

Utjecaj stigmatizacije osoba s duševnim smetnjama na traženje psihijatrijske pomoći

Banić, Nikola

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:957573>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-15**

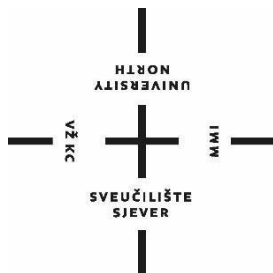


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



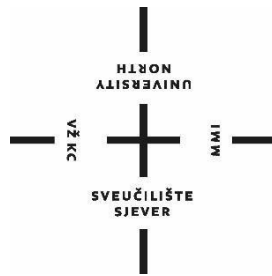
DIPLOMSKI RAD br. 275/SSD/2023

**UTJECAJ STIGMATIZACIJE OSOBA S
DUŠEVNIM SMETNJAMA NA TAŽENJE
PSIHIJATRIJSKE POMOĆI**

Nikola Banić

Varaždin, veljača 2024.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Diplomski studij sestrinstva



DIPLOMSKI RAD br. 275/SSD/2023

**UTJECAJ STIGMATIZACIJE OSOBA S
DUŠEVNIM SMETNJAMA NA TRAŽENJE
PSIHIJATRIJSKE POMOĆI**

Student:

Nikola Banić,0336028787

Mentor:

izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić

Varaždin, veljača 2024.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Nikola Banić	JMBAG	0336028787
DATUM	10.07.2023	KOLEGIJ	Nacrt diplomskog rada
NASLOV RADA	Utjecaj stigmatizacije osoba s duševnim smetnjama na traženje psihijatrijske pomoći		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The impact of stigmatization of people with mental disorders on seeking psychiatric help		
MENTOR	dr.sc. Ribić Rosana	EVANJE	Izvanredni profesor
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Ivana Živoder, predsjednica		
	2. izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, mentorica		
	3. doc.dr.sc. Sonja Obrančić, član		
	4. doc.dr.sc. Ivo Dumić Čule, zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

OPIS	275/SSD/2023
OPIS	<p>Psihički problemi predstavljaju veliki globalni javno zdravstveni problem, no zbog stigmatizacije osoba s duševnim smetnjama rijetki potraže pomoć zbog stigme okoline prema psihijatriji kao grani medicine, ali i kao duševnim bolesnicima kao osobama. U okviru diplomskog rada potrebno je istražiti utjecaj stigmatizacije na traženje psihijatrijske pomoći kod populacije bolesnika, odnosno procijeniti razinu utjecaja stigmatizacije na traženje psihijatrijske pomoći te ispitati postoji li razlika u broju zatraženih pomoći ovisno o mjestu stanovanja (ruralno ili urbano područje). Presječno istraživanje će se provesti u Općoj bolnici Varaždin, na odjelu za psihijatriju. U istraživanju će sudjelovati osobe koje su bile hospitalizirane ili prošle kroz polikliniku ili dnevnu bolnicu. U okviru rada potrebno je rezultate istraživanja sustavno prikazati te usporediti ih s rezultatima sličnih studija.</p>

ZADATAK BRUČEN

12.07.2023.



Sažetak

Uvod: U današnjem društvu, svjesnost o mentalnom zdravlju sve više raste, no unatoč tomu, stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama ostaje ozbiljan izazov. Stigmatizacija ne samo da ograničava integraciju pojedinaca s mentalnim poremećajima u društvo, već ima i ozbiljan utjecaj na njihovu sklonost traženju psihijatrijske pomoći. Ovaj diplomski rad istražuje dublje povezanost između stigmatizacije i odluke o traženju psihijatrijske pomoći te donosi relevantne spoznaje izvedene iz provedene ankete.

Cilj: Cilj ovog istraživanja jest analizirati kako stigmatizacija utječe na percepciju osoba s duševnim smetnjama o traženju pomoći od strane stručnjaka u području mentalnog zdravlja.

Metode: U svrhu istraživanja konstruirana je anketa, te se provela retrospektivna kohortna studija. Ispitanike su činile osobe koje su prošle kroz psihijatrijsku obradu bilo kroz polikliniku ili stacionar. Statistička obrada i analiza podataka učinjena je u kompjutorskom programu SPSS Statistics.

Rezultati: Anketom je obuhvaćeno 120 ispitanika sa područja varaždinske županije. Korišten je uzorak ($n = 120$), a anketa je provedena u lipnju i srpnju 2023. godine. Nakon analize podataka došlo se do zaključka da stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama utječe na traženje psihijatrijske pomoći, ali se statistički bitno ne razlikuje traženje psihijatrijske pomoći između ispitanika koji se osjećaju stigmatizirano i onih koji se tako ne osjećaju.

Zaključak: U zaključku ovog istraživanja, ističe se da rezultati ankete nisu podržali hipoteze postavljene na početku rada. Unatoč pretpostavkama o negativnom utjecaju stigmatizacije na traženje psihijatrijske pomoći, naši nalazi ukazuju na kompleksnu dinamiku koja je suptilnija nego što se prethodno predviđalo. Stoga, nije moguće jednostavno generalizirati da stigmatizacija ima univerzalan utjecaj na odluke pojedinaca o traženju pomoći za duševne smetnje.

Ključne riječi: stigmatizacija, psihijatrijska pomoć, duševne smetnje, utjecaj stigmatizacije, podrška okoline

Summary

Introduction: In today's society, awareness of mental health is steadily increasing; however, despite this, the stigmatization of individuals with mental disorders remains a serious challenge. Stigmatization not only hinders the integration of individuals with mental disorders into society but also significantly influences their inclination to seek psychiatric help. This master's thesis explores the deeper connection between stigmatization and the decision to seek psychiatric assistance, presenting relevant findings derived from a conducted survey.

Objective: The aim of this research is to analyze how stigmatization affects the perception of individuals with mental disorders regarding seeking help from mental health professionals.

Methods: For the purpose of the research, a survey was constructed, and a retrospective cohort study was conducted. The participants consisted of individuals who underwent psychiatric treatment either through outpatient clinics or inpatient facilities. Statistical processing and data analysis were performed using the SPSS Statistics computer program.

Results: The survey included 120 respondents from the Varaždin County area. A convenience sample ($n = 120$) was used, and the survey was conducted in June and July 2023. After analyzing the data, it was concluded that stigmatization of individuals with mental disorders influences the seeking of psychiatric help, but there is no statistically significant difference in seeking psychiatric help between respondents who feel stigmatized and those who do not.

Conclusion: In the conclusion of this research, it is emphasized that the survey results did not support the hypotheses posited at the beginning of the study. Despite assumptions about the negative impact of stigmatization on seeking psychiatric help, our findings indicate a more nuanced and subtle dynamic than previously anticipated. Therefore, it is not possible to simply generalize that stigmatization universally influences individuals' decisions to seek help for mental health issues.

Keywords: stigmatization, psychiatric assistance, mental disorders, impact of stigmatization, social support.

Sadržaj

1. UVOD.....	1
2. STIGMATIZACIJA OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA.....	3
2.1.Stigmatizacija	5
2.2.Stigmatizacija u društvu i tko joj doprinosi	8
2.3.Stavovi zdravstvenih stručnjaka.....	9
2.4.Samostigma i korektna stigma.....	11
2.5.Strategije intervencije	12
3. UTJECAJ STIGMATIZACIJE NA TRAŽENJE PSIHIJATRIJSKE POMOĆI	14
3.1.Stigmatizacija i traženje psihijatrijske pomoći.....	14
3.2.Namjera traženja pomoći i teorija racionalnog ponašanja.....	17
3.3.Izmjene stavova prema traženju pomoći.....	18
4. SOCIJALNI ASPEKTI TRAŽENJA PSIHIJATRIJSKE POMOĆI	20
4.1.Utjecaj javnozdravstvenih programa na traženje psihijatrijske pomoći.....	21
5. PROMOCIJA MENTALNOG ZDRAVLJA	23
5.1.Mobilna aplikacija za mentalno zdravlje.....	23
6.I STRAŽIVAČKI DIO RADA	27
6.1.Cilj istraživanja	27
6.2.Hipoteze	27
6.3. Ispitanici i metode istraživanja.....	27
6.3.1.Uvod u statističku analizu	Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.
6.3.2. Metode statističke analize	28
7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	30
7.1. Deskriptivna statistička analiza	30
7.2. Inferencijalna statistička analiza	38
8. RASPRAVA	45
9. ZAKLJUČAK	51
10. LITERATURA	52

1. UVOD

U današnjem društvu, svjesnost o mentalnom zdravlju sve više raste, no unatoč tomu, stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama ostaje ozbiljan izazov. Stigmatizacija ne samo da ograničava integraciju pojedinaca s mentalnim poremećajima u društvo, već ima i ozbiljan utjecaj na njihovu sklonost traženju psihijatrijske pomoći. Svjetska zdravstvena organizacija je iznijela podatak da je približno 20-25% globalne populacije tijekom svog života suočeno s mentalnim ili neuropsihijatrijskim poremećajem. U Europi, gotovo trećina odrasle populacije je u 2017. godini iskusila određeni oblik mentalne bolesti, pri čemu je trećina te populacije imala iskustva s više od jednog problema vezanog uz mentalno zdravlje ili zloupotrebu supstanci [1]. Iako su ovi podaci alarmantni, važno je napomenuti da mentalna bolest i dalje ostaje jedna od najstigmatiziranijih ljudskih stanja [2].

Stigma, koja se definira kao skup negativnih stavova i uvjerenja, može prouzročiti ozbiljne posljedice poput negativnog označavanja, socijalne izolacije, ograničenih mogućnosti zapošljavanja te otežanog pristupa pomoći [3,4]. Ovaj negativni stigmatizirajući okvir značajno ograničava životne mogućnosti osoba koje pate od mentalnih poremećaja. Unatoč ozbiljnim posljedicama, istraživanja ukazuju na to da samo manjina osoba s mentalnim smetnjama dobiva odgovarajuće liječenje, a još manje njih prima visokokvalitetnu terapiju [5].

Glavni razlog ovog problema leži u strahu od predrasuda i stigme, što rezultira time da mnogi ljudi koji se bore s mentalnim poremećajima izbjegavaju potražiti stručnu pomoć ili to čine s odgodom [6]. Važno je istražiti načine kako prevladati ove prepreke i stvoriti podražavajuću okolinu koje će poticati ljude da potraže pomoć bez straha od negativnih posljedica.

Stigma, karakterizirana društvenim predrasudama i diskriminacijom, duboko utječe na psihijatrijsku skrb, stvarajući prepreke pravovremenom prepoznavanju i liječenju poremećaja mentalnog zdravlja [7]. Ukorijenjena u društvenim normama, stigma je složen problem koji prožima svaki nivo psihijatrijske skrbi, dovodeći do odgođenog liječenja, povećane morbiditeta te smanjene kvalitete života pacijenata. Važnost suočavanja sa stigmom u psihijatriji ne može se precijeniti, jer stigma utječe na pojedince koji traže skrb, njihove obitelji, zdravstvene profesionalce i šire društvo. Na individualnoj razini, stigma može izazvati strah i izbjegavanje mentalnih zdravstvenih usluga, uzrokujući odgode u traženju pomoći čak i kada je pacijent u ozbiljnoj potrebi. Kašnjenje u traženju skrbi može pogoršati mentalna stanja, dovodeći do loših ishoda i smanjene

kvalitete života [8]. Za obitelji, stigma može uzrokovati sram i izolaciju, otežavajući traženje potrebne podrške i resursa. Zanimljivo je da stigma kod zdravstvenih stručnjaka može dovesti do iscrpljenosti i demoralizacije, smanjujući kvalitetu i pružanje skrbi. Stigmatizacija također može stvarati prepreke između pružatelja zdravstvene skrbi i pacijenata, komplicirajući uspostavu povjerenja i terapijskih odnosa, što je ključno za učinkovitu skrb [7]. Za društvo u cjelini, stigma može rezultirati nepravilnom raspodjelom resursa, s mentalnim zdravstvenim uslugama koje su često nedovoljno financirane i zanemarene [9].

Stigma ima duboke učinke na osobnoj i društvenoj razini, negativno utječući na različite razine kontinuuma psihijatrijske skrbi. suočavanje sa stigmom vezanom uz mentalno zdravlje može značajno poboljšati učinkovitost psihijatrijske skrbi. U tu svrhu, razvoj programa i strategija koji potiču kulturu razumijevanja i prihvaćanja može potaknuti više pojedinaca da potraže pomoć kada im je potrebna, poboljšavajući rano prepoznavanje i intervenciju, što je ključno za bolje zdravstvene ishode. Nadalje, izazivanje i mijenjanje stigmatizirajućih stavova može poboljšati terapijski odnos između pružatelja zdravstvene skrbi i pacijenata, dovodeći do personaliziranih i učinkovitijih strategija liječenja. Stigma, međutim, nije monolitna pojava, već varira između kultura, pod utjecajem različitih društvenih normi, vrijednosti i uvjerenja. Razumijevanje ovih kulturnih varijacija ključno je za razvoj učinkovitih, kulturno osjetljivih intervencija [10].

Cilj ovog istraživanja jest analizirati kako stigmatizacija utječe na percepciju osoba s duševnim smetnjama o traženju pomoći od strane stručnjaka u području mentalnog zdravlja. Kroz pažljivu analizu anketnih podataka, istražiti ćemo različite dimenzije stigmatizacije koje utječu na samopouzdanje pojedinaca da potraže pomoć, kao i prepreke koje ih mogu spriječiti u koracima ka poboljšanju vlastitog mentalnog zdravlja. Osim toga, rad će istražiti i potencijalne strategije koje bi mogle doprinijeti smanjenju stigmatizacije i potaknuti osobe s duševnim smetnjama na aktivnije sudjelovanje u procesu brige o vlastitom mentalnom zdravlju. Kroz sveobuhvatnu analizu rezultata ankete, ovaj diplomski rad će pružiti dublje uvide u kompleksnu dinamiku između stigmatizacije i pružanja psihijatrijske pomoći te predložiti moguće intervencije koje bi mogle poboljšati stanje u tom području.

2. STIGMATIZACIJA OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA

Mentalni poremećaji, znatno više nego bilo koji drugi oblik bolesti, podliježu negativnim prosudbama i stigmatizaciji. Mnogi pacijenti ne samo da se moraju nositi s često razornim posljedicama svoje bolesti, već također trpe socijalnu isključenost i predrasude. Stigmatizacija mentalno bolesnih ima dugu tradiciju, a sam pojam "stigmatizacija" nosi negativne konotacije. U antičkoj Grčkoj, "stigma" označavalo je žig kojim su označavani robovi ili zločinci. Tijekom tisućljeća, društvo nije puno bolje postupalo s osobama koje boluju od depresije, autizma, shizofrenije i drugih mentalnih bolesti nego s robovima ili zločincima: bili su zatvarani, mučeni ili ubijani. Tijekom srednjeg vijeka, mentalna bolest smatrana je kaznom od Boga. Smatralo se da su oboljeli opsjednuti đavolom te su spaljivani na lomači ili zatvarani u kazamate i ludnice, gdje su bili vezani za zidove ili krevete. Tijekom prosvjetiteljstva, mentalno bolesnici konačno su oslobođeni okova, a osnovane su institucije kako bi se pomoglo oboljelima od mentalnih bolesti. Međutim, stigmatizacija i diskriminacija dosegle su nesretni vrhunac tijekom nacističke vlasti u Njemačkoj, kada je stotine tisuća mentalno bolesnih osoba ubijeno ili prisilno sterilizirano. Stigmatizacija mentalnih bolesti i dalje predstavlja važan društveni problem. Opća populacija uglavnom je neupućena u ovaj problem, a strah od mentalno bolesnih i dalje je prisutan. Iako više ne zatvaramo, spaljujemo ili ubijamo mentalno bolesne kao u srednjem vijeku ili nacističkoj Njemačkoj, naši društveni standardi i stavovi ipak nisu dostojni modernih država blagostanja. Strukturalna diskriminacija mentalno bolesnih i dalje je raširena, bilo da se radi o zakonodavstvu ili naporima za rehabilitaciju.

Stigma se može opisati na tri konceptualne razine: kognitivnoj, emocionalnoj i ponašajnoj, što nam omogućuje razdvajanje čistih stereotipa od predrasuda i diskriminacije. Stereotipi se odnose na unaprijed oblikovane stavove prema pripadnicima određenih skupina, poput etničkih ili vjerskih skupina, bijelaca i crnaca, Europljana i Latinoamerikanaca, Židova i muslimana, te mentalno oboljelih. Najistaknutiji stereotipi vezani uz mentalno oboljele pretpostavljaju opasnost, nepredvidljivost i nepouzdanost; osobe s shizofrenijom najviše su pogođene takvim stajalištima. Stereotipi nisu nužno pogrešni ili negativni, jer nam mogu pomoći da brzo donesemo prosudbe o osobama koje dijele određene karakteristike. Stereotipi nam tako omogućuju suočavanje s određenom situacijom ili prilagodbu istoj bez potrebe za dodatnim informacijama o osobama uključenim. Ako bismo tražili upute, pristupili bismo policijskom službeniku na drugačiji način

nego staroj dami; naši stereotipi o policijskim službenicima i starim damama pomoći će nam da usvojimo odgovarajuće ponašanje [11].

Kako bismo donijeli pošteno i racionalno prosuđivanje o pojedincima, potrebne su nam dodatne informacije osim pozivanja na stereotipe. U slučajevima mentalnih bolesti, stereotipi stoga mogu postati disfunkcionalni jer obično aktiviraju generalizirane, umjesto prilagođenih uzoraka odgovora; proturječne informacije čak mogu ojačati stereotipe jer "izuzeci potvrđuju pravilo". U slučaju mentalno oboljelih, možemo utvrditi je li osoba doista opasna, nepredvidljiva ili nepouzdana samo ako uložimo trud da je bolje upoznamo. U slučajevima mentalnih bolesti, stereotipi stoga mogu postati disfunkcionalni jer obično potiču generalizirane, umjesto prilagođenih obrazaca odgovora.

Ovaj scenarij postaje još složeniji s predrasudama koje su suglasne emocionalnim reakcijama na stereotip ili stereotipiziranu osobu. Predrasuda prema mentalno oboljelima može obuhvaćati reakciju ili stav "Bojim se shizofreničara jer su opasni i nepredvidljivi". To mijenja kontekst s "osoba koja pati od shizofrenije" na "shizofreničar", kao da ta bolest karakterizira cijelu osobu. Stereotipi i predrasude mogu zatim dovesti do diskriminacije pojedinaca ili cijele skupine kao ponašajnog odgovora: "Mentalno oboljele treba zatvoriti jer su opasni i nepredvidljivi" ili "Ne možemo zaposliti osobu s mentalnim bolestima jer su nepouzdana". Istraživanje stigmatizacije uključuje specijaliziranu disciplinu društvenih znanosti koja se široko preklapa s istraživanjem stavova u društvenoj psihologiji. Znanstveni koncept stigme mentalnih poremećaja prvi put je razvijen sredinom 20. stoljeća, najprije teorijski, a zatim i empirijski u 1970-ima. Knjiga "Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity", objavljena 1963. godine od strane američkog sociologa Erwina Goffmana, postavila je temelje za istraživanje stigme kao znanstvene discipline i opisala kako se stigmatizirane osobe nose s izazovom [11]. Nekoliko godina kasnije, esej Thomasa Scheffa izazvao je mnogo rasprava jer je kontroverzno opisao mentalne poremećaje kao posljedicu procesa označavanja. Scheffovu ideju kasnije je modificirao Bruce Link, koji je razlikovao različite korake u preuzimanju uloge osobe s mentalnim poremećajem. Prvi korak u označavanju mentalno bolesnih uključivao bi društvene norme i standarde, te utjecaj odstupanja od njih: oboljeli sve više povlače iz društvenih interakcija kako bi izbjegli negativne reakcije, čime smanjuju svoje sudjelovanje u društvu i normalnom životu. Ovaj društveni povlačenje i izolacija

smanjuju samopouzdanje i, zauzvrat, povećavaju ranjivost za psiho-socijalni stres. Stoga su društvene mreže mentalno bolesnih obično vrlo male i ograničene [11].

2.1. Stigmatizacija

Riječ "stigma," izvedena iz grčkog jezika, znači 'naglasiti, istaknuti, označiti'. Njezina povijesna upotreba često je bila povezana s označavanjem pripadnosti skupini dvojnog morala, koju je društvo smatralo izbjegavajućom. U srednjem vijeku, taj je pojam proširen na tjelesna oboljenja, kao što je lepra. Stigmatizacija oboljelih bila je prisutna u različitim kulturama, a danas i dalje nosi negativno značenje. Stigmatizacija je kroz povijest bila usmjerena prema rasnoj pripadnosti, etnicitetu, spolu, socijalnom statusu, spolnoj orijentaciji te tjelesnom i mentalnom funkcioniranju. Zanimljivo je napomenuti da je negativni stav prema osobama s psihičkim bolestima izraženiji nego prema onima s tjelesnim oboljenjem. Ova stigmatizacija dovela je do negativnih konotacija povezanih s riječima poput "ludnica." Stigma je često povezana s pojmom etiketiranja, što uključuje dodjeljivanje etiketa određenoj skupini ljudi od strane okoline. Etiketiranje stvara razlike između skupina koje objektivno ne moraju postojati, što dodatno otežava postavljanje jasne granice između duševnog zdravlja i bolesti [12].

Erving Goffman naglašava da stigmatizirane osobe često doživljavaju manju vrijednost i manje ljudskosti. On tvrdi da se stigma psihijatrijskih pacijenata temelji na teorijama moralne slabosti, opasnosti, zaraznosti i krivnje za vlastitu bolest [12].

Koncept Patricka Corrigan ukazuje na to da su stereotipi temelj svake stigmatizacije. U medijima se često pojavljuju tri stereotipa o psihijatrijskim pacijentima: kao manijaci i potencijalne ubojice; kao buntovnici koji se ne uklapaju u društvena pravila; i kao djetinjasti s nerealnim mišljenjima o svijetu. Dodatno, prisutno je mišljenje da su sami odgovorni za svoje stanje, što je posebno izraženo kod bolesti ovisnosti [12].

Stigmatizacija se mijenja kroz vrijeme, no njezin negativan utjecaj na osobe s psihičkim bolestima ostaje izazov koji društvo mora aktivno adresirati [13].

Stigmatizacija često ide ruku pod ruku s diskriminacijom, koja proizlazi iz predrasuda i stereotipa. Osobe oboljele od psihičkih bolesti suočavaju se s poteškoćama u zapošljavanju i pronalaženju stambenog prostora. Također, često su lakše optužene za kaznena djela, a pristup pomoći može im biti uskraćen. Konceptualno, stigmatizacija se razvija kada oboljela osoba prihvati nametnute

predrasude i ponaša se u skladu s njima, što može rezultirati emocionalnim reakcijama poput stida i niskog samopoštovanja [12].

Stigmatizacija može imati i osobnu i društvenu dimenziju. Oboljela osoba može internalizirati stigmju i razviti negativne uvjerenja o vlastitoj sposobnosti, opasnosti i slabosti. Posljedice stigmatizacije mogu biti raznolike. Dok stigmatizacija manjina može povećati njihovo samopoštovanje, oboljele osobe često doživljavaju smanjenje samopouzdanja [12].

Posljedice stigmatizacije ne moraju uvijek biti negativne. Neki pojedinci mogu koristiti stigmatizaciju kao sredstvo podizanja vlastitog samopoštovanja i identifikacije s određenom skupinom. Međutim, prihvaćanje ili odbijanje etikete može imati ključnu ulogu u utjecaju stigmatizacije na pojedinca. Ako osoba ne prihvaća nametnutu etiketu, može postati ravnodušna i nezainteresirana za društvenu pripadnost. S druge strane, prihvaćanje stigme može rezultirati niskim samopoštovanjem [13].

Emocionalne reakcije na stigmatizaciju mogu varirati od bijesa do borbe za prava pacijenata. Oboljele osobe često moraju suočiti s nerazumijevanjem okoline koje otežava povratak na radno mjesto ili pronalazak posla. Diskriminacija na radnom mjestu dodatno komplicira život oboljelih. Poslodavci često nisu spremni pružiti podršku, a sredstva izdvajaju za psihičke programe znatno manje nego za druge medicinske potrebe. Zbog stigmatizacije, mnogi oboljeli izbjegavaju traženje stručne pomoći, što može produbiti njihovo stanje. Stigmatizacija također povećava rizik od razvoja depresije, a oporavak može biti dugotrajan. Važno je naglasiti da društvena stigmatizacija ima dubok utjecaj na pojedince, otežavajući im borbu s mentalnim izazovima.

Unatoč naporima da se smanji stigmatizacija psihički oboljelih, ona ostaje prisutna u društvu, a izazovi posebno dolaze iz zdravstvenog sektora. Istraživanja potvrđuju da i dalje postoji percepcija duševno oboljelih kao opasnih, čime se otežava njihovo liječenje i integracija u društvo. Pokušaji promicanja medicinskog modela psihičkih poremećaja s naglaskom na genetičkim i neurofiziološkim faktorima, umjesto na stvarima poput moralne slabosti, naišli su na izolaciju oboljelih. Ovaj pristup, iako ima znanstvenu utemeljenost, rezultirao je stvaranjem percepcije da su psihičke bolesti neizlječive i nasljedne. Osobe s psihičkim poremećajima često se doživljavaju kao manje vrijedne, lijeni, nepredvidivi i nepoželjni u društvenim ulogama, bilo da se radi o prijateljstvu, susjedstvu, poslovnim partnerstvima ili bračnim zajednicama.

Stigmatizacija psihički oboljelih očituje se kroz omalovažavanje, prezir, ogovaranje, ruganje, izbjegavanje kontakta te pretjeranu kontrolu. Društvo ih često sažalijeva, smatrajući ih nositeljima neizlječive bolesti. Ovaj oblik stigmatizacije može proizvesti nelagodne situacije u interpersonalnim odnosima, a pacijenti se suočavaju s neprijateljskim stavovima ne samo u društvu općenito, već i od strane zdravstvenih djelatnika.

Model stigmatizacije koji su predložili Sartorius i Shultze ukazuje na ciklus u kojem dijagnoza psihičke bolesti inicira negativne stavove i predrasude u okolini. Mediji i literatura dodatno pridonose formiranju stigme oko psihičkih poremećaja. Ovo stigmatizacijsko ozračje rezultira negativnom diskriminacijom, ograničavajući pojedinca u ostvarivanju socijalnih ciljeva i potičući nisko samopouzdanje te osjećaj krivnje. Stigmatizacijski ciklusi potiču osobu da sama sebe dodatno stigmatizira, čime se ciklus pojačava [12].

Osim što stigmatizacija utječe na pojedinca, njezine posljedice se šire i na obitelj stigmatizirane osobe. Obitelj doživljava sram, krivnju i zabrinutost, što može rezultirati disfunkcionalnom obitelji koja gubi otpornost na pritiske iz okoline. Stigmatizacija, također, otežava obitelji pružiti potporu oboljeloj osobi, stvarajući začarani krug negativnih utjecaja. Nedostatak podrške iz obitelji može značajno pogoršati simptome psihičkih bolesti pojedinca. Ovaj nedostatak podrške osjeća se i u radu psihijatrijskih ustanova, koje se često doživljavaju kao neučinkovite i suočavaju s ograničenom financijskom potporom društva. Ovi izazovi dovode do loših uvjeta rada za zaposlene, porasta nezadovoljstva među osobljem i smanjenja kvalitete pruženih usluga [13].

Psihijatrijske ustanove u Hrvatskoj često su nedovoljno opremljene, smještene u podrumima, barakama ili na rubovima bolničkih krugova. Ovakav smještaj doprinosi percepciji da su ove ustanove mjesta za čuvanje potencijalno opasnih osoba, umjesto prostora za kvalitetno liječenje i podršku pacijentima. Stigma koja okružuje psihijatrijske ustanove predstavlja izazov za poboljšanje njihove reputacije i kvalitete pruženih usluga.

Sartorius i Shultze naglašavaju da je stigma ključna prepreka boljem liječenju i poboljšanju kvalitete života ne samo za oboljele, već i za njihove obitelji, osoblje u ustanovama te širu zajednicu. Unatoč napretku medicine i psihijatrije, stigma se nije smanjila, već se čini da raste. Njihova analiza ukazuje na primitivne i neprihvatljive reakcije javnosti, što dovodi do nepovoljnih stavova prema psihijatrijskim bolesnicima, obiteljima i ustanovama koje ih liječe [12].

Važno je prepoznati da stigma ima snažan utjecaj na javno mišljenje, izazivajući primitivne reakcije i stavove. Razvoj svijesti o potrebama i izazovima psihičkih bolesnika te edukacija javnosti ključni su koraci u smanjenju stigmatizacije. Potrebno je raditi na promicanju svijesti o mentalnom zdravlju, razbijanju predrasuda i poboljšanju uvjeta rada u psihijatrijskim ustanovama kako bi se osiguralo adekvatno liječenje i podrška za one koji se suočavaju s psihičkim poremećajima.

2.2. Stigmatizacija u društvu i tko joj doprinosi

Stigma vezana uz mentalne bolesti je sveprisutna. Ne postoji zemlja, društvo ili kultura gdje ljudi s mentalnim poremećajem imaju istu društvenu vrijednost kao ljudi bez mentalnog poremećaja. U istraživanju koje je uključivalo sudionike iz 27 zemalja, gotovo 50% osoba s shizofrenijom izvijestilo je o diskriminaciji u osobnim odnosima. Do 2/3 tih ljudi anticipiraju diskriminaciju pri traženju posla ili prilikom traženja bliskog odnosa [12]. Iako je stigma univerzalna, iskustvo stigmatizirane osobe utječe na kulturu. Primjerice, uloga nadnaravnih, vjerskih ili magičnih objašnjenja mentalnih bolesti i dalje prevladava u mnogim ne zapadnim zemljama. Postoje i razlike u stigmatizaciji ovisno o vrsti poremećaja. Općenito, ljudi žele održavati veću društvenu udaljenost od osobe s shizofrenijom nego od osobe s depresijom. Iz nejasnih razloga, ova društvena udaljenost povećala se tijekom 21. stoljeća. Jedan mogući razlog može biti da je proces deinstitutionalizacije povećao javne rasprave o zajedničkoj psihijatriji i povezanim percepcijama rizika. Proučavajući najčešće stereotipe, otprilike ¾ populacije ima negativan stav prema ovisnosti o drogama, a oko 2/3 prema ovisnosti o alkoholu i shizofreniji, dok depresija nailazi na više suosjećanja, pretpostavlja se da je to zato što je više ljudi s njom upoznato [13].

Od vremena kada je teorijska osnova za stigmiju postavljena 1960-ih i 1970-ih godina, došlo je do eksplozije empirijskog istraživanja. Pretraživanje PubMed-a s izrazima "stigma" I "mental illness" ili "mental health" prikazalo je gotovo 180.000 unosa u travnju 2016. godine [11], dok je u veljači 2024. godine prikazalo 547,848 rezultata, što prikazuje porast od čak tri puta u manje od 8 godina. Budući da je nemoguće pružiti čak i približan pregled ovog istraživanja, istaknut ću tri perspektive od posebnog interesa: makro razina, koja obuhvaća društvo u cjelini i masovne medije; srednja razina, koja obuhvaća zdravstvene stručnjake; i mikro razina, koja uključuje pojedinca s mentalnim poremećajem, koji također doprinosi ovom procesu putem samostigmatizacije. Dio mikro razine uključuje skrbnike, koji također pate na više načina od stigmatizacije.

Važan doprinos netočno primijenjenim stereotipima dolazi od masovnih medija. Medijsko izvještavanje o mentalnim bolestima konzistentno je i pretežno negativno i netočno. Televizijske vijesti i zabavni programi, filmovi i novine igraju ključnu ulogu u širenju pristranih informacija o mentalnim bolestima i jačanju negativnih stereotipa. Senzacionalistički izvještaji o nasilju i zločinima počinjenim od strane osoba s ovim poremećajima privlače puno više pažnje nego slični zločini počinjeni od strane mentalno zdravih osoba. To kristalizira pristrani prikaz pacijenata s mentalnim poremećajima kao prijeteće društvu. Izraz "shizofrenija" često se koristi metaforički, obično označavajući loše osobine. Stoga je samo etiketiranje kao shizofreničar povezano s negativnim konotacijama. Istraživanja su otkrila da je negativna karakterizacija mnogo češća kada se dijagnostički izraz "shizofrenija" primijeni nego kod drugih dijagnoza, kao što je depresija. Studije provedene u Japanu uočile su značajnu promjenu razine stigme nakon što je ime bolesti promijenjeno iz "bolesti razdvojenog uma" u "poremećaj integracije". Iako je trenutačni učinak bio smanjenje stigmatizacije, i dalje postoji rizik da će stigma migrirati s jednog imena na drugo [11].

2.3. Stavovi zdravstvenih stručnjaka

U teoriji, moglo bi se očekivati da će zdravstveni stručnjaci za mentalno zdravlje imati barem neutralne stavove prema pacijentima s mentalnim bolestima. Međutim, oni pokazuju barem jednaku, ili u nekim slučajevima čak i jaču, negativnu vjerovanja i stavove od osoba u općoj populaciji.

Psihijatri bi mogli imati pozitivnije poglede prema osobama s mentalnim bolestima, ali izražavaju smanjenu volju za kontakt s njima. Švicarsko istraživanje otkrilo je da su psihijatri više za zajedničku psihijatriju za osobe s teškim mentalnim poremećajima od opće populacije [14]. No, kada se procjenjuje volja za društvenim kontaktom, nema razlike između psihijatara i opće populacije. To je vjerojatno fenomen "ne u mom dvorištu", u kojem psihijatri izražavaju politički ispravna mišljenja sve dok osobno nisu pogođeni. Nordt i suradnici intervjuirali su zdravstvene stručnjake za mentalno zdravlje i članove javnosti o njihovim stavovima prema osobama s ili bez psihičkih simptoma, poput depresije ili shizofrenije. Svi intervjuirani pokazali su manje želje za društvenim kontaktom s pacijentima s shizofrenijom u usporedbi s osobama s depresijom ili bez simptoma [15]. Brazilsko istraživanje ukazalo je na to da psihijatri imaju jači predrasude protiv shizofrenije od opće populacije. Znanstvenici su primijetili da što više osoba prepoznaje kliničku

sliku psihičke bolesti predočenu njima, to više stigmatiziraju osobe s tim bolestima. U ovom istraživanju, psihijatri su rangirani najviše u ocjenjivanju stupnja njihove stigme, neovisno o dijagnozama [16].

Najvjerojatnije objašnjenje ovog ponašanja je to da su zdravstveni stručnjaci za mentalno zdravlje često suočeni s pacijentima koji su nevoljni pristati na liječenje. Teško je izgraditi snažan terapijski odnos s takvim pacijentima. Međutim, što je odnos između pacijenta i zdravstvenog stručnjaka bolji, i što je liječenje dobrovoljnije, primjerice u ambulantnoj skrbi, to manje profesionalci stigmatiziraju svoje pacijente.

Stigmatizacija predstavlja ozbiljan zdravstveni problem kada pacijenti, zbog straha od negativnih stavova okoline, odbijaju potražiti liječničku pomoć ili prikrivaju svoje bolesti. Ovaj strah od diskriminacije može smanjiti motivaciju za liječenjem, rezultirajući često uznapredovanom fazom bolesti i pogoršanjem simptoma. Psihijatrijske ustanove suočavaju se s predrasudama koje ih doživljavaju kao mjesta gdje se primjenjuju fizička ograničenja ili pretjerane sedacije, a često se pacijente tretira kao opasne osobe. Zaposlenici psihijatrijskih odjela često prenose stigmatizirajuće stavove, što može stvoriti ozbiljan problem u odnosu prema pacijentima. Istraživanje provedeno među zdravstvenim radnicima na psihijatrijskim i somatskim odjelima otkriva značajan stupanj stigmatizacije. Velik broj ispitanika smatra da se psihijatrijski pacijenti ne mogu oporaviti dovoljno dobro da imaju zadovoljavajuću kvalitetu života (64%), te da ih smatraju opasnim (60%). Također, veći dio ispitanika bi somatske smetnje, poput boli u prsima, pripisao psihijatrijskim bolestima (70%). Alarmantno je da veći broj ispitanika (72%) razmatra korištenje stigmatizirajućih naziva poput "prolupao" kad opisuju psihijatrijske pacijente [14].

Podaci otkrivaju zabrinjavajuće negativne stavove prema psihijatrijskim pacijentima među zdravstvenim radnicima. Stigmatizacija među osobljem može značajno otežati pružanje adekvatne skrbi i podrške, potičući daljnje socijalno izoliranje i odbijanje oboljelih. Važno je poduzeti mjere kako bi se razbijale predrasude i edukacijom osoblja stvorila inkluzivna i podržavajuća okolina unutar zdravstvenih ustanova.

2.4. Samostigma i korektna stigma

Samostigma obično opisuje proces u kojem pojedinac s mentalnim poremećajem internalizira stigmom, a zatim doživljava smanjenje samopoštovanja i samoučinkovitosti, ograničavajući izgled za oporavak. Socijalni psiholozi tvrde da ovaj proces počinje čak i prije nego što osoba oboli od mentalne bolesti jer je tijekom tog razdoblja obično uči o kulturno prenesenim stereotipima o takvim bolestima i internalizira ih. Dakle, kada ta osoba ima prvu epizodu, ti uobičajeni stereotipi postaju istaknuti i relevantni za samu osobu. Prethodno spomenuta kategorizacija stereotipa - predrasuda i diskriminacije - također se odnosi ovdje. U ovom slučaju, kategorizacija se odnosi na pretpostavljenu osobinsku karakteristiku poput "osobe s mentalnim poremećajem imaju slab karakter, pa tako i ja imam slab karakter", praćenu emocionalnim odobravanjem koje rezultira niskim samopoštovanjem: "Nisam sposoban postići bilo što u svom životu". Ponašajna reakcija može biti, na primjer, nedostatak inicijative pri traženju posla ili stana: "Nemam potrebe truditi se, jer ionako nemam nikakve šanse". Stoga pojedinci smanjuju svoje društvene mreže u očekivanju odbacivanja povezanog sa stigmom, izoliraju se. To pak dovodi do gubitka poslova i drugih prilika za zaradu, pa čak i odustajanja od traženja medicinske pomoći za svoje simptome [11].

Goffman je opisao pojam "korektnih stigmi" koji prenosi stigmom s već stigmatizirane osobe na pojedince povezane profesionalnim ili obiteljskim odnosima. Obiteljska stigmatizacija poseban je slučaj koji se odnosi na roditelje, braću, sestre, supružnike, djecu i druge srodnike. Na primjer, roditelji su optuživani za stvaranje patološkog okruženja koje bi moglo pogodovati pojavi mentalne bolesti, poput "shizofrene majke" koja je navodno izazvala shizofreniju kod svog djeteta zbog svog disfunkcionalnog stila komunikacije. Iako je takav stav bio mnogo snažniji prije desetljeća, takve ideje i dalje postoje. Osim toga, ako javnost pretpostavlja osnovnu biološku osnovu za mentalne poremećaje, korektna stigma je mnogo izraženija. Kao što pogođene osobe internaliziraju javnu stigmom u samostigmom, članovi obitelji također osjećaju sram i krivicu, kriveći sebe za neki doprinos bolesti. Takve reakcije mogu ići od emocionalne tjeskobe do stresa suočavanja s poremećenim ponašanjem i poremećajem kućnih rutina. Obiteljska stigma s kojom se suočavaju također može ograničiti društvene aktivnosti ili dovesti do ekonomskih poteškoća. Život s nekim tko ima mentalne probleme povezan je s lošijim izvještajima o fizičkom zdravlju, sve ograničenijim aktivnostima, većom upotrebom javnih usluga i drugim negativnim posljedicama [17]. U švedskom istraživanju o obiteljima osoba s mentalnim poremećajima,

značajan broj izjavio je da bi oboljeli rođak bio bolji mrtav i/ili su željeli da se pacijent i rođak nikada nisu sreli ili da pacijent nikada nije rođen [18].

2.5. Strategije intervencije

Različite strategije intervencije testirane su kako bi se suočile sa stigmom i diskriminacijom prema osobama s duševnim smetnjama. Neke intervencije nisu bile usmjerene na specifične poremećaje, dok su druge bile usmjerene prema određenim poremećajima poput shizofrenije ili depresije, ili prema određenim skupinama osoba poput policajaca, učitelja i zdravstvenih stručnjaka. Većina tih programa izvijestila je o više ili manje povoljnim rezultatima.

U osnovi postoje tri opća pristupa koja možemo koristiti kako bismo smanjili stigmatu i diskriminaciju: informiranje/edukacija o mentalnim bolestima; prosvjed protiv nepravednih opisa mentalnih bolesti; i izravan kontakt s osobama s duševnim smetnjama. Tri "kanala" koriste se za posredovanje tih strategija: masovni mediji, vođe mišljenja i osobe od povjerenja. Upotreba masovnih medija može biti teška jer mediji obično prenose uglavnom negativne informacije i skloni su korištenju psihijatrijskih pojmova metaforički, uglavnom negativno. Primjerice, uobičajeni naslov bio bi da političari usvajaju shizofrenu politiku ili da je gospodarstvo u depresiji. Međutim, čak i ako bi mediji izbjegavali korištenje takvih pojmova - jer su očito politički neispravni - to nikako ne bi garantiralo promjenu stavova. Umjesto toga, trebalo bi primijeniti model krize života mentalnih poremećaja, jer ima potencijala stvoriti bliskost i pomoći ljudima da se identificiraju empatično s osobama s duševnim smetnjama, tako da ih se smatra više kao "jedan od nas". S obzirom na njihovu snažnu vjerodostojnost i poštovanje, vođe mišljenja nalaze se u snažnom položaju da utječu na javno shvaćanje mentalnih bolesti i povezane stigme. Izuzetak mogu biti osobe iz medicinske struke čije bi se zalaganje moglo činiti sumnjivim jer sami često nemaju najbolje mišljenje o mentalnim bolestima. Osobe od povjerenja mogu imati vrlo visoku vjerodostojnost, jer su same bile pogođene tim bolestima i mogu izvijestiti iz prve ruke o iskustvima i komentirati tretmane. Mogu privući još više pažnje ako su poznate široj javnosti. Naposljetku, mnoga istraživanja su pokazala da je najmanje spektakularan, ali vjerojatno najučinkovitiji kanal za smanjenje stigme je "kontakt". Znamo iz obrazovnih programa da postizemo najbolji učinak kada osobe s duševnim smetnjama govore o svojim poremećajima učenicima i studentima. S obzirom na broj pogođenih osoba u našem društvu - oko 50% populacije doživljava epizodu mentalne bolesti tijekom života koja zahtijeva liječenje - vrlo je vjerojatno da

svakodnevno srećemo nekoga s duševnim poremećajem i da svatko poznaje nekoga tko pati ili je patio od takvih bolesti. Ako smo svjesniji pacijenata u svakodnevnom životu, dobivamo mnogo stvarniju sliku mentalnih bolesti, što nam pomaže da ispitamo svoje stereotipe i prilagodimo se stvarnosti. Postoji mnogo pristupa za smanjenje stigme i diskriminacije, ali samo kombinacija različitih mjera će imati najveći uspjeh dugoročno. Većinom, to su nespektakularni svakodnevni rad i kontakti koji pomažu u smanjenju stigme i diskriminacije prema osobama s duševnim smetnjama [19].

3. UTJECAJ STIGMATIZACIJE NA TRAŽENJE PSIHIJATRIJSKE POMOĆI

Usmjeravanje "traženja pomoći" za mentalne poremećaje u empirijskim istraživanjima je težak zadatak, budući da traženje pomoći ne čini jedinstvenu odluku ili čin (kao "posjet psihijatru" ili "uzimanje antidepresiva"), već je to individualni put, oblikovan nizom interakcija između dostupnih resursa i osobnih uvjerenja i stavova [20]. Putanja traženja pomoći može lutati između resursa laičkih i profesionalnih sfera. Mogu, brzo ili s kašnjenjem, dovesti do odgovarajuće pomoći, ali također mogu predstavljati neuspješno ili nedovoljno liječenje. Potreba za razumijevanjem prepreka traženju pomoći javnosti je hitna: iako su vrlo česti, mentalni poremećaji često ostaju ne liječeni. Studije na razini populacije u nekoliko zemalja ispitivale su neispunjene potrebe za zdravstvenom skrbi i otkrile su godišnju incidenciju između 3% i 15% teških neobrađenih mentalnih bolesti [21,22]. Veliko europsko istraživanje koje koristi konzervativnu procjenu potrebe otkrilo je da polovina onih koji trebaju liječenje za mentalne poremećaje ne dobiva nikakvu medicinsku pomoć za svoj problem [22]. Upotreba usluga općenito je niža u zemljama u razvoju nego u razvijenim zemljama [23]. Ponašanje traženja pomoći razlikuje se za različite mentalne poremećaje: ljudi s poremećajima zloupotrebe tvari češće ne traže pomoć nego oni s poremećajima anksioznosti ili raspoloženja. Oni koji traže pomoć često to rade nakon značajnog kašnjenja od mnogo godina [24]. Ovaj "problem korištenja usluga" često se pripisuje stigmi mentalne bolesti [25]. Potencijalna izloženost stigmi navodi se kao uzrok neprijateljskog stava onih s mentalnim poremećajima prema traženju pomoći [26].

3.1. Stigmatizacija i traženje psihijatrijske pomoći

Stigmatizacija osoba s mentalnim bolestima konceptualizirana je kao proces koji na kraju rezultira gubitkom statusa i diskriminacijom [27]. Kada razmatramo utjecaj stigme na traženje pomoći, korisno je razmisliti o tome kako diskriminacija može utjecati na one koji traže pomoć za mentalne poremećaje na njihovom putu traženja pomoći i razlikovati tri razine diskriminacije: individualnu, strukturalnu i diskriminaciju koja se odnosi na samostigmatizaciju. Individualna diskriminacija odnosi se na ponašanje pojedinaca koje je namijenjeno imati diferencijalni ili štetan učinak na članove stigmatizirane skupine, dok strukturalna diskriminacija opisuje negativne posljedice za članove takve skupine koje proizlaze iz neravnoteže i nepravde inherentne društvenim strukturama, političkim odlukama i pravnim propisima [28]. Samostigmatizacija se događa kada

članovi manjinske skupine internaliziraju stigmatizirajuće ideje svog društvenog okruženja i počinju vjerovati da imaju manju vrijednost i bit će odbačeni od većine ljudi. Strukturalna diskriminacija onih koji traže pomoć za mentalne bolesti uključivala bi nedostatak dostupnih usluga mentalnog zdravlja, teški pristup uslugama ili nedovoljnu pokrivenost zdravstvene skrbi za mentalno zdravlje od strane zdravstvenih osiguranja [29]. Iako se na prvi pogled to ne čini velikim problemom u zapadnoeuropskim zemljama s dobro uspostavljenim javnim uslugama mentalnog zdravlja, to je svakako pitanje u mnogim, ako ne i većini drugih zemalja [30]. No čak i u bogatim industrijaliziranim zemljama, privatni zdravstveni planovi često pružaju nedovoljno pokriće za mentalne probleme. Stavovi javnosti koji podržavaju strukturalnu diskriminaciju pacijenata s psihičkim poremećajima pronađeni su u istraživanjima provedenim u Njemačkoj na temelju populacije. Kad ih se pitalo da odrede prioritet financiranja odabranih medicinskih i mentalnih bolesti tijekom razdoblja financijskog ograničenja, ispitanici su pokazali jasnu sklonost medicinskim bolestima, čime potencijalno stavljaju pacijente s mentalnim poremećajima u nepovoljan položaj [31]. Međutim, raspravlja se o tome hoće li povećanje dostupnosti usluga rezultirati boljom upotrebom usluga. U australskom istraživanju, 65% onih koji nisu primili tretman za teški mentalni poremećaj izjavilo je da im nije bilo potrebno, ukazujući na važnost intrapersonalnih stavova i razmatranja za nedovoljno korištenje mentalne zdravstvene skrbi [32].

Diskriminacija na individualnoj razini temeljito je istražena u slučajevima mentalnih poremećaja. Postoje dokazi o stigmatizaciji osoba s mentalnim poremećajima od strane onih koji su im povjereni za pomoć. Obiteljski liječnici i psihijatri imaju pesimističnija gledišta o ishodima mentalnih poremećaja od opće javnosti, a stručnjaci za mentalno zdravlje imaju negativnije stereotipe o osobama s mentalnim poremećajima. Ipak, ohrabrujuće je da su manje skloni prihvaćanju ograničenja prema njima [33]. Do sada su istraživanja o diskriminaciji uglavnom bila usmjerena na osobe koje su hospitalizirane ili imaju dugotrajnu povijest mentalnih poremećaja - kao u klasičnoj skali percepcije diskriminacije i devalvacije Link, koja se odnosi na "bivšeg mentalnog pacijenta" ili "osobu koja je bila u mentalnoj bolnici". S fokusom na pretraživanje pomoći, istraživanje je usmjereno na slučajeve prije liječenja, populaciju koja možda nije tako teško pogođena. Iako je dobro poznato da stigma mentalnih poremećaja varira prema dijagnozi, osoba koja razmišlja o posjetu psihijatru često još nema dijagnozu. Diskriminacija onih koji traže pomoć stoga može biti rezultat stigme povezane s traženjem pomoći, tj. stigme posjeta psihijatru, posjeta centru za mentalno zdravlje ili razgovora s obiteljskim liječnikom o problemu mentalnog

zdravlja [34]. Eksperimentalno istraživanje usmjereno na stigmatu traženja pomoći proučavalo je kako studenti procjenjuju osobu opisanu u priči. Naime, osoba s depresijom koja traži pomoć ocijenjena je kao emocionalno nestabilnija od identične osobe koja nije tražila pomoć za istu bolest [35]. Međutim, odluka o traženju pomoći za mentalni problem često se događa prije otvorene diskriminacije: osoba koja razmišlja o traženju pomoći za problem mentalnog zdravlja prvi put još uvijek nije označena kao mentalno bolesna; stoga, osoba još ne pripada diskriminiranoj skupini "onih" s mentalnim poremećajem. Međutim, razmišljajući o posjetu psihijatru, osoba može pretpostaviti da će joj se postaviti dijagnoza mentalne bolesti i, kao rezultat, bojati se potencijalne diskriminacije. Stvarna diskriminacija stoga prethodi anticipiranoj diskriminaciji. Barney i njezini kolege istraživali su utjecaj anticipirane stigmatizacije na sklonost traženju pomoći. Koristili su scenarij označen depresijom kako bi upitali populacijski uzorak od 1.312 Australaca koliko su vjerojatno spremni potražiti pomoć od različitih profesionalnih pomagača ako su depresivni poput opisane osobe [36]. Otkrili su značajan postotak ljudi koji očekuju negativan odgovor od strane profesionalaca, a to je povezano s smanjenom spremnošću za traženje pomoći. U manjem istraživanju provedenom na 142 Australca iz ruralnog grada, veća anticipirana stigmatizacija bila je jednako povezana s negativnijim stavovima prema traženju profesionalne psihološke pomoći, ali ne i s prethodnim ponašanjem traženja pomoći [37]. Ostala istraživanja također nisu uspjela pokazati odnos između anticipirane stigmatizacije i stvarnog traženja pomoći. Istraživanje koje je obuhvatilo 300 Australaca iz ruralnih područja također nije pronašlo povezanost između percepcije stigmatizacije i prethodnog traženja pomoći od obiteljskog liječnika zbog problema s mentalnim zdravljem [38]. Koristeći prilično sofisticiran dizajn, Jorm i njegova skupina ispitali su kako stavovi prema osobama s depresijom utječu na buduće ponašanje traženja pomoći u malom populacijskom uzorku osoba s depresijom. U početnom istraživanju pitali su 3.109 odraslih osoba smatraju li da će depresivna osoba vjerojatno doživjeti diskriminaciju. Također su zabilježili vjerovanja o dugoročnim ishodima, koristeći popis stereotipa o osobama s mentalnim poremećajem poput "biti nasilan", "imati loše prijateljstvo" ili, pozitivno, "razumjeti osjećaje drugih ljudi" i "biti brižan roditelj". Nakon šest mjeseci ponovno su intervjuirali poduzorak od 422 osobe koje su se pokazale depresivnima na početku o njihovim postupcima za ublažavanje simptoma. Ni negativna ni pozitivna vjerovanja o ishodima i anticipirana diskriminacija nisu predviđala radnje traženja pomoći. To vrijedi i za radnje koje uključuju saznanje drugih o tome da osoba ima psihičke simptome i za radnje koje to ne uključuju [39]. Međutim, u istraživanju

provedenom na 92 osobe s depresijom koje prvi put traže liječenje u psihijatrijskoj ambulanti, anticipirana individualna diskriminacija predviđala je prekid liječenja kod starijih, ali ne i kod mlađih pacijenata [40].

Slično anticipiranoj diskriminaciji, treći nivo diskriminacije ponovno leži unutar same osobe koja traži pomoć. Corrigan i Riisch ukazuju na posebnu važnost samostigmatizacije na traženje pomoći. Negativni stavovi koje netko ima prema osobama s mentalnim poremećajem okreću se protiv njega kada je prisiljen smatrati se članom stigmatizirane skupine, što može rezultirati smanjenjem samopouzdanja ili učinkovitosti. Negativni stavovi prema onima koji traže pomoć za mentalni problem mogu se stoga prenijeti u oklijevanje traženja pomoći kako bi se izbjegla identifikacija s omraženom skupinom. Diskriminacija kao samostigmatizacija najmanje je istraženi dio stigme i traženja pomoći [23]. Barney i suradnici su podvrgli samostigmatizaciju "osjećanju srama" prilikom traženja pomoći i utvrdili da je to osjećanje značajno povezano s smanjenom spremnošću za konzultaciju s profesionalnim pomagačima [36]. U ispitivanju vjerovanja povezanih s potencijalnim traženjem pomoći, Cooper i njezini suradnici pronašli su smanjenu spremnost za traženje pomoći za psihološke probleme kod ispitanika koji su visoko pripisivali odgovornost onima koji su pogođeni i imali osjećaje ljutnje prema njima [41].

Do sada smo vidjeli da postoji dokaz o posebnoj stigmi povezanoj s traženjem pomoći za mentalne poremećaje i da anticipirana individualna diskriminacija i diskriminacija kao samostigmatizacija povezane su sa smanjenom spremnošću za traženje stručne pomoći za mentalne poremećaje. Međutim, većina istraživanja nije uspjela pokazati varijacije u stvarnom ponašanju traženja pomoći koje odgovaraju ovim stavovima. Prijenos stavova i namjera u stvarno traženje pomoći čini se ne tako jednostavan kao što se očekivalo - ili zato što vremenski okvir studija nije bio dovoljno dug da prikaže značajne odluke na putu traženja pomoći, ili zato što druge stavove i vjerovanja osim stigme oblikuju namjeru da li tražiti stručnu pomoć za mentalne probleme [42].

3.2. Namjera traženja pomoći i teorija racionalnog ponašanja

Kako bi se poboljšali stavovi prema traženju pomoći za mentalne poremećaje, osmišljene su i procijenjene intervencije. Pružanje informacija o mentalnim poremećajima i njihovom liječenju pokazalo se obećavajućim načinom povećanja spremnosti za traženje pomoći [43]. Vodič za potrošače utemeljen na dokazima o depresiji i njezinu liječenju rezultirao je promjenama u nekim uvjerenjima o tretmanima. Sudionici populacijskog uzorka depresivnih osoba koji su dobili vodič

za potrošače češće su ocijenili učinkovite tretmane kao korisne u usporedbi s kontrolnom skupinom koja je dobila opću brošuru o depresiji. Posebno su se značajno povećale ocjene kognitivno-bihevioralne terapije, elektrokonvulzivne terapije i pripravka od gospine trave, dok se nisu primijetile promjene u ocjenama drugih intervencija ili zdravstvenih stručnjaka [44]. U malom kontroliranom istraživanju adolescenata, jedinica uputa o izvorima pomoći za mentalne probleme u zajednici i stvarnosti stigmatizacije poboljšala je mišljenje o mentalnoj bolesti i stavove prema traženju stručne pomoći [45]. Čini se da postoji diferencirani učinak informacija o biološkim uzrocima depresije i informacija usmjerena na destigmatizaciju traženja pomoći. Uzorak tajvanskih sveučilištaraca, Han i njegovi suradnici pokazali su da biološko pripisivanje povećava volju studenata za traženjem pomoći, dok informacije o destigmatizaciji nisu mijenjale stavove prema traženju pomoći [43]. Osim pružanja informacija, kontakt s mentalnim bolesnicima konzistentno se pokazao kao snažan prediktor manje stigmatizirajućih stavova [46]. Školska intervencija koju su proveli ljudi koji su osobno doživjeli mentalnu bolest, bilo da su sami imali mentalnu bolest ili brinuli o nekome s mentalnom bolešću, procijenjena je od strane Rickwood i suradnika [47]. Ova intervencija kombinirala je informacije o mentalnim bolestima i traženju pomoći s kontaktom s oboljelima ili njihovim skrbnicima. Imala je snažan utjecaj na povećanje znanja i umjeren utjecaj na smanjenje stigme. Intervencija je promijenila neke namjere traženja pomoći: sudionici u intervenciji bili su malo skloniji traženju pomoći od stručnih izvora od onih koji su imali redovite nastave [42].

3.3. Izmjene stavova prema traženju pomoći

S gledišta populacije, čini se da su naponi usmjereni na poboljšanje javnog razumijevanja mentalnih bolesti i poboljšanje stavova prema traženju pomoći uspjeli, budući da su stavovi javnosti prema traženju pomoći pozitivno evoluirali tijekom posljednjeg desetljeća. Zanimljivo je da su analize vremenskih trendova provedene u Sjedinjenim Američkim Državama, Australiji i Njemačkoj, obuhvaćajući razdoblje od otprilike posljednjeg desetljeća, otkrile vrlo slične promjene u sva tri spomenuta društva. U Njemačkoj je usporedba podataka iz dva reprezentativna istraživanja provedena na populaciji pokazala da su psihijatri i psihoterapeuti bili češće preporučivani 2001. godine nego 1990. godine za osobu koja pati od shizofrenije ili depresije. Psihotropni lijekovi postali su popularniji za oba poremećaja, preporučivalo ih je 57,3% ispitanika za shizofreniju 2001. godine, u usporedbi s 30,7% 1990 [46]. Zdravstveni stručnjaci češće su rangirani kao preporuka prvog izbora za oba poremećaja u istočnonjemačkim savezним državama

2001. godine u usporedbi s ranijim istraživanjem iz 1993. godine [48]. Slična saznanja dolaze iz dva australska istraživanja provedena 1995. i 2003.-2004., gdje su u kasnijem istraživanju izišla znatno pozitivnija uvjerenja o raznim odgovarajućim medicinskim i psihosocijalnim intervencijama. Percepcija da osoba treba sama rješavati mentalni poremećaj značajno se smanjila [49]. Sudionici velikog reprezentativnog istraživanja provedenog u SAD-u 2003. godine također su bili voljniji potražiti stručnu pomoć za emocionalni problem u usporedbi s ispitanicima sličnog istraživanja provedenog 1990. godine. Osjećali su se ugodnije razgovarati o osobnim problemima s profesionalcem i manje su se osjećali nelagodno razgovarati o tome s prijateljima. Studija je također analizirala promjene u stavovima različitih dobnih skupina ("generacija"). I dok su mlađi odrasli općenito imali najkritičnije stavove o traženju stručne pomoći, stavovi u toj generaciji također su se najviše povećali, ukazujući na pozitivne učinke obrazovanja o mentalnom zdravlju i medijskog izvještavanja o mentalnim bolestima [50].

4. SOCIJALNI ASPEKTI TRAŽENJA PSIHIJATRIJSKE POMOĆI

Veza između stigme i diskriminacije te pristupa skrbi predstavlja složenu dinamiku; stigma i diskriminacija imaju potencijal ometati pristup na različitim razinama. To se odvija na institucionalnoj razini, što obuhvaća financiranje i dostupnost usluga, na razini zajednice, gdje su oblikovani javni stavovi i ponašanja, te na individualnoj razini [51]. Analize istraživanja i epidemiološke ankete ukazuju na snažne čimbenike koji povećavaju vjerojatnost izbjegavanja liječenja, odgode pružanja skrbi i prestanka korištenja usluga. Ovi čimbenici uključuju: (1) nedostatak informacija o obilježjima i dostupnim mogućnostima liječenja mentalnih bolesti, (2) neznanje o postupcima za pristup procjeni i liječenju, (3) predrasude prema osobama s mentalnim bolestima i (4) očekivanja diskriminacije usmjerena prema osobama koje imaju dijagnozu mentalne bolesti [52]. Važno je sagledati ove faktore kako bi se razvile strategije koje će smanjiti prepreke i poboljšati pristup skrbi za osobe koje se suočavaju s mentalnim poremećajima.

Rješavanje javne stigme može smanjiti iskusnu i anticipiranu stigmiju među korisnicima usluga te olakšati traženje pomoći i uključivanje u skrb za mentalno zdravlje. Primjerice, pojedinci koji koriste usluge u zemljama s većim stopama traženja pomoći i korištenja tretmana, uz bolje percipirani pristup informacijama o tome kako se nositi s mentalnim problemima i manje stigmatizirajuće stavove, često imaju niže stope samostigmatizacije i percipirane diskriminacije [53]. Globalno, međutim, stigmatizirajući stavovi i dalje postoje među javnosti i pokazalo se da su rasprostranjeni, povezani s nevoljkim traženjem pomoći. Konkretno, uvjerenja o učinkovitosti tretmana i usluga na početku liječenja pokazala su se utjecati na naknadno ponašanje prema liječenju. To je značajno jer pojedinci često pristupaju uslugama tek kad već dožive značajno oštećenje, kliničke simptome i stigmiju, a ti se učinci mogu biti teško obrnuti [54].

Stigma i diskriminacija te njihov utjecaj na pristup skrbi mogu varirati temeljem iskustva mentalnih poteškoća ili drugih sociodemografskih čimbenika. Primjerice, psihoze su visoko stigmatizirajuće, a ljudi s psihozama često se percipiraju kao nasilni i nepredvidljivi u usporedbi s osobama koje imaju druge probleme sa mentalnim zdravljem. To može rezultirati visokim razinama doživljene i anticipirane diskriminacije u zdravstvenim okruženjima. Osim toga, zloupotreba supstanci konzistentno je povezana s visokim stopama javne stigme i institucionalne diskriminacije, što može odvratiti pojedince s problemima zloupotrebe supstanci od dobivanja

zdravstvene skrbi; ovi pojedinci strahuju od lošeg postupanja od strane pružatelja zdravstvene skrbi ili problema s vlastima. Višestruke stigme među određenim podskupinama također mogu pogoršati prepreke prema skrbi [55].

Različite etničke skupine mogu imati različite povijesti i iskustva s zdravstvenim sustavom, pa stoga određene prepreke mogu biti češće među pripadnicima različitih etničkih skupina. Na primjer, negativna iskustva prisile u skrbi za mentalno zdravlje mogu biti češća među etničkim manjinama. Kao rezultat toga, sugerira se da buduća istraživanja trebaju istraživati podskupine i potencijalne interakcije između podskupina u odnosu na stavove i ponašanje prema traženju pomoći [56].

4.1. Utjecaj javnozdravstvenih programa na traženje psihijatrijske pomoći

Zbog kompleksne višestruke prirode stigme i diskriminacije te povezanih prepreka u pristupu skrbi, rješenja za smanjenje stigme i diskriminacije te olakšavanje pristupa skrbi trebat će biti jednako raznolika. U Velikoj Britaniji postoje povezani, ali odvojeni nacionalni programi za smanjenje stigme i diskriminacije u Škotskoj, Engleskoj i Walesu [57]. Svaki od ovih antistigmatskih programa sastoji se od višestrukih komponenti usmjerenih na određene ciljane skupine (npr. medije, mlade ljude) i na opću javnost, djeluju na različitim razinama (npr. nacionalne kampanje društvenog marketinga i regionalne aktivnosti, poput onih temeljenih na podršci dionika) te na razini malih zajednica koje su financirane za provođenje lokalnih antidiskriminacijskih aktivnosti. Slični programi provode se i u Novom Zelandu (Like Minds Like Mine), Kanadi (Opening Minds) i Danskoj (One of Us). Nema podataka o bilo kakvom povećanju pristupa skrbi za mentalno zdravlje tijekom tih programa, iako treba napomenuti da je zabilježen porast tijekom manjeg programa osvještavanja mentalnog zdravlja provedenog u Nigeriji [58]. Nedostatak kontrolne skupine otežava tumačenje opsega bilo kakve promjene kao rezultata takvih programa, posebno ako postoje suvremeni razvoji politika i usluga. Međutim, u Australiji je bilo varijacija među saveznim državama i teritorijima u korištenju programa za depresiju Beyondblue, što omogućuje usporedbu znanja i stavova prema liječenju depresije na tim područjima. Iako su ti podaci sugerirali pozitivan utjecaj Beyondbluea na stavove prema traženju pomoći i liječenju, nema dostupnih podataka iz Australije o tome je li samo traženje pomoći poraslo [59].

U Engleskoj je program Time to Change započeo 2007. godine, a kampanja društvenog marketinga počela je u siječnju 2009. godine. Druga faza programa Time to Change počela je u listopadu 2011. i trajala je do ožujka 2015. Evaluaciju programa Time to Change provodi Institut za psihijatriju Kraljevskog koledža u Londonu. Ponovno, nedostatak kontrolne skupine nije nam omogućio utvrđivanje povećanja potrage za pomoći kao rezultata Time to Change. Međutim, pitanja o namjeri potrage za pomoći uključena su prije početka Time to Change u Istraživanje stavova prema mentalnim bolestima Ministarstva zdravstva, nacionalno reprezentativno istraživanje koje traje od 1994. godine [60].

Korištenjem podataka iz istraživanja, otkrili smo da znanje o mentalnom zdravlju predviđa namjere potrage za pomoći kod mentalne bolesti i otkrivanje takve bolesti obitelji i prijateljima, što naglašava važnost pismenosti o mentalnom zdravlju [61]. To se odnosilo na dva tipa znanja izmjerena Mentalnim rasporedom znanja o mentalnom zdravlju [62]. Prvo je bilo znanje koje bi moglo utjecati na kasnije stavove i ponašanja vezana uz mentalno zdravlje. Pokazalo se da ovo vrsta znanja jače predviđa potragu za pomoći i otkrivanje nego bilo koji faktor stava prisutan u ovom istraživanju. Drugo, odnosno, je li se smatralo da su glavni psihijatrijski poremećaji (depresija, shizofrenija i bipolarni poremećaj) mentalne bolesti, povezano s namjerama potrage za pomoći od liječnika opće prakse [63].

Stavovi prema mentalnim bolestima pokazali su miješan uzorak u odnosu na namjere potrage za pomoći i otkrivanje. Faktorska analiza skraćene verzije Skale zajedničkih stavova prema mentalno oboljelima, korištene u Istraživanju stavova prema mentalnim bolestima Ministarstva zdravstva, sugerirala je da su namjere potrage za pomoći kod problema s mentalnim zdravljem bile povezane s stavovima tolerancije i podrške za zajedničku skrb, ali ne s stigmatizirajućim stavovima predrasuda i isključivanja. Ti nalazi sugeriraju da prisutnost snažnih pozitivnih stavova može biti relevantnija za potragu za pomoći i otkrivanje nego odsutnost negativnih stavova [64].

Prethodni nalazi sugerirali su da bi, ako bi kampanje društvenog marketinga bile učinkovite u poboljšanju znanja i pozitivnih stavova, rezultirale povećanim namjerama prema potrazi za pomoći. Međutim, također je bilo moguće da svijest o kampanji utječe na namjere potrage za pomoći putem nekog drugog mehanizma. Za Istraživanje stavova prema mentalnim bolestima 2012. godine uključili su pitanja koja ocjenjuju svijest o kampanji društvenog marketinga Time to Change kako bi mogli izravno ispitati odnos između svijesti o kampanji i namjera potrage za

pomoći i otkrivanja obitelji ili prijateljima. Prevalencija namjera potrage za pomoći kretala se od 79% do 89% bez obzira na sociodemografske karakteristike, svijest o kampanji ili poznavanje mentalnih problema putem poznavanja nekoga [52].

5. PROMOCIJA MENTALNOG ZDRAVLJA

Ne postoji zdravlje bez mentalnog zdravlja. Svjetska zdravstvena organizacija zagovara pristup koji uključuje cijelu vladu i cijelo društvo, a temelji se na zajedničkoj viziji budućnosti mentalnog zdravlja u regiji. Promocija mentalnog zdravlja uključuje djelovanja usmjerena na jačanje političkog okruženja i upotrebu strategijske komunikacije za izgradnju mreže, uključivanje dionika, poboljšanje pismenosti o mentalnom zdravlju i promjenu ponašanja.

Intervencije u promociji mentalnog zdravlja poboljšavaju opće dobro stanje i provode se na mjestima gdje ljudi žive, rade, uče i razvijaju se. To uključuje programe mentalnog zdravlja u školama i radnom okruženju, intervencije u ranom djetinjstvu, socijalnu podršku i angažman zajednice, osnaživanje žena, programe protiv diskriminacije i druge intervencije koje se bave društvenim odrednicama mentalnog zdravlja. Kako bi se postigao maksimalan učinak, aktivnosti promocije mentalnog zdravlja moraju biti usko povezane s uslugama mentalnog zdravlja i uključiti različite sektore, kako zdravstvene, tako i one koje nisu vezane uz zdravlje (npr. obrazovanje, rad, socijalna skrb, pravosuđe, okoliš itd.).

Svjetska zdravstvena organizacija također predvodi visoko profilne kampanje zagovaranja kako bi mobilizirala partnere i resurse, te podigla svijest među donositeljima odluka i općom javnošću. To uključuje godišnje dane zagovaranja za mentalno zdravlje, prevenciju samoubojstava i demenciju, kao i druge posebne inicijative [65].

5.1. Mobilna aplikacija za mentalno zdravlje

Istraživanje mobilnih aplikacija za mentalno zdravlje ubrzalo se od 2016. godine, što se čini povezano s brzim porastom broja korisnika pametnih telefona [66]. Kako je interes za usluge mentalnog zdravlja rastao, tako je i broj studija povećan s obzirom na sve veći pristup mobilnim aplikacijama [67].

Eksperimentalne studije (92,8%) bile su najčešće korišteni istraživački dizajn, od kojih su dobro dizajnirani randomizirani kontrolirani pokusi činili 71,4%. Suprotno tome, u drugom sustavnom

pregledu pametnih aplikacija za liječenje mentalnih poremećaja, utvrđeno je da su randomizirani kontrolirani pokusi i dalje manjina, s udjelom od 15,8%. U budućnosti će biti potrebne dobro dizajnirane studije kako bi se proširila primjena usluga mentalnog zdravlja na različite populacije i prezentirala evidencija o učinkovitosti ovih aplikacija [68].

Sudionici studija bili su opća odrasla populacija, klijenti sa psihološkim izazovima, zaposlenici, studenti, medicinske sestre i vojnici. Mobilne aplikacije za mentalno zdravlje posebno su se primjenjivale kao primarna preventivna metoda za upravljanje mentalnim zdravljem, ne za pacijente s dijagnosticiranim mentalnim bolestima, već za opću populaciju. U budućnosti bi trebala biti provedena istraživanja koja uspoređuju i analiziraju trendove korištenja mobilnih aplikacija i učinke primarne prevencije za opću populaciju.

Intervencijska istraživanja na mobilnim aplikacijama uključivala su razvoj novih aplikacija, kao i postojećih, ovisno o svrsi istraživanja. Pristupi korištenja nosivih uređaja također su bili uključeni u promicanje mentalnog zdravlja. Međutim, stvarna primjena takvih aplikacija na opću odraslu populaciju trenutno je ograničena, s većinom razvijenih aplikacija dizajniranih za ciljanje subjekata koji već imaju probleme s mentalnim zdravljem ili za podršku kliničkim tretmanima [68]. Dodatno, razvijane su i operirane aplikacije za screening, koje klasificiraju odrasle osobe s visokim rizikom u vezi sa stresom, depresijom i anksioznošću [69]. Pokazano je da se razna istraživanja i intervencije putem mobilnih aplikacija provode u različitim aspektima, pri čemu većina cilja na opću odraslu populaciju [70]. Kako je stigma oko psihološkog liječenja najveći faktor koji ometa promicanje mentalnog zdravlja, hitna je potreba za korištenjem mobilnih aplikacija u pružanju intervencija, edukacije i konzultacija za promicanje mentalnog zdravlja u Koreji [69]. Adresa mentalnog zdravlja putem mobilnih aplikacija ima prednosti pružanja istraživačima baze podataka za promatranje ažuriranih podataka i razvoj budućih intervencija, te korisnicima omogućuje da postanu svjesni svog trenutnog stanja i promjena, s obzirom da većina korisnika mora preuzeti aplikacije i prijaviti se na njih [71].

Nadalje, Donker i sur. su ukazali na niske stope produženog korištenja mHealth aplikacija. Stoga, uzimajući u obzir aspekt održivosti aplikacija za promicanje mentalnog zdravlja i činjenicu da se stope kontinuirane upotrebe smanjuju s duljim razdobljima intervencije, potrebno je identificirati načine koji podržavaju kontinuirano korištenje aplikacija [72].

Kao odgovor na to, provedena su istraživanja koja su primijenila model informacija-motivacije-ponašajnih vještina na mentalne zdravstvene aplikacije što ukazuje da, budući da motivacija jača ponašanje, sudionici koji steknu i zdravstvene informacije i motivaciju stječu kapacitet potreban za nastavak izvođenja zdravih ponašanja, što dovodi do stvarnih ponašajnih vještina [69,73]. Stoga se može pretpostaviti da će strategije koje uključuju aktivne napore za povećanje učinkovitosti intervencija i održivosti morati biti ugrađene u kontekst aplikacije tijekom razvoja, pružene putem neposredne motivacije ili pružene putem kontinuirane relevantne povratne informacije za emocionalnu podršku u budućim mobilnim aplikacijama [68].

Nedavno je provedeno mnogo metaanaliza učinkovitosti mobilnih intervencija u specifičnim mentalnim poremećajima i u području zdravstvene psihologije [74,75,76]. Iako je provedena metaanaliza na općoj populaciji, učinci same mobilne intervencije nisu mogli biti potvrđeni jer su učinci intervencija, pomiješani mobilnim aplikacijama i intervencijama putem interneta. Metaanaliza učinkovitosti mobilnih intervencija u općoj populaciji još uvijek nije dovoljna. U budućnosti bi mogla biti potrebna metaanaliza učinkovitosti mobilnih intervencija putem aplikacija za opću populaciju [77].

Analizom programa i teorijskih osnova uključenih u aplikacije za mentalno zdravlje bilo je očito da su većina aplikacija za mentalno zdravlje razvijene na temelju terapije, a ne teorijskog okvira. Dostupno je više od 3000 aplikacija za mentalno zdravlje za Android, Apple i Microsoft [78]. U nedavnom pregledu postojećih komercijalnih mHealth aplikacija za najčešće zdravstvene uvjete na popisu Svjetske zdravstvene organizacije, zaključeno je da je razvoj mHealth aplikacija potaknut komercijalnim i ekonomskim motivima, a ne znanstvenim motivima, kako je opaženo u prethodnim studijama. Stoga je potrebno razvijati i distribuirati mobilne aplikacije s sadržajem temeljenim na dokazima, uz edukaciju potrošača, kako bi se korisnicima omogućilo odabiranje pouzdanih, učinkovitih visokokvalitetnih aplikacija [79].

Osim toga, unatoč velikom broju razvoja mobilnih aplikacija zbog brzog rasta i razvoja tehnologije mentalnog zdravlja, postoje važna pitanja i rizici koji se odnose na nedostatnu kontrolu kvalitete [80]. Stoga su potrebna dodatna istraživanja i procesi za razvoj, testiranje i distribuciju mobilnih aplikacija temeljenih na dokazima kako bi se učinkovito promoviralo mentalno zdravlje. Nadalje, potrebna je podrška na nacionalnoj razini u razvoju i distribuciji visokokvalitetnog sadržaja za aplikacije za upravljanje mentalnim zdravljem. Dodatni naponi su potrebni kako bi se identificirali

najbolji načini korištenja mobilnih aplikacija za rješavanje komponenata, uključujući razvoj i primjenu metoda za evaluaciju interaktivnih mehanizama iz fizičkih mjerenja [81]. Problemi mentalnog zdravlja nastaju ne samo izrođenim faktorima, već kroz kompleksan mehanizam različitih čimbenika. Stoga je potrebno ne samo prilagođene aplikacije koje uzimaju u obzir zahtjeve korisnika, već i mobilne aplikacije koje omogućuju istovremeno upravljanje fizičkim i mentalnim zdravljem uz prevenciju stresa [68].

Nedavno nije bilo mnogo studija intervencija za mentalno zdravlje koje koriste mobilne aplikacije na općoj odrasloj populaciji. Stoga je potrebna oprez prilikom općenja i tumačenja rezultata ovog istraživanja. U međuvremenu, s povećanim pristupom i korištenjem mobilnih aplikacija, stručnjaci za mentalno zdravlje moraju nastaviti procjenjivati jesu li različite aplikacije razvijene na temelju znanstvenih dokaza i jesu li učinkovitost intervencija ispitana korištenjem odgovarajućih i pouzdanih alata, te ojačati pouzdanost putem daljnjih istraživanja [82]. Kontinuirano upravljanje i pažnja također mogu biti potrebni od strane vlade kako bi se omogućila upotreba učinkovitih mobilnih aplikacija. Također, potrebni su naponi kako bi se spriječile nejednakosti u zdravlju povezane s dobi, socijalno-ekonomskim statusom i zdravstvenom pismenošću identificiranjem i poticanjem široke skale korisnika pametnih telefona i aplikacija za zdravlje [83]. Razvoj i korištenje mobilnih aplikacija uzimanjem u obzir ovakvih čimbenika omogućit će učinkovito i sustavno upravljanje mentalnim zdravljem odraslih te konačno spriječiti i ublažiti probleme mentalnog zdravlja.

6. ISTRAŽIVAČKI DIO RADA

6.1. Cilj istraživanja

Ovim istraživanjem želi se ispitati utjecaj stigme prema osobama s duševnim poremećajima na traženje psihijatrijske pomoći. Sudionici istraživanja su osobe koje su prošle kroz psihijatrijsku obradu bilo kroz polikliniku ili stacionar. Instrument istraživanja je anketni upitnik koji je konstruiran s ciljem da se ispita vremenski period od pojave simptoma do traženja pomoći, te je li stigma utjecala na traženje pomoći.

6.2. Hipoteze

Uzimajući u obzir istraživački problem te ciljeve istraživanja, postavljene su hipoteze istraživanja:

H1.- Osobe s duševnim smetnjama zbog stigmatizacije ne traže psihijatrijsku pomoć unatoč prisutnosti problema.

H2.- Liječenje zbog zakašnjelog traženja psihijatrijske pomoći je duže i složenije.

H3.- Osobe iz ruralnih područja imaju veći utjecaj stigmatizacije na traženje psihijatrijske pomoći.

6.3. Ispitanici i metode istraživanja

Ovom studijom istražio se utjecaj stigme kod osoba s duševnim poremećajima na odluku o traženju psihijatrijske pomoći. Sudionici istraživanja bile su osobe koje su prošle kroz psihijatrijsku obradu, bilo kroz polikliniku ili stacionar. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno, a svi ispitanici su bili prethodno informirani o svrsi istraživanja. Istraživanje se provodilo u skladu s etičkim načelima i ljudskim pravima, pružajući ispitanicima mogućnost odustanka u bilo kojem trenutku. Za provođenje ankete dobiveno je odobrenje Etičkog povjerenstva Opće bolnice Varaždin. Istraživanje je provedeno u lipnju i srpnju 2023. godine. Anketom je obuhvaćeno 120 ispitanika (n = 120) s područja Varaždinske županije, odnosno bilo je oblikovan prigodni uzorak. Sudionici istraživanja ispunili su anketni upitnik kojim se kao instrumentom istraživanja željelo istražiti saznati koliko je vremena trebalo od pojave simptoma do traženja pomoći te procijeniti utjecaj stigme na taj proces. Anketni upitnik imao je dva dijela;

(I) 4 opća podatka o ispitanicima (spol, dob, ruralna ili urbana sredina u kojoj živi i stupanj obrazovanja) te

(II) 15 pitanja o traženju psihijatrijske pomoći, stavovima društvene okoline na traženje psihijatrijske pomoći i sl. (pitanja sa pretežno odgovorima „da“ ili „ne“).

Upitnici su sadržavali isključivo zatvorena pitanja, s jednim mogućim odgovorom između ponuđenih opcija. Nije bilo pitanja s višestrukim odgovorima niti pitanja s otvorenim odgovorima. Od ukupno 19 pitanja, samo su dva odnosila se na rang varijable (dobna grupa i stupanj obrazovanja), dok su sva preostala pitanja bila usmjerena prema nominalnim varijablama, što je značajno ograničilo mogućnosti statističke analize.

6.3.1. Metode statističke analize

Svi sudionici ispunjavali su upitnike u papirnatom obliku, a nakon završetka ankete, podaci su uneseni u Excel tablicu. Iz dobivene Excel datoteke, podaci su konvertirani u SPSS format. Statističke analize provedene su pomoću programa IBM SPSS Statistics 25 (SPSS Inc., Chicago, IL, SAD), dok su grafički prikazi izrađeni korištenjem Microsoft Office Excela 2010 za Windows (Microsoft Corporation, Redmont, WA, SAD) i SPSS programa. Ovaj pristup omogućio je sustavnu analizu prikupljenih podataka i interpretaciju rezultata istraživanja.

Korištene su različite metode statističke analize kako bi se istražile povezanosti među varijablama;

a) **Deskriptivne metode:** Uključuju tabelarne i grafičke prikaze, postotke, srednje vrijednosti i mjere disperzije. Ove metode pružaju opisne informacije o distribuciji podataka i karakteristikama uzorka.

b) **Inferencijalne metode:** Koristile su se za provođenje testova hipoteza i utvrđivanje statističke značajnosti razlika među varijablama. Korišteni su hi-kvadrat test, Mann-Whitneyev U test, Kruskal-Wallisov H test i test razlike proporcija za velike nezavisne uzorke.

Zaključci vezani uz razlike i povezanosti između varijabli doneseni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05, odnosno uz pouzdanost od 95%. Ovaj pristup osigurava standardizirani način donošenja zaključaka temeljenih na rezultatima analize.

Rezultati su sustavno izneseni i opisani u dva odvojena poglavlja:

- **Deskriptivna statistička analiza** gdje su opisane distribucije podataka, srednje vrijednosti, frekvencije i drugi relevantni deskriptivni podaci.

- **Inferencijalna statistička analiza** gdje su prikazani rezultati dobiveni primjenom inferencijalnih metoda, pružajući uvid u statistički značajne razlike i povezanosti između varijabli.

7. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

7.1. Deskriptivna statistička analiza

Uzorak ispitanika sastojao se od 52 muškarca (43%) i 68 žena (57%). Većina ispitanika bila je u dobi između 46 i 65 godina (50% uzorka). Na temelju odgovora na posljednje pitanje u upitniku, uzorak ispitanika iz opće populacije podijeljen je u tri podskupa prema razini doživljene stigmatizacije:

- 50 ispitanika koji su se izjasnili kao stigmatizirani od strane okoline,
- 37 ispitanika koji su se osjećali djelomično stigmatiziranima (ali ne u očekivanoj mjeri),
- 33 ispitanika koji nisu osjećali nikakvu stigmatizaciju od strane okoline nakon traženja psihijatrijske pomoći.

Relativno izraženo, ovi podskupovi čine 42%, 31% i 27% ukupnog uzorka, redom.

U Tablici 1 navedene su frekvencije (apsolutne i relativne) odgovora ispitanika na opća pitanja o njima.

Tablica 7.1.1.: Distribucija ispitanika prema socioemografskim karakteristikama (n = 120)

Varijabla i oblik varijable	Broj ispit.	% ispit.
Spol ispitanika:		
muški	52	43
ženski	68	57
Ukupno	120	100
Dob ispitanika:		
18 – 29	9	7
30 – 45	41	34
46 – 65	59	49
66 i više	11	9
Ukupno	120	100
Mjesto prebivališta:		

selo	71	59
grad	49	41
Ukupno	120	100
Stupanj obrazovanja:		
nezavršena osnovna škola	1	1
osnovna škola	25	21
srednja škola	83	69
preddiplomski studij	6	5
diplomski studij	5	4
Ukupno	120	100

Na osnovu frekvencija četiriju dobnih grupa izračunata je približna prosječna dob svih anketiranih od 43 godine. Radi inferencijalne statističke analize dob je negdje iskazana i samo u dvije dobne grupe: 18-45 godina i 46 i više godina.

Za potrebe inferencijalne analize ispitanici su prema razini obrazovanju svrstani u tri grupe: osnovna škola, srednja škola, viša i visoka škola, pri čemu je ispitanik sa nezavršenom osnovnom školom isključen iz analiza s obzirom na obrazovanje.

Tipičan ispitanik u ovoj anketi ženskog je spola, zrele životne dobi (46-65 godina), živi na selu i srednjoškolskog je obrazovanja.

Na pitanje u anketi da li se netko u obitelji ispitanika liječio ili liječi kod psihijatra dobiveni su sljedeći odgovori:

- da od 51 ispitanika (42%) i
- ne od 69 ispitanika (58%).

Naredno pitanje je bilo koliko dugo ispitanik prolazi kroz psihijatrijski tretman. Dobiveni su sljedeći odgovori:

- ovo mi je prvi puta 24 ispitanika (20%),
- manje od godinu dana 13 ispitanika (11%),
- između 1 i 3 godine 18 ispitanika (15%) i
- više od 3 godine 65 ispitanika (54%).

Posljednja frekvencija pokazuje nam dugotrajnost liječenja psihijatrijskih problema jer preko 50%

ispitanika psihijatrijsku pomoć koristi više od tri godine.

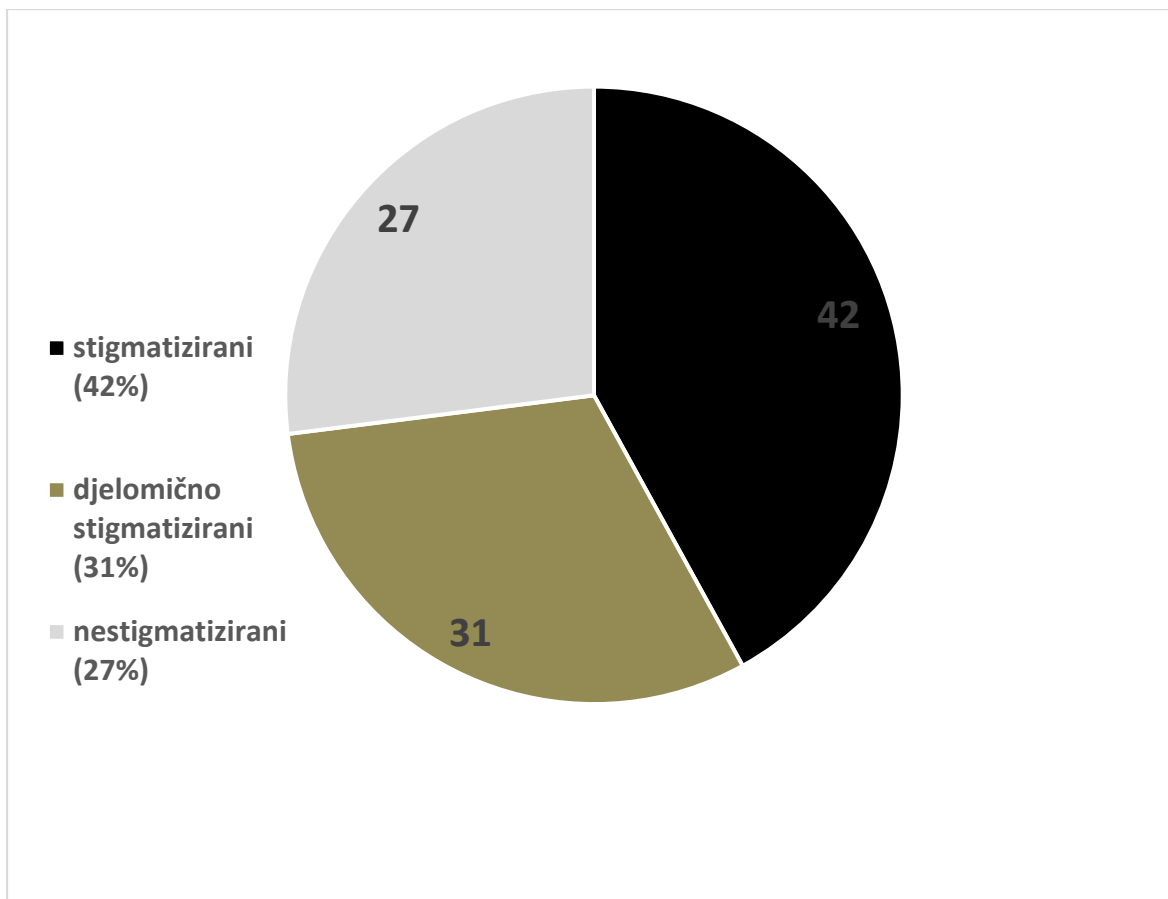
Na sedmo pitanje u upitniku koje je glasilo „Koliko je vremena bilo potrebno da nakon primjećivanja simptoma posjetite liječnika?“ dobiveni odgovori su bili:

odmah sam posjetio psihijat.	28 ispitanika (23%),
nekoliko tjedana	20 ispitanika (17%),
nekoliko mjeseci	37 ispitanika (31%) i
nekoliko godina	35 ispitanika (29%).

Tablica 7.1.2. sadrži odgovore na pitanja vezana uz stigmatizaciju, dok su frekvencije za pet pitanja iz upitnika prezentirane opisno, bez korištenja tablica. Ove informacije pružaju uvid u karakteristike uzorka te razinu doživljene stigmatizacije u skladu s postavljenim pitanjima.

Tablica 7.1.2.: Ispitanici prema odgovorima na pitanja o traženju psihijatrijske pomoći (u apsolutnim i relativnim frekvencijama) n = 120

Pitanje	Broj odgovora				Postotak odgovora			
	da	ne	ne znam	Svega	da	ne	ne znam	Svega
8) Da li ste prije traženja psihijatrijske pomoći razmišljali što će drugi misliti o vama?	52	68	-	120	43	57	-	100
9) Da li ste kod traženja psihijatrijske pomoći osjećali nelagodu?	67	53	-	120	56	44	-	100
10) Da li ste se bojali što će okolina reći ako sazna da ste tražili psihijatrijsku pomoć?	59	61	-	120	49	51	-	100
11) Smatrate li da ste zbog stigmatiz. osoba s duševnim smetnjama kasnije zatražili pomoć?	55	65	-	120	46	54	-	100
12) Da li vaša obitelj zna da ste tražili psihijatrijsku pomoć?	106	14	-	120	88	12	-	100
14) Da li vaši prijatelji ili poznanici znaju da ste tražili psihijatrijsku pomoć?	83	37	-	120	69	31	-	100
16) Smatrate li da ste traženjem psihijatrijske pomoći napravili dobru stvar za vas?	102	13	5	120	85	11	4	100



Grafikon 7.1.1.: Ispitanici prema osjećaju stigmatizacije od strane okoline nakon što su tražili psihijatrijsku pomoć (n = 120)

Za procjenu razine osjećaja stigmatizacije kod svakog ispitanika, razvijen je sustav bodovanja temeljen na odgovorima na određena pitanja. Manji broj bodova ukazuje na manji osjećaj stigmatizacije, dok veći broj bodova sugerira na intenzivniji osjećaj stigmatizacije. Način bodovanja jasno je prikazan u Tablici 7.1.3. Ova metodologija omogućava kvantitativno mjerenje i rangiranje stupnja doživljene stigmatizacije, pružajući tako dodatnu dubinu analize u istraživanju.

Tablica 7.1.3.: Opis sustava bodovanja odgovora ispitanika na pitanja o stigmatizaciji (n = 120)

Pitanje	Mogući odgovori	Broj ispit.	Broj bod.
7) Koliko je vremena bilo potrebno da nakon primjećivanja simptoma posjetite liječnika?	odmah sam posjetio psihijatra	28	0
	nekoliko tjedana	20	1
	nekoliko mjeseci	37	2

	nekoliko godina	35	3
8) Da li ste prije traženja psihijatrijske pomoći razmišljali što će drugi misliti o vama?	da	52	1
	ne	68	0
9) Da li ste kod traženja psihijatrijske pomoći osjećali nelagodu?	da	67	1
	ne	53	0
10) Da li ste se bojali što će okolina reći ako sazna da ste tražili psihijatrijsku pomoć?	da	59	1
	ne	61	0
11) Smatrate li da ste zbog stigmatiz. osoba s duševnim smetnjama kasnije zatražili pomoć?	da	55	1
	ne	65	0
12) Da li vaša obitelj zna da ste tražili psihijatrijsku pomoć?	ne, ali ću im reći	6	1
	ne, i neću im reći	8	2
	da, znaju	106	0
13) Kako je vaša obitelj prihvatila vaše traženje psihijatrijske pomoći?	pružaju mi podršku	89	0
	govore da mi to ne treba	22	1
	omalovažavaju me zbog toga	8	2
	jedni me podržavaju, drugi ne	1	1
14) Da li vaši prijatelji ili poznanici znaju da ste tražili psihijatrijsku pomoć?	ne, ali ću im reći	11	1
	ne, i neću im reći	26	2
	da, znaju	83	0
15) Smatrate li da nakon traženja psihijatrijske pomoći ljudi drugačije gledaju na vas?	da, u pozitivnom smislu	33	0
	da, u negativnom smislu	33	1
	to nije utjecalo na odnos s prijat.	54	0
16) Smatrate li da ste traženjem psihijatrijske pomoći napravili dobru stvar za vas?	da	102	0
	ne	13	2
	ne znam	5	1
17) Smatrate li da ste se ranije javili psihijatru da bi vam bilo lakše?	da	77	0
	ne	14	2
	ne znam	29	1
18) Smatrate li da ste se ranije javili psihijatru da bi i vaše liječenje kraće trajalo?	da	57	0
	ne	20	2
	ne znam	43	1

Prema ovom sustavu, svaki ispitanik može osvojiti najmanje 0 bodova, a najviše 20 bodova. Primjenom ovog sustava, dodijeljeni su bodovi svakom ispitaniku, a zatim su ti bodovi zbrojeni. Rezultat je distribucija bodova koja je prikazana u Tablici 7.1.4. Na temelju ove distribucije, izračunati su deskriptivni pokazatelji, prikazani u Tabeli 5. Pored toga, distribucija je vizualizirana

pomoću histograma, na kojem je ucrtana prilagođena normalna (Gaussova) krivulja (Grafikon 7.1.2.). Ove analize pružaju detaljan uvid u raspodjelu bodova te omogućuju bolje razumijevanje stupnja doživljene stigmatizacije u istraživanju.

Tablica 7.1.4.: Ispitanici prema broju utvrđenih bodova za intenzitet osjećaja stigmatizacije
(n = 120)

Broj bodova	Broj ispit.	Broj bodova	Broj ispit.
0	2	8	10
1	8	9	7
2	3	10	11
3	9	11	7
4	18	12	1
5	15	13	2
6	14	18	1
7	12	Svega	120

Tablica 7.1.5.: Deskriptivni pokazatelji za broj bodova utvrđenih kod ispitanika za intenzitet osjećaja stigmatizacije (n = 120)

Deskriptivni pokazatelj	Vrijedn.
Aritmetička sredina	6,2
Medijalna vrijednost	6
Modalna vrijednost	4
Standardna devijacija	3,21
Koeficijent varijacije	52%
Kolmogorov-Smirnovljev test:	
z vrijednost u testu	0,102
p vrijednost u testu	0,004
normalnost distribucije	ne

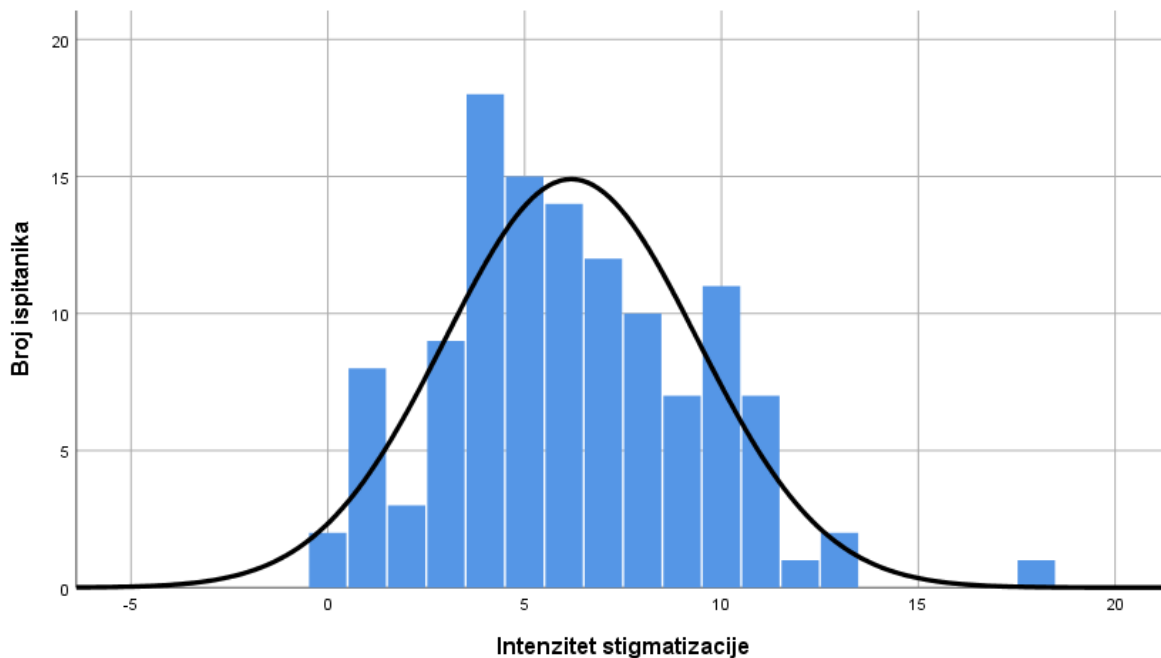
Tablica 7.1.6.: Prosječni i ekstremni bodovi za intenzitet osjećaja stigmatizacije (n = 120)

Vrijednost	teoretski	stvarno
minimalna	0	0
prosječna	10	6,2
maksimalna	20	18

Distribucija bodova za intenzitet osjećaja stigmatizacije je desnostrano asimetrična ($AS > Me > Mo$). Prosječna vrijednost iznosi $6,2 \pm 3,21$, a disperzija je povećana ($V = 52\%$). Distribucija nije slična normalnoj. Stoga, može se općenito zaključiti:

1. Prevladavaju niže vrijednosti za osjećaj stigmatizacije kod ispitanika (prosječna vrijednost $6,2 < \text{modus } 10, Mo = 4$).
2. Ispitanici se značajno razlikuju prema osjećaju stigmatizacije, što ukazuje na donekle heterogenu grupu ispitanika (disperzija $V = 52\%$).
3. Distribucija bodova za osjećaj stigmatizacije nije slična normalnoj distribuciji (prema Kolmogorov-Smirnovljevom testu $z = 0,102, p = 0,004$), što znači da kod primjene inferencijalne statističke analize nije moguće koristiti parametarske, već samo neparametarske testove.

Ova analiza pruža dublje razumijevanje raspodjele i varijabilnosti bodova te sugerira optimalni pristup za daljnje statističke analize, uzimajući u obzir nesličnost distribucije s normalnom raspodjelom.



Grafikon 7.1.2.: Grafički prikaz distribucije broja bodova za osjećaj stigmatizacije kod ispitanika pomoću histograma u koji je ucrtana normalna krivulja (n = 120)

Za potrebe inferencijalne statističke analize ispitanici su na osnovu vrijednosti kvartila ($Q_1 = 4$ $Q_3 = 8$) podijeljeni u tri kategorije prema osjećaju stigmatizacije:

- slabija stigmatizacija (0 - 3 boda) 22 ispitanika odnosno 18%
- osrednja stigmatizacija (4 – 8 bodova) 69 ispitanika odnosno 58%
- jača stigmatizacija (9 – 18 bodova) 29 ispitanika odnosno 24%.

Navedene tri frekvencije treba usporediti s odgovorima na pitanje 19 gdje su te frekvencije 33, 37, odnosno 50. Objе podjele ispitanika će biti korištene u inferencijalnoj analizi.

7.2. Inferencijalna statistička analiza

Analiza je provedena različitim metodama, a rezultati su podijeljeni u tri skupine prema korištenoj metodi.

Prva skupina analiza obuhvaća neparametrijske testove koji imaju za cilj utvrditi postoji li statistički značajna razlika u intenzitetu stigmatizacije s obzirom na nezavisne varijable (dob, spol,

mjesto prebivanja, obrazovanje). Razlika se ne smatra statistički značajnom ako je p-vrijednost (p) $> 0,05$, dok se smatra statistički značajnom ako je $p < 0,05$. Za nezavisne varijable s dvije kategorije koristi se Mann-Whitneyev U test, a za one s tri ili više kategorija koristi se Kruskal-Wallisov H test. Oba testa koriste medijalne vrijednosti umjesto aritmetičkih sredina, jer one nisu reprezentativne za distribucije koje ne sličje normalnoj distribuciji. Ukupno je provedeno pet U i H testova, a rezultati su prikazani u Tablici 7.2.1., ispod koje slijedi interpretacija dobivenih rezultata.

Tabela 7.2.1.: Rezultati usporedbe medijana za osjećaj stigmatizacije pomoću Mann-Whitneyevog U testa i Kruskal-Wallisovog H testa ($n = 120$)

	Testna kategorij. (nezavisna) varij.	Podskup ispitanika	Broj ispit.	Me	Sredine rangova	U odnosno H	z odnosno df	p ¹⁾
1.	Dob (u 4 grupe)	18-29	9	7	76,00			
		30-45	41	6	63,12			
		46-65	59	6	59,36			
		66 i više g.	11	5	44,14	H = 4,564	df = 3	0,207
2.	Dob (u 2 grupe)	18-45	50	7	65,44			
		46 i više g.	70	5	56,97	U = 1503	z = -1,322	0,186
3.	Spol	muški	52	5	58,30			
		ženski	68	6	62,18	U = 1653	z = -0,610	0,542
4.	Mjesto stanovanja	selo	71	6	57,57			
		grad	49	6	64,74	U = 1531	z = -1,116	0,264
5.	Obrazovanje	OŠ	25	7	62,42			
		SŠ	83	6	59,94			
		VŠS i VSS	11	6	54,95	H = 0,362	df = 2	0,834

Napomena: ¹⁾ * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Na temelju dobivenih rezultata u Tablici 7.2.1., mogu se izvesti sljedeći zaključci:

1. Ispitanici mlađe dobi izražavaju jači osjećaj stigmatizacije u usporedbi s onima starije dobi (76,00 > 44,14). Međutim, ova razlika u jačini osjećaja stigmatizacije nije statistički značajna ($p = 0,207$).
2. Razmatranjem podjele ispitanika u samo dvije dobne grupe (do 45 godina i preko 45 godina) navedeni zaključak ostaje sličan, budući da je dobivena p-vrijednost $p = 0,186$.
3. Muškarci iskazuju blaži osjećaj stigmatizacije u usporedbi s ženama (58,30 < 62,18), ali ta razlika među spolovima nije statistički značajna ($p = 0,542$).
4. Osjećaj stigmatizacije je blaži kod ispitanika sa sela u odnosu na one koji žive u gradu (57,57 < 64,74). No, unatoč tome, ova razlika nije statistički značajna ($p = 0,264$).
5. Osjećaj stigmatizacije najjači je kod ispitanika s osnovnom školom, manji kod ispitanika sa srednjom školom, a najmanji kod ispitanika s višom i visokom stručnom spremom. No, ove razlike nisu statistički značajne ($p = 0,834$).

U zaključku, nijedna od četiri nezavisne varijable nije pokazala statistički značajnu razliku u intenzitetu stigmatizacije. Drugim riječima, dob, spol, mjesto stanovanja i obrazovanje ne utječu na doživljenu stigmatizaciju prema rezultatima analize.

Drugu skupinu analiza čine hi-kvadrat testovi, čija je svrha provjeriti postoji li statistički značajna povezanost između određenih nominalnih varijabli ($p < 0,05$), ili takva povezanost ne postoji ($p > 0,05$). Podaci za ovu analizu organiziraju se u kombinirane tabele (tabele kontingencije) s različitim brojem stupaca i redaka. Ukupno je izvedeno šest neparametrijskih hi-kvadrat testova. U svim tim testovima jedna od varijabli je klasifikacija ispitanika prema doživljenoj stigmatizaciji (pitanje 19) - oni koji se osjećaju stigmatiziranim, oni koji se osjećaju djelomično stigmatiziranim, i oni koji se ne osjećaju stigmatiziranim. Rezultati svih provedenih testova prikazani su u Tablici 7.2.2., a ispod nje slijedi njihova interpretacija.

Tablica 7.2.2.: Rezultati hi-kvadrat testova ($n = 120$)

R. b.	Varijable u kontingencijskoj tabeli	Format konting. tabele	n	χ^2	df	p	korek. testa	Φ
1.	P19 Osjećate li se stigmatizirani Dob ispitanika u 2 grupe	3 x 2	120	11,392	2	0,003**	da	0,31

2.	P19 Osjećate li se stigmatizirani Spol ispitanika	3 x 2	120	3,331	2	0,189	da	-
3.	P19 Osjećate li se stigmatizirani Mjesto stanovanja (selo, grad)	3 x 2	120	0,390	2	0,823	da	-
4.	P19 Osjećate li se stigmatizirani Razina obrazov.u 3 grupe	3 x 3	119	2,926	4	0,570	ne (33%)	-
5.	P19 Osjećate li se stigmatizirani Kategorije stigmatizacije (tri)	3 x 3	120	17,013	4	0,002**	da	0,38
6.	P19 Osjećate li se stigmatizirani P5 Obolj.u obitelji liječ.kod psih.	3 x 2	120	0,439	2	0,803	da	-

Napomene: n = veličina uzorka u testu; χ^2 = hi-kvadrat vrijednost dobivena u testu; df = broj stupnjeva slobode; p = vjerojatnost odbacivanja istinite nul hipoteze o nepostojanju povezanosti između varijabli;

* statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Test je korektan ukoliko je kod njegovog izvođenja bilo manje od 20% očekivanih frekvencija manjih od 5. Ukoliko je više od 20% očekivanih frekvencija bilo manje od 5 test nije korektan. Postotak očekivanih frekvencija koje su manje od 5 odštampan je u zagradi ispod riječi „ne“.

Koeficijenti Φ se tumače na sljedeći način: od 0.00 do 0.15 vrlo slaba veza; od 0.15 do 20 slaba veza; od 0.20 do 0.25 srednja veza; od 0.25 do 0.30 srednje jaka veza; od 0.30 do 0.35 jaka veza i od 0.35 do 0.40 vrlo jaka veza.

Rezultati u Tablici 7.2.2. dovode do sljedećih zaključaka:

1. Postoji statistički značajna i jaka povezanost između dobi ispitanika (mlađi od 45 godina, stariji od 45 godina) i osjećaja stigmatiziranosti (da, djelomično, ne) s p-vrijednošću $p = 0,003$ i Φ (Koeficijent kontingencije) = 0,31. Analizom tabele kontingencije utvrđeno je da mlađi ispitanici izražavaju jači osjećaj stigmatizacije u usporedbi sa starijim ispitanicima.
2. Između osjećaja stigmatiziranosti i spola ispitanika (muški, ženski) ne postoji statistički značajna povezanost ($p = 0,189$).
3. Nema statistički značajne povezanosti između osjećaja stigmatiziranosti i mjesta stanovanja ispitanika (selo, grad) s p-vrijednošću $p = 0,823$. Ova analiza nije podržala hipotezu koja sugerira veći utjecaj stigmatizacije na osobe iz ruralnih područja.
4. Nema statistički značajne povezanosti između osjećaja stigmatiziranosti i razine obrazovanja ispitanika (OŠ, SŠ, VŠS i VSS) s p-vrijednošću $p = 0,570$.

5. Postoji statistički značajna i vrlo jaka povezanost između osjećaja stigmatiziranosti i kategorije stigmatiziranosti (slabija, srednja, jača) određene sustavom bodovanja odgovora ispitanika, s p-vrijednošću $p = 0,002$ i $\Phi = 0,38$. Analiza tabele kontingencije ukazuje na to da se većina ispitanika klasificira na isti način u obje kategorije, dok se kod manjeg broja ispitanika primjećuju manje razlike u klasifikacijama.
6. Nema statistički značajne povezanosti između osjećaja stigmatiziranosti i prisutnosti članova obitelji koji su liječeni zbog psihijatrijskih problema ($p = 0,803$).

Treću skupinu analiza čine testovi razlike između proporcija. Razlike između proporcija mogu biti slučajne ($p > 0,05$) ili statistički značajne ($p < 0,05$). Ovaj test se može koristiti neovisno o normalnosti distribucije promatrane varijable. Kod njegove primjene mogu se uspoređivati dvije proporcije (t-test) te tri ili više proporcija (hi-kvadrat test). Izvedena su četiri ovakva testa, a rezultati su navedeni u Tabeli 9, ispod koje slijedi njihova interpretacija.

Tablica 7.2.3.: Rezultati testova usporedbe dviju ili tri proporcije (n = 120)

R b	Varijabla	Podgrupa ispitanika	n	Proporcija ¹⁾	t	p
1.	Ispit.prema dobi u 2 grup	do 45 g, 46 i više g.	50 70	29/50 = 0,580 21/70 = 0,300	t=3,067	0,003**
2.	Ispitanici prema 3 kate- gorije stigmatizacije	slabija srednja jača	50 37 33	5/50 = 0,100 6/37 = 0,162 11/33 = 0,333	$\chi^2=6,034$ df = 2 $\Phi = 0,22$	0,049*
3.	Ispit.prema strahu od stigmatizacije (pit.19)	da ne	50 33	17/50 = 0,340 10/33 = 0,303	t=0,351	0,726
4.	Ispit.prema vrem.tražnja psihološke pomoći (P7)	odmah ili tjed. nekoliko godina	48 35	26/42 = 0,542 24/35 = 0,686	t=1,324	0,189

Napomena: * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

¹⁾ U testu 1 i 2 radi se o proporciji ispitanika koji sebe smatraju stigmatiziranim (prema odgovorima na pitanje 19 u upitniku).

U testu 3 radi se o proporciji onih koji traže psih. pomoć tek nakon nekoliko godina nakon prisutnosti problema.

U testu 4 radi se o proporciji onih ispitanika kojima bi bilo lakše da su se ranije javili psihijatru (pitanje 17).

Temeljem provedene statističke analize može se zaključiti sljedeće:

1. Među ispitanicima koji su mlađe dobi (do 45 g.) njih 58,0% (proporcija 0,580) se osjeća stigmatiziranim, dok takvih među starijima od 45 g. ima znatno manje, 30,0%. Razlika između ovih dviju proporcija (0,580 i 0,300) statistički je značajna ($p = 0,003$).
2. U drugom testu ponovno je uspoređen rezultat klasifikacije ispitanika prema dva kriterija: prema odgovorima na pitanje 19 (stigmatizirani, djelomično stigmatizirani, nisu stigmatizirani) i prema sustavu bodovanja odgovora na 12 pitanja u upitniku kako je specificirano u tabeli 3 (slabije, osrednje, jače stigmatizirani). U podgrupi onih koji su slabije stigmatizirani nalazi se 10,0% onih koji su samoocijenili da su stigmatizirani. U podgrupi onih koji su osrednje stigmatizirani nalazi se 16,2% onih koji su samoocijenili da su stigmatizirani. Konačno, u trećoj podgrupi onih koji su jače stigmatizirani nalazi se 33,3% onih koji su samoocijenili da su stigmatizirani. Proporcije 0,100 0,162 i 0,333 statistički se značajno razlikuju i ta je razlika srednje jaka ($p = 0,049$ $\Phi = 0,22$).
3. Prema pitanju 19 dobivene su tri grupe ispitanika: 50 onih koji se osjećaju stigmatiziranim od okoline, 37 onih koji se djelomično osjećaju stigmatiziranim i 33 onih koji se ne osjećaju stigmatiziranim. Ovim su testom uspoređene prva i treća podskupina ispitanika (50 i 33) s obzirom na to koliko među njima ima onih koji su psihološku pomoć tražili kasno, tek nekoliko godina nakon pojave problema. Takvih je bilo 34,0% među onima koji su u prvoj podgrupi ispitanika, te 30,3% među onima koji su u trećoj podgrupi ispitanika. Ovo su dosta slične proporcije (0,340 i 0,303) koje su se pokazale ovim testom da nisu statistički značajno različite ($p = 0,726$). Dakle, proporcije onih koji relativno kasno traže psihološku pomoć statistički se značajno ne razlikuju kod onih koji su sebe ocijenili stigmatiziranim u odnosu na one koji sebe nisu ocijenili stigmatiziranim.

Navedeni test proveden je u svrhu testiranja **prve hipoteze** u ovom radu koja glasi: „Osobe s duševnim smetnjama zbog stigmatizacije ne traže psihijatrijsku pomoć unatoč prisutnosti problema“ Prema iznesenim rezultatima ta hipoteza nije istinita pa se **ne prihvaća**.

4. U ovom su testu uspoređeni odgovori na pitanje 7 (koliko je vremena bilo potrebno da nakon primjećivanja simptoma posjetite liječnika) sa odgovorima na pitanje 17 (smatrate li da ste se ranije javili psihijatru da bi vam bilo lakše). Dobiveni odgovori na ta dva pitanja su bili sljedeći:

Pitanje 7:	a) odmah sam posjetio psihijatra	28 ispitanika
	b) nekoliko tjedana	20 ispitanika
	c) nekoliko mjeseci	37 ispitanika
	d) nekoliko godina	35 ispitanika
Pitanje 17:	e) da, bilo bi mi lakše	77 ispitanika
	f) ne, bilo bi mi isto	14 ispitanika
	g) ne znam kako bi to utjecalo	29 ispitanika

Testom su uspoređene skupine a) i b) zajedno sa skupinom d) s obzirom na udjel onih koji istodobno pripadaju podskupini e). Drugim riječima, uspoređene su proporcije $26/48 = 0,542$ sa proporcijom $24/35 = 0,686$ (26 i 24 je broj onih koji pripadaju i podskupini e). Proporcije 0,542 i 0,686 se prema izvedenom testu statistički značajno ne razlikuju ($t = 1,324$ $p = 0,189$).

Navedeni test proveden je u svrhu provjere istinitosti **druge hipoteze** koja glasi: „Liječenje zbog zakašnjelog traženja psihijatrijske pomoći je duže i složenije.“ Prema navedenom rezultatu testa ta se hipoteza **ne prihvaća**, nije istinita.

8. RASPRAVA

Stigmatizacija u kontekstu mentalnog zdravlja predstavlja kompleksan socijalni fenomen koji duboko utječe na način na koji pojedinci pristupaju traženju psihijatrijske pomoći. Ova tema postaje sve važnija s obzirom na rastući broj ljudi koji se suočavaju s duševnim smetnjama, a istraživanje provedeno u okviru diplomskog rada na temu utjecaja stigmatizacije na traženje psihijatrijske pomoći donosi značajne uvide u ovu problematiku.

Prva postavljena hipoteza (H1), koja tvrdi da zbog stigmatizacije osobe s duševnim smetnjama ne traže psihijatrijsku pomoć unatoč prisutnosti problema, odbačena je na temelju analize rezultata ankete. Istraživanje je pokazalo da postoji složen odnos između stigmatizacije i odluke o traženju pomoći. Premda stigma može djelovati kao prepreka, istraživanje sugerira da je nužno uzeti u obzir individualne razlike, razinu obrazovanja i percepcije podrške okoline.

Druga hipoteza (H2), koja predviđa da zakašnjelo traženje psihijatrijske pomoći dovodi do dužeg i složenijeg liječenja, također je odbačena nakon analize rezultata. Rezultati su ukazali na to da, iako stigmatizacija može utjecati na vrijeme koje osoba treba da bi se odlučila za traženje pomoći, zakašnjelo traženje pomoći ne nužno produžuje trajanje liječenja. Individualni čimbenici, poput svijesti o vlastitom mentalnom zdravlju, također igraju ključnu ulogu u brzini i učinkovitosti liječenja.

Treća hipoteza (H3), koja tvrdi da osobe iz ruralnih područja imaju veći utjecaj stigmatizacije na traženje psihijatrijske pomoći, također je odbačena. Rezultati su pokazali da utjecaj stigmatizacije na traženje pomoći nije uvjetovan mjestom stanovanja, već ovisi o različitim sociokulturnim i osobnim faktorima.

Zaključci ovog istraživanja ukazuju na važnost holističkog pristupa problemu stigmatizacije u kontekstu mentalnog zdravlja. Stigmatizacija nije samo prepreka koja određuje hoće li se osoba odlučiti za traženje pomoći, već je složen fenomen povezan s individualnim iskustvima, obrazovanjem, percepcijom podrške okoline i društvenim normama.

Stigmatizacija, premda prisutna, nije nepremostiva prepreka. Edukacija i podizanje svijesti o mentalnom zdravlju, posebice u ruralnim područjima, mogu imati ključnu ulogu u smanjenju stigmatizacije i poticanju ljudi da potraže pomoć. Važno je raditi na destigmatizaciji mentalnih smetnji kroz javne kampanje, obrazovne programe i podršku zajednica.

U konačnici, stigmatizacija ostaje izazovno područje koje zahtijeva multidisciplinarni pristup, uključujući angažman društva, obrazovnih institucija, zdravstvenih radnika i samih pojedinaca. Rješenje leži u razumijevanju kompleksnosti ovog fenomena i zajedničkom radu na stvaranju inkluzivnog društva u kojem se mentalno zdravlje promiče i štiti.

Pojam stigma označava ozbiljan društveni, medicinski i etički izazov s negativnim utjecajem na proces traženja pomoći, prihvaćanje liječenja, ishod terapije, kvalitetu života i integraciju oboljelih u zajednicu. Stigmatizacija psihički oboljelih osoba je raširena i nosi sa sobom psihološke, socijalne i ekonomske posljedice za zahvaćene pojedince. Ova vrsta stigmatizacije ugrožava njihova temeljna prava na poštovanje, ravnopravnost i pristup liječenju. Među različitim vrstama poremećaja, psihički poremećaji su izloženi najjačem stupnju stigmatizacije, a unutar tog skupa, shizofrenija i ovisnost o drogama doživljavaju posebno snažnu stigmatizaciju [84].

Svakodnevno se suočavamo s diskriminacijom psihički oboljelih osoba, što proizlazi iz nedostatka razumijevanja šire društvene zajednice o prirodi duševnih bolesti. Ove osobe se često nepravedno percipiraju kao nasilne, nesposobne, neodgovorne, nepredvidive, lijen ili čak krive za vlastite bolesti. Stigmatizacija je često povezana s predrasudama i uvjerenjem da psihičke bolesti nisu podložne liječenju. Kombinacija ozbiljnih psihičkih poremećaja, diskriminacije i stigmatizacije ima ozbiljne posljedice za psihički oboljele, igrajući ključnu ulogu u emocionalnoj i socijalnoj izolaciji, pogoršavajući njihove patnje. Osim toga, stigmatizacija može dovesti do povreda osnovnih ljudskih prava [85].

Stigmatizirajući stavovi prema osobama s psihičkim poremećajima nisu prisutni samo u općoj populaciji, već se često javljaju i među zdravstvenim djelatnicima, što predstavlja poseban izazov. Znanstvena istraživanja potvrđuju da stigmatizirajući stavovi kod zdravstvenih stručnjaka mogu rezultirati prekomjernim naglaskom na psihičkoj dijagnozi, što može dovesti do nedostatka adekvatne somatske zdravstvene skrbi za osobe s psihičkim smetnjama. Važno je napomenuti da samostalno stjecanje znanja o psihičkim poremećajima ne nužno dovodi do smanjenja stigme. Ako se javnost informira isključivo o medicinskim i biološkim aspektima bolesti, stigmatizacija i socijalna distanca mogu se produbiti. Stoga je od iznimne važnosti pravovremeno uključivanje osoba s psihičkim poremećajima u odgovarajuće tretmane, održavanje simptoma pod kontrolom te prevencija mogućnosti agresije i nasilja. Čak i jedan incident nasilja može ugroziti napore usmjerenje na stvaranje pozitivnog stava prema osobama s psihičkim poremećajima i borbu protiv

diskriminacije[86]. Stigmatizacija osoba s psihičkim poremećajima često proizlazi iz široke prihvaćene slike tih osoba kao nepredvidivih, nerazumljivih, nerazumnih i opasnih bića. Ova karakteristika se često ističe kao bitna svojstva osoba s psihičkim poremećajem, posebno psihotičnim. U društvu gdje se očekuje veća ili manja predvidljivost ponašanja ljudi, nepredvidivo, nerazumno i nerazumljivo ponašanje može se doživjeti kao opasnost i prijetnja društvenom okruženju, što dovodi do stigmatizacije [87].

Uzroci stigmatizacije su složeni i proizlaze iz duboko ukorijenjenih kulturnih stavova prema mentalnim poremećajima te pretpostavki o njihovoj prirodi. Stigmatizacija nastaje kao odgovor na čimbenike koji mogu ugroziti našu sposobnost izvlačenja koristi iz socijalnih grupa. Također, učenje stigmatizirajućeg ponašanja igra značajnu ulogu u formiranju stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajem. Djeca koja od malih nogu čuju ili vide negativne prikaze psihički oboljelih u pričama odraslih i medijima internaliziraju takve stavove i uče reagirati stigmatizacijom prema osobama s psihičkim poremećajem [88].

Negativni učinci stigme psihičkih poremećaja imaju ozbiljne posljedice, posebno na same psihički oboljele osobe, njihove obitelji i psihijatrijsku djelatnost. Stigma ne samo da ne jenjava, već neprekidno raste na globalnoj razini. Osobe s psihičkim poremećajem često su među najviše stigmatiziranim, diskriminiranim, marginaliziranim, hendikepiranim i ranjivim članovima društva. Stigmatizacija može značajno otežati zapošljavanje, zadržavanje posla ili napredovanje na odgovornija i bolje plaćena radna mjesta. Također, otežava im pronalaženje partnera, održavanje veze ili osnivanje bračne zajednice, te često utječe na njihovu percepciju vlastite vrijednosti i sposobnosti [89,90].

Negativni učinci stigme značajno utječu na obitelji psihički oboljelih osoba. Obitelji ne samo da moraju posvetiti posebnu pažnju psihički oboljelom članu, već osjećaju teret stigme zbog raširenog uvjerenja da su psihički poremećaji nasljedni. Stigma psihičkih poremećaja prenosi se na obitelj kroz društvenu komunikaciju, gdje ih ljudi sažaljevaju i izražavaju zabrinutost za psihičko zdravlje obitelji [87].

Stigma psihičkih poremećaja predstavlja ključni izazov s kojim se suočava suvremena psihijatrijska praksa. Ova stigma ugrožava postignuća u tretmanu pojedinih psihičkih bolesnika i predstavlja značajnu prepreku pružanju mentalne zdravstvene zaštite psihički poremećenim osobama, ometajući povećanje kvalitete njihovog života. Psihički oboljele osobe često osjećaju

sram i stid te pokušavaju prikriti svoje psihičke poteškoće, što ih često sprječava da zatraže stručnu pomoć. Istraživanja pokazuju da manje od jedne trećine psihički oboljelih osoba potraži psihijatrijsku pomoć, a prognoza kod određenih psihičkih poremećaja može biti povoljnija ako se započne s liječenjem ranije [91].

Stigmatizacija također narušava prava osoba s psihičkim smetnjama, značajno utječe na sustav zdravstvene zaštite, dovodi do kašnjenja u prepoznavanju i dijagnosticiranju bolesti, smanjuje terapijski učinak i potiče stres koji dodatno ugrožava zdravlje pojedinca, izolirajući ih iz društva. Stigmatizacija predstavlja brojne prepreke u životu stigmatiziranih osoba, a posebno ističe kao jednu od najtežih prepreka prevenciju samoubojstava [92].

U borbi protiv stigmatizacije psihičkih pacijenata, provode se različite akcije u zemljama diljem svijeta, s ciljem obnavljanja dostojanstva oboljelih i institucija u kojima se liječe. Moderna vremena potiču promicanje programa usmjerenih na suzbijanje stigmatizacije, pri čemu neznanje, strah i neprijateljstvo prema oboljelima značajno doprinose stigmatizaciji. Ovi programi nastoje utjecati na navedene faktore, prvenstveno kroz edukaciju o psihičkim poremećajima. Edukacija ima zadatak pružiti informacije koje će suprotstaviti pogrešnim uvjerenjima i mitovima, čime se smanjuju predrasude i neprijateljstvo [89].

Važno je naglasiti da se često mediji povezuju sa stigmatizacijom, a udruge mogu doprinijeti povećanju svijesti javnosti o ovom problemu. Edukacijski programi, usmjereni na smanjenje stereotipa i predrasuda o psihički oboljelim osobama, nalaze se u središtu aktivnosti protiv stigmatizacije. Kontakt sa psihičkim pacijentima, posebice tijekom obrazovanja medicinskog osoblja, ima svrhu smanjenja straha i otpora [93].

Medicinsko osoblje igra ključnu ulogu u promjeni negativnih percepcija društva i izravnoj borbi protiv stigme. Kroz primjenu programa usmjerenih protiv stigme, zdravstveni radnici ruše temelje stigmatizacije i omogućuju kvalitetnije liječenje oboljelima [94].

Uz to, važno je obratiti pažnju na fenomen samostigmatizacije. Psihički oboljeli pojedinci često prihvaćaju stigmatizirajuće stavove. Protiv samostigmatizacije mogu se provoditi programi koji potiču oboljele da se nose s tim problemom. Ovi programi potiču prihvaćanje bolesti, prepoznavanje i reagiranje na diskriminaciju, edukaciju okoline o psihičkim bolestima, procjenu

šteta i koristi od otkrivanja bolesti te uviđanje vlastitih stavova prije oboljenja kako bi se spriječilo zauzimanje negativnih stavova [95].

U suvremenom društvu, stigmatizacija psihički oboljelih osoba predstavlja ozbiljan i višeslojan problem čiji utjecaj prožima različite aspekte, a posebno se reflektira u procesu traženja psihičke pomoći. Ovaj esej istražuje dubinu i složenost veze između stigmatizacije i traženja psihijatrijske skrbi te identificira ključne izazove s kojima se suočavaju psihički oboljeli.

Prva važna točka koja proizlazi iz stigmatizacije jest odgađanje koraka prema profesionalnoj pomoći. Osobe pod utjecajem stigmatizacije često se suočavaju s strahom od osude, negativnih stavova društva i očekivanja diskriminacije, što rezultira odgodom ili čak izbjegavanjem traženja pomoći. Taj unutarnji sukob može značajno produljiti put do dijagnoze i terapije.

Nadalje, stigmatizacija može potaknuti samostigmatizaciju, unutarnje uvjerenje oboljelih u negativne stereotipe o psihičkim poremećajima. Osobe koje internaliziraju stigmiju često razvijaju nisko samopouzdanje i osjećaj manje vrijednosti, smanjujući time motivaciju za aktivnim traženjem pomoći. Ovaj fenomen stvara dodatne prepreke na putu prema ozdravljenju.

Važno je spomenuti da stigmatizacija nije ograničena samo na šire društvo već može biti prisutna i među zdravstvenim djelatnicima. Stigmatizirajući stavovi u zdravstvenom sustavu mogu utjecati na kvalitetu skrbi koju psihički oboljeli primaju. Strah od neprijateljskog okruženja može otežati otvorenu komunikaciju o simptomima i problemima, čime se dodatno ometa proces dijagnoze i terapije.

Stigma također doprinosi niskoj razini psihičke pismenosti u društvu. Nedostatak znanja može dovesti do nesvjesnosti simptoma i smanjiti prepoznavanje potrebe za pomoći. Niska razina psihičke pismenosti stvara okruženje u kojem oboljeli ne mogu računati na podršku i razumijevanje svoje okoline.

Socijalna izolacija, koja je često rezultat stigmatizacije, dodatno otežava traženje pomoći. Socijalna podrška ključna je za mentalno zdravlje, ali stigmatizacija može izolirati psihički oboljele, čime im se oduzima važan izvor podrške.

S obzirom na sve ove čimbenike, važno je prepoznati da stigmatizacija nije statičan proces te da se može promijeniti. Edukacija o psihičkim poremećajima, kako među širom populacijom tako i

među zdravstvenim djelatnicima, ključna je u borbi protiv stigmatizacije. Potrebno je raditi na smanjenju straha i stvaranju pozitivne slike o psihički oboljelima kako bi se smanjila neprijateljska okolina. Antistigma programi i udruge imaju ključnu ulogu u podizanju svijesti i mijenjanju percepcije društva.

U konačnici, utjecaj stigmatizacije na traženje psihičke pomoći ogleda se u složenom tkivu faktora koji prožimaju individualnu percepciju, odnos s okolinom i interakciju s zdravstvenim sustavom. Smanjenje stigmatizacije ključno je za poboljšanje mentalnog zdravlja, poticanje otvorenog dijaloga te pružanje adekvatne podrške onima kojima je ona najpotrebnija.

9. ZAKLJUČAK

U zaključku ovog diplomskog rada ističemo kompleksnost problema stigmatizacije u kontekstu mentalnog zdravlja te njezin dubok i rašireni utjecaj na pojedince, zajednicu i zdravstveni sustav. Analizom literature, rezultata ankete te relevantnih teorijskih pristupa, dolazimo do nekoliko ključnih zaključaka.

Prvo, stigmatizacija predstavlja ozbiljan prepreku u traženju psihijatrijske pomoći. Ispitanici u istraživanju nisu pokazali sklonost potrazi za pomoći unatoč prisutnim problemima, što sugerira nužnost ciljanih intervencija usmjerenih na destigmatizaciju kako bi se potaknulo ranije prepoznavanje i liječenje mentalnih poremećaja.

Drugo, dugotrajno zadržavanje negativnih stavova i predrasuda može rezultirati produljenjem procesa liječenja i kompliciranjem terapije. Edukacija javnosti, posebno zdravstvenih radnika, o stvarnosti mentalnih poremećaja ključna je za promicanje pravodobnog i učinkovitog liječenja.

Treće, ruralna područja izgleda da su posebno podložna utjecaju stigmatizacije na traženje psihijatrijske pomoći. Ovo naglašava potrebu za prilagođenim strategijama destigmatizacije koje uzimaju u obzir specifične sociokulturne kontekste tih područja.

Četvrto, zdravstveni djelatnici igraju ključnu ulogu u smanjenju stigmatizacije, ali i sami mogu biti nositelji predrasuda prema psihijatrijskim pacijentima. Stoga je nužno provoditi edukacije za zdravstvene radnike kako bi se promijenili negativni stavovi i unaprijedila kvaliteta pruženih usluga.

U konačnici, potrebno je zajedničko djelovanje svih dionika društva - od pojedinaca, obitelji, zdravstvenih radnika do medija i institucija - kako bi se stvorilo inkluzivno okruženje koje podržava i razumije osobe s mentalnim poremećajima. Destigmatizacija mentalnih poremećaja ključna je ne samo za poboljšanje kvalitete života oboljelih nego i za jačanje cjelokupnog društva koje teži razumijevanju, podršci i suosjećanju prema svakom pojedincu, bez obzira na izazove mentalnog zdravlja koje može nositi.

10. LITERATURA

- [1] World Health Organization: Data and statistics: Prevalence of Mental Disorders. 2017. Dostupno na: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
- [2] Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ustün TB. The WHO world mental health (WMH) surveys. *Psychiatrie (Stuttg)* 2009; 6: 5-9. PMID:21132091
- [3] Verhaeghe M, Bracke P. Associative stigma among mental health professionals: implications for professional and service user well-being. *J Health Soc Behav* 2012; 53(1): 17-32. DOI:10.1177/0022146512439453
- [4] Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med* 2003; 56: 299-312. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00028-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00028-x)
- [5] Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 529-39. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
- [6] Vukušić Rukavina T. Razvoj mjernog instrumenta za procjenu stigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2011.
- [7] Sartorius N: Stigma and mental health. *Lancet*. 2007, 370:810-1. 10.1016/s0140-6736(07)61245-8
- [8] Brohan E, Thornicroft G: Stigma and discrimination of mental health problems: workplace implications. *Occup Med (Lond)*. 2010, 60:414-5. 10.1093/occmed/kqq048
- [9] Corrigan PW, Watson AC: The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin Psychol Sci Pract*. 2002, 9:35- 53. 10.1093/clipsy.9.1.35
- [10] Ahad, A. A., Sanchez-Gonzalez, M., & Junquera, P. (2023). Understanding and Addressing Mental Health Stigma Across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative Review. *Cureus*, 15(5).

- [11] Rössler W. The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO Rep.* 2016 Sep;17(9):1250-3. doi: 10.15252/embr.201643041. Epub 2016 Jul 28. PMID: 27470237; PMCID: PMC5007563.
- [12] Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, INDIGO Study Group (2009) Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 373: 408 – 415
- [13] Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan P, Grabe H, Carta M, Angermeyer M (2012) Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 125: 440 – 452
- [14] Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W (2006) Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 429: 51 – 59
- [15] Nordt C, Rössler W, Lauber C (2006) Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull* 32: 709 – 714
- [16] Loch AA, Hengartner MP, Guarniero FB, Lawson FL, Wang YP, Gattaz WF, Rössler W (2013) The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Res* 205: 185 – 191
- [17] Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A (2005) Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 15: 399 – 409
- [18] Ostman M, Kjellin L (2002) Stigma by association: psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry* 181: 494 – 498
- [19] Gaebel W, Rössler W, Sartorius N, eds. (2016) *The Stigma of Mental Illness – End of the Story?* Heidelberg, Germany: Springer
- [20] Rogler L.H. & Cortes D.E. (1993). Help-seeking pathways - A unifying concept in mental-health-care. *American Journal of Psychiatry* 150,554-561.
- [21] Alonso J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M.C., Katz, S. J., Haro, J.M., de Girolamo, G., De Graaf, R.O.N., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Almansa, J., Pierre Lepine, J. & Brugha, T. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry* 190, 299-306.

- [22] Grabe H.J., Alte D., Adam C, Sauer S., John U. & Freyberger HJ. (2005). Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung - Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP) [Mental distress and the use of psychiatric and psychotherapeutic treatments services - Results of the Study of Health in Pomerania (SHIP)]. *Psychiatrische Praxis* 32, 299-303.
- [23] Wang P.S., Berglund P., Olfson M., Pincus H.A., Wells K.B. & Kessler R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry* 62, 603-613.
- [24] Wang P.S., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Angermeyer M.C, Borges G., Bromet E.J., Bruffaerts R., de Girolamo G., de Graaf R. & Gureje O. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 370, 841-850.
- [25] Corrigan P.W. & Riisch N. (2003). Mental illness stereotypes and clinical care: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills* 6, 312-334.
- [26] Gaebel W., Zasko H. & Baumann A (2004). Stigma erschwert Behandlung und Integration. Weltweit - auch in Deutschland - bekämpfen Antistigma-Programme Vorurteile und Diskriminierung gegenüber psychisch Kranken. *Deutsches Ärzteblatt* 101, 3253- 3255.
- [27] Link B.G., Struening E.L., Neese-Todd S., Asmussen S. & Phelan J.C. (2001). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services* 52, 1621-1626.
- [28] Link B.G. & Phelan J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27, 363-385.
- [29] Kluge H., Becker T., Kallert T.W., Matschinger H. & Angermeyer M.C. (2007). Auswirkungen struktureller Faktoren auf die Inanspruchnahme Sozialpsychiatrischer Dienste-eine Mehrebenenanalyse [Impact of structure and context on utilization of socio-psychiatric services in Saxony-A multi-level-analysis]. *Psychiatrische Praxis* 34, 20-25.
- [30] Saxena S., Thornicroft G., Knapp M. & Whiteford H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 370, 878-889.
- [31] Schomerus G., Matschinger H. & Angermeyer M. C. (2006). Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: Are there indications of discrimination against those with mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41, 369-377.
- [32] Andrews G., Issakidis, C. & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry* 179, 417- 425.
- [33] Nordt C, Rossler W. & Lauber C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin* 32, 709.
- [34] Crisp A.H., Gelder M.G., Rix, S., Meltzer H.I. & Rowlands O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry* 177,4-7.

- [35] Ben-Porath D.D. (2002). Stigmatization of individuals who receive psychotherapy: an interaction between help-seeking behavior and the presence of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology* 21,400-413.
- [36] Barney L.J., Griffiths K.M., Jorm A.F. & Christensen H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40, 51-54.
- [37] Wrigley S., Jackson H., Judd F. & Komiti A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39, 514-521.
- [38] Komiti A., Judd F. & Jackson H. (2006). The influence of stigma and attitudes on seeking help from a GP for mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41, 738-745.
- [39] Jorm A.F., Medway J., Christensen H., Korten A.E., Jacomb P.A. & Rodgers B. (2000b). Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on actions taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 619-626.
- [40] Sirey J.A., Bruce M.L., Alexopoulos G.S., Perlick D.A., Raue P., Friedmann S.J. & Meyers B.S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry* 158, 479-481.
- [41] Cooper A.E., Corrigan P.W. & Watson A.C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. *Journal of Nervous and Mental Disease* 191, 339-341.
- [42] Schomerus G, Angermeyer MC. Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2008 Jan-Mar;17(1):31-7. doi: 10.1017/s1121189x00002669. PMID: 18444456.
- [43] Han D.-Y., Chen S.-H., Hwang K.-K. & Wei H.-L. (2006). Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 60, 662-668.
- [44] Jorm A.F., Griffiths K.M., Christensen H., Korten A.E., Parslow R.A. & Rodgers B. (2003). Providing information about the effectiveness of treatment options to depressed people in the community: A randomized, controlled trial of effects on mental health literacy, helpseeking and symptoms. *Psychological Medicine* 33, 1071-1079.
- [45] Esters I.G., Cooker P.G. & Ittenbach R.F. (1998). Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. *Adolescence* 33, 469-476.
- [46] Angermeyer M.C. & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes toward people with mental illness: A review of population studies. *Ada Psychiatrica Scandinavica* 113, 163-179.

- [47] Rickwood D., Cavanagh S., Curtis L. & Sakrouge R. (2004). educating young people about mental health and mental illness: Evaluating a school-based programme. *International Journal of Mental Health Promotion* 6, 23-32.
- [48] Riedel-Heller S. G., Matschinger H. & Angermeyer M.C. (2005). Mental disorders - who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 167-174.
- [49] Jorm A.F., Christensen H. & Griffiths K.M. (2006). The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: changes in Australia over 8 years. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40, 36-41.
- [50] Mojtabai R. (2007). Americans' attitudes toward mental health treatment seeking: 1990-2003. *Psychiatric Services* 58, 642.
- [51] Evans-Lacko SE, Baum N, Danis M, Biddle A, Goold S. Laypersons' choices and deliberations for mental health coverage. *Administration and policy in mental health and mental health services research*. 2012 May;39:158-69.
- [52] Claire Henderson, Sara Evans-Lacko, Graham Thornicroft, "Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs", *American Journal of Public Health* 103, no. 5 (May 1, 2013): pp. 777-780.
- [53] Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American journal of psychiatry*. 2010 Nov;167(11):1321-30.
- [54] Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2008 Mar;17(1):14-9.
- [55] Hamilton S, Pinfold V, Rose D, Henderson C, Lewis-Holmes E, Flach C, Thornicroft G. The effect of disclosure of mental illness by interviewers on reports of discrimination experienced by service users: a randomized study. *International Review of Psychiatry*. 2011 Feb 1;23(1):47-54.
- [56] Knifton L, Gervais M, Newbigging K, Mirza N, Quinn N, Wilson N, Hunkins-Hutchison E. Community conversation: addressing mental health stigma with ethnic minority communities. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2010 Apr;45:497-504.
- [57] Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC psychiatry*. 2012 Dec;12:1-1.
- [58] Eaton J, Agomoh AO. Developing mental health services in Nigeria: the impact of a community-based mental health awareness programme. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008 Jul;43(7):552-8.
- [59] Jorm AF, Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of

depression and beliefs about treatments. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005 Apr;39(4):248-54.

[60] Mehta N, Kassam A, Leese M, Butler G, Thornicroft G. Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994–2003. *The British Journal of Psychiatry*. 2009 Mar;194(3):278-84.

[61] Rüsç N, Evans-Lacko SE, Henderson C, Flach C, Thornicroft G. Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatr Serv*. 2011 Jun;62(6):675-8. doi: 10.1176/ps.62.6.pss6206_0675. PMID: 21632739.

[62] Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry*. 2010 Jul;55(7):440-8. doi: 10.1177/070674371005500707. PMID: 20704771.

[63] Evans-Lacko S, Little K, Meltzer H, Rose D, Rhydderch D, Henderson C, Thornicroft G. Development and psychometric properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *Can J Psychiatry*. 2010 Jul;55(7):440-8. doi: 10.1177/070674371005500707. PMID: 20704771.

[64] Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*. 1981;7(2):225-40. doi: 10.1093/schbul/7.2.225. PMID: 7280561.

[65] SZO, dostupno na: <https://www.who.int/westernpacific/activities/promoting-mental-health> (siječanj 2024. godine)

[66] East ML, Havard BC. Mental Health Mobile Apps: From Infusion to Diffusion in the Mental Health Social System. *JMIR Ment Health*. 2015 Mar 31;2(1):e10. doi: 10.2196/mental.3954. PMID: 26543907; PMCID: PMC4607391.

[67] Pricewaterhouse Coopers. Emerging mHealth: Paths for Growth. 2014. Available online: pwc.com/gx/en/healthcare/mhealth/assets/pwc-emerging-mhealth-full.pdf (Pristupljeno: siječanj 2024. godine).

[68] Hwang WJ, Jo HH. Evaluation of the Effectiveness of Mobile App-Based Stress-Management Program: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Nov 3;16(21):4270. doi: 10.3390/ijerph16214270. PMID: 31684169; PMCID: PMC6862035.

[69] AN, S.; LEE, H. Use of Mobile Mental Health Application for Mental Health Promotion: Based on the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *Korean J. Commun. Stud*, 2018, 62: 167-194.

[70] Kanthawala, S., Joo, E., Kononova, A., Peng, W., & Cotten, S. (2019). Folk theorizing the quality and credibility of health apps. *Mobile media & communication*, 7(2), 175-194.

[71] Chung, B. Y., Oh, E. H., & Song, S. J. (2017). Mobile health for breast cancer patients: a systematic review. *Asian Oncology Nursing*, 17(3), 133-142.

- [72] Donker T, Petrie K, Proudfoot J, Clarke J, Birch MR, Christensen H. Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2013 Nov 15;15(11):e247. doi: 10.2196/jmir.2791. PMID: 24240579; PMCID: PMC3841358.
- [73] Anderson, K., Burford, O., & Emmerton, L. (2016). Mobile health apps to facilitate self-care: a qualitative study of user experiences. *PloS one*, *11*(5), e0156164.
- [74] Linardon J, Cuijpers P, Carlbring P, Messer M, Fuller-Tyszkiewicz M. The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry.* 2019 Oct;18(3):325-336. doi: 10.1002/wps.20673. PMID: 31496095; PMCID: PMC6732686.
- [75] Lecomte T, Potvin S, Corbière M, Guay S, Samson C, Cloutier B, Francoeur A, Pennou A, Khazaal Y. Mobile Apps for Mental Health Issues: Meta-Review of Meta-Analyses. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020 May 29;8(5):e17458. doi: 10.2196/17458. PMID: 32348289; PMCID: PMC7293054.
- [76] Weisel, K. K., Fuhrmann, L. M., Berking, M., Baumeister, H., Cuijpers, P., & Ebert, D. D. (2019). Standalone smartphone apps for mental health—a systematic review and meta-analysis. *NPJ digital medicine*, *2*(1), 118.
- [77] Stratton E, Lampit A, Choi I, Calvo RA, Harvey SB, Glozier N. Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017 Dec 21;12(12):e0189904. doi: 10.1371/journal.pone.0189904. PMID: 29267334; PMCID: PMC5739441.
- [78] Donker T, Petrie K, Proudfoot J, Clarke J, Birch MR, Christensen H. Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2013 Nov 15;15(11):e247. doi: 10.2196/jmir.2791. PMID: 24240579; PMCID: PMC3841358.
- [79] Yasini M, Beranger J, Desmarais P, Perez L, Marchand G. mHealth Quality: A Process to Seal the Qualified Mobile Health Apps. *Stud Health Technol Inform.* 2016;228:205-9. PMID: 27577372.
- [80] Boulos MN, Brewer AC, Karimkhani C, Buller DB, Dellavalle RP. Mobile medical and health apps: state of the art, concerns, regulatory control and certification. *Online J Public Health Inform.* 2014 Feb 5;5(3):229. doi: 10.5210/ojphi.v5i3.4814. PMID: 24683442; PMCID: PMC3959919.
- [81] Shoaib M, Bosch S, Incel OD, Scholten H, Havinga PJ. Fusion of smartphone motion sensors for physical activity recognition. *Sensors (Basel).* 2014 Jun 10;14(6):10146-76. doi: 10.3390/s140610146. PMID: 24919015; PMCID: PMC4118351.
- [82] Firth J, Torous J, Nicholas J, Carney R, Rosenbaum S, Sarris J. Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord.* 2017 Aug 15;218:15-22. doi: 10.1016/j.jad.2017.04.046. Epub 2017 Apr 25. PMID: 28456072.

- [83] Ernsting C, Dombrowski SU, Oedekoven M, O Sullivan JL, Kanzler M, Kuhlmeier A, Gellert P. Using Smartphones and Health Apps to Change and Manage Health Behaviors: A Population-Based Survey. *J Med Internet Res*. 2017 Apr 5;19(4):e101. doi: 10.2196/jmir.6838. PMID: 28381394; PMCID: PMC5399221.
- [84] Leff J, Warner J. *Social inclusion of people with mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.
- [85] Sulejmanpašić-Arslanagić G, Tunović N. Shizofrenija, stigma, seksualnost. *Zdravstveni glasnik* 2015; 1 (2): 68-72.
- [86] Rončević-Gržeta I, Kušić I, Fogas D, Rebić J. Stavovi prema duševno oboljelim osobama. *Medica Jadertina* 2021; 51 (1): 49-58.
- [87] Kecmanović D. (Ne)mogućnost prevencije stigme duševnog poremećaja i destigmatizacije osoba s duševnim poremećajem. *Psihološka istraživanja* 2010, 13 (2): 185-217.
- [88] Arboleda - Flórez J. Considerations on the Stigma of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2003; 48(10): 645 – 650.
- [89] Johnstone MJ. *Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo*. Australian and New Zealand: Journal of Psychiatry; 2001.
- [90] Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-esteem and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2002; 9 (1): 35–53.
- [91] Desai MM, Rosenheck RA, Druss BG, Perlin JB. Mental disorders and quality of care among postacute myocardial infarction outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2002; 190: 51–53.
- [92] Corrigan PW. How stigma interferes with mental health. *American Psychologist* 2004; 59: 614–625.
- [93] Begić D, Jukić V, Medved V. *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
- [94] Babić D, Babić R, Vasilj I, Avdibegović E. Stigmatization of mentally ill patients through media. *Psychiatria Danubina* 2017; 29(5): 885-889.
- [95] Mimica N, Jukić V. *Knjiga postera stručnjaka Psihijatrijske bolnice Vrapče 1978. – 2006.*, 26 izdanje. Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče; 2006.

Popis tablica i grafova

Tablica 7.1.1.: Ispitanici prema općim podacima (u apsolutnim i relativnim frekvencijama) $n = 120$

Tablica 7.1.2.: Ispitanici prema odgovorima na pitanja o traženju psihijatrijske pomoći (u apsolutnim i relativnim frekvencijama) $n = 120$

Tablica 7.1.3.: Opis sustava bodovanja odgovora ispitanika na pitanja o stigmatizaciji ($n = 120$)

Tablica 7.1.4.: Ispitanici prema broju utvrđenih bodova za intenzitet osjećaja stigmatizacije ($n = 120$)

Tablica 7.1.5.: Deskriptivni pokazatelji za broj bodova utvrđenih kod ispitanika za intenzitet osjećaja stigmatizacije ($n = 120$)

Tablica 7.1.6.: Prosječni i ekstremni bodovi za intenzitet osjećaja stigmatizacije ($n = 120$)

Tablica 7.2.1.: Rezultati usporedbe medijana za osjećaj stigmatizacije pomoću Mann-Whitneyevog U testa i Kruskal-Wallisovog H testa ($n = 120$)

Tablica 7.2.2.: Rezultati hi-kvadrat testova ($n = 120$)

Tablica 7.2.3.: Rezultati testova usporedbe dviju ili tri proporcije ($n = 120$)

Grafikon 7.1.1.: Ispitanici prema osjećaju stigmatizacije od strane okoline nakon što su tražili psihijatrijsku pomoć ($n = 120$)

Grafikon 7.1.2.: Grafički prikaz distribucije broja bodova za osjećaj stigmatizacije kod ispitanika pomoću histograma u koji je ucrtana normalna krivulja ($n = 120$)



Sveučilište Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, NIKOLA BANIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom UJECAJ STIGMA PERZIJACIJE - OSOBA S DUŠEVNIM SRETANIMA NA IZAZOV BUDUĆNOSTI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Banić N.Š.
(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.