

Stigma mentalnog zdravlja na radnom mjestu

Taraš, Kristian Tino

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of Maritime Studies / Sveučilište u Splitu, Pomorski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:164:635436>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-03**

Repository / Repozitorij:

[Repository - Faculty of Maritime Studies - Split -
Repository - Faculty of Maritime Studies Split for
permanent storage and preservation of digital
resources of the institution](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



**SVEUČILIŠTE U SPLITU
POMORSKI FAKULTET**

Kristian Tino Taraš

**STIGMA MENTALNOG ZDRAVLJA NA
RADNOM MJESTU**

DIPLOMSKI RAD

SPLIT, 2024.

**SVEUČILIŠTE U SPLITU
POMORSKI FAKULTET**

POMORSKI MENADŽMENT

**STIGMA MENTALNOG ZDRAVLJA NA
RADNOM MJESTU**

DIPLOMSKI RAD

MENTOR:

Izv. prof. dr. sc. Andrea Russo

STUDENT:

Kristian Tino Taraš (0171282625)

SPLIT, 2024.

SAŽETAK

Nedovoljna informiranost o mentalnim poteškoćama i stereotipi koji ih okružuju glavni su temelj stigmatiziranja osoba s mentalnim poteškoćama u svakodnevnom životu, pa tako i na radnom mjestu. Stigmatiziranje kolega s mentalnim poteškoćama može dovesti do poteškoća prilikom zapošljavanja, smanjenja radne učinkovitosti, narušavanja timskog rada i ukupne komunikacije. Glavni cilj je istražiti i analizirati problematiku stigme mentalnog zdravlja na radnom mjestu putem istraživanja stavova radno aktivnog stanovništva u Zagrebu i Splitu. Sama svrha rada jest provjeriti postoji li stigma prema osobama s mentalnim poteškoćama u radnom okruženju u dva najveća grada Republike Hrvatske. Prema rezultatima provedenog istraživanja može se zaključiti kako još uvijek postoji stopa stigmatiziranja osoba s mentalnim poteškoćama na radnom mjestu u Republici Hrvatskoj, kako ispitanici smatraju osobe s mentalnim poteškoćama opasnima za osobe u radnom okruženju i neugodnima u socijalnim situacijama.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, mentalni poremećaj, mentalna bolest, stigma, radno mjesto, mediji

ABSTRACT

Insufficient information about mental disabilities and the stereotypes that surround them are the main basis for stigmatizing people with mental disabilities in everyday life, including in the workplace. Stigmatizing colleagues with mental disabilities can lead to difficulties in employment, reduced work efficiency, disruption of teamwork and overall communication. The main goal is to investigate and analyze the issue of mental health stigma in the workplace by means of researching the attitudes of the working population in Zagreb and Split. The very purpose of the work is to check whether there is stigma towards people with mental disabilities in the working environment in the two largest cities of the Republic of Croatia. According to the results of the conducted research, it can be concluded that there is still a rate of stigmatization of people with mental disabilities at the workplace in the Republic of Croatia, as respondents consider people with mental disabilities dangerous for people in the work environment and unpleasant in social situations.

Keywords: mental health, mental disorder, mental illness, stigma, workplace, media

SADRŽAJ

1. UVOD	6
2. MENTALNO ZDRAVLJE	8
2.1. MENTALNI POREMEĆAJI	9
2.1.1. Analiza depresivnog poremećaja.....	12
2.2. MENTALNE BOLESTI	14
2.2.1. Uzroci i simptomi razvoja mentalnih bolesti.....	14
3. GLEDIŠTA NA MENTALNO ZDRAVLJE U RAZLIČITIM KULTURAMA	18
4. STIGMA	21
4.1. JAVNA STIGMA.....	22
4.2. MODEL “ZAŠTO POKUŠATI”	23
4.3. SAMOSTIGMA	24
4.4. STRATEGIJE ZA OSNAŽAVANJE POJEDINACA	25
4.4.1. Pojedinci kao pomagači.....	25
4.4.2. Grupni identitet.....	27
4.4.3. Metoda otkrivanja i prenošenja iskustva	27
4.5. ULOGA MEDIJA I DRUŠTVENIH MREŽA U BORBI PROTIV STIGME MENTALNIH BOLESTI.....	28
5. STIGMA MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADNOM MJESTU ...	30
5.1. PRIKUPLJANJE PODATAKA I METODE ISTRAŽIVANJA.....	30
5.2. REZULTATI ISTRAŽIVANJA	32
6. RASPRAVA	63
ZAKLJUČAK	65
LITERATURA	67
POPIS SLIKA	71
POPIS TABLICA	73

1. UVOD

Mentalno zdravlje postaje sve važnija tema u današnjem društvu, posebno u kontekstu radnog mjesta gdje zaposlenici provode značajan dio svog vremena. Poremećaji mentalnog zdravlja, kao što su depresija, anksioznost i stres, postaju sve češći, utječući ne samo na pojedince već i na organizacije u cjelini. Stigma vezana uz mentalno zdravlje na radnom mjestu predstavlja jedan od glavnih izazova s kojima se suočavaju osobe koje pate od mentalnih poremećaja.

Stigma se definira kao negativan stav ili diskriminacija prema osobama s mentalnim poremećajima, što može rezultirati socijalnom isključenošću, smanjenom kvalitetom života i otežanim pristupom zdravstvenoj skrbi. Na radnom mjestu, stigma može dovesti do nepravednog tretmana zaposlenika, uključujući smanjenje mogućnosti za napredovanje, izolaciju od kolega i u nekim slučajevima, gubitak posla.

Cilj ovog rada je istražiti i analizirati problematiku stigme mentalnog zdravlja na radnom mjestu putem istraživanja stavova radno aktivnog stanovništva u Zagrebu i Splitu. U radu će fokus biti na različitim aspektima stigme, uključujući kako se ona manifestira, koje su njene posljedice i što organizacije mogu učiniti kako bi promicale inkluzivnije i podržavajuće radno okruženje. Pored toga, rad će obuhvatiti i kulturne faktore koji utječu na percepciju mentalnog zdravlja, s obzirom na to kako različite kulture imaju različite pristupe i stavove prema mentalnim poremećajima.

Rad je podijeljen na osam poglavlja u kojem se tematika deskriptivnom i kvantitativnom metodom obrađuje kroz pet poglavlja. Nakon uvodnog opisa rada, drugo poglavlje će se osvrnuti na pojam mentalnog zdravlja pružajući definiciju i opisujući važnost očuvanja mentalnog zdravlja. U nastavku će se govoriti o uzrocima i problemima povezanim s mentalnim poremećajima i mentalnim bolestima te će se navesti neki od načina prepoznavanja.

U trećem poglavlju će biti riječi o različitim gledištima na mentalno zdravlje u različitim kulturama s različitim socio-ekonomskim standardom. Kultura igra veliku ulogu u shvaćanju mentalnih bolesti i stvaranju percepcije ljudi o istome. Postoje vjerovanja kako je mentalna bolest usko ukorijenjena u nečijoj kulturi, siromaštvu, bespomoćnosti i slično.

Navest će se i primjeri istraživanja provedenih u Japanu, Delhi-u i na području Engleske koji navode kako postoji velik nedostatak obrazovanja o mentalnom zdravlju.

Četvrto poglavlje bavi se tematikom stigme, definirajući značenje same riječi i ističući njenu povezanost s predrasudama odnosno negativnim stavovima koji su utemeljeni na pogrešnim činjenicama. Zbog nedovoljnog znanja o psihičkim poremećajima dolazi do stvaranja predrasuda i stigmatiziranja osoba. Ističe se potreba za razumijevanjem tuđih situacija kako bi se smanjila razina stigmatiziranja osoba s mentalnim poteškoćama, ali osoba s mentalnim poteškoćama može stigmatizirati samu sebe, smatrajući se manje vrijednom te na taj način direktno utječe na svoje samopoštovanje. Navode se strategije za promjenu stigmatizirajućih stavova kao što su edukacija odnosno informiranje stanovništva o mentalno bolesnim osobama. Uz strategije promjene stigmatizirajućih stavova ističu se i strategije za osnažavanje pojedinca poput pojedinci kao pomagači, strategija grupnog identiteta i metoda otkrivanja i prenošenja iskustva. U samom procesu edukacije o osobama s mentalnim poteškoćama i smanjenju stigmatiziranja istih mediji igraju veliku ulogu zbog svoj potencijala za stupanjem u kontakt s velikim brojem osoba iz opće populacije. Putem društvenih mreža osobe s mentalnim poteškoćama mogu potražiti pomoć u posebnim grupama koje će im pružiti odgovarajuću podršku.

Peto poglavlje, ujedno i posljednje, navest će rezultate istraživanja provedenog među zaposlenicima u Zagrebu i Splitu. Dobiveni rezultati dodatno će se komentirati kroz Raspravu i povezivat će se s drugim, sličnim istraživanjima.

Nakon petog poglavlja slijedi Zaključak koji će ukratko opisati rad i navedene hipoteze potvrditi ili opovrgnuti.

Na kraju rada nalaze se popis literature i priloga.

2. MENTALNO ZDRAVLJE

Kada se govori o mentalnom zdravlju, tema često skrene ka psihičkim poremećajima i emocionalnim teškoćama poput depresije, anksioznih poremećaja ili ovisnosti, no mentalno zdravlje kao pojam označava puno više od samog odsustva psihičke bolesti. [1]

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji „Mentalno zdravlje je stanje mentalnog blagostanja koje ljudima omogućuje da se nose sa životnim stresovima, ostvare svoje sposobnosti, dobro uče i dobro rade te doprinose svojoj zajednici“. [2]

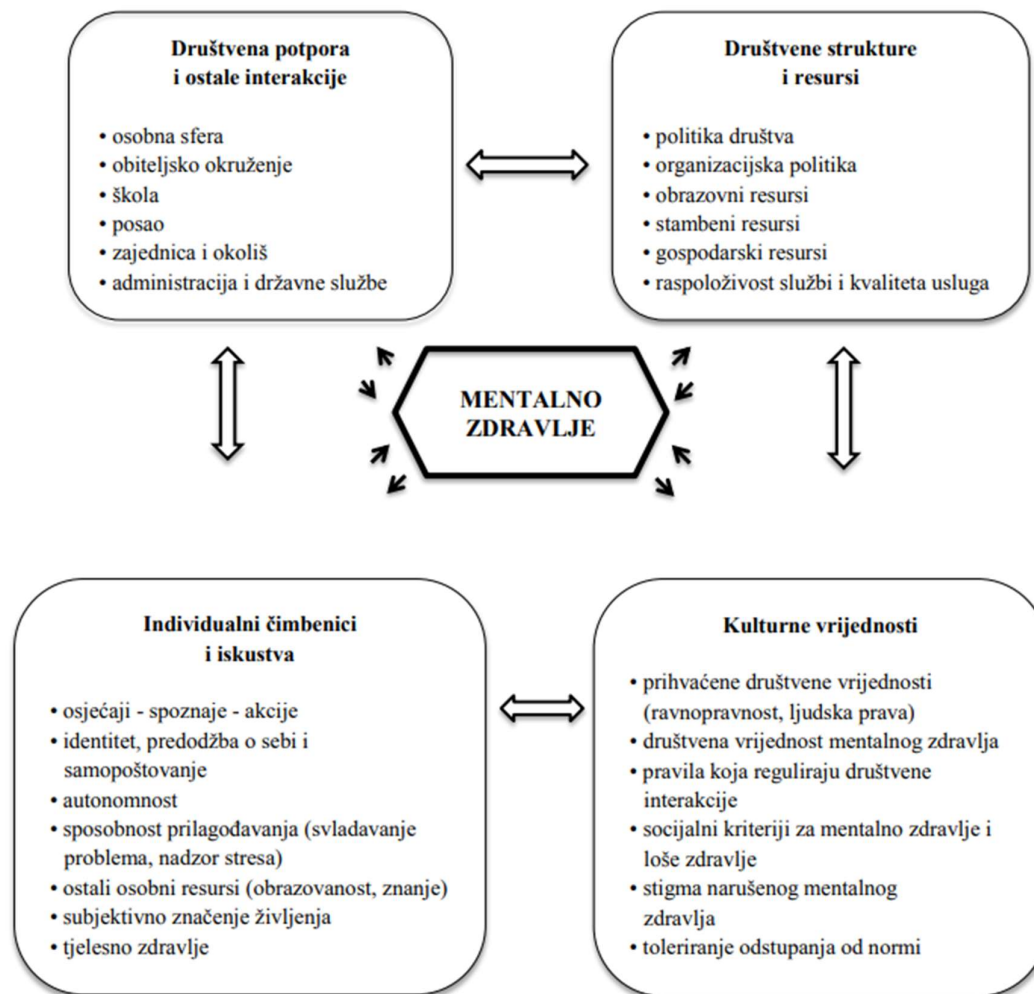
U navedenoj definiciji može se zaključiti kako se mentalno zdravlje zapravo odnosi i na sposobnost pojedinca u nošenju s uobičajenim stresom i životnim teškoćama, ali i sposobnost rješavanja svakodnevnih problema. Također obuhvaća i pozitivne aspekte zdravlja poput ostvarenja vlastitih potencijala, produktivnosti i doprinosa zajednici.[3]

Mentalno zdravlje je važan čimbenik koji pridonosi zdravlju i dobrobiti te ga je potrebno izvući iz stručne, organizacijske i političke izolacije i smjestiti ga u šire područje javnog zdravstva. Potrebno je pozornost usmjeriti na pozitivno mentalno zdravlje uz smanjivanje promatranja isključivo narušenog mentalnog zdravlja. Mentalno zdravlje je nerazdvojni dio općeg zdravlja i odražava ravnotežu između pojedinca i okoline. Ono je okvir za dobrobit i funkcioniranje pojedinca, također pridonosi funkcioniranju društva i utječe na ukupnu produktivnost.[4]

Mentalno zdravlje odnosi se na jačanje kompetencija pojedinaca i zajednica te omogućavanje istih kako bi postigli svoje samoodređene ciljevi. Mentalno zdravlje bi trebalo biti briga za sve nas, a ne samo za one koji pate od psihičkog poremećaja. Problemi mentalnog zdravlja utječu na društvo kao cjelinu, a ne samo mali, izolirani segment i stvaraju veliko opterećenje za društvo, obitelji i pojedince. Oni su dakle glavni izazov globalnom razvoju. Rizik je veći među siromašnima, beskućnicima, nezaposlenima, osobama s niskim obrazovanjem, žrtvama nasilja, migrantima i izbjeglicama, starosjedilačkim stanovništvom, djecom i adolescentima, zlostavljanim ženama i zanemarenim starcima. Za sve pojedince, mentalno, fizičko i socijalno zdravlje su usko isprepleteni, odnosno vitalne niti života. [5]

Mentalno zdravlje, kao i ostali aspekti zdravlja, može biti narušeno velikim brojem čimbenika koji se moraju uzeti u obzir bilo tijekom razvoja preventivnih strategija, u tretmanskom radu, rehabilitaciji ili promociji mentalnog zdravlja. Determinante mentalnog zdravlja obuhvaćaju sve čimbenike koji u velikoj mjeri kreiraju živote ljudi poput socijalnih,

kulturnih, političkih, ekonomskih i okolinskih čimbenika. Determinante su podijeljene u četiri kategorije: [6]



Slika 1. Determinante mentalnog zdravlja [6]

2.1. Mentalni poremećaji

Mentalni poremećaj karakterizira klinički značajan poremećaj u spoznaji, emocionalnoj regulaciji ili ponašanju pojedinca. Obično je povezan s distresom ili oštećenjem važnih područja funkcioniranja. [7]

Eustres i distres pojmovi su koji kategoriziraju različite vrste stresa. Na jednom kraju spektra nalazi se nevolja, koja uključuje negativne osjećaje i često je teško iskustvo. Na drugom kraju je eustress, koji je izazovan, ali isplativ. Ljudi mogu doživjeti eustres kada se osjećaju sigurni u svoju sposobnost da riješe problem ili se nose sa situacijom.

Neki primjeri iskustava koja mogu izazvati eustres uključuju: [8]

- vježbe koje odgovaraju sposobnostima i razini kondicije osobe,
- putovanja koja su stresna, ali u konačnici isplativa,
- posao koji je izazovan, ali ispunjava,
- velike životne promjene koje osoba želi, kao što je preseljenje ili vjenčanje.

Neki primjeri iskustava koja mogu izazvati nevolju uključuju: [8]

- nasilničko ponašanje,
- kontrolirajuće ili manipulativno ponašanje,
- veza koja se završava protivno željama osobe,
- smrt voljene osobe.

Postoji mnogo različitih vrsta mentalnih poremećaja. Mentalni poremećaji također se mogu nazvati stanjima mentalnog zdravlja. Potonji je širi pojam koji pokriva mentalne poremećaje, psihosocijalne nedostatke i (druga) mentalna stanja povezana sa značajnim stresom, oštećenjem funkcioniranja ili rizikom od samoozljeđivanja. [7]

Mentalni poremećaji, utječu na samu srž nečijeg bića kroz niz iskustava i fenomena različite težine koji mijenjaju mišljenje, percepciju i svijest pojedinca o sebi, drugima i svijetu. To se u ekstremnoj mjeri vidi kod ozbiljnijih mentalnih poremećaja, kao što su psihoze i bipolarni poremećaji, ali u manjoj, iako značajnoj mjeri, kod anksioznosti, poremećaja raspoloženja, prehrane i drugih psihijatrijskih poremećaja. Potrebno je reći da su čimbenici uključeni u povećanje rizika od mentalnih poremećaja endogeni (genetika uvelike pridonosi većini mentalnih poremećaja) kao i okolišni, poput većine medicinskih poremećaja. Psihološka deprivacija i trauma, društveni poraz i izolacija, siromaštvo i loše obiteljsko okruženje samo su neki od okolišnih čimbenika za koje se navodi da povećavaju rizik od mentalnih poremećaja.[9]

Neki od poremećaja nastali utjecajem okoline su:[7]

- Anksiozni poremećaji,
- Depresija,
- Bipolarni poremećaj,

- PTSP (Post traumatski stresni poremećaj),
- Shizofrenia,
- Poremećaji jedenja,
- Distruptivno ponašanje i poremećaj ličnosti,
- Neurorazvojni poremećaji.

Mentalni poremećaj je psihološki čimbenik koji se ogleda u ponašanju, a koji utječe na normalan razvoj kulture osobe. Mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja nalaze se u ljudi u svim regijama, zemljama i društvima. Povezani su s funkcijama mozga ili živčanog sustava. Poremećaji osobnosti javljaju se u djetinjstvu ili barem u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. Poremećaji osobnosti uključuju mješavinu akutnih disfunkcionalnih ponašanja koja se mogu riješiti u kratkim razdobljima. [10]

Mentalni poremećaj je najčešće korišten pojam u modernom životu, a glavni razlog tome može biti mehanički način života ili stres i napor među mladima. Istraživanje je provedeno među hospitaliziranim pacijentima fakultetske bolnice u okrugu Kerala, Indija, u razdoblju od 1. travnja 2005. godine pa do 31. ožujka 2010. godine kako bi se uvidio uzorak mentalnih poremećaja među njima. Pritom su prikupljeni medicinski podaci pacijenata s dijagnosticiranim mentalnim poremećajima te je ukupan broj iznosi 7 908 ispitanika, među kojima je 5564 muških ispitanika (70.36%) te 2 344 ženskih ispitanika (29.64%).

Tablica 1. Usporedba rezultata istraživanja prema spolu [10]

Dobna skupina	Muško	Žensko	Ukupno
0 - 9	358 (6.4%)	207 (8.8%)	565 (7.1%)
10 - 17	108 (1.9%)	113 (4.8%)	221 (2.8%)
18 - 29	898 (16.1%)	573 (24.4%)	1471 (18.6%)
30 - 44	2209 (39.7%)	687 (29.3%)	2896 (36.6%)
45 - 59	1462 (26.3%)	491 (20.9%)	1953 (24.7%)
≥60	529 (9.5%)	273 (11.6%)	802 (10.1%)
Ukupno	5564	2344	7908

Rezultati studije navode da se mentalni poremećaji svake godine povećavaju. Skrb za mentalno zdravlje najzastupljeniji je sektor u Kerali. [10]

2.1.1. Analiza depresivnog poremećaja

Depresivni poremećaj čest je mentalni poremećaj. Uključuje depresivno raspoloženje ili gubitak zadovoljstva ili interesa za aktivnosti tijekom duljeg vremenskog razdoblja. Razlikuje se od redovitih promjena raspoloženja i osjećaja o svakodnevnom životu. Može utjecati na sve aspekte života, uključujući odnose s obitelji, prijateljima i zajednicom. To može biti posljedica ili dovesti do problema u školi i na poslu. [11]

Simptomi depresije su: [12]

- Osjećaj tuge, suza, praznine ili beznada,
- Ispadi bijesa, razdražljivost ili frustracija,
- Gubitak interesa ili zadovoljstva u većini ili svim normalnim aktivnostima,
- Poremećaji spavanja, uključujući nesanicu ili previše spavanja,
- Umor i nedostatak energije,
- Smanjen apetit i gubitak težine ili povećana žudnja za hranom i debljanje,
- Anksioznost, uznemirenost ili nemir,
- Usporeno razmišljanje, govor ili pokreti tijela,
- Osjećaj bezvrijednosti ili krivnje, fiksiranje na prošle neuspjehe ili samooptuživanje,
- Problemi s razmišljanjem, koncentracijom, donošenjem odluka i pamćenjem stvari,
- Česte ili ponavljajuće misli o smrti, suicidalne misli, pokušaji samoubojstva ili samoubojstvo,
- Neobjašnjivi fizički problemi, poput bolova u leđima ili glavobolja.

Depresija utječe na svakodnevne životne aktivnosti odraslih, o čemu svjedoče negativni učinci na fizičko zdravlje, psihosocijalno blagostanje, radni učinak i društvene interakcije. Na primjer, na tjelesno zdravlje pojedinaca negativno utječe nedostatak motivacije za brigu o sebi kod onih koji pate od depresije. Na psihosocijalnu dobrobit utječu smanjene komunikacijske sposobnosti i vještine donošenja odluka koje proizlaze iz niskog samopoštovanja i radni učinak su posljedično spuštenu. [13]

Promjene u strukturi radnih mjesta u proteklih 30 godina mogle su pridonijeti povećanom stresu i psihijatrijskom morbiditetu. Starenje stanovništva, zajedno s nedostatkom mlađih radnika u nekim sektorima, također je rezultiralo time da su mnogi ljudi ostali u radnoj snazi nakon uobičajene dobi za umirovljenje. [14]

Dok s druge strane depresija u radnoj populaciji i bolovanje povezano s depresijom imaju dubok ekonomski učinak na društvo, kako u smislu izravnih troškova za zdravstvene vlasti i zdravstveno osiguranje, tako i neizravnih troškova povezanih s izgubljenim radnim satima, smanjenom produktivnošću i prijevremenim odlaskom u mirovinu. [15]

Na području Nizozemske provedeno je istraživanje od travnja 2002. godine do studenog 2005. godine kako bi se utvrdio prosječan broj dana bolovanja uzrokovanog depresijom. Prosjek trajanja bolovanja među ispitanicima je iznosio 200 dana za muškarce i 213 za žene. Najveći broj dana bolovanja su imali ispitanici obrazovnih, javnih, komercijanih i zdravstvenih sektora. [16]

Nakon globalne pandemije uzrokovane virusom SARS-CoV-2, zaposlenici koji su tijekom iste nastavili raditi na daljinu pokazivali su jasne znakove stresa, lošeg sna i povećane tjeskobe, a kao rezultat toga mnogi su doživljeli izgaranje. Uz Covid 19 i loše mentalno zdravlje očekivan je porast u broju prosječnih dana bolovanja po stanovniku u Europskim državama, što se može i vidjeti u sljedećoj tablici za 2021. godinu. [17]

Tablica 2. Prosječan broj dana bolovanja po stanovniku [17]

Bugarska	22	Finska	9.9
Njemačka	18.3	Irska	9.2
Češka	16.3	Danska	9
Norveška	16	Estonija	9
Poljska	14.3	Mađarska	8.8
Slovačka	14.1	San Marino	8.6
Slovenija	13.5	Rumunjska	8
Austrija	13.1	Francuska	8
Belgija	12.6	Ujedinjeno Kraljevstvo	5.8
Španjolska	12.3	Rusija	5.7
Luksemburg	11.8	Grčka	4.8
Litva	10.9	Malta	4.2
Hrvatska	10.3	Ukrajina	3.7
Bjelorusija	10.2	Švicarska	2.4
Nizozemska	10	Švedska	2.4

Najčešći razlozi za povećanom razinom izostajanja s posla, odnosno bolovanja se mogu povezati s nezdravim načinom života, negativnim radnim uvjetima ili nemotiviranošću za radom. Neka od rješenja navedenih problema su nagrađivanje zaposlenika s minimalnim

brojem izostanaka uz poboljšanje radnih uvjeta i pružanja podrške osoblju s mentalnim zdravljem, depresijom ili anksioznošću. [17]

Ljudi kao društvena bića teže za povezivanjem s drugim osobama i stvaranjem povezanosti. Pojedinci s depresivnim poremećajem imaju povećanu težnju za samoizolacijom, koja može osnažiti depresivni poremećaj ili uzrokovati njegov razvoj kod pojedinaca koji ga još nemaju. Također, više preferiraju stvaranje odnosa s pojedincima s razinom depresivnog poremećaja bliže vlastitoj, te komunikaciju jedan na jedan. [18]

2.2. Mentalne bolesti

Izraz mentalna bolest jasno ukazuje kako postoji problem s umom. Može utjecati na vaše misli, raspoloženje ili ponašanje, na način na koji doživljavate svijet oko sebe. To može utjecati na to kako se nosite s poslom, kako funkcionirate u odnosima i na vašu sposobnost obavljanja svakodnevnih zadataka. Psihičke bolesti mogu trajati kratko ili cijeli život. Neke blage mentalne bolesti traju samo nekoliko tjedana. Ponekad teške bolesti mogu trajati doživotno i uzrokovati ozbiljan invaliditet.

Nadalje, mnogi ljudi smatraju da su mentalne bolesti rijetke, nešto što se događa samo ljudima u životnim situacijama koje se jako razlikuju od njihovih, te da ih nikada neće pogoditi. Studije epidemiologije mentalnih bolesti pokazuju da je ovo uvjerenje daleko od točnog. [19]

2.2.1. Uzroci i simptomi razvoja mentalnih bolesti

Neke mentalne bolesti povezuju se s abnormalnim funkcioniranjem veza živčanih stanica ili putova koji povezuju određene regije mozga. Živčane stanice unutar ovih moždanih krugova komuniciraju putem kemikalija koje se nazivaju neurotransmiteri. "Ugađanje" ovih kemikalija – putem lijekova, psihoterapije ili drugih medicinskih tretmana – može pomoći da moždani krugovi rade učinkovitije. Osim toga, defekti ili ozljede određenih područja mozga također su povezani s nekim mentalnim stanjima. [20]

Ostali biološki čimbenici koji mogu biti uključeni u razvoj mentalne bolesti uključuju: [20]

- Genetika (nasljeđe) - mentalne bolesti ponekad se javljaju u obiteljima, što sugerira da postoji veća vjerojatnost da će ljudi koji imaju člana obitelji s duševnom bolešću i sami imati takvu bolest. Ta se osjetljivost prenosi u obitelji putem gena. Stručnjaci

vjeruju da su mnoge mentalne bolesti povezane s abnormalnostima u mnogim genima, a ne samo jednom ili nekoliko, te da je način na koji ti geni djeluju na okoliš jedinstven za svaku osobu (čak i za jednojajčane blizance). Zbog toga osoba nasljeđuje vjerojatnost da će imati mentalnu bolest i ne mora nužno oboljeti. Sama mentalna bolest dolazi od interakcije više gena i drugih čimbenika – kao što su stres, zlostavljanje ili traumatski događaj – koji mogu utjecati ili potaknuti bolest kod osobe koja ima nasljednu vjerojatnost da će je imati,

- Infekcije - određene infekcije povezuju se s oštećenjem mozga i razvojem mentalne bolesti ili pogoršanjem njezinih simptoma. Na primjer, stanje poznato kao pedijatrijski autoimuni neuropsihijatrijski poremećaj (PANDAS) povezano s bakterijom streptokokom povezano je s razvojem opsesivno kompulzivnog poremećaja i drugih mentalnih bolesti kod djece,
- Defekti ili ozljede mozga - defekti ili ozljede određenih područja mozga također su povezani s nekim mentalnim bolestima,
- Prenatalna oštećenja - neki dokazi upućuju na to da poremećaj ranog razvoja mozga fetusa ili trauma koja se dogodi u vrijeme rođenja – na primjer, gubitak kisika u mozgu – mogu imati ulogu u određenim stanjima, kao što je poremećaj iz spektra autizma,
- Zloupotreba opojnih droga - dugotrajna zloupotreba opojnih sredstava, posebno je povezana s anksioznošću, depresijom i paranojom,
- Ostali čimbenici - loša prehrana i izloženost toksinima, poput olova, mogu igrati ulogu u mentalnim bolestima.

Psihološki čimbenici koji mogu pridonijeti mentalnoj bolesti uključuju:

- Teške psihičke traume pretrpljene u djetinjstvu, poput emocionalnog, fizičkog ili seksualnog zlostavljanja,
- Rani gubitak važnog pojedinca, kao što je gubitak roditelja,
- Zanemarivanje,
- Loša sposobnost uspostavljanja odnosa s drugima.

Određeni stresori poput čimbenika okoline mogu potaknuti bolest kod osobe za koju postoji veća vjerojatnost da će imati mentalnu bolest. Ovi stresori uključuju:

- Smrt ili razvod,

- Disfunkcionalan obiteljski život,
- Osjećaj neadekvatnosti, nisko samopoštovanje, tjeskoba, ljutnja ili usamljenost,
- Promjena posla ili škole,
- Društvena ili kulturološka očekivanja (npr. društvo koje povezuje ljepotu s mršavošću može biti faktor u razvoju poremećaja prehrane),
- Zloupotreba droga od strane osobe ili njenih roditelja.

Istraživanja i dalje pokazuju vezu između društvene i ekonomske nejednakosti i lošeg mentalnog zdravlja. Čini se da su podjednako pogođeni odrasli i djeca/adolescenti, zajedno s imigrantima. Socioekonomski čimbenici koji doprinose mentalnoj bolesti uključuju:[20]

- Nezaposlenost,
- Niski prihodi,
- Siromaštvo,
- Dug,
- Loše ili nestabilne životne uvjete,
- Obrazovanje.

Socioekonomski čimbenici često su povezani s čimbenicima okoline. [20]

Svaka psihička bolest ima svoje karakteristične simptome. Međutim, postoje neki opći znakovi upozorenja koji bi vas mogli upozoriti da je nekome potrebna stručna pomoć.

Neki od ovih znakova uključuju: [21]

- izrazita promjena osobnosti,
- nesposobnost suočavanja s problemima i svakodnevnim aktivnostima,
- čudne ili grandiozne ideje,
- pretjerane tjeskobe,
- dugotrajna depresija i apatija,
- izražene promjene u obrascima prehrane ili spavanja,
- razmišljanje ili pričanje o samoubojstvu ili samoozljeđivanju,
- ekstremne promjene raspoloženja - visoke ili niske,
- zloupotreba alkohola ili droga,
- pretjerani bijes, neprijateljstvo ili nasilno ponašanje.

Potrebno je situaciju svakog pojedinca pažljivo procijeniti i individualno prilagoditi liječenje. Uočavanjem ranih simptoma ili prepoznavanje ranih utjecaja koji mogu pridonijeti razvoju mentalnih bolesti je ključno za povećavanjem šanse sprječavanja razvoja u ozbiljnu bolest. Sprječavanje može uključivati stalno individualno i obiteljsko savjetovanje, strukovnu i obrazovnu podršku, sudjelovanje u grupi za rješavanje problema s više obitelji i lijekove kada je to potrebno. [22]

3. GLEDIŠTA NA MENTALNO ZDRAVLJE U RAZLIČITIM KULTURAMA

Mentalno zdravlje, unatoč svojoj definiciji, shvaćeno je na različite načine diljem svijeta. Neke države posvećuju veću važnost mentalnom zdravlju dok druge nisu. Prema WHO organizaciji nezarazne bolesti ubijaju 41 milijun ljudi svake godine, što je jednako 74% svih smrtnih slučajeva u svijetu. Svake godine više od 15 milijuna ljudi umre od nezaraznih bolesti u dobi od 30 do 69 godina; 85% ovih "preuranjenih" smrti događa se u zemljama s niskim i srednjim prihodima.

Svake godine 703 000 ljudi oduzme si život, a mnogo je više onih koji pokušaju samoubojstvo. Samoubojstvo se događa tijekom cijelog životnog vijeka i bilo je četvrti vodeći uzrok smrti među osobama u dobi od 15 do 29 godina u svijetu u 2019. godine. Samoubojstvo se ne događa samo u zemljama s visokim dohotkom, već je globalni fenomen u svim regijama svijeta. Preko 77% globalnih samoubojstava dogodilo se u zemljama s niskim i srednjim dohotkom u 2019. godini. Jedan od ciljeva WHO organizacije jest SDG 3.4 (eng. Sustainable development goal) kojim se nastoji smanjiti za jednu trećinu preuranjena smrtnost od nezaraznih bolesti putem prevencije i liječenja te promicanja mentalnog zdravlja i dobrobiti. [23]

Mentalna bolest i kultura ne mogu se izolirati. Kultura igra presudnu ulogu u percepciji duševne bolesti. Kulturni relativisti naglašavaju da su pojmovi društveno konstruirani i razlikuju među kulturama. Mentalna bolest je društvena konstrukcija. Dakle, različite kulture imaju vlastita uvjerenja kako bi pronašli etiologiju duševne bolesti, kao i liječenje i intervenciju. Na odrednice mentalnog zdravlja nije utjecala samo kultura, već i vrijeme i situacija ili mjesto. Zbog tih promjenjivih determinanti, vrlo je teško definirati mentalnu bolest.

Prema biomedicinskom modelu, mentalne bolesti su "temeljno biološke podrijetlom. Biomedicinski model mentalne bolesti donosi pozornost na uzrok mentalne bolesti koja je neurotski problem i smatra se bolešću poput drugih fizičkih bolesti. Biomedicinski model mentalne bolesti je povezan s individualističkom ideologijom gdje se mentalna bolest tretira i dijagnosticira kao nešto čisto individualno. Unatoč tome, također se vjeruje da je mentalna

bolest usko ukorijenjena u nečijoj kulturi, siromaštvu, bespomoćnosti, i potpomognuta moćnim društveno-političkim i gospodarskim strukturama.

Neki od načina na koje kultura utječe na mentalno zdravlje pojedinca su:

- Osobno iskustvo pojedinca o bolesti i povezanim simptomima,
- Kako pojedinac izražava svoje iskustvo ili simptome unutar konteksta njihovih kulturnih normi,
- Kako se izraženi simptomi tumače i stoga dijagnosticiraju,
- Kako se psihička bolest liječi i konačno ishod ovog liječenja.

Iz navedenih primjera može se zaključiti odnos između kulture i mentalnih bolesti koja nalaže da kulture iz kojih dolaze pacijenti ujedno i oblikuju njihovo mentalno zdravlje i utječu na vrste usluga mentalnog zdravlja koje koriste. U većini kultura mentalna bolest identificira oblike negativno vrednovanih oblika ponašanja koja se svojom nerazumljivošću razlikuju od antisocijalnih ponašanja unutar tog kulturnog idioma. [24]

Istraživanja provedena na području Japana, u Delhi-u i na području Engleske pokazuju kako se stanovnici navedenih područja odnose prema pojedincima s mentalnim poremećajima i kolika je razina stigmatiziranja istih.

U Japanu je 2018. godine provedeno među profesorima 27 japanskih škola. Cilj istraživanja jest uvidjeti stavove profesora prema mentalnom zdravlju adolescenata. Za sudjelovanje u istraživanju se prijavilo 665 profesora te su morali odgovoriti na upitnik sastavljen od 20 pitanja. Zatim su morali pročitati opis 3 adolescenta sa simptomima depresije, shizofrenije i na kraju paničnog poremećaja. Rezultati istraživanja su pokazala da su profesori odgovorili točno na 58.1% pitanja od ponuđenih 20. Nadalje, 54.1% profesora je točno prepoznalo simptome depresije, 35.3% simptome shizofrenije i 78% simptome paničnog poremećaja. 80% profesora je odgovorilo kako nemaju dovoljno samopouzdanja da pomognu studentima s depresivnim simptomima na odgovarajući način, a 88.9% profesora je odgovorilo kako također nemaju dovoljno znanja za podučavanje studenata o mentalnom zdravlju.

Razina obrazovanja o mentalnom zdravlju u školama podvrgnutim istraživanju nije zadovoljavajuće. Profesori često neće prepoznati probleme s mentalnim zdravljem kod studenata, a i kako ih prepoznaju neće im biti u mogućnosti učinkovito pomoći. Programi

mentalnog zdravlja bi trebali biti uključeni u standardno obrazovanje nastavnika na sveučilišnoj razini, jer u većini euroazijskih zemalja uz Japan, obrazovanje o mentalnom zdravlju nije uključeno. [25]

U jugoistočnom Delhi-u provedeno je istraživanje među adolescentima u rasponu od 15 do 19 godina. Cilj je bio istražiti obrazovanost o mentalnom zdravlju. Ispitanicima su izdani upitnici s primjerima uobičajenih mentalnih poremećaja poput depresije i anksioznosti, te su morali samostalno prepoznati navedene poremećaje. Upitnik je riješilo sveukupno 491 adolescent, od kojih su 49.7% bili muški ispitanici, a 50.3% ženski ispitanici.

Prema rezultatima istraživanja samo 10.2% ispitanika je prepoznalo depresivni poremećaj, a 10.4% je prepoznalo anksiozni poremećaj. Nadalje, nakon postavljanja dodatnih pitanja ustanovljeno je kako 99.4% ispitanika ima stigmatizirajući pogled na depresivni poremećaj, a 96.1% na anksiozni poremećaj. 420 ispitanika je odgovorilo kako bi tražili pomoć na temelju simptoma navedenih poremećaja koji su se nalazili u upitniku. Od njih 420, 234 (55%) je reklo kako bi pomoć tražili kod roditelja, 62 (14.7%) bi tražili pomoć kod prijatelja, a ostatak kod drugih osoba.

Nadalje, može se zaključiti kako adolescenti imaju slabo znanje o mentalnom zdravlju, da imaju visok stigmatizirani pogled na mentalne poremećaje te da imaju slab nagon traženja pomoći za mentalno zdravlje. [26]

Na području Velike Britanije provedeno je 2007. godine istraživanje unutar 5 škola među 14-godišnjim učenicima kako bi se utvrdio njihov pogled na ljude s mentalnim bolestima te kako bi se smanjila stigma mentalnih bolesti. Od učenika se tražilo da navedu riječi ili izraze koje opisuju osobe s mentalnim problemima. Od 472 sudionika njih 400 je ponudilo 250 riječi/izraza kojima bi opisali mentalnu bolest. Rezultati su podijeljeni u pet grupa od kojih je prva nazvana „popularni pogrđni izrazi“ sadržavajući 116 izraza. Druga grupa nazvana „negativno emocionalno stanje“ sastoji se od 61 izraza. Treća grupa predstavlja zbunjenost mladih prema fizičkim nedostacima, problemima s učenjem i mentalnim problemima te sadržava 38 izraza. Četvrta skupina sastoji se od naziva psihijatrijskih dijagnoza i sadržava 15 izraza. Peta i ujedno zadnja skupina predstavlja izraze povezane s nasiljem te sadržava 9 izraza.

Rezultati istraživanja upućuju da se traženje pomoći od strane mentalno bolesnih mladih ljudi može poboljšati intervencijama koje rješavaju i njihov nedostatak činjeničnih informacija o mentalnoj bolesti i one koje smanjuju njihove snažne negativne emocionalne reakcije prema osobama s mentalnim bolestima. [27]

4. STIGMA

Značenje riječi „stigma“ mijenjalo se kroz povijest. Stigma je grčka imenica koja dolazi od korijena čije je značenje „označiti, naglasiti, istaknuti“. Danas uglavnom određuje negativno značenje te predstavlja znak srama i diskreditacije osobe. Povezana je s predrasudama, to jest negativnim stavovima koji su utemeljeni na pogrešnim činjenicama. Stigmatizacija se odnosi na pripisivanje atributa koji diskreditiraju osobu, odnosno, svode pojedinca sa svim njegovim osobinama na bezvrijednu i lošu osobu. [28]

Stigma se definira kao neželjena razlika, odnosno nekomplimentaran atribut koji podrazumijeva netoleranciju, a kada je povezan s mentalnom bolešću ono stvara strah od nepoznatog, isključenost i skup lažnih uvjerenja rođenih iz nedostatka znanja i razumijevanja o mentalnim poremećajima. Osim što je povezana s nedovoljnim ili neadekvatnim znanjem, stigma dovodi i do predrasuda, diskriminacije i socijalnog povlačenja stigmatizirane osobe te za sobom povlači socijalnu isključenost pojedinca. Stoga proizvodi samostigmu i nisko samopoštovanje kod pacijenata, pridonoseći pogoršanju kvalitete života pojedinaca koji pate od mentalnih bolesti.

Općenito, ljudi nisu upoznati s psihičkim poremećajima i to je jedan od razloga predrasuda i stigme. Štoviše, mnogo puta negativno reagiraju na osobe s mentalnim bolestima, smatrajući ih „opasnima, nepodobnima i nepredvidljivima“. Ovo gledište o mentalno oboljelim pojedincima je kroz povijest rašireno kulturom azila, zakonima koje su formulirala različita društva i promicanjem osjećaja "straha, nepovjerenja i odbojnosti" od strane ljudi s mentalnim poremećajima sve do danas.

Potreba za razumijevanjem načina na koji stigma utječe na živote pojedinaca opravdana je zapažanjem da stigma dovodi do samoocjenjivanja i isključivanja iz društvenih odnosa, povećavajući poteškoće u obiteljskim i profesionalnim odnosima.

Stigma se može smanjiti djelovanjem na osnaživanju korisnika i partnerstvima u zajednici u kojoj su uključeni. Timski rad u zajednici sadrži potencijal za povećanjem sudjelovanja osoba s mentalnim bolestima u društvu kroz međusektorske i društvene akcije, što je temeljna pretpostavka za stvaranje novih socio-kulturnih praksi i promjena.

Kao artikulatori, timovi za mentalno zdravlje imaju moć kreirati strategije za prevladavanje stigme, jer su u izravnom kontaktu s teritorijem i njegovim resursima.

Strategije za promjenu stigmatizirajućih stavova razvijene su u nekim zemljama poput SAD-a, Engleske, Portugala itd. Te se mogu podijeliti na sljedeće: [29]

1. Edukacija (informiranje o duševnim bolestima i psihički bolesnim osobama) koja nije dugotrajna i ne mijenja nužno stavove,
2. Kontakt (kroz izravnu interakciju s pojedincima koji pate od psihičkih bolesti),
3. Prosvjed (pokušaj suzbijanja stigmatizirajućih stavova, uglavnom u medijima).

Medijske intervencije također su važne za širenje znanja o stigmati, što može biti popraćeno promicanjem kontakta/odnosa između pacijenta i društva kroz društvena okupljanja koja promiču službe, mijenjajući kulturnu percepciju mentalnih bolesti i dekonstruirajući stigmatu. [29]

4.1. Javna stigma

Društvena uključenost, oporavak i reintegracija u zajednicu naizmjenice su hvaljeni kao glavna načela sustava mentalnog zdravlja. Zajedničko ovim idejama je postizanje samoodređenih ciljeva koji poboljšavaju nečiji osjećaj blagostanja. Ovakvi ciljevi definirani su ovdje i sada, a uokvireni su stvarnim interesima svih odraslih osoba, kako onih s invaliditetom, tako i onih bez invaliditeta. Relevantni ciljevi uključuju: zvanje, stanovanje, obrazovanje, zdravlje i dobrobit, odnose i rekreaciju te težnje temeljene na vjeri. Funkcionalna ograničenja zbog nečijeg invaliditeta negativno utječu na sposobnost potpunog postizanja ciljeva u tim domenama. Sudjelovanje u praksama utemeljenim na dokazima podupire postizanje životnih ciljeva. Može se reći da stigma štetno utječe na postizanje cilja i potkopava pozitivne učinke praksi utemeljenih na dokazima.

Nadalje se postavlja pitanje kako stigma utječe na osobne životne ciljeve. Stigma i njezini učinci razlikuju se u dva oblika, javna stigma (eng. Public stigma) i samostigma (eng. Self-stigma). U skladu s društveno-psihološkim modelom, javna stigma opisana je u smislu stereotipa, predrasuda i diskriminacije. Socijalni psiholozi gledaju na stereotipe kao na strukture znanja koje je većina članova jedne društvene skupine naučila o ljudima u različitim skupinama. Stereotipi o mentalnim bolestima uključuju krivnju, opasnost i nesposobnost. Činjenica da većina ljudi ima znanje o skupu stereotipa ne implicira da se slažu s njima. Ljudi koji imaju predrasude podržavaju te pogrdne stereotipe (npr. Da su sve osobe s mentalnim poremećajima nasilne) i kao rezultat toga stvaraju negativne

emocionalne reakcije (npr. Neopravdani strah u prisutnosti osobe s mentalnim poremećajem). Predrasude dovode do diskriminacije. [29]

Diskriminacija se može definirati kao drugačije postupanje prema osobi ili određenoj skupini ljudi, osobito na gori način od načina na koji se odnosi prema drugim ljudima, zbog njihove rase, spola, mentalnih oboljenja itd. [30]

Diskriminacija koja proizlazi iz javne stigme javlja se na tri načina: [29]

1. Gubitak mogućnosti (npr., ne dobivanje stana ili stana),
2. Prisila (vlast donosi odluke jer se vjeruje da osoba nije u stanju donositi vlastite odluke),
3. Segregacija (ono što je prije selilo ljude u državne bolnice sada se očitivalo kao geto mentalnih bolesti, posebno izraženo u mnogim urbanim okruženjima).

Ovaj lanac stereotipa, predrasuda i diskriminacije je javna stigma, način na koji šira javnost poima i reagira na osobe s ozbiljnim mentalnim bolestima. Potrebno je razlikovati javnu stigmom od samostigme i „zašto pokušati“ modela koji će se kasnije spominjati u radu. [29]

4.2. Model “Zašto pokušati”

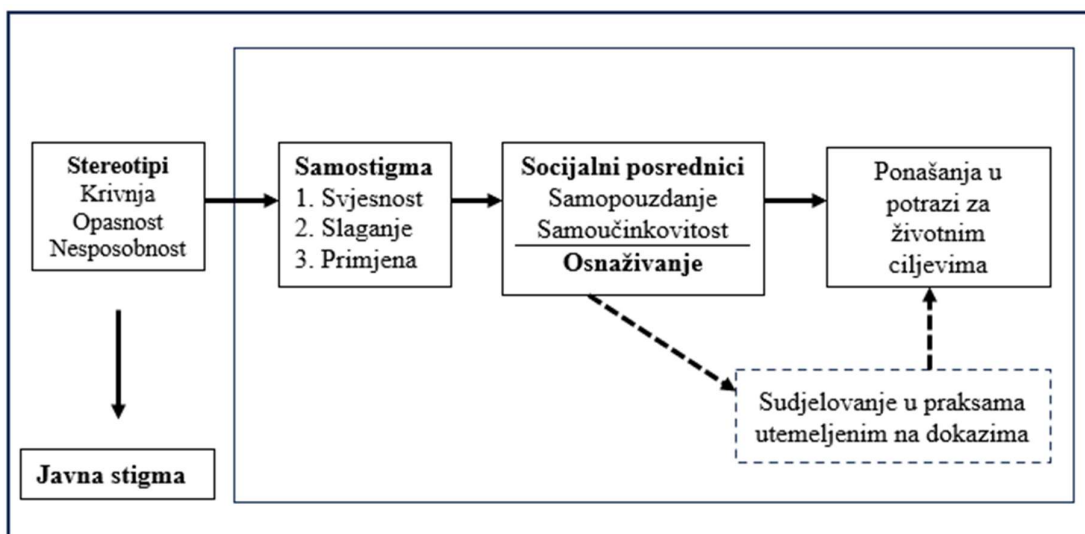
Samostigma i dijelovi modela „zašto pokušavati“ se mogu uokviriti kao moderna teorija etiketiranja. Ljudi etiketirani mentalnim bolestima koji žive u kulturi s prevladavajućim stereotipima o mentalnim bolestima mogu predvidjeti stavove koji odražavaju obezvrijeđivanje i diskriminaciju. Devaluacija se opisuje kao svijest da javnost ne prihvaća mentalno bolesnu osobu. Samodevaluacija je potpunije opisana onim što se naziva "tri A" samostigme: svjesnost, slaganje i primjena (eng. Awareness, Agreement, Application).

Model “zašto pokušati” uključuje tri komponente:

1. Samostigmom koja proizlazi iz stereotipa,
2. Posrednike kao što su samopoštovanje i samoučinkovitost,
3. Postizanje životnih ciljeva, ili nedostatak istih.

Kako bi iskusila samostigmom, osoba mora biti svjesna stereotipa koji opisuju stigmatiziranu skupinu (npr. osobe s mentalnim bolestima krive su za svoj poremećaj) i

složiti se s njima. Međutim, ova dva čimbenika nisu dovoljna za predstavljanje samostigme. Treći A je primjena. Osoba mora primijeniti stereotipe na sebe (npr. ja sam psihički bolestan pa ja moram biti kriv za svoj poremećaj). Ova perspektiva predstavlja samostigmu kao hijerarhijski odnos; osoba s duševnom bolešću prvo mora biti svjesna odgovarajućih stereotipa prije nego što se složi s njima i primijeni samostigmu na sebe. Definicija samostigme prikazana na slici ispod je ograničena na perceptivno-kognitivne procese. Stigma je u osnovi znak koji izaziva naknadne predrasude i diskriminaciju. [31]



Slika 2. Definicija samostigme [31]

Iz navedene slike se može vidjeti postupak razvoja javne stigme i samostigme. Javna stigma nastaje iz različitih stereotipa, kao i samostigma koja još utječe na samopouzdanje i samoučinkovitost pojedinca te na potragu za životnim ciljevima.

4.3. Samostigma

Premda priznaju ulogu društvenih i međuljudskih procesa koji su uključeni u stvaranje stigme, socijalni psiholozi proučavaju stigm u odnosu na unutarne i naknadne procese ponašanja koji mogu dovesti do društvene izolacije i ostracizma. Stereotipi su način na koji ljudi kategoriziraju informacije o skupinama ljudi. Negativni stereotipi, kao što su predodžbe o opasnosti ili nesposobnosti, često povezani s mentalnim bolestima, mogu biti štetni za ljude koji žive s mentalnim bolestima. Većina ljudi ima saznanja o određenim stereotipima jer se oni razvijaju i definiraju društvene karakteristike ljudi s određenim

stanjima. Pripadnik opće javnosti može odlučiti ostati podalje od duševno oboljele osobe zbog svog straha (predrasuda) i uvjerenja (stereotipa) da je mentalno oboljela osoba opasna.

Pojedinci koji žive sa stanjima kao što je shizofrenija također su osjetljivi na podržavanje stereotipa o sebi, odnosno na samostigmu (eng. Self stigma). Sastoji se od odobravanja stereotipa o sebi (npr. "Ja sam opasan"), predrasuda (npr. "Bojim se samog sebe") i rezultirajuće samodiskriminacije (npr. samonametnute izolacije). Nakon što osoba internalizira negativne stereotipe, može imati negativne emocionalne reakcije. Nisko samopoštovanje i slaba samoučinkovitost primarni su primjeri ovih negativnih emocionalnih reakcija. Samodiskriminacija, osobito u obliku samoizolacije, ima mnoge štetne učinke koji dovode do smanjenog korištenja zdravstvenih usluga, loših zdravstvenih ishoda i loše kvalitete života. Slaba samoučinkovitost i nisko samopoštovanje također su povezani s neiskorištavanjem prilika koje promiču zapošljavanje i neovisan život. Ljudi koji internaliziraju stigm mentalne bolesti pogoršavaju tijek svoje bolesti. Samostigmatizacija umanjuje osjećaj vlastite vrijednosti potkopavajući nadu u postizanju ciljeva. [32]

4.4. STRATEGIJE ZA OSNAŽAVANJE POJEDINACA

4.4.1. Pojedinci kao pomagači

Osnaživanje se stavlja u središte kod usluga kojima upravlja potrošač. Dva tipa usluga kojima upravlja potrošač imaju očitu važnost za osnaživanje i učinak "zašto pokušati". Vršnjačko načelo predstavlja odnose među članovima bez ikakvog osjećaja za hijerarhiju. Kao vršnjaci, nitko se ne smatra podređenim i svi se potiču na sudjelovanje u uslugama kojima upravlja potrošač na načine koji najbolje zadovoljavaju njihove potrebe i interese. S ovom perspektivom povezan je i princip pomagača. Pojedinci kao pomagači su pomoćnici, dijeleći s vršnjacima strategije i resurse koje su smatrali korisnima u rješavanju životnih ciljeva blokiranih mentalnom bolešću. Ovakva iskustva povećavaju samoučinkovitost osobe jer se osoba podsjeća kako je kompetentna u mnogim važnim društvenim situacijama zbog životnog iskustva. Načelo pomagača također povećava samopoštovanje jer osoba ima uspješna iskustva koja povećavaju njezin ili njezin osjećaj vrijednosti u zajednici.

Usluge kojima upravljaju potrošači obično pretpostavljaju jedan od tri oblika:

1. Prvi su drop-in centri. Ove vrste programa nude mjesta gdje osobe s mentalnim bolestima mogu dolaziti i odlaziti bez prijetnji i zahtjeva tradicionalnijih izvanbolničkih usluga.
2. Druga vrsta usluga kojima upravljaju potrošači su usluge vršnjačke podrške i mentorstva. Jedan takav primjer je GROW, koji je razvio pisani program od 12 koraka koji članove vodi kroz različite "faze na putu do oporavka".
3. Treća vrsta usluga kojima upravlja potrošač su obrazovni programi koji nastoje poučiti sudionike osnovnim društvenim vještinama i vještinama suočavanja potrebnim za osobni uspjeh. Ova vrsta programa često ima poseban fokus na zagovaranje, vještine koje su ljudima potrebne da utječu na njihov individualni plan usluga kao kao i profil usluga u njihovoj zajednici. [31]

1. KORAK Priznanje da smo sišli s puta i da nam treba usmjeravanje	2. KORAK Skupili smo hrabrosti i zatražili pomoć	3. KORAK Imali smo povjerenja u moć života, ljubavi i okoline
4. KORAK Prihvatili smo svoje darove i svoju snagu	5. KORAK Pobijedili smo svoje slabosti i neuspjehe	6. KORAK Posvetili smo se putovanju čak i kroz teška vremena
7. KORAK Brinuli smo se i imali pod kontrolom svoje tijelo	8. KORAK Naučili smo razmišljati razumno, a ne se voditi emocijama i maštom	9. KORAK Razvili smo volju da radimo pravu stvar unatoč našim emocijama
10. KORAK Zauzeli smo svoju odgovornu i brižnu poziciju u društvu	11. KORAK Svakodnevno smo se približavali zrelosti	12. KORAK Prenijeli smo poruku GROW-a drugima u potrebi

Slika 3. GROW 12-step program za mentalno osnaživanje [34]

Unatoč upotrebi ovog programa, napredak nije uvijek linearan, već dolazi do čestog vraćanja na određene korake prilikom susretanja s novim životnim izazovima. Program sadrži korake za provedbu postupne sustavne transformacije. Glavni cilj ovog programa jest

unijeti u svaki dio svakodnevice navedene korake i održavati proces u stalnom tijeku dok na kraju ne postane načinom života. [34]

4.4.2. Grupni identitet

Drugi način utjecaja na samostigmu i učinak "zašto pokušavati" je kroz grupni identitet. Ljudi se bave aktivnostima koje izravno impliciraju njihov grupni identitet u svakodnevnom životu, npr. sudjelovati u liječenju, grupama za uzajamnu pomoć ili aktivnostima zagovaranja mentalnog zdravlja. Postoji pozitivna korelacija između grupne identifikacije i samoučinkovitosti kod osoba s mentalnim bolestima.

Podaci iz drugih sociopsiholoških istraživanja podupiru ideju da grupna identifikacija može biti dvosjekli mač, u ovom slučaju, za pripadnike stigmatiziranih etničkih pripadnosti. Ako se ljudi poistovjećuju sa svojom unutarnjom grupom i istovremeno je visoko cijene, grupna identifikacija vjerojatno će biti povezana s visokim samopoštovanjem. Ako, naprotiv, pojedinac ima negativno mišljenje o svojoj grupi, jaka grupna identifikacija može dovesti do nižeg samopoštovanja. U smislu smanjenja samostigme i osnaživanja među osobama s mentalnim bolestima, važno je priznati rizike identifikacije s negativno procijenjenom unutarnjom skupinom. Umjesto toga, cilj bi trebao biti izgradnja pozitivnog grupnog identiteta, jer bi samo to vjerojatno pomoglo pojedincima da prevladaju samostigmu.[31]

4.4.3. Metoda otkrivanja i prenošenja iskustva

Metoda otkrivanja (eng. Coming out) može biti ograničena odluka koja samo daje šačici ljudi do znanja o nečijoj pozadini. To može biti jedan mali korak u potpunom otkrivanju, gdje osoba s ozbiljnom mentalnom bolešću prenosi svoja iskustva. Ono ne može uključivati samo otkrivanje osobnih iskustava s mentalnom bolešću, već i susrete sa sustavom liječenja. Saznanje da netko uzima "tabletu za mentalne bolesti" može biti jednako stigmatizirajuće kao i svijest da je osoba povremeno depresivna.

Troškovi i koristi otkrivanja variraju ovisno o osobnim ciljevima i odlukama. Stoga samo osobe koje se suočavaju s tim odlukama mogu razmotriti troškove, koristi i implikacije. Istaknuti nedostaci otkrivanja uključuju neodobravanje od strane kolega s posla, susjeda, drugih posjetitelja crkve i drugih kada postanu svjesni psihijatrijske pozadine osobe. S druge strane, ovo neodobravanje dovodi do socijalnog izbjegavanja. Prednosti uključuju osjećaj dobrobiti koji se javlja kada osoba više ne osjeća da mora ostati u "ormaru".

Na najekstremnijoj razini, ljudi mogu ostati u “ormaru” kroz socijalno izbjegavanje. To znači držati se podalje od situacija u kojima bi ljudi mogli saznati za nečiju mentalnu bolest. Umjesto toga, druže se samo s drugim osobama koje imaju mentalne bolesti. Druga skupina može odlučiti ne izbjegavati društvene situacije, već umjesto toga svoja iskustva skrivati od ključnih pojedinaca. Kada se koriste selektivnim otkrivanjem, ljudi razlikuju skupinu drugih kojima se otkrivaju privatne informacije od skupine od koje se te informacije drže u tajnosti.

Iako mogu postojati prednosti selektivnog otkrivanja kao što je povećanje broja vršnjaka koji ga podržavaju, to je još uvijek tajna koja bi mogla predstavljati izvor srama. Ljudi koji izaberu neselektivno otkrivanje u potpunosti odustaju od tajnovitosti. Oni odlučuju zanemariti negativne posljedice ljudi koji saznaju za njihovu mentalnu bolest. Stoga se ne trude aktivno sakriti svoju povijest mentalnog zdravlja i iskustva. Prenosjenje vlastitog iskustva znači ciljano i strateško educirati ljude o mentalnim bolestima. Cilj je pronaći ljude koji će podijeliti prošlost i trenutna iskustva s mentalnim bolestima. [31]

4.5. Uloga medija i društvenih mreža u borbi protiv stigme mentalnih bolesti

Stigma povezana s depresijom i mentalnom bolešću raširen je problem koji često dovodi do negativnih posljedica zdravstvene ishode i diskriminaciju za osobe s tim stanjima. Uobičajeno smanjenje stigme intervencije se usredotočuju na dvije strategije: obrazovanje (povećanje osnovnog razumijevanja stanja) i društveni kontakt (humaniziranje ili 'stavljanje lica' na stanje).

Mediji mogu sudjelovati u borbi protiv stigmatiziranja kroz kampanje protiv stigme i filmove/serije/reklame s točnim prikazima osoba s mentalnim bolestima. Nudeći društvu točnije i nestigmatizirajuće prikaze pojedinaca s mentalnim bolestima doveli bi do smanjenja stigme. Smanjenjem stigme, pojedinci s mentalno oboljeli bi bili skloniji tražiti usluge koje su im potrebne. Isticanjem medijskih prikaza koji smanjuju stigmomentalnih bolesti, stručnjaci za mentalno zdravlje mogu koristiti medije kako bi proširili nadu za oporavak obiteljima i pojedincima s mentalnim bolestima. Tako pozitivni mediji portreti usmjeravaju pozornost na snagu ljudskog duha i otpornost, istovremeno nudeći precizne prikaze borbe života s duševnom bolešću. [35]

Nadalje, uloga društvenih mreža kao i kod medija je u smanjenju stigme i osvješćivanju pojedinaca o svakodnevnim borbama osoba s mentalnim bolestima. Nadalje,

često korištenje društvenih mreža u većini slučajeva povećava usamljenost i depresiju među korisnicima. Međutim, ako korisnici društvenih mreža mogu iskoristiti podršku zajednice unutar njihovih društvenih mreža, ono može utjecati na pozitivne promjene među onima s depresijom. Na primjer, korisnici internetskih zajednica specifičnih za zdravlje pokazuju interes za pronalaženjem sličnog emocionalno poticajnu, motivirajuću atmosferu unutar svoje Facebook mreže. Važno je pronaći načine za pomoć u povezivanju ljudi s članovima njihovih online društvenih mreža koji bi mogli podržati njihove zdravstvene ciljeve. [36]

5. STIGMA MENTALNOG ZDRAVLJA NA RADNOM MJESTU

Stigma je opisana kao jedna od najvećih prepreka za one kojima je dijagnosticiran mentalni poremećaj, s negativnim posljedicama koje utječu na sve aspekte života, uključujući radno mjesto. [37]

Stigma na radnom mjestu može biti štetna i za zaposlenike i za poslodavce. To može dovesti do:

- Radnika s nižom samoučinkovitošću i nižim samopoštovanjem te kompromitirati angažman u zapošljavanju,
- Ljudi koji su odbijeni za posao zbog svog mentalnog zdravstvenog stanja,
- Ljudi koji žive s problemima mentalnog zdravlja i suzdržavaju se od traženja posla ili traženja unapređenja zbog straha od diskriminacije,
- Diskriminirajućeg ponašanja menadžera i kolega ako se radnik otvori o problemu mentalnog zdravlja, kao što su:
 - Mikroupravljanje,
 - nedostatak mogućnosti za napredovanje,
 - pretjerano zaključivanje grešaka na bolest,
 - ogovaranje i društvena isključenost,
- Ljudi koji žive s problemima mentalnog zdravlja, ali ignoriraju svoje simptome, što ujedno koči prevenciju poremećaja mentalnog zdravlja, promicanje duševne dobrobiti i pružanje učinkovitog liječenja i skrbi. [38]

Iako postoje mnoge inicijative protiv stigme, prepoznaje se potreba za intervencijama na radnom mjestu, posebice budući da rastu financijski troškovi mentalnih poremećaja na radnom mjestu. Pojavljuju se posebni programi usmjereni na radno mjesto kako bi se odgovorilo na ovu potrebu. [47]

5.1. Prikupljanje podataka i metode istraživanja

Istraživanje ovog rada provedeno u dva najveća grada Republike Hrvatske među zaposlenicima različitih djelatnosti kako bi se saznali njihovi stavovi prema mentalnim bolestima i procijenilo stigmatiziranje osoba s mentalnim problemima.

Hipoteza/e istraživanja su:

Hipoteza 1. Više od 30% zaposlenih stigmatizira osobu s mentalnim poteškoćama.

Hipoteza 2. Više od 40% zaposlenih ne bi htjelo raditi s osobom s mentalnim poteškoćama.

Hipoteza 3. Više od 35% zaposlenih smatra osobu s mentalnim poteškoćama opasnom.

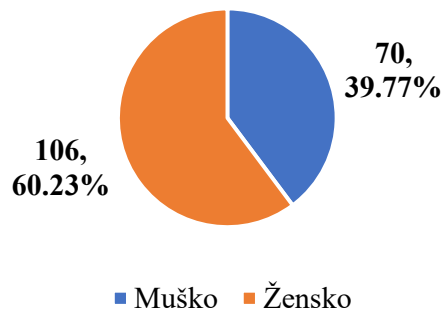
Za potrebe istraživanja preuzet je anketni upitnik iz rada: Mental Health is everybody's business: Mental Health Stigma in the workplace, autora: Raquel Agria de Almeida Mariano, sa Universidade Católica Portuguesa. Distribuiran je mrežno putem Microsoft Forms platforme u razdoblju od 1. ožujka do 1. srpnja 2024. godine. Poveznica za popunjavanje upitnika poslana je putem elektroničke pošte dvjesto najvećih firmi u Republici Hrvatskoj te je još podijeljena i putem društvenih mreža zaposlenim ispitanicima i ispitanicima s radnim iskustvom.

Na temelju rezultata istraživanja najviše je ispitanika iz područja Splita i Grada Zagreba te je iz tog razloga odlučeno za statističku analizu koristiti uzorak iz navedena dva područja, a ostala zanemariti zbog nedovoljne količine ispitanika u ostalim županijama Republike Hrvatske.

Upitnik je podijeljen u dva dijela gdje se u prvom dijelu nalaze demografska pitanja, dok drugi dio sadrži pitanja namijenjena procjenjivanju odnosa ispitanika prema izmišljenom kolegi. Prvi dio pitanja je zatvorenog tipa s ponuđenim odgovorima ili padajućim poljima, a dva su pitanja otvorenog tipa; dok se drugi dio pitanja se dijeli na Likertovu skalu s opcijama „Slažem se“ i „Ne slažem se“, a dio s opcijama „U potpunosti se slažem“, „Donekle se ne slažem“, „Niti se slažem niti ne slažem“, „Donekle se slažem“, „U potpunosti se slažem“.

5.2. Rezultati istraživanja

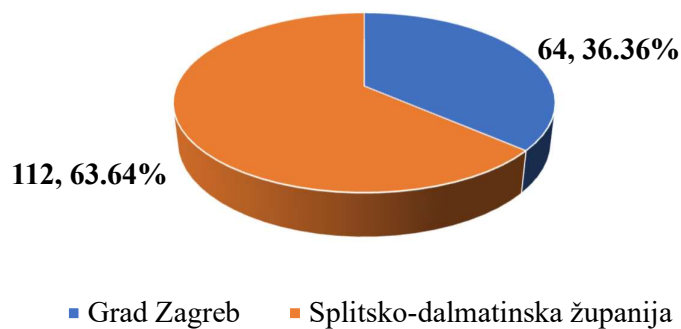
Ispitanici prema spolu



Slika 4. Odgovori na pitanje „Navedite Vaš spol“

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 176 osoba, od čega je 70 muškaraca, što čini 39,77% ispitanika. Žena je bilo 106, što predstavlja 60,23% ukupnog uzorka.

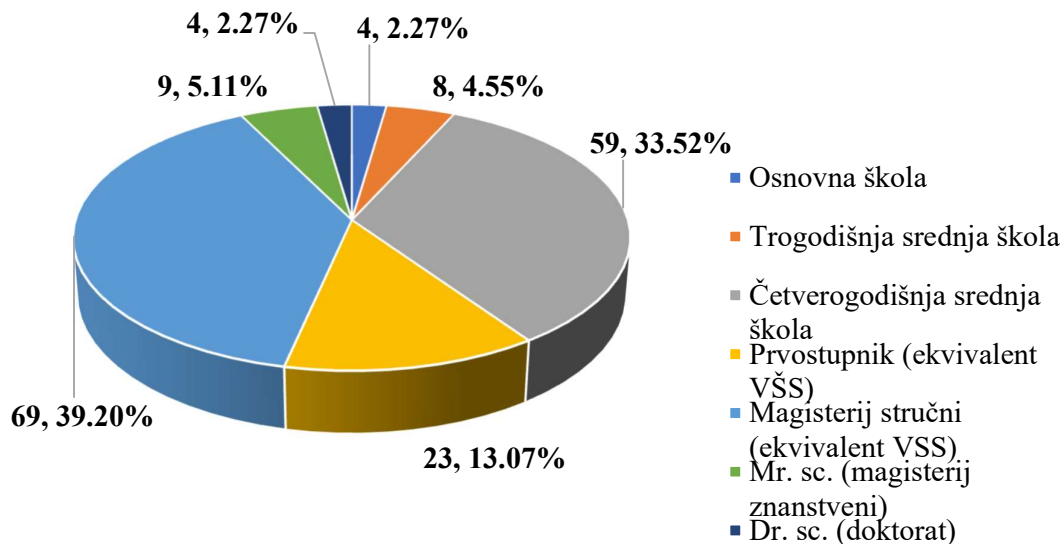
Ispitanici prema trenutnom mjestu prebivališta



Slika 5. Odgovori na pitanje „Vaše trenutno prebivalište“

Prema podacima o trenutnom prebivalištu ispitanika, 64 osobe žive u Gradu Zagrebu, što čini 36,36% uzorka. U Splitu živi 112 ispitanika, što predstavlja 63,64% ukupnog broja ispitanika istraživanja.

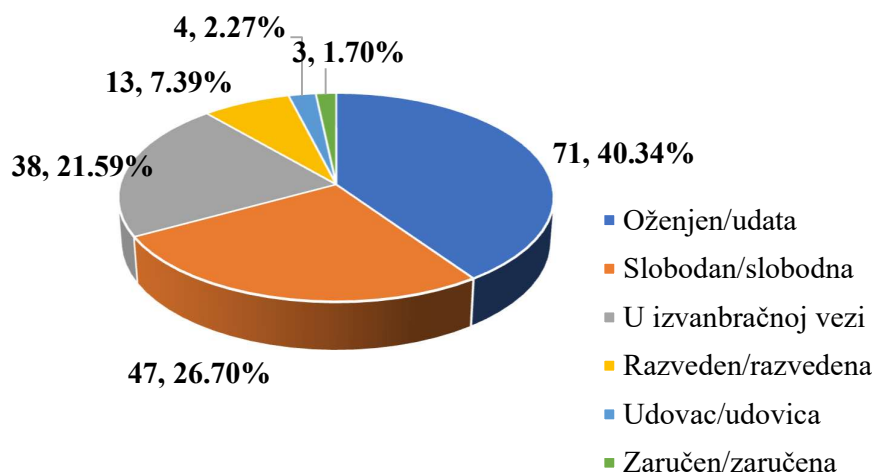
Ispitanici prema najvišem stupnju obrazovanja



Slika 6. Odgovori na pitanje „Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja“

Prema podacima o najvišem završenom stupnju obrazovanja, 4 ispitanika završilo je osnovnu školu, što čini 2,27% uzorka. Trogodišnju srednju školu završilo je 8 ispitanika (4,55%), dok je četverogodišnju srednju školu završilo 59 ispitanika (33,52%). Prvostupnik (ekvivalent VŠS) je 23 ispitanika, što čini 13,07% ukupnog broja ispitanika. Magisterij stručni (ekvivalent VSS) ima 69 ispitanika, što predstavlja 39,21%. Magisterij znanstveni (mr. sc.) završilo je 9 ispitanika (5,11%), a doktorat (dr. sc.) imaju 4 ispitanika, što čini 2,27% uzorka.

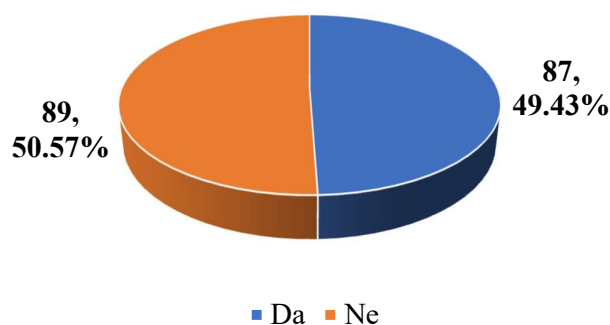
Ispitanici prema bračnom statusu



Slika 7. Odgovori na pitanje „Vaše trenutni bračni status“

Prema podacima o trenutnom bračnom statusu ispitanika, 71 osoba je oženjena ili udata, što čini 40,34% uzorka. Slobodnih ispitanika ima 47, što predstavlja 26,71%. U izvanbračnoj vezi je 38 ispitanika, što čini 21,59%. Razvedenih ispitanika je 13, odnosno 7,39%, dok je udovaca ili udovica 4, što predstavlja 2,27%. Zaručenih ispitanika ima 3, što čini 1,71% uzorka.

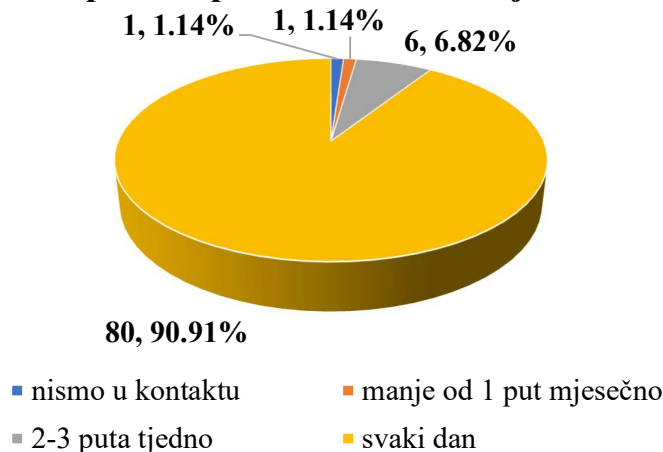
Ispitanici prema roditeljstvu



Slika 8. Odgovori na pitanje „Imate li djece“

Prema podacima o roditeljstvu, 87 ispitanika ima djecu, što čini 49,43% uzorka. S druge strane, 89 ispitanika nema djecu, što predstavlja 50,57% ukupnog broja ispitanika.

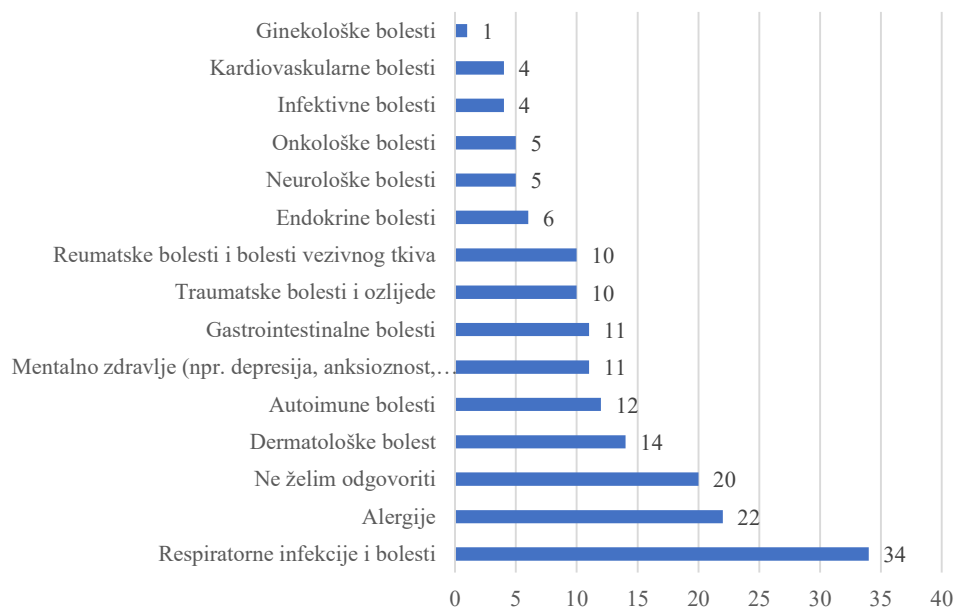
Ispitanici prema kontaktu s djecom



Slika 9. Odgovori na pitanja „Koliko ste često s njima u kontaktu“

Prema podacima o učestalosti kontakta s djecom, 1 ispitanik (0,57%) nije u kontaktu s njima, a također 1 ispitanik (0,57%) je u kontaktu manje od jednom mjesečno. Kontakt 2-3 puta tjedno ima 6 ispitanika, što čini 3,41% uzorka. Svaki dan u kontaktu sa svojom djecom je 80 ispitanika, što predstavlja 45,46%.

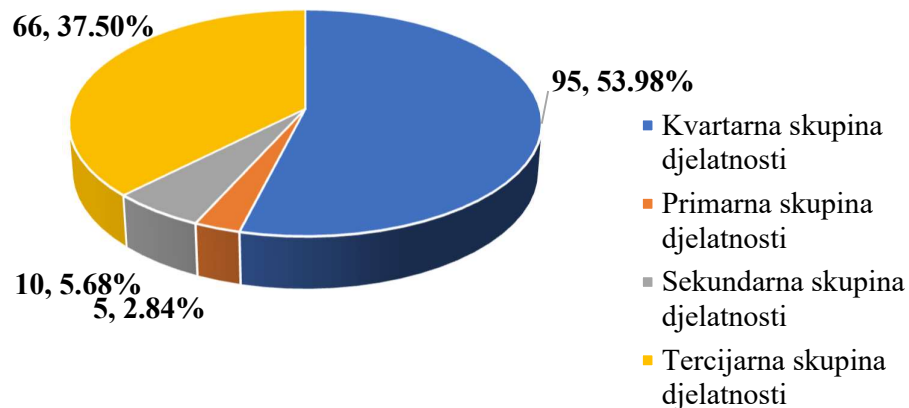
Ispitanici prema liječenju od ponuđenih bolesti/poremećaja u zadnja 3 mjeseca



Slika 10. Odgovori na pitanje „Jeste li se u zadnja tri mjeseca liječili od neke od slijedećih bolesti ili poremećaja“

Od ukupno 176 ispitanika, njih 34, što je 19,32%, prijavilo je da su se u posljednja tri mjeseca liječili od respiratornih infekcija i bolesti. Alergije su prijavile 22 osobe, što čini 12,50% ispitanika. U kategoriji „Ne želim odgovoriti“ nalazi se 20 ispitanika, što predstavlja 11,36%. Dermatološke bolesti su prijavile 14 osobe, što je 7,95%. Autoimune bolesti su navedene od strane 12 ispitanika, što čini 6,82%. Problemi mentalnog zdravlja, uključujući depresiju i anksioznost, prijavljeni su kod 11 ispitanika, što je 6,25%, a toliko je prijavljeno i gastrointestinalnih bolesti. Traumatske bolesti i ozljede su prijavili 10 ispitanika, što čini 5,68%, dok su reumatske bolesti i bolesti vezivnog tkiva prijavljene kod 10 osoba, što je 5,68%. Endokrine bolesti su prijavljene od strane 6 ispitanika, što je 3,41%. Neurološke i onkološke bolesti su prijavljene kod po 5 ispitanika, što čini 2,84% za svaku od tih kategorija. Infektivne i kardiovaskularne bolesti su prijavile po 4 osobe, što je 2,27% za svaku od njih. Na kraju, samo 1 ispitanik je prijavio ginekološke bolesti, što predstavlja 0,57%.

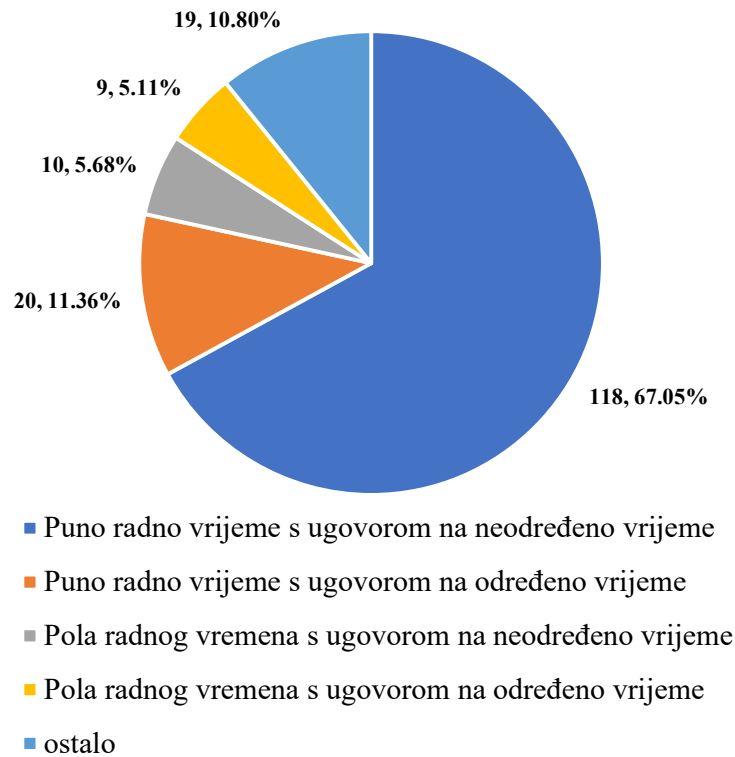
Ispitanici prema djelatnosti kojoj pripada organizacija u kojoj rade



Slika 11. Odgovori na pitanje „Kojoj skupini djelatnosti pripada organizacija u kojoj ste zaposleni“

Prema podacima o djelatnosti organizacija u kojima su ispitanici zaposleni, 95 ispitanika (53,98%) radi u kvartarnoj skupini djelatnosti. U primarnoj skupini djelatnosti zaposleno je 5 ispitanika, što čini 2,84% uzorka. U sekundarnoj skupini djelatnosti radi 10 ispitanika (5,68%), dok je u tercijarnoj skupini djelatnosti zaposleno 66 ispitanika, što predstavlja 37,5% ukupnog broja ispitanika.

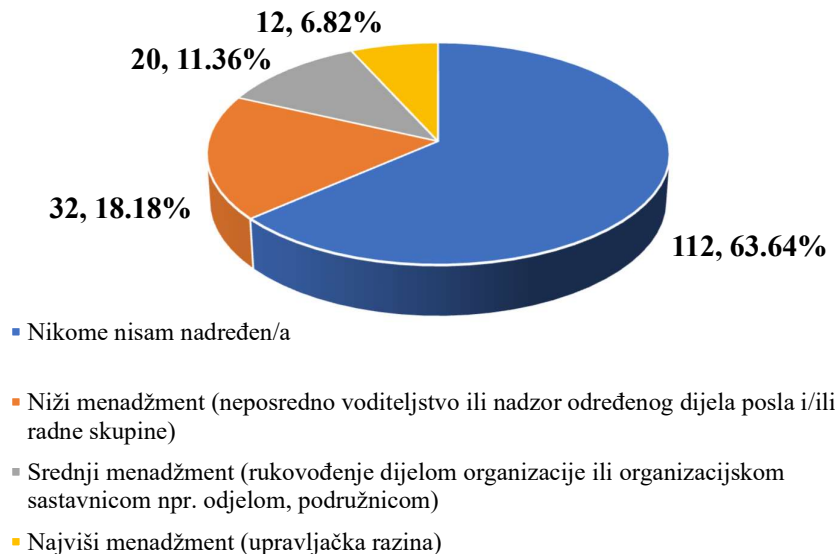
Ispitanici prema tipu radnog odnosa



Slika 12. Odgovori na pitanje „U radnom odnosu ste na“

Većina ispitanika je zaposlena na puno radno vrijeme s ugovorom na neodređeno vrijeme, što čini 67,05% ukupnog broja. Manji postotak, 11,36%, radi na puno radno vrijeme s ugovorom na određeno vrijeme, dok 5,68% ispitanika ima posao na pola radnog vremena s ugovorom na neodređeno vrijeme. Također, 5,11% ispitanika je zaposleno na pola radnog vremena s ugovorom na određeno vrijeme. Kategorija "ostalo" obuhvaća 10,80% ispitanika, što sugerira da postoji manji, ali značajan postotak zaposlenika s različitim oblicima radnih odnosa koji nisu specifično navedeni u ostalim kategorijama.

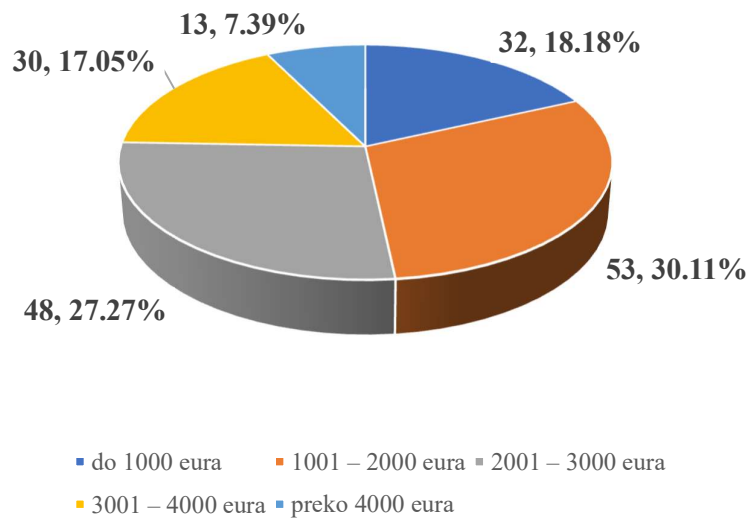
Ispitanici prema razini rukovođenja u organizaciji



Slika 13. Odgovori na pitanje „Vaša razina rukovođenja u organizaciji je“

Prema odgovorima ispitanika, 112 osoba, što čini 63,64%, nije nadređena nikome u organizaciji. Oko 32 ispitanika, ili 18,18%, obnaša ulogu nižeg menadžmenta, što uključuje neposredno voditeljstvo ili nadzor određenog dijela posla i/ili radne skupine. Srednji menadžment, koji obuhvaća rukovođenje dijelom organizacije ili organizacijskom sastavnicom, npr. odjelom ili podružnicom, predstavlja 20 ispitanika, što čini 11,36%. Najviši menadžment, koji se odnosi na upravljачku razinu, uključuje 12 ispitanika, ili 6,82%.

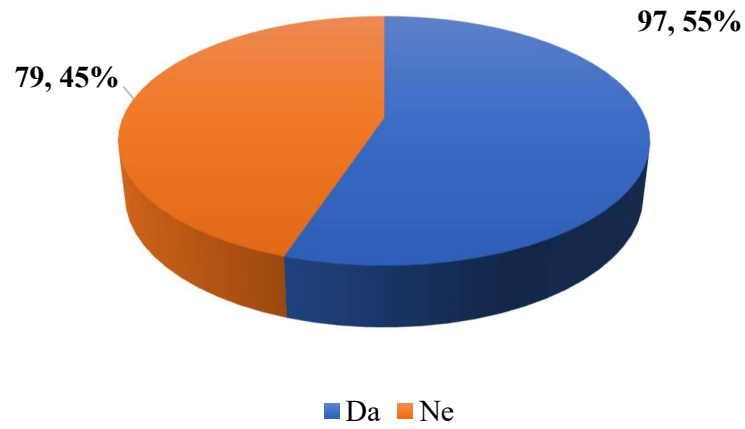
Ispitanici prema finansijskim prihodima kućanstva



Slika 14. Odgovori na pitanje „Ukupni mjesečni finansijski prihod Vašeg kućanstva“

Prema odgovorima ispitanika, 32 osobe, što čini 18,18%, imaju ukupni mjesečni finansijski prihod svog kućanstva do 1000 eura. Njih 53, ili 30,11%, imaju prihod u rasponu od 1001 do 2000 eura. 48 ispitanika, što čini 27,27%, ima prihod od 2001 do 3000 eura. 30 ispitanika, ili 17,05%, ima prihod u rasponu od 3001 do 4000 eura, dok 13 ispitanika, što čini 7,39%, ima prihod veći od 4000 eura.

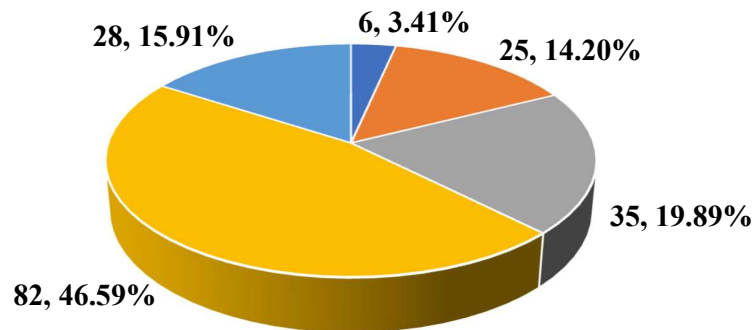
**Ispitanici prema hobiju ili sustavnom
interesu izvan poslovnog života kojeg
najmanje 1 put na tjedan upražnjavate**



Slika 15. Odgovori na pitanje „Imate li hobi ili sustavni interes izvan poslovnog života kojeg najmanje 1 put na tjedan upražnjavate“

Prema odgovorima ispitanika, 97 osoba, što čini 55,11%, ima hobi ili sustavni interes izvan poslovnog života koji upražnjava najmanje jednom tjedno. S druge strane, 79 ispitanika, ili 44,89%, ne upražnjava takve hobije ili interese.

Ispitanici prema zadovoljstvu trenutnim životom

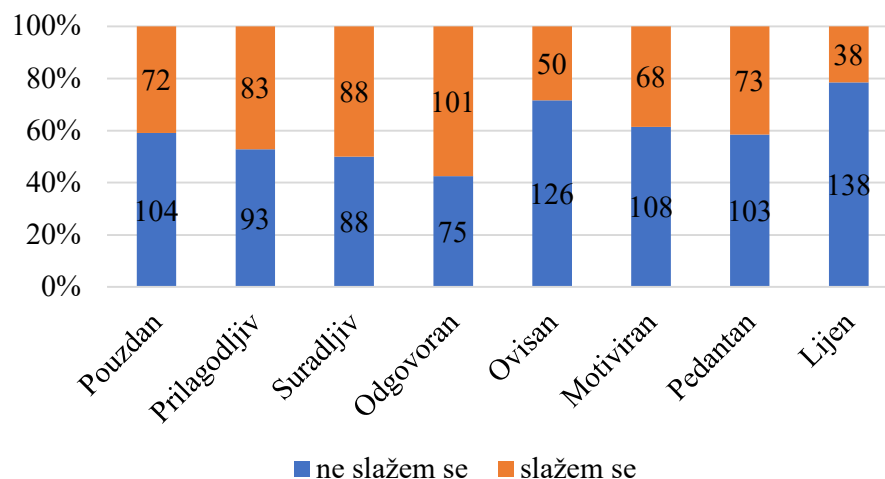


- Nimalo zadovoljan/a
- Donekle zadovoljan/a
- Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a
- Poprilično zadovoljan/a
- Iznimno zadovoljan/a

Slika 16. Odgovori na pitanje „Kako biste ocijenili svoje zadovoljstvo trenutnim životom“

Prema odgovorima ispitanika, 6 osoba, što čini 3,41%, izjavljuje da nisu nimalo zadovoljni svojim trenutnim životom. Dvadeset i pet ispitanika, ili 14,21%, donekle su zadovoljni. Trideset i pet ispitanika, što čini 19,89%, ni zadovoljni ni nezadovoljni su. Većina, 82 ispitanika, ili 46,59%, je poprilično zadovoljna svojim životom. Na kraju, 28 ispitanika, što predstavlja 15,91%, izuzetno su zadovoljni svojim trenutnim životom.

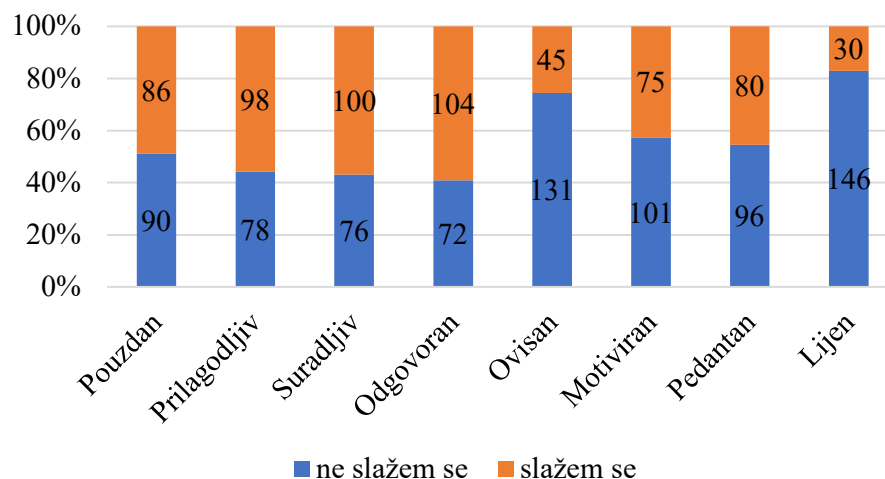
Odgovori na pitanje „Kako biste opisali Ivana da je on Vaš radni kolega“



Slika 17. Odgovori na pitanje „Kako biste opisali Ivana da je on Vaš radni kolega“ prije dijagnosticirane depresije i problema s koljenom

Prema odgovorima ispitanika o opisu Ivana kao radnog kolege, 104 ispitanika, što čini 57,78%, smatra da je Ivan pouzdan, dok 72 ispitanika, ili 40,00%, ne slažu s ovom karakteristikom. Kada je riječ o prilagodljivosti, 93 ispitanika (51,67%) smatra da je Ivan prilagodljiv, dok 83 ispitanika (46,11%) ne slažu. Ivan je također opisan kao suradljiv od strane 88 ispitanika (49,44%), dok 88 ispitanika (49,44%) ne slažu s tom karakteristikom. Što se tiče odgovornosti, 75 ispitanika (41,67%) smatra da je Ivan odgovoran, dok 101 ispitanik (56,11%) ne slažu s ovom tvrdnjom. Većina ispitanika, njih 126 (70,00%), ne smatra da je Ivan ovisan, dok 50 ispitanika (27,78%) smatra da jest. Kada je riječ o motiviranosti, 108 ispitanika (60,00%) smatra da je Ivan motiviran, dok 68 ispitanika (37,78%) ne slažu. Ivan je također opisan kao pedantan od strane 103 ispitanika (57,22%), dok 73 ispitanika (40,56%) ne slažu s ovom karakteristikom. Na kraju, većina ispitanika, njih 138 (76,67%), smatra da je Ivan lijen, dok 38 ispitanika (21,11%) ne slažu s tom tvrdnjom.

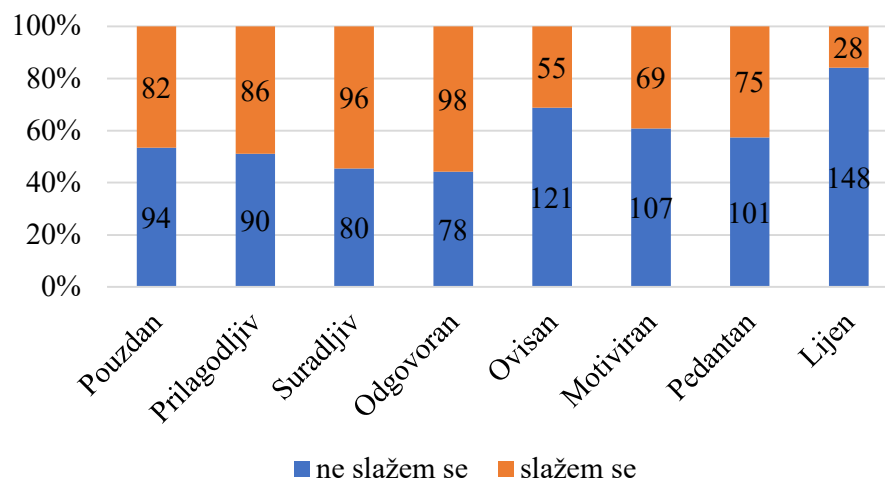
Odgovori na pitanje „Kako biste opisali Ivana da je on Vaš radni kolega“



Slika 18. Odgovori na pitanje „Nakon što su Ivana pregledali različiti liječnici, dijagnosticiran mu je problem s koljenom. Kako biste opisali Ivana da je on Vaš kolega na radnom mjestu“

Ako bih opisao Ivana kao radnog kolegu, većina kolega smatra da je pouzdan, s 90 (51,06%) koji se ne slažu i 86 (48,94%) koji se slažu s tom karakteristikom. Ivan je također viđen kao prilagodljiv, s 78 (44,83%) koji se ne slažu i 98 (55,17%) koji se slažu. Kada je u pitanju suradljivost, 76 (43,64%) smatra da nije suradljiv, dok 100 (56,36%) smatra da jest. Ivan se doživljava kao odgovoran s 72 (40,00%) koji se ne slažu i 104 (60,00%) koji se slažu. U vezi s ovisnošću, 131 (74,43%) kolega se ne slaže s tom karakteristikom, dok 45 (25,57%) smatra da je Ivan ovisan. Motiviranost je također pozitivno ocijenjena, s 101 (57,95%) koji se ne slažu i 75 (42,05%) koji se slažu da je Ivan motiviran. Što se tiče pedantnosti, 96 (54,55%) smatra da Ivan nije pedantan, dok 80 (45,45%) smatra da jest. Na kraju, Ivan se u najvećoj mjeri ne doživljava kao lijen, s 146 (83,33%) koji se ne slažu i 30 (16,67%) koji se slažu s tom karakteristikom. Sveukupno, Ivan se većinom opisuje pozitivno, dok su negativne karakteristike, poput lijenosti i ovisnosti, u značajnoj mjeri odbijene.

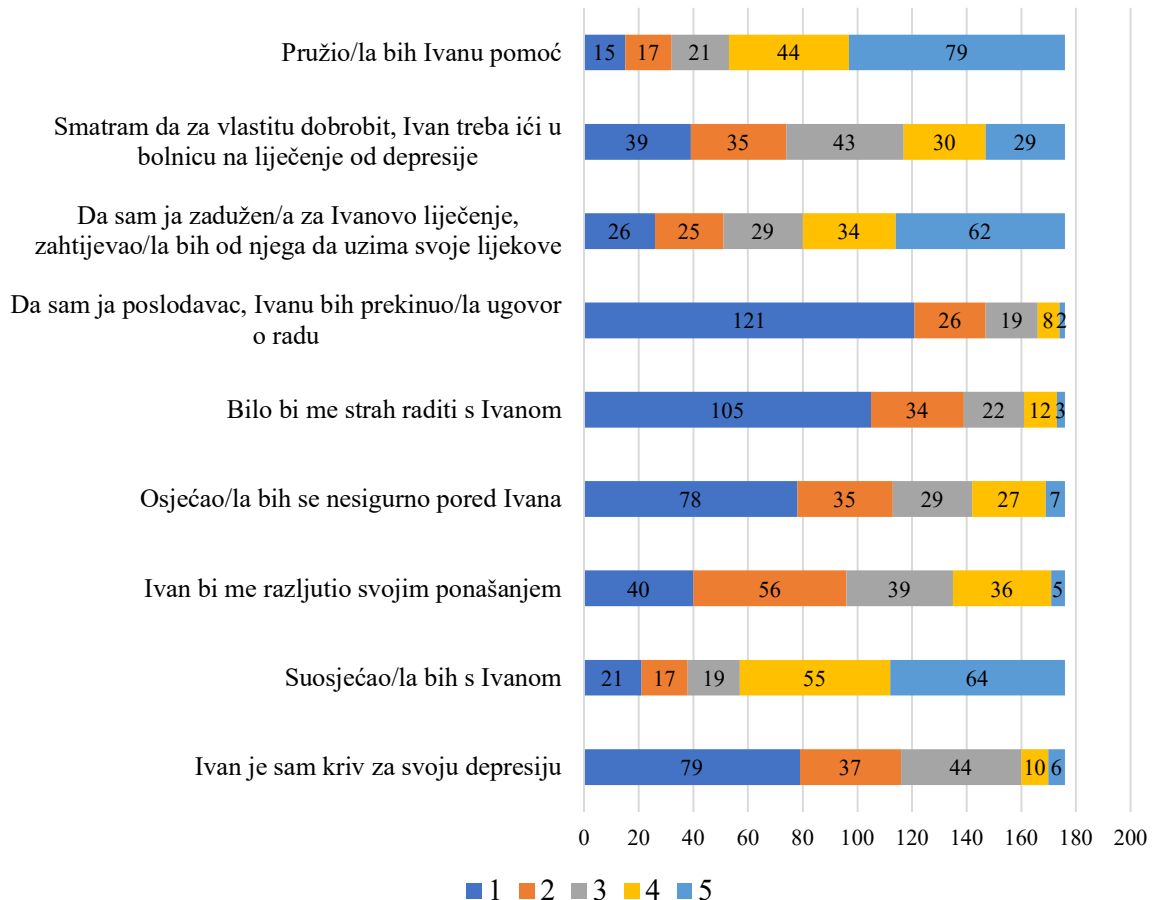
Odgovori na pitanje „Kako biste opisali Ivana da je on Vaš radni kolega“



Slika 19. Odgovori na pitanje „Nakon što su Ivana pregledali različiti liječnici, dijagnosticirana mu je depresija. Kako biste opisali Ivana da je on Vaš kolega na radnom mjestu“

Ako bih opisao Ivana kao radnog kolegu, većina kolega vidi Ivana kao pouzdanu osobu, s 94 (53,49%) koji se ne slažu i 82 (46,51%) koji se slažu s tom karakteristikom. Kada je riječ o prilagodljivosti, 90 (51,69%) smatra da Ivan nije prilagodljiv, dok 86 (48,31%) smatra da jest. Ivan se također doživljava kao suradljiv, s 80 (45,98%) koji se ne slažu i 96 (54,02%) koji se slažu. Što se tiče odgovornosti, 78 (44,83%) kolega ne smatra da je Ivan odgovoran, dok 98 (55,17%) smatra da jest. U vezi s ovisnošću, 121 (68,75%) kolega smatra da Ivan nije ovisan, dok 55 (31,25%) smatra da jest. Ivan se također viđa kao motiviran, s 107 (60,67%) koji se ne slažu i 69 (39,33%) koji se slažu. Kada je riječ o pedantnosti, 101 (57,95%) kolega smatra da Ivan nije pedantan, dok 75 (42,05%) smatra da jest. Na kraju, percepcija o Ivanovoj lijenosti je vrlo negativna, s 148 (84,44%) koji se ne slažu i 28 (15,56%) koji se slažu s tom karakteristikom. Dakle, Ivan se većinom opisuje pozitivno u pogledu pouzdanosti, prilagodljivosti, suradljivosti, odgovornosti i motiviranosti, dok su percepcije o njegovoj ovisnosti i lijenosti u velikoj mjeri negativne.

Ispitanici prema percepciji mentalnog zdravlja na radnom mjestu

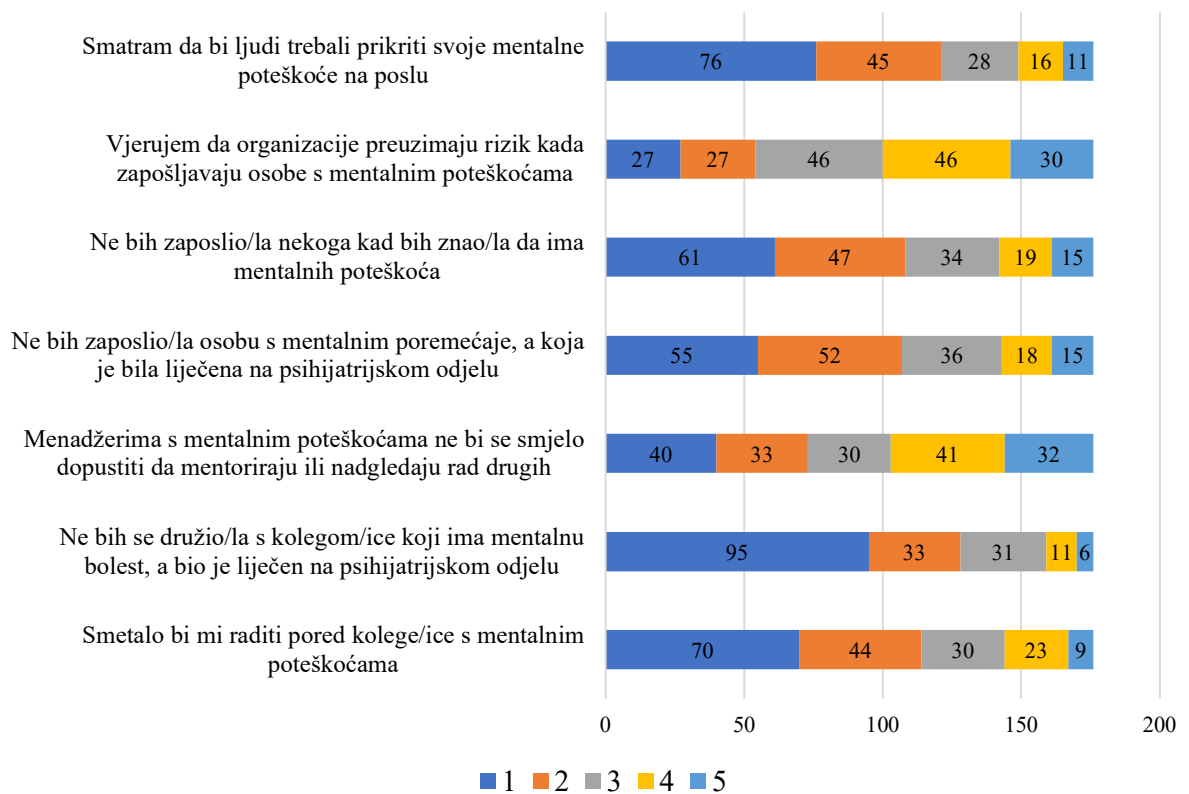


Slika 20. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1-5 te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom)“

Većina ispitanika ne smatra da je Ivan sam kriv za svoju depresiju, s 79 (44,89%) koji potpuno ne slažu s tom tvrdnjom i 6 (3,41%) koji u potpunosti smatraju da je Ivan kriv. S druge strane, postoji značajna razina suosjećanja prema Ivanu, pri čemu 64 (36,36%) ispitanika potpuno slažu s tvrdnjom da bi suosjećali s njim, dok manji postotak pokazuje minimalnu razinu suosjećanja. Kada je riječ o tome hoće li Ivan razljutiti ispitanike svojim ponašanjem, stavovi su mješoviti. Dok 56 (31,82%) ispitanika smatra da bi Ivan umjereno mogao razljutiti, 40 (22,73%) vjeruju da bi ih Ivan mogao razljutiti, dok manji broj smatra da bi ih Ivan u velikoj mjeri razljutio. Medijan i IQR su 2,00 (2,00-3,00), što ukazuje da su stavovi većinom umjereni. Percepcija o osjećaju nesigurnosti pored Ivana također varira, s 78 (44,32%) ispitanika koji potpuno ne osjećaju nesigurnost, dok manji postotak osjeća

umjerenu ili blagu nesigurnost. Slična dinamika se pojavljuje u vezi sa strahom od rada s Ivanom, gdje 105 (59,66%) izražava nizak strah, a 3 (1,70%) izražava visoku zabrinutost. Kada je riječ o prekidu ugovora o radu, stavovi su prilično pozitivni, s 121 (68,75%) ispitanika koji niti malo nemaju želju za prekidom ugovora s Ivanom, dok manji broj smatra da bi izgledno to učinili. Percepcija o tome da bi Ivan trebao uzimati lijekove pokazuje da se 62 (35,23%) ispitanika potpuno slažu da bi zahtijevali uzimanje lijekova, dok su stavovi o potrebi za bolničkim liječenjem umjereno podijeljeni, s 39 (22,16%) koji smatraju da liječenje nije potrebno. Na kraju, većina ispitanika pokazuje spremnost da pruži pomoć Ivanu, s 79 (44,89%) koji bi potpuno pružili pomoć i 44 (25,00%) koji bi to učinili u umjerenom mjeri.

Ispitanici prema percepciji mentalnog zdravlja na radnom mjestu

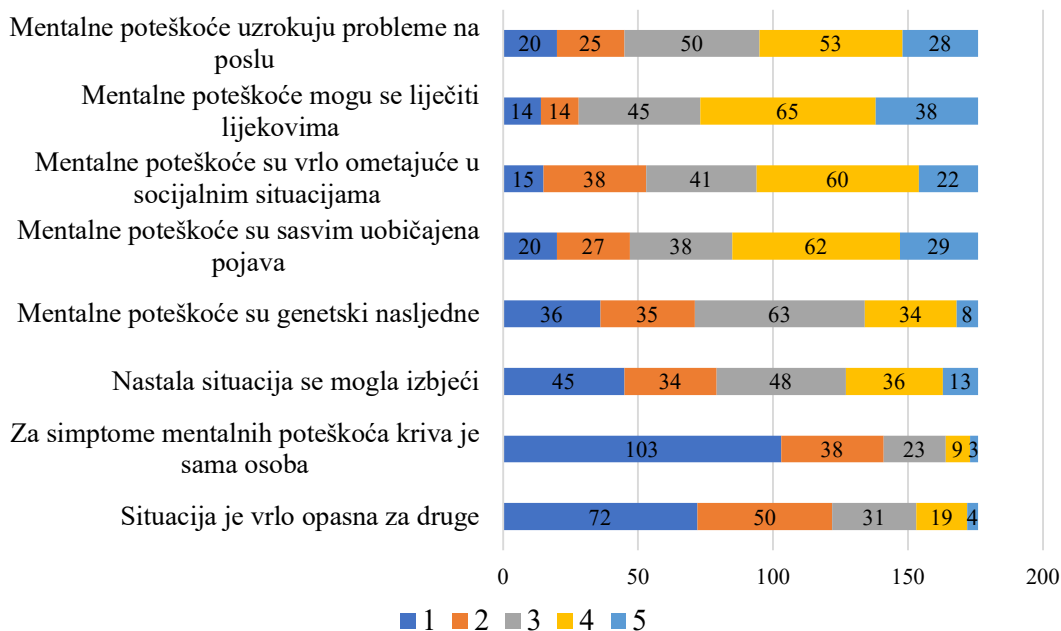


Slika 21. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1-5 te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom)“

Mnogi ispitanici izražavaju nisku razinu zabrinutosti zbog rada pored kolege s mentalnim poteškoćama. Konkretno, 70 (40,91%) njih potpuno smatra da im ne bi smetalo

raditi pored takvog kolege, dok 44 (25,00%) izražavaju umjerenu zabrinutost. Manje je onih koji smatraju da ne bi raditi pored kolege s mentalnim poteškoćama bilo prihvatljivo, s 23 (13,07%) i 9 (5,11%) koji su u toj skupini. Niska je razina skepticizma prema druženju s kolegom koji je bio liječen na psihijatrijskom odjelu. Naime, 95 (54,11%) potpuno prihvaćaju takva druženja, dok 33 (18,75%) i 31 (17,57%) izražavaju umjerenu i blagu sklonost. Samo manji postotak smatra da se ne bi mogli družiti s takvim kolegom, s 11 (6,25%) i 6 (3,41%) u višim kategorijama slaganja. Stavovi prema menadžerima s mentalnim poteškoćama su pomiješani. Dok 40 (22,73%) potpuno smatraju da bi trebali biti dopušteni mentorski ili nadgledni zadaci, 32 (18,18%) potpuno smatraju da ne bi trebali imati te mogućnosti. Središnja pozicija s 41 (23,32%) smatra da je to umjereno prihvatljivo. Kada je riječ o zapošljavanju osoba s mentalnim poremećajima koje su bile liječenje na psihijatrijskom odjelu, 55 (31,25%) ispitanika potpuno podržavaju zapošljavanju takvih osoba, dok 52 (29,55%) također izražavaju umjerenu sklonost. Samo manji broj ispitanika ne smatra da bi zapošljavanje bilo prihvatljivo, s 18 (10,23%) i 15 (8,52%) u višim kategorijama ne slaganja. Sličan obrazac se pojavljuje u vezi s zapošljavanjem osoba za koje je poznato da imaju mentalnih poteškoća. Ovdje 61 (34,78%) ispitanika potpuno podržavaju zapošljavanju takvih osoba, dok 47 (26,84%) izražavaju umjerenu nesklonost. Samo manji broj smatra da zapošljavanje ne bi bilo prihvatljivo, s 19 (10,80%) i 15 (8,52%) u višim kategorijama neslaganja. Percepcija o riziku koji organizacije preuzimaju zapošljavanjem osoba s mentalnim poteškoćama pokazuje da 46 (26,14%) smatra da organizacije preuzimaju nizak rizik, dok 30 (17,05%) smatraju da je visok rizik. Isto tako, 27 (15,34%) smatraju da je riječ o izrazito niskom riziku. Na kraju, stavovi prema potrebi prikrivanja mentalnih poteškoća na poslu su prilično pozitivni. Većina, s 76 (43,18%) potpuno smatra da ljudi ne bi trebali prikriti svoje mentalne poteškoće, dok 45 (25,56%) također izražavaju nisku potrebu za prikrivanjem. Samo manji broj smatra da je prikrivanje potrebno, s 16 (9,09%) i 11 (6,25%) u višim kategorijama stava.

Ispitanici prema percepciji mentalnog zdravlja na radnom mjestu



Slika 22. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1-5 te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom) te vlastite stavove o situaciji koju je Ivan izazvao na svom radnom mjestu“

Većina ispitanika ne smatra da situacija s mentalnim poteškoćama može biti vrlo opasna za druge, s 72 (39,77%) koji potpuno ne slažu s ovom tvrdnjom, dok 50 (28,41%) izražavaju umjerenu zabrinutost. Manji broj ispitanika, 19 (10,80%) i 4 (2,27%), smatra da je situacija opasna za druge. Pitanje o krivici za simptome mentalnih poteškoća pokazuje da 103 (58,52%) ispitanika vjeruju da osoba nije je sama kriva za svoje simptome, dok 38 (21,59%) i 23 (13,07%) izražavaju umjereno ili blago slaganje s tom tvrdnjom. Samo mali broj smatra da je krivnja na osobi, s 9 (5,11%) i 3 (1,70%). Stavovi o tome može li se nastala situacija s mentalnim poteškoćama izbjeći su mješoviti. Dok 45 (25,56%) smatraju da se situacija nije mogla potpuno izbjeći, 36 (20,45%) vjeruju da je to umjereno moguće, dok 48 (27,27%) izražavaju umjerenu sigurnost. Manji postotak smatra da situaciju nije bilo moguće izbjeći, s 13 (7,42%) koji potpuno slažu. Kada je riječ o genetskoj nasljednosti mentalnih poteškoća, 63 (35,23%) ispitanika u umjerenom razini vjeruju da mentalne poteškoće genetski nasljedne, dok 36 (20,45%) i 35 (19,89%) izražavaju umjerenu ili blagu nesuglasnost s tom tvrdnjom. Manji broj, 34 (19,32%) i 8 (4,55%), smatra da su mentalne poteškoće genetski nasljedne. Postoji značajna rasprostranjenost mišljenja da su mentalne poteškoće uobičajena

pojava, s 62 (35,23%) koji se slažu s tim tvrdnjom, dok 29 (16,48%) izražavaju izrazito slaganje. Manji broj ispitanika smatra da mentalne poteškoće nisu uobičajene, s 20 (11,36%) i 27 (15,34%). U vezi s time koliko su mentalne poteškoće ometajuće u socijalnim situacijama, 60 (34,09%) smatraju da su one ometajuće, dok 41 (23,32%) i 38 (21,59%) izražavaju umjereno ili nisko slaganje. Manji broj smatra da mentalne poteškoće nisu značajno ometajuće, s 15 (8,52%) koji potpuno ne slažu. Postoji uvjerenje da se mentalne poteškoće mogu liječiti lijekovima, s 65 (36,84%) koji se slažu s tim, dok 45 (25,56%) i 14 (8,52%) izražavaju nisku ili blagu suglasnost. Manji broj smatra da lijekovi nisu učinkoviti, s 14 (8,52%) ispitanika. Na kraju, 53 (30,23%) ispitanika smatra da mentalne poteškoće uzrokuju probleme na poslu, dok 50 (28,41%) izražavaju umjerenu zabrinutost. Manji postotak smatra da mentalne poteškoće ne uzrokuju značajne probleme na poslu, s 20 (11,36%) i 25 (14,20%) ispitanika.

U nastavku se prezentiraju rezultati provedenog testiranja.

Tablica 3. Odgovori na pitanje „Kako biste opisali Ivana da je on Vaš radni kolega“

Odgovori na pitanje „Kako biste opisali Ivana da je on Vaš radni kolega“	ne slažem se		Slažem se		χ^2	P
	n	%	n	%		
Pouzdan	104	59,09	72	40,91	5,82	0,016
Prilagodljiv	93	52,84	83	47,16	0,57	0,451
Suradljiv	88	50,00	88	50,00	0,00	>0,999
Odgovoran	75	42,61	101	57,39	3,84	0,050
Ovisan	126	71,59	50	28,41	32,82	<0,001
Motiviran	108	61,36	68	38,64	9,09	0,003
Pedantan	103	58,52	73	41,48	5,11	0,024
Lijen	138	78,41	38	21,59	56,82	<0,001

Analiza stavova o Ivanu kao radnom kolegi pokazuje značajne varijacije u percepcijama njegovih osobina. Većina ispitanika smatra da Ivan nije pouzdan, s 59,09% onih koji se ne slažu s tvrdnjom da je pouzdan, dok 40,91% smatra da jeste. Također, postoji značajna razlika u percepciji Ivanove ovisnosti, gdje 71,59% ispitanika ne vidi Ivana kao ovisnog, a samo 28,41% slaže s tom tvrdnjom, što ukazuje na vrlo značajnu statističku razliku s p-vrijednošću <0,001. Kad je riječ o motivaciji, 61,36% ispitanika ne smatra Ivana motiviranim, dok 38,64% izražava suprotno mišljenje, a statistička analiza pokazuje značajnu razliku s p-vrijednošću od 0,003. Slične značajne razlike u percepciji nalazimo i kod pedantnosti, gdje 58,52% ispitanika ne smatra Ivana pedantnim, a 41,48% smatra da jeste, uz p-vrijednost od 0,024. Stavovi o Ivanovoj lijenosti pokazuju da 78,41% ispitanika ne smatra Ivana lijenim, dok samo 21,59% slaže s tom tvrdnjom, uz izuzetno značajnu p-

vrijednost od $<0,001$. Kod odgovornosti, većina, 57,39%, slaže se da je Ivan odgovoran, dok 42,61% smatra suprotno, što ukazuje na blagu značajnost s p-vrijednošću od 0,050. Percepcije Ivanove prilagodljivosti i suradljivosti su relativno uravnotežene, s 52,84% ispitanika koji se ne slažu da je Ivan prilagodljiv i 47,16% koji se slažu, te 50% koji smatraju da je Ivan suradljiv, dok drugih 50% ima suprotno mišljenje. Statističke analize za ove karakteristike pokazuju da ne postoji značajna razlika u stavovima (p-vrijednost za prilagodljivost je 0,451, a za suradljivost je $>0,999$). Na kraju, percepcija da li mentalne poteškoće uzrokuju probleme na poslu pokazuje da 30,23% ispitanika smatra da uzrokuju značajne probleme, dok 28,41% izražava umjerenu zabrinutost, a ostali umanjuju značaj tih poteškoća na poslu.

Tablica 4. Odgovori na pitanje „Nakon što su Ivana pregledali različiti liječnici, dijagnosticiran mu je problem s koljenom. Kako biste opisali Ivana da je on Vaš kolega na radnom mjestu“

Odgovori na pitanje „Nakon što su Ivana pregledali različiti liječnici, dijagnosticiran mu je problem s koljenom. Kako biste opisali Ivana da je on Vaš kolega na radnom mjestu“	ne slažem se		Slažem se		χ^2	P
	n	%	n	%		
Pouzdan	90	51,14	86	48,86	0,09	0,763
Prilagodljiv	78	44,32	98	55,68	2,27	0,132
Suradljiv	76	43,18	100	56,82	3,27	0,070
Odgovoran	72	40,91	104	59,09	5,82	0,016
Ovisan	131	74,43	45	25,57	42,02	$<0,001$
Motiviran	101	57,39	75	42,61	3,84	0,050
Pedantan	96	54,55	80	45,45	1,46	0,228
Lijen	146	82,95	30	17,05	76,46	$<0,001$

Većina ispitanika smatra da Ivan nije pouzdan, s 90 (51,14%) onih koji se ne slažu s tom tvrdnjom i 86 (48,86%) koji se slažu. Statistička analiza pokazuje da ne postoji značajna razlika u percepcijama pouzdanosti s χ^2 vrijednošću od 0,09 i p-vrijednošću od 0,763. Slično, stavovi o Ivanovoj prilagodljivosti su relativno uravnoteženi; 78 (44,32%) ispitanika ne slažu se da je Ivan prilagodljiv, dok 98 (55,68%) smatraju da jeste. Statistička analiza pokazuje da ne postoji značajna razlika s χ^2 vrijednošću od 2,27 i p-vrijednošću od 0,132. Kada je riječ o suradljivosti, 76 (43,18%) ispitanika ne slažu se s tvrdnjom da je Ivan suradljiv, dok 100 (56,82%) slažu. Iako postoji blaga tendencija ka značajnoj razlici, statistički test pokazuje p-vrijednost od 0,070, što ukazuje na marginalnu značajnost. Stavovi o Ivanovoj odgovornosti su značajni, s 72 (40,91%) koji ne smatraju Ivana odgovornim i

104 (59,09%) koji slažu s tom tvrdnjom, uz χ^2 vrijednost od 5,82 i p-vrijednost od 0,016, što ukazuje na značajnu razliku u percepcijama. Percepcije Ivanove ovisnosti su vrlo izražene; 131 (74,43%) smatra da Ivan nije ovisan, dok samo 45 (25,57%) slažu s tom tvrdnjom. Ova stavka pokazuje vrlo značajnu razliku s χ^2 vrijednošću od 42,02 i p-vrijednošću <0,001. U vezi s motivacijom, 101 (57,39%) ispitanika ne smatra Ivana motiviranim, dok 75 (42,61%) izražava suprotno mišljenje. Statistička analiza pokazuje blagu značajnost s χ^2 vrijednošću od 3,84 i p-vrijednošću od 0,050. Za pedantnost, 96 (54,55%) ispitanika ne slažu se da je Ivan pedantan, dok 80 (45,45%) smatraju da jeste. Statistički test pokazuje da ne postoji značajna razlika u stavovima s χ^2 vrijednošću od 1,46 i p-vrijednošću od 0,228. Na kraju, stavovi o Ivanovoj lijenosti su najizraženiji, s 146 (82,95%) koji ne smatraju Ivana lijenim, dok samo 30 (17,05%) slažu s tom tvrdnjom. Statistička analiza pokazuje vrlo značajnu razliku s χ^2 vrijednošću od 76,46 i p-vrijednošću <0,001. Sveukupno, rezultati ukazuju na značajne razlike u percepciji Ivanovih osobina poput odgovornosti, ovisnosti i lijenosti, dok su stavovi o njegovoj prilagodljivosti, suradljivosti i pedantnosti manje izraženi. Ovi uvidi mogu pomoći u razumijevanju kako se Ivan doživljava u radnom okruženju nakon dijagnoze problema s koljenom i sugeriraju potrebu za daljnjim istraživanjem ili podrškom.

Tablica 5. Odgovori na pitanje „Nakon što su Ivana pregledali različiti liječnici, dijagnosticirana mu je depresija. Kako biste opisali Ivana da je on Vaš kolega na radnom mjestu“

Odgovori na pitanje „Nakon što su Ivana pregledali različiti liječnici, dijagnosticirana mu je depresija. Kako biste opisali Ivana da je on Vaš kolega na radnom mjestu“	ne slažem se		Slažem se		χ^2	P
	n	%	n	%		
Pouzdan	94	53,41	82	46,59	0,82	0,366
Prilagodljiv	90	51,14	86	48,86	0,09	0,763
Suradljiv	80	45,45	96	54,55	1,46	0,228
Odgovoran	78	44,32	98	55,68	2,27	0,132
Ovisan	121	68,75	55	31,25	24,75	<0,001
Motiviran	107	60,80	69	39,20	8,21	0,004
Pedantan	101	57,39	75	42,61	3,84	0,050
Lijen	148	84,09	28	15,91	81,82	<0,001

Većina ispitanika smatra da Ivan nije pouzdan, s 94 (53,41%) onih koji se ne slažu s tvrdnjom da je pouzdan i 82 (46,59%) koji se slažu. Statistička analiza pokazuje da ne postoji značajna razlika u percepcijama pouzdanosti, s χ^2 vrijednošću od 0,82 i p-vrijednošću od 0,366. Stavovi o Ivanovoj prilagodljivosti su također relativno uravnoteženi; 90 (51,14%) ispitanika ne slažu se da je Ivan prilagodljiv, dok 86 (48,86%) smatraju da jeste. Statistička

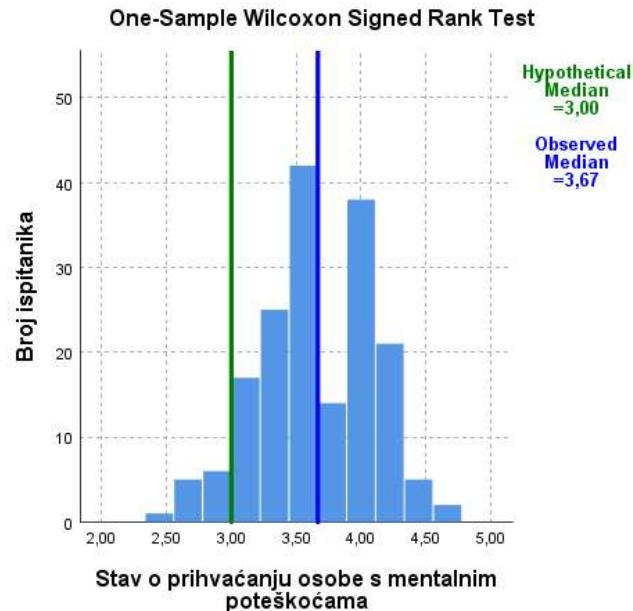
analiza pokazuje da nema značajnih razlika u percepcijama prilagodljivosti s χ^2 vrijednošću od 0,09 i p-vrijednošću od 0,763. Kad je riječ o suradljivosti, 80 (45,45%) ispitanika ne slažu se s tvrdnjom da je Ivan suradljiv, dok 96 (54,55%) slažu. Statistički test pokazuje da nema značajnih razlika u stavovima o suradljivosti, s χ^2 vrijednošću od 1,46 i p-vrijednošću od 0,228. Percepcija Ivanove odgovornosti također nije značajno različita; 78 (44,32%) ispitanika ne slažu se da je Ivan odgovoran, dok 98 (55,68%) slažu. Statistička analiza pokazuje da nema značajnih razlika s χ^2 vrijednošću od 2,27 i p-vrijednošću od 0,132. S druge strane, percepcija Ivanove ovisnosti pokazuje vrlo značajne razlike, s 121 (68,75%) ispitanika koji smatraju da Ivan nije ovisan, dok 55 (31,25%) slažu s tom tvrdnjom, uz χ^2 vrijednost od 24,75 i p-vrijednost $<0,001$. Stavovi o Ivanovoj motivaciji su također značajni; 107 (60,80%) ispitanika ne smatraju Ivana motiviranim, dok 69 (39,20%) smatraju da jeste. Statistička analiza pokazuje značajnu razliku s χ^2 vrijednošću od 8,21 i p-vrijednošću od 0,004. Kod pedantnosti, 101 (57,39%) ispitanika ne slažu se da je Ivan pedantan, dok 75 (42,61%) slažu s tom tvrdnjom. Iako postoji blaga značajnost s χ^2 vrijednošću od 3,84 i p-vrijednošću od 0,050, razlika u percepcijama pedantnosti nije toliko izražena. Najizraženije su razlike u percepciji Ivanove lijenosti; 148 (84,09%) smatraju da Ivan nije lijen, dok samo 28 (15,91%) slažu s tom tvrdnjom. Statistička analiza pokazuje vrlo značajnu razliku s χ^2 vrijednošću od 81,82 i p-vrijednošću $<0,001$. Sveukupno, rezultati ukazuju na značajne razlike u percepcijama Ivanovih osobina poput ovisnosti, motivacije i lijenosti. Percepcije o pouzdanosti, prilagodljivosti, suradljivosti, odgovornosti i pedantnosti su relativno uravnotežene, dok su stavovi o njegovoj ovisnosti i lijenosti izrazito polarizirani. Ovi uvidi pomažu u razumijevanju kako se Ivan doživljava u radnom okruženju nakon dijagnoze depresije i ukazuju na područja koja mogu zahtijevati dodatnu pažnju ili podršku.

Tablica 6. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1-5 te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom)“ Situacija 1.

	1		2		3		4		5		Me	IQR
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ivan je sam kriv za svoju depresiju*	79	44,89	37	21,02	44	25,00	10	5,68	6	3,41	2,00	(1,00-3,00)
Suosjećao/la bih s Ivanom	21	11,93	17	9,66	19	10,80	55	31,25	64	36,36	4,00	(3,00-5,00)
Ivan bi me razljutio svojim ponašanjem*	40	22,73	56	31,82	39	22,16	36	20,45	5	2,84	2,00	(2,00-3,00)
Osjećao/la bih se nesigurno pored Ivana*	78	44,32	35	19,89	29	16,48	27	15,34	7	3,98	2,00	(1,00-3,00)
Bilo bi me strah raditi s Ivanom*	105	59,66	34	19,32	22	12,50	12	6,82	3	1,70	1,00	(1,00-2,00)
Da sam ja poslodavac, Ivanu bih prekinuo/la ugovor o radu*	121	68,75	26	14,77	19	10,80	8	4,55	2	1,14	1,00	(1,00-2,00)
Da sam ja zadužen/a za Ivanovo liječenje, zahtijevao/la bih od njega da uzima svoje lijekove	26	14,77	25	14,20	29	16,48	34	19,32	62	35,23	4,00	(2,00-5,00)
Smatram da za vlastitu dobrobit, Ivan treba ići u bolnicu na liječenje od depresije*	39	22,16	35	19,89	43	24,43	30	17,05	29	16,48	3,00	(2,00-4,00)
Pružio/la bih Ivanu pomoć	15	8,52	17	9,66	21	11,93	44	25,00	79	44,89	4,00	(3,00-5,00)
Stav o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama											3,67	(3,33-3,92)

*Kod izračuna ukupne razine stava o zaposleniku sa mentalnim poteškoćama koriste se inverzne vrijednosti

Tablica 7. Wilcoxon test za situaciju 1.



Medijan prihvatanja osobe sa mentalnim poteškoćama je 3,67, odnosno za 0,67 bodova veći u odnosu na graničnu vrijednost 3 koja upućuje na indiferentnost stava, dok je ispitivanjem utvrđena statistički značajno visoka razina prihvatanja osobe s mentalnim poteškoćama na radnom mjestu. Zaključak je donesen temeljem Wilcoxon testa za jedan nezavisan uzorak gdje se kao granična vrijednost koristi vrijednost 3 ($Z=10,72$; $P<0,001$)

Tablica 8. Wilcoxon test rezime za situaciju 1.

One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test Summary

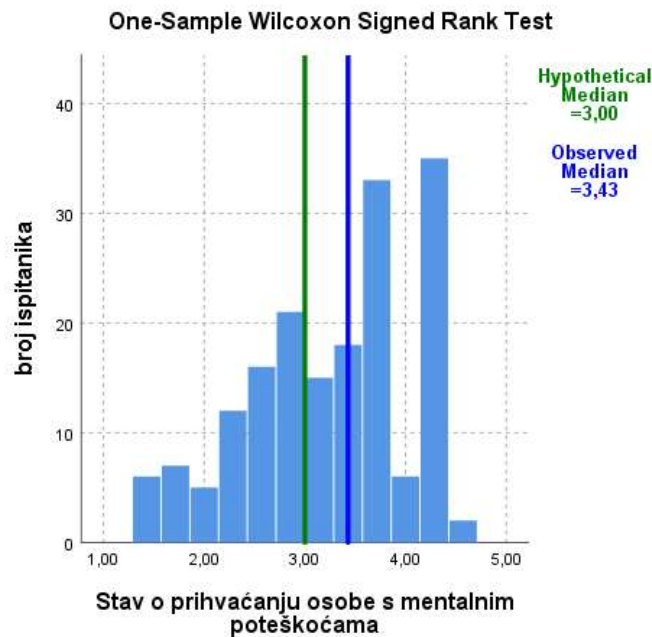
Total N	176
Test Statistic	13572,000
Standard Error	619,539
Standardized Test Statistic	10,720
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Tablica 9. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1-5 te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom)“ Situacija 2.

	1		2		3		4		5		Me	IQR
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Smetalo bi mi raditi pored kolege/ice s mentalnim poteškoćama*	70	39,77	44	25,00	30	17,05	23	13,07	9	5,11	2,00	(1,00-3,00)
Ne bih se družio/la s kolegom/ice koji ima mentalnu bolest, a bio je liječen na psihijatrijskom odjelu*	95	53,98	33	18,75	31	17,61	11	6,25	6	3,41	1,00	(1,00-3,00)
Menadžerima s mentalnim poteškoćama ne bi se smjelo dopustiti da mentoriraju ili nadgledaju rad drugih*	40	22,73	33	18,75	30	17,05	41	23,30	32	18,18	3,00	(2,00-4,00)
Ne bih zaposlio/la osobu s mentalnim poremećaje, a koja je bila liječena na psihijatrijskom odjelu*	55	31,25	52	29,55	36	20,45	18	10,23	15	8,52	2,00	(1,00-3,00)
Ne bih zaposlio/la nekoga kad bih znao/la da ima mentalnih poteškoća*	61	34,66	47	26,70	34	19,32	19	10,80	15	8,52	2,00	(1,00-3,00)
Vjerujem da organizacije preuzimaju rizik kada zapošljavaju osobe s mentalnim poteškoćama*	27	15,34	27	15,34	46	26,14	46	26,14	30	17,05	3,00	(2,00-4,00)
Smatram da bi ljudi trebali prikriti svoje mentalne poteškoće na poslu	76	43,18	45	25,57	28	15,91	16	9,09	11	6,25	2,00	(1,00-3,00)
Stav o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama											3,43	(2,71-3,86)

*Kod izračuna ukupne razine stava o zaposleniku sa mentalnim poteškoćama koriste se inverzne vrijednosti

Tablica 10. Wilcoxon test za situaciju 2.



Medijan prihvatanja osobe sa mentalnim poteškoćama je 3,43, odnosno za 0,43 bodova veći u odnosu na graničnu vrijednost 3 koja upućuje na indiferentnost stava, dok je ispitivanjem utvrđena statistički značajno visoka razina prihvatanja osobe s mentalnim poteškoćama na radnom mjestu. Zaključak je donesen temeljem Wilcoxon testa za jedan nezavisan uzorak gdje se kao granična vrijednost koristi vrijednost 3 ($Z=4,96$; $P<0,001$)

Tablica 11. Wilcoxon test rezime za situaciju 2.

One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test Summary

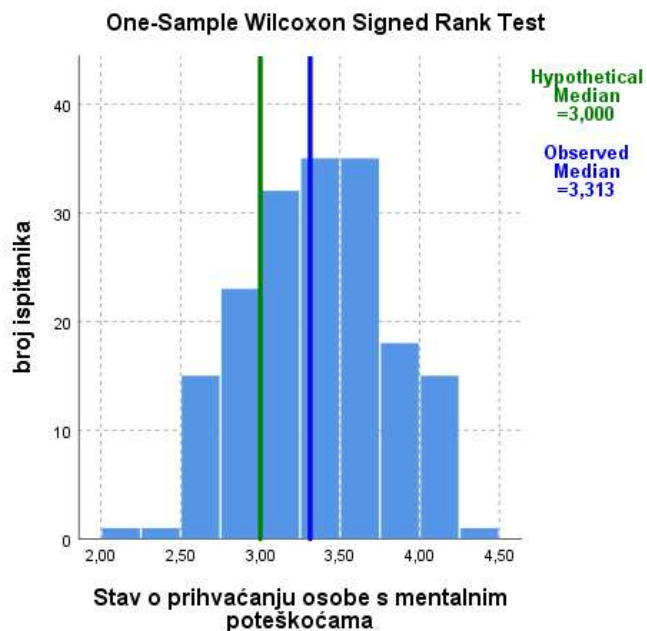
Total N	176
Test Statistic	10003,000
Standard Error	619,299
Standardized Test Statistic	4,961
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Tablica 11. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1-5 te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom) te vlastite stavove o situaciji koju je Ivan izazvao na svom radnom mjestu“ Situacija 3.

	1		2		3		4		5		Me	IQR
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Situacija je vrlo opasna za druge*	72	40,91	50	28,41	31	17,61	19	10,80	4	2,27	2,00	(1,00-3,00)
Za simptome mentalnih poteškoća kriva je sama osoba*	103	58,52	38	21,59	23	13,07	9	5,11	3	1,70	1,00	(1,00-2,00)
Nastala situacija se mogla izbjeći	45	25,57	34	19,32	48	27,27	36	20,45	13	7,39	3,00	(1,00-4,00)
Mentalne poteškoće su genetski nasljedne	36	20,45	35	19,89	63	35,80	34	19,32	8	4,55	3,00	(2,00-3,00)
Mentalne poteškoće su sasvim uobičajena pojava	20	11,36	27	15,34	38	21,59	62	35,23	29	16,48	4,00	(2,00-4,00)
Mentalne poteškoće su vrlo ometajuće u socijalnim situacijama*	15	8,52	38	21,59	41	23,30	60	34,09	22	12,50	3,00	(2,00-4,00)
Mentalne poteškoće mogu se liječiti lijekovima	14	7,95	14	7,95	45	25,57	65	36,93	38	21,59	4,00	(3,00-4,00)
Mentalne poteškoće uzrokuju probleme na poslu*	20	11,36	25	14,20	50	28,41	53	30,11	28	15,91	3,00	(2,00-4,00)
Stav o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama											3,31	(3,00-3,63)

*Kod izračuna ukupne razine stava o zaposleniku sa mentalnim poteškoćama koriste se inverzne vrijednosti

Tablica 12. Wilcoxon test za situaciju 3.



Medijan prihvaćanja osobe sa mentalnim poteškoćama je 3,31, odnosno za 0,31 bodova veći u odnosu na graničnu vrijednost 3 koja upućuje na indiferentnost stava, dok je ispitivanjem utvrđena statistički značajno visoka razina prihvaćanja osobe s mentalnim poteškoćama na radnom mjestu. Zaključak je donesen temeljem Wilcoxon teta za jedan nezavisan uzorak gdje se kao granična vrijednost koristi vrijednost 3 ($Z=7,44$; $P<0,001$)

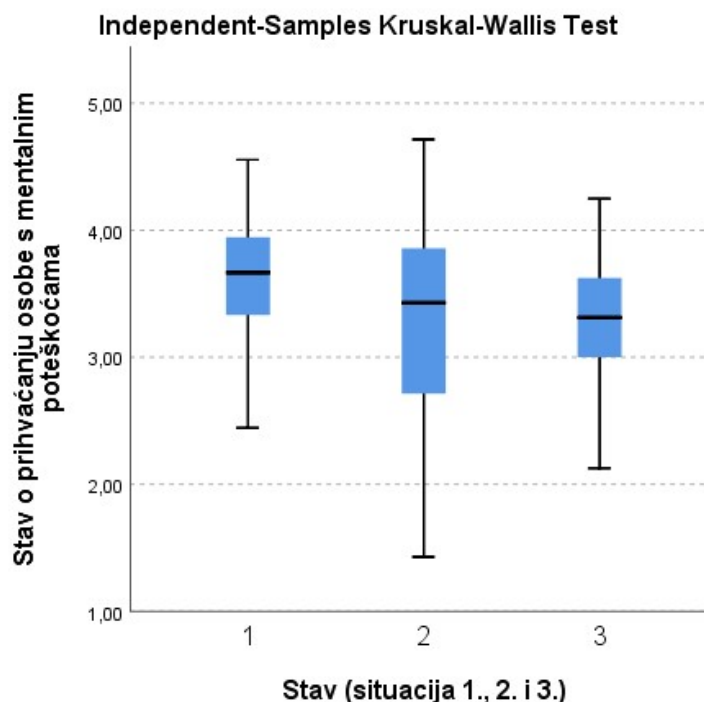
Tablica 13. Wilcoxon test rezime za situaciju 3.

One-Sample Wilcoxon Signed Rank Test Summary

Total N	176
Test Statistic	11163,000
Standard Error	601,916
Standardized Test Statistic	7,443
Asymptotic Sig.(2-sided test)	,000

Usporedbom stavova o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama među pojašnjenim situacijama je utvrđena najveća razina prihvaćanja zaposlenika sa mentalnim poteškoćama u prvoj pojašnjenoj situaciji kada je utvrđen medijan stava 3,67.

Tablica 14. Stavovi u situacijama 1., 2. i 3.



Usporedbom je utvrđena značajna razlika u stavu o zaposlenicima s mentalnim poteškoćama među pojašnjenim situacijama (Testna statistika=32,59; $P < 0,001$).

Tablica 15. Kruskal-Wallis test stavova u situacijama 1., 2. i 3.

Independent-Samples Kruskal-Wallis Test Summary	
Total N	528
Test Statistic	32,592 ^a
Degree Of Freedom	2
Asymptotic Sig.(2-sided,000 test)	

a. The test statistic is adjusted for ties.

Post hoc ispitivanjem je utvrđena najveća razina prihvatanja zaposlenika s mentalnim poteškoćama u prvoj pojašnjenoj situaciji (Tablica 6.), te je statistički značajno veća u odnosu na drugu (Tablica 9.) i treću situaciju (Tablica 12.) ($P < 0,001$), dok ispitivanjem nije utvrđena značajna razlika u prihvatanja zaposlenika s mentalnim poteškoćama između druge (Tablica 9.) i treće situacije (Tablica 12.) ($P = 0,060$).

Tablica 16. Post hoc test stavova u situacijama 1., 2. i 3.

Pairwise Comparisons of Stav

Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.
3-2	30,591	16,254	1,882	,060
3-1	91,165	16,254	5,609	,000
2-1	60,574	16,254	3,727	,000

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.

Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.

Ispitivanjem nije utvrđena povezanost između stava o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama i dobi ispitanika kod niti jedne od obrađenih situacija ($P > 0,050$).

Tablica 17. Pearsonov koeficijent korelacije

Correlations

	Unesite Vaše godine:	Percepcija mentalnog zdravlja	Percepcija mentalnog zdravlja 2	Percepcija mentalnog zdravlja 2
Unesite Vaše godine: r	1			
P				
N	176			
Percepcija mentalnog zdravlja	-,046	1		
P	,547			
N	176	176		
Percepcija mentalnog zdravlja 2	-,112	,247**	1	
P	,137	,001		
N	176	176	176	
Percepcija mentalnog zdravlja 2	-,069	,374**	,024	1
P	,364	,000	,754	
N	176	176	176	176

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

H1. Više od 30% zaposlenih stigmatizira osobu s mentalnim poteškoćama

Kod prvog pojašnjenog slučaja stigmatizacija je utvrđena kod 22 ispitanika (12,50%), te je ispitivanjem utvrđeno da je zastupljenost statistički značajno manja u odnosu na 30,00% ($P < 0,001$). Kod drugog pojašnjenog slučaja stigmatizacija je utvrđena kod 38,07% ispitanika, te je ispitivanjem utvrđeno da je statistički značajno učestalija u odnosu na 30% ($P = 0,013$), dok se kod trećeg pojašnjenog slučaja zastupljenost zaposlenih koji stigmatiziraju osobu sa mentalnim poteškoćama značajno ne razlikuje u odnosu na 30% ($P = 0,515$).

Tablica 18. Binomial test hipoteze 1.

Binomial Test

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (1-tailed)
Stigmatizacija 1	Ne	,00	154	,8750	,3	,000
	Da	1,00	22	,1250		
	Total		176	1,0000		
Stigmatizacija 2	Da	1,00	67	,3807	,3	,013
	Ne	,00	109	,6193		
	Total		176	1,0000		
Stigmatizacija 3	Ne	,00	123	,6989	,3	,515
	Da	1,00	53	,3011		
	Total		176	1,0000		

Hipoteza se djelomično usvaja.

H2. Više od 40% zaposlenih ne bi htjelo raditi s osobom s mentalnim poteškoćama

Među ispitanicima njih 37 (21,02%) dijeli stav da ne bi htjeli raditi s Ivanom, dok je nakon provedenog ispitivanja utvrđeno da je proporcija statistički značajno manja u odnosu na 40,00%.

Tablica 19. Binomial test hipoteze 2.

Binomial Test

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (1-tailed)
Bilo bi me strah raditi s Ivanom*	Group 1	Ne	139	,8	,4	,000
	Group 2	Da	37	,2		
	Total		176	1,0		

Hipoteza se odbacuje.

H3. Više od 35% zaposlenih smatra osobu s mentalnim poteškoćama opasnom

Situaciju rada osobe sa mentalnim poteškoćama 13,07% ispitanika smatra opasnom, te je ispitivanjem utvrđeno da je proporcija statistički značajno manja u odnosu na 35,00% ($P < 0,001$).

Tablica 20. Binomial test hipoteze 3.

Binomial Test

		Category	N	Observed Prop.	Test Prop.	Exact Sig. (1-tailed)
Situacija je opasna za druge	Group 1	Da	23	,1307	,35	,000
	Group 2	Ne	153	,8693		
	Total		176	1,00		

Hipoteza se odbacuje.

6. RASPRAVA

Na temelju statistički obrađenih rezultata provedene ankete utvrđeno je da mnogo ispitanika izražava zabrinutost zbog rada pored kolege s mentalnim poteškoćama, konkretno njih 70 (40,91%) potpuno smatra da bi im smetalo raditi pored takvog kolege, dok 44 (25,00%) njih izražavaju umjerenu zabrinutost.

Ispitanici su negativnije opisali Ivana kao radnog kolegu s depresijom, nego kao radnog kolegu s problemom s koljenom. Od 176 ispitanika 90 (51,19%) je smatralo Ivana, zbog dijagnosticirane depresije, manje pouzdanim, prilagodljivim, suradljivim, odgovornim, motiviranim i pedantnim te više lijenim i ovisnim, dok kod problema s koljenom njih 87 (49,38%) je smatralo Ivana više pouzdanim, prilagodljivim, suradljivim, ovisnim, ali i manje motiviranim, pedantnim i lijenim nego li u situaciji s depresijom, s čime se može primijetiti stigmatiziranje mentalnih poremećaja.

Također, 72 (39,77%) ispitanika smatra kako situacija s mentalnim poteškoćama može biti vrlo opasna za druge, a 50 (28,41%) izražavaju umjerenu zabrinutost te se isto može primijetiti i u radu autora Raquel Agria de Almeida Mariano.

Prema navedenim podacima može se zaključiti kako ispitanici stigmatiziraju osobe s mentalnim poteškoćama, a da toga nisu ni svjesni te se kao mogući uzrok toga može staviti manjak znanja o mentalnim poteškoćama.

Hipoteza 1. se odbacuje jer više od 30% zaposlenih ne stigmatizira osobu s mentalnim poteškoćama, ali 29 (16,48%) ispitanika bi prekinulo Ivanov ugovor o radu, da se oni nalaze u ulozi poslodavca te 53 (30,11%) ispitanika ne bi pružilo Ivanu pomoć. Nadalje, 55 (31,25%) smatra da bi ljudi trebali prikriti svoje mentalne poteškoće na radnom mjestu, 103 (58,52%) ispitanika smatra kako menadžerima s mentalnim poteškoćama se ne bi smjelo dopustiti mentoriranje ili nadgledanje rada drugih.

Hipoteza 2. se odbacuje jer više od 40% zaposlenih bi radilo s osobom s mentalnim poteškoćama, ali 122 (69,32%) ispitanika smatra da organizacije preuzimaju rizik kada zapošljavaju osobe s mentalnim poteškoćama, 61 (34,65%) ispitanika se slaže kako bi im smetali raditi pored kolege/ice s mentalnim poteškoćama te 68 (38,64%) ne bi zaposlilo nekoga s mentalnim poteškoćama.

Hipoteza 3. se odbacuje jer manje od 35% zaposlenih smatra osobu s mentalnim poteškoćama opasnom, ali unatoč tome njih 23 (13,07%) smatra da situacija jest vrlo opasna za druge, 37 (21,02%) se slaže kako bi ih bilo strah raditi s osobom s mentalnim poteškoćama, 63 (35,80%) smatra kako bi se osjećali nesigurno pored osobe s mentalnim poteškoćama, 71 (46,02%) ispitanika se slaže da mentalne poteškoće uzrokuju probleme na poslu i njih 82 (46,59%) smatra mentalne poteškoće vrlo ometajućima u socijalnim situacijama.

Uspoređujući rezultate ovog rada s rezultatima iz rada *Mental Health is everybody's business: Mental Health Stigma in the workplace*, autora: Raquel Agria de Almeida Mariano, sa Universidade Católica Portuguesa, u oba slučaja je prisutno stigmatiziranje osoba s mentalnim poteškoćama te iako su ispitanici sebe doživljavali kao suportivne u odnosu na osobama s mentalnim poteškoćama pokazali su kako smatraju mentalne poteškoće opasnima za druge, kako stvaraju probleme u radnoj okolini, kako negativno utječu na socijalne situacije, odnosno pokazali su negativno shvaćanje o mentalnim poteškoćama u cijelini.

ZAKLJUČAK

Mentalno zdravlje jedan je od temelja ljudskog bića koji bitno utječe na različite aspekte svakodnevnog života. Suvremena briga o mentalnom zdravlju diljem svijeta nije na adekvatnoj razini, a u nekim dijelovima je i nepostojeća. Različiti aspekti mogu utjecati na mentalno zdravlje poput društvene potpore, društvene strukture, individualnih čimbenika i kulturnih vrijednosti. Mentalne bolesti ukazuju kako postoji problem s umom, koji može utjecati na misli, raspoloženje ili ponašanje pojedinca te na način na koji doživljava svijet oko sebe. Razvoj mentalnih bolesti povezan je s genetikom, infekcijom, defektom odnosno ozljedom mozga i drugo. Mentalne bolesti se najčešće liječe pomoću lijekova.

Kultura također igra ulogu u mentalnom zdravlju utjecajući na percepciju mentalnih bolesti. Kultura može utjecati na mentalno zdravlje pojedinca kroz osobno iskustvo pojedinca, kako pojedinac izražava iskustvo unutar kulturnih normi, kako se izraženi simptomi dijagnosticiraju i kako se bolest liječi.

Stigma se može povezati s pojmom neinformiranosti i predrasudom. Stigma se definira kao neželjena razlika, a kada je povezana s mentalnom bolešću često izaziva strah od nepoznatog. Stigmatiziranje osim od ljudi može doći i od pojedinca koji je stigmatiziran, kroz proizvodnju samostigme i niskog samopoštovanja, pridonoseći pogoršanju kvalitete života pojedinca koji pati od mentalnih bolesti.

Strategije za sprječavanje stigmatiziranja pojedinaca s mentalnom bolešću nisu u svakoj zemlji jednako uspostavljene, ali u razvijanim zemljama strategije su edukacija o mentalnim bolestima i osobama s istim, kontakt odnosno izravna interakcija s osobama s mentalnim bolestima i suzbijanje stigmatizirajućih stavova kroz medije. Samostigma je popraćena i modelom „zašto pokušati“ gdje samostigmatizirana osoba zbog niskog samopoštovanja ne želi pokušati napraviti potrebne promjene ili se upustiti u nešto novo zbog straha od stigmatiziranja.

Mentalno zdravlje jedan je od ključnih aspekata učinkovitog rada na radnom mjestu, ali stigmatiziranje osoba s mentalnim bolestima jedna je od najvećih prepreka zbog utjecaja na sve aspekte života stigmatiziranog pojedinca. Stigmatiziranje osoba s mentalnim bolestima može dovesti do niže samoučinkovitosti i nižeg samopoštovanja, odbijanja ljudi

zbog njihovog mentalnog zdravstvenog stanja, do straha od traženja posla zbog problema s mentalnim zdravljem, i do diskriminirajućeg ponašanja od strane menadžera ili kolega.

Prema rezultatima provedenog upitnika može se zaključiti kako zaposlenici u dva najveća grada u Hrvatskoj djelomično stigmatiziraju osobe s mentalnim poteškoćama, ali ih podupiru ka otvaranju i proširivanju znanja i svijesti drugih osoba o njihovom stanju. Nadalje, 66,91% ispitanika ne krive osobu s mentalnim poteškoćama za vlastito stanje i podupiru potragu za odgovarajućim rješenjem koje bi im popravilo trenutno stanje. Unatoč tome, smatraju kako organizacije koje zapošljavaju osobe s mentalnim poteškoćama na sebe preuzimaju rizik, nadalje da mentalne poteškoće stvaraju probleme u poslu i da su mentalne poteškoće vrlo ometajuće u socijalnim situacijama.

LITERATURA

- [1] Perišić, K.; Tomiša, T.: Mentalno zdravlje, Zagrebačko psihološko društvo, 2018., URL: <https://zgpd.hr/2018/10/09/mentalno-zdravlje/>
- [2] World Health Organization: Mental health, 2022., URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- [3] Plavšić, M.: Usporedba biloških i socijalnih čimbenika mentalnog zdravlja dviju generacija starijih osoba, Doktorski rad, Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet, 2012., URL: <http://bib.irb.hr/datoteka/583345.mp-dis-fin.pdf>
- [4] Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi republike hrvatske: mentalno zdravlje – javnozdravstveni izazov, Zagreb, 2011., URL: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/10/mental_izazov_2011.pdf
- [5] World Health Organization: Investing in mental health, 2003., URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42823/9241562579.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- [6] Topić, B.: Mentalno zdravlje profesionalnih pomagača, Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, 2016., URL: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:147930>
- [7] World Health Organization: Mental disorders, 2022., URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- [8] Boland, M.: Eustress vs distress: What is the difference?, 2024., URL: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/eustress-vs-distress>
- [9] Malla, A., Joobar, R., Garcia, A.: „Mental illness is like any other medical illness“: a critical examination of the statement and its impact on patient care and society, Journal of psychiatry and neuroscience, 2015., URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4409431/>
- [10] Celine, T. M., Antony, J.: A study on mental disorders: 5-year retrospective study, Journal of family medicine and primary care, 2014., URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005192/>
- [11] World Health Organization: Depressive disorder (depression) 2023., URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- [12] [Sawchuk, C.: Depression \(major depressive disorder\), 2022., URL: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007](https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007)
- [13] Gurung, M., Shrestha, S.: Effect of depression on daily life of adults, Bachelor in Nursing, Diaconia Universtiy of Applied Sciences, 2023., URL: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/803607/Gurung_Shrestha.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- [14] Blackmore, E.R., Stansfeld, S.A., Weller, I., Munce, S., Zagorski, B.M., Stewart, D.E.: Major depressive episodes and work stress: Results from a national population survey, American Public Health Association, 2007., URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2040353/>
- [15] Volz, H.P., Bartečku, E., Bartova, L., Bessa, K., De Berardis, D., Dragasek, J., Kozuharov, H., Ladea, M., Lazary, J., Roca, M., Usov, G., Wichniak, A., Godman, B., Kasper, S.: Sick leave duration as a potential marker of functionality and disease severity in depression, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2022., URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13651501.2022.2054350>
- [16] Koopmans, P.C., Roelen, C.A.M. , Groothoff, J.W.: Sickness absence due to depressive symptoms, National Library of Medicine, 2007., URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254471/>
- [17] <https://www.mitrefinch.co.uk/blog/time-and-attendance/sick-leave-uk-europe-2020/>
- [18] Elmer, T., Stadtfeld, C.: Depressive symptoms are associated with social isolation in face-to-face interaction networks, Scientific reports, 2020., URL: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-58297-9>
- [19] Healthdirect: Mental illness URL:<https://www.healthdirect.gov.au/mental-illness>
- [20] Sachdev, P.:Causes of mental illness, WebMD, 2023., URL: <https://www.webmd.com/mental-health/mental-health-causes-mental-illness>
- [21] National Institute of Health (US): Information about mental illness and the brain, National Library of Medicine, 2007., URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20369/#_A607

- [22] Anthony, T.: Warning Signs of Mental Illness, American Psychiatric Association, 2022., URL: <https://www.psychiatry.org/patients-families/warning-signs-of-mental-illness>
- [23] World Health Organization: SDG Target 3.4 Non-communicable diseases and mental health, 2019., URL: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_4-noncommunicable-diseases-and-mental-health
- [24] Subudhi. C.: Culture and mental illness, Central University of Tamil Nadu, 2014., URL: https://www.researchgate.net/publication/270762975_Culture_and_Mental_Illness?channel=doi&linkId=54b4adac0cf28ebe92e4818f&showFulltext=true
- [25] Summanen, A.M., Rautopuro, J., Kannas, L., Paakkari, L.: Measuring Health Literacy in Basic Education in Finland: The Development of a Curriculum- and Performance-Based Measurement Instruments, 2022., URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9690733/>
- [26] Ahmad, A., Salve, H.R., Nongkynrih, B., Sagar, R., Krishnan, A.: Mental health literacy among adolescents: Evidence from a community-based study in Delhi, 2021., URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33840255/>
- [27] Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., Kassam, A.: 250 labels used to stigmatize people with mental illness, 2007., URL: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-7-97>
- [28] Penava, I., Barać, K., Begić, A., Babić, D.: Stigmatizacija psihički oboljelih osoba, Filozofski fakultet Sveučilišta u Mostaru, Klinika za psihijatriju Sveučilišne kliničke bolnice Mostar, 2022., URL: <https://hrcak.srce.hr/file/417100>
- [29] Santos, J.C., Barros, S., Santos, I.M.M.: Stigma, Brazil, 2016., URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5342643/>
- [30] Cambridge dictionary: Discrimination, URL: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/discrimination>
- [31] Corrigan, P.W., Larson, J.E., Rusch, N.: Self-stigma and the „why try“ effect: impact on life goals and evidence-based practices, 2013., URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- [32] Corrigan P.W., Rao, D.: On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change, 2021., URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610943/>

- [33] Grow Mental Health, 2024., URL: <https://grow.ie/the-12-steps-of-recovery-and-growth/>
- [34] Robbins, A.E.: A role for media in reducing the stigma of mental illness, 2015., URL: <https://www.proquest.com/openview/f77cc2704675299f555d55e44184407a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- [35] Haimson, O.L., Ringland, K., Simpson, S., Wolf, C.T.: Using Depression Analytics to Reduce Stigma via Social Media: BlueFriends, 2014., URL: <https://www.ideals.illinois.edu/items/48847>
- [36] Szeto, A.C.H., Dobson, K.S.: Reducing the stigma of mental disorders at work: A review of current workplace anti-stigma intervention programs, Applied and Preventive Psychology, 2010., URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0962184911000047>
- [37] Australian Government Comcare: Mental Health Stigma in the Workplace, 2024., URL: <https://www.comcare.gov.au/about/forms-pubs/docs/pubs/research/mental-health-stigma-in-the-workplace-factsheet.pdf>

POPIS SLIKA

Slika 1. Determinante mentalnog zdravlja [6].....	9
Slika 2. Definicija samostigme [31].....	24
Slika 3. GROW 12-step program za mentalno osnaživanje [34].....	26
Slika 4. Odgovori na pitanje „Navedite Vaš spol“.....	32
Slika 5. Odgovori na pitanje „Vaše trenutno prebivalište“.....	32
Slika 6. Odgovori na pitanje „Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja“.....	33
Slika 7. Odgovori na pitanje „Vaše trenutni bračni status“.....	33
Slika 8. Odgovori na pitanje „Imate li djece“.....	34
Slika 9. Odgovori na pitanje „Koliko ste često s njima u kontaktu“.....	34
Slika 10. Odgovori na pitanje „Jeste li se u zadnja tri mjeseca liječili od neke od sljedećih bolesti ili poremećaja“.....	35
Slika 11. Odgovori na pitanje „Kojoj skupini djelatnosti pripada organizacija u kojoj ste zaposleni“.....	36
Slika 12. Odgovori na pitanje „U radnom odnosu ste na“.....	37
Slika 13. Odgovori na pitanje „Vaša razina rukovođenja u organizaciji je“.....	38
Slika 14. Odgovori na pitanje „Ukupni mjesečni financijski prihod Vašeg kućanstva“.....	39
Slika 15. Odgovori na pitanje „Imate li hobi ili sustavni interes izvan poslovnog života kojeg najmanje 1 put na tjedan upražnjavate“.....	40
Slika 16. Odgovori na pitanje „Kako biste ocijenili svoje zadovoljstvo trenutnim životom“.....	41
Slika 17. Odgovori na pitanje „Kako biste opisali Ivana da je on Vaš radni kolega“.....	42
Slika 18. Odgovori na pitanje „Nakon što su Ivana pregledali različiti liječnici, dijagnosticiran mu je problem s koljenom. Kako biste opisali Ivana da je on Vaš kolega na radnom mjestu“.....	43
Slika 19. Odgovori na pitanje „Nakon što su Ivana pregledali različiti liječnici, dijagnosticirana mu je depresija. Kako biste opisali Ivana da je on Vaš kolega na radnom mjestu“.....	44
Slika 20. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1 - 5) te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom)“.....	45

Slika 21. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1 – 5) te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom)“.....46

Slika 22. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1 - 5) te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom) te vlastite stavove o situaciji koju je Ivan izazvao na svom radnom mjestu“.....48

POPIS TABLICA

Tablica 1. Usporedba rezultata istraživanja prema spolu [10].....	11
Tablica 2. Prosječan broj dana bolovanja po stanovniku u EU [17].....	12
Tablica 3. Ispitanici prema opisivanju kolege Ivana da je on njihov radni kolega.....	49
Tablica 4. Odgovori na pitanje „Nakon što su Ivana pregledali različiti liječnici, dijagnosticiran mu je problem s koljenom. Kako biste opisali Ivana da je on Vaš kolega na radnom mjestu“.....	50
Tablica 5. Odgovori na pitanje „Nakon što su Ivana pregledali različiti liječnici, dijagnosticirana mu je depresija. Kako biste opisali Ivana da je on Vaš kolega na radnom mjestu“.....	51
Tablica 6. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1 - 5) te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom)“.....	53
Tablica 7. Stav o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama (Situacija 1.).....	54
Tablica 8. Wilcoxon test za stav o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama (Situacija 1.).....	54
Tablica 9. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1 - 5) te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom)“.....	55
Tablica 10. Stav o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama (Situacija 2.).....	56
Tablica 11. Wilcoxon test za stav o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama (Situacija 2.).....	56
Tablica 11. Odgovori na pitanje „Molimo Vas da procijenite Vaše (ne)slaganje sa sljedećim tvrdnjama koristeći skalu od 1 - 5) te prema svojoj procjeni odredite Vašu percepciju mentalnog zdravlja na radnom mjestu uzimajući u obzir Ivanov glavni opis i nove informacije koje ste naknadno doznali (problem s koljenom i depresijom) te vlastite stavove o situaciji koju je Ivan izazvao na svom radnom mjestu“.....	57
Tablica 12. Stav o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama (Situacija 3.).....	58
Tablica 13. Wilcoxon test za stav o prihvaćanju osobe s mentalnim poteškoćama (Situacija 3.).....	58

Tablica 14. Stavovi u situacijama 1., 2. i 3.....	59
Tablica 15. Kruskal-Wallis test stavova u situacijama 1., 2. i 3.....	60
Tablica 16. Post hoc test stavova u situacijama 1., 2. i 3.....	60
Tablica 17. Pearsonov koeficijent korelacije	60
Tablica 18. Binomial test hipoteze 1.	61
Tablica 19. Binomial test hipoteze 2.	62
Tablica 20. Binomial test hipoteze 3.	62