:1012-1014.
19. Pokorny L, Shull RD, Nicholson RA. Dangerousness and disability as predictors of psychiatric patients' legal status. *Behavioral Science and Law* 1999;17(3):253-267.
20. Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatric Services* 1999;50(8):1049-1052.
21. Swanson J, Borum R, Swartz M, Hiday V. Violent behavior preceding hospitalization among persons with severe mental illness. *Law and Human Behaviour* 1999;23(2):185-204.
22. McFarland BH, Brunette M, Steketee K, Faulkner LR, Bloom JD. Long-term follow-up of rural involuntary clients. *Journal of Mental Health Administration* 1993;20(1):46-57.
23. Segal SP, Akutsu PD, Watson MA. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. *Psychiatric Services* 1998;49(9):1212-1217.
24. Leung PK, Faulkner LR, McFarland BH, Riley C. Indochinese patients in the civil commitment process. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law* 1993;21(1):81-89.
25. Engberg M. Involuntary commitment in Greenland, the Faroe Islands and Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1991;84(4):353-356.

26. Riecher A, Rossler W, Loffler W, Fatkenheuer B. Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychological Medicine* 1991;21(1):197-208.
27. Blank K, Vingiano W, Schwartz HI. Psychiatric commitment of the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 1989;2(3):140-144.
28. Malla A. Investigation of the criteria for involuntary admission to a general hospital. *Canadian Medical Association Journal* 1988;139(8):749-752.
29. Perlman BP, Kentera A, Thornton JC, Griffith B. Involuntary and voluntary psychiatric patients: a pilot study of resource consumption. *American Journal of Public Health* 1988;78(10):1347-1348.
30. Malla A, Norman RM, Helmes E. Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland. *Canadian Medical Association Journal* 1987;136(11):1166-1171.
31. Folnegović-Šmalc V, Ljubin T, Uzun S, Šendula-Jengiđ V. Involuntary admission in two psychiatric hospitals from different from different catchment areas in Croatia six months after implementation of the Law on Mental Health. *Društvena istraživanja* 2000;1(45):103-113.
32. Folnegović-Šmalc V, Uzun S, Ljubin T. Sex-specific characteristics of involuntary hospitalization in Croatia. *Nordic Journal of Psychiatry* 2000;54(1):55-59.
33. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih stanja (MKB-10). Medicinska naklada, Zagreb, 1994.
34. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised fourth edn. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
35. StatSoft, Inc. Statistica [computer program]. Version 6.0. Tulsa (OK, USA): StatSoft; 2001.
36. Jensen K. Mental Health Legislation in Europe. *International Bulletin of Law and Mental Health* 1994;5:12.
37. Kozumplik O, Jukić V, Goreta M. Involuntary hospitalizations of patients with mental disorders in Vrapče Psychiatric Hospital: Five years of implementation of the First Croatian Law on Protection of Persons with Mental Disorders. *Croatian Medical Journal* 2003;44:601-605.

38. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama: promjene i dodaci, Zagreb, NN 128/99.
39. Sanguineti VR, Samuel SE, Schwartz SL, Robeson MR. Retrospective study of 2,200 involuntary psychiatric admissions and readmissions. *American Journal of Psychiatry* 1996;153(3):392-396.
40. Sanguineti VR, Samuel SE, Schwartz SL, Robeson MR. Gender differences among civilly committed schizophrenia subjects. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22(4):653-658.
41. Rutkowski R. A study of involuntary treatment in psychiatric hospitals. *Psychiatria Polska* 1992;26(3-4):287-300.
42. Kozarić Kovačić D, Folnegović Šmalc V, Mimica N. Problemi tretmana alkoholičara. *Penološke teme* 1991;6:87-91.
43. Conclin JE. *Criminology*. New York: Macmillan Publishing Company; 1992.
44. Kozarić-Kovačić D. Alkoholičari počinitelji kaznenih djela protiv života i tijela. Zagreb: Policijska akademija, Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske; 1996.
45. Hayes S. Alcohol, criminal behaviour and mental abnormality. *Alcoholism* 1996;32:97-106.
46. Appelbaum PS, Gutheil TG. *Clinical handbook of psychiatry and the law*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1991.
47. Blackburn R. *The psychology of criminal conduct*. New York: Wiley; 1995.
48. Henn FA, Herjanic M, Vanderpearl RH. Forensic psychiatry: diagnosis and criminal responsibility. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1976;162:423-429.
49. Bland RC, Orn H. Psychiatric disorders, spouse abuse and child abuse. *Acta Psychiatrica Belgica* 1986;86:444-449.
50. Bland RC, Orn H. Family violence and psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 1986;31:129-137.
51. Swanson JW. Alcohol abuse, mental disorder, and violent behaviour: An epidemiologic inquiry. Special Issue: Alcohol, aggression, and injury. *Alcohol Health and Research World* 1993;17:123-132.

52. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hospital and Community Psychiatry* 1990;41:761-770.
53. Kozarić-Kovačić D. Neki psihodinamički aspekti agresivnosti u alkoholičara. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1984. (magistarski rad)
54. Binder RL, McNiel E, Binder RL. Effects of diagnosis and context on dangerousness. *American Journal of Psychiatry* 1988;145(6):728-732.
55. Lagos JM, Perlmutter K, Saexinger H. Fear of the mentally ill: Empirical support for the common man's response. *American Journal of Psychiatry* 1977;134:1134-1137.
56. Convit A, Isay D, Otis D, Volavka J. Characteristics of repeatedly assaultive psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry* 1990;41:1112-1115.
57. Kennedy MG. Relationship between psychiatric diagnosis and patient aggression. *Issues in Mental Health Nursing* 1993;14:263-273.
58. McNeil DE, Binder RL. The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis, and short-term risk of violence. *Hospital and Community Psychiatry* 1994;45:133-137.
59. Noble P, Rodger S. Violence by psychiatric in-patient. *British Journal of Psychiatry* 1989;155:384-390.
60. Tardiff K, Koenigsberg HW. Assaultive behaviour among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 1985;142:960-963.
61. Straznickas KA, McNiel DE, Binder RL. Violence toward family caregivers by mentally ill relatives. *Hospital and Community Psychiatry* 1993;44:385-387.
62. Asnis GM, Kaplan ML, Van-Praag HM, Sanderson WC. Homicidal behaviours among psychiatric outpatients. *Hospital and Community Psychiatry* 1994;45:127-132.
63. Klassen D, O'Connor WA. Predicting violence in schizophrenic and non-schizophrenic patients: A prospective study. *Journal of Community Psychology* 1988;16:217-227.
64. Klassen D, O'Connor WA. Crime, inpatient admissions, and violence among male mental patients. *International Journal of Law and Psychiatry* 1988;11:305-312.

65. Lundy MS, Pfohl BM, Kuperman S. Adult criminality among formerly hospitalized child psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993;32(3):568-576.
66. Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and crime. A longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry* 1990;157:345-350.
67. Link, B.G., Andrews, H. and Cullen, F.T. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *American Sociological Review* 1992;57:275-292.
68. Link, B.G., and Stueve, A. Evidence bearing on mental illness as a possible cause of violent behaviour. *Epidemiologic Reviews* 1995;17(1):172-181.
69. Lion, J.R., Synder, W. and Merrill, G.L. Underreporting of assaults on staff in a state hospital. *Hospital and Community Psychiatry* 1981;32:497-498.
70. Kaplan HI, Sadock BJ. *Priručnik kliničke psihijatrije*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
71. Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S. Involuntary First Admission of Patients With Schizophrenia as a Predictor of Future Admissions. *Psychiatric Services* 1999;50:1049-1052.
72. Sprengler A. Factors influencing assignment of patients to compulsory admission. *Social Psychiatry* 1986;21:113-122.
73. Reicher A, Rossler W, Loffler W, et al: Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychological Medicine* 1991;21:197-208.
74. Rabinowitz J, Massad A, Fennig S: Factors influencing disposition decisions for patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services* 1995;46:712-718.
75. Rabinowitz J, Slyuzberg M, Salamon I, et al. Differential use of admission status in psychiatric emergency room. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1995; 23:595-606.
76. Swartz MS, Swanson JW, Wagner H, Burns B, Hiday V, Borum R. Can Involuntary Outpatient Commitment Reduce Hospital Recidivism? Findings From a Randomized Trial With Severely Mentally Ill Individuals. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1968-1975.

77. Swartz MS, Swanson JW. Involuntary outpatient commitment, Community treatment orders, and assisted outpatient treatment: What's in the data? *Canadian Journal of Psychiatry* 2004;49(9):585-591.
78. Geller JL. Clinical encounters with outpatient coercion at the CMHC: questions of implementation and efficacy. *Community Mental Health Journal* 1992;28:81-94.
79. Swartz MS, Burns BJ, Hiday VA, et al. New directions in research on involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services* 1995;46:381-385.
80. Fernandez GA, Nygard S. Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina. *Hospital and Community Psychiatry* 1990;41:1001-1004.
81. Appelbaum PS. Outpatient commitment: the problems and the promise (editorial). *American Journal of Psychiatry* 1986;143:1270-1272.
82. Ajzenstadt M, Aviram U, Kalian, M, Kanter A. Involuntary outpatient commitment in Israel: treatment or control? *International Journal of Law and Psychiatry* 2001;24:637–657.
83. O'Reilly RL. Does involuntary outpatient work? *Psychiatric Bulletin* 2001;25:371– 374.
84. Preston NJ, Kisely S, Xiao J. Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *British Medical Journal* 2002;324:1244 –1248.
85. Power P. Community treatment orders: the Australian experience. *Journal of Forensic Psychiatry* 1999;10:9–15.
86. Dedman P. Community treatment orders in Victoria, Australia. *Psychiatric Bulletin* 1990;14:462– 464.
87. Mulvany J. Compulsory community treatment: Implications for community health workers. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 1993;2:183–189.
88. Sensky T, Hughes T, Hirsch S. Compulsory psychiatric treatment in the community. I. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the Mental Health Act: special characteristics of patients treated an impact of treatment. *British Journal of Psychiatry* 1991;158:792–799.

89. O'Keefe C, Potensa DP, Mueser KT. Treatment outcomes for severely mentally ill patient on conditional discharge to community-based treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997;185:409–411.
90. Swartz MS, Burns BJ, Hiday VA, George LK, Swanson JW, Wagner HR, et al. New directions in research on involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services* 1995;46:381–385.
91. http://abcnews.go.com/sections/living/InYourHead/allinyourhead_25.html
92. Goreta M, Peko-Čović I, Buzina N. Psihijatrijska vještačenja: Zbirka ekspertiza. Knjiga prva: kazneno pravo. Zagreb: Naklada Zadro, Psihijatrijska bolnica Vrapče; 2004.

9. PRILOG

PRISILNE HOSPITALIZACIJE: UPITNIK (br:)

Datum:

INICIJALI ISPITANIKA: _____

A. DEMOGRAFSKI PODACI

1. DOB (god.) _____

2. SPOL a) muški b) ženski

3. ŠKOLSKA SPREMA

- a) nije se školovao/la
- b) nezavršena OŠ
- c) osmogodišnja škola
- d) nezavršena srednja škola
- e) srednja škola
- f) nezavršena viša škola
- g) viša škola
- h) nezavršeni fakultet
- i) fakultet
- j) nepoznato

4. ZANIMANJE

- a) bez zanimanja
- b) radnik/ica
- c) službenik/ica
- d) poljoprivrednik/ica
- e) umirovljenik/ica
- f) na školovanju
- g) ostalo (što): _____

5. ZAPOSLENOST

- a) nezaposlen/a
- b) nezaposlen/a (na Zavodu za zapošljavanje)
- c) u radnom odnosu
- d) umirovljenik/ica
- e) na školovanju
- f) poljoprivrednik/ica
- g) domaćica
- h) ostalo (što) _____

6. BRAČNI STATUS

- a) oženjen/udata
- b) neoženjen/neudata
- c) rastavljen/a
- d) udovac/ica
- e) izvanbračna zajednica

7. BROJ DJECE _____

B. PSIHOSOCIJALNA OBILJEŽJA

1. DJETINJSTVO DO 15-TE GODINE

- a) oba roditelja
- b) jedan roditelj
- c) jedna osoba u ulozi roditelja
- d) djedovi i bake ili drugi članovi obitelji
- e) usvojitelji
- f) dom
- g) druge odgojne ustanove
- h) hranitelji

2. RAZDVAJANJE OD RODITELJA

- a) da - dulje od jedne godine u razdoblju od 0-5 godina
- b) da – dulje od godinu dana u razdoblju od 5-15. godina
- c) da - u oba razdoblja
- d) ne

3. SMRT RODITELJA DO 15. GODINE

- a) da
- b) ne
- c) smrt majke (dob ispitanika) _____
- d) smrt oca (dob ispitanika)_____
- e) nepoznato

4. OBITELJSKA ADAPTACIJA

- a) loša
- b) osrednja
- c) dobra
- d) bez obitelji

5. RADNA ADAPTACIJA

- a) loša
- b) osrednja
- c) dobra
- d) nikada nije radio/la

C. MEDICINSKA OBILJEŽJA

1. RANIJE PSIHIJATRIJSKO LIJEČENJE (bolnički tretman)

- a) da (broj puta ____)
- b) ne

AKO DA:

- a) dobrovoljna hospitalizacija (broj puta __)
- b) prisilna hospitalizacija (broj puta __)

2. DIJAGNOSTIČKA KATEGORIJA (otpusne dijagnoze):

3. DULJINE BOLNIČKIH TRETMANA (u danima_____)

4. SAMOVOLJNO NAPUŠTAO LIJEČENJE

- a) da (broj puta____)
- b) ne

5. POKUŠAJ SAMOUBOJSTVA

- a) da
- b) ne

6. DUŠEVNI POREMEĆAJI U BLIŽEM SRODSTVU

- a) sindrom demencije
- b) ovisnost o alkoholu
- c) ovisnost o opijatima
- d) shizofrenija i drugi psihotični poremećaji
- e) poremećaj raspoloženja
- f) anksiozni poremećaj
- g) poremećaj ličnosti
- h) bez bolesti ili poremećaja
- i) nepoznato

C.1. PODACI VEZANI UZ SADAŠNJE BOLNIČKO LIJEČENJE

1. NEPOSREDAN POVOD DOLASKA U BOLNICU

- a) fizička agresivnost prema članovima obitelji
- b) verbalna agresivnost prema članovima obitelji
- c) fizička agresivnost prema drugim osobama
- d) verbalna agresivnost prema drugim osobama
- e) strah okoline od nemogućnosti kontrole ponašanja bolesnika
- f) pokušaj suicida
- g) intoksikacija
- h) nešto drugo (što)_____

2. OKOLNOSTI DOLASKA U BOLNICU

- a) došao bez pratnje
- b) došao u pratnji članova obitelji javnim ili osobnim prijevozom
- c) dovezen kolima hitne medicinske pomoći
- d) dovezen kolima hitne medicinske pomoći u pratnji policije
- e) dovezen kolima hitne medicinske pomoći u pratnji članova obitelji
- f) dovezen kolima hitne medicinske pomoći u pratnji policije i članova obitelji
- g) nešto drugo (što):_____

3. DOMINANTNO OBILJEŽJE PSIHIČKOG STANJA PRI PRIJEMU

- a) kvantitativni poremećaji svijesti (sommelencija, sopor)
- b) kvalitativni poremećaji svijesti (delirij, sumračno stanje, konfuzno-oneroidno stanje)
- c) paranoidnost
- d) halucinatorna proživljavanja
- e) fenomen depersonalizacije/derealizacije
- f) disocirani misaoni tijek
- g) negativni simptomi
- h) katatoni nemir
- i) katatoni stupor
- j) akutna intoksikacija
- k) simptomi sustezanja od psihoaktivnih tvari
- l) agresivnost prema okolini
- m) suicidalnost
- n) depresivnost
- o) manično raspoloženje
- p) apatija
- r) emocionalna labilnost
- s) anksioznost
- t) poremećaj ritma sna i budnosti
- u) panični napadi
- v) dezorganiziranost
- z) ostalo (što)_____

4. FIZIČKA INTERVENCIJA PRI PRIJEMU U BOLNICU

- a) da
- b) ne

5. ZNAKOVI INTOKSIKACIJE PRI PRIJEMU U BOLNICU

- a) da
- b) ne

6. SIMPTOMI SUSTEZANJA OD PSIHOAKTIVNIH TVARI PRI PRIJEMU U BOLNICU

- a) da
- b) ne

7. SADAŠNJE PSIHIJATRIJSKO LIJEČENJE (bolnički tretman)

- a) dobrovoljna hospitalizacija
- b) prisilna hospitalizacija

8. TRAJANJE BOLNIČKOG TRETMANA (u danima ____)

9. DIJAGNOSTIČKA KATEGORIJA (otpusne dijagnoze)

10. PROCJENA UVIDA U BOLEST

- a) nema uvida u svoju bolest
- b) ima djelomičan uvid u svoju bolest (prepoznaje dio simptoma i shvaća da su dio bolesti)
- c) ima uvid u svoju bolest

11. ODNOS PREMA POTREBI PSIHIJATRIJSKOG LIJEČENJA

- a) bolničko liječenje je potrebno
- b) ne izražava svoje mišljenje o potrebi bolničkog/ambulantnog liječenja
- c) nesiguran je spram potrebe bolničkog liječenja
- d) smatra da nije potrebno bolničko nego ambulantno liječenje
- e) nikakav oblik liječenja nije potreban

12. AMBULANTNO LIJEČENJE IZMEĐU PRETHODNOG I SADAŠNJEG BOLNIČKOG LIJEČENJA

- a) provođeno je redovito ambulantno liječenje
- b) ambulantno liječenje je bilo neredovito
- c) nije provođeno ambulantno liječenje

D. FORENZIČKA OBILJEŽJA

1. RANIJE NASILNO PONAŠANJE

- a) da
- b) ne

2. RANIJE KAŽNJAVANJE

- a) da
- b) ne

3. RANIJA VJEŠTAČENJA

- a) Da (koliko puta____)
- b) Ne

AKO DA:

4. RAZLOG VJEŠTAČENJA

- a) zbog prisilne hospitalizacije
- b) u kaznenom/prekršajnom postupku

AKO JE ZBOG POČINJENJA KAZNENOG DJELA:

5. STRUKTURA KAZNENIH DJELA ZBOG KOJIH JE RANIJE VJEŠTAČEN

- a) Ubojstvo
- b) Pokušaj ubojstva
- c) Teška tjelesna ozljeda
- d) Laka tjelesna ozljeda
- e) Kaznena djela protiv privatne i društvene imovine
- f) Kaznena djela protiv dostojanstva ličnosti i morala
- g) Kaznena djela protiv opće sigurnosti ljudi i imovine
- h) Kaznena djela protiv braka, obitelji i mladeži
- i) Kaznena djela protiv sigurnosti javnog prometa

6. OCJENA UBROJIVOSTI U RANIJIM VJEŠTAČENJIMA

- a) Ubrojiv
- b) Ubrojivost smanjena, ali ne bitno
- c) Ubrojivost bitno smanjena
- d) Neubrojiv

7. DRUŠTVENA OPASNOST (ocjena liječnika-vještaka)

- a) Da
- b) Djelomično
- c) Ne

8. PREPORUKE VJEŠTAKA U RANIJIM VJEŠTAČENJIMA

- a) Obvezatno psihijatrijsko liječenje – stacionarno
- b) Obvezatno psihijatrijsko liječenje – ambulantno
- c) Obvezatno liječenje alkoholičara i narkomana
- d) Ambulantno liječenje
- e) Bez preporuke

ŽIVOTOPIS

Rođen sam 8. svibnja 1975. godine u Montrealu, Kanada. U Zagrebu sam završio Matematičku gimnaziju. Diplomirao sam na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 2000. godine. Pripravnički staž obavio sam kao zaposlenik Psihijatrijske bolnice Vrapče. Stručni ispit sam položio 2001. godine. Iste godine upisao sam doktorski studij Biomedicina i zdravstvo na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Specijalistički staž iz psihijatrije započeo sam u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče 2002. godine. Tijekom 2003. g. prijavio sam temu doktorske disertacije pod nazivom «Čimbenici u primjeni mjera prisilnog liječenja osoba s duševnim poremećajima», koja je prihvaćena od komisije Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Prisustvovao sam brojnim međunarodnim i domaćim stručnim i znanstvenim skupovima, na kojima sam imao aktivno učešće. Također sam uključen u znanstvene i stručne aktivnosti Psihijatrijske bolnice Vrapče. Do sada sam objavio 4 rada u časopisima indeksiranim u *current contents*, te niz radova koji su objavljeni u znanstvenim i stručnim časopisima kod nas i u svijetu. Jedan sam od autora udžbenika pod nazivom "Nuspojave psihofarmaka" na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. U svom svakodnevnom stručnom i znanstvenom radu bavim se problematikom bolesnika s mentalnim poremećajima, a rezultat toga je i ova disertacija.

