

Mentalno-zdravstvena pismenost maturanata

Dundović, Ivona

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:440992>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-11-27**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Mentalno-zdravstvena pismenost maturanata

Ivona Dundović

Zagreb, rujan 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad

Mentalno-zdravstvena pismenost maturanata

Ivona Dundović

Doc.dr.sc. Miranda Novak

Zagreb, rujan 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Mentalno-zdravstvena pismenost maturanata* i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Ivona Dundović

Mjesto i datum: Zagreb, rujan, 2019.

Naslov rada: Mentalno-zdravstvena pismenost maturanata

Ime i prezime studentice: Ivona Dundović

Ime i prezime mentorice: doc.dr.sc. Miranda Novak

Program/modul: Socijalna pedagogija / modul Djeca i mladi

Sažetak rada: Temeljni cilj ovog diplomskog rada je upoznati i razumjeti područje mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata u Hrvatskoj, uvidom u karakteristike te stupanj mentalno-zdravstvene pismenosti maturanata grada Našica. Specifični ciljevi se odnose na ispitivanje prepoznavanja problema, stavova o traženju pomoći, intervencija prve pomoći te iskustva mentalnih problema. Također, ispitivalo se postojanje razlika u prepoznavanju problema i traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema.

Istraživanje je provedeno putem *online* upitnika postavljenog u programu LimeSurvey, koji je bio aktivan od 15. svibnja 2020. do 29. svibnja 2020. godine. Prigodni uzorak činilo je 79 maturanata srednje škole Isidora Kršnjavoga u Našicama. Za procjenu mentalno-zdravstvene pismenosti upotrijebljen je Upitnik zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja djece i mladih (*Mental Health Literacy Questionnaire – MHL*), autora prof. Antonyja Jorma. Hrvatsku verziju upitnika preveo je i prilagodio Hrvatski zavod za javno zdravstvo za potrebe istraživanja zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja. Upitnik upotrijebljen u ovom istraživanju je temeljen na vinjetnoj istraživačkoj metodologiji koja opisuje probleme socijalne fobije i depresivnosti.

Rezultati su pokazali da maturanti uključeni u istraživanje u većoj mjeri bolje i točnije prepoznaju probleme depresivnosti dok je za vinjete socijalne fobije utvrđen manji stupanj točnog prepoznavanja tog problema. Sudionici su skloni tražiti pomoć kod neformalnih izvora pomoći (prijatelja i obitelji) za probleme depresivnosti i socijalne fobije. Slušanje s pažnjom, poticanje društva da razvesele osobu te poticanje osobe tjelesnu aktivnost su načini pomoći koje smatraju korisnima, ukoliko bi njima bliska osoba imala isti problem kao u vinjeti. Veći udio sudionika navodi postojanje vlastitog iskustva problema socijalne fobije, nego problema depresivnosti. Nije se pokazala statistički značajna razlika u prepoznavanju problema i traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema.

Ključne riječi: mentalno zdravlje, mentalno-zdravstvena pismenost, adolescencija, socijalna fobija, depresivnost

Title: Mental health literacy among high school graduates

Name and surname of student: Ivona Dundović

Mentor's name and surname: doc.dr.sc. Miranda Novak

Program / module: Social pedagogy / children and young people

Summary: The basic aim of this paper is to get to know and understand the field of mental health literacy of adolescents in Croatia, with insight into the characteristics and level of mental health literacy among high school graduates in the city of Našice. Specific objectives relate to examining problem recognition, help-seeking attitudes, first aid interventions, and personal experiences of mental disorders, as well as to examine the differences in recognizing problems and seeking help with respect to personal experience of mental disorders.

The research was conducted through an online questionnaire set up in the LimeSurvey program, which was active from May 15, 2020, to May 29, 2020. The convenience sampling consisted of 79 high school graduates from Isidora Kršnjavi in Našice. Mental Health Literacy Questionnaire (MHL), developed by prof. Anthony Jorm was used for the assessment of mental health literacy. The Croatian version of the questionnaire was translated and adapted by the Croatian Institute of Public Health for the purpose of researching mental health literacy among educators. The questionnaire used in this research is based on a vignette research methodology that describes the problems of social phobia and depression.

The results showed a higher recognition of depression than a social phobia. Participants tend to seek help from informal sources of help (friends and family) for both depression and social phobia. Listening attentively, encouraging a group of friends to cheer a person up, and encouraging a person to be physically active are ways they find helpful if a person they are close with has the same problem as the person in the vignette. Higher rates for personal experience of mental disorders were recorded for social phobia than depression. There was no statistically significant difference in recognizing the problem and seeking help with respect to personal experience of mental problems.

Key words: mental health, mental health literacy, adolescence, social phobia, depression

Sadržaj

1. UVOD	1
2. MENTALNO ZDRAVLJE MLADIH U SVIJETU STALNIH PROMJENA	3
3. ADOLESCENCIJA KAO POČETAK RAZVOJA MENTALNIH POREMEĆAJA ...	5
4. MENTALNO-ZDRAVSTVENA PISMENOST	7
4.1. Razvoj i definicija mentalno-zdravstvene pismenosti	7
4.2. Prepoznavanje problema	10
4.3. Traženje pomoći	11
4.4. Pružanje prve pomoći u području mentalnoga zdravlja	12
5. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	14
6. METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA	15
6.1. Uzorak ispitanika.....	15
6.3. Etička pitanja	17
6.4. Mjerni instrument	18
6.5. Metode obrade podataka	20
7. REZULTATI	20
7.1. Prepoznavanje problema	20
7.2. Traženje pomoći	23
7.3. Vjerovanja i intervencije prve pomoći	25
7.4. Iskustvo vlastitih mentalnih problema	29
7.5. Razlike u prepoznavanju problema i traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema	30
8. RASPRAVA	34
8.1. Ograničenja i implikacije istraživanja	40
9. ZAKLJUČAK	42
10. LITERATURA	45

1. UVOD

Od malih nas nogu uče kako brinuti o svom fizičkom zdravlju, točno znamo koje korake trebamo poduzeti i kojim se stručnjacima obratiti ukoliko primjerice imamo zubobolju. Isto tako, u adolescenciji i ranoj odraslosti neprestano nam ističu kako je važno ulagati u znanja i vještine koje će naš život učiniti funkcionalnijim i uspješnijim. Na temelju navedenog čini se kako točno znamo kako se nositi sa svim što nam život donese. No, svi zajedno zaboravljamo kako kompleksni biološki, psihološki i socijalni procesi koji se istovremeno odvijaju u adolescenciji, zajedno s nedostatkom životnog iskustva zapravo čine adolescente izuzetno ranjivom skupinom za razvoj mentalnih poremećaja (Chadda, 2018). Naime, polovica mentalnih poremećaja počinje upravo u djetinjstvu ili adolescenciji (Kessler, Amminger, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Lee i Ustün, 2007). Promatrajući vlastitu okolinu i iskustva mnogih mladih, od onih koji ne prepoznaju svoj problem, pa sve do onih koji su svjesni svojih problema mentalnoga zdravlja, ali ne znaju što učiniti, autorici se pojavilo pitanje – Kako je moguće da istovremeno možemo studirati, raditi, volontirati, putovati, brinuti o sebi i to sve obavljati u roku, dok probleme svoga mentalnoga zdravlja nismo sposobni prepoznati i poduzeti korake koji bi nam pomogli u njihovu rješavanju? U skladu s tim, došla je i motivacija za temu ovoga diplomskoga rada.

Stoga će u ovom radu naglasak biti na temi mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata. Točnije, istraživanju koje će nam pomoći da upoznamo i razumijemo područje mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata koje u Hrvatskoj gotovo da i nije bilo istraživano. Ispitivanjem karakteristika te stupnja mentalno-zdravstvene pismenost maturanata grada Našica, dobit će se dublji uvid u ovu temu.

Iako 75% mentalnih poremećaja ima svoj početak prije 25. godine (*World Federation for Mental Health* – WFMH, 2016), na svjetskoj razini između 70 i 80% mladih ne dobiva tretman koji im je potreban (Waddell, McEwan, Shepherd, Offord i Hua, 2005). Venkataraman, Patil i Balasundaram (2019) navode kako su dvije najveće barijere koje sprječavaju osobe s problemima mentalnoga zdravlja u traženju profesionalne pomoći - neprepoznavanje problema i percipirana stigma. No, u posljednjih deset godina prepoznata je potreba za uključivanje opće populacije i specifičnih skupina kada je riječ o prepoznavanju i smanjivanju stigme povezane s mentalnim poremećajima i općenitim problemima povezanim s mentalnim zdravljem, (Muslić,

Markelić, Vulić-Prtorić, Ivasović i Jovičić Burić, 2018). To je prepoznato i od Svjetske zdravstvene organizacije koja je povodom Svjetskog dana mentalnoga zdravlja 2016. istaknula opću potrebu za pojačanom svijesti o jednakoj važnosti mentalnoga i tjelesnoga zdravlja (WFMH, 2016). Naime, upravo je mentalno-zdravstvena pismenost prepoznata kao temelj za promicanje mentalnoga zdravlja, prevencije te smanjenja stigme (Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers i Pollitt, 1997).

To pokazuju i rezultati istraživanja koji govore kako poboljšano znanje o mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima, bolja svijest o tome kako potražiti pomoć te smanjena stigma o mentalnim poremećajima na osobnoj razini, razini zajednice i institucionalnoj razini mogu promicati ranu identifikaciju mentalnih poremećaja, poboljšati ishode mentalnoga zdravlja i povećati korištenje zdravstvenih usluga (Henderson, Evans-Lacko i Thornicroft, 2013). Prema tome, Rickwood, Deane, Wilson Ciarrochi (2005), ističu da kada mladi prepoznaju i shvate da imaju problem vezan uz mentalno zdravlje te posjeduju znanja i vještine za isti, veća je vjerojatnost kako će tražiti pomoć i utjecati na svoje buduće mentalno zdravlje i blagostanje. Stoga se mentalno-zdravstvena pismenost smatra ključnom u adolescentskom razdoblju u kojem mladi sve više samostalno odlučuju o svojim izborima, pa tako i onima vezanima uz zdravlje u cjelini (Rickwood i sur., 2005).

Nova saznanja dobivena ovim diplomskim radom pomoći će u lakšem razumijevanju mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata, jednako kao i u planiranju novih istraživanja na temu mentalnog zdravlja mladih općenito i razvoju programa koji zadovoljavaju interes mladih u ovom području.

2. MENTALNO ZDRAVLJE MLADIH U SVIJETU STALNIH PROMJENA

Psiholog Guy Winch u svojoj je knjizi „Prva pomoć za emocije“ na slikovitom primjeru objasnio kako pristupamo problemima tjelesnoga, a kako problemima mentalnoga zdravlja. Winch (2012) navodi ukoliko pitamo 10-godišnjaka što trebamo učiniti kada porežemo koljeno, bez razmišljanja će nam reći kako ranu prvo moramo očistiti i potom ju adekvatno zaštititi. Pitamo li ga zašto bi poduzeo baš te korake, on će nam jasno odgovoriti kako tretiranjem porezotine na koljenu pomažemo njezinom konačnom zacijeljenju i oporavku, kako se ne bi razvila teža infekcije. Iz ovog je primjera jasno kako djecu od najranijih godina učimo kako brinuti o svom tijelu i oni to u većini slučajeva rade uspješno. No, pitamo li odrasle što učiniti kada osjećamo snažnu bol nakon prekida, razočaranje nakon neuspjeha ili kako se pak oporaviti od gubitka ili traume, odrasli će u većini slučajeva ostati zbunjeni te promijeniti temu razgovora. S druge strane, u svakom kućanstvu možemo pronaći kutiju prve pomoći za naše fizičke ozljede, no „kutiju“ prve pomoći za naše mentalne probleme nažalost rijetko nalazimo. Stoga autor tvrdi kako smo sposobni prepoznati i brinuti se o raznim tjelesnim ozljedama, no ne i o mentalnim koje su jednako prisutne u našem životu. U tom smjeru, Furnham (2009; prema Vovou, 2020) zaključuje kako smo mi kao pojedinci svjesni važnosti znanja o tjelesnom zdravlju, dok s druge strane znanje o mentalnom zdravlju uvelike zapostavljamo.

No, Svjetska zdravstvena organizacija (engl. *World Health Organization* - WHO) ističe kako je mentalno zdravlje integralna i esencijalna komponenta zdravlja te podrazumijeva cjelovito fizičko, mentalno i socijalno blagostanje, a ne samo odsutnost bolesti i nemoći (WHO, 2019). Stoga probleme mentalnoga zdravlja ne trebamo zanemarivati u odnosu na probleme tjelesnoga zdravlja. Povezanost dobroga mentalnog i tjelesnog zdravlja važna je za uspješan rast i razvoj bez obzira u kojoj se životnoj dobi nalazili (Muslić i sur., 2018). Prema tome, jasno je kako nema zdravlja bez mentalnoga zdravlja. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je mentalno zdravlje kao stanje dobrobiti u kojemu pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresom, raditi produktivno i plodonosno te je sposoban pridonositi zajednici. Stoga, mentalno zdravlje trebamo promatrati kao vrijedan izvor ljudskog kapitala i blagostanja u našem društvu (WHO, 2014).

Zadnjih nekoliko desetljeća svjedočimo naglim i brzim promjenama koje predstavljaju velike izazove za mentalno zdravlje mladih danas (Chadda, 2018). Isto je prepoznala i Svjetska

zdravstvena organizacija, stoga je prije nepune dvije godine na Svjetski dan mentalnoga zdravlja 10. listopada 2018., naglasak stavila upravo na mlade ljude u svijetu stalnih promjena (WHO, 2018). Iako je i adolescencija i rana odraslost sama po sebi razdoblje puno promjena - od napuštanja doma, pronalaska posla pa sve do upisa na fakultet, Svjetska federacija za mentalno zdravlje (WFMH, 2018) navodi kako su nestabilnosti, nasilje i konstantni traumatski događaji postali svakodnevna pojava u životu mladih. To potvrđuju i rezultati istraživanja od strane World Economic Forum (2020) u suradnji s vodećom ustanovom za mentalno zdravlje mladih Orygen u Australiji, čiji su podaci objavljeni u svibnju ove godine. Naime, u njihovu istraživanju mladi navode tri brige koje trenutno negativno utječu na njihovo mentalno zdravlje - konstantne usporedbe koje stvaraju društvene mreže, pritisak za što boljim akademskim uspjehom i zabrinutost zbog utjecaja klimatskih promjena na njihovu budućnost. Također, ne smije se izostaviti ni pandemija Covid-19 koja je u punom jeku i koja stvara dodatan pritisak na mentalno zdravlje mladih, a čije posljedice tek dolaze. Jednako tako, pandemija Covid-19 može pogoršati već postojeće mentalne probleme mladih i dovesti do većeg broja novih slučajeva mladih s poteškoćama mentalnoga zdravlja. (Golberstein, Wen, i Miller, 2020).

Prije svega, trebamo imati na umu kako mladi u dobi od 10 do 24 godine danas čine više od četvrtine svjetske populacije te su ujedno i najbrže rastuća od svih dobnih skupina. Uz razvoj autonomije, samokontrole, socijalnih interakcija i učenja, u ovom se razdoblju formiraju i sposobnosti koje će izravno utjecati na njihovo mentalno zdravlje u budućnosti. Stoga bi fokus na njihovo cjelokupno zdravlje trebao biti ključan (Chadda, 2018). Štoviše, njihovo zdravlje sada određuje zdravlje i prosperitet budućih generacija (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood i Hickie, 2014). Prije 200 godina u tom ih je razvoju sprječavala visoka stopa smrtnosti, no ona je u zadnjih 80 godina s 23.9% pala na samo 3.9% (UNICEF, 2019; prema WEF 2020). Danas je pak pojava mentalnih poremećaja u adolescenciji glavna prepreka mladima u uspješnoj tranziciji iz adolescencije u odraslost (WEF, 2020). Naime, polovica mentalnih poremećaja počinje upravo u djetinjstvu ili adolescenciji (Kessler i sur., 2004; prema Chadda, 2018). Kompleksni biološki, psihološki i socijalni procesi koji se istovremeno odvijaju u adolescenciji, mlade čine iznimno ranjivom skupinom u smislu razvoja mentalnih poremećaja. Stoga, ukoliko društvo zanemaruje mentalno zdravlje mladih i ne ulaže u isto, ono nanosi štetu samome sebi (Gunn, 2004; prema WEF, 2020).

3. ADOLESCENCIJA KAO POČETAK RAZVOJA MENTALNIH POREMEĆAJA

Mentalni poremećaji čine 35% globalnog ekonomskog opterećenja nezaznih bolesti, više nego kardiovaskularne bolesti, rak i dijabetes (Bloom i sur., 2011; prema WEF 2020). Među deset najčešćih uzroka opterećenja bolešću u svijetu, dva su iz skupine mentalnih poremećaja – veliki depresivni poremećaj na drugom mjestu i anksiozni poremećaj na devetom mjestu (Vos i sur., 2015; prema Muslić i sur., 2018). Podaci su slični i kada su u pitanju adolescencija i rana odraslost, u kojima mentalni poremećaji čine 1/3 svjetskog opterećenja bolesti (WHO, 2013; prema Wei, McGrath, Haydenmi Kutcher, 2015).

Sukladno tome, 75% mentalnih poremećaja ima svoj početak prije 25. godine, stoga su najveća prijetnja zdravlju, blagostanju te produktivnosti mladih ljudi (WEF, 2020). Slično navodi i Svjetska zdravstvena organizacija, da 50% svih mentalnih poremećaja počinje prije 14. godine, no većina ne bude detektirana ni adekvatno liječena (WHO, 2018). Nadalje, Caspi i suradnici (2020) u svojoj longitudinalnoj studiji potvrđuju kako su pojedinci s iskustvom mentalnih poremećaja upravo imali početak u adolescenciji. Točnije, njih 34% prije 15. godine, a 59% prije 18. godine.

Statistički podaci za Republiku Hrvatsku iz 2011. godine pokazuju kako mentalni i ponašajni poremećaji čine 4,8% slučajeva hospitalizacije u dobnoj skupini od 10 do 19 godina (Ledinski Fičko, 2017). Nadalje, Vulić-Prtorić i Lončarević (2016) navode kako prema podacima iz Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske za 2013. godinu oko 19% stanovništva Hrvatske čine djeca i mladi do 18. godine, a procjenjuje se da je među njima oko 20% onih koji imaju psihičke smetnje koje su toliko intenzivne da im ometaju svakodnevni život.

Od svih problema s mentalnim zdravljem, kod adolescenata se najčešće javljaju poremećaji iz skupine anksioznih poremećaja od kojih pati oko 17% adolescenata u zapadnom dijelu svijeta (Scholten, Malmberg, Lobel, Engels, i Granic, 2016). Dok je prevalencija svih anksioznih poremećaja kod djece i adolescenata između 15% i 20% (Beesdo i sur., 2009; prema Pohižek, 2018). Slično pokazuju i rezultati na zagrebačkim adolescenatima, u ispitanom uzorku gotovo 30% ih manifestira ozbiljne ili izrazito ozbiljne internalizirane poteškoće na subskali anksioznosti (Mateljak, 2018).

Zanimljivo je kako se anksioznost i depresija češće pojavljuju zajedno kod djece i adolescenata, nego kod odraslih osoba. Komorbiditet depresije i anksioznog poremećaja u kasnom djetinjstvu

je 17%, kod adolescenata se ta povezanost povećava na čak 69% (Kostić, 2006; prema Pohižek, 2018). Štoviše, anksioznost kod mladih nerijetko prethodi depresiji (Werner-Seidler i suradnici, 2017; prema Pohižek, 2018). Scholten i suradnici (2016) naglašavaju da se anksioznost koja se javlja u ovoj dobi često nastavlja i u odraslosti te kod pojedinca može izazivati razne zdravstvene probleme, ali i već spomenutu depresiju te ovisnosti. Za vrijeme adolescencije, anksioznost može imati razne negativne utjecaje na svakodnevno funkcioniranje, zbog koje se nerijetko javljaju problemi i poteškoće u školi, slabiji školski uspjeh, zloupotreba opojnih tvari, maloljetničke trudnoće, problemi u ponašanju, pa čak i suicidalnost (Scholten i sur., 2017).

Uz anksioznost, kod mladih najčešće vidimo i depresivnu simptomatologiju: prevalencija depresije među adolescentima približno se kreće od 4 do 8% (Rudan i Tomac, 2009; prema Borevković, 2018). To potvrđuju i istraživanja (Thapar i sur., 2010; prema Borevković, 2018) koja govore o broju od oko 6% adolescenata u svijetu koji pate od depresije. Među mentalnim poremećajima depresija predstavlja veliki izazov kod svih dobnih skupina zbog sve veće raširenosti i često ozbiljnih posljedica. Djeca i mladi koji pokazuju ozbiljne znakove depresije ili pate od kliničke depresije u većem su riziku od suicidalnih ponašanja. Suicidi su treći po redu uzrok smrti adolescenata na svjetskoj razini, a depresivni su poremećaji vodeći uzrok bolesti i izgubljenih godina zdravoga života zbog onesposobljenosti (WHO, 2014; prema Muslić i sur., 2018).

Rezultati istraživanja u našoj zemlji pokazuju da intenzivne simptome depresivnosti doživljava 13% učenika (Vulić-Prtorić i Kolarić, 2011; prema Muslić i sur., 2018). Druga istraživanja na različitim uzorcima djece i mladih u RH pokazuju izraženu prisutnost depresivnih simptoma. Istraživanje provedeno na reprezentativnome uzorku od 2225 djece i adolescenata u dobi od 10 do 18 godina u osam gradova širom Hrvatske pokazalo je da 16% djece i adolescenata ima iznadprosječne rezultate na upitniku depresivnosti dok 3% ima izražene kliničke simptome (Vulić-Prtorić, 2003; prema Muslić i sur., 2018). Rezultati novijeg datuma, dobiveni iz diplomskoga rada čije je istraživanje provedeno u sklopu projekta „Pozitivan razvoj adolescenata grada Zagreba: analiza stanja“, na uzorku od 719 adolescenata, pokazuju sličnu učestalost depresivne simptomatologije u adolescentskom razdoblju. Mateljak (2018) navodi kako petina adolescenata manifestira ozbiljne ili izrazito ozbiljne internalizirane poteškoće na subskalama depresivnosti i stresa.

4. MENTALNO-ZDRAVSTVENA PISMENOST

4.1. Razvoj i definicija mentalno-zdravstvene pismenosti

Mentalno-zdravstvena pismenost je konstrukt koji je proizašao iz domene zdravstvene pismenosti i mora se razumjeti u tom kontekstu (Kutcher, Wei, Costa, Gusmão, Skokauskas i Sourander, 2016). Zdravstvena pismenost definira se kao sposobnost pojedinca da dođe do informacija, razumije ih i koristi se njima radi unaprjeđenja i održavanja dobrog zdravlja. (Nutbeam i sur., 1998; prema Jorm, 2000). Upravo se ona smatra ključnom u osnaživanju pojedinca da preuzme kontrolu u očuvanju vlastitoga zdravlja. Štoviše, istraživanja su pokazala da je zdravstvena pismenost povezana s ishodom liječenja, odnosno niska razina zdravstvene pismenosti može imati dugoročne posljedice na zdravlje pojedinca te je povezana s lošijim zdravstvenim ishodima (Berkman i sur., 2011; prema Muslić i sur., 2018). Važnost zdravstvene pismenosti u području tjelesnog zdravlja, široko je priznata i podrazumijeva se, dok je područje mentalno-zdravstvene pismenosti donedavno bilo potpuno zanemareno. (Jorm, 2000).

Zbog toga su, kako sam Jorm (2012) navodi, on i njegovi kolege tijekom 1990-ih bili nezadovoljni kontrastom između tjelesnog i mentalnog zdravlja te nedostatkom istraživanja i djelovanja na javno znanje i vjerovanja o mentalnim poremećajima. Dva su ih razloga posebno potaknula na stvaranje pojma mentalno-zdravstvene pismenosti. Prvo, u to je vrijeme područje zdravstvene pismenosti potpuno zanemarilo mentalne poremećaje. Australaska vlada je 1993. godine pod nacionalne zdravstvene ciljeve uključila i mentalne poremećaje (Nutbeam i sur., 1993, prema Jorm, 2015), međutim, u odjeljku izvještaja o zdravstvenoj pismenosti nisu se spominjali mentalni poremećaji. Drugo, područje mentalnog zdravlja je pak zanemarilo zdravstvenu pismenost šire javnosti. Tada je naglasak bio na povećanju znanja i vještina sektora primarne skrbi, posebno liječnika opće prakse, u rješavanju mentalnih poremećaja, dok javnost nije bila viđena kao važna i ciljana skupina. No, oni su smatrali kako je potrebno povećati znanja i vještine šire javnosti (Jorm, 2015). Stoga su Jorm i njegove kolege, kako bi skrenuli pažnju na ovo zanemareno područje, „skovali“ pojam mentalno-zdravstvene pismenosti (Jorm, 2012) te su 1995. godine proveli prvo nacionalno istraživanje mentalno-zdravstvene pismenosti (Jorm i sur., 1997; prema Jorm, 2015). Otkrili su velike razlike između uvjerenja javnosti i stručnjaka o mentalnim poremećajima, posebno u vjerovanjima o potencijalnoj korisnosti standardnih psihijatrijskih tretmana (Jorm, 2015).

Jorm i njegovi suradnici (1997) kao idejni utemeljitelji pojma mentalno-zdravstvene pismenosti prvi su je i definirali kao:

- 1) sposobnost prepoznavanja specifičnih poremećaja;
- 2) znanja o tome kako tražiti informacije o mentalnome zdravlju i mentalnim poremećajima;
- 3) znanja o rizičnim čimbenicima i uzrocima razvoja poremećaja;
- 4) znanja o samopomoći;
- 5) znanja o dostupnosti stručne pomoći;
- 6) stavovi koji promoviraju prepoznavanje i
- 7) stavovi koji potiču odgovarajuće traženje pomoći.

U ovoj su definiciji uspjeli sažeti sva područja za koje se vjeruje da definiraju ovaj konstrukt. Ovih se sedam ključnih karakteristika koje čine mentalno-zdravstvenu pismenost, mogu grupirati u prepoznavanje, znanje o čimbenicima koji se odnose na mentalno zdravlje te stavove i vjerovanja o mentalnim poremećajima. Temeljem ove definicije, jasno je kako ispitivanje razumijevanja mentalno-zdravstvene pismenosti pojedinca zahtijeva temeljito mjerenje svih navedenih područja (O'Connor, Casey i Clough, 2014)

S vremenom su tu definiciju Jorm i suradnici (2012) izmijenili i proširili stoga najnovija definicija mentalno-zdravstvenu pismenosti obuhvaća:

- 1) znanja kako prevenirati mentalni poremećaj;
- 2) prepoznavanje poremećaja kada je razvoju;
- 3) znanja o vrstama traženja pomoći i dostupnih intervencija;
- 4) znanja o učinkovitim strategijama samopomoći za blage i umjerene probleme;
- 5) vještine prve pomoći za pomoć drugima koji su već razvili mentalni poremećaj ili imaju mentalnih problema.

Iz ove druge definicije jasno je kako se mentalno-zdravstvena pismenost ne odnosi samo na posjedovanje znanja, već na znanje koje je povezano s mogućnošću djelovanja na dobrobit vlastitog mentalnog zdravlja, ali i zdravlja drugih (Jorm, 2012).

Definicija Jorma i njegovih suradnika do nedavno se smatrala "zlatnim standardom" u istraživanju i praksi mentalno-zdravstvene pismenosti. No, s vremenom su se pojavile kritike kako definicija mentalno-zdravstvene pismenosti promovira psihijatrijsku i biogenetsku

konceptualizaciju mentalnih poremećaja. Točnije, stavlja se fokus na prepoznavanje mentalnih poremećaja, zajedno sa znanjima o rizičnim čimbenicima i uzrocima te znanja o odgovarajućim intervencijama (Gattuso i sur., 2005, Read, 2007; prema Mansfield, Patalay, i Humphrey, 2020). Sličnu su kritiku uputili i Chambers i suradnici (2015; prema Mansfield i sur., 2020) navodeći kako ova definicija u fokus stavlja mentalne poremećaje, a pritom zanemaruje cjelokupno mentalno zdravlje koje zapravo nadilazi dihotomiju postojanja ili nepostojanja mentalnog poremećaja. Stoga nedostaju komponente poput sposobnosti pristupa, razumijevanja i korištenja informacija koje promiču i održavaju dobro mentalno zdravlje (Venkataraman i sur., 2019). Isto tako, Wei, Hayden, Kutcher, Zygmunt i McGrath (2013) su se nedavno zalagali za proširenu definiciju mentalno-zdravstvene pismenosti. Tvrde kako ista treba uključivati ne samo komponentu znanja, već i stavove, stigmatu, pozitivno mentalno zdravlje i djelotvornost u traženju pomoći i mentalnih bolesti (Bjørnsen i sur., 2017; Kutcher i sur., Kusan, 2013; Wei, 2017; prema Mansfield i sur., 2020). Stoga se prema njima mentalno-zdravstvena pismenost odnosi na znanje o tome kako postići i održati pozitivno mentalno zdravlje, znanje o mentalnim poteškoćama i njihovom tretmanu, o stigmatizaciji koja je povezana s mentalnim poteškoćama te na kraju, podrazumijeva i sposobnost osobe da prepozna trenutak kada joj je potrebna pomoć i znanje gdje tu pomoć može dobiti (Kutcher i sur., 2016; prema Mansfield, 2020). Navedene kritike mogu se jasno povezati i idu u smjeru ranije navedene definicije mentalnoga zdravlja od strane Svjetske zdravstvene organizacije koja uključuje subjektivno blagostanje, optimalno funkcioniranje i suočavanje, te prepoznavanje mentalnog zdravlja izvan odsutnosti poremećaja (WHO, 2018; prema Mansfield, 2020).

Navedeni bi koncepti mogli biti važni dodaci definicije konstrukta mentalno-zdravstvene pismenosti. Međutim, istraživači ističu kako konsenzus o tome koji koncepti trebaju, a koji ne trebaju biti uključeni u konstrukt mentalno-zdravstvene pismenosti predstavlja veliki izazov zbog već velikog broja postojećih istraživanja pojedinog koncepta (Kutcher i sur., 2016; prema Wei i sur., 2015). S druge strane, neki bi istraživači radije strogo operacionalizirali mentalno-zdravstvenu pismenost kao znanje o mentalnom zdravlju (Chen i sur., 2017; Coles i sur., 2016; Furnham i Sjøkvist, 2017; prema Wei, 2015). Sve u svemu, Wei i suradnici (2015) navode kako širenje konstrukta mentalno-zdravstvene pismenosti, u kombinaciji s nemogućnosti konsenzusa o točnoj definiciji mentalno-zdravstvene pismenosti može dovesti do stvaranja zbrke u literaturi i narušavanja principa dobre definicije.

No, Spiker i Hammer (2018) nude odgovor na navedena širenja konstrukta mentalno-zdravstvene pismenosti, iznoseći argument kako bi mentalno-zdravstvena pismenost radije

trebala biti promatrana kao teorija s više konstrukata, nego kao višedimenzionalan konstrukt. Točnije, oni zaključuju kako su širenjem konstrukta mentalno-zdravstvene pismenosti istraživači smanjili dosljedno korištenje definicije u svojim istraživanjima što je rezultiralo heterogenim mjerenjima. Na kraju ističu kako bi razumijevanje mentalno-zdravstvene pismenosti kao teorije sa više konstrukata moglo pomoći razgraničenju između njegovih širokih i složenih područja, a to su: prepoznavanja, znanja, stigme i stavovi kod traženja pomoći.

4.2. Prepoznavanje problema

U nastavku će biti navedene i opisane tri kategorije mentalno-zdravstvene pismenosti, koje se ispituju u ovom istraživanju, a koje se smatraju ključnima pri određivanju mentalno-zdravstvene pismenosti.

Prepoznavanje problema jedan je od ključnih elemenata mentalno-zdravstvene pismenosti. Znanje o prepoznavanju mentalnih poremećaja direktno utječe na traženje odgovarajuće pomoći i budućeg tretmana (Venkataraman i sur., 2019). No mnoge odrasle osobe s mentalnim poremećajima teško prepoznaju što im se događa ili ne znaju imenovati ono što osjećaju i doživljavaju. Studije provedene u raznim zemljama o sposobnosti točnog prepoznavanja mentalnih poremećaja dale su različite rezultate. U zemljama kao što su Kina i Australija, većina ljudi je iz opisa situacije uspjela je ispravno prepoznati o kojem se mentalnom poremećaju radi (Siu i sur., 2012, Reavly i Jorm, 2011; prema Venkataraman i sur., 2019). S druge strane, studija obavljena u Portugalu, koja je koristila vinjetni upitnik, izvijestila je da četvrtina ispitanika nije prepoznala depresivnost u vinjeti (Loureiro i sur., 2013; prema Venkataraman i sur., 2019). Sposobnost prepoznavanja specifičnih mentalnih poremećaja nije bila ujednačena, čak ni među razvijenim zemljama. Mnogi ljudi nisu mogli prepoznati specifične mentalne poremećaje ili različite vrste mentalnih problema (Jorm i sur., 2000; prema Venkataraman i sur., 2019).

Jorm (2012) ističe dva ključna čimbenika koji odgađaju prepoznavanje mentalnoga poremećaja kod osobe koja ima isti. Prvi je nedostatak znanja u prepoznavanju mentalnoga poremećaja. To najbolje objašnjava klinička studija provedena u Australiji čiji rezultati su pokazali kako je osobama s dijagnozom anksioznog poremećaja ili poremećaja raspoloženja u prosjeku trebalo 8.2 godine kako bi potražili pomoć. Od tog vremena, 6.9 godina trebalo im je za prepoznavanje

mentalnoga poremećaja, a 1.3 godine u prosjeku je prošlo između prepoznavanja poremećaja i traženja pomoći. (Thompson i sur., 2008; prema Jorm, 2000).

Drugi čimbenik koji pridonosi odgađanju prepoznavanja odnosi se na početak javljanja problema, najčešće u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi. U SAD-u je primjerice prosječna dob u kojoj se javljaju anksiozni poremećaji 11 godina (Kessler i sur., 2005; prema Jorm, 2012). To znači da ljudi često prvi put doživljavaju mentalne poremećaje u razdoblju tranzicije iz jednog razvojnog razdoblja u drugo te im znanje i iskustvo nisu dovoljno razvijeni. Stoga je razumljivo koliko je djeci i adolescentima teško prepoznati i opisati svoje emocije i doživljaje koji katkad mogu biti prvi znakovi problema mentalnoga zdravlja. Naime, upravo je to razdoblje kada se brojne psihičke tegobe i poremećaji mogu spriječiti ili umanjiti ako su pravodobno i točno prepoznati (Muslić i sur., 2018).

4.3. Traženje pomoći

Traženje pomoći (eng. *help-seeking*) termin je koji se upotrebljava za označavanje ponašanja u kojemu pojedinac aktivno traži pomoć drugih ljudi. Riječ je o komunikaciji s drugim ljudima kako bi se dobila pomoć u smislu razumijevanja, savjeta, informacija, liječenja i opće podrške kao odgovor na problem ili nevolje. No, traženje pomoći nije jednostavan proces u kojem dolazi do prepoznavanja potrebe, donošenja odluke i namjere o traženju pomoći i provedbe te odluke (Muslić i sur., 2018). Iako je svjesnost o problemu (od strane sebe ili drugih) „polazna točka“, simptomi problema mentalnoga zdravlja ili pak mentalnoga poremećaja manje utječu kao poticaj u traženju pomoći. Naime, u svakome trenutku navedenoga procesa traženja pomoći i u konačnici aktivnoga traženja pomoći djeluju različiti čimbenici. Prije svega oni koji dovode do odgađanja traženja pomoći, a koji se ujedno nazivaju i prepreke u traženju pomoći. Naime, neznanje i s njim povezana stigma kod osobe s problemima mentalnoga zdravlja glavne su prepreke u traženju pomoći (Muslić i sur., 2018). Postojanje stigme u odnosu na osobe s problemima mentalnoga zdravlja, smanjuje mogućnost da će osoba potražiti i dobiti primjerenu pomoć od pojedinaca ili stručnjaka. S druge strane, brojna su istraživanja utvrdila da su bolje znanje o očuvanju mentalnoga zdravlja, mentalnim poremećajima te dostupnim oblicima liječenja, podrška okoline i pozitivniji stav čimbenici koji pozitivno utječu na traženje pomoći.

Traženje pomoći je oblik suočavanja koji se oslanja na druge ljude i zato se često temelji na socijalnim odnosima i međuljudskim vještinama. Rickwood i suradnici (2005) navode kako se

pomoć može potražiti iz različitih izvora koji se razlikuju prema formalnosti. Neformalno traženje pomoći dolazi iz neformalnih socijalnih odnosa, poput prijateljstava i odnosa unutar obitelji. Formalno traženje pomoći dolazi od stručnih izvora pomoći; odnosno stručnjaka koji imaju prepoznatu ulogu i odgovarajuću edukaciju u pružanju pomoći i savjeta, poput stručnjaka za mentalno zdravlje, učitelja i stručnjaka koji rade s mladima. Dok mali broj adolescenata traži stručnu pomoć za svoje mentalne probleme, većina će ipak potražiti pomoć kod prijatelja i članova obitelji. Ohrabrujuće je da je većina adolescenata spremna razgovarati s nekime o svojim problemima, no često ne dobiju stručnu pomoć koja im je uistinu potrebna (Offer i sur., 1991; prema Jorm, 2012). Upitno je jesu li odgovori i savjeti pruženi od strane prijatelja i obitelji korisni, s obzirom da oni nisu educirani za učinkovito rješavanje emocionalnih i osobnih problema drugih osoba. Konkretno, kada adolescenti traže pomoć od svojih vršnjaka, oni mogu biti nedovoljno educirani za pružanje korisnih odgovora na teške probleme. Štoviše, većina vršnjaka nema iskustva i zrelost da preuzmu tu ulogu ili da omoguće stručnu pomoć koja se od njih traži (Jorm, 2012). S druge strane, smatra se kako traženje stručne pomoći predstavlja snažan zaštitni čimbenik kod psiholoških, socijalnih i emocionalnih problema (Tracey i sur.; prema Rickwood i sur., 2005) kao i kod drugih rizika mentalnoga zdravlja, posebice rizika za počinjenje samoubojstva (Martin, 2002; prema Rickwood i sur., 2005).

4.4. Pružanje prve pomoći u području mentalnoga zdravlja

Prva pomoć u području mentalnog zdravlja definira se kao pomoć koja se pruža osobi koja razvija problem mentalnoga zdravlja ili prolazi kroz krizu mentalnoga zdravlja. Pruža se sve do trenutka kada osoba primi stručni tretman ili do završetka krize mentalnoga zdravlja (Langlandsi sur., 2008; prema Yap, Reavley i Jorm, 2012). Prilikom suočavanja osobe s vlastitim problemima mentalnoga zdravlja, zajednica mora znati kako pomoći i pružiti podršku, jer kao što je ranije navedeno, zbog neprepoznavanja problema osobe često odgađaju traženje pomoći ili je gotovo nikada ne potraže. U takvim slučajevima, socijalna mreža osobe može olakšati prepoznavanje i pomoći u traženju pomoći. Naime, osobe koje imaju mentalni poremećaj imaju veću vjerojatnost za traženjem stručne pomoći ako ju netko drugi predloži (Cusack i sur., 1991; prema Jorm, 2012). Pomoć drugih u prepoznavanju i traženju pomoći može biti osobito važna tijekom adolescencije, kada mentalni poremećaji često imaju svoj početak, a adolescenti nemaju dovoljna znanja i iskustva za suočavanje s istima (Jorm, 2012).

Nekoliko istraživanja u Australiji ispitivalo je u što javnost vjeruje kada je u pitanju pružanje prve pomoći. Navedene su različite vinjete s obzirom na mentalne poremećaje te su upitani što bi učinili ako bi isti poremećaj imala njima bliska i draga osoba. Najčešći odgovori su kako bi potaknuli osobu koja se bori s problemima mentalnoga zdravlja na traženje stručne pomoći, zatim slušanje bez osuđivanja te pružanje podrške osobi (Jorm i sur., 2005; prema Jorm, 2012).

Slično je pokazalo i drugo australsko istraživanje provedeno na mladima i njihovim roditeljima vezano uz pružanje prve pomoći. Njihovi su odgovori uspoređivani s preporukama stručnjaka koji se bave mentalnim zdravljem. Najveća je razlika u odgovorima bila ta da su mladi i njihovi roditelji manje od stručnjaka vjerovali kako bi bilo korisno upitati osobu s mentalnim poremećajem o suicidalnim mislima. Štoviše, vjerovali su kako je to pitanje štetno (Jorm i sur., 2008b; prema Jorm, 2012).

5. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Cilj ovog istraživanja je pobliže upoznati i razumjeti područje mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata koje u Hrvatskoj gotovo da nije bilo istraživano. Da bi se dobio uvid u temu, ispitat će se karakteristike te stupanj mentalno-zdravstvene pismenost maturanata grada Našica. Podaci dobiveni ovim istraživanjem doprinijet će planiranju novih istraživanja o mentalnom zdravlju mladih i razvoju programa koji zadovoljavaju interes mladih u ovom području.

Istraživački problemi i hipoteze istraživanja navedeni su u nastavku:

Problem 1: Ispitati razinu prepoznavanja problema mentalnoga zdravlja od strane adolescenata te utjecaj vrste prezentirane vinjete (opis problema Depresivnost i opis problema Socijalna fobija) na točnost prepoznavanja problema.

Kako je ovaj problem djelomično eksplorativnog karaktera, hipoteza se postavlja samo za razinu prepoznavanja problema mentalnoga zdravlja dok će se utjecaj vrste prezentirane vinjete na točnost prepoznavanja problema odgovoriti prikazom odgovora sudionika:

H1.1. Veći će udio prepoznavanja problema mentalnoga zdravlja biti kod vinjete Depresivnosti nego kod vinjete Socijalna fobija

Problem 2: Usporediti spremnost sudionika na traženje pomoći te razlike u stavovima o traženju pomoći i intervencijama prve pomoći s obzirom na vrstu prezentirane vinjete (opis problema Depresivnost i opis problema Socijalna fobija).

Kako je ovaj problem djelomično eksplorativnog karaktera, hipoteze se postavljaju samo za spremnost sudionika na traženje pomoći te za sigurnost u vlastite sposobnosti kod pružanja pomoći bliskoj osobi. Na pitanje o percepciji izvora pomoći i korisnosti pojedinih načina pružanja pomoći s obzirom na vrstu prezentirane vinjete odgovoriti će se prikazom odgovora sudionika:

H2.1. Vinjeta Depresivnosti potaknuti će veću spremnost na traženje pomoći nego vinjeta Socijalna fobija.

H2.2. Vinjeta Socijalna fobija potaknuti će veću sigurnost u sposobnosti da pomognu osobi koja ima slične probleme nego vinjeta Depresivnost.

Problem 3: Ispitati navode ispitanika o vlastitom iskustvu mentalnih problema.

Obzirom da je pitanje eksplorativno, ne pretpostavlja se odgovor o vlastitom iskustvu mentalnih problema.

Problem 4: Ispitati postoje li razlike u prepoznavanju problema i traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema.

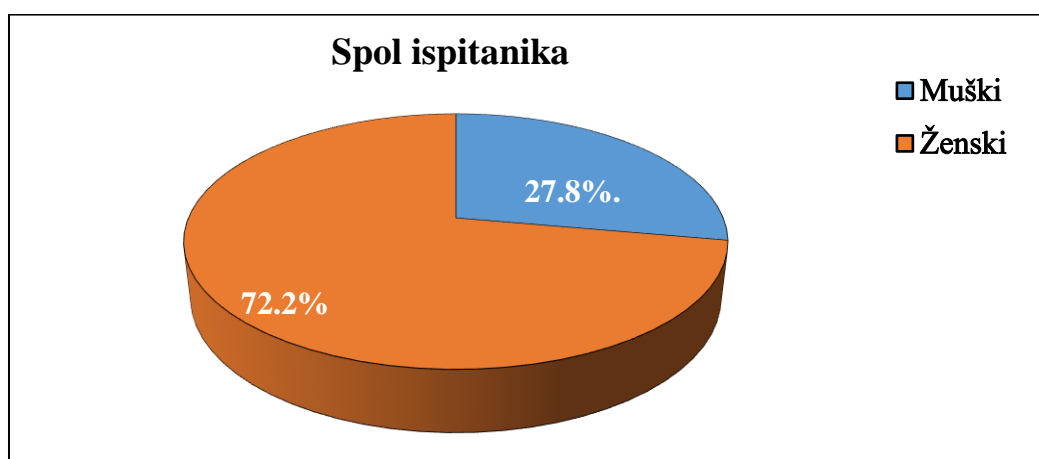
H4.1. Sudionici koji imaju iskustvo mentalnih problema točnije će prepoznati problem opisan u vinjeti te će iskazati veću spremnost za traženje pomoći.

6. METODOLOŠKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

6.1. Uzorak ispitanika

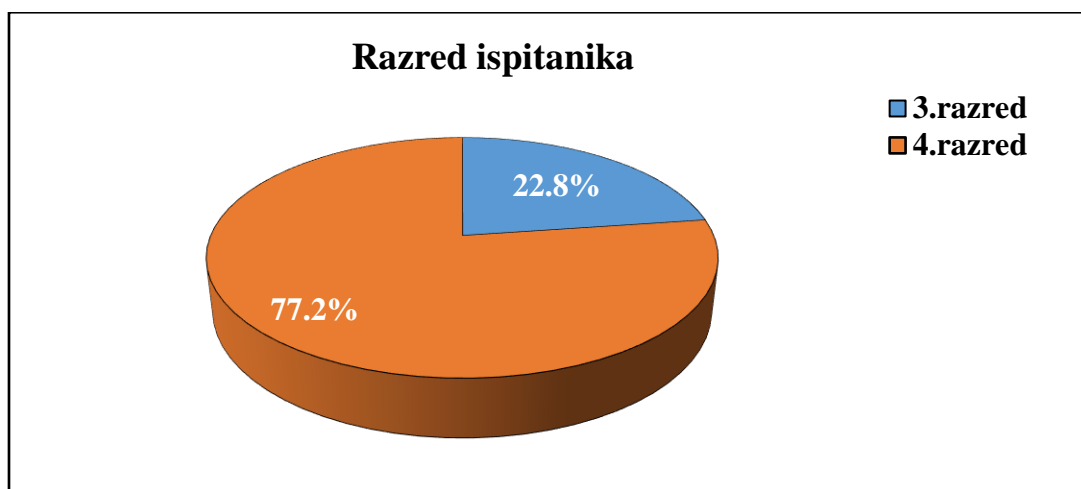
Istraživanje je obuhvatilo prigodni uzorak od 160 maturanata grada Našica. Zbog greške koja se pojavila prilikom ispunjavanja *online* upitnika u programu LimeSurvey, njih 81 nije uspjelo do kraja ispuniti upitnik. Zbog složenosti i dužine upitnika, odlučeno je kako će se za obradu podataka u obzir uzeti samo potpuni odgovori. Stoga je uzorak prikladan za obradu podataka činilo 79 maturanata.

Slika 1. Udio sudionika istraživanja po spolu



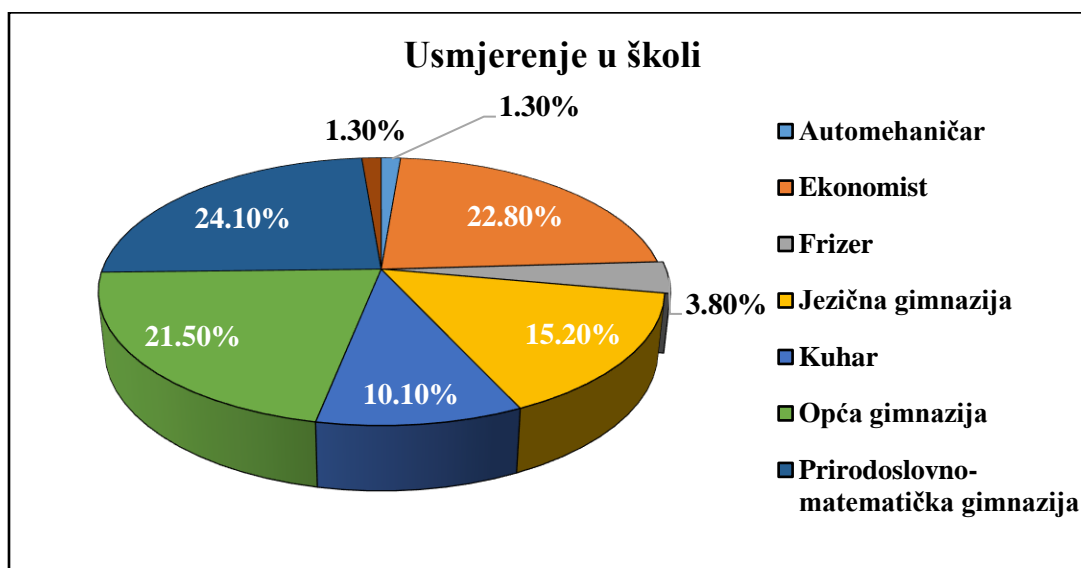
Među sudionicima istraživanja bilo je zastupljeno više djevojaka (N=57,72.2%) nego mladića (N=22, 27.8%) (Slika 1).

Slika 2. Udio sudionika istraživanja prema razredu



U istraživanju je sudjelovalo 79 učenika i učenica završnih trećih (N=18, 22.8%) i četvrtih razreda (N=61, 77.2%) srednje škole u Našicama (Slika 2). Od ukupnog broja sudionika 17 godišnjaci su činili 17,7%, 18 godišnjaci 60,8% i 19 godišnjaci 21,5%. Prosječna dob sudionika istraživanja je 18,04.

Slika 3. Udio ispitanika istraživanja prema usmjerenju u školi



Raspodjela ispitanika prema usmjerenju u školi je sljedeća: 1 (1.3%) učenik pohađa smjer automehaničar, 18 (22.8%) učenika pohađa smjer ekonomist, 3 (3.8%) učenika pohađa smjer frizer, 12 (15.2%) učenika pohađa jezičnu gimnaziju, 8 (10.1%) učenika pohađa smjer kuhar, 17 (21.5%) učenika pohađa opću gimnaziju, 19 (24.1%) učenika pohađa prirodoslovno-matematičku gimnaziju te 1 (1.3%) učenik pohađa smjer prodavač (Slika 3.).

6.2. Postupak provedbe istraživanja

„Istraživanje razumijevanja mentalnoga zdravlja“ naziv je istraživanja koje je provedeno u obliku *online* upitnika i postavljeno u programu LimeSurvey. Upitnik je bio aktivan od 15. svibnja 2020. do 29. svibnja 2020. godine. Psihologinja škole je putem virtualne učionice u programu Loomen podijelila poveznicu navedenog istraživanja svim maturantima srednje škole Isidora Kršnjavoga u Našicama. Zbog nedovoljne aktivnosti maturanata u virtualnoj učionici te obaveza oko završetka nastave, poveznicu istraživanja također je podijelilo i nekoliko profesora u svojim Facebook grupama kako bi se lakše došlo do ispitanika. Dodatan broj ispitanika se također prikupio i tehnikom snježne grude, kako bi se prikupio što veći broj maturanata. Upitnik se aktivno ispunjavao do 29. svibnja 2020.

Početak drugog polugodišta putem telefona je uspostavljen kontakt sa psihologinjom škole, s kojom je dogovoreno kako će istraživanje provesti u travnju 2020. godine putem metode papir, olovka u razredima maturanta. Naglim zatvaranjem škola i prebacivanjem na *online* nastavu zbog epidemije Covid-19, istraživanje se moralo prilagoditi *online* uvjetima rada. Ravnatelju škole je putem elektroničke pošte poslana Zamolba za sudjelovanje škole u provedbi istraživanja te prva verzija upitnika u PDF formatu. Dogovorom psihologinje i ravnatelja škole, odlučeno je kako će istraživanju pristupiti svi završni razredi, uključujući i trogodišnje škole. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno. U pozdravnoj poruci upitnika, maturanti su upoznati sa ciljem i svrhom istraživanja te predviđenim trajanjem ispunjavanja upitnika oko 10 minuta. Učenicima je zajamčena anonimnost i povjerljivost prikupljenih podataka. Na posljednjoj stranici upitnika ponuđeni su telefonski brojevi i mjesta na kojima mogu potražiti psihološku pomoć te edukativne online platforme na temu mentalnoga zdravlja.

6.3. Etička pitanja

Prije samog početka provođenja istraživanja ravnatelju škole je poslan dopis i primjer upitnika od strane Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta. U istraživanju su sudjelovali i maloljetni učenici (3. i 4. završni razredi) s obzirom da prema važećem etičkom kodeksu mladi iznad 14. godina mogu sami dati suglasnost i sudjelovati u istraživanju. Sudjelovanje učenika u istraživanju je bilo anonimno a svi prikupljeni podaci su bili povjerljivi i analizirani grupno. Budući da je istraživanje obuhvaćalo pitanja koja su osobna te mogu potaknuti introspekciju, a ispitivala su iskustvo mentalnih problema s obzirom na vinjetu Socijalna fobija ili Depresivnost

te pitanje koje se odnosilo bi li sudionici upitali drugu osobu razmišlja li o samoubojstvu, na kraju su upitnika navedena mjesta i brojevi telefona Osječko – baranjske županije na koje se sudionici mogu obratiti za pomoć. U provedbi istraživanja poštovana su sva etička načela istraživanja gdje su ispitanici djeca i mladi.

6.4. Mjerni instrument

Za procjenu mentalno-zdravstvene pismenosti maturanata grada Našica upotrijebljen je **Upitnik zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja djece i mladih** koji sadrži kvantitativan i kvalitativan tip pitanja. Izvorno je razvijen za populacijska istraživanja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja u Australiji (*Mental Health Literacy Questionnaire – MHL*). Hrvatsku verziju upitnika preveo je i prilagodio Hrvatski zavod za javno zdravstvo za potrebe istraživanja zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja, u suradnji sa utemeljiteljem koncepta mentalno-zdravstvene pismenosti prof. Antonyjem Jormom koji je ujedno i ustupio upitnike. Za potrebe ovoga istraživanja, hrvatska se verzija upitnika u suradnji sa zaposlenicima Odjela za promicanje mentalnoga zdravlja HZJZ, Muslić i suradnicima te mentoricom diplomskoga rada još dodatno prilagodila. Zbog složenosti i velikog broja pitanja originalnog upitnika, u ovom je istraživanju broj kategorija pitanja koja se odnose na vinjetu smanjen s osam na četiri kategorije. Time se dužina i zahtjevnost upitnika prilagodila uzrastu sudionika te *online* uvjetima ispunjavanja upitnika. Jednako tako, pojedini izrazi, sintagme i riječi prilagođene su rječniku i kontekstu adolescenata kako bi što bolje razumjeli ono što se od njih traži. Upitnik se temelji na vinjetnoj istraživačkoj metodologiji. Vinjetno je istraživanje vrsta istraživanja koje na početku ispitaniku nudi kratku priču o izmišljenoj osobi koja ima određene probleme i teškoće (Jorm i sur., 1997). U nastavku se od sudionika traži da odgovara na pitanja povezana s pričom – npr. da prepozna problem koji izmišljena osoba ima, iznese spremnost na pružanje pomoći takvoj osobi i dr.

U ovom su istraživanju upotrijebljene vinjete koje opisuju probleme socijalne fobije i depresivnosti, a obje su preuzete iz originalnog australskog upitnika. Prilagođene su dobi i spolu ispitanika, tako je Vinjeta Socijalne fobije opisivala je problem 16-godišnjeg mladića Ivana, dok je vinjeta Depresivnosti opisivala problem 16-godišnje djevojke Ivane kako bi se sudionici oba spola što lakše poistovijetili s osobom u vinjeti (Dey, Marti i Jorm, 2019). Zbog nepronalaska vinjete koja opisuje probleme anksioznosti, odlučeno je kako će se u ovom istraživanju ispitivati socijalna fobija, jer pripada skupini anksioznih poremećaja:

1. **Vinjeta Socijalna fobija** (mladić u dobi od 16 godina) – opisuje mladu osobu s imenom Ivan koji u svojem svakodnevnom ponašanju pokazuje simptome socijalne fobije – nervoza prilikom javljanja na satu, strah od odbijanja novog društva, odbijanje prisustvovanja na društvenim okupljanjima te uzrujavanje zbog nemogućnosti kontroliranja vlastitih strahova.

2. **Vinjeta Depresija** (djevojka u dobi od 16 godina) - opisuje mladu osobu s imenom Ivana koja u svojem svakodnevnom ponašanju pokazuje depresivne simptome – povlačenje u sebe, potištenost, nemogućnost izvršavanja svakodnevnih obveza, sve lošiji školski uspjeh, gubitak teka...

Cjelokupni upitnik prilagođen je za *online* prikupljanje podataka u programu LimeSurvey, dob i problemi izmišljene osobe odgovaraju populaciji maturanata koji se susreću sa sličnim problemima i situacijama u svakodnevnom životu.

Nakon svake vinjete sudionici su odgovarali na pitanja povezana s pričom opisanom u vinjeti. Ukupno je bilo 123 pitanja kojima su prikupljeni kvantitativni i kvalitativni podatci iz šest područja:

1. **socio-demografska pitanja** s osnovnim informacijama o sudionicima (spol, dob, razred, usmjerenje u školi i uspjeh)
2. pitanja povezana s **prepoznavanjem problema** izmišljene osobe u vinjeti
3. pitanja povezana s **vjеровanjima i intervencijama prve pomoći** koji bi osobi mogli pomoći
4. pitanja povezana s **traženjem pomoći i preprekama u njihovom traženju** ukoliko bi imali iste probleme kao osoba u vinjeti
5. pitanja povezana s **iskustvima problema mentalnoga zdravlja** koji imaju neke od problema navedenih kao osoba u vinjeti
6. pitanja **vezana uz upitnik** (dužina, jasnoća, razumljivost i komentar za kraj vezan uz upitnik ili mentalno zdravlje mladih općenito)

6.5. Metode obrade podataka

Za obradu podataka korišten je SPSS, verzija 18. Rezultati kvantitativnih podataka prikazani su na deskriptivnoj razini, u tablicama i slikama. Usporedba rezultata prikazana je frekvencijama i udjelima po pojedinim kategorijama odgovora odnosno sudionika. Za ispitivanje razlika u prepoznavanju problema i traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema korišten je hi-kvadrat test, zbog manjeg broja ispitanika i nepravilne distribucije rezultata. U nastavku slijede dobiveni rezultati.

7. REZULTATI

7.1. Prepoznavanje problema

Kako bi se odgovorilo na prvi istraživački problem koji se odnosi na razinu prepoznavanja problema mentalnog zdravlja te utjecaj vrste prezentirane vinjete na točnost prepoznavanja problema od strane maturanata, prvo su se analizirani odgovori sudionika koji se odnose na razinu prepoznavanja problema mentalnoga zdravlja. Točnije, najprije nas je zanimalo koliko sudionici nakon prezentirane priče uopće prepoznaju ima li osoba u priči problem. Prepoznavanje problema uvelike može ovisiti i o vrsti vinjete koja se procjenjuje, stoga smo u odgovoru na prvi istraživački problem analizirali razinu prepoznavanja problema te usporedili razine prepoznavanju problema s obzirom na vrstu prezentirane vinjete. Rezultati razine prepoznavanja po pojedinim vrstama problema opisanih u vinjeti prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Razina prepoznavanje problema u vinjetama s obzirom na vrstu opisanog problema (%) (N)

Odgovor	Socijalna fobija		Depresija	
	N	%	N	%
Ima problem	67	84,8	75	94,9
Nema problem	12	15,2	4	5,1

Iz Tablice 1. je vidljivo kako je sudionicima bilo teže prepoznati postojanje problema kod vinjete Socijalna fobija. Veći je udio prepoznavanja postojanja problema kod vinjete Depresivnost (ukupno 94,9%), dok je udio prepoznavanja postojanja problema prisutan kod

vinjete Socijalna fobija manji (84,8%). Navedeno je sukladno s prvom postavljenom hipotezom kako će veći će udio prepoznavanja problema biti kod vinjete Depresivnosti nego kod vinjete Socijalna fobija

Sudionici koji su označili da osoba u vinjeti Socijalne fobije **nema problem** (N=12, 15,2%), na sljedeće su pitanje „**Što mu se događa?**“ odgovorili:

Ne izlazi iz svoje sigurne zone cesto, Stidljiv je (N=2), Obicna trema, Boji se nove okoline i svega novoga što se do, Nervoja zbog promjene, Vrlo je sramežljiv, Strah od nepoznatog i previše razmišljanja, Anksioznost, Ne znam (N=2).

Udio sudionika koji su odgovorili da osoba u vinjeti Depresivnost **nema problem** bio je mali (N=4, 5,1%). Zanimalo nas je čemu pripisuju opisani problem. Na pitanje „**Što misliš, što je razlog takvog njezinog doživljavanja i ponašanja?**“ odgovorili su:

Prolazna faza, Loše raspoloženje, Pubertet, PMS, dosada, ne zna što bi sa sobom...

Sudionici koji su prepoznali problem u vinjeti, u sljedećem su pitanju odabrali termin za kojeg smatraju da odgovara nazivu problema. Analizirani odgovori sudionika odnose se na drugi dio prvog istraživačkog problema, odnosno utjecaj vrste prezentirane vinjete na točnost prepoznavanja problema od strane maturanata. Rang lista problema koje su sudionici označili za vinjetu Socijalna fobija prikazana je u Tablici 2. te za vinjetu Depresivnost u Tablici 3.

Tablica 2. Rang lista problema koje su sudionici označili za vinjetu Socijalna fobija

Vinjeta Socijalna fobija			
Odabrani problem		N	%
1.	Anksioznost	22	32,8
2.	Socijalna fobija	19	28,4
3.	Psihološki / mentalni / emocionalni problemi	12	17,9
4.	Stres	7	10,4
5.	Ima problem, ali ne znam točno koji	4	6,0
6.	Ostalo	2	3,0
7.	Mentalni poremećaj	1	1,5
Ukupno		67	100,0

U Tablici 2. prikazani su problemi koje su sudionici označili, a za koje su smatrali da se Ivan u priči nosi s njima.. Iz dobivenih rezultata uočava se da je najveći broj ispitanika odabrao termin „Anksioznost“, njih 32,8% (N=22) na odgovor s kojim se problemom Ivan nosi. Termin „Socijalna fobija“ koji je ujedno i točan odabralo je 28,4% (N=19) ispitanika. 17,9% (N=12) odabralo je termin „Psihološki / mentalni / emocionalni problemi“, 10,4% (N=7) termin „Stres“, 6,0% (N=4) termin „Ima problem, ali ne znam točno koji“, 3,0% (N=2) je odabralo „Ostalo“ te 1,5% (N=1) odabralo je „Mentalni poremećaj“.

Pod terminom „Ostalo“(N=2, 3%), sudionici su naveli sljedeće: *Socijalna anksioznost, Sramežljiv je*

Tablica 3. Rang lista problema koje su sudionici označili za vinjetu Depresivnost

Vinjeta Depresivnost			
Odabrani problem		N	%
1.	Depresija	43	57,3
2.	Psihološki / mentalni / emocionalni problemi	12	16,0
3.	Stres	8	10,7
4.	Ima problem, ali ne znam točno koji	7	9,3
5.	Anksioznost	4	5,3
6.	Mentalni poremećaj	1	1,3
Ukupno		75	100,0

U Tablici 3. vidimo kako su sudionici u najvećoj mjeri odabrali „Depresija“(N=43, 57,3%) kao termin koji opisuje problem s kojim se Ivana nosi u priči, koji je ujedno i točan. Drugi po učestalosti je termin „Psihološki/mentalni/emocionalni problemi“ (N=12, 16%), zatim „Stres“ (N=8, 10,7%), „Ima problem, ali ne znam točno koji“ (N=7, 9,3%), „Anksioznost“ (N=4, 5,3%) te „Mentalni poremećaj“ (N=1, 1,3%).

7.2. Traženje pomoći

Analizom pitanja „Ukoliko bi ti sada imao/la isti problem kao Ivan, bi li potražio/la pomoć?“ za vinjetu Socijalna fobija te pitanje „Ukoliko bi ti sada imao/la isti problem kao Ivana, bi li potražio/la pomoć?“ za vinjetu Depresivnost dobiveni su odgovori na drugi istraživački problem koji istražuje spremnost sudionika da traže pomoć, razlike u stavovima o traženju pomoći te stavovima o izvorima pomoći. Udio sudionika koji bi potražio pomoć ukoliko bi imali sličan problem kao osoba opisana u vinjeti prikazan je u Tablici 4.

Tablica 4. Udio sudionika (%) koji bi potražili pomoć ukoliko bi imali sličan problem kao osoba opisana u vinjeti

Vrsta vinjete	Da		Ne		Ne znam	
	N	%	N	%	N	%
Socijalna fobija	22	27,8	27	34,2	30	38,0
Depresivnost	37	46,8	22	27,8	20	25,3

Kao što se iz rezultata u Tablici 4. može vidjeti, veći je udio sudionika spreman potražiti pomoć ukoliko bi imali isti problem kako osoba opisana u vinjeti Depresivnost (N=37, 46,8%), dok je manji broj (N=22, 27,8%) spreman potražiti pomoć ukoliko bi imali isti problem kao osoba opisana u vinjeti Socijalna fobija. Time je potvrđena hipoteza 2.1. kako će vinjeta Depresivnosti potaknuti veću spremnost na traženje pomoći nego vinjeta Socijalna fobija.

Sudionici koji su na prethodno pitanje odgovorili da bi potražili pomoć ukoliko bi imali isti problem kao osoba opisana u vinjeti, u sljedećem su pitanju „Gdje bi potražio/la pomoć?“ imali ponuđene višestruke izvore pomoći. U Tablici 5. za vinjetu Socijalna fobija i u Tablici 6. za vinjetu Depresivnost prikazana je rang lista izvora pomoći prema udjelu sudionika koji bi potražili pomoć ukoliko bi imali isti problem kao osoba u vinjeti.

Rezultati u Tablici 5. pokazuju kako su sudionici skloni najviše tražiti neformalnu pomoć kod prijatelja (N=17, 21,5%) i roditelja (N=15, 19,0%). Manji postotak sudionika (N=7, 8,9%) potražio bi pomoć od brata ili sestre. Od formalnih izvora pomoći, sudionici bi radije pomoć potražili u nekoj drugoj instituciji/udruzi koja se bavi mentalnim zdravljem (N=4, 5,1%), nego kod stručne službe i razrednika (N=2, 2,5). Nitko od sudionika pomoć ne bi potražio kod nastavnika.

Tablica 5. Rang lista izvora pomoći prema udjelu sudionika (%) koji bi tražili pomoć ukoliko bi imali isti problem kao Ivan

Vinjeta Socijalna fobija			
Izvori pomoći		N	%
1.	Prijatelj/ica	17	21,5%
2.	Roditelj/i	15	19,0%
3.	Brat ili sestra	7	8,9%
4.	Neka druga odrasla osoba	5	6,3%
5.	Neka druga institucija/udruga koja se bavi mentalnim zdravljem	4	5,1%
6.	Stručna služba u školi	2	2,5%
7.	Razrednik	2	2,5%
8.	Nastavnik	/	/
Ukupno		79	100,0%

Slično rangirane rezultate vidimo i u Tablici 6. gdje su najviše rangirani neformalni izvori pomoći. 41,8% (N=33) sudionika pomoć bi potražilo kod prijatelja/ice ukoliko bi imali probleme slične kao Ivana, zatim 19,0% (N=29) sudionika kod roditelja te 16,5% (N=13) kod brata ili sestre. Mali udio sudionika tražio bi pomoć kod formalnih izvora, 3,8% (N=3) potražili bi pomoć kod neke druge institucije / udruge koja se bavi mentalnim zdravljem te 2,5% (N=2) pomoć bi potražilo kod stručne službe i razrednika. Nitko od sudionika pomoć za probleme slične kao Ivana ne bi tražio kod nastavnika.

Tablica 6. Rang lista izvora pomoći prema udjelu sudionika (%) koji bi tražili pomoć ukoliko bi imali isti problem kao Ivana

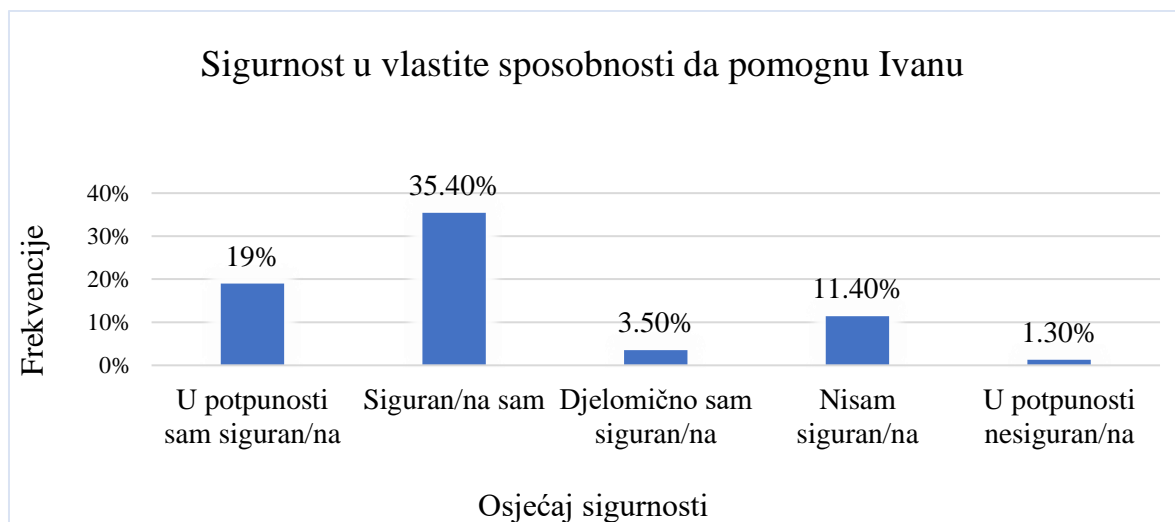
Vinjeta Depresivnost			
Izvori pomoći		N	%
1.	Prijatelj/ica	33	41,8%
2.	Roditelj/i	29	19,0%
3.	Brat ili sestra	13	16,5%

4.	Neka druga odrasla osoba	4	5,1%
5.	Neka druga institucija/udruga koja se bavi mentalnim zdravljem	3	3,8%
6.	Stručna služba u školi	2	2,5%
7.	Razrednik	2	2,5%
8.	Nastavnik	/	/
Ukupno		79	100,0%

7.3. Vjerovanja i intervencije prve pomoći

Vinjeta Socijalna fobija

Preostalim dijelom drugog istraživačkog pitanja žele se ispitati razlike u stavovima prema intervencijama prve pomoći s obzirom na vrstu prezentirane vinjete. Analizom odgovora na pitanje „**Koliko si siguran/na da si sposoban/na pomoći Ivanu?**“ dobiveni su odgovori na drugo istraživačko pitanje. Rezultati osjećaja sigurnosti sudionika u vlastite sposobnosti da pomognu Ivanu kao osobi do koje im je stalo prikazani su na Slici 4.



Slika 4. Osjećaj sigurnosti sudionika u vlastite sposobnosti da pomognu Ivanu kao osobi do koje im je stalo

Iz Slike 4. vidimo kako se 35,4 % sudionika osjećaju sigurnima u svoje sposobnosti da pomognu Ivanu, dok je 19% u potpunosti sigurno da je sposobno pomoći Ivanu. Nije zanemariv podatak kako se 11,4% ispitanika ne osjeća sigurnima da su sposobni pomoći Ivanu (Slika 4.)

U sljedećem setu pitanja, sudionicima je ponuđeno deset načina pružanja pomoći. Za svaki način pružanja pomoći postavljeno im je pitanje „**Misliš li da bi dolje navedeni način kako bi mogao/la pokušati pomoći Ivanu bio: koristan ili štetan ili nijedno od toga ili ti ovisi o nečemu ili ne znaš odnosno nisi siguran?**„ U Tablici 7. prikazani su načini pružanja pomoći rangirani prema procjeni korisnosti kod vinjete Socijalna fobija.

Tablica 7. Procjena korisnosti pojedinih načina pružanja pomoći kod vinjete Socijalna fobija (%)

	Način pomoći	Procjena korisnosti				
		Koristan način	Štetan način	Ovisi	Nijedno	Ne znam/nisam siguran/na
1.	Potaknuti njegovo društvo ili prijatelje da ga razvesele	87,3	1,3	7,6	1,3	2,5
2.	Slušati sa pozornošću	83,3	/	12,7	/	3,8
3.	Potaknuti ga na tjelesnu aktivnost	81,0	/	6,3	6,9	6,3
4.	Pružiti podršku u potrazi za stručnom pomoći	63,3	3,8	11,4	7,6	13,9
5.	Predložiti stručnu pomoć	44,8	17,7	11,4	3,8	20,3
6.	Okupirati ga drugim stvarima da zaboravi na probleme	40,5	24,1	13,9	12,7	8,9
7.	Ozbiljno razgovarati s njim o tome da mora promijeniti ponašanje	26,6	38	21,5	7,6	6,3
8.	Uključiti odrasle u rješavanje problema	22,8	22,8	31,6	7,6	15,2
9.	Upitati ga razmišlja li o samoubojstvu	21,5	44,3	6,3	10,1	17,7
10.	Ignorirati njegovo ponašanje dok ga ne prođe	/	92,4	1,3	1,3	5,1

Preko 80% sudionika smatra da je koristan način pružanja pomoći Ivanu potaknuti njegovo društvo ili prijatelje da ga razvesele (87,3%), zatim slušati ga sa pozornošću (83,3%) te potaknuti ga na tjelesnu aktivnost (81,0%). Nije zanemarivo da bi više od polovice ispitanika pružilo podršku u potrazi za stručnom pomoći (63,3%), a manje od polovice ispitanika bi predložilo stručnu pomoć (44,8%). Samo 22,8% ispitanika smatra korisnim uključiti odrasle u rješavanje problema, isti postotak ispitanika, njih 22,8% smatra kako bi to ujedno bio i štetan način. Najveći broj ispitanika (31,6%) za uključivanje odraslih u rješavanje problema navodi odgovor *Ovisi*. Isto tako, samo 21,5% ispitanika procijenilo je korisnim upitati ga razmišlja li o samoubojstvu, dok je 44,3% procijenilo štetnim. 17,7% ne znaju ili nisu sigurni, a 10,1%

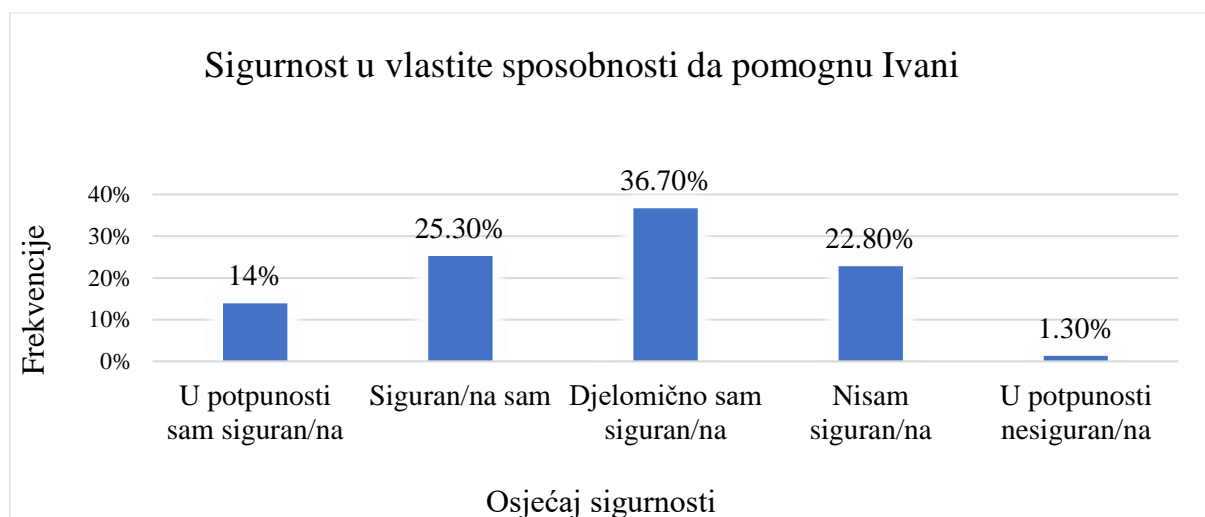
smatra kako pitati Ivana razmišlja li o samoubojstvu nije ni korisno ni štetno, odnosno označili su *Nijedno* (vidi Tablicu 6.).

Sudionici koji su označili *Ovisi* (6,3%) kod načina pomoći - **Upitati ga razmišlja li o samoubojstvu?**, na sljedeće su pitanje **O čemu ovisi?** odgovorili:

- *Ovisi o kontekstu naseg razgovora i o tome koliko naglo reagira na takva pitanja, je li podrazljiv itd. Jako je nezgodno iz vedra neba pitati tako sto, no naravno ako razmislija o tome htjela bih imati priliku pružiti mu pomoć stoga je u određenim kontekstima razgovora to ok.*
- *Ovisi o tome kakav je Ivanov pogled na život.*
- *O tome da li ozbiljno razmišlja o tome.*
- *Ovisi o tome je li on počeo taj razgovor i pokazuje li znakove suicidalnosti.*
- *Ako nije razmišljao, možda počne kada ga pitam.*

Vinjeta Depresivnost

Isto tako, analizom odgovora na pitanje „**Koliko si siguran/na da si sposoban/na pomoći Ivani?**“ dobiveni su odgovori na preostali dio drugog istraživačkog pitanja kojim se žele ispitati razlike u intervencijama prve pomoći s obzirom na vrstu prezentirane vinjete. Na Slici 5. prikazani su rezultati osjećaja sigurnosti sudionika u vlastite sposobnosti da pomognu Ivani kao osobi do koje im je stalo.



Slika 5. Osjećaj sigurnosti ispitanika u vlastite sposobnosti da pomognu Ivani kao osobi do koje im je stalo

Sa Slike 5. vidimo kako je 36,7% sudionika djelomično sigurno da je sposobno pomoći Ivani. Manji udio sudionika je siguran da je sposoban pomoći Ivani (25,3%), dok njih 22,8% nije sigurno je li sposobno pomoći Ivani. Prema tome, potvrđena je hipoteza 2.2. kako će vinjeta Socijalna fobija potaknuti veću sigurnost (35,4%) u sposobnosti da pomognu osobi koja ima slične probleme nego vinjeta Depresivnost (25,3%).

Isto kao i kod vinjete Socijalna fobija, ovdje je također sudionicima ponuđeno deset načina pružanja pomoći. Za svaki način pružanja pomoći postavljeno im je pitanje „**Misliš li da bi dolje navedeni način kako bi mogao/la pokušati pomoći Ivani bio: koristan ili štetan ili nijedno od toga ili ti ovisi o nečemu ili ne znaš odnosno nisi siguran?** „ U Tablici 8. prikazani su načini pružanja pomoći rangirani prema procjeni korisnosti kod vinjete Depresivnost.

Tablica 8. Procjena korisnosti pojedinih načina pružanja pomoći u vinjeti Depresivnost (%)

	Način pomoći	Procjena korisnosti				
		Koristan način	Štetan način	Nijedno	Ovisi	Ne znam/nisam siguran/na
1.	Slušati ju sa pažnjom	100,0	/	/	/	/
2.	Potaknuti njezino društvo ili prijatelje da ju razvesele	81,0	3,8	2,5	3,8	8,9
3.	Potaknuti ju na tjelesnu aktivnost	77,2	2,5	5,1	3,1	13,9
4.	Pružiti podršku u potrazi za stručnom pomoći	69,6	1,3	7,6	2,5	19
5.	Predložiti stručnu pomoć	62,0	6,3	6,3	10,1	15,2
6.	Okupirati ju drugim stvarima da zaboravi na probleme	53,2	17,7	10,1	5,1	13,9
7.	Uključiti odrasle u rješavanje problema	50,6	10,1	6,3	16,5	16,5
8.	Ozbiljno razgovarati s njom o tome da mora promijeniti ponašanje	38,0	36,7	8,9	5,1	11,4
9.	Upitati ju razmišlja li o samoubojstvu	30,4	34,2	10,1	7,6	17,7
10.	Ignorirati njezino ponašanje dok ju ne prođe	/	92,4	1,3	1,3	5,1

Iz Tablice 7. je vidljivo kako su gotovo svi ispitanici (100%, N=79) slušati ju sa pažnjom procijenili kao koristan način pomoći kako bi pomogli Ivani. Jednako tako, nijedan sudionik (0%) nije procijenio korisnim načinom ignorirati njezino ponašanje dok ju ne prođe. Vrlo visok udio sudionika procijenio je korisnim načinom pomoći potaknuti njezino društvo ili prijatelje da ju razvesele (81%), kao i 77,2% sudionika koji je procijenio korisnim potaknuti ju na tjelesnu

aktivnost kao način pomoć. Ne treba zanemariti kako je 69,6% ispitanika procijenilo korisnim pružiti podršku u potrazi za stručnom pomoći, isto tako kao i 62% sudionika koji bi kao način pomoći predložili stručnu pomoć. Polovica ispitanika (50,6%) procijenila je korisnim načinom pomoći uključivanje odraslih u rješavanje problema, a 10,1% procjenjuje taj način štetnim. 34,2% sudionika smatra štetnim načinom pomoći upitati ju razmišlja li o samoubojstvu, a 30,4% ispitanika isti način smatra korisnim, 17,7% ih ne zna ili nije sigurno.

Sudionici koji su označili *Ovisi* (10,1%) kod načina pomoći - **Upitati ju razmišlja li o samoubojstvu?**, na sljedeće su pitanje **O čemu ovisi?** odgovorili:

- *O njezinom psihičkoj stabilnosti*
- *Ukoliko je u kritičnoj situaciji i pitam ju da li razmišlja o tome mogu je spasiti ako razmišlja o tome, a u koliko odgovori da ne razmišlja, mojim pitanjem je mogu potaknuti na to razmišljanje i ona može pomisliti kako je to rješenje njezinih problema, što nije.*
- *Osobe koje su depresivne i nemaju volje za životom sigurno razmišljaju o samoubojstvu*
- *Upitati je to pitanje bi vjerojatno joj izazvalo još više stresa i tuge nego išta drugo. Treba joj se pokazati da ima tvoju podršku i vjerovati u njezine odluke*
- *Ako ona započne tu temu, korisno je.*
- *O situaciji i njezinom ponasanju*

7.4. Iskustvo vlastitih mentalnih problema

Trećim istraživačkim problemom željelo se ispitati navode ispitanika o vlastitom iskustvu mentalnih problema. Pitanjem „**Jesi li ti ikada imao/la sličan problem kao Ivan?**“ za vinjetu Socijalna fobija te pitanjem „**Jesi li ti ikada imao/la sličan problem kao Ivana?**“ za vinjetu Depresivnost dobiveni su odgovori na treće istraživačko pitanje. U Tablici 9. prikazan je udio (%) sudionika sa vlastitim iskustvom mentalnih problema kao osoba u vinjeti s obzirom na vrstu vinjete.

Tablica 9. Udio (%) sudionika s vlastitim iskustvom mentalnih problema kao osoba u vinjeti s obzirom na vrstu vinjete

Vrsta vinjete	Da		Ne		Ne znam	
	N	%	N	%	N	%
Socijalna fobija	33	41,8	41	51,9	5	6,3
Depresivnost	31	39,2	48	60,8	/	/

Iz rezultata u Tablici 9. vidimo kako je veći udio sudionika imalo iskustvo mentalnih problema kao osoba u vinjeti Socijalne fobije (N=33, 41,8%), dok je neznatno manji udio sudionika imalo iskustvo sličnog problema kao osoba u vinjeti Depresivnosti (N=31, 39,2%).

7.5. Razlike u prepoznavanju problema i traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema

Četvrti istraživački problem nastoji ispitati postoje li razlike u prepoznavanju problema i traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema, kako bi se dobio dublji uvid utjecaja vlastitog iskustva mentalnih problema sličnome u vinjeti, na prepoznavanje problema i traženje pomoći.

Prvi dio četvrtog istraživačkog problema odnosi se na razlike u prepoznavanju problema s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema. Kako bi se zadovoljili uvjeti za provođenje hi-kvadrat testa, varijabla prepoznavanje problema za vinjetu Socijalna fobija rekodirana je u varijablu s dvije vrijednosti odnosno dvije kategorije odgovora. Odabrani odgovori sudionika – Ostalo, Anksioznost, Stres, Ima problem, ali ne znam točno koji, Psihološki / mentalni / emocionalni problemi, Mentalni poremećaj sada čine kategoriju - Netočno. Odgovor – Socijalna fobija koji je ujedno i točan naziv problema opisanog u vinjeti čini kategoriju –Točno. Kategorije varijable iskustvo mentalnih problema ostale su nepromijenjene. Isto tako i kod vinjete Depresivnosti, varijabla prepoznavanje problema rekodirana je u varijablu s dvije vrijednosti odnosno dvije kategorije odgovora. Odabrani odgovori sudionika – Anksioznost, Stres, Psihološki / mentalni / emocionalni problemi, Mentalni poremećaj, Ima problem, ali ne znam točno koji sada čine kategoriju - Netočno. Odgovor – Depresija koji je ujedno i točan naziv problema opisanog u vinjeti čini kategoriju – Točno. Kategorije varijable iskustvo

mentalnih problema ostale su nepromijenjene. Razlike u prepoznavanju problema s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema prema vrsti vinjete prikazane su u Tablici 11.

Tablica 11. Razlike u prepoznavanju problema s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema prema vrsti vinjete

Vinjeta Socijalna fobija				
Prepoznavanje Problema	Vlastito iskustvo mentalnih problema			Ukupno
	Da	Ne	Ne znam	
Točno	9	10	/	19
Netočno	19	25	4	48
Ukupno	28	35	4	67
$\chi^2 = 1,791; df = 4; p > 0,05$				
Vinjeta Depresivnost				
Točno	20	23	/	43
Netočno	9	23	/	32
Ukupno	29	46	/	75
$\chi^2 = 2,806; df = 2; p > 0,05$				

Iz Tablice 11. je vidljivo kako kod vinjete Socijalna fobija ne postoji statistički značajna razlika u prepoznavanju problema s obzirom na iskustvo mentalnih problema ($\chi^2 = 1,791(4)$, $p > 0,05$). Prema tome, možemo odbaciti dio hipoteze 4.1. da će sudionici koji imaju vlastito iskustvo mentalnih problema točnije prepoznati problem opisan u vinjeti. Promotre li se frekvencije, neznatno veći broj sudionika bez iskustva mentalnih problema je točno prepoznalo problem opisan u vinjeti Socijalna fobija, za razliku od ispitanika koji imaju iskustvo mentalnih problema.

Kod vinjete Depresivnost također vidimo kako ne postoji statistički značajna razlika u prepoznavanju problema s obzirom na iskustvo mentalnih problema ($\chi^2 = 2,806(2)$, $p > 0,05$). Prema tome i ovdje možemo odbaciti dio hipoteze 4.1. da će sudionici koji imaju vlastito iskustvom mentalnih problema točnije prepoznati problem u vinjeti. Iz frekvencija je vidljivo kako je veći broj sudionika bez vlastitog iskustva mentalnih problema točno prepoznala problem opisan u vinjeti Depresivnost, za razliku od sudionika koji imaju iskustvo mentalnih problema.

Drugi dio četvrtog istraživačkog problema odnosi se na razlike u traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema. Kod varijabli – traženje pomoći i iskustvo mentalnih problema kategorije su ostale nepromijenjene. Točnije, kod obje varijable, kategorije imaju iste vrijednosti – Da, Ne, Ne znam. Razlike u traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema prema vrsti vinjete prikazane su u Tablici 13. Tablica 12. Razlike u traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema prema vrsti vinjeti

Vinjeta Socijalna fobija				
Traženje pomoći	Vlastito iskustvo mentalnih problema			Ukupno
	Da	Ne	Ne znam	
Da	6	16	0	22
Ne	16	10	1	27
Ne znam	11	15	4	30
Ukupno	33	41	5	79
$\chi^2 = 10,292; df = 4; p > 0,05$				
Vinjeta Depresivnost				
Da	9	28	/	37
Ne	16	6	/	22
Ne znam	6	14	/	20
Ukupno	31	48	/	79
$\chi^2 = 14,516; df = 2; p \leq 0,05$				

Iz Tablice 12. je vidljivo kako kod vinjete Socijalna fobija ne postoji statistički značajna razlika u traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema ($\chi^2 = 10,292(4), p > 0,05$). Stoga možemo odbaciti dio hipoteze 4.1. da će sudionici sa vlastitim iskustvom mentalnih problema iskazati veću spremnost za traženje pomoći. Isto tako, u frekvencijama vidimo kako bi isti broj sudionika bez vlastitog iskustva mentalnih problema potražilo pomoć, kao i oni sa vlastitim iskustvom mentalnih problema ne bi potražili pomoć. Kod vinjete Depresivnost je vidljivo da su rezultati Hi-kvadrat testa za varijablu traženja pomoći statistički značajni ($\chi^2 = 14,516(2), p \leq 0,05$). Drugim riječima, postoje statistički značajne razlike u traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema, na način da sudionici s vlastitim iskustvom mentalnih problema neće tražiti pomoć ukoliko bi imali sličan problem kao osoba u vinjeti.

Budući da ovi nalazi sugeriraju nalaze suprotne hipotezi 4.1., možemo reći da hipoteza nije potvrđena. S druge strane, sudionici koji nemaju iskustvo mentalnih problema navode da će tražiti pomoć ukoliko bi imali sličan problem kao osoba u vinjeti.

8. RASPRAVA

Iako je na svjetskoj razini u posljednjih desetak godina došlo do porasta istraživanja mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata (Mansfield i sur., 2020), u Hrvatskoj pak sam koncept mentalno-zdravstvene pismenosti tek sada postavlja svoje temelje u javnom zdravstvu a istraživanja mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata nisu još u fokusu javnog interesa. Prema tome, cilj ovog diplomskog rada je bio upoznati se s područjem mentalno-zdravstvene na prigodnom uzorku maturanata grada Našica, kako bi se dobio uvid u stupanj mentalno-zdravstvene pismenost kod adolescenata u Hrvatskoj. Preliminarni podaci dobiveni ovim istraživanjem će doprinijeti i otvoriti vrata planiranju novih istraživanja o mentalnom zdravlju mladih i razvoju programa koji zadovoljavaju interes mladih u ovom području.

S obzirom da su istraživanja mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata prilično heterogena i nedosljedna po pitanju definiranja mentalno-zdravstvene pismenosti, vrsti mjernog instrumenta te vrstama vinjeta koje opisuju mentalne poremećaje (Mansfield i sur., 2020). U daljnjoj usporedbi rezultata sa inozemnim istraživanjima, posebice kod prvog i drugog istraživačkog problema u obzir će biti uzeta samo ona istraživanja koja su koristila upitnik mentalno-zdravstvene pismenosti razvijenog od strane Jorma i kolega, vinjetnu istraživačku metodologiju koja ispituje depresivnost i socijalnu fobiju, kako bi se rezultati što jasnije mogli usporediti.

Prvi istraživački problem ovog istraživanja odnosio se na ispitivanje razine prepoznavanja problema mentalnoga zdravlja od strane adolescenata te utjecaj vrste prezentirane vinjete (opis problema Depresivnost i opis problema Socijalna fobija) na točnost prepoznavanja problema Hipoteza (**H1.1.**) koja je postavljena unutar prvog istraživačkog problema glasi: *Veći će udio prepoznavanja problema mentalnoga zdravlja biti kod vinjete Depresivnosti nego kod vinjete Socijalna fobija.*

Rezultati **razine prepoznavanja** problema mentalnoga zdravlja su pokazali kako je veći udio prepoznavanja postojanja problema kod vinjete Depresivnost (ukupno 94,9%), dok je udio prepoznavanja postojanja problema prisutan kod vinjete Socijalna fobija manji (84,8%). Za razliku od švedskih adolescenata čiji je udio prepoznavanja postojanja problema kod vinjete Depresivnost bio znatno niži (42, 7%) (Melas, Tartani, Forsner, Edhborg i Forsell, 2013). S druge strane, istraživanje Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo na odgojno-obrazovnih djelatnicima istim upitnikom i vinjetnom metodologijom pokazalo je kako je razina

prepoznavanja postojanja problema kod vinjete Depresivnosti bila još niža, samo 28,2 % (Muslić i sur., 2018). Usporedimo li ove rezultate, ohrabrujuće je kako sudionici ovog istraživanja imaju visoku razinu prepoznavanja postojanja problema mentalnoga zdravlja kod vinjete Depresivnosti. Točnije, na temelju priče koja opisuje problem depresivnosti, gotovo svi su prepoznali kako osoba u priči ima neki problem. Niža se razina prepoznavanja problema socijalne fobije može objasniti time kako adolescenti simptome socijalne fobije ne smatraju nužno patološkim (Jorm i Reavly, 2011), točnije ne vide postojanje problema. To objašnjavaju i odgovori sudionika ovog istraživanja, koji su označili kako osoba u vinjeti Socijalne fobije nema problem, kao objašnjenje naveli su neke od sljedećih odgovora - *Stidljiv je, Obična trema, Vrlo je sramežljiv, strah od nepoznatog i previše razmišljanja.*

Kod **točnosti prepoznavanja problema** socijalne fobije najviše je sudionika (32,8%) ovaj problem imenovalo terminom anksioznosti, dok ga je točno imenovalo samo 28,4%, 17,9% sudionika imenovalo ga je terminom psihološki/mentalni/emocionalni problemi te 10,4% sudionika terminom stres. Ono na što treba obratiti pažnju u ovom istraživanju je da odabir termina anksioznosti i socijalne fobije nosi zajedno 61,2%, što možemo gledati i kao pozitivan trend u točnosti prepoznavanja problema socijalne fobije. S obzirom da anksioznost i socijalna fobija spadaju u skupinu generalnih anksioznih poremećaja, moguće je kako su sudionici zbog nedovoljnog znanja i educiranosti o toj skupini poremećaja, prilikom odabira pojmova socijalne fobije ili anksioznosti bili skloni odabrati anksioznost, upravo zato što nisu bili sigurno što točno socijalna fobija označava. Slični su rezultati i na australskom uzroku u kojem je 35,9% sudionika koristilo termin anksioznosti, dok ih je samo 3% točno prepoznalo i imenovalo terminom socijalne fobije (Jorm i Reavly, 2011). S druge strane, 26,8% japanskih adolescenata točno je imenovalo socijalnu fobiju. Na prvi se pogled takvi rezultati mogu pripisati tome kako adolescenti simptome socijalne fobije ne smatraju nužno patološkim, stoga točnost prepoznavanja niža (Jorm i Reavly, 2011).

Problem depresivnosti u ovom je istraživanju 57,3% sudionika točno imenovalo, zatim 16% je problem imenovalo terminom psihološki/mentalni/emocionalni problemi te 10,7% terminom stresa. Slična je točnost prepoznavanja depresivnosti i kod iranskih adolescenata (54,1%) (Essau i sur., 2013), viša kod australskih adolescenata (75%) (Reavly i Jorm, 2011) te znatno niža kod japanskih adolescenata (14,3%) (Yoshioka, Reavley, Hart i Jorm, 2015). Slično pokazuju i rezultati istraživanja Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo na odgojno-obrazovnim djelatnicima. Naime, samo 17,9% sudionika je točno prepoznalo problem u vinjeti

Depresivnost, druge najčešće probleme koje su prepoznali bili su - obiteljski problemi (12,9%), zlostavljanje, trauma (11,1%) i problemi u vršnjačkim odnosima (11,1%) (Muslić i sur., 2018).

Ono što je zajedničko u svim istraživanjima je često korištenje drugih termina za označavanje depresivnosti i socijalne fobije od strane sudionika, poput stresa, psiholoških /emocionalnih/ mentalnih problema te mentalnih poremećaja. Prevladavanje širokih i općenitih termina u imenovanju socijalne fobije i depresije može se povezati s vrijednostima i stavovima koji prevladavaju u nekoj kulturi prema mentalnim poremećajima (Muslić i sur., 2018). Naime, u nekim zemljama pri opisivanju problema u vinjetama ljudi izbjegavaju koristiti terminologiju mentalnih poremećaja te radije koriste alternativne nazive poput stresa. Iako je to naizgled dobar način da se u slučajevima blažih problema izbjegne pretjerano patologiziranje, jasno je da se u takvim situacijama rjeđe traži stručna pomoć i vrlo se često vjeruje da je samostalno suočavanje s tim problemom ujedno i najkorisnije rješenje (Jorm, 2012; prema Muslić i sur., 2018).

Drugi istraživački problem odnosio se na uspoređivanje spremnosti sudionika na traženje pomoći te razlike u stavovima o traženju pomoći i intervencijama prve pomoći s obzirom na vrstu prezentirane vinjete (opis problema Depresivnost i opis problema Socijalna fobija). Hipoteza (**H2.1.**) koja je postavljena unutar drugog istraživačkog problema glasi: *Vinjeta Depresivnosti potaknuti će veću spremnost na traženje pomoći nego vinjeta Socijalna fobija.*

Rezultati su pokazali kako je veći udio sudionika (46,8%) je spreman potražiti pomoć ukoliko bi imali problem depresivnosti. Manji udio sudionika spreman je potražiti pomoć (27,8%) ukoliko bi imali problem socijalne fobije. Stoga je druga hipoteza (H2.1.) potvrđena. No, pogledamo li rezultate na japanskim adolescenatima, njih 73,5% je spremno potražiti pomoć ukoliko bi imali probleme depresije, dok je manji udio spreman potražiti pomoć za probleme socijalne fobije (66,3%) (Yoshioka i sur., 2015). S druge strane, udio od 81,9% australskih adolescenata spremno je potražiti pomoć ukoliko bi imali probleme depresije, a manji broj ukoliko bi imali probleme socijalne fobije (72,8%). Iako su trendovi u traženju pomoći za probleme depresije i socijalne fobije u inozemnim istraživanjima viši nego u našem, jasno je kako u svim istraživanjima ipak manja spremnost za traženjem pomoći kod problema socijalne fobije. To možemo povezati s ranije navedenim kako sudionici na probleme socijalne fobije ne gledaju kao na patološke.

Druga hipoteza (**H2.2.**) postavljena unutar drugog istraživačkog pitanja glasi: *Vinjeta Socijalna fobija potaknuti će veću sigurnost u sposobnosti da pomognu osobi koja ima slične probleme nego vinjeta Depresivnost.*

Rezultati su pokazali da je vinjeta Socijalna fobija potaknula veću sigurnost (35,4%) u sposobnosti da pomognu osobi koja ima slične probleme nego vinjeta Depresivnost (25,3%), što se ne podudara sa stranim istraživanjima gdje je osjećaj sigurnosti kod adolescenata da pomognu osobi s problemom depresije veći. Naime, 45% australskih adolescenata osjeća se sigurnim u svoje sposobnosti da pomognu osobi s problemom depresije (Jorm i Reavly, 2011), kao i 40,4% iranskih adolescenata (Essau i sur., 2013). Može se pretpostaviti kako je sigurnost u vlastite sposobnosti da pomognu osobi s problemom u ovom istraživanju povezano s težinom i ozbiljnošću problema u vinjeti Depresivnosti te da problemi depresivnosti mogu izazvati osjećaj nesigurnosti u vlastite sposobnosti da pomognu bliskoj osobi koja ima takav problem (Muslić i sur., 2018).

Rezultati koji se odnose na **stavove prema traženju pomoći** jasno pokazuju kako bi se sudionici ukoliko bi imali probleme depresije i socijalne fobije najviše obraćali neformalnim izvorima pomoći. Točnije, izvori pomoći kojima bi se o sudionici obratili u slučaju problema socijalne fobije su 21,5% kod prijatelja/ice, 19,0% kod roditelja te 8,9% kod brata ili sestre. Slični su rezultati i za izvore pomoći ukoliko bi imali problem depresivnosti – 41,8% kod prijatelja/ice, 19,0% roditelja te 16,5% kod brata ili sestre.

Ovi se rezultati slažu s trendovima u rezultatima da mladi za svoje mentalne probleme ne traže pomoć stručnjaka (Rickwood i sur., 2005), već su skloniji obraćati se svojim prijateljima ili obitelji (Leaf i sur., 1996, Waddell i sur., 2005; prema Wei i sur., 2015). No, vršnjaci mogu biti nedovoljno educirani za pružanje korisnih odgovora na teške probleme. Štoviše, većina vršnjaka nema iskustva i zrelost da preuzmu tu ulogu ili da omoguće stručnu pomoć koja se od njih traži (Jorm, 2012). Stoga je za adekvatnu potporu svojih vršnjaka ključno da adolescenti imaju razvijenu mentalno-zdravstvenu pismenost, posebice znanja i uvjerenja o mentalnim poremećajima koja pomažu u prepoznavanju i traženju pomoći (Jorm, 2000; prema Hart, Bond, Morgan, Rossetto, Cottrill, Kelly i Jorm, 2019). Jednako tako, ovi rezultati upućuju i na potrebu za dodatnom edukacijom u području mentalno-zdravstvene pismenosti kod obitelji i prijatelja (Jorm i Reavly, 2011).

Rezultati **vjerovanja i intervencija prve pomoći** pokazali su kako je oko 80% sudionika kao korisne načine pomoći kod oba problema označila – slušanje s pozornošću, poticanje društva

da ga/ju razvesele te poticanje na tjelesnu aktivnost. Točnije, bliskoj osobi s problemom socijalne fobije, bi 87,3% potaknulo njegovo društvo da ga razveseli, 83,3% bi ga slušalo s pozornosti te 81,0% bi ga potaknulo na tjelesnu aktivnost. Ukoliko bi bliska osoba imala problem depresivnosti, gotovo svi ispitanici (100%) bi ju slušali s pozornošću, zatim 81,0% bi potaknulo njezino društvo da ju razveseli te 77,2% bi ju potaknuli na tjelesnu aktivnost.

Slične načine pomoći označavaju najkorisnijima i adolescenti u stranim istraživanjima u slučaju problema depresivnosti - slušati s pozornosti (87,9%) i potaknuti grupu prijatelja da ga/ju razvesele (71,3%) (Essau i sur., 2013) te slušati ga s pozornošću (96.86%) i potaknuti njegove prijatelje da ga razvesele (77.62%) (Jorm i Reavly, 2011). Navedenim se načinima pomoći osobi nastoji privremeno odvratiti njezine misli od problema i to većina adolescenata smatra korisnim. Međutim, ti načini pomoći neće potaknuti osobu na traženje pomoći i pomoći u dugoročnom rješavanju problema. Stoga stručnjaci ne smatraju kako gore navedeni načini ili strategije uistinu mogu pomoći osobi (Jorm i sur., 2008; prema Loureiro i sur., 2013).

Zabrinjavajući rezultat na kojeg treba obratiti pažnju povezan je s vjerovanjem da je štetno (44,3%) pitati osobu pomišlja li o samoubojstvu kod problema socijalne fobije. Isto tako, 34,2% ispitanika vjeruje kako je štetno pitati osobu s depresivnim simptomima razmišlja li o samoubojstvu. Slično vjeruje i više od polovice portugalskih adolescenata (52,0%) koji smatraju štetnim pitati osobu ima li suicidalne misli ili nisu sigurni (31,8%) (Loureiro i sur., 2013). Autori objašnjavaju da se nerado postavljanje pitanja o suicidalnim mislima osobi s depresivnim simptomima može objasniti uvjerenjima da samo postavljanje pitanja o takvim mislima može osobu potaknuti na počinjenje samoubojstva.

Jednako tako, treba obratiti pažnju na jednak postotak sudionika (22,8%) koji smatra korisnim i štetnim uključiti odrasle u rješavanje problema socijalne fobije. Dok kod problema depresivnosti polovica sudionika (50,6%) smatra korisnim uključiti roditelje u rješavanje problema. Slično pokazuju i strana istraživanja, kako mladi u pružanju podrške svojim vršnjacima nerado traže pomoć i ne obraćanju se roditeljima za njihove probleme. Kelly, Jorm, i Rodgers (2006; prema Jorm, 2012) utvrdili su kako bi se manji broj australskih srednjoškolaca obratio za pomoć odraslima (roditeljima, učiteljima, stručnoj službi u školi) vezano uz vršnjaka s depresivnim simptomima. U SAD-u pak, Dunham (2004; prema Jorm, 2012) navodi kako većina mladih ne bi rekla odgovornoj odrasloj osobi za vršnjaka s depresivnim simptomima

Treći istraživački problem odnosio se na ispitivanje navoda ispitanika o vlastitom iskustvu mentalnih problema. Budući da je ovo pitanje također eksplorativnog karaktera, u ovom je dijelu izostalo postavljanje hipoteze. Rezultati su pokazali da veći udio sudionika (41,8%) navodi vlastito iskustvo problema socijalne fobije, dok manji udio (39,2%) sudionika navodi vlastito iskustvo problema depresivnosti. Ovi se postotci mogu objasniti ranije navedenim kako najmanje 1/3 mladih doživi barem jedno iskustvo mentalnog poremećaja prije 25. godine života (WEF, 2020). Slično možemo zaključiti i u drugim istraživanjima, koja pokazuju kako 34.1% (Leighton, 2010) te nešto manji postotak od 21,5% mladih ima iskustvo depresivnih problema (Essau i sur. 2013). Još veći postotak iskustva mentalnih problema navode studenti socijalnog rada, pri tome njih 58% navodi iskustvo problema socijalne fobije, isto kao i 58% sa iskustvom problema depresivnosti.

Četvrti istraživački problem odnosio se na ispitivanje razlika u prepoznavanju problema i traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema. Hipoteza (**H4.1**) koja je postavljena unutar četvrtog istraživačkog problema glasi: *Sudionici koji imaju iskustvo mentalnih problema točnije će prepoznati problem opisan u vinjeti te će iskazati veću spremnost za traženje pomoć.*

Rezultati provedenog Hi-kvadrat testa ukazuju da su samo kod vinjete Depresivnost rezultati Hi-kvadrat testa za varijablu traženja pomoći statistički značajni, dok kod ostalih rezultata Hi-kvadrat testa nema statistički značajnih razlika u prepoznavanju problema i traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema. Prema tome, treća je hipoteza djelomično potvrđena. Takav je nalaz možda rezultat i našeg malog uzorka, uzorak od 79 ispitanika nije dovoljno velik za ispitivanje ovog problema. Stoga se u budućim istraživanjima ovaj problem treba istraživati na većem uzorku.

Unatoč tome, rezultati razlika u **prepoznavanju problema s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema**, pokazali su kako su sudionici bez vlastitog iskustva mentalnih problema točnije prepoznali problem u obje vinjete. Ti rezultati ne potvrđuju hipotezu kako će sudionici koji imaju iskustvo mentalnih problema točnije će prepoznati problem opisan u vinjeti. Slično se pokazalo i u istraživanju na studentima socijalnog rada, u kojemu je samo postojanje iskustva depresivnih simptoma imalo visoku povezanost s mentalno-zdravstvenom pismenošću, dok vlastita iskustva s problemima socijalne fobije, PTSP-a, depresije sa suicidalnim mislima, depresije sa zluporabom alkohola i psihoze nisu pokazala značajnu povezanost s razinom mentalno-zdravstvene pismenosti (Martin, 2016). Druga su pak istraživanja pokazala visoku povezanost između vlastitog iskustva mentalnih problema i razine mentalno zdravstvene

pismenosti (Leighton, 2010; Reavly i sur., 2014; prema Martin, 2016) što opet potvrđuje potrebu da se tema dalje i dublje istražuje.

Rezultati razlika u **traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema**, pokazali su slične rezultate kao i kod varijable prepoznavanja problema. Točnije, kod obje vinjete se pokazalo kako su sudionici bez vlastitog iskustva mentalnih problema skloniji tražiti pomoć ukoliko bi imali sličan problem kao u vinjeti. S obzirom da samo kod vinjete Depresivnost postoje statistički značajne razlike u traženju pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema, na način da sudionici s vlastitim iskustvo mentalnih problema neće tražiti pomoć ukoliko bi imali sličan problem kao osoba u vinjeti, dio treće hipoteze nije potvrđen. S druge strane, sudionici koji nemaju iskustvo mentalnih problema u većoj mjeri navode da će tražiti pomoć ukoliko bi imali sličan problem kao osoba u vinjeti. Istraživanja u literaturi su pokazala kako postojanje vlastitog iskustva mentalnih problema utječe na traženje pomoću u smislu fleksibilnosti, odnosno da su osobe s vlastitim iskustvom mentalnih problema jednako sklone tražiti pomoć i kod formalnih i neformalnih izvora pomoći (Leighton, 2006; prema Leighton, 2010).

Rezultati zadnjeg istraživačkog pitanja ostavljaju prostora za daljnja istraživanja i objašnjenje rezultata kako to da su sudionici bez iskustva vlastitih mentalnih problema skloniji točno prepoznati problem i u većoj mjeri tražiti pomoć, nego oni sa iskustvom. Pretpostavlja se kako bi se za dublje razumijevanje ovog problema trebale ispitati prepreke u traženju pomoći, jer mladi doživljavaju veliki broj prepreka koje otežavaju traženje pomoći za njihove mentalne probleme (Gulliver, Griffiths i Christensen, 2010), s posebnim naglaskom na stigmatu koja smanjuje mogućnost traženja pomoći (Muslić u sur., 2018).

8.1. Ograničenja i implikacije istraživanja

Dobivene rezultate provedenog istraživanja, s obzirom na cilj i probleme istraživanja, treba promatrati uzimajući u obzir ograničenja provedenog istraživanja. Prije svega u obzir treba uzeti uzorak ispitanika. Točnije, korišteni prigodni uzorak od 79 ispitanika što znači da se rezultati ne mogu generalizirati na cjelokupnu populaciju. Isto tako, ovaj uzorak nije bio dovoljan za korištenje složeniji statističkih postupaka te donošenja dubljih zaključaka vezanih uz postavljene istraživačke probleme. To se posebice odnosi na četvrti istraživački problem koji je ispitivao razlike između prepoznavanja problema i traženja pomoći s obzirom na vlastito

iskustvo mentalnih problema. Stoga bi u budućim istraživanjima svakako trebao biti uključen veći broj sudionika. Jednako tako, preko 70% sudionika istraživanja činile su djevojke, što je bila dodatna prepreka ukoliko se žele ispitivati razlike prema spolu, koje u ovom istraživanju nisu ispitivane zbog nedovoljno velikog uzorka te prevladavanja ženskih sudionika.

Sljedeći metodološki nedostatak odnosi se na način provedbe istraživanja. Zbog greške koja se pojavila prilikom ispunjavanja *online* upitnika u programu LimeSurvey, gotovo polovica ispitanika nije uspjela do kraja ispuniti upitnika i njihovi se odgovori nisu uzimali u obzir. Stoga se za buduća istraživanja mentalno-zdravstvene pismenosti preporuča ili *papir, olovka* način istraživanja ili program koji nije podložan greškama i ima sigurnu tehničku podršku koja bi predvidjela sve moguće probleme prilikom provedbe istraživanja. Jednako tako, provedbom istraživanja *papir, olovka* lakše bi se došlo do većeg broja ispitanika, pri čemu bi se kontrolirali uvjeti ispunjavanja i time smanjio broj odustanaka u istraživanju, kao i nerazumjevanje i nejasnoće koje bi se javile prilikom ispunjavanja, a koje se nisu mogle kontrolirati u *online* upitniku. Isto tako, tim načinom istraživanja lakše bi se došlo do većeg broja muških sudionika.

Bez obzira na nedostatke, ovi rezultati otvorili su mnoga pitanja koja mogu poslužiti kao smjernice za buduća istraživanja, a koja se prije svega odnose na pitanje – što mlade odvraća od traženja pomoći, posebice stručne pomoći? Što ih odvraća od direktnog suočavanja s vlastitim problemima, ali i problemima mentalnoga zdravlja svojih bližnjih? S ovim se pitanjima slažu i istraživanja mentalno-zdravstvene pismenosti na svjetskoj razini koja navode važnost ispitivanja prepreka u traženju pomoći koja mogu jasnije objasniti što je to što mlade sprječava u traženju pomoći ili odgađanju stručne pomoći. Stoga se u narednim istraživanjima mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata preporuča ispitivanje prepreka u traženju pomoći, s posebnim naglaskom na stigmatu, kako bi se bolje razumjelo područje mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata u Hrvatskoj. Isto tako, provedba nacionalnog istraživanja mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata, bio bi važan početni korak prije razvoja i provođenja samih intervencija kojima bi se mlade osnažilo u razumijevanju i poduzimanju akcija vezanih uz njihovo mentalno zdravlje.

9. ZAKLJUČAK

Glavni cilj ovoga rada bio je pobliže upoznati i razumjeti područje mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata koje u Hrvatskoj gotovo da nije bilo istraživano. Da bi se dobio uvid u temu, ispitale su se karakteristike te stupanj mentalno-zdravstvene pismenost maturanata grada Našica. Preliminarni podaci dobiveni ovim istraživanjem će doprinijeti i otvoriti vrata planiranju novih istraživanja o mentalnom zdravlju mladih i razvoju programa koji zadovoljavaju interes mladih u ovom području.

Rezultati ovog istraživanja pokazali su vrlo visoku razinu prepoznavanja problema u vinjetama, pri čemu je 84,8% sudionika prepoznalo problem socijalne fobije te 94,9% sudionika problem depresivnosti. Za razliku od visoke razine prepoznavanja, točno imenovanje problema u vinjeti bilo je znatno niže. Naime, samo 28,4% sudionika točno je imenovalo socijalnu fobiju, dok je nešto veći udio ispitanika, njih 57,3% točno imenovalo problem depresivnosti. U tom smjeru, samo 27,8% sudionika bi potražilo pomoć ukoliko bi imali probleme socijalne fobije te 46,8% sudionika za probleme depresivnosti, s tim da bi pomoć najviše tražili kod neformalnih izvora pomoći, prije svega prijatelja i roditelja. Oko 80% sudionika kod obje vinjete najviše smatraju korisnim - slušanje s pozornošću, poticanje društva da ju razvesele te poticanje na tjelesnu aktivnost, kao načine pomoći njima bliskoj osobi koja ima problem kao u vinjeti. No, ne treba odbaciti rezultat kako 44,3% za vinjetu socijalna fobija te 34,2% za vinjeti depresija smatra štetno pitati osobu pomišlja li o samoubojstvu. Jednako tako, 22,8% sudionika smatra i štetnim i korisnim uključiti odrasle u rješavanje problema socijalne fobije. Postojanje vlastitog iskustva problema socijalne fobije navodi 41,8% sudionika, dok manji udio, njih 39,2% navodi postojanje vlastitog iskustva problema depresivnosti. Gledajući vlastito iskustvo mentalnih problema, rezultati ovoga istraživanja pokazali su kako ne postoje statistički značajne razlike u prepoznavanju problema i traženja pomoći s obzirom na vlastito iskustvo mentalnih problema. Ipak, sudionici bez iskustva vlastitih mentalnih problema skloniji su točno prepoznati problem i u većoj mjeri tražiti pomoć, nego oni sa iskustvom.

Sve u svemu, ovi su nas rezultati upoznali s tim kako adolescenti u velikoj mjeri znaju prepoznati postojanje problema mentalnoga zdravlja, ali ipak izbjegavaju korištenje točnih termina u označavanju mentalnih poremećaja. Isto tako, saznali smo kako bi manje od polovice ispitanika potražilo pomoć, a ako bi je tražili to bi učinili kod prijatelja i roditelja. I posljednje, načine pomoći koje smatraju korisnima u rješavanju mentalnih problema kod vršnjaka, su načini koji odvrćaju od direktnog suočavanja s problemom. Ovi su zaključci temeljeni na

izrazito malom i prigodnom uzorku maturanata srednje škole u Našicama, stoga dobivene rezultate ne možemo generalizirati na sve adolescente u Hrvatskoj. Ipak, oni su nam pomogli da поближе upoznamo i razumijemo područje mentalno-zdravstvene pismenosti adolescenata koje u Hrvatskoj gotovo da i nije bilo istraživano.

Iako nije provedeno među adolescentima, prije dvije godine u Hrvatskoj provedeno je istraživanje na odgojno-obrazovnim djelatnicima, s ciljem dobivanja uvida u zdravstvenu pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih. Rezultati su pokazali kako među odgojno-obrazovnim djelatnicima postoji potreba unaprjeđivanja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja djece i mladih s naglaskom na znanja i vještine usmjerene pružanju prve pomoći i podrške (Muslić i sur., 2018). Temeljem istraživanja razvijen je i u procesu je provedbe edukativni program „PoMoZi Da“ kojim se želi pomoći odgojno-obrazovnim djelatnicima u izgradnji odnosa povjerenja i podrške s učenicima, lakšem prepoznavanju anksiozne ili depresivne simptomatologije kod učenika, poticanje učenika s problemima mentalnoga zdravlja na traženje ili prihvaćanje stručne pomoći te stvaranje okruženja u kojem će se djeca i mladi lakše moći zaštititi i očuvati svoje mentalno zdravlje (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2019).

Na svjetskoj razini postoje različiti primjeri dobre prakse kada je riječ o programima mentalno-zdravstvene pismenosti. Jedan od najpoznatijih je program pod nazivom „Prva pomoć u području mentalnoga zdravlja“ (*Mental Health First Aid – MHFA*) (Hadlaczky i sur., 2014; prema Muslić, 2018). Razvijen je u Australiji 2001. godine na temelju zanimanja za mentalno-zdravstvenu pismenost 90-ih godina te se sve do danas proširio na cijelo područje Australije. Riječ je o standardiziranim psihoedukativnim intervencijama za poboljšanje znanja, stavova i ponašanja vezanih uz mentalne poremećaje među općom populacijom, u specifičnim skupinama i okruženjima te među stručnjacima raznih profila. U sklopu programa uče se osnovne vještine pružanja psihološke prve pomoći osobama koje razvijaju probleme u području mentalnoga zdravlja te koje doživljavaju pogoršanje postojećih problema ili proživljavaju emocionalnu krizu. Ta prva pomoć pruža se dok se ne dobije odgovarajuća profesionalna pomoć ili dok se ne razriješi kriza. Koncept ovog programa preuzele su i 23 druge države (MHFA, 2014; prema Muslić i sur. 2018), u Europi se trenutačno provodi u Danskoj, Engleskoj, Škotskoj, Walesu, Finskoj, Irskoj, Malti, Portugalu i Švedskoj. Evaluacije programa u posljednjih deset godina pokazuju pozitivne rezultate u područja javne svijesti o mentalnome zdravlju i bolestima, u boljem znanju, stavovima i većem traženju stručne pomoći (Hadlaczky i sur., 2014; prema Muslić, 2018).

Za kraj, treba imati na umu kako navedeni programi sami po sebi nisu dovoljni za poboljšanje mentalno-zdravstvene pismenosti mladih općenito. Životi mladih danas su pod većim utjecajem raznih čimbenika izvan škole - od društvenih mreža, obiteljskih odnosa pa sve do plakata na cesti. Sve to utječe na razumijevanja i odnos prema njihovom mentalnom zdravlju. Stoga je doprinos brojnih drugih inicijativa, raznih edukativnih kampanja, bilo na televiziji ili na društvenim mrežama, od izuzetne važnosti u osvještavanju mentalnoga zdravlja mladih. Još važnije, dostupnost stručne pomoći i podrške u zajednici izuzetno je važan čimbenik u očuvanju i zaštiti mentalnoga zdravlja mladih. Sve ove zaključke i smjernice, jedan je maturant jasno sažeo u komentaru na kraju upitnika:

„Smatram da je mentalno zdravlje mladih lošije nego ikad. Nažalost, ljudi ga i dalje zanemaruju. I dalje živimo u vremenu kada je odlazak psihijatru sramotan. Smatram da bi trebali svi kao zajednica više pričati o mentalnom zdravlju i raditi na prihvaćanju da svima nekada treba pomoć. :)“

10. LITERATURA

1. Borevković, B. (2018). *Simptomi depresivnosti kod adolescenata grada Zagreba i njihova prevencija*. Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
2. Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., Ramrakha, S., Rasmussen, L., Reuben, A., Richmond-Rakerd, L., Sugden, K., Wertz, J., Williams, B. S., Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA network open*, 3(4), 1-14.
3. Chadda R. K. (2018). Youth & mental health: Challenges ahead. *The Indian journal of medical research*, 148(4), 359–361.
4. Dey, M., Marti, L., Jorm, A. F. (2019). The Swiss Youth Mental Health Literacy and Stigma Survey: Study methodology, survey questions/vignettes, and lessons learned. *The European Journal of Psychiatry*, 33(2), 72-82.
5. Essau, C. A., Olaya, B., Pasha, G., Pauli, R., & Bray, D. (2013). Iranian adolescents' ability to recognize depression and beliefs about preventative strategies, treatments and causes of depression. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 152–159.
6. Golberstein, E., Wen, H., Miller, B. F. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Mental Health for Children and Adolescents. *JAMA pediatrics*, 174(8),743-744.
7. Gulliver, A., Griffiths, K. G., Christensen H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10 (113), 1-9.
8. Hart, L. M., Bond, K. S., Morgan, A. J., Rossetto, A., Cottrill, F. A., Kelly, C. M., Jorm, A. F. (2019). Teen Mental Health First Aid for years 7-9: a description of the program and an initial evaluation. *International journal of mental health systems*, 13 (71), 1-13.

9. Haavik, L., Joa, I., Hatloy, K., Stain, HJ., Langeveld, J. (2019). Help seeking for mental health problems in an adolescent population: the effect of gender. *Journal of mental health*, 28(5), 467-474.
10. Henderson, C., Evans-Lacko, S., Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*, 103(5), 777–780.
11. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2019). U Kući Europe predstavljen edukativni program PoMoZi Da. Preuzeto sa: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/u-kuci-europe-predstavljen-edukativni-program-pomozi-da/>
12. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical journal of Australia*, 166(4), 182–186.
13. Jorm, A.F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 177, 396–401.
14. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243.
15. Jorm, A.F. (2015). Why We Need the Concept of "Mental Health Literacy". *Health communication*, 30(12), 1166–1168.
16. Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 20(4), 359–364.
17. Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *European child & adolescent psychiatry*, 25(6), 567–569.

18. Lam, L.T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population- based survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 26 (8), 1-8.
19. Ledinski Fičko, S., Čukljek, S., Smrekar, M., Hošnjak, A. (2017). Promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata. *Journal of Applied Health Sciences*, 3(1), 61-72.
20. Leighton, S. (2010). Using a vignette-based questionnaire to explore adolescents' understanding of mental health issues. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15 (2), 231–250.
21. Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes, A. C., Santos, J. C., Ferreira, R. O., Pedreiro, A. T. (2013). Mental health literacy about depression: A survey of Portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13 (129), 1-8.
22. Mansfield, R., Patalay, P., Humphrey, N. (2020). A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies. *BMC public health*, 20 (1), 1-14.
23. Martin, J. (2016). An exploratory study of the benefits of youth mental health literacy studies for social work students. *Social Work in Mental Health*, 14 (1), 42-60.
24. Mateljak, M. (2018). *Uloga stresnih životnih događaja u pojavnosti internaliziranih simptoma kod adolescenata grada Zagreba*. Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko – rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
25. McGorry, P. D., Goldstone, S. D., Parker, A. G., Rickwood, D. J., Hickie, I. B. (2014). Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *The lancet. Psychiatry*, 1(7), 559–568.
26. Melas, P. A., Tartani, E., Forsner, T., Edhborg, M., & Forsell, Y. (2013). Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 28(7), 404–411.

27. Muslić, Lj., Markelić, M., Vulić-Prtorić, A., Ivasović, V., Jovičić Burić, D. (2018). Zdravstvena pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih. Istraživanje prepoznavanja depresivnosti i spremnosti na pružanje podrške i pomoći. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Preuzeto sa: <https://www.bib.irb.hr/980860>
28. O'Connor, M., Casey, L., Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy--a review of scale-based measures. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 23(4), 197–204.
29. Pohižek, I. (2018). *Simptomi anksioznosti kod adolescenata grada Zagreba i njihova prevencija*. Diplomski rad. Zagreb: Edukacijsko - rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
30. Reavley, N., Jorm, A. (2012). Public recognition of mental disorders and beliefs about treatment: Changes in Australia over 16 years. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 419-425.
31. Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. i Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 218-251.
32. Scholten, H., Malmberg, M., Lobel, A., Engels, R. C. M. E., Granic, I. (2016): A randomized controlled trial to test the effectiveness of an immersive 3D video game for anxiety prevention among adolescents. *PloS One*, 11(1), 1-52.
33. Spiker, D. A., Hammer, J. H. (2019). Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 28(3), 238–242.
34. Svjetska zdravstvena organizacija (2014). Mental health: a state of well-being. Preuzeto sa: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
35. Svjetska zdravstvena organizacija (2018). World Mental Health Day 2018. Preuzeto sa: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/en/

36. Svjetska zdravstvena organizacija (2019). Mental health: Fact sheet. Preuzeto sa: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf
37. Venkataraman, S., Patil, R., Balasundaram, S. (2019). Why mental health literacy still matters: a review. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 6(6), 2723-2729.
38. Vovou, F., Hull, L., Petrides, K. V. (2020). Mental health literacy of ADHD, autism, schizophrenia, and bipolar disorder: a cross-cultural investigation. *Journal of Mental Health*, 1-11.
39. Vulić Prtorić, A., Lončarević, I. (2016). Školski uspjeh i mentalno zdravlje: Od relacija do intervencija. *Napredak*, 157(3), 301 – 324.
40. Waddell, C., McEwan, K., Shepherd, C. A., Offord, D. R., Hua, J. M. (2005). A Public Health Strategy to Improve the Mental Health of Canadian Children. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 226–233.
41. Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A., McGrath, P. (2013). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early intervention in psychiatry*, 7(2), 109–121.
42. Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry*, 291(5), 2-20.
43. Winch, G. (2013). *Emotional First Aid: Healing Rejection, Guilt, Failure, and Other Everyday Hurts: Introduction*. New York: Penguin Group
44. World Economic Forum. (2020). A Global Framework for Youth Mental Health: Investing in Future Mental Capital for Individuals, Communities and Economies. Preuzeto sa: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Youth_Mental_Health_2020.pdf

45. World Federation for Mental Health (2016). World Mental Health Day 2016: Dignity In Mental Health Psychological & Mental Health First Aid For All. Occoquan (USA): WFMH. Preuzeto sa: <https://wfmh.global/wp-content/uploads/2016-wmhd-report-english.pdf>
46. World Federation for Mental Health. (2018). Young people and mental health in a changing world. Preuzeto sa: https://wfmh.global/wp-content/uploads/WMHD_REPORT_19_9_2018_FINAL.pdf
47. Yap, M. B., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). Associations between awareness of beyondblue and mental health literacy in Australian youth: Results from a national survey. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(6), 541–552.
48. Yoshioka, K., Reavley, N. J., Hart, L. M., Jorm, A. F. (2015). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment: results from a mental health literacy survey of Japanese high school students. *International Journal of Culture and Mental Health*, 2 (8), 207-222.