

Stavovi opće populacije o mentalnom zdravlju i podrška medicinskih sestara/tehničara u pružanju psihološke pomoći

Ćurić, Tara

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:122:325911>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-24**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD BR.361/SSD/2024

**STAVOVI OPĆE POPULACIJE O
MENTALNOM ZDRAVLJU I PODRŠKA
MEDICINSKIH SESTARA U PRUŽANJU
PSIHOLOŠKE POMOĆI**

Tara Ćurić

Varaždin, rujan, 2024. G.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Tara Čurić	MATIČNI BROJ	0336028906
DATUM	14.8.2024.	KOLEGIJ	Javno zdravstvo i promocija zdravlja
NASLOV RADA	Stavovi opće populacije o mentalnom zdravlju i podrška medicinskih sestara/tehničara u pružanju psihološke pomoći		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Attitudes of the general population towards mental health and the support of nursing professionals in providing psychological assistance		
MENTOR	Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović	ZVANJE	Izvanredni profesor; viši znanstveni suradnik
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg, predsjednica Povjerenstva 2. Izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor 3. Doc. dr. sc. Sonja Obranić, članica 4. Doc. dr. sc. Ivana Živoder, zamjenska članica 5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ	361/SSD/2024
OPIS	Mentalno zdravlje postaje sve značajniji javnozdravstveni izazov, a medicinske sestre često su prvi kontakt s pacijentima koji se suočavaju s mentalnim problemima kao što su stres, depresija i anksioznost. U ovom diplomskom će biti obrađene teme poput stigme i diskriminacije, različitih modela pružanja psihološke pomoći, teorija podrške i empatije u medicinskoj praksi, a naglasit će se i ključna uloga medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu. Provest će se i presječno istraživanje stavova opće populacije o empatiji i podršci koju pružaju medicinske sestre u kontekstu mentalnih poremećaja. Jedan od ključnih ciljeva bit će utvrditi smatra li većina populacije da medicinskim sestrama ne nedostaje empatije u pružanju podrške osobama s mentalnim problemima. Također, rad će istražiti potrebu za dodatnom edukacijom medicinskih sestara vezanom uz mentalne poremećaje, s ciljem boljeg razumijevanja i podrške pacijentima. Istraživanje će također analizirati učestalost suočavanja opće populacije s mentalnim izazovima kao što su stres, depresija i anksioznost, te kako ti izazovi utječu na njihovu percepciju podrške koju pružaju medicinske sestre. Rezultati ovog istraživanja omogućit će dublje razumijevanje uloge medicinskih sestara u podršci mentalnom zdravlju te identificirati potencijalne potrebe za dodatnom edukacijom i osnaživanjem ovog segmenta zdravstvene skrbi.

ZADATAK URUČEN	23.08.2024.	POTPIS MENTORA	Tomislav Meštrović
----------------	-------------	----------------	--------------------



Predgovor

Želim se zahvaliti svojem mentoru izv. prof. dr. sc. Tomislavu Meštroviću koji me je usmjeravao, savjetovao te bio strpljiv sa svim mojim poteškoćama u vezi pisanja završnog rada. Također se želim zahvaliti što mi je omogućio pisanje o ovoj temi. Želim se zahvaliti svim profesorima i mentorima koji su me usmjeravali kroz vježbe, radionice i predavanja te što su mi dodatno usadili važnost sestrinske profesije. Iznimno sam zahvalna svojoj obitelji koja me usmjeravala, motivirala i bila podrška te zbog kojih ne bih trenutno bila tu gdje jesam.

Sažetak

Mentalne bolesti oduvijek su u stalnoj interakciji s čovjekom, društvom, obitelji te zajednicom. Mentalno zdravlje je važno društveno dobro koje utječe na kvalitetu života, ljudska prava, ekonomiju, kreativnost i održivi razvoj te je odgovornost socijalne države da ga unaprjeđuje. Prisutnost nedostatka znanja vezanog uz mentalno zdravlje predstavlja javnozdravstveni problem jer opća populacija često zamjenjuje pojam mentalnog zdravlja i mentalne bolesti. Medicinske sestre provode najviše vremena s pacijentima, osobito u bolničkim odjelima, gdje njihov odnos s pacijentima može biti ključan za napredovanje u terapiji. Provedeno je anonimno istraživanje o stavovima opće populacije o mentalnom zdravlju i ulozi medicinskih sestara u pružanju psihološke pomoći. Sudjelovalo je 270 sudionika te se koristila deskriptivna i inferencijalna statistika. Istraživanje se fokusira na komparativnu analizu (testiranje razlika između skupina) i pouzdano mjerenje (Cronbach alfa), što ukazuje da pripada području kvantitativnih komparativnih istraživanja. Rezultati su pokazali da je iznimno veći broj ženskih ispitanika pristupio istraživanju. Većina ispitanika živi u urbanom području te ima završenu srednju stručnu spremu. Rezultati su pokazali najviše ima ispitanika koji su stariji od 35 godina. Velika većina populacije smatra da medicinske sestre ponekad pokazuju empatiju i razumijevanje prema mentalnim potrebama tokom boravka u zdravstvenoj ustanovi. Od ostalih rezultata važno je istaknuti da 48,9% ispitanika smatra da je njihovo mentalno zdravlje dobro, te da se povremeno suočavaju sa mentalnim izazovima (48,5%). Rasprava rezultata potvrđuje slijedeće dvije hipoteze: većina opće populacije smatra da medicinskim sestrama ne nedostaje manjak empatije u podršci mentalnim poremećajima te je medicinskim sestrama potrebna dodatna edukacija vezana uz mentalne poremećaje s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, pomoć, medicinska sestra/tehničar, stigma, prevencija

Summary

Mental illnesses have always been in constant interaction with individuals, society, family, and the community. Mental health is an important social good that affects the quality of life, human rights, the economy, creativity, and sustainable development, and it is the responsibility of the welfare state to promote it. The lack of knowledge related to mental health represents a public health issue, as the general population often confuses the concept of mental health with mental illness. Nurses spend the most time with patients, especially in hospital wards, where their relationship with patients can be crucial for therapeutic progress. An anonymous survey on the attitudes of the general population regarding mental health and the role of nurses in providing psychological assistance was conducted. A total of 270 participants took part, and descriptive and inferential statistics were used. The research focuses on comparative analysis (testing differences between groups) and reliable measurement (Cronbach's alpha), indicating that it belongs to the field of quantitative comparative research. The results showed that a significantly higher number of female respondents participated in the study. Most respondents live in urban areas and have completed secondary education. The results also indicated that the majority of respondents are older than 35 years. A large majority of the population believes that nurses sometimes show empathy and understanding towards mental needs during their stay in healthcare institutions. Among other results, it is important to highlight that 48.9% of respondents believe their mental health is good and that they occasionally face mental challenges (48.5%). The discussion of the results confirms the following two hypotheses: the majority of the general population believes that nurses do not lack empathy in supporting mental disorders, and that nurses require additional education regarding mental disorders, given the education level of the respondents.

Key words: Mental health, Assistance, nurse/technician, stigma, prevention

Popis korištenih kratica

WHO	World Health Organisation Svjetska zdravstvena organizacija
RH	Republika Hrvatska
BDNF	Brain-derived neurotrophic factor Moždani neurotrofni faktor
BLA	The basolateral amygdalar complex Bazolateralni kompleks
GAD	Generalizirani anksiozni poremećaj
MDD	Major depression disorder Veliki depresivni poremećaj

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Mentalno zdravlje	4
2.1. Stres	6
2.1.1. Stres i kognicija	6
2.1.2. Stres i kardiovaskularni sustav	7
2.1.3. Stres i pamćenje, strah	9
2.1.4. Stres i imunološki sustav	10
2.2. Anksioznost	10
2.3. Depresija	12
3. Stigma i diskriminacija	14
4. Modeli pružanja psihološke pomoći	18
4.1. Medikalni model	18
4.2. Psihodinamski model	20
4.3. Kognitivno-bihevioralni model	21
4.4. Humanistički model	21
5. Empatija i podrška u medicinskoj praksi	23
6. Uloga medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu	26
7. Analiza	28
7.1. Metodologija	28
7.2. Rezultati analize	29
7.3. Rasprava	52
8. Zaključak	62
9. Literatura	63

Popis slika	67
Popis tablica.....	69

1. Uvod

Psihijatrija se kao znanstvena disciplina počinje razvijati krajem 19. stoljeća i početkom 20. stoljeća. Unatoč tome, postoje brojni podatci koji ukazuju da mentalne bolesti postoje od kad i čovjek. Mentalne bolesti oduvijek su u stalnoj interakciji s čovjekom, društvom, obitelji te zajednicom. Iako se psihijatrija kao znanstvena disciplina počinje razvijati tek krajem 19. i početkom 20. stoljeća, postoje mnogi dokazi da su određeni psihički poremećaji postojali od samog početka čovječanstva. Psihijatrija i psihičke bolesti kontinuirano su u međusobnoj interakciji s društvom, osobama koje nisu bolesne, obiteljima i zajednicom [1]. Prvi put, mentalna bolest spominje se u starom Rimu. Stari Rimljani vjerovali su da bogovi uzrokuju mentalne bolesti. Za razliku od danas, halucinacije nisu bile nešto oko čega bi trebalo brinuti i bile su manje stigmatizirane u starorimskom društvu. Poznato je da je Sokrat imao redovite halucinacije, koje su imale oblik glasa koji mu je govorio da ne čini stvari. Povijesno gledano, halucinacije su često imale oblik božanskog glasa ili figure i vjerovalo se da su uzrokovane izravnim kontaktom s Bogovima. U klasično doba država nije bila odgovorna za brigu o mentalno oboljelima. Za osobe s mentalnim poremećajima očekivalo se da će se brinuti njihove obitelji i prijatelji. Osim toga, jedini način da se utvrdi je li netko psihički bolestan bilo je po ponašanju. Mentalna bolest bila je manje usmjerena na misli i osjećaje, a više na ponašanje. Ako se netko nije mogao prikladno ponašati u javnosti, mogao bi se smatrati mentalno bolesnim [2].

Osim u starom Rimu, mentalne bolesti bile su prisutne i u staroj Grčkoj. Možemo reći da se mentalnim bolestima u povijesti pristupalo sasvim drugačije nego sad. Drevni grčki liječnici dali su racionalan pristup mentalnim bolestima i njihovom liječenju. U 5. stoljeću prije Krista, filozof i medicinski teoretičar Alkus od Krotona je bio prvi koji je vjerovao da je mozak sjedište osjetila. Tijekom svoje vladavine, Hipokrat (460-377 prije Krista) je usvojio taj pojam mozga kao središte intelektualne aktivnosti te da je mentalna bolest posljedica patologije mozga. U svom radu, rekao je da je „**mozak sjedište ludila i delirija, strahova i strahova koji nas napadaju ...**” i u njegovoj knjizi pod naslovom „o Sveta bolest”, podržava taj pojam: „ne vjerujem da je sveta bolest (epilepsija) više božanska” [3]. U prošlosti se nije mnogo pričalo u mentalnim bolestima ili samom mentalnom zdravlju zato što je oduvijek bila prisutna stigma, ljudi su se pribojavali kakvo će

zajednica imati mišljenje o njima. Riječ stigma dolazi iz starogrčkog jezika, od glagola stizo, što znači "klesati", nanijeti znak sramote, kazne ili znak sramote". Rad Ervinga Goffmana ima temeljnu poziciju u oblikovanju suvremenog razmišljanja o stigmati, prema kojem je proces stigmatizacije obilježen postojanjem društveno nepoželjne karakteristike različitosti koja, kada postane vidljiva u društvenoj interakciji, djeluje diskreditirajuće na identitet osobe koja ga nosi. Jedna od ranih teorija koja je izazvala značajan znanstveni interes je "teorija etiketiranja" Thomasa Scheffa, dok su se usput važnijim modelima smatrali oni Corrigan & Watson, koji su kao glavne komponente stigme istaknuli stereotipe, predrasude i diskriminaciju, kao kao i Link & Phelan, koji definiraju etiketiranje, stereotipiziranje, društveno odvajanje, gubitak društvenog statusa i diskriminaciju kao međusobno povezane komponente stigme.

Tijekom zadnje polovice prošlog stoljeća koncept stigme izazvao je značajan istraživački interes i naišao na veliki odjek u znanstvenoj zajednici u smislu hvatanja društvenog tretmana osoba s mentalnim poremećajima. Stigme duševne bolesti raširene su, a čini se da čimbenici koji na njih utječu su težina simptoma, loš terapijski ishod, poremećeno emocionalno izražavanje pacijenata u socijalnoj interakciji, incidenti nasilničkog i opasnog ponašanja kao i etiketiranje osobe koja nosi psihijatrijsku dijagnozu. U odnosu na karakteristike opće populacije, čini se da su neki socio-demografski čimbenici, kao što su muški spol, starost, niska društvena klasa, niska obrazovna razina i prebivalište u poluurbanom ili ruralnom području, povezani s negativnim stavovima, dok se čini da prisutnost ili odsutnost prethodnog iskustva s duševnom bolešću također igra odlučujuću ulogu. Diljem svijeta stigma je prepoznata kao glavna prepreka liječenju psihičkih poremećaja i poboljšanju kvalitete života bolesnika, s takvim implikacijama da predstavlja suvremeni izazov. Izazov kako iz perspektive optimalne medicinske skrbi i rehabilitacije, tako i iz perspektive društva koje želi poštivati i štititi prava svojih članova [4].

Teret bolesti uzrokovanih poremećajima mentalnog zdravlja daleko je najveći od svih zdravstvenih problema u svijetu i čini 13% ukupnog tereta bolesti od svih bolesti. Mentalno zdravlje je važan društveni parametar vezan uz dobrobit, kvalitetu života, ljudska prava, ali i ekonomiju, kreativnost, produktivnost, održivost i održivi razvoj. Mentalno zdravlje je, dakle, društveno dobro i socijalna država ima odgovornost održavati ga i unapređivati, kroz sustav kvalitetnih usluga mentalnog zdravlja, ali i kroz interprofesionalni zdravstveni odgoj i programe preventivne psihijatrije [5]. Ubrzanjem tempa života te različitim socioekonomskim katastrofama,

u današnjem svijetu, mentalna bolest je sve prisutnija. Stigma i dalje postoji, no stav populacije je raznolik. Od najčešćih mentalnih izazova prisutna je anksioznost, depresija i stres. Tijekom hospitalizacije, osoba često zna čuti lošu dijagnozu vezanog uz sebe ili vlastitu obitelj, sam boravak u bolnici često zna biti frustrirajući za bolesnika. Uz loše vijesti i ne uobičajenu situaciju često zna biti narušeno mentalno zdravlje. U takvim situacijama vrlo je bitna pravovremena reakcija medicinske sestre/tehničara. Medicinska sestra/tehničar treba znati pružiti psihološku pomoć u onim trenucima kad ju se zahtijeva.

Cilj ovog istraživanja je istražiti stavove opće populacije o mentalnom zdravlju, učestalosti istog, važnosti medicinskih sestara u pružanju pomoći te eventualnog poboljšanja istog.

2. Mentalno zdravlje

Prisutnost nedostatka znanja vezanog uz mentalno zdravlje predstavlja javnozdravstveni problem. Opća populacija često zamjenjuje pojam mentalnog zdravlja i mentalne bolesti iz kojeg razloga se vrlo malo priča o istom. Malo je slaganja oko opće definicije mentalnog zdravlja i trenutno je raširena upotreba izraza "mentalno zdravlje" kao eufemizma za "mentalnu bolest". Mentalno zdravlje može se definirati kao stanje bića koje uključuje biološke, psihološke ili društvene čimbenike koji pridonose mentalnom stanju pojedinca i sposobnosti funkcioniranja unutar okoline te kao odsutnost mentalne bolesti. Na primjer, Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization - WHO*) uključuje ostvarivanje vlastitog potencijala, sposobnost nošenja s normalnim životnim stresovima i doprinos zajednici kao ključne komponente mentalnog zdravlja. Ostale definicije proširuju se izvan ovoga i također uključuju intelektualni, emocionalni i duhovni razvoj, pozitivnu samopercepciju, osjećaj vlastite vrijednosti i fizičkog zdravlja i interpersonalni sklad [6]. Dobro mentalno zdravlje može se još definirati kao stanje blagostanja koje pojedincima omogućuje da se nose s normalnim životnim stresom i produktivno funkcioniraju. WHO definira promicanje zdravlja kao "proces omogućavanja ljudima da povećaju kontrolu i poboljšaju svoje zdravlje". Slično tome, dobro promicanje mentalnog zdravlja definira se kao "poboljšanje sposobnosti pojedinaca, obitelji, grupa ili zajednica da ojačaju ili podrže pozitivna emocionalna, kognitivna i povezana iskustva".

Stoga je bitno promicati vrijednost mentalnog zdravlja i poboljšati strategije suočavanja pojedinaca, umjesto da samo pokušavamo postići poboljšanje simptoma i nedostataka. Zapravo, dobro mentalno zdravlje i nedostatak mentalnog poremećaja, iako su međusobno povezani, mogu se vidjeti u kontinuitetu gdje pojedinac može patiti od mentalnog poremećaja, ali biti izvanredan u jednoj ili više domena dobrog mentalnog zdravlja. Na primjer, osobe s poremećajima autističnog spektra mogu imati izvanredne kognitivne vještine kao što su hipermemorija, hiperleksija i hiperkalkulija. Također, neke osobe s depresijom mogu pokazati vrlo pozitivne strategije samokontrole ili biti vrlo kreativni kao što je Ludwig von Beethoven, Sylvia Plath i Ernest Hemingway. S druge strane, pojedinci koji ne pate od bilo kakvog mentalnog poremećaja ne moraju nužno imati dobro mentalno zdravlje, a učinak u različitim domenama mentalnog zdravlja vrlo je varijabilan. Štoviše, određeni stupanj mentalne nelagode (primjerice blaga anksioznost ili depresivna obilježja) može biti od pomoći za osobni rast ili razvoj adaptivnih strategija suočavanja,

jer, kao što neki autori navode, svi se moramo suočiti s neizbježnom smrću, izolacijom i besmislenošću [7].

Zaštita mentalnog zdravlja u Europi temelji se na zajedničkim vrijednostima i načelima:

- univerzalnosti
- solidarnosti
- dostupnosti,
- učinkovitosti
- visoke kakvoće i sigurnosti zdravstvene zaštite

Na Ministarskoj konferenciji o mentalnom zdravlju Svjetske zdravstvene organizacije u Helsinkiju (2005.godina) prihvaćena je Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje za Europu. Deklaracija je pružila snažnu političku podršku zaštiti mentalnog zdravlja. Na konferenciji na visoke razine 2008. godine prihvaćen je Europski pakt za mentalno zdravlje koji izdvaja pet prioriternih područja u zaštiti mentalnog zdravlja:

1. prevenciju depresije i samoubojstava
2. mentalno zdravlje u mladosti i obrazovanju
3. mentalno zdravlje na radnom mjestu
4. mentalno zdravlje starijih osoba
5. suprostavljanje stigmati i socijalnoj isključenosti

Republika Hrvatska ima dugu tradiciju u području zaštite mentalnog zdravlja. Neka specifična područja mentalnog zdravlja izravno su regulirana kroz zakone poput Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, te kroz Plan i program mjera zdravstvene zaštite, dok su ostala pokrivena kroz niz drugih zakona, strategija i planova. Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. godine usvojena je u rujnu 2010. godine od strane Vlade RH. Strategija se fokusira na unapređenje mentalnog zdravlja u općoj populaciji, specifičnim dobnim i ranjivim skupinama, poboljšanje mentalnog zdravlja na radnim mjestima, te na prevenciju, liječenje i rehabilitaciju duševnih poremećaja. Također uključuje zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici, suradnju s drugim sektorima, razmjenu informacija i znanja, te istraživanja. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine, kao i njegovim izmjenama

i dopunama iz 2010. godine, definirana je zaštita mentalnog zdravlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Aktivnosti na ovom području provode Hrvatski zavod za javno zdravstvo, županijski zavodi za javno zdravstvo i zdravstvene ustanove. Mrežom javnozdravstvenih službi uspostavljena je mreža timova za zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju, kao i izvanbolničko liječenje ovisnosti unutar zavoda za javno zdravstvo županija i grada Zagreba. Postojeće službe za prevenciju ovisnosti proširile su svoje djelovanje na područje mentalnog zdravlja, a Hrvatski zavod za javno zdravstvo preuzeo je stratešku i koordinacijsku ulogu [8].

2.1. Stres

Svaki intrinzični ili ekstrinzični podražaj koji izaziva biološku reakciju poznat je kao stres. Ovisno o vrsti, trajanju i intenzitetu podražaja, stres može imati različite učinke na organizam, od poremećaja u održavanju homeostaze do potencijalno opasnih posljedica po život. U mnogim slučajevima patofiziološke komplikacije bolesti proizlaze iz stresa, a osobe izložene stresnim uvjetima, poput onih koji rade ili žive u stresnim okruženjima, imaju povećani rizik od razvoja različitih poremećaja.

Stres može biti okidač ili otežavajući faktor za mnoge bolesti i patološka stanja. Proces društvenog stresa može se promatrati kao kombinacija triju glavnih konceptualnih domena: izvora stresa, posrednika stresa i manifestacija stresa. Svaka od ovih proširenih domena uključuje različite pod dijelove koji su se intenzivno proučavali posljednjih godina [9].

2.1.1. Stres i kognicija

Kognicija je još jedna važna značajka funkcije mozga. Kognicija znači primanje i percepciju percipiranih podražaja i njihovo tumačenje, što uključuje učenje, donošenje odluka i pažnju. Stres ima mnoge učinke na kogniciju koji ovise o njegovom intenzitetu, trajanju, podrijetlu i veličini. Slično pamćenju, kognicija se uglavnom formira u hipokampusu, amigdali i temporalnom režnju. Konačni učinak stresa na kogniciju je smanjenje kognicije i stoga se kaže da svaki korak u ponašanju koji se poduzima za smanjenje stresa dovodi do povećanja kognicije. Zapravo, stres aktivira neke fiziološke sustave, poput autonomnog živčanog sustava, središnjeg neurotransmitera i neuropeptidnog sustava te hipotalamus-hipofizno-nadbubrežne osovine koji

imaju izravne učinke na neuronske krugove u mozgu uključene u obradu podataka. Aktivacija stresa rezultira stvaranjem i otpuštanjem glukokortikosteroida. Zbog lipofilnih svojstava glukokortikosteroida, oni mogu difundirati kroz krvno-moždanu barijeru i imati dugoročne učinke na procesiranje i kogniciju.

Čini se da izloženost stresu može uzrokovati patofiziološke promjene u mozgu, a te se promjene mogu manifestirati kao poremećaji ponašanja, kognitivnih poremećaja i poremećaja raspoloženja. Istraživanja su pokazala da kronični stres može uzrokovati komplikacije kao što su povećani IL-6 i kortizol u plazmi, ali smanjene količine cAMP odgovornog elementa vezujućeg proteina i moždanog neurotrofnog faktora (engl. *Brain – derived neurotrophic factor - BDNF*), što je vrlo slično onome što se opaža u ljudi s depresijom i poremećajima raspoloženja koji pokazuju širok raspon kognitivnih problema. Uz to, povećane koncentracije upalnih čimbenika, poput interleukina i TNF- α (koji igraju važnu ulogu u stvaranju kognitivnih poremećaja), dokazuju fiziološki odnos između stresa i kognitivnih poremećaja temeljenih na raspoloženju. Međutim, treba napomenuti da depresija ne mora uvijek biti posljedica pretjerane aktivacije odgovora na stres koji se temelji na fiziologiji [10].

2.1.2. Stres i kardiovaskularni sustav

Potvrđeno je postojanje pozitivne povezanosti između stresa i kardiovaskularnih bolesti. Stres, akutan ili kroničan, ima štetan učinak na funkciju kardiovaskularnog sustava. Učinci stresa na kardiovaskularni sustav nisu samo stimulativni, već i inhibitorni. Može se pretpostaviti da stres uzrokuje aktivaciju autonomnog živčanog sustava i neizravno utječe na funkciju kardiovaskularnog sustava. Ako se ovi učinci javljaju nakon aktivacije simpatičkog živčanog sustava, onda to uglavnom rezultira povećanjem broja otkucaja srca, snagom kontrakcije, vazodilatacijom u arterijama skeletnih mišića, suženjem vena, kontrakcijom arterija u slezeni i bubrezima. i smanjeno izlučivanje natrija putem bubrega. Ponekad stres aktivira parasimpatički živčani sustav. Konkretno, ako dovede do stimulacije limbičkog sustava, rezultira smanjenjem ili čak potpunim zaustavljanjem otkucaja srca, smanjenom kontraktilnošću, smanjenjem vođenja impulsa mrežom prijenosa podražaja srca, perifernom vazodilatacijom i padom krvnog tlaka.

Konačno, stres može modulirati funkciju vaskularnih endotelnih stanica i povećati rizik od tromboze i ishemije, kao i povećati agregaciju trombocita.

Početni učinak stresa na funkciju srca obično je na brzinu otkucaja srca. Ovisno o smjeru pomaka u simpato-vagalnom odgovoru, otkucaji srca će se ili povećati ili smanjiti. Sljedeći značajan učinak stresa na kardiovaskularnu funkciju je krvni tlak. Stres može potaknuti autonomni simpatički živčani sustav na povećanje vazokonstrikcije, što može djelovati u porastu krvnog tlaka, porastu lipida u krvi, poremećajima u zgrušavanju krvi, vaskularnim promjenama, aterogenezi; od kojih svi mogu uzrokovati srčane aritmije i kasniji infarkt miokarda. Ovi učinci stresa klinički se opažaju kod ateroskleroze i dovode do povećanja koronarne vazokonstrikcije. Naravno, postoje individualne razlike u razini autonomnih odgovora na stres, što ovisi o osobnim karakteristikama pojedinca. Osim toga, postoje spolno ovisne razlike u kardiovaskularnom odgovoru na stres te je procijenjeno da žene počinju pokazivati srčane bolesti deset godina kasnije od muškaraca, što se pripisuje zaštitnim učincima hormona estrogena. Istraživanja su također pokazala da psihološki stres može izazvati alfa-adrenergičku stimulaciju te posljedično povećati otkucaje srca i potrebu za kisikom. Kao rezultat toga, pojačana je koronarna vazokonstrikcija, što može povećati rizik od infarkta miokarda. S druge strane, psihički stres neizravno dovodi do potencijalnog uključivanja u rizična ponašanja za srce, poput pušenja, te izravno dovodi do stimulacije neuroendokrinog sustava kao dijela autonomnog živčanog sustava.

Općenito, stresom posredovana rizična ponašanja koja utječu na kardiovaskularno zdravlje mogu se sažeti u pet kategorija: povećanje stimulacije simpatičkog živčanog sustava, početak i progresija ishemije miokarda, razvoj srčanih aritmija, stimulacija agregacije trombocita i endotelna disfunkcija [10].

2.1.3. Stres i pamćenje, strah

Postoji široki konsenzus da su sjećanja na emocionalno uzbuđljive događaje snažna i dugotrajna. Osim toga, postoji nekoliko istraživanja koja pokazuju da stresna iskustva pospješuju formiranje pamćenja. Doprinosi učinku stresa na pamćenje straha ključni su za razjašnjavanje posljedica stresa za rad mozga. Važan aspekt koji treba primijetiti je da su amigdaloidne jezgre uključene u formiranje sjećanja na strah također uključene u stresom izazvane tjeskobe i reakcije straha, što dodatno potvrđuje da su ti procesi međusobno povezani i mogu utjecati jedni na druge. Amigdala ili amigdaloidni kompleks je heterogena zbirka jezgri smještenih u medijalnom temporalnom režnju rostralno od formacije hipokampusa. Ove skupine jezgri podijeljene su u dva široka odjeljka: centrokortikomedijalno područje i područje klasično poznato kao bazolateralni kompleks (engl. *The basolateral amygdalar complex - BLA*) koje se sastoji od lateralne, bazolateralne i bazomedijalne jezgre. Dvije se regije razlikuju na temelju histoloških kriterija, neurokemijskih komponenti i neuroanatomskih veza s drugim regijama (ulazi i izlazi).

BLA integrira senzorne informacije iz kortikalnih i subkortikalnih projekcija, središnje je uključen u emocionalnu obradu i generira odgovarajuću emocionalnu reakciju na prijetnje iz okoline. Dakle, ovo područje mozga igra bitnu ulogu u obradi emocija. BLA igra ključnu ulogu u olakšavanju utjecaja stresa na konsolidaciju emocionalnih sjećanja, uključujući sjećanje na strah. Unatoč uvjerljivim dokazima koji podupiru pospješujući utjecaj stresa na konsolidaciju pamćenja na bihevioralnim, elektrofiziološkim i farmakološkim razinama u BLA, molekularni mehanizam koji je uključen u takav olakšavajući utjecaj na konsolidaciju pamćenja straha nije sasvim jasan. Hipoteza o konsolidaciji pamćenja tvrdi da stjecanje novih informacija zahtijeva vremenski ovisan proces stabilizacije za trajno pohranjivanje takvih informacija. Tijekom tog razdoblja trag je osjetljiv na prekide različitim amnezijским agensima, uključujući inhibitore sinteze proteina, što u ovom trenutku ukazuje da je trag pamćenja u labilnom stanju. Međutim, nakon što je trag pamćenja imun na smetnje, smatra se stabilnim i, po definiciji, konsolidiranim. Proces sinaptičke konsolidacije zahtijeva de novo sintezu proteina i aktivaciju uzastopne kaskade molekularnih događaja i brojnih signalnih sustava, koji su ključni za stabilizaciju staničnih i molekularnih promjena izazvanih procesom akvizicije. Jedno od klasičnih načela ovog gledišta jest da dovode do promjena u sinaptičkoj učinkovitosti. Učenje strahom izaziva promjene u fosforilaciji proteina

i ekspresiji gena u BLA neuronima, koji su bitne komponente ove kaskade tijekom konsolidacije sjećanja na strah [11].

2.1.4. Stres i imunološki sustav

Akutni stres povećava otpornost na infekcije. Promjena ovog mehanizma kod ljudi pod kroničnim stresom smanjuje sposobnost organizma da uspostavi snažan imunološki odgovor s posljedičnim povećanjem morbiditeta. Akutni stres izaziva vjerojatno simpato-adrenergički posredovano povećanje ekspresije kemotaksije i adhezijskih molekula, potičući tako migraciju imunoloških stanica na mjesta infekcije i/ili upale, dok kronični stres oštećuje ovaj mehanizam. Dugotrajna stresna stanja smanjuju citotoksični kapacitet NK. Postoji tvar P koja u stresnim okolnostima posreduje u povećanju proizvodnje citokina u makrofagima. Akutni stres povećava mobilizaciju T stanica putem beta2-adrenergički posredovanog procesa, koji je prigušen tijekom kroničnog stresa. Psihološki stres smanjuje sposobnost imunološkog sustava da proizvodi protutijela kao odgovor na cjepivo, čineći organizam osjetljivijim na infekcije [12].

2.2. Anksioznost

Anksioznost može zahvatiti djecu i starije odrasle osobe. Posebice je važna intervencija medicinske sestre uslijed anksioznosti gdje je potrebno prepoznati simptome koji se mogu očitati na više različitih načina. Povremena anksioznost je uobičajen dio života, a mnogi ljudi brinu o stvarima poput zdravlja, financija ili obiteljskih problema. Međutim, anksiozni poremećaji su ozbiljniji i uključuju više od privremenih briga ili strahova. Kod osoba s anksioznim poremećajem, tjeskoba ne prolazi i može se s vremenom pogoršati. Simptomi mogu značajno ometati svakodnevne aktivnosti poput radne učinkovitosti, školskih obveza i odnosa. Postoji nekoliko vrsta anksioznih poremećaja, uključujući generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj, socijalnu anksioznost i različite specifične fobije. Čimbenici rizika za različite vrste anksioznih poremećaja variraju, no neki uobičajeni čimbenici rizika uključuju stidljivost ili nelagodu u novim situacijama u djetinjstvu, izloženost stresnim ili nepovoljnim životnim okolnostima te obiteljsku povijest anksioznosti ili drugih mentalnih poremećaja.

Određena tjelesna stanja, poput hipo/hipertireoze, srčanih aritmija, te konzumacija kofeina ili drugih supstanci, mogu izazvati ili pogoršati simptome anksioznosti. Kod starijih osoba, žalbe na tjeskobu su česte, a specifične fobije često uključuju pretjerani strah od određenih situacija ili objekata. Na primjer, strah od pada javlja se kod otprilike 50% starijih osoba koje su nedavno pale, pri čemu polifarmacija dodatno povećava rizik od padova. Generalizirani anksiozni poremećaj karakteriziraju kronične, nekontrolirane brige koje ometaju normalno funkcioniranje, uz simptome poput nemira i poremećaja sna. Panični poremećaj se odnosi na iznenadne napade intenzivnog straha, koji uzrokuju fizičke i kognitivne poremećaje [14]. Osim u starijih ljudi, anksioznost je prisutna i kod djece. Djetinjstvo i adolescencija ključna je rizična faza za razvoj simptoma i sindroma anksioznosti, u rasponu od prolaznih blagih simptoma do potpuno izraženih anksioznih poremećaja [15].

Generalizirani anksiozni poremećaj (GAD) ozbiljno je psihijatrijsko stanje koje pogađa do 6% populacije tijekom života ako se ne liječi na odgovarajući način, ima kroničan tijek i nosi veliki teret invaliditeta i javnog opterećenja. Njegovu manifestaciju komplicira komorbiditet s drugim psihijatrijskim poremećajima, poput velikog depresivnog poremećaja (engl. *Major depression disorder - MDD*), paničnog poremećaja i zlouporabe alkohola/opojnih sredstava te koji dodatno pogoršavaju ishod i pridonose slabom odgovoru na liječenje. Bolesnici s GAD-om često su korisnici resursa primarne zdravstvene zaštite u zapadnim zemljama, što ima veliki utjecaj na zdravstveni sustav. Kao i kod liječenja drugih psihijatrijskih poremećaja, liječenje GAD-a uključuje dva cilja — smanjenje akutnih simptoma i dugoročno sprječavanje recidiva [16].

Napadaj panike je razdoblje u kojem se iznenada javlja intenzivna strepnja, strah ili teror, često povezan s osjećajem nadolazeće propasti. DSM-IV klasificira panični poremećaj kao rekurentne, nepredvidive napade panike nakon kojih slijedi najmanje 1 mjesec stalne zabrinutosti zbog ponovnog napadaja panike, brige o mogućim implikacijama ili posljedicama napadaja panike ili značajne promjene ponašanja povezane s napadi. Izraz "panični poremećaj" isključuje napade panike koji se mogu pripisati izravnim fiziološkim učincima općeg zdravstvenog stanja, tvari ili drugog mentalnog poremećaja. ICD-10 klasificira panični poremećaj kao rekurentne, nepredvidive napade panike, s iznenadnom pojavom lupanja srca, boli u prsima, osjećaja gušenja, vrtoglavice i osjećaja nestvarnosti, često s povezanim strahom od smrti, gubitka kontrole ili ludila, ali bez uvjeta da simptomi traju 1 mjesec ili dulje. DSM-IV klasificira ova stanja kao prvenstveno panični

poremećaj sa ili bez agorafobije, dok ih ICD-10 klasificira kao primarno agorafobiju sa ili bez paničnog poremećaja. Dijagnoza se ne smije postavljati kod osoba s komorbidnom depresijom, kada se smatra da je panika sekundarna depresiji [17].

Socijalni anksiozni poremećaj je iscrpljujuće stanje koje karakterizira izražen i uporan strah od poniženja ili promatranja od strane drugih. Pojedinci se boje niza društvenih interakcija, poput razgovora sa strancima, pridruživanja grupama ili telefoniranja. Većina stvari koje uključuju promatranje od strane drugih je teška. To uključuje ulazak u prostoriju kada drugi ljudi već sjede, jedenje ili piće u javnosti i nastup pred publikom. Oboljeli se boje da će reći ili učiniti nešto za što vjeruju da će biti ponižavajuće ili neugodno. Uobičajeni problemi uključuju strah od znojenja, drhtanja, crvenjenja, spoticanja o riječi, tjeskobnog izgleda ili dosadnog, glupog ili nesposobnog. Socijalni anksiozni poremećaj treći je najčešći poremećaj mentalnog zdravlja nakon depresije i zlouporabe sredstava ovisnosti, sa stopama prevalencije tijekom života od oko 12%. Čest je kod mladih ljudi [18].

2.3. Depresija

Depresija je mentalni poremećaj koji se prepoznaje po osjećajima tuge, potištenosti, lošeg raspoloženja, slabosti, bezvoljnosti, beznađa i besmisla. Često je prate nemir i tjeskoba, manjak energije, poremećaji apetita, gubitak tjelesne težine, smanjeni libido, poremećaji spavanja, bolovi, poteškoće s koncentracijom te suicidalne misli i ideje. U općoj populaciji prevalencija depresivnih poremećaja iznosi između 3,6% i 6,8%, a prema nekim izvorima može biti i znatno veća, čak preko 20%. Zbog toga se može procijeniti da u Republici Hrvatskoj pati više od 100.000 ljudi od različitih oblika depresije. Depresivni poremećaji se mogu klasificirati kao primarni (endogeni), psihoreaktivni (psihogeni) i organski (somatogeni). Ovisno o tijeku bolesti, razlikujemo unipolarne i bipolarne depresivne poremećaje. Za postavljanje dijagnoze depresivne epizode potrebna su najmanje dva tipična i dva dodatna simptoma, pri čemu simptomi moraju trajati najmanje dva tjedna [19]. Depresija se može pojaviti kao samostalni poremećaj, ali često se javlja zajedno s drugim mentalnim poremećajima. Također se često povezuje s tjelesnim zdravstvenim problemima, kao što su kronične bolesti poput pretilosti, srčanih oboljenja, dijabetesa, malignih bolesti i drugih.

Depresija je bolest modernog doba i predstavlja veliki izazov za cijeli zdravstveni sustav i društvo. Također predstavlja izazov za stručnjake poput psihologa, socijalnih radnika, medicinskih sestara i nastavnika. Depresija se može javiti u bilo kojoj životnoj dobi. Ranija istraživanja pokazivala su da je najveća učestalost depresije bila među osobama u dobi između 30 i 40 godina, posebice između 24 i 35 godina. Međutim, novija istraživanja ukazuju na pomak prema mlađoj dobi, s najvećom učestalošću depresije sada zabilježenom među osobama od 18 do 25 godina (Hautzinger, 2002). Također, žene imaju značajno veću učestalost depresije u odnosu na muškarce, što se dijelom može pripisati biološkim uzrocima, ali i negativnim životnim iskustvima poput seksualnog i bračnog zlostavljanja [20].

3. Stigma i diskriminacija

Stigma je kada vas netko vidi na negativan način zbog određene karakteristike ili atributa (kao što je boja kože, kulturološka pozadina, invaliditet ili mentalna bolest). Kada se netko prema vama odnosi negativno zbog vaše mentalne bolesti, to je diskriminacija. Stigma se događa kada osoba definira nekoga prema njegovoj bolesti, a ne prema tome tko je kao pojedinac. Za osobe s problemima mentalnog zdravlja, društvena stigma i diskriminacija koju doživljavaju mogu pogoršati probleme, otežavajući oporavak što može uzrokovati da osoba izbjegne pomoć koja joj je potrebna zbog straha od stigmatizacije.

Stigmatizacije prisutna je još od davnih vremena. U Staroj Grčkoj, grčka riječ "stizein" što znači tetovirati/žigosati značilo je namjerno urezivanje u kožu kriminalaca ili robova kako bi drugi znali da su manje vrijedni članovi društva. Iako se sam izraz možda nije primjenjivao na mentalnu bolest, stigmatizirajući stavovi već su bili očiti u grčkom društvu. Mentalna bolest je bila povezana sa sramotom, gubitkom obraza i poniženjem. S druge strane, u kršćanskom svijetu riječ stigma odnosi se na osebujne tragove nalik Kristovim ranama koje neki pojedinci razvijaju na svojim dlanovima i tabanima. Pavao je rekao: " U svom tijelu nosim Kristove stigme." Iako su korijeni pojma isti, vjerska konotacije stigme nije ista kao stigma (društveni konstrukt koji ukazuje na sramotu) [21].

Stigma se definira kao znak sramote ili diskreditacije, koji osobu izdvaja od drugih. Stigma duševne bolesti, iako je češće povezana s kontekstom nego s izgledom osobe, ostavlja snažan negativan atribut u svim društvenim odnosima. Izvan svake definicije, stigma je postala marker nepovoljnih iskustava. Prvi među njima je osjećaj srama. Mentalna se bolest, unatoč stoljećima učenja i "Desetljeću mozga", još uvijek doživljava kao popustljivost, znak slabosti. Opisana je samostigmatizacija, a postoje i brojna osobna izvješća o psihijatrijskim bolestima, gdje sram nadjačava čak i najekstremnije simptome [22].

Postoje osnovne teorije o stigmati kao što su: Goffmanova teorija, Linkov i Phenalanov model. U svom temeljnom radu, sociolog Erving Goffman, sugerirao je da se iskustvo stigme razlikuje na temelju prikrivenosti stigmatiziranog atributa. Diskreditirani su pojedinci koji imaju stigmatu koja je pretežno vidljiva kao što je rasa/etnička pripadnost, spol ili fizički nedostatak. Nasuprot tome, diskreditibilni su pojedinci koji imaju stigmatu koja se uglavnom može prikriti, poput mentalne

bolesti, HIV infekcije ili statusa seksualne manjine. Stoga se ovi pojmovi odnose na vizualnu uočljivost stigmatiziranog atributa. Iako se Goffmanova analiza uglavnom usredotočila na ispitivanje razlika u iskustvu stigme, većina psiholoških istraživanja u posljednjih 50 godina nije usvojila sličan pristup. Umjesto toga, istraživanja su se uglavnom usredotočila na uzroke i posljedice stigmatizacije među vidljivim stigmama (npr. rasa: Richeson i Shelton, 2007., spol: Murphy, Steele i Gross, 2007.) ili skrivenim stigmama (npr. Quinn i Chaudoir, 2009., samo seksualna orijentacija: Beals, Peplau i Gable, 2009). Posljedično, postoji vrlo malo empirijskih istraživanja ili teorijskih analiza koje izravno uspoređuju iskustva vidljivo i prikriveno stigmatiziranih pojedinaca [23].

Phelan i Link identificiraju tri generička cilja koja ljudi mogu postići stigmom. U prvom, iskorištavanje i dominacija ili " sputavanje ljudi ", bogatstvo, moć i visok društveni status mogu se postići kada jedna grupa dominira ili iskorištava drugu. Klasični primjeri su rasna stigmatizacija Afroamerikanaca u doba ropstva, kolonizacija Europljana u zemlje diljem svijeta i eksproprijacija američkih Indijanaca od strane američkih bijelaca. U drugom, provođenje društvenih normi ili " zadržavanje ljudi unutra ", ljudi stvaraju pisana i nepisana pravila koja reguliraju sve, od toga kako se vojnici trebaju boriti u ratovima do toga kako ljudi trebaju pijuckati čaj. Stigma uzrokuje visoku cijenu koja može zadržati prekršitelja norme i poslužiti kao podsjetnik drugima da i oni trebaju ostati u njoj. U trećem, izbjegavanje bolesti ili " držanje ljudi podalje ", odstupanja od normalnog (zdravog) izgleda organizma kao što su asimetrija, tragovi, lezije i promjena boje; kašljanje, kihanje i izlučivanje tekućine; a anomalije u ponašanju zbog oštećenja sustava za kontrolu mišića mogu signalizirati opasnost od infekcije i potaknuti ljude da se žele držati podalje. Evolucijska prednost izbjegavanja bolesti mogla je dovesti do općenitijeg gađenja prema odstupanjima od bilo kojeg lokalnog standarda za način na koji bi ljudi trebali izgledati ili se ponašati, što je dovelo do snažne želje da se drže podalje od ljudi koji odstupaju u pogledu širokog raspona fizičke karakteristike ili karakteristike ponašanja. Ključna stvar je da, bilo da se radi o držanju ljudi dolje, unutra ili podalje, postoje motivi ili interesi koji leže ispod stigme. Uz jasne identificirane motivacije, mogli bismo očekivati da ljudi koriste moć kako bi postigli ciljeve koje žele, a naša tvrdnja je da je stigma često mehanizam moći izbora [24].

Samostigma se često poistovjeđuje s percipiranom stigmom, odnosno priznanjem osobe da društvo ima predrasude i da će je diskriminirati zbog etikete mentalne bolesti. Smatra se da percipirana devalvacija i diskriminacija dovode do smanjenog samopoštovanja i samoučinkovitosti. Prema općem modelu, osoba s neželjenim stanjem je svjesna javne stigme vezane uz to stanje (svjesnost). Ta osoba potom može prihvatiti da su ti negativni javni stereotipi istiniti za tu grupu (sporazum). Nakon toga, osoba može primijeniti te stereotipe na sebe (primjena). To može rezultirati značajnim smanjenjem samopoštovanja i samoučinkovitosti. Za razliku od drugih istraživanja o samostigmi, model stadija pokazuje da se štetni učinci stigme na osobu ne pojavljuju sve do kasnijih faza. Dok osoba ne primijeni stigmom na sebe, ne dolazi do smanjenja samopoštovanja ili samoučinkovitosti. Jedna od posljedica samostigmatizacije je tzv. "zašto se truditi" efekt, gdje samostigma ometa ostvarivanje životnih ciljeva. Samostigmatizacija djeluje kao barijera za postizanje tih ciljeva. Ipak, samopoštovanje i samoučinkovitost mogu ublažiti negativne posljedice samostigme. Mnogi ljudi se nose sa samostigmom ostajući "u ormaru"; uspijevaju sakriti svoj sram tako da drugi ne saznaju za njihovu mentalnu bolest. Jedan od načina borbe protiv stigme i smanjenja srama je "izlazak", odnosno obavješćavanje drugih o svojoj psihijatrijskoj povijesti [25].

Stigmatizacija mladih s mentalnim poteškoćama raširena je i počinje od djetinjstva. Čini se da mladi više prihvaćaju djecu i adolescente s poteškoćama u mentalnom zdravlju nego odrasli. Stigmatizacijom od strane vršnjaka mogu biti rezultat prikazana ponašanja, a ne etikete mentalnog zdravlja [26]. Osobe s duševnim bolestima dodatno su pogođene negativnim stavovima i diskriminirajućim ponašanjem šire javnosti. Dosadašnji naponi da se smanji javna stigma bili su samo djelomično uspješni; iako su povećali razinu pismenosti o mentalnom zdravlju među općom populacijom, nisu uspjeli smanjiti društveno odbacivanje osoba s mentalnim poremećajima. Jedan aspekt koji je nedavno privukao znanstvenu pažnju je utjecaj stigme na suicidalnost. Percipirana stigma bila je povezana s povećanim suicidalnim mislima među osobama koje su označene kao mentalno bolesne ili koje pate od nedostatka emocionalne jasnoće [27].

U današnje vrijeme važno je pravilno prevenirati diskriminaciju, stigmom i samostigmom. Brojni programi provedeni u raznim zemljama na različitim ciljnim skupinama sugeriraju da dobro organizirani i dugotrajni nacionalni programi za borbu protiv stigme mogu promijeniti stavove i smanjiti diskriminaciju. Metode borbe protiv stigme obuhvaćaju edukaciju (zamjena mitova o

mentalnim bolestima točnim informacijama), kontakt s osobama koje imaju iskustvo s izazovima mentalnog zdravlja i prosvjede (pokušaji smanjenja stigmatizirajućih stavova i prikaza mentalnih bolesti), pri čemu se pokazalo da kombinacija kontakta i edukacije daje najbolje rezultate. Mjere borbe protiv stigme obuhvaćaju razne aktivnosti, uključujući organizaciju službi za mentalno zdravlje koje se temelje na principima oporavka i poštivanju ljudskih prava, te primjenu psihosocijalnih metoda koje potiču oporavak i socijalnu uključenost, poput zapošljavanja osoba s problemima mentalnog zdravlja. Također, važna je participacija korisnika usluga u planiranju liječenja i evaluaciji usluga mentalnog zdravlja. Za uspješno provođenje ovih mjera ključno je surađivati između različitih sektora, poput zdravstva, socijalne skrbi i zapošljavanja. Pregled intervencija protiv stigme u različitim ciljnim skupinama pokazuje da kratkoročne intervencije imaju samo privremene učinke, pa prednost treba dati dugoročnim strategijama koje kombiniraju edukaciju i kontakt.

Bitno je definirati razine intervencije i ciljane skupine, koje mogu obuhvaćati strukturalni, interpersonalni nivo, samostigmatizaciju i različite skupine građana. Istraživanja pokazuju da otprilike jedna trećina osoba s ozbiljnim mentalnim poremećajem internalizira stigmatu, stoga je nužno primjenjivati preventivne mjere na društvenoj razini, a posebno u psihijatrijskoj praksi. Većina uspješnih programa prevencije samostigmatizacije kombinira edukaciju i kognitivne metode [28].

4. Modeli pružanja psihološke pomoći

Mentalno zdravlje je od suštinskog značaja za ukupno blagostanje pojedinca, a odgovarajuća psihološka podrška igra ključnu ulogu u očuvanju i unapređenju tog zdravlja. Postoji niz različitih modela i pristupa u pružanju psihološke pomoći, svaki sa svojim jedinstvenim teorijskim osnovama i metodama. Ovi modeli nude različite tehnike i strategije za efikasno rješavanje mentalnih problema i poboljšanje kvaliteta života osoba koje se suočavaju sa mentalnim poteškoćama. Godine 1977. američki patolog i psihijatar George Engel (1913.-1999.) objavio je u časopisu *Journal Science* svoj rad "The In 1977., "Potreba za novim medicinski modelom: izazov za biomedicinu", uvodeći pojam "biopsihosocijalni model". Ovaj model temeljen na rezultatima Engelovih studija depresije, psihogene boli i ulceroznog kolitisa, predstavljao je izazov za biomedicinski model i biomedicinu. Osnovni principi modela uključivali su biološku, psihološku i socijalnu dimenziju života osobe te percepciju da osoba pati kao cjelina, a ne kao izolirani organi. Liječnik treba koristiti holistički pristup bolesti i svoj odnos s bolesnikom treba smatrati socijalno ravnopravnim. Treba uzeti u obzir osobnost i emocionalne rezerve bolesnika, kao i posebne uvjete okoline u kojoj osoba živi. Nema sumnje da je biopsihosocijalni model uspostavio suosjećajni pristup u medicinskoj praksi.

Još od 1936. opći adaptacijski sindrom predložio je austrijsko-kanadski endokrinolog Hans Seley (1907.-1982.), koji je naglasio da psihološki stresni čimbenici mogu imati štetne posljedice na zdravlje, dok sustavi odgovora na stres mogu biti disregulirani ne samo genetskim čimbenicima, ali i od iskustava i stresnih životnih događaja, kao i od štetnih ponašanja poput pušenja, konzumacije alkohola i nedostatka tjelesne aktivnosti [29].

4.1. Medikalni model

Izvan medicine 1970-ih, klinički psiholozi i sociolozi — pod utjecajem Szasza — preuzeli su i proširili perspektive isključivanja, primjenjujući ovu vrstu kritike medicinskog modela na mentalne bolesti, ponašanje i intelektualne teškoće. Klinički psiholog George Albee bio je glasni kritičar psihijatrijskih pristupa mentalnom zdravlju, za koje je tvrdio da neprikladno patologiziraju ljudske "životne probleme". Medikalni model fokusira se na biološke aspekte mentalnih bolesti i

tretira ih prvenstveno kroz farmakoterapiju. Psihijatrijski tretman često uključuje lijekove kao osnovnu intervenciju. Primjena lijekova kod starijih osoba zahtijeva posebnu pažnju zbog fizioloških promjena povezanih s procesom starenja, čestih komorbiditeta i povećane osjetljivosti na nuspojave. Glavni cilj farmakoterapije kod starijih osoba s mentalnim poremećajima je poboljšanje kvalitete života i odgađanje gubitka sposobnosti za samostalni život. Osnovni principi uključuju individualno prilagođavanje doze, pažljivo titriranje prilikom uvođenja i prekida terapije te kontinuirano praćenje učinkovitosti lijeka i mogućih nuspojava. Starije osobe često koriste više lijekova za različite poremećaje, što povećava rizik od međusobnih interakcija lijekova. Procjena suradljivosti starijih osoba također je ključni dio racionalne farmakoterapije. Tradicionalno se za liječenje koriste benzodiazepini, triciklički antidepresivi, inhibitori MAO i drugi, dok su noviji antidepresivi, poput SIPP-a, postali prvi izbor za određene anksiozne poremećaje. Iako su istraživanja na starijima rjeđa, iskustva pokazuju da novi antidepresivi nude slične koristi uz povoljniji profil nuspojava. Stariji anksiolitici se danas manje koriste, najčešće kao alternativa kod otpornih pacijenata. Faktori poput komorbiditeta, polipragmazije i fizioloških promjena povezanih sa starenjem povećavaju rizik od nuspojava.

Stariji pacijenti često imaju somatske bolesti koje se mogu pogoršati zbog anksiolitika ili izazvati anksiozne simptome. Stoga je važna procjena ukupnog zdravstvenog stanja i moguće interakcije s drugim lijekovima. Smanjena apsorpcija, promijenjen metabolizam i smanjena funkcija jetre i bubrega usporavaju eliminaciju lijekova kod starijih osoba. Benzodiazepini su najčešće propisivani lijekovi za starije osobe, posebno za akutne simptome anksioznih poremećaja i generalizirani anksiozni poremećaj. Istraživanja potvrđuju njihovu učinkovitost kod paničnog i opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Međutim, starije osobe su osjetljivije na njihove terapijske i toksične učinke, pa se preporučuju niže doze. Iako su benzodiazepini učinkoviti zbog brzog djelovanja i blagih učinaka na kardiovaskularni sustav, dugotrajna upotreba kod starijih može dovesti do pospanosti, kognitivnih smetnji, poremećaja psihomotorike, rizika od pada, depresije, ovisnosti i drugih komplikacija. Zbog toga se ne preporučuje njihova upotreba dulje od nekoliko tjedana. Meprobamat, koji se koristi kao anksiolitik, sedativ i hipnotik, te u liječenju delirantnih stanja, nije prvi izbor terapije zbog svojih nuspojava. Kod rezistentnih slučajeva u starijih osoba potrebna je pažljiva titracija s nižim dozama (400-800 mg dnevno). Također, β -blokatori poput propranolola i atenolola mogu se koristiti za liječenje anksioznih poremećaja, uz preporuku

primjene nižih doza [30]. Psihofarmakoterapija kod djece i adolescenata zahtijeva specijalizirano znanje i dodatnu edukaciju zbog svojih specifičnosti.

Ova klinička disciplina ima mnogo nepoznanica jer je provedeno vrlo malo dobro organiziranih studija na djeci i adolescentima, pa su iskustva ograničena. Klinička istraživanja obično uključuju osobe starije od 18 godina, dok se djeca u razvoju razlikuju u farmakodinamici i farmakokinetici, što znači da se iskustva s odraslima ne mogu jednostavno primijeniti na djecu. Na primjer, nuspojave antipsihotika, iako slične onima kod odraslih, imaju veći značaj kod djece i adolescenata zbog njihove povećane osjetljivosti, kao i zabrinutosti roditelja. Evaluacija učinkovitosti lijekova je teža jer je često teško razlikovati povlačenje simptoma uzrokovano djelovanjem lijeka od prirodnog sazrijevanja djeteta. Zbog čestih nuspojava i nedovoljnog poznavanja njihovih učinaka na djecu, treba davati prednost nemedikamentoznim metodama liječenja [31].

4.2. Psihodinamski model

Psihodinamička teorija je psihološka teorija koju su Sigmund Freud (1856-1939) i njegovi sljedbenici primijenili kako bi objasnili porijeklo ljudskog ponašanja. Psihodinamski pristup uključuje sve teorije u psihologiji koje ljudsko funkcioniranje vide na temelju interakcije nagona i snaga unutar osobe, posebice nesvjesnog, te između različitih struktura osobnosti. Prema Freudu (1915), nesvjesni um je primarni izvor ljudskog ponašanja. Poput sante leda, najvažniji dio uma je onaj koji ne možete vidjeti. Naši osjećaji, motivi i odluke su pod snažnim utjecajem prošlih iskustava i pohranjeni su u nesvjesnom. Većina sadržaja nesvjesnog je neprihvatljiva ili neugodna i može izazvati osjećaj boli, tjeskobe ili sukoba ako postane svjestan. Na primjer, histerija je primjer fizičkog simptoma koji nema fizički uzrok iako je bolest jednako stvarna kao da postoji, već je uzrokovana nekim temeljnim nesvjesnim problemom. Nesvjesno se smatra vitalnim dijelom pojedinca. Ono je iracionalno, emocionalno i nema pojma o stvarnosti, zbog čega se njegovi pokušaji da iscuri moraju spriječiti [32].

4.3. Kognitivno-bihevioralni model

Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) je oblik psihoterapije koji se široko koristi u liječenju različitih mentalnih poremećaja. Temelji se na ideji da su naši misli, emocije i ponašanja međusobno povezani, te da promjenom negativnih obrazaca mišljenja i ponašanja možemo pozitivno utjecati na naše emocionalno stanje i opće funkcioniranje. KBT se često koristi za liječenje poremećaja kao što su depresija, anksiozni poremećaji, panični poremećaj, socijalna fobija, posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP) i psihotični poremećaji. Terapija je obično strukturirana, kratkotrajna i usmjerena na problem [33].

Ključni elementi KBT-a uključuju:

- identifikacija negativnih misli: Prepoznavanje iracionalnih i negativnih misli koje doprinose mentalnim poremećajima.
- restrukturiranje misli: Izazivanje i zamjena tih negativnih misli s realističnijim i pozitivnijim mislima.
- bihevioralne intervencije: Uključivanje u aktivnosti koje smanjuju anksioznost ili depresiju i promicanje pozitivnih ponašanja.
- edukacija: Učenje pacijenata o njihovim poremećajima i o tome kako se nositi s njima.
- samopomoć i zadaci: Terapeuti često daju pacijentima zadatke koje trebaju obaviti između sesija kako bi primijenili naučene strategije u stvarnom životu [33].

4.4. Humanistički model

Humanistička terapija opisuje niz različitih vrsta terapije koje se fokusiraju na osobu kao pojedinca s jedinstvenim potencijalom i sposobnostima. Umjesto da se koncentrira na ono što nije u redu s ljudima, ova vrsta terapije je više usmjerena na pomoć ljudima da prevladaju svoje poteškoće kroz osobni rast. Humanistička terapija izrasla je iz humanističke psihologije, perspektive koja naglašava da su ljudi urođeno dobri. Ovaj pristup teži biti holističkiji i promatra cijelu osobu, a ne samo jedno područje života osobe. Naglašavajući vještine i pozitivne

karakteristike osobe, potiče ljude na ozdravljenje i pronalaženje osobnog ispunjenja. Jedna od prednosti humanističke terapije je ta što ovaj pristup može biti izvrstan izvor empatije i podrške.

Humanistički pristup obuhvaća nekoliko ključnih terapeutskih metoda:

- terapija usmjerena na klijenta (Rogersova terapija): Razvijena od strane Carla Rogersa, ova terapija stavlja naglasak na empatiju, bezuvjetno pozitivno prihvaćanje i autentičnost terapeuta. Cilj je stvoriti sigurno okruženje u kojem klijent može istraživati svoje osjećaje i postizati osobni rast

- egzistencijalna terapija: Fokusira se na temeljna pitanja postojanja, poput slobode, odgovornosti, smisla i smrti. Terapija pomaže klijentima u suočavanju s egzistencijalnim krizama i pronalaženju osobnog smisla u životu

- geštalt terapija: Razvijena od strane Fritza Perlsa, ova terapija naglašava svjesnost u sadašnjem trenutku i potiče klijente da preuzmu odgovornost za svoje misli, osjećaje i ponašanja

- transpersonalna psihologija: Usmjerena je na duhovne aspekte ljudskog iskustva i istražuje područja svijesti izvan granica individualnog ega [34].

Od ostalih zastupljenih modela, psihološka pomoć može se ponuditi kroz integrativni model, terapiju prihvaćanja i posvećenosti, dijalektičku bihevioralnu terapiju i ekspresivnu terapiju. Integrativni model kombinira elemente različitih terapeutskih pristupa prilagođavajući se pojedincu. Terapija prihvaćanja i posvećenosti fokusira se na ono što se ne može kontrolirati tako da se poboljša kvaliteta života. Ekspresivne terapije uključuju muzičku, pokretnu i plesnu terapiju. Veoma su učinkovite za izražavanje emocija i poboljšanje mentalnog zdravlja.

5. Empatija i podrška u medicinskoj praksi

Kao ljudi, mi smo izrazito društvena vrsta: kako bismo koordinirali svoje zajedničke radnje i osigurali uspješnu komunikaciju, koristimo se jezičnim vještinama kako bismo eksplicitno prenijeli informacije jedni drugima i društvenim sposobnostima kao što su empatija ili zauzimanje perspektive kako bismo zaključili o emocijama i mentalnom stanju druge osobe. Ljudska kognitivna sposobnost izvlačenja zaključaka o vjerovanjima, namjerama i mislima drugih ljudi naziva se mentaliziranjem, teorijom uma ili zauzimanjem kognitivne perspektive. Ova sposobnost omogućuje, na primjer, razumijevanje da ljudi mogu imati poglede koji se razlikuju od naših. Iako je zajednička sreća svakako vrlo ugodno stanje, dijeljenje patnje ponekad može biti teško, osobito kada razlika između sebe i drugoga postane zamagljena. Takav oblik zajedničke nevolje može biti posebno izazovan za osobe koje rade u pomagačkim profesijama, poput liječnika, terapeuta i medicinskih sestara. Kako bi se spriječilo pretjerano dijeljenje patnje koje se može pretvoriti u nevolju, na patnju drugih treba odgovoriti sa suosjećanjem. Za razliku od empatije, suosjećanje ne znači dijeljenje patnje drugoga: nego ga karakteriziraju osjećaji topline, brige i brige za drugoga, kao i snažna motivacija da se poboljša dobrobit drugoga. Suosjećanje je osjećanje prema drugome, a ne osjećanje prema drugome. S obzirom na potencijalno vrlo različite ishode koje mogu imati empatične ili suosjećajne reakcije na tuđu nevolju, od velike je važnosti razumjeti koji čimbenici određuju pojavu ovih različitih društvenih emocija i znati više o tome mogu li se i kako takve emocionalne reakcije uvježbati i promijenjeno.

Iako koncepti empatije i suosjećanja postoje već stoljećima, njihovo je znanstveno proučavanje relativno mlado. Pojam empatija potječe iz grčke riječi 'empathia' (strast), koja se sastoji od 'en' (u) i 'pathos' (osjećaj). Pojam empatija uveden je u engleski jezik nakon njemačkog pojma 'Einfühlung' (osjećaj u), koji je izvorno opisivao rezonanciju s umjetničkim djelima, a tek kasnije je korišten za opisivanje rezonancije među ljudskim bićima. Izraz suosjećanje izveden je iz latinskog porijekla 'com' (s/zajedno) i 'pati' (patiti); uvedena je u engleski jezik preko francuske riječi *compassion*. Unatoč filozofskom interesu za empatiju i temeljnoj ulozi koju suosjećanje igra u većini religija i sekularnoj etici, istraživači iz socijalne i razvojne psihologije počeli su znanstveno proučavati te fenomene tek krajem 20. stoljeća. Prema ovoj liniji psiholoških istraživanja, empatička reakcija na patnju može rezultirati dvjema vrstama reakcija: empatijskom

nevoljom, koja se također naziva osobnom nevoljom; i suosjećanje, koje se također naziva empatička zabrinutost ili suosjećanje [35].

Općenito je mišljenje da je empatija dobra stvar i da bi trebala biti temelj stavova prema njezi pacijenata ili bi barem trebala igrati važnu ulogu u odnosu liječnik-pacijent uz deduktivnu logiku, fizikalne preglede i liječenje. Medicinsko obrazovanje sve češće naglašava važnost empatije u medicini, a sve veći broj medicinskih škola ima specifične obrazovne programe i inicijative za svoje studente. Temeljna pretpostavka teorije emocija je da su emocije automatski orijentacijski sustav koji se razvio kako bi vodio adaptivno ponašanje. Emocija je također, međutim, sredstvo međuljudske komunikacije koje izaziva odgovore drugih srodnika. Stoga se emocije mogu promatrati i kao intrapersonalna i kao interpersonalna stanja, a konstrukt empatije uključuje obje te dimenzije i odražava intersubjektivni proces indukcije kojim se pozitivne i negativne emocije dijele, ne gubeći iz vida čije osjećaji pripadaju kome. Empirijski i teorijski rad u razvojnoj znanosti, psihologiji i afektivnoj neuroznanosti slažu se da empatiju smatraju prirodnom sposobnošću koja je evoluirala s mozgom sisavaca za stvaranje i održavanje društvenih veza, potrebnih za preživljavanje, reprodukciju i održavanje blagostanja, a koja obuhvaća aspekte koji se mogu odvojiti. Te različite komponente uključuju:

- afektivno dijeljenje, prvi element empatije koji se pojavljuje tijekom ontogeneze. Odražava sposobnost afektivnog uzbuđenja valentnošću i intenzitetom tuđih emocija
- empatijsko razumijevanje, koje podrazumijeva svjesnu svijest o emocionalnom stanju druge osobe
- empatična zabrinutost, koja se odnosi na motivaciju da se brinemo za nečiju dobrobit
- kognitivna empatija, slična konstrukciji zauzimanja perspektive ili teorije uma, jest sposobnost da se stavite u um druge osobe i zamislite što ta osoba misli ili osjeća

S obzirom na ove višestruke aspekte empatije, ne postoji niti jedna regija u mozgu koja je u osnovi ove sposobnosti. Umjesto toga, krugovi uključeni u emocionalnu istaknutost (amigdala, insula i prednji cingularni korteks), središnju izvršnu mrežu (dorzolateralni prefrontalni korteks, posteriorni parijetalni korteks) i skrb (moždano deblo, hipotalamus, bazalni gangliji i ventromedijalni prefrontalni korteks) čine neovisne i čvrsto povezane spregnute mreže koje podržavaju iskustvo. Nadalje, neuroendokrini mehanizmi olakšavaju i moduliraju neuralne putove koji uključuju empatiju i brigu. Konkretno, neuropeptid oksitocin, koji ima opću ulogu u

društvenim interakcijama smanjujući stres i tjeskobu, te kao rezultat toga pojačava kognitivnu empatiju i empatična zabrinutost. U medicini se empatija općenito konceptualizira kao komunikacijska sposobnost, kao i subjektivno iskustvo između promatrača (liječnika) i subjekta (pacijenta ili klijenta), u kojem promatrač koristi različite senzorne znakove (govor tijela, prozodiju, itd.), identificirati i prolazno doživjeti subjektova emocionalna stanja. Emocionalna usklađenost liječnika služi kognitivnom cilju razumijevanja emocija pacijenata. Osim toga, pacijent općenito gleda na empatiju kao na sposobnost liječnika da razumije kako se on/ona osjeća i misli, kao i kako liječnik izražava zabrinutost, suosjećanje i brigu za vlastitu dobrobit pacijenta. Oba ova aspekta doprinose zadovoljstvu pacijenata. Stoga su u medicinskom kontekstu svi aspekti empatije (afektivni, kognitivni i motivacijski) važni i mogu se prilagoditi kako bi pozitivno utjecali na zdravlje pacijenata [36].

Sestrinska profesija zahtijeva razvijanje osobina poput empatije, iskrenosti, poštovanja prema drugima, razumijevanja i sposobnosti za empatičnu komunikaciju. Empatija je ključna za izgradnju uzajamnog povjerenja i zajedničkog razumijevanja, što je od vitalne važnosti u profesionalnim odnosima pomaganja. U radu s pacijentima, sticanje njihovog povjerenja i omogućavanje da se osjećaju sigurno i ugodno, koliko god je to moguće, od presudne je važnosti. Empatija se u sestrinstvu smatra osnovnim uslovom za efikasnu brigu o pacijentima i izgradnju terapijskog odnosa, koji je sastavni deo procesa liječenja. Empatična interakcija doprinosi većem zadovoljstvu pacijenata, boljim terapijskim ishodima i jačanju odnosa povjerenja. Također, ona ima pozitivan uticaj i na medicinsko osoblje, povećavajući lično zadovoljstvo i poboljšavajući međuljudske odnose [37].

6. Uloga medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu

Uloga medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu, posebice u mentalnom zdravlju, je vrlo bitna te može pridonijeti poboljšanju u toku bolesti samog bolesnika ili mu pomoći da se bolje nosi sa samim boravkom u ustanovi. Terapeutska uloga medicinskog osoblja u skrbi o mentalnom zdravlju posebno je relevantna u okruženjima kao što su bolnički odjeli, gdje pacijenti komuniciraju s medicinskim sestrama najveći dio vremena, a odnos s njima navodi se kao ključan za napredovanje u terapiji. Unatoč potencijalnoj vrijednosti i najboljim naporima, pokušaji razvijanja snažnog saveza medicinskih sestara u zaštiti mentalnog zdravlja mogu biti ometeni izazovnim okruženjima u kojima je njegov razvoj ometen [38]. Medicinske sestre predstavljaju najbrojniji dio zdravstvenog tima i provode najviše vremena s pacijentima. Njihova ključna uloga je uspostavljanje pozitivnog i podržavajućeg terapijskog odnosa s pacijentima s mentalnim poteškoćama. Sestre moraju biti vješte u aktivnom slušanju, prepoznavanju problema i usmjeravanju pacijenata ka odgovarajućoj pomoći. Profesionalizam se ogleda u sljedećem:

- Razumijevanju i suosjećanju
- Pružanju podrške
- Poštovanju individualnosti
- Primjeni principa jednakosti i pristupačnosti
- Postavljanju jasnih granica

Kroz razumijevanje, medicinske sestre poboljšavaju psihološku stabilnost pacijenata. Važno je pažljivo slušati pacijente, pružiti im sigurno okruženje ispunjeno međusobnim poštovanjem, gdje mogu slobodno izraziti svoje misli i osjećaje bez straha od osude. Osobe s izazovima mentalnog zdravlja trebaju se osjećati vrijednima. Podrška se pruža kroz svakodnevne aktivnosti poput razgovora ili zajedničkog čitanja, dok fizički kontakt može biti važan kod osoba s depresijom i sličnim stanjima. Medicinske sestre jednako pristupaju svim pacijentima, uključujući one s mentalnim poteškoćama, stvarajući uvjete u kojima se pacijent može otvoriti. Postavljanje jasnih granica također je ključno kako bi se osigurala zaštita obje strane i održao optimalan terapijski odnos [39]. Jedna od prepreka za uspješno pružanje sestrinske skrbi u području mentalnog zdravlja je prevelik fokus na liječenje bolesti, dok se promocija zdravlja zanemaruje. Niska razina svijesti o važnosti mentalnog zdravlja predstavlja izazov za medicinske sestre, što

stvara potrebu za edukacijom i podizanjem razine znanja o mentalnom zdravlju. Često se svakodnevni emocionalni problemi poput tuge, gubitka i konflikata ne mogu pravilno razumjeti i riješiti bez razgovora ili edukacije. Strpljenje, ustrajnost i predanost medicinskih sestara ključni su za promociju mentalnog zdravlja. Zbog toga je SZO 2007. godine naglasila važnost prepoznavanja medicinskih sestara kao ključnog resursa koji bi trebao biti aktivno uključen u planiranje i provođenje skrbi u ovom području [40].

Iako liječnici i medicinske sestre daju sve od sebe kako bi svojim pacijentima pružili izvanrednu skrb, često ne daju vlastitu brigu o sebi kao prioritet. Većina medicinskih sestara smatra služenje pacijentima svojom dužnošću i beskrajno se daju bez obzira na to kako se osjećaju pojedinog dana.

7. Analiza

7.1. Metodologija

Svi prikupljeni kategorijski podaci prikazani su apsolutnim i relativnim frekvencijama, dok su numerički podaci prikazani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, skalom srednje vrijednosti i skalom varijance. Razlike između dvije nezavisne skupine numeričkih podataka testirane su neparametrijskim Mann-Whitney. Za provjeru unutarnje konzistentnosti, odnosno pouzdanosti i valjanosti mjerenja pojedinim upitnikom, korišten je Cronbach alfa koeficijent. Za prvu i drugu hipotezu korišten je Mann U Whitney te Leven test, dok je za treću hipotezu korišten Hi kvadrat test za utvrđivanje razlike među općom populacijom, a tiče se primijećenosti promjena ponašanja u emocionalnom stanju. Za statističku analizu podataka korišteni su programski sustav IBM SPSS Statistics (inačica 24.0.0.0, IBM Corp, Armonk, New York, SAD) uz odabranu razinu značajnosti od $\alpha=0,05$. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 270 ispitanika. Poštovani su etički elementi u istraživanju: anonimnost i dobrovoljnost.

Korištene su dvije stručne knjige:

- Petz B, Kolesarić V, Ivanec D. Petzova statistika: osnovne statističke metode za nematematičare. Naklada Slap.

7.2. Rezultati analize

Tablica 7.2.1. Distribucija demografskih parametara

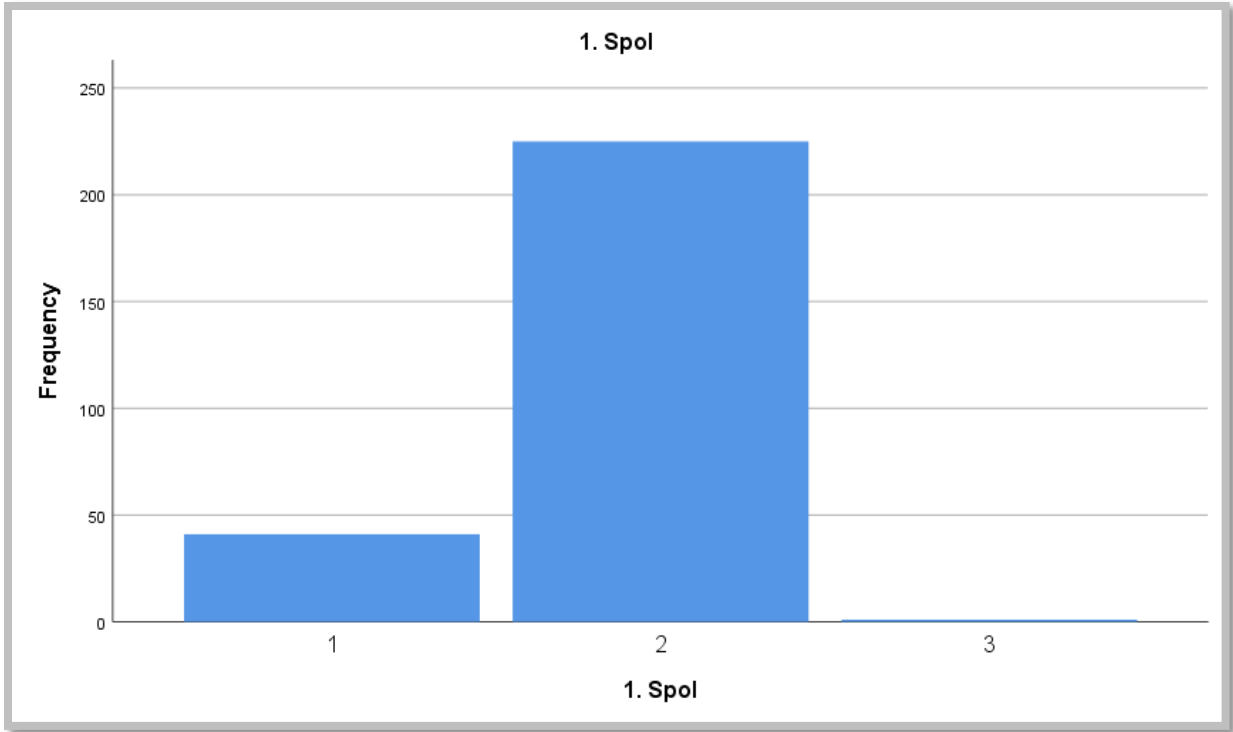
Vrsta varijable	Kategorije	Broj (%) ispitanika	P*
Spol	Muško	41 (15,4)	<0,001
	Žensko	225 (83,3)	
	Ne želim se izjasniti	1 (0,4)	
Mjesto stanovanja	Urbano	171 (63,3)	<0,001
	Ruralno	96 (36,0)	
Razina obrazovanja	Završena osnovna škola	3 (1,1)	<0,001
	Završena srednja škola	109 (40,8)	
	Završen prijediplomski studij	84 (31,5)	
	Završen diplomski studij	69 (25,6)	
	Završen doktorat	2 (0,7)	
Ukupno		270 (100)	

Tablica 7.2.2. Deskriptivni pokazatelji za demografske podatke

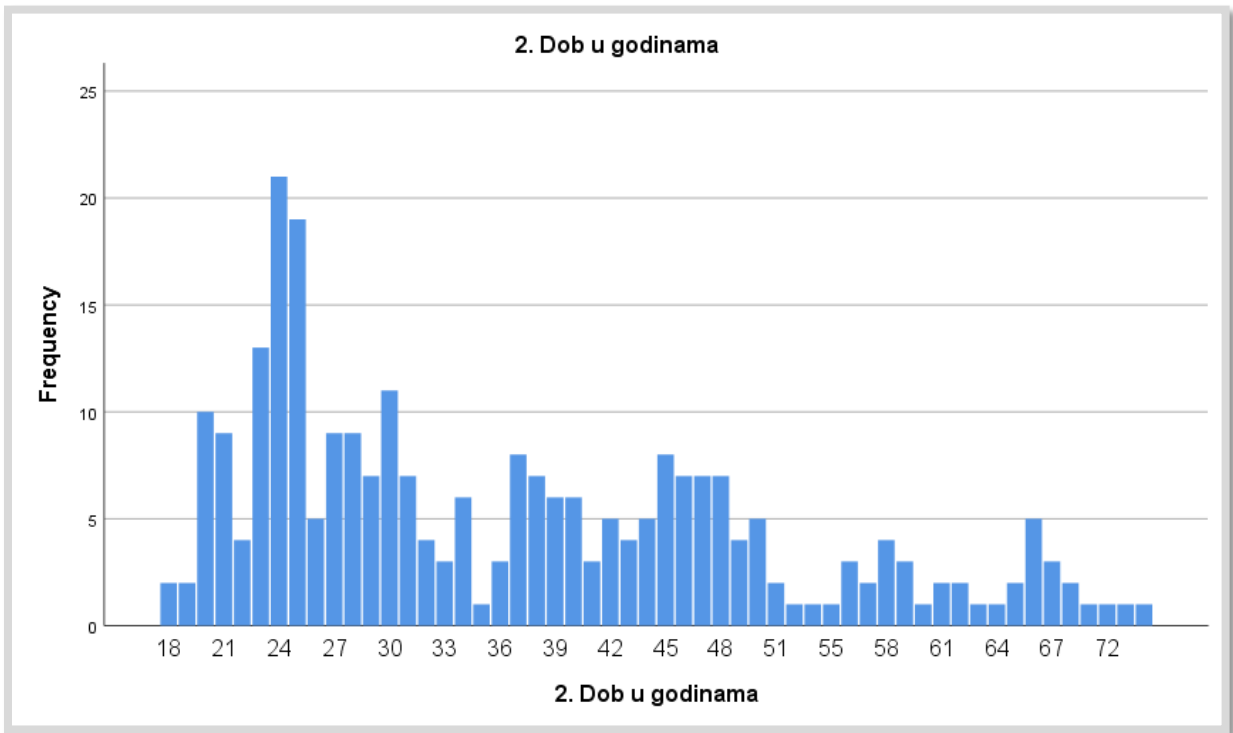
DESKRIPTIVNI POKAZATELJI					
		Spol	Dob u godinama	Mjesto stanovanja	Razina obrazovanja
N	Važeći broj	267	267	267	267
	Nedostajući broj	3	3	3	3
Aritmetička sredina		1,85	36,75	1,36	2,84
Medijan		2,00	33,00	1,00	3,00
Standardna devijacija		0,368	13,872	,481	,848
Minimum		1	18	1	1
Maksimum		3	78	2	5

Tablica 7.2.3. Demografski podatci ispitanika

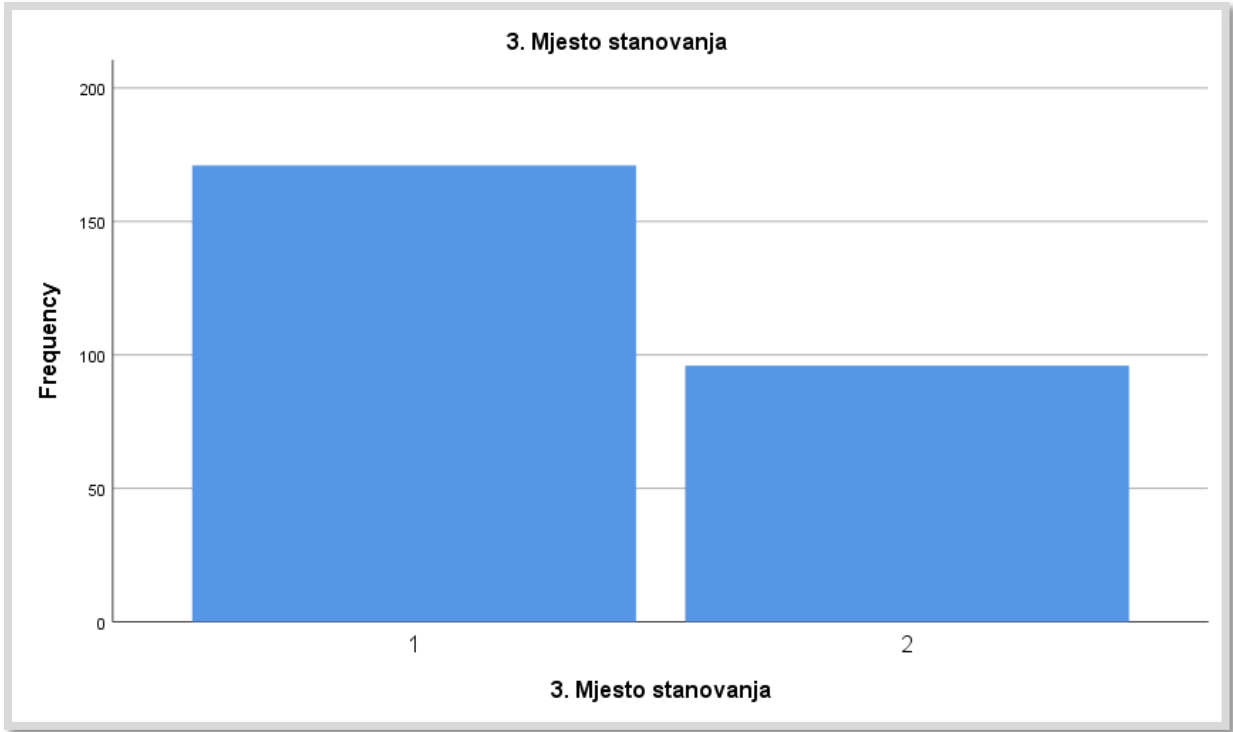
DOB ISPITANIKA			DOB ISPITANIKA		
Vrsta varijable	Frekvencija	%	Vrsta varijable	Frekvencija	%
18	2	0,7	50	5	1,9
19	2	0,7	51	2	0,7
20	10	3,7	53	1	0,4
21	9	3,3	54	1	0,4
22	4	1,5	55	1	0,4
23	13	4,8	56	3	1,1
24	21	7,8	57	2	0,7
25	19	7	58	4	1,5
26	5	1,9	59	3	1,1
27	9	3,3	60	1	0,4
28	9	3,3	61	2	0,7
29	7	2,6	62	2	0,7
30	11	4,1	63	1	0,4
31	7	2,6	64	1	0,4
32	4	1,5	65	2	0,7
33	3	1,1	66	5	1,9
34	6	2,2	67	3	1,1
35	1	0,4	68	2	0,7
36	3	1,1	70	1	0,4
37	8	3	72	1	0,4
38	7	2,6	75	1	0,4
39	6	2,2	78	1	0,4
40	6	2,2	Ukupno	267	98,9
41	3	1,1	Nedostajući	3	1,1
42	5	1,9		270	100
43	4	1,5			
44	5	1,9			
45	8	3			
46	7	2,6			
47	7	2,6			
48	7	2,6			
49	4	1,5			



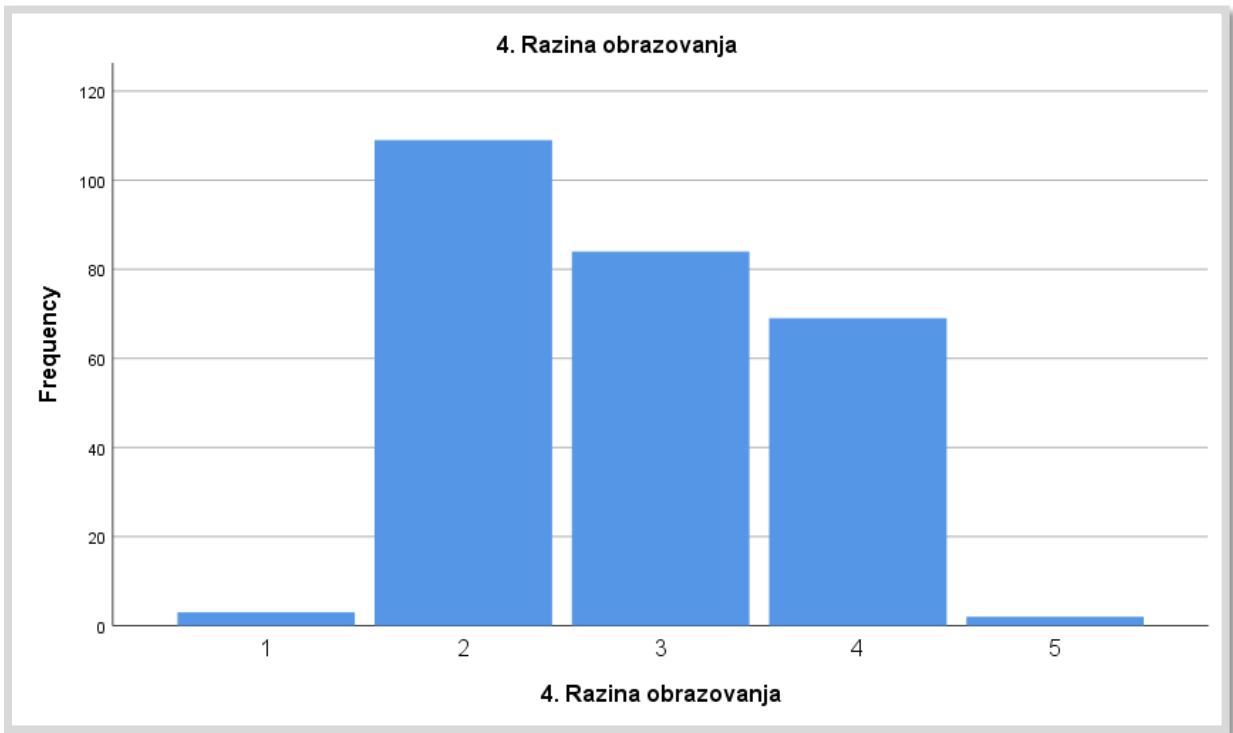
Slika 7.2.7.1. Spol ispitanika



Slika 7.7.2.2. Dob ispitanika



Slika 7.2.7.3. Mjesto stanovanja ispitanika

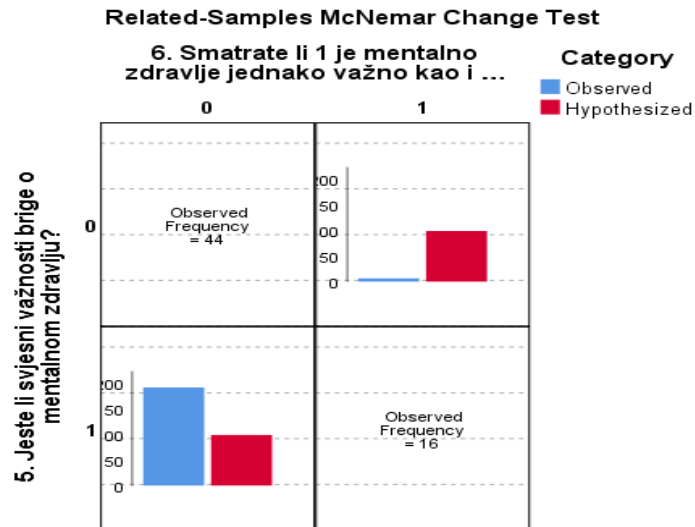


Slika 7.2.7.4. Razina obrazovanja

Tablica 7.2.1, 7.2.2., 7. 2.3. te slike 7.2.7.1 do 7.2.7.4 pokazali su je na to da iznimno veći broj ženskih ispitanika pristupio istraživanju (83,3%), da je 63,3% ispitanika živi u urbanom području te da 40,8% ispitanika ima završenu srednju stručnu spremu u odnosu na 31,5% ispitanika koji imaju završen prijediplomski studij. Rezultati su pokazali za dob ($M=36,75$, $sd=13,872$) odnosno da najviše ima ispitanika koji su stariji od 35 godina.

Tablica 7.2.1. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta i McNemar test

	Frekvencija (%)	M	SD	Skala srednje vrijednosti	Skala varijance	Cronbach's Alpha	P	Stupnjevi slobode
Jeste li svjesni važnosti brige o mentalnom zdravlju?	214 (80,1)	1,19	0,397	1,91	0,079	-0,121	0,001	1
Smatrate li 1 je mentalno zdravlje jednako važno kao i tjelesno zdravlje?	53 (19,9)	1,91	0,280	1,19	0,157	-0,129	0,001	1



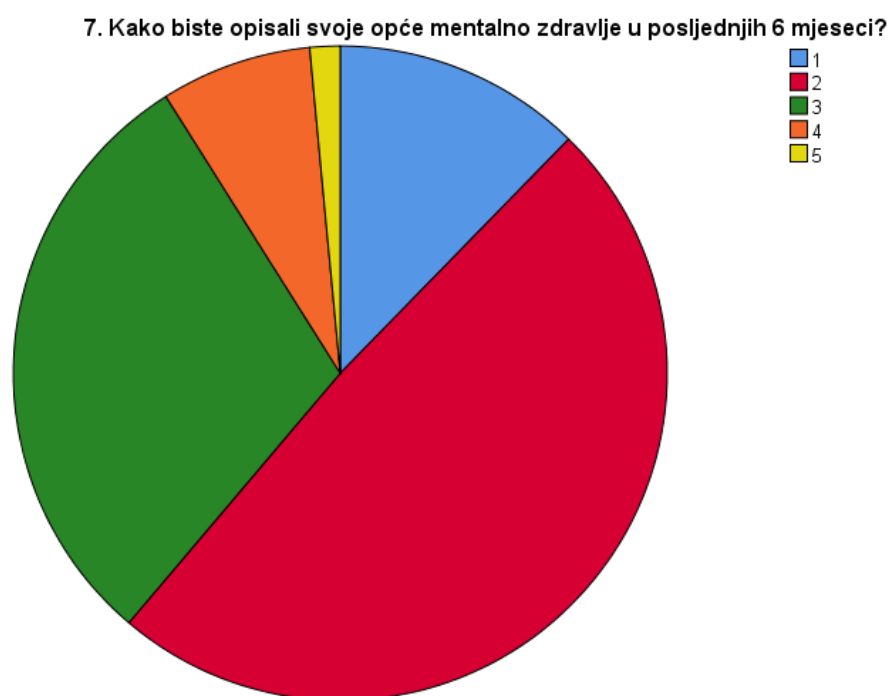
Slika 7.2.7.5. Grafički prikaz važnost mentalnog zdravlja i tjelesnog zdravlja

U analizi varijabla o svjesnosti brige o mentalnom zdravlju, uočava se preko 80% ispitanika svjesno važnosti brige, međutim ispitanici pridaju neznatno veću važnost tjelesnom zdravlju (M=1,91, sd=0,280).

Tablica 7.2.2. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta

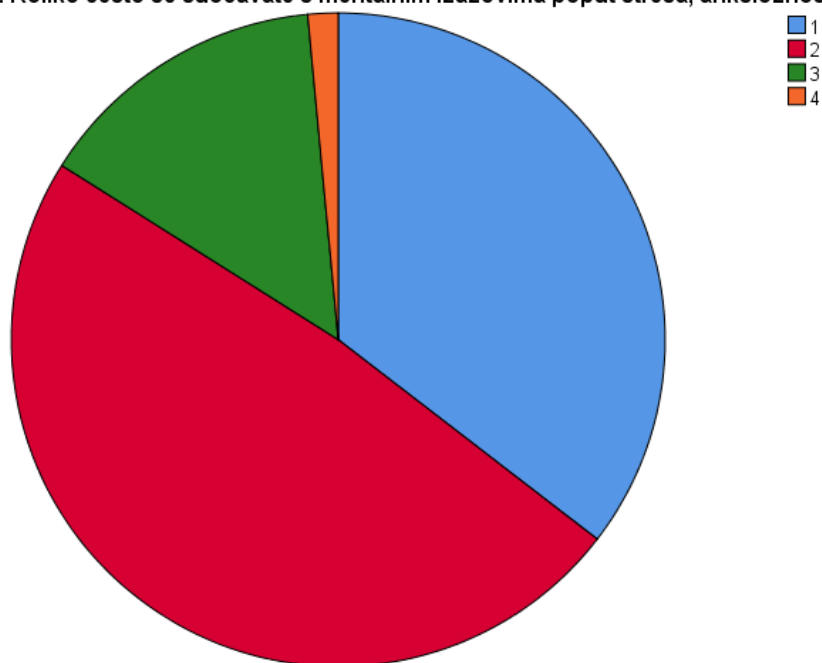
Vrsta varijable	Frekvencija (%)	M	SD	Skala srednje vrijednosti	Skala varijance	Cronbach's Alpha	P	df
Kako biste opisali svoje opće mentalno zdravlje u posljednjih 6 mjeseci?	Jako dobro 33 (12,3%) Dobro 131 (48,9%) Osrednje 80 (29,9%) Loše 20 (7,5%) Izuzetno loše 4 (1,5%)	2,37	0,849	1,82	0,53	2,191	0,001	4

Koliko često se suočavate s mentalnim izazovima poput stresa, anksioznosti ili depresije?	Vrlo često	95 (35,4%)						
	Povremeno	130 (48,5%)	1,82	0,728	2,37	0,721	2,247	0,001
	Rijetko	39 (14,6%)						3
	Nikada	4 (1,5%)						



Slika 7.2.7.6. Opis općeg mentalnog zdravlja

8. Koliko često se suočavate s mentalnim izazovima poput stresa, anksioznosti ili depresije?



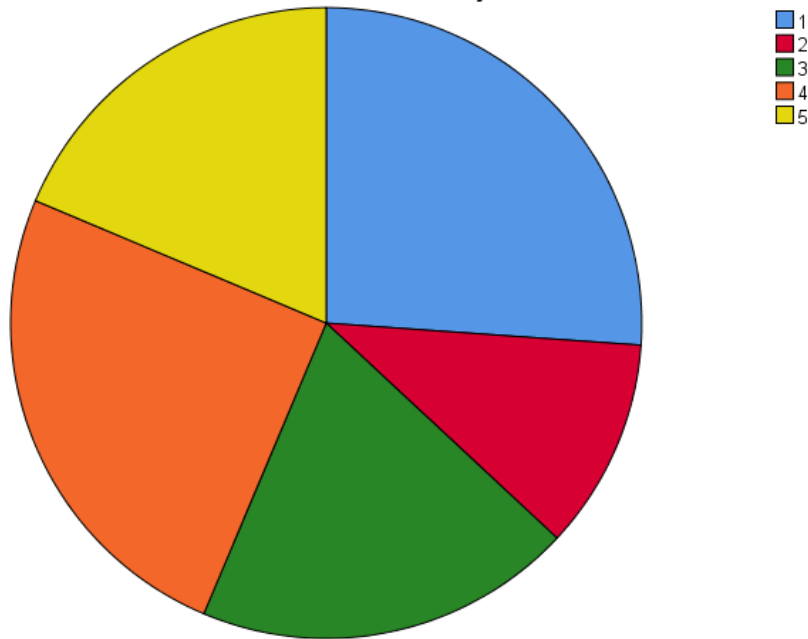
Slika 7.2.7.7. Učestalost suočavanja s mentalnim izazovima

Sukladno Tablici 7.2.2. te slici 7.2.7.6. i slici 7.2.7.7., utvrđeno je da 48,9% ispitanika smatra da je njihovo mentalno zdravlje dobro, te da se povremeno suočavaju sa mentalnim izazovima (48,5%). U Tablici prikazana je Cronbachova alfa. To je mjera unutarnje dosljednosti, pouzdanosti i homogenosti ljestvice ili testa. Pokazuje u kojoj su dobroj međusobnoj korelaciji stavke u skupu. Visoka vrijednost Cronbachove alfe, blizu 1, sugerira da su stavke visoko korelirane i da je ljestvica pouzdana. S druge strane, niska vrijednost, blizu 0, ukazuje na lošu korelaciju među stavkama i skalu je možda potrebno revidirati. Tumačenje Cronbachove alfe uključuje razumijevanje odnosa između stavki ljestvice i ukupne ljestvice. Važno je napomenuti da veći broj stavki na ljestvici može dovesti do veće vrijednosti Cronbachove alfe. Cronbach alpha za opis mentalnog zdravlja iznosi ($\alpha=2,191$), dok je za učestalost veća ($\alpha= 2,274$).

Tablica 7.2.3. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta (promjene u raspoloženju, ocjena sposobnosti)

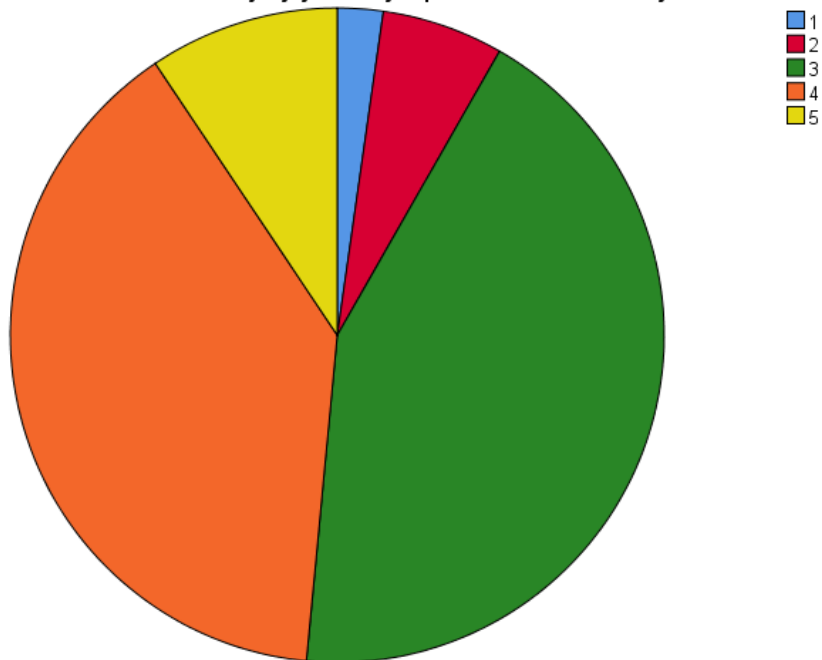
Vrsta varijable	Frekvencija (%)	M	SD	Skala srednje vrijednosti	Skala varijance	Cronbach's Alpha	P	df
Jeste li u posljednjih godinu dana primijetili bilo kakve promjene u svom raspoloženju ili emocionalnom stanju?	Da, primjetio sam/la povećanu razdražljivost 70 (26,1%) Da, primjetio/la sam povećanu tugu 29 (10,8%) Da, primjetio/la sam veću anksioznost 50 (18,7%)	3,00	1,473	3,47	0,696	0,214	0,001	4
Kako ocjenjujete svoje sposobnosti suočavanja sa stresom ?	Vrlo slabo 6 (2,3%) slabo 16 (6,0%) Niti slabo niti dobro 115 (43,2%) dobro 104 (39,1) Izuzetno dobro 25 (9,4%)	3,47	0,834	3	2,17	0,245	0,001	4

Jeste li u posljednjih godinu dana primijetili bilo kakve promjene u svom raspoloženju ili emocionalnom stanju?



Slika 7.2.7.8. Promjene u raspoloženju

Kako ocjenjujete svoje sposobnosti suočavanja sa stresom



Slika 7.2.7.9. Ocjena sposobnosti suočavanja sa stresom

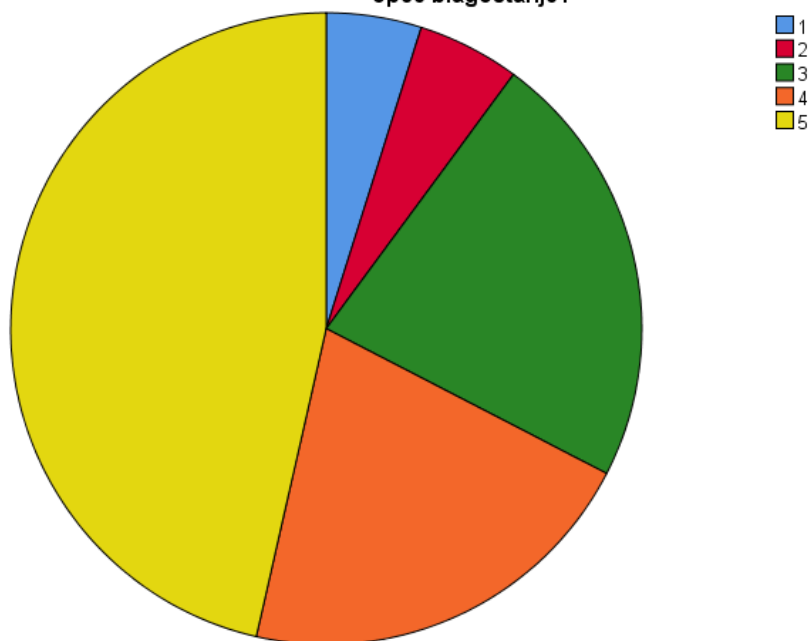
Sukladno Tablici 7.2.3. te slici 7.2.7.8. i slici 7.2.7.9, utvrđeno je da 26,1% ispitanika primijetilo povećanu razdražljivost, dok 43,2 % ispitanika ocjenjuje svoje sposobnosti suočavanja sa stresom niti slabo niti dobro u odnosu na 9,4% ispitanika koji ocjenjuje svoje sposobnosti suočavanja sa stresom izuzetno dobro (9,4%). Veću aritmetičku vrijednost ima ocjena sposobnosti suočavanja sa stresom (M=3,47 sd=0,834) u odnosu na opis stanja (M=3,00, sd= 1,474). U Tablici prikazana je Cronbachova alfa. To je mjera unutarnje dosljednosti, pouzdanosti i homogenosti ljestvice ili testa.. Cronbach alpha za promjene raspoloženja iznosi ($\alpha=0,214$) , dok je za ocjenu sposobnosti suočavanja sa stresom iznosi ($\alpha= 0,245$). Visoka vrijednost Cronbachove alfe, blizu 1, sugerira da su stavke visoko korelirane i da je ljestvica pouzdana

Tablica 7.2.4. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta (tehnike opuštanja, pomoć medicinske sestre)

Vrsta varijable	Frekvencija (%)	M	SD	Skala srednje vrijednosti	Skala varijance	Cronbach' s Alpha	P	Stupnjevi slobode
Koliko često prakticirate tehnike opuštanja kao što su meditacija ili duboko disanje, i kako to utječe na vaše opće blagostanje?	Svakodnevno 13 (4,9) nekoliko puta tjedno 14 (5,2%) Nekoliko puta mjesečno 60 (22,5%) Ne primjećujem značajne promjene 56 (21,0%) Ne prakticiram nikakve tehnike opuštanja 124 (46,4%)	3,99	1,158	2,24	0,972	0,213	0,001	4
Biste li potražili pomoć medicinske sestre ako biste se osjećali preplavljeni	Da 70 (26,1) Možda 99 (36,7%) Vjerojatno 64 (23,7%)	2,24	0,986	3,99	1,342	0,216	0,001	3

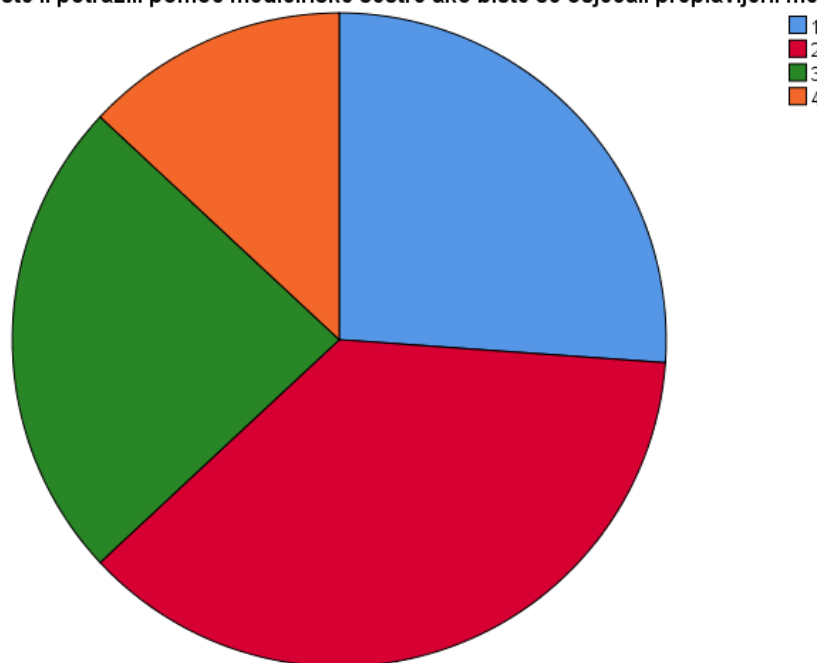
mentalnim izazovima?	Sigurno ne bih potražio /la pomoć 35 (13,1%)							
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

11. Koliko često prakticirate tehnike opuštanja kao što su meditacija ili duboko disanje, i kako to utječe na vaše opće blagostanje?



Slika 7.2.7.10. Učestalost tehnika opuštanja

12. Biste li potražili pomoć medicinske sestre ako biste se osjećali preplavljeni mentalnim izazovima?



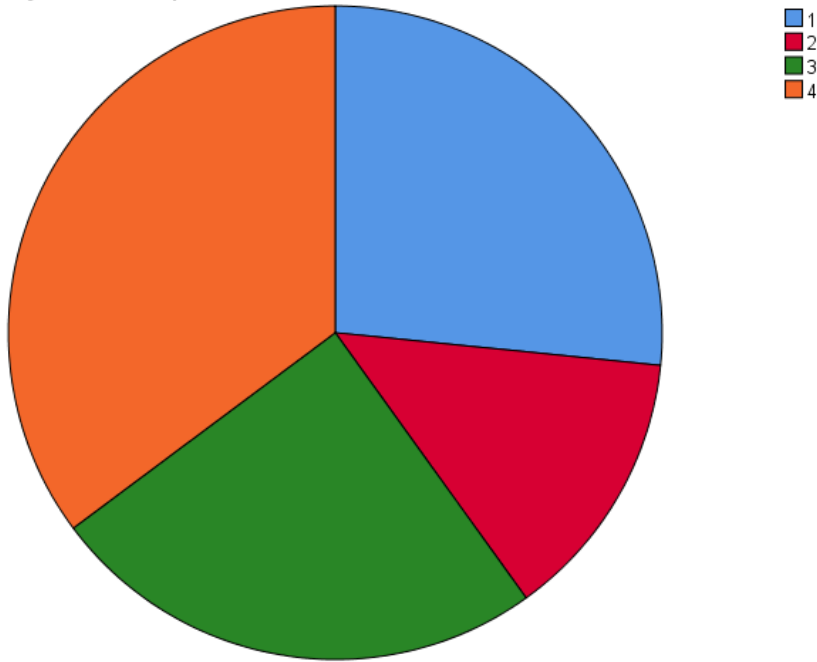
Slika 7.2.7.11. Pomoć medicinske sestre

Sukladno Tablici 7.2.4 te slici Slika 7.2.7.10. i slici Slika 7.2.7.11, utvrđeno je da 46,4% ispitanika opće populacije ne prakticira nikakve tehnike opuštanja kao što su meditacija ili duboko disanje, dok 4,9% ispitanika to čini svakodnevno. Veću aritmetičku vrijednost ima prakticiranje tehnike opuštanja ($M=3,99$ $sd=1,158$) u odnosu na potražnju stručne pomoći od strane medicinske sestre ($M=2,24$, $sd= 0,986$). U Tablici prikazana je Cronbachova alfa. To je mjera unutarnje dosljednosti, pouzdanosti i homogenosti ljestvice ili test. Cronbach alpha za tehnike prakticiranja opuštanja iznosi ($\alpha=0,213$), dok je za traženje stručne pomoći od medicinske sestre iznosi ($\alpha= 0,216$). Visoka vrijednost Cronbachove alfe, blizu 1, sugerira da su stavke visoko korelirane i da je ljestvica pouzdana.

Tablica 7.2.5. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta (vrsta podrške i važnost educiranja medicinske sestre o mentalnim izazovima)

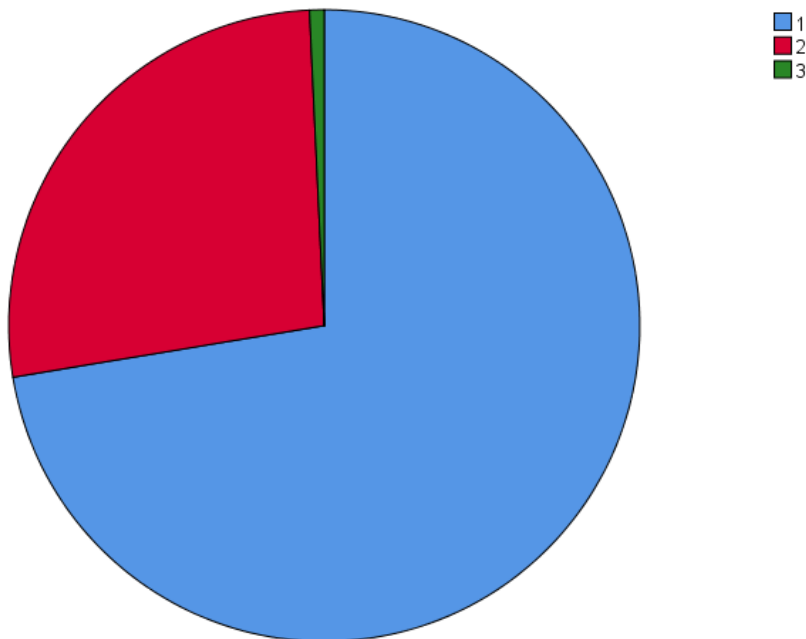
Vrsta varijable	Frekvencija (%)	M	SD	Skala srednje vrijednosti	Skala varijance	Cronbach's Alpha	P	Stupnjevi slobode
Koje biste vrste podrške očekivali od medicinske sestre u vezi s vašim mentalnim zdravljem?	Savjetovanje i podrška 71 (26,6%) Edukacija 36 (13,5%) Pomoć u pronalaženju resursa i usluga 66 (24,7%)	2,69	1,207	1,28	0,218	0,004	0,001	3
Smatrate li da je važno da medicinske sestre budu educirane o pružanju podrške pacijentima s mentalnim izazovima?	Da, vrlo je važno 194 (72,4) Da, koristio/la sam usluge 72 (26,9%) Ne, nikad nisam koristio/la 2 (0,7%)	1,28	0,467	2,69	1,457	0,005	0,001	2

13. Koje biste vrste podrške očekivali od medicinske sestre u vezi s vašim mentalnim zdravljem?



Slika 7.2.7.12. Vrsta podrške od medicinske sestre u vezi s mentalnim zdravljem

14. Smatrate li da je važno da medicinske sestre budu educirane o pružanju podrške pacijentima s mentalnim izazovima?



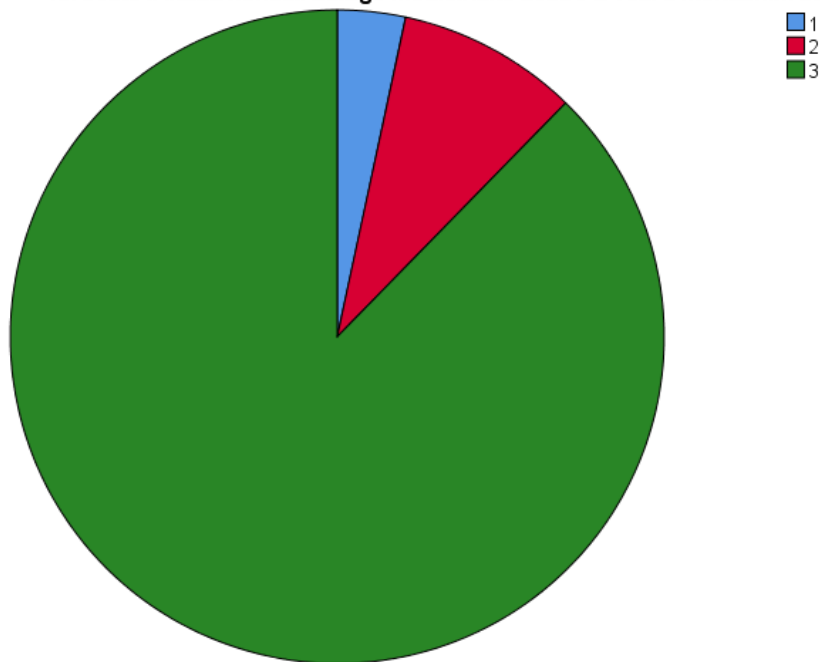
Slika 7.2.7.13. Važnost educiranja medicinske sestre

Sukladno Tablici 7.2.5. te slici 7.2.7.12 i slici 7.2.7.13, utvrđeno je da 26,6% ispitanika očekuje da ih medicinska sestra savjetuje ili daje podršku za razliku od 24,7% ispitanika koji očekuju da im medicinska sestra pruži pomoć u pronalaženju resursa i usluga. Očekivanje educiranja od strane medicinske sestre je značajno manje (13,5%). Podjednaku aritmetičku vrijednost ima očekivanja od medicinske sestre da ih pomogne, savjetuje u vezi mentalnim zdravljem ($M=2,69$ $sd=1,207$) u odnosu na educiranost medicinskih sestara ($M=2,69$, $sd= 1,457$). U Tablici 7.2.5., prikazana je Cronbachova alfa. To je mjera unutarnje dosljednosti, pouzdanosti i homogenosti ljestvice ili test. Cronbach alpha za podršku od strane medicinske seetre ($\alpha=0,004$), dok za educiranje iznosi ($\alpha= 0,005$). Niska vrijednost Cronbachove alfe, manje od 1, sugerira da su stavke nisko korelirane i da je ljestvica nije pouzdana.

Tablica 7.2.6. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta (usluge medicinske sestre i ocjena trenutne podrške)

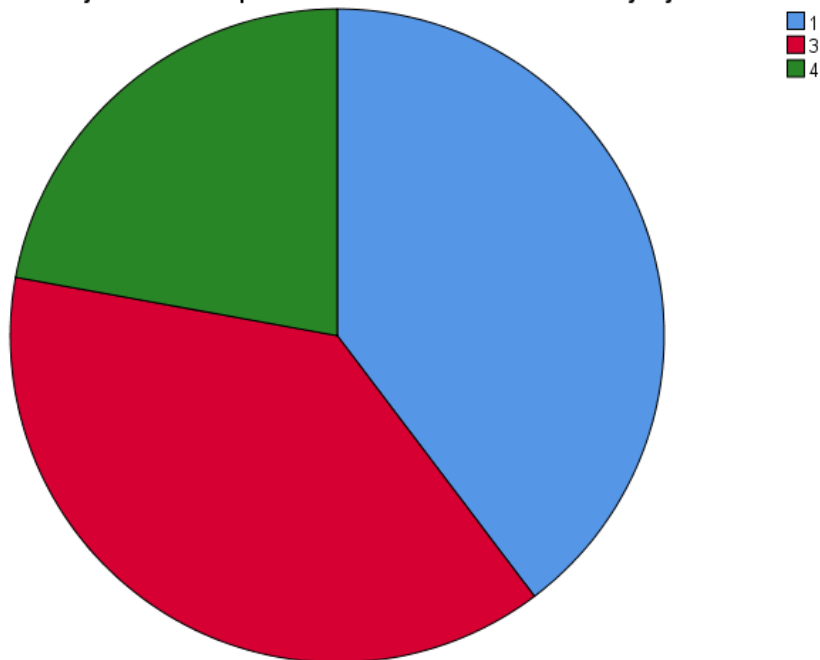
Vrsta varijable	Frekvencija (%)	M	SD	Skala srednje vrijednosti	Skala varijance	Cronbach's Alpha	P	Stupnjevi slobode
Jeste li ikada koristili usluge medicinske sestre u vezi s mentalnim zdravljem?	Redovito 9 (3,3%) jednom ili Povremeno 24 (8,9%) nikada 235 (87,7%)	2,69	1,207	2,43	1,487	0,160	0,001	2
Kako biste ocijenili trenutnu podršku medicinskih sestara u vašoj zajednici u vezi s mentalnim zdravljem?	Izvrсна podrška 104 (39,7%) Dobra podrška 100 (38,2%) Nedovoljna podrška 58 (22,1%)	1,28	0,467	2,84	0,204	0,230	0,001	2

15. Jeste li ikada koristili usluge medicinske sestre u vezi s mentalnim zdravljem?



Slika 7.2.7.14. Korištenja usluga medicinske sestre i vezi s mentalnim zdravljem

16. Kako biste ocijenili trenutnu podršku medicinskih sestara u vašoj zajednici u vezi s mentalnim zdravljem?



Slika 7.2.7.15 Ocjena trenutne podrške medicinskih sestara u zajednici

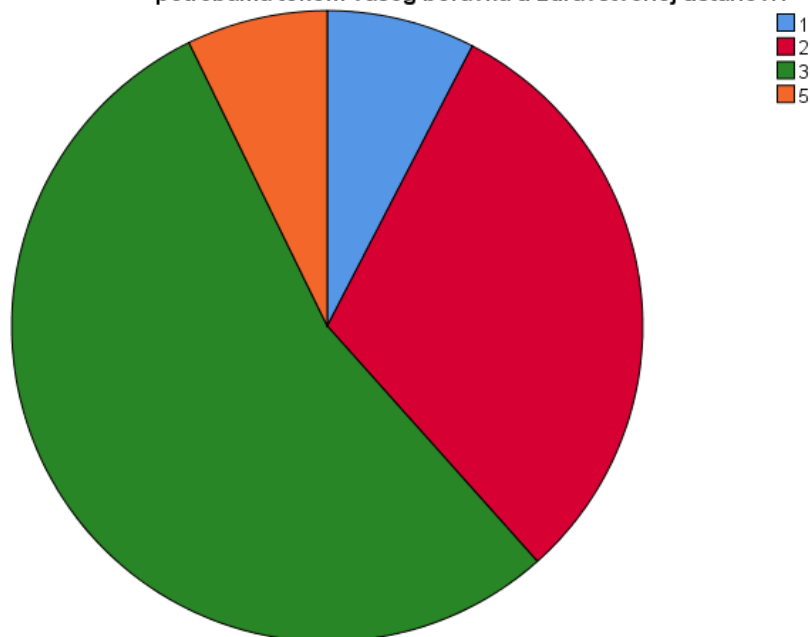
Sukladno Tablici 7.2.6 te slici 7.2.7.14 i slici 7.2.7.15, utvrđeno je da 87,7% ispitanika nije nikada koristilo usluge medicinske sestre u vezi sa mentalnim zdravljem za razliku od 3,3% ispitanika koje je redovito koristilo usluge u vezi s mentalnim zdravljem i 8,9% ispitanika koje je povremeno koristilo usluge medicinske sestre u vezi s mentalnim zdravljem. Veću aritmetičku vrijednost ima korištenje usluga medicinske sestre (M=2,69 sd=1,207) u odnosu na ocjenu trenutne podrške usluga medicinskih sestara (M=1,28, sd= 1,467). U Tablici 9., prikazana je Cronbachova alfa. To je mjera unutarnje dosljednosti, pouzdanosti i homogenosti ljestvice ili test. Cronbach alpha za korištenje usluga medicinske sestre u vezi mentalnog zdravlja iznosi ($\alpha=0,160$), dok za educiranje iznosi ($\alpha= 0,230$). Niska vrijednost Cronbachove alfe, manje od 1, sugerira da su stavke nisko korelirane i da je ljestvica nije pouzdana.

Tablica 7.2.7. Cronbach's Alpha (osjećaj empatije od strane medicinske sestre i poticaj da se obrati mediinskoj sestri za pomoć)

Vrste varijable	Frekvencija (%)	M	SD	Skala srednje vrijednosti	Skala varijance	Cronbach's Alpha	P	Stupnjevi slobode
Koliko često osjećate da medicinske sestre pokazuju empatiju i razumijevanje prema vašim mentalnim potrebama tokom vašeg boravka u zdravstvenoj ustanovi?	<p>uvijek 20 (7,6%) većinu vremena 81 (30,8%) ponekad 143 (53%) gotovo nikad 19 (7,2%)</p>	2,68	0,899	1,97	0,672	0,475	0,001	3
Bi li vas poticalo da se više obratite medicinskim sestrama za podršku mentalnom	<p>da , definitivno 90 (33,7%) vjerojatno 109 (40,8%) možda</p>	1,97	0,873	2,68	0,807	0,475	0,001	3

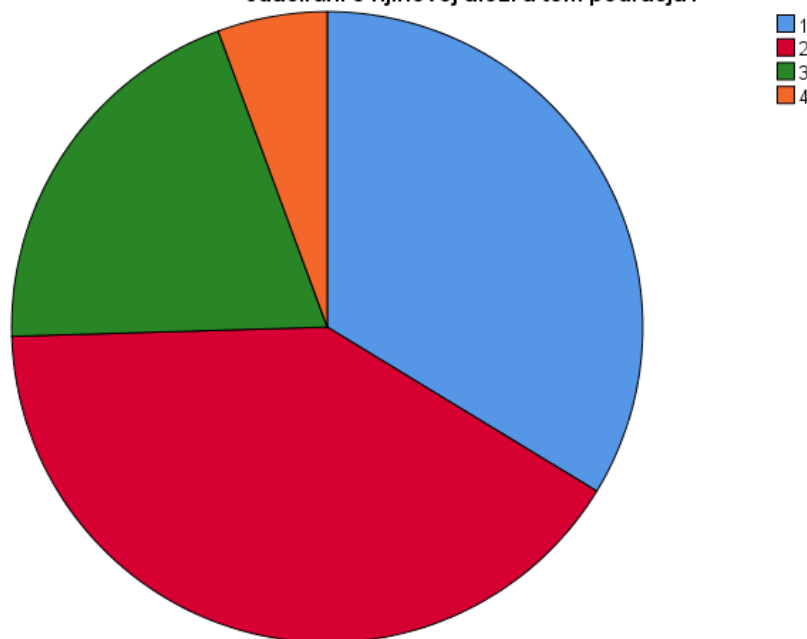
zdravlju kad bi bili bolje educirani o njihovoj ulozi u tom području?	53 (19,9%) ne bi se ništa promijenilo							
	15 (5,6%)							

17. Koliko često osjećate da medicinske sestre pokazuju empatiju i razumijevanje prema vašim mentalnim potrebama tokom vašeg boravka u zdravstvenoj ustanovi?



Slika 7.2.7.16. Empatija od strane medicinske sestre

18. Bi li vas poticalo da se više obratite medicinskim sestrama za podršku mentalnom zdravlju kad bi bili bolje educirani o njihovoj ulozi u tom području?



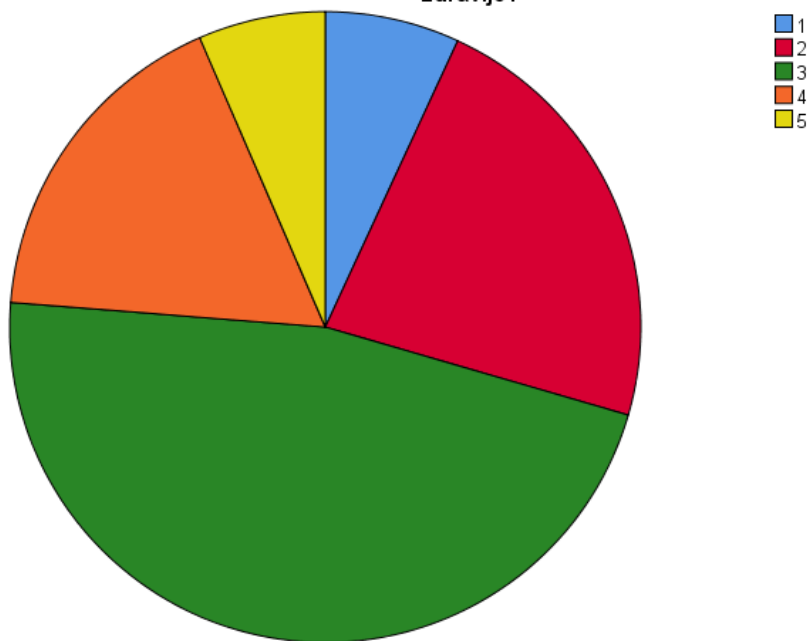
Slika 7.2.7.17. Poticaj obraćanja medicinskoj sestri na temelju educiranosti o njihovoj ulozi

Sukladno Tablici 7.2.7 te slici 7.2.7.16 i slici 7.2.7.17, utvrđeno je da 53,3% ispitanika opće populacije smatra da medicinske sestre ponekad pokazuju empatiju i razumijevanje prema mentalnim potrebama tokom boravka u zdravstvenoj ustanovi za razliku od 30,8% ispitanika koji smatraju da medicinske sestre većinu vremena pokazuju empatiju i razumijevanje te 7,2 % ispitanika koji smatraju da nikad ne pokazuje. Dodatno, 40, 8% ispitanika smatra da bi ih više potaklo da se više obratite medicinskim sestrama za podršku mentalnom zdravlju kad bi bili bolje educirani o njihovoj ulozi za razliku od 33,3% ispitanika koji su odabrali kategoriju da, definitivno. Veću aritmetičku vrijednost ima učestalost osjećaja empatije ili razumijevanja od strane medicinske sestre ($M=2,68$ $sd=0,899$) u odnosu na ocjenu trenutne podrške usluga medicinskih sestara ($M=1,28$, $sd= 1,467$). U Tablici 10., prikazana je Cronbachova alfa. To je mjera unutarnje dosljednosti, pouzdanosti i homogenosti ljestvice ili test. Cronbach alpha za korištenje usluga medicinske sestre u vezi mentalnog zdravlja iznosi ($\alpha=0,672$), dok za educiranje iznosi ($\alpha=0,807$). Veća vrijednost Cronbachove alfe, od 1, sugerira da su stavke srednje korelirane i da je ljestvica pouzdana.

Tablica 7.2.8. Cronbach's Alpha (ocjena komunikacijskih vještina, stav o tome da medicinske sestre imaju dovoljno vremena i resura za pružanje pomoći u vezi mentalnih izazova)

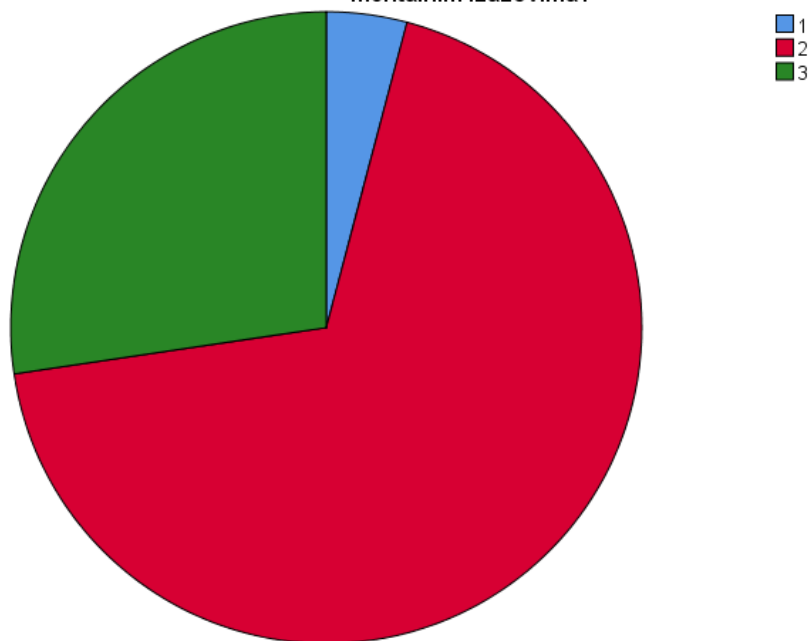
Vrste varijable	Frekvencija (%)	M	SD	Skala srednje vrijednosti	Skala varijance	Cronbach's Alpha	P	Stupnjevi slobode
19. Kako biste ocijenili komunikacijske vještine medicinskih sestara u pružanju podrške za vaše mentalno zdravlje?	<p>Izvrzne 18 (6,9%)</p> <p>Vrlo dobre 59 (22,6%)</p> <p>Dobre 122 (46,7%)</p> <p>Slabe 45 (17,2%)</p> <p>Nedostatne 17 (6,5%)</p>	3,93	0,966	2,22	0,257	-2,252	0,001	4
20. Smatrate li da medicinske sestre imaju dovoljno vremena i resursa za pružanje podrške pacijentima s mentalnim izazovima?	<p>Da 11 (4,1%)</p> <p>Ne 183 (68,5%)</p> <p>Nisam siguran/na 73 (27,3%)</p>	2,22	0,507	2,93	0,934	-0,315	0,001	2

19. Kako biste ocijenili komunikacijske vještine medicinskih sestara u pružanju podrške za vaše mentalno zdravlje?



Slika 7.2.7.18: Ocjena komunikacijskih vještina

20. Smatrate li da medicinske sestre imaju dovoljno vremena i resursa za pružanje podrške pacijentima s mentalnim izazovima?



Slika 7.2.7.19. Dovoljno vremena i resursa za pružanje podrške pacijentima

Sukladno Tablici 7.2.8 te slici Slika 7.2.7.18 i slici Slika 7.2.7.19, utvrđeno je da 46,7% ispitanika smatra da komunikacijske vještine medicinskih sestara dobre, za razliku od 22,6% ispitanika koji smatraju da su vrlo dobre komunikacijske vještine i 6,5% ispitanika koji smatraju da su nedostatne. 68,5% ispitanika smatra da su medicinske sestre nemaju dovoljno vremena i resursa za pružanje podrške pacijentima s mentalnim izazovima, dok 27,3 % ispitanika nije sigurno u odgovor na postavljeno pitanje.

Veću aritmetičku vrijednost ima ocjena komunikacijske vještine medicinskih sestara u pružanju podrške za mentalno zdravlje ($M=3,93$ $sd=0,966$) u odnosu na ispitanike koji smatraju da medicinske sestre imaju/nemaju dovoljno vremena i resursa za pružanje podrške pacijentima s mentalnim izazovima ($M=2,22$, $sd= 0,507$). U Tablici 11., prikazana je Cronbachova alfa. To je mjera unutarnje dosljednosti, pouzdanosti i homogenosti ljestvice ili test. Cronbach alpha za korištenje usluga medicinske sestre u vezi mentalnog zdravlja iznosi ($\alpha=0,257$), dok za educiranje iznosi ($\alpha= 0,903$). Veću Cronbach alfu vrijednost korelacije ima vrijeme medicinskih sestara za pružanje podrške pacijentima s mentalnim izazovima odnosno da je to pacijentima bitnije.

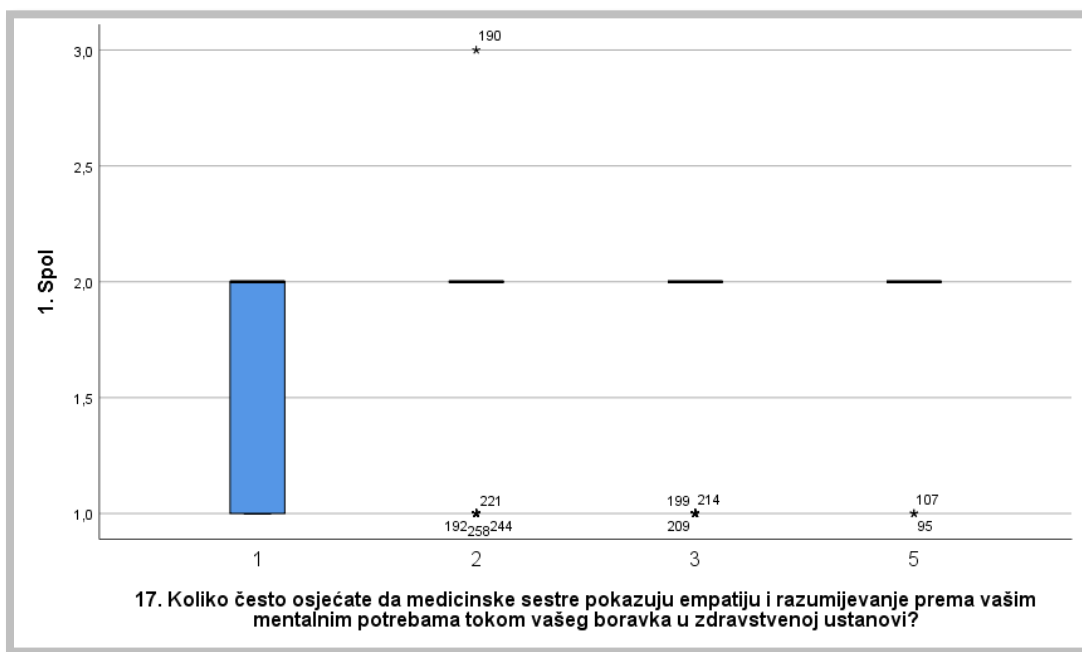
7.3. Rasprava

Rasprava rezultata dobivenih u analizi može se podijeliti kroz iduće tri hipoteze:

- **H1** Većina opće populacije smatra da medicinskim sestrama ne nedostaje manjak empatije u podršci mentalnim poremećajima
- **H2** Medicinskim sestrama je potrebna dodatna edukacija vezana uz mentalne poremećaje s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika
- **H3** Većina opće populacije se vrlo često suočava s mentalnim izazovima poput stresa, depresije i anksioznosti

H1 Većina opće populacije smatra da medicinskim sestrama ne nedostaje manjak empatije u podršci mentalnim poremećajima

S obzirom na postavljenu prvu hipotezu slijedi analiza stavova ispitanika o empatiji medicinskih sestara vezano za mentalne poremećaje te razlike između muškog i ženskog spola u stavovima o empatiji. Značajne su razlika u spolu i prosječnoj dobi opće populacije koja je sudjelovala u istraživanju, s medijanom dobi od 33 godine i većim brojem ispitanika ženskog spola (84,3%) u odnosu na ispitanike muškog spola (15,4%).



Slika 7.3.1. Razlike u spolu i osjećaju empatije i razumijevanja medicinske sestre

Tablica 7.3.1. Mann U Whitney test

Test Statistics ^a		
	Spol	Dob u godinama
Mann-Whitney U	1154,000	1399,000
Wilcoxon W	1364,000	1609,000
Z	-2,282	-,157
Asimptomatska značajnost (dvostrana)	,022	,875

Razlike u razini učestalosti empatije i razumijevanja medicinskih sestara i tehničara prema mentalnim potrebama tokom boravka u zdravstvenoj ustanovi s obzirom na kategoriju učestalosti nisu značajne (Mann-Whitney test, $P = 11,54$), iako su neki ispitanici izrazili da ponekad pokazuju empatiju (Slika 1), ali su značajne razlike u dobi opće populacije ispitanika (Mann-Whitney test, $P = 13,99$) (Slika 2). Nadalje, prosjek rangova (engl. Mean Rank) na to da su statistički značajne razlike između muških ispitanika ($U=68,20$, $p=0,01$) u odnosu na ženske ispitanike ($U=83,37$, $p=0,01$). Sukladno dobivenim rezultatima hipoteza je potvrđena.

H2 Medicinskim sestrama je potrebna dodatna edukacija vezana uz mentalne poremećaje s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika

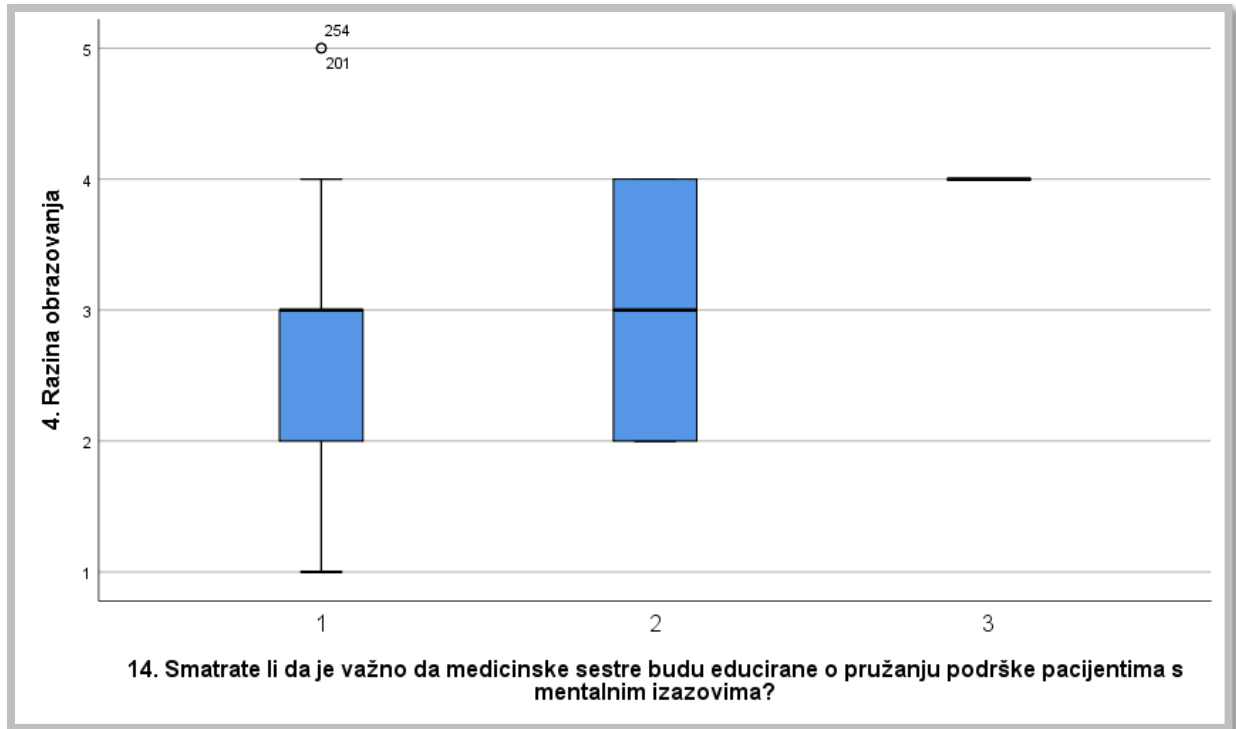
S obzirom na postavljenu drugu hipotezu slijedi analiza stava ispitanika o edukaciji medicinskih sestara vezano za mentalne poremećaje te razlike između muškog i ženskog spola u stavovima o edukaciji. Nisu značajne su razlika u razini obrazovanja opće populacije koja je sudjelovala u istraživanju, s medijanom od 3 (prijediplomski studij) i izraženom simetričnosti (0,269).

Tablica 7.3.2. Pokazatelji testa (Mann U Whiteny test)

Test Statistics ^a	
	4. Razina obrazovanja
Mann-Whitney U	5883,000
Wilcoxon W	24604,000
Z	-2,043
Asimptomatska značajnost (dvostrana)	,041

Tablica 7.3.3. Rangovi suma

Ranks				
	Smatrate li da je važno da medicinske sestre budu educirane o pružanju podrške pacijentima s mentalnim izazovima?	Broj ispitanika	Prosjek ranga	Zbroj ranga
Razina obrazovanja	Grupa 1	193	127,48	24604,00
	Grupa 2	2	147,79	10641,00
	UKUPNO	265		



Slika 7.3.2. Razlike u razini obrazovanja ispitanika i stava ispitanika o boljem educiranju medicinskih sestara

Razlike u razini obrazovanja ispitanika naspram stava o tome da medicinske sestre trebaju biti bolje educirane o pružanju podrške pacijentima s mentalnim izazovima jesu (Mann-Whitney test, $P = 58,83$), (Slika 21). Nadalje, prosjek rangova (engl. Mean Rank) upućuje na to da su statistički značajne razlike u razini obrazovanja i stava ($U=147,00$, $p=0,01$). Što su ispitanici obrazovaniji, smatraju da su medicinskim sestrama potrebnije edukacije o mentalnim poremećajima s obzirom na delikatnost zdravstvenog problema. Stoga, hipoteza je potvrđena.

H3 Većina opće populacije se vrlo često suočava s mentalnim izazovima poput stresa, depresije i anksioznosti



Slika 7.3.3. Grafički prikaz hi kvadrata: razlike između ispitanika i njihovih promjena raspoloženja

Tablica 7.3.4. Pokazatelji opaženih i očekivanih frekvencija za H3

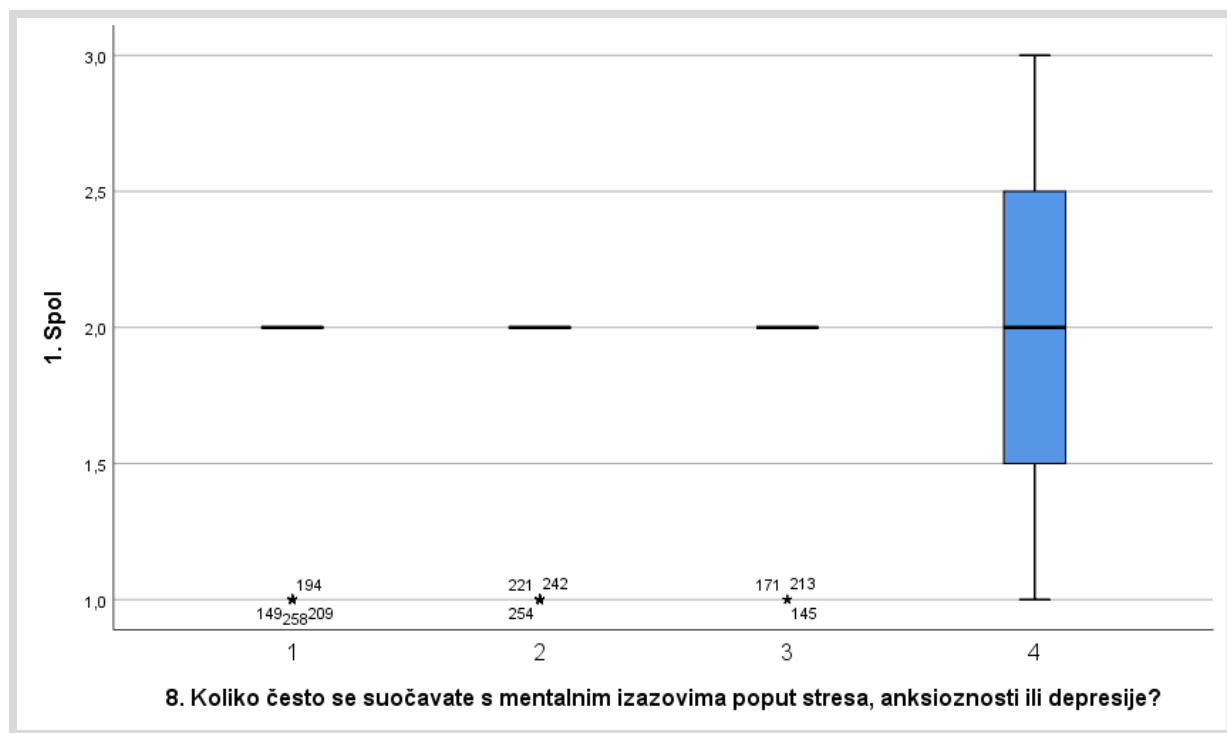
8. Koliko često se suočavate s mentalnim izazovima poput stresa, anksioznosti ili depresije?			
Opis varijabli	Opažene frekvencije	Očekivane frekvencije	Reziduali
Vrlo često	95	67,0	28,0
Povremeno	130	67,0	63,0
Rijetko	39	67,0	-28,0
Nikad	4	67,0	-63,0
UKUPNO	268		

Tablica 7.3.5. Pokazatelji hi kvadrat testa

HI- kvadrat test		
POKAZATELJI	Spol	Koliko često se suočavate s mentalnim izazovima poput stresa, anksioznosti ili depresije?
Hi kvadrat test	320,719 ^a	141,881 ^b
Stupnjevi slobode	2	3
Asimptomatska značajnost	,000	,000

Tablica 7.3.6. Kruskal Wallis Test

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary	
Ukupan broj ispitanika	268
Statistički pokazatelj	1,591 ^{a,b}
Stupnjevi slobode	3
Asimptomatska značajnost	,661



Slika 7.3.4. Razlike između ispitanika i učestalosti suočavanja s mentalnim izazovima poput stresa, anksioznosti ili depresije

Rezultati Kruskal Wallisova testa pokazuju da postoje razlike između četiri promatrane distribucije (vrlo često, povremeno, rijetko i nikad): Nul hipoteza je odbačena na temelju vrijednosti hi-kvadrat testa ($\chi^2 = 141,881^{b}$, $df = 3$, $p < 0,001$, drugim riječima postoji razlika među razinama učestalosti koje su ispitanici pokazali, a vezano je za njihov boravak u zdravstvenoj ustanovi. Statistički pokazatelji učestalosti suočavanja s mentalnim izazovima pokazuju da je očekivana frekvencija manja od 5, dok je frekvencija učestalosti 67,0. Stoga, hipoteza nije potvrđena.

Kako bih se usporedili rezultati ovog istraživanja, pronađena su raznolika istraživanja uz sličnu temu. Prvo istraživanje "Stavovi prema mentalnom zdravlju u općoj populaciji i percepcija uloge medicinskih sestara u psihološkoj podršci" objavljeno je u časopisu Journal of Mental Health Nursing (2022). Istraživanje je provedeno u četiri europske zemlje: Velikoj Britaniji, Njemačkoj, Španjolskoj i Švedskoj. Ukupno je sudjelovalo 2,500 ispitanika, podijeljenih proporcionalno među zemljama. Korištena je deskriptivna statistika. U ovom istraživanju raspravlja se o percepcijama uloge medicinskih sestara u psihološkoj pomoći. Istraživanje je pokazalo da, iako većina ispitanika ima pozitivan stav prema mentalnom zdravlju, postoji određena razina stigmatizacije među onima

koji traže psihološku pomoć. Medicinske sestre su identificirane kao ključni pružatelji podrške, osobito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Uočeno je da ispitanici više cijene emocionalnu i praktičnu podršku koju medicinske sestre nude, posebno kada je riječ o inicijativama za smanjenje stigme. Zaključeno je da bi dodatna edukacija medicinskih sestara o mentalnom zdravlju mogla poboljšati ishod psihološke podrške u zdravstvenom sustavu. Uspoređujući ovo istraživanje s trenutnim, možemo zaključiti da su rezultati slični – opća populacija u oba slučaja izražava potrebu za dodatnom edukacijom medicinskih sestara. [41].

Drugo istraživanje, "Percepcija medicinskih sestara kao pružatelja psihološke pomoći kod mentalnih problema" objavljeno je u *International Journal of Psychiatric Nursing* (2021). Istraživanje je provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama. Uzorak je uključivao 1,800 ispitanika iz različitih dijelova zemlje. Rasprava se fokusira na percepciju uloge medicinskih sestara kao primarnih pružatelja psihološke podrške. Ispitanici su istaknuli da često medicinske sestre imaju važnu ulogu u pružanju prvih linija podrške, posebno u ruralnim područjima gdje je pristup stručnim psiholozima ograničen. Međutim, neki sudionici smatraju da medicinske sestre nisu dovoljno educirane za pružanje dubinskih intervencija. Diskutira se o potrebi za boljom integracijom psihološke obuke u obrazovni kurikulum za medicinske sestre, kako bi se povećala njihova kompetencija u mentalnom zdravlju. Također se preporučuje veće priznanje uloge medicinskih sestara u timovima za mentalno zdravlje. Uspoređujući ovo istraživanje s trenutnim, možemo zaključiti da su rezultati slični – opća populacija u oba slučaja izražava potrebu za dodatnom edukacijom medicinskih sestara [42].

Treće istraživanje, "Stavovi javnosti prema mentalnom zdravlju i ulozi zdravstvenih djelatnika u pružanju psihološke podrške". Istraživanje je objavljeno u časopisu *Journal of Public Health Psychology* (2020). Provedeno u Sjedinjenim Američki Državama te je sudjelovalo 1200 sudionika. Ovo istraživanje se fokusira na stavove opće populacije prema važnosti mentalnog zdravlja i ulozi zdravstvenih djelatnika, s naglaskom na medicinske sestre. Glavni nalazi pokazuju da 72% ispitanika smatra mentalno zdravlje jednako važnim kao i fizičko zdravlje, ali samo 40% sudionika redovno traži podršku za mentalne probleme. Ispitanici su medicinske sestre prepoznali kao potencijalne pružatelje psihološke podrške, ali su istakli potrebu za dodatnom obukom u mentalno zdravstvenim uslugama. Uspoređujući ovo istraživanje s trenutnim, možemo zaključiti da je preko 80% ispitanika svjesno važnosti brige o mentalnom zdravlju, međutim ispitanici

pridaju neznatno veću važnost tjelesnom zdravlju te bi ih čak 70% tražilo pomoć medicinskih sestara [43].

Četvrto istraživanje, "Svijest o mentalnom zdravlju i percepcija podrške medicinskih sestara u ruralnim i urbanim područjima". Istraživanje je objavljeno u Rural Health Nursing Journal (2019). Provedeno je u Ujedinjenom Kraljevstvu, ruralna i urbana područja Velike Britanije. Sudjelovalo je 850 sudionika (400 iz urbanih i 450 iz ruralnih sredina). Istraživanje se bavi razlikama u percepciji mentalnog zdravlja između urbanih i ruralnih sredina. Stanovnici urbanih područja pokazuju višu razinu svijesti o mentalnom zdravlju i češće traže podršku, dok je u ruralnim područjima stigma značajan faktor koji sprječava ljude da potraže pomoć. Medicinske sestre su u ruralnim sredinama prepoznate kao primarni izvor podrške, no ispitanici su naglasili nedostatak dostupnih resursa i stručnjaka za mentalno zdravlje. Uspoređujući ovo istraživanje možemo zaključiti da je u trenutnom većina sudionika bila iz urbanog područja, čak 61% te se time može poistovjetiti rezultatima ovog istraživanja [44].

Za kraj, peto istraživanje, "Uloga medicinskih sestara u pružanju podrške za mentalno zdravlje: Percepcije i očekivanja javnosti" koje je objavljeno u Journal of Nursing Education and Practice (2021), provedeno u Australiji s 950 sudionika. Istraživanje istražuje očekivanja opće populacije u vezi s ulogom medicinskih sestara u pružanju psihološke podrške. Ispitanici smatraju da medicinske sestre mogu pružiti emocionalnu podršku i osnovno savjetovanje, no 65% ih je izjavilo kako bi voljeli da medicinske sestre imaju više specijalizirane obuke za pružanje psiholoških usluga. Očekivanja su uključivala savjetovanje, obrazovanje o mentalnom zdravlju i pomoć u pronalaženju relevantnih resursa. Uspoređujući ovo istraživanje s prethodnim možemo zaključiti razliku da 26,6% ispitanika očekuje da ih medicinska sestra savjetuje ili daje podršku za razliku od 24,7% ispitanika koji očekuju da im medicinska sestra pruži pomoć u pronalaženju resursa i usluga. Očekivanje educiranja od strane medicinske sestre je značajno manje (13,5%) te većina opće populacije smatra da su medicinske sestre mogu pružiti emocionalnu podršku [45].

Uloga magistre sestrinstva u području mentalnog zdravlja i podrške koju pružaju medicinske sestre od ključne je važnosti jer magistre svojim znanjem i iskustvom značajno doprinose unaprjeđenju sestrinske prakse. Njihova specifična stručnost omogućuje im ne samo da rade s pacijentima koji pate od mentalnih poremećaja, već i da pružaju podršku i edukaciju kolegicama na prvoj liniji skrbi. Magistre sestrinstva imaju važnu odgovornost u obrazovanju medicinskih

sestara o pristupima i tehnikama vezanim uz skrb za osobe s mentalnim poremećajima. Njihova uloga uključuje razvijanje edukativnih programa koji medicinskim sestrama pružaju alate za prepoznavanje ranih znakova mentalnih bolesti, učinkovitiju komunikaciju s pacijentima te prilagodbu psiholoških intervencija prema specifičnim potrebama svakog pojedinca. Osim što prate provođenje tih praksi, magistre sestrinstva mogu djelovati i kao mentori, osiguravajući da medicinske sestre usvoje najnovije smjernice u praksi. Magistre sestrinstva nerijetko su uključene u izravnu skrb za osobe s mentalnim poremećajima, pri čemu mogu prepoznati i složenije simptome te oblikovati specifične planove skrbi. Njihova stručnost omogućuje im da se bave individualnim potrebama pacijenata, uspostavljajući i održavajući emocionalnu stabilnost pacijenata te pružajući neophodnu psihološku podršku. Također, one imaju odgovornost koordinacije multidisciplinarnog tima, koji obuhvaća različite stručnjake, kao što su psihijatri i psiholozi, čime osiguravaju sveobuhvatan pristup pacijentovom liječenju. Kroz inicijative za poboljšanje protokola, magistre mogu uvesti inovativne pristupe psihološkoj podršci, uključujući metode poput psihoedukacije i tehnike samopomoći. Evaluacijom trenutnih praksi, one mogu identificirati potencijalne izazove i raditi na poboljšanju pružanja skrbi kako bi sestrinska praksa bila što učinkovitija i utemeljena na najnovijim znanstvenim saznanjima. Budući da medicinske sestre svakodnevno provode mnogo vremena s pacijentima, suočavaju se s emocionalno zahtjevnim situacijama. Magistre sestrinstva igraju ključnu ulogu u pružanju podrške svojim kolegicama kroz mentorstvo, ali i u pogledu prevencije sindroma sagorijevanja. Njihova je zadaća da sestrama pomognu prepoznati vlastite izvore stresa te da ih educiraju o tehnikama suočavanja, što je ključno za održavanje njihove dugoročne motivacije i učinkovitosti u radu.

8. Zaključak

Zaključak ovog rada potvrđuje da je mentalno zdravlje ključan element sveukupnog zdravlja pojedinca. Istraživanje je pokazalo da su stres, depresija i anksioznost najčešći problemi s kojima se ljudi suočavaju, što dodatno ističe važnost uloge medicinskih sestara u pružanju psihološke podrške. Iako većina ispitanika ima pozitivno mišljenje o toj podršci, rezultati sugeriraju da je potrebno uložiti dodatne napore u edukaciju javnosti o mentalnom zdravlju kako bi se smanjile predrasude i poboljšalo razumijevanje razlike između mentalnog zdravlja i bolesti.

Medicinske sestre su često prvi kontakt pacijenata s zdravstvenim sustavom, osobito kada su u pitanju problemi mentalnog zdravlja. Njihova sposobnost da prepoznaju i pomognu u ublažavanju simptoma ovih poremećaja od iznimne je važnosti. No, istraživanje je pokazalo da postoji određena nesigurnost među ispitanicima, osobito onima s višim obrazovanjem, u vezi s razinom stručnosti medicinskih sestara u ovom području. Jasno je da postoji potreba za dodatnom obukom medicinskih sestara kako bi se što bolje pripremile za suočavanje s tim izazovima.

Daljnji rezultati istraživanja ukazuju na to da, iako većina populacije cijeni empatiju i trud medicinskih sestara, postoji prostor za poboljšanje, osobito u području komunikacije s pacijentima. Učinkovita komunikacija ključna je za stvaranje povjerenja i sigurnosti kod pacijenata, no neki ispitanici su izrazili zabrinutost da medicinske sestre, zbog nedostatka vremena i resursa, nisu uvijek u mogućnosti pružiti potrebnu psihološku pomoć na odgovarajući način.

Konačno, preporuča se kontinuirana edukacija i stručno usavršavanje medicinskih sestara u području mentalnog zdravlja. S obzirom na sve veće potrebe populacije za ovakvom vrstom skrbi, nužno je osigurati dovoljno resursa kako bi medicinske sestre mogle učinkovitije obavljati svoju ulogu. Time bi se poboljšala kvaliteta zdravstvenih usluga i smanjila stigma koja prati mentalne bolesti.

9. Literatura

- [1] V. Folnegović Šmalc: Psihijatrija i društvo, Cybermed (klikom do zdravlja), Psihijatrijska bolnica Vrapče, 28.12.2005., dostupno na: https://www.cybermed.hr/clanci/psihijatrija_i_drustvo
- [2] John Cabot University: Studying Psychological Science at JCU: A Brief History of Psychology in Ancient Rome, 1.4.2020., dostupno na: <https://blog.johncabot.edu/study-abroad/studying-psychological-science-jcu-brief-history-psychology-ancient-rome>
- [3] K. Laios, S. N. Michaleas, M. Karamanou: Ethics in Mental Disorder Treatment: How Ancient Greece Contributed to Modern Psychiatry, J Clin Pract Res, vol. 42, br. 1, 2020, str. 117-118
- [4] M. Economou, A. Bechraki, M. Charitsi: The stigma of mental illness: A historical overview and conceptual approaches, PSYCHIATRIKI, Quarterly Journal of the Hellenic Psychiatric Association, vol. 31, br. 1, 2020, str. 36
- [5] L. Samartzis, M. A. Talias: Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services, International journal of environmental research and public health, vol. 17, br. 1, 2019, str. 249
- [6] L. A. Manwell, et al.: What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey, BMJ Open, vol. 5, br. 6, 2015, e007079
- [7] P. Fusar-Poli, et al.: What is good mental health? A scoping review, European neuropsychopharmacology, vol. 31, 2020, str. 33-46
- [8] M. Silobrčić Radić: Mentalno zdravlje, Hrvatski Časopis za javno zdravstvo, vol. 7, br. 28, 2011, str. 0-0
- [9] L. I. Pearlin: The Sociological Study of Stress, Journal of Health and Social Behavior, vol. 30, br. 3, 1989, str. 241-256
- [10] H. Yaribeygi, et al.: The impact of stress on body function: A review, EXCLI journal, vol. 16, 2017, str. 1057-1072
- [11] I. D. Martijena, V. A. Molina: The influence of stress on fear memory processes, Brazilian Journal of Medical and Biological Research, vol. 45, br. 4, 2012, str. 308-313

- [12] D. Dragoş, M. D. Tănăsescu: The effect of stress on the defense systems, *Journal of Medicine and Life*, vol. 3, br. 1, 2010, str. 10-18
- [13] National Institute of Mental Health: Health topic, Anxiety, dostupno 21.06.2024. na: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>
- [14] R. Pary, et al.: Anxiety Disorders in Older Patients, *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, vol. 21, br. 1, 2019, str. 18nr02335
- [15] K. Beesdo, et al.: Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V, *The Psychiatric Clinics of North America*, vol. 32, br. 3, 2009, str. 483-524
- [16] E. Maron, D. Nutt: Biological markers of generalized anxiety disorder, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 19, br. 2, 2017, str. 147-158
- [17] S. Kumar, D. Malone: Panic disorder, *BMJ Clinical Evidence*, vol. 2008, br. 1010, 16.12.2008.
- [18] E. Leigh, D. M. Clark: Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995), *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 21, br. 3, 2018, str. 388-414
- [19] K. Jaković, et al.: Depresija-suvremeni medicinski problem, *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*, vol. 13, br. 49, 2017, str. 62-64
- [20] A. Mutić: Depresija – globalna bolest budućnosti, *Nastavnička revija*, vol. 5, br. 1, 2024, str. 3-12
- [21] J. Arboleda-Flórez: Considerations on the Stigma of Mental Illness, *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, br. 10, 2003, str. 645-650
- [22] P. Byrne: Stigma of mental illness and ways of diminishing it, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6, br. 1, 2000, str. 65-72
- [23] S. R. Chaudoir, et al.: "Discredited" Versus "Discreditable": Understanding How Shared and Unique Stigma Mechanisms Affect Psychological and Physical Health Disparities, *Basic and Applied Social Psychology*, vol. 35, br. 1, 2013, str. 75-87
- [24] B. G. Link, J. Phelan: Stigma power, *Social Science & Medicine*, vol. 103, 2014, str. 24-32

- [25] P. W. Corrigan, D. Rao: On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 57, br. 8, 2012, str. 464-469
- [26] A. Kaushik, E. Kostaki, M. Kyriakopoulos: The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review, *Psychiatry Research*, vol. 243, 2016, str. 469-494
- [27] N. Oexle, et al.: Mental illness stigma and suicidality: The role of public and individual stigma, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 27, br. 2, 2018, str. 169-175
- [28] S. Trkalj Ivezić: Stigma i diskriminacija osoba s dijagnozom psihoze kao prepreka njihovu oporavku, *Medicus*, vol. 32, br. 1, 2023, str. 103-108
- [29] G. Papadimitriou: The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry, *Psychiatrike*, vol. 28, br. 2, 2017, str. 107-110
- [30] D. Kozarić, et al.: Psihofarmakoterapija u starijoj životnoj dobi, *Medicus*, vol. 11, br. 2, 2002, str. 249-258
- [31] D. Kocijan, et al.: Psihofarmakoterapija kod djece i adolescenata, *Medicus*, vol. 11, br. 2, 2002, str. 259-262
- [32] S. McLeod: Freudian Psychology, Psychodynamic Approach in Psychology, *Simply Psychology*, 25.1.2024., dostupno 10.08.2024. na:
<https://www.simplypsychology.org/psychodynamic.html>
- [33] S. G. Hofmann, A. Asnaani, I. J. Vonk, A. T. Sawyer, A. Fang: The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses, *Cognitive Therapy and Research*, vol. 36, br. 5, 2012, str. 427-440
- [34] Psychology Today Staff: Humanistic Therapy, dostupno 10.08.2024. na:
<https://www.psychologytoday.com/us/therapy-types/humanistic-therapy>
- [35] T. Singer, O. M. Klimecki: Empathy and compassion, *Current Biology*, vol. 24, br. 18, 2014
- [36] J. Deceti, A. Fotopoulou: Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories, *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, vol. 8, 2014
- [37] A. Bitunjac, et al.: Empatija medicinskih sestara, *Sestrinski Glasnik*, vol. 27, br. 3, 2022, str. 155-159

- [38] S. Hartley, et al.: Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 102, 2020
- [39] S. Ribarić, A. Vidoša: *Zdravstvena njega u zaštiti mentalnog zdravlja*, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [40] A. Woodhouse: *Is there a future in mental health promotion and consultation for nurses*, *Contemp Nurse*, vol. 34, br. 2, veljača-ožujak 2010, str. 177-189.
- [41] Johnson, P., & Williams, S. (2022). Attitudes Toward Mental Health in the General Population and the Role of Nurses in Providing Psychological Support. *Journal of Mental Health Nursing*, 45(3), 223-235.
- [42] Smith, T., & Brown, A. (2021). Perception of Nurses as Providers of Psychological Support for Mental Health Issues. *International Journal of Psychiatric Nursing*, 12(4), 178-190.
- [43] Garcia, S., & Taylor, M. (2020). Public Attitudes Toward Mental Health and the Role of Healthcare Providers in Mental Health Support. *Journal of Public Health Psychology*, 45(2), 102-119.
- [44] Choudhury, R., & Patel, V. (2019). Mental Health Awareness and the Perception of Nursing Support in Rural and Urban Areas. *Rural Health Nursing Journal*, 15(3), 89-102.
- [45] Nguyen, P., & Harris, A. (2021). The Role of Nurses in Mental Health Support: Public Perceptions and Expectations. *Journal of Nursing Education and Practice*, 11(9), 95-105.

Popis slika

Slika 7.2.1. Spol ispitanika	31
Slika 7.2.2. Dob ispitanika	31
Slika 7.2.3. Mjesto stanovanja ispitanika.....	32
Slika 7.2.4. Razina obrazovanja.....	32
Slika 7.2.5. Grafički prikaz važnost mentalnog zdravlja i tjelesnog zdravlja.....	34
Slika 7.2.6. Opis općeg mentalnog zdravlja	35
Slika 7.2.7. Učestalost suočavanja s mentalnim izazovima	36
Slika 7.2.8. Promjene u raspoloženju.....	38
Slika 7.2.9. Ocjena sposobnosti suočavanja sa stresom.....	38
Slika 7.2.10. Učestalost tehnika opuštanja.....	40
Slika 7.2.11. Pomoć medicinske sestre	41
Slika 7.2.12. Vrsta podrške od medicinske sestre u vezi s mentalnim zdravljem.....	43
Slika 7.2.13. Važnost educiranja medicinske sestre	43

Slika 7.2.14. Korištenja usluga medicinske sestre i vezi s mentalnim zdravljem	45
Slika 7.2.15. Ocjena trenutne podrške medicinskih sestara u zajednici	45
Slika 7.2.16. Empatija od strane medicinske sestre	47
Slika 7.2.17. Poticaj obraćanja medicinskoj sestri na temelju educiranosti o njihovoj ulozi	48
Slika 7.2.18: Ocjena komunikacijskih vještina.....	50
Slika 7.2.19. Dovoljno vremena i resursa za pružanje podrške pacijentima	50
Slika 7.3.1. Razlike u spolu i osjećaju empatije i razumijevanja medicinske sestre.....	49
Slika 7.3.2. Razlike u razini obrazovanja ispitanika i stava ispitanika o boljem educiranju medicinskih sestara.....	52
Slika 7.3.3. Grafički prikaz hi kvadrata: razlike između ispitanika i njihovih promjena raspoloženja.....	53
Slika 7.3.4. Razlike između ispitanika i učestalosti suočavanja s mentalnim izazovima poput stresa, anksioznosti ili depresije.....	55

Popis tablica

Tablica 7.2.1. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta i McNemar test.....	33
Tablica 7.2.2. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta.....	34
Tablica 7.2.3. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta (promjene u raspoloženju, ocjena sposobnosti)	37
Tablica 7.2.4. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta (tehnike opuštanja, pomoć medicinske sestre)	39
Tablica 7.2.5. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta (vrsta podrške i važnost educiranja medicinske sestre o mentalnim izazovima)	42
Tablica 7.2.6. Vrijednosti Cronbach alfa koeficijenta (usluge medicinske sestre i ocjena trenutne podrške).....	44
Tablica 7.2.7. Cronbach's Alpha (osjećaj empatije od strane medicinske sestre i poticaj da se obrati mediinskoj sestri za pomoć).....	46
Tablica 7.2.8. Cronbach's Alpha (ocjena komunikacijskih vještina, stav o tome da medicinske sestre imaju dovoljno vremena i resura za pružanje pomoći u vezi mentalnih izazova)	49
Tablica 7.3.1. Mann U Whitney test.....	50
Tablica 7.3.2. Pokazatelji testa (Mann U Whiteny test).....	51
Tablica 7.3.3. Rangovi suma.....	51

Tablica 7.3.4. Pokazatelji opaženih i očekivanih frekvencija za H3.....	53
Tablica 7.3.5. Pokazatelji hi kvadrat testa.....	54
Tablica 7.3.6. Kruskall Wallis Test.....	54



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, T A R A Č U R I Ć pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica diplomskog rada pod naslovom *STAVOVI OPĆE POPULACIJE O MENTALNOM ZDRAVLJU I PODRŠKA MEDICINSKIH SESTARA U PRUŽANJU PSIHOLOŠKE POMOĆI* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Tara Čurić

(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.