СТАВОВИ ЈАВНОСТИ ПРЕМА ОСОБАМА ОБОЉЕЛИМ ОД МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА

Извјештај о резултатима истраживања за Републику Српску

МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА И СОЦИЈАЛНЕ ЗАШТИТЕ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВСТВО РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

ПРОЈЕКАТ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА У БОСНИ И ХЕРЦЕГОВИНИ

Ставови јавности према особама обољелим од менталних поремећаја

Извјештај о резултатима истраживања

Бања Лука

Јун, 2012.

Координација и имплементација истраживања:

ЈЗУ Институт за јавно здравство

Истраживачки тим:
Мр сц. Јелена Нишкановић
Др Милан Латиновић
Др Биљана Лакић
Мр сц. Татјана Поповић
Мр сц. др Слађана Шиљак
Мр сц. др Љубица Јандрић
Др Биљана Јањић
Мирјана Милаковић
Биљана Мијић-Дмитрашиновић
Златка Келечевић

Извођачи истраживања:
ЈЗУ Институт за јавно здравство са организационом јединицом – Регионални центар за јавно здравство Добој и домовима здравља Бања Лука, Добој и Бијељина

Учесници у теренском спровођењу истраживања:
Данка Димитрић
Мирјана Радукић
Милка Игњатовић
Сандра Милошевић
Милојка Стјепановић
Маријана Грубишић
Блажо Нишкановић

Унос података:
Данка Лончина

Израда базе и графички дизајн:
Бојан Милиновић, дипл.инг.ел.техн.

Извјештај припремили:
Јелена Нишкановић, Татјана Поповић, Биљана Лакић

САДРЖАЈ

1. Увод 6
2. Циљеви истраживања 10
2.1. Специфични циљеви 10
3. Метод рада 11
3.1. Индикатори/мјере (варијабле) 11
3.1.1. Независне варијабле 11
3.1.2. Зависне варијабле 11
3.2. Инструменти 12
3.2.1. Квантитативне технике 12
3.2.2. Квалитативне технике 13
3.3. Узорак 14
3.4. Статистичка анализа 16
3.5. Процедура теренског рада 16
3.6. Организација истраживања 17
4. Резултати истраживања 18
4.1. Социо-демографске карактеристике испитане популације 18
4.2. Познавање основних чињеница о менталном здрављу и тражење здравствене заштите 22
4.3. Ставови заједнице према особама са менталним поремећајем 30
4.4. Понашање заједнице према особама са менталним поремећајем 33
5. Подаци добијени путем фокус група 37
5.1. Општа популација 38
5.2. Здравствени радници 43
6. Кључни резултати 49
6.1. Познавање основних чињеница о менталном здрављу и тражење здравствене заштити 49
6.2. Ставови заједнице према особама са менталним поремећајима 50
6.3. Понашање заједнице према особама са менталним поремећајем 51
6.4. Подаци добијени путем фокус група 52
7. Препоруке 53
8. Литература 55

„Потребно је путем медија причати о тој теми, да је то болест као и свака друга, да се то може десити свакоме од нас. Када ми будемо размишљали тако да се то може десити било коме онда ће се сви другачије односити према тим особама. Може се десити било коме...најближем“

1. Увод

Стигма представља негативно обиљежавање, маргинализовање и дискредитовање особа које су предмет стигме, а која уједно представља ознаку срама или деградације. Стигма је уско везана уз предрасуде као негативне ставове према некој групи или појединцима.

Предрасуде су ставови који су утемељене унапријед без довољно информација о предмету нашег става, те се генерализују према свим представницима групе за коју је предрасуда везана (стереотип). Предрасуде исходују разним видовима неправедног и дискриминирајућег понашања према особама на које се оне односе, тј. најгори дио стереотипа и предрасуда је дискриминирајуће понашање према лицима које су предмет истих.[1]

Док стигма представља став, дискриминација се може појавити у облику акција, начина третирања, понашања, као и политика усмјерених на прављење разлика међу члановима друштва, што доводи до повреде основних људских права код стигматизованих особа. Социјално искљученост означава да је особа спријечена да узме учешће у уобичајеним активностима у обиму који би жељела, као и сви други људи. Дискриминација, стигма и социјална искљученост су повезан процес и не могу се лако раздвојити.

Стигматизирање особе са менталним поремећајем представља негативно обиљежавање и избјегавање особе зато што има психичку болест. Однос који окружење може имати према ментално обољелим често произилази из перспективе страха и предрасуда, наиме код већине људи постоји ирационални страх од губитка контроле који може резултовати појавом лудила. Како би се тог несвјесног страха ослободили, људи ће у свему што је повезано са менталним поремећајима видјети губитак контроле, слабост и опасност, што ће код многих људи довести до избјегавања ментално обољелих (Florez & Sartorius, 2008).

Очигледно је да је општа перцепција менталних обољења, обољелих од менталних поремећаја, као и психијатрије и психијатријског третмана, прилично негативна. Green и сар. (1987) су показали да у Новом Зеланду "душевне болеснике"

[1] Преузето из документа- Стигма менталног поремећаја („Едукацијом о менталном здрављу против стигме менталног поремећаја"). Доступно на (03.01.2012.год.): *www.stampar.hr/lgs.axd?t=16&id=4183*

виде као знатно више непредвидиве, опасне и напете него “просјечне људе” и такође, су били виђени више као безвриједни, спори, слаби и будаласти. Доминирајући утисак људи да психијатријски поремећаји воде ка непредвидивом понашању, губитку контроле и неодговорности и да су особе са менталним болестима више некомпетентне, непоуздане, насилне и опасне него други људи (Patten, 1992).

Особе који болују од схизофреније су знатно јаче стигматизовани од особа које болују од депресије или анксиозних поремећаја. Стигми су значајно изложени и зависници.

Занимљиво је да студије показују промјене током времена, тако да је слика о депресији, менталној ретардацији и деменцији постала мање негативна. С друге стране, слика о ментално обољелим као насилним и агресивним се, чини се, повећала у општој популацији (Jacobsson, 2003).

Стигма негативно утиче на живот људи означених као ментално болесни на више различитих начина тј. стереотипи, предрасуде и дискриминација могу особама ускратити прилике значајне за постизање животних циљева.

Неколико студија је показало да стереотипи и предрасуде према менталним болестима утичу на проналазак и очување посла, као и изнајмљивање стана (Corrigan, 2004). Такође, стигма утиче и на однос између менталне болести и полиције тј. криминализација менталне болести се јавља када полиција, прије него здравствени систем, интервенише у „кризним“ случајевима (Watson, Ottati, Corrigan, & Heyrman, inpress, према Corrigan, 2004). Особе са симптомима и знаковима озбиљних менталних потешкоћа су више изложене привођењу од стране полиције у поређењу са другим особама (Teplin, 1984, према Corrigan, 2004).

Људи обољели од менталних поремећаја често интернализују негативна увјерења и осјећања о њиховом статусу и вриједности, чак и ако нису директно искусили дискриминацију, што се назива „само-стигма“ и често исходује губитком самопоштовања, повјерења у себе и осјећајем безвриједности (Corrigan & Watson, 2002). Особа са ниским самоштовањем ће сматрати да је недорасла квалитетној едукацији, послу, романтичној вези и сл. Генерално, такве особе су склоније да буду незадовољне животом те да буду мање успјешне од особа са високим осјећајем самопоштовања (Aronson, Wilson, Akert, 2010).

Негативни утицај стигме је детектован и у здравственом систему, за особе означене као ментално болесне здравствена заштита је мање доступна у поређењу са осталим људима које нису ментално болесни (Desai, Rosenheck, Druss, & Perlin, 2002; Druss & Rosenheck, 1997, према Corrigan, 2004). Људи који имају дијагнозе психијатријских поремећаја примају мање квалитетне здравствене интервенције, које би могле побољшати исходе третмана (Lykouras & Douzenis, 2008).

Често је стигма усмјерена према психијатријској струци и установама. С друге стране, ставови медицинских радника и стручњака према менталним болестима су јако битни јер детерминишу приступ лијечењу и правац терапијског процеса. Резултати страживања указују да постоји дискриминишући став према схизофреним пацијентима који су резултат недовољног познавања ове болести као и страха и неповјерења (Филипчић и сар., 2003, према Пејовић-Миловановић и сар., 2006), такође утврђено је да доктори занемарују соматске проблеме пацијената са менталним болестима приписујући их халуцинаторним феноменима или хипохондријским идејама (Sartorius, 2002, према Пејовић-Миловановић и сар., 2006).

Резултати новијег истраживања о присутности стигме и дискриминације према душевно обољелим лицима, проведеног у Републици Српској током 2009. године од стране Удружења корисника „Заједно“, на узорку од 560 испитаника (280 који пате од менталне болести и 280 испитаника из опште популације) потврдили су да особе које имају проблеме у менталном здрављу доживљавају стигматизацију и дискриминацију од стране других на различите начине, да имају потешкоће у остваривању социјалне прихваћености, да се суочавају са лимитираним животним могућностима усљед менталног поремећаја, попут могућности запослења, као и да је самопоштовање ових особа ниже у односу на самопоштовање особа из опште популације (Божић, Атанацковић и Тењовић , 2011).

Почевши од примјера бројних студија у свијету и код нас, а које упућују на заступљеност и негативне посљедице стигме и дискриминације према ментално обољелим лицима, у наведеном истраживању ћемо се усмјерити на испитивање

ставова јавности тј. утврђивања заступљености стигме и дискриминације међу општом популацијом и здравственим радницима у Републици Српској.

Развијање и унапређење квалитете рада Центара за ментално здравље је израз подршке становништву које је у великој мјери оштећеног менталног здравља како због ратног искуства, тако и због послијератног периода обиљеженог транзицијом, високом стопом незапослености и сиромаштва, на што упућују и најновији резултати истраживања здравља становништва Републике Српске[2]. И поред значајног напретка постојеће услуге из области менталног здравља у БиХ још увијек нису у стању да задовоље разноврсне потребе становништва. Велики проблем представља и друштвена стигма, сегрегација и изолованост особа са проблемима менталног здравља, као основна баријера према лијечењу и реинтеграцији.

Да би се развиле адекватне и сензитивне антистигма кампање, засноване на доказима, потребно је испитати заступљеност и модалитете стигме према лицима обољелим од менталних поремећаја међу одраслим становништвом и здравственим радницима Републике Српске, а који ће као такви пружити основу за превазилажење социјалне искључености и бољу бригу за ментално здравље.

[2] Матовић-Миљановић, С., Грозданов, Ј., Божанић, В., Бојанић, Ј., Стојисављевић, Д., Шиљак, Рудић-Грујић, В., Данојевић, Д., Нишкановић, Ј. (2011). Истраживање здравља становништва Републике Српске. Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, ЈЗУ Институт за јавно здравство.

2. Циљеви истраживања

Општи циљ истраживања је утврдити заступљеност стигме и дискриминације међу одраслим становништвом и здравственим радницима у Служби породичне медицине према особама обољелим од менталних поремећаја, те испитати ниво заступљености стигме и дискриминације међу становништвом различитих социо-демографских карактеристика како би се развили ефикасне кампање и активности усмјерене на смањење социјалне искључености лица са менталним поремећајима.

2.1. Специфични циљеви

1. Утврдити карактеристике ставова према ментално обољелим лицима међу одраслим становништвом и здравственим радницима у Служби породичне медицине;
2. Утврдити заступљеност социјалне дистанце према ментално обољелим лицима међу одраслим становништвом и здравственим радницима у Служби породичне медицине;
3. Утврдити повезаност знања о менталној болести са карактеристикама ставова и дистанцом према ментално обољелим лицима;
4. Утврдити евентуалне разлике у заступљености стигме, социјалне дистанце и карактеристикама ставова према ментално обољелим међу општом популацијом и здравственим радницима у Служби породичне медицине.

3. Метод рада

Квантитативна компонента истраживања је проведена по типу студије пресјека међу здравственим радницима Службе породичне медицине (докторима и здравственим техничарима) и општом популацијом (18 година и старији) у урбаним и руралним/приградским насељима Бања Луке, Бијељине и Добоја у периоду од 22. априла до 22. маја 2012. године.

У склопу квалитативне компоненте истраживања одржана је по једина фокус група међу докторима медицине и здравственим техничарима који раде у Служби породичне медицине и општом популацијом у урбаној и руралној средини.

3.1. Индикатори/мјере (варијабле)

3.1.1. Независне варијабле

1. Пол (мушко/женско);
2. Циљна популација истраживања (општа популација/здравствени радници);
3. Мјесто становања (урбано/семиурбано/рурално);
4. Степен образовања (без школе-основна школа/средња школа/виша-висока школа);
5. Године старости;
6. Знање о менталним обољењима- дефинисано путем одговора на тврдњама о карактеристикама менталних обољења.

3.1.2. Зависне варијабле

1. Социјална дистанца- нумеричка варијабла дефинисана одговорима на модификованој Богардусовој скали социјалне дистанце и представља однос (не)прихватање особа са менталним обољењем. Социјална дистанца мјери нашу социјалну отвореност и толерантност према различитим групама људи у нашој ближој и даљој околини;
2. Ставови према ментално обољелим лицима- нумеричка варијабла дефинисана одговорима на Скали за мјерење ставова заједнице према менталној болести.

3.2. Инструменти

У истраживању су се користиле квалитативне и квантитативне технике прикупљања података. Од квантитативних метода су кориштени стандардизовани мјерни инструменти који су примјењивани у досадашњим истраживањима у области стигме и дискриминације, док ће се за продубљивање одређених тема у области перцепције менталне болести и модалитета дискриминације ментално обољелих лица примијенити квалитативне методе (фокус групе).

3.2.1. Квантитативне технике

Скала за мјерење знања о менталним обољењима

Скала је конструисана за потребе овог истраживања и састоји се од 9 тврдњи путем којих се мјери знање о менталним обољењима. На свакој од тврдни испитаник може одговорити тачно/нетачно/не знам.

Ставови заједнице према менталним обољењима (Community Attitudes Toward the Mental Illness)

Скала за мјерење ставова заједнице према ментално обољелим (CAMI; Taylor & Dear, 1981) се састоји од 40 питања. Скала се развила из Скале за мјерење ставова према ментално обољелим лицима (OMI) и Скале идеологије менталног здравља у заједници (CMHI). Првобитним радом на скали утврђена су четири фактора тј. питања су груписана у 4 подскале које мјере (Barney, Corser, White, 2010):

1. Ауторитарност -одређује увјерење да су особе са менталним поремећајем инфериорне и да зависе од сталне бриге других;
2. Беневолентност -мјери степен (не)љубазности према људима са менталним обољењима, тј. степен подршке и подржавања;
3. Рестриктивност- мјери увјерења о способностима и правима ментално обољелих у погледу брака, бриге о дјеци, гласања и сл.;
4. Идеологија менталног здравља у заједници- мјери ставове у погледу ресоцијализације особа са менталним обољелима у заједници, тј. став „не у мом дворишту/заједници“.

На свакој од наведених питања испитаници су вршили процјену на Ликертовој скали (1- потпуно се не слаже до 5- потпуно се слаже). Већи сумарни скор на скалама беневолентности и идеологије менталног здравља у заједници, као и нижи скорови на скали ауторитарности и социјалне рестриктивности упућују на заступљеност позитивних ставова према менталној болести (Ukpong, Abasiubong, 2010). Примјењена у овом истраживању цјелокупна скала је показала задовољавајући ниво поузданости (Cronbach's Alpha- 0,734) те ћемо у резултатима представити вриједност скале у цјелини (Barney, Corser, White, 2010). Већи скор указује на позитивнији став према ментално обољелим лицима и обратно.

Скала за мјерење социјалне дистанце

Модификована Богардусова скала за мјерење социјалне дистанце је прилагођена предмету истраживања. Путем скорова на скали утврђен је степен заступљености дистанце према особама са различитим типовима менталном поремећаја (живи у сусједству, ради на истом послу, члан је породице и сл.). Што је вриједност на скали мања већа је социјална дистанца према особама са менталним поремећајима и обратно.

3.2.2. Квалитативне технике

Фокус групе. Фокус групе су се користиле у циљу утврђивања процеса и начина мишљења у погледу ставова и понашања везаних за ментално обољела лица тј. путем фокус група покушали смо добити одговор на основна питања:

1. Зашто је стигма заступљена према ментално обољелим лицима?
2. Који су ефикасни начини на које је могуће превазићи и смањити ниво стигме и дискриминације ?

Одржане су четири фокус групе, по двије фокус групе у циљној популацији здравствених радника (доктори и здравствени техничари) и двије фокус групе у општој популацији (урбана и рурална средина).

Дискусија је вођена од стране фацилитатора на основу претходно структурираних питања која су имала за циљ да развију и воде дискусију. На основу добијеног транскрипта свих одговора чланова фокус групе извршена је квалитативна анализа.

3.3. Узорак

Циљна популација. Циљну популацију истраживања је чинило одрасло становништво (навршених 18 година и старији) и здравствени радници, тачније, доктори и здравствени техничари који раде у Служби породичне медицине.

За узорковање је одабран квотни узорак тј. главне локације (квоте) истраживања су Бања Лука, Бијељина и Добој. Приликом одабира квота истраживања водили смо се територијалним распоредом предложених општина као и резултатима истраживања здравља становништва који указују да се подручје Бијељине, Добоја и Бањалуке истичу према заступљеност стреса и емоционалних проблема.[3]

Оквир узорка. Оквир узорка одраслог становништва чине сва лица старија од 18 година која су регистровања у амбулантама породичне медицине квота обухваћених истраживањем, а оквир узорка здравствених радника чине доктори и здравствени техничари који раде у службама породичне медицине домова здравља одабраних квота.

У доњој табели приказана је структура узорка одраслог становништва у општинама које су обухваћене истраживањем (Табела 1). У свакој општини испитано је минимално по 240 лица, а структура узорка је уједначена према урбаним и руралним насељима. Укупно је обухваћено 732 особа, 323 у урбаним и 408 у руралним/приградским насељима.

[3]Матовић-Миљановић, С., Грозданов, Ј., Божанић, В., Бојанић, Ј., Стојисављевић, Д., Шиљак, Рудић-Грујић, В., Данојевић, Д., Нишкановић, Ј. (2011). Истраживање здравља становништва Републике Српске. ЈЗУ Институт за јавно здравство.

Табела 1. Структура узорка одраслог становништва према квотама истраживања и мјесту становања (урбано/рурално)

Квота	**Укупно**	**Урбано**	**Рурално**
Бања Лука	240	104	136
Добој	245	106	140
Бијељина	246	113	132
Укупно	731	323	408

У предвиђеним локацијама испитивања су обухваћени доктори и здравствени техничари који раде у службама породичне медицине. Пропорционално броју здравствених радника служби породичне медицине испитано је 286 здравствених радника, тачније, 171 здравствени техничар и 115 доктора медицине/специјалиста породичне медицине. Детаљна структура узорка здравствених радника је предочена у доњој табели. (Табела 2).

Табела 2. Број здравствених радника у Служби породичне медицине обухваћених истраживањем

Дом здравља	**Здравствени техничари**	**Доктори медицине**	**Укупно**
Бања Лука	90	57	147
Бијељина	41	28	69
Добој	40	30	70
Укупно	171	115	286

3.4. Статистичка анализа

Унос података је извршен у посебно креирану Microsoft Office Access базу, која је усклађена са структуром и одговорима у упитнику те је омогућила креирање прескока и умањила могућност логичких грешака приликом уноса. Програм је омогућио извоз података у Excel те је обрада извршена путем статистичког програма SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Science). Прије приступања обради и анализи извршена је контрола квалитета унесених података од стране стручњака који посједују знања из наведене области.

Током обраде сваки програм табелирања је повезан са циљевима истраживања. Приликом обраде података кориштена је дескриптивна статистика и статистика закључивања (hi-квадрат, t-тест, ANOVA).

3.5. Процедура теренског рада

Испитивање на терену је обављено од стране здравствених радника са искуством у теренском раду на дефинисаним локацијама истраживања у периоду од 22. априла до 22. маја 2012. године. Прије приступања процесу теренског рада сви су присуствовали једнодневној едукацији на којој су се упознали са процесом рада, структуром узорка и упитником истраживања.

На основу регистра лица у породичној медицини вршено је испитивање одраслог становништва у урбаним и руралним насељима. Анкетирања одабраних појединаца је вршено у њиховом домаћинству под надзором анкетара.

Анкетирање здравствених радника је обављено у здравственој установи током радног времена. Здравствени радници су самостално попуњавали упитник.

Испитивање је у потпуности било анонимно и добровољно. Током теренског рада обучени анкетари су вршили евиденцију о посјећеним локацијама и броју урађених упитника и достављали седмични извјештај особи задуженој за надзор над процесом теренског рада како би се пратио процес истраживања и дјеловало у циљу превазилажења евентуалних потешкоћа. Процес теренског рада је прошао без већих

потешкоћа, уочено је веће одбијање здравствених радника за учешће у истраживању што се може објаснити периодом годишњих одмора и већим обимом редовног посла.

Фокус групе су организоване након спровођења анкетног истраживања, у периоду од 20. до 28. маја 2012. године и одржане у просторијама Института за јавно здравство РС. Фацилитација фокус група је вршена путем претходно припремљених питања (водич за фокус групе) која су прилагођена циљним популацијама истраживања.

3.6. Организација истраживања

За спровођење истраживања су биле задужене особе именоване испред ЈЗУ Института за јавно здравство, Регионалне јединице Добој и Домова здравља Бијељина и Добој.

Теренски радници су именовани испред Домова здравља локација обухваћених истраживањем; Бања Лука, Бијељина, Добој. Свака локација је имала по један истраживачки тим са двије особе, изузев Бања Луке у којој су тим чинила три здравствена радника. Сви учесници истраживања су имали искуство у претходним истраживањима у популацији, те су прије самог истраживања прошли једнодневни програм обуке за спровођење истраживања.

Током теренског рада истраживачки тим је редовно обављао супервизију реализованих активности и пружао подршку у циљу отклањања евентуалних потешкоћа током спровођења теренског рада. Током априла и маја мјесеца велики број здравствених радника је користио стари годишњи одмор што је исходовало отежаним доласком до наведене циљне популације.

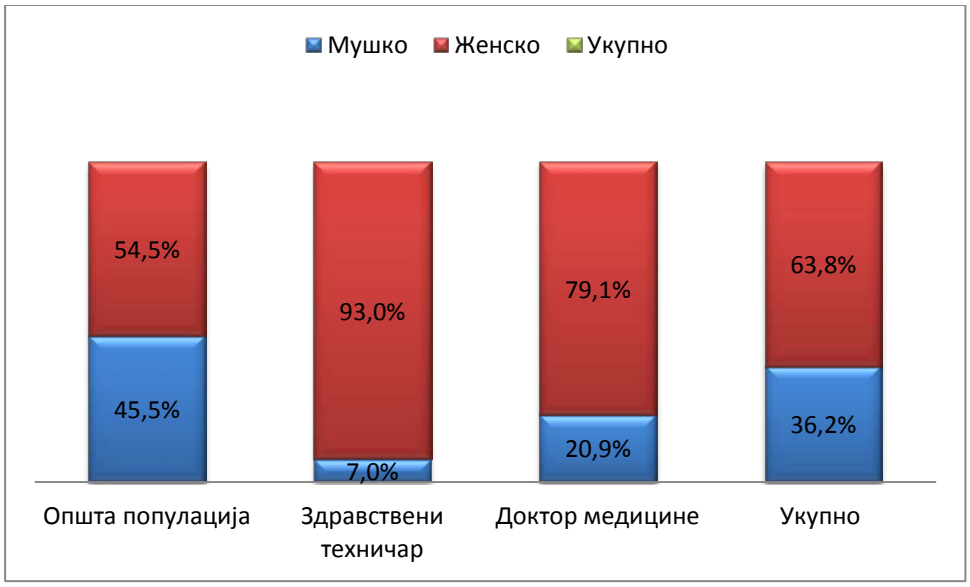
4. Резултати истраживања

Истраживањем је обухваћено 1017 испитаника, тачније, у Бања Луци 387, у Бијељини 315, а у Добоју 315 испитаника. Како би се испунили дефинисани циљеви истраживања добијени резултати се груписати у доминантне тематске цјелине, почевши од основних социо-демографских карактеристика испитане популације које ће се повезати са ставовима и понашањем према особама са менталним поремећајима. Такође, осврнућемо се на познавање основних чињеница о менталном здрављу и њиховом повезаношћу у подручју ставова и понашања према лицима са менталним поремећајима. Сви предочени подаци ће бити компарирани према полу, мјесту испитивања, старости испитаника те према категоријама циљне популације (општа популација/здравствени радници).

4.1. Социо-демографске карактеристике испитане популације

Свеукупно истраживањем је обухваћено 63,8% жена и 36,2% мушкараца. На нивоу опште популације обухваћен је подједнак број мушкараца и жена, док је међу популацијом здравствених радника обухваћено знатно више особа женског пола (Графикон 1).

Графикон 1. Структура циљне популације према полу

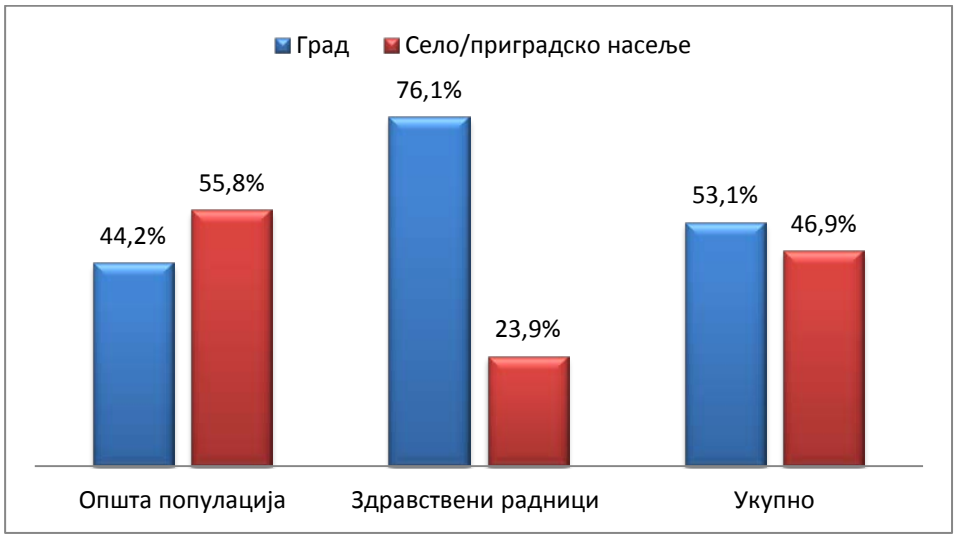


Просјечна старост испитаника је око 38 година година, најмлађи испитаник је имао 18, а најстарији 68 година. Међу општом популацијом просјечна старост испитаника се креће око 37 година, 42 године међу здравственим техничарима, а 40 међу докторима медицине. Општа популација истраживања је уједначена према двије оквирне старосне категорије (18-35 и 36 и старији), док је међу здравственим радницима заступљен већи проценат особа старијих од 36 година (Графикон 2).

Графикон 2. Старосна структура испитане популације (општа популација, здравствени техничари, доктори медицине)

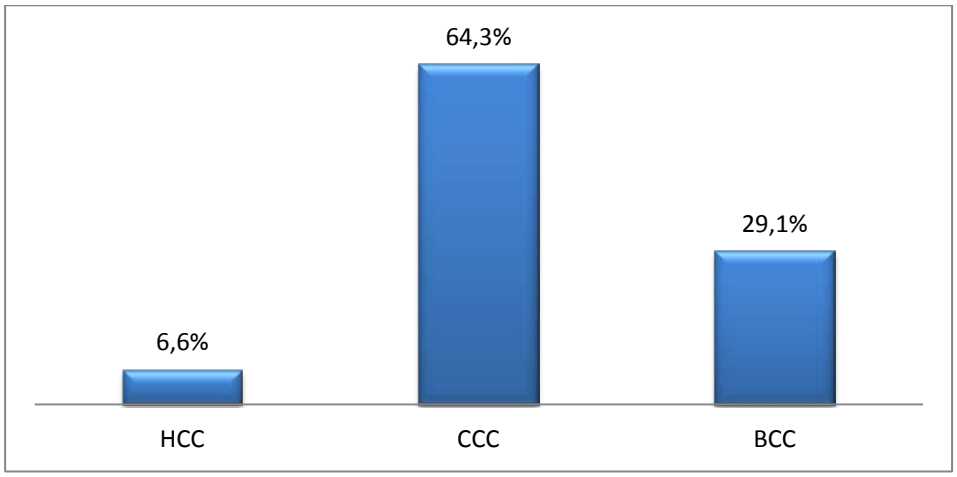
Близу 60% опште популације обухваћене истраживањем живи у сеоским, односно приградским насељима, док је око 75% здравствених радника навело да живи у градским насељима. На нивоу испитане популације истраживања, нешто већи проценат испитаника живи у урбаном у односу на рурални/приградски тип насеља. (Графикон 3).

Графикон 3. Мјесто становања циљних популација истраживања



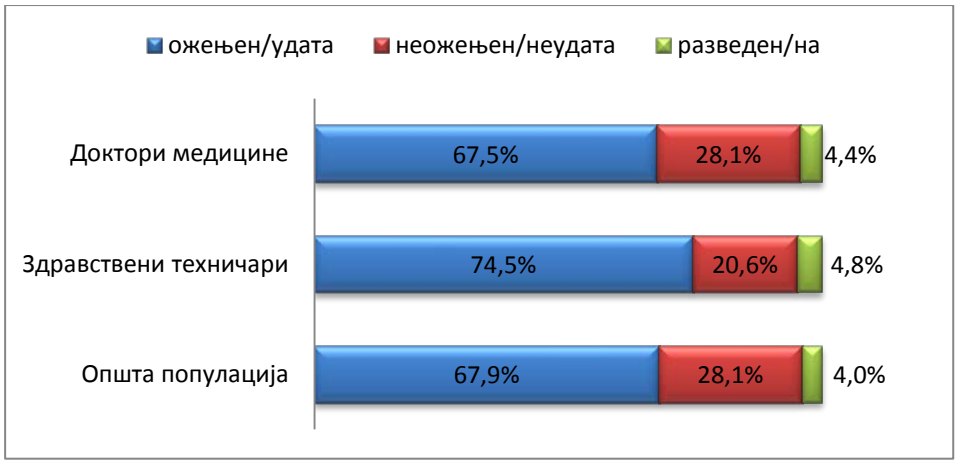
У погледу стручне спреме међу обухваћеним популацијама 64,3% има средњу стручну спрему (трогодишњу или четворогодишњу), близу једне трећине је завршило високу или вишу школу, док је 6,6% завршило основну школу (Графикон 4). Посматрајући општу популацију 71,0% је завршили средњу школу, 19,8% високу или вишу, а 9,3% основну школу. Међу здравственим радницима доктори имају завршену високу школу, а 78,9% техничара има средњу стручну спрему, док је 21,1% завршило високу или вишу школу.

Графикон 4. Стручна спрема циљне популације (општа популација, здравствени радници)



У највећем проценту (68,9%) испитана популација је у брачној заједници, док је близу једне четвртине неожењено/неудато (26,9%), а 4,2% је разведено. Посматрајући појединачно циљне популације, највећи проценат испитаника у свим категоријама живи у брачној заједници у чему се истичу здравствени техничари (74,5%) у односу на докторе медицине и општу популацију (67,5% и 67,9%) (Графикон 5).

Графикон 5. Брачни статус међу општом популацијом, здравственим техничарима и докторима медицине

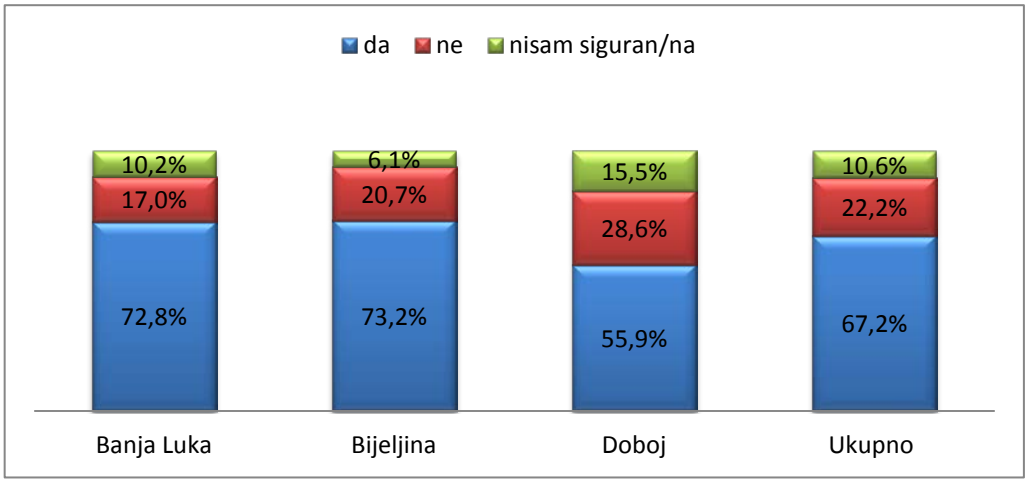


4.2. Познавање основних чињеница о менталном здрављу и тражење здравствене заштите

Познавање основних чињеница о менталном здрављу, тражење помоћи у случају менталних потешкоћа и подршка особама са менталним поремећајима су испитани кроз сет питања која су поређена са социо-демографским карактеристикама испитаника. У наведеном поглављу ћемо предочити податке који су показали значајан ниво разлике у односу на упоређене категорије, превасходно ћемо се усмјерити на одговоре опште популације с обзиром да на поједина питања здравствени радници махом одговарају афирмативно.

Око двије трећине припадника опште популације (18 година и старији) познаје особу са менталним потешкоћама. Значајно већи проценат у Бијељини и Бања Луци у поређењу са општом популацијом из добојског подручја (χ^2= 24,897, df=4, p=0,000). Скоро сви испитани здравствени радници афирмативно одговарају на наведено питање што не изненађује с обзиром на природу њиховог посла.

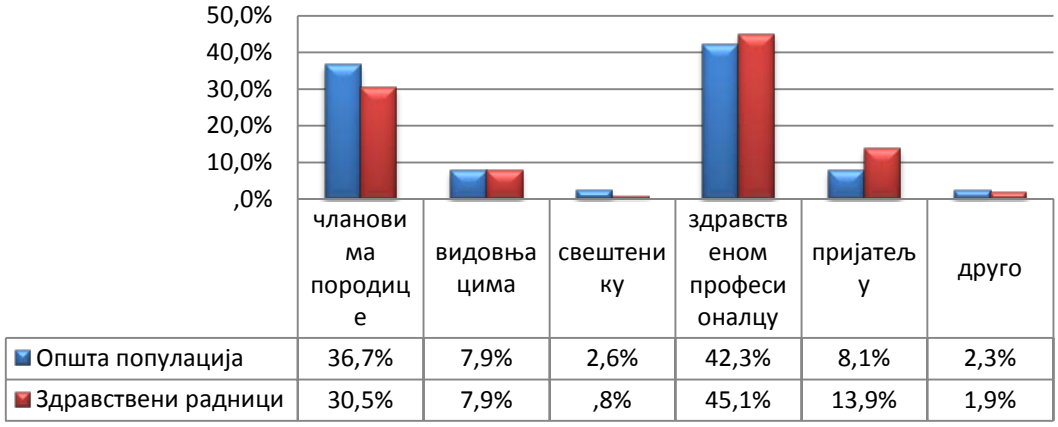
Графикон 6. Познавање особа са дијагностикованим менталним поремећајем према општинама у општој популацији



Општа популација процјењује да се у највећем проценту особе са менталним потешкоћама обраћају за помоћ члановима породице (36,7%) и здравственим професионалцима (42,3%), док здравствени радници у нешто већем проценту истичу

здравствене професионалце (45,1%), али и пријатеље (13,9%) (Графикон 7). Наведене разлике у одговорима су статистички значајне (χ^2= 12,702, df=5, p=0,026)

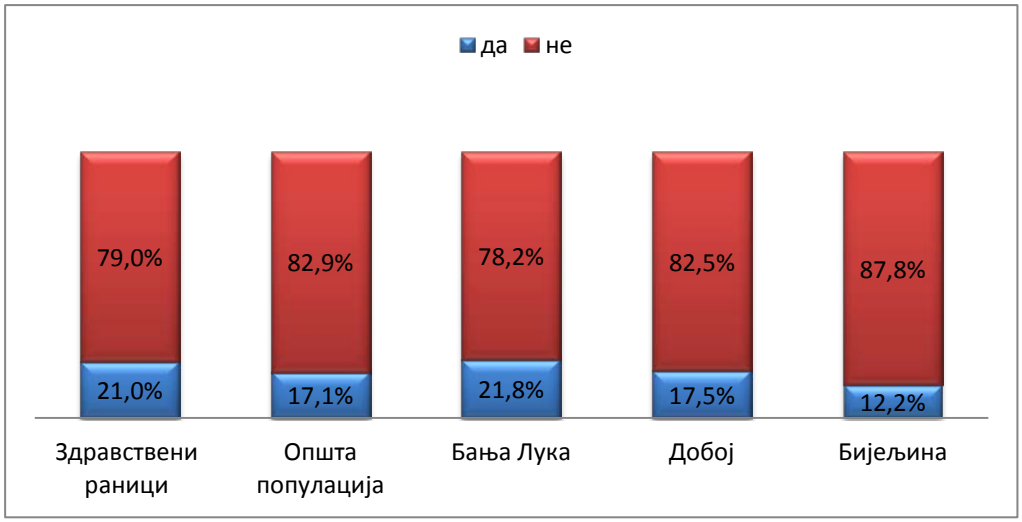
Графикон 7. Процјена особа којима се људи обраћају у случају менталних потешкоћа, према општој популацији и здравственим радницима



	чланови ма породиц е	видовња цима	свештени ку	здравств еном професи оналцу	пријатељ у	друго
Општа популација	36,7%	7,9%	2,6%	42,3%	8,1%	2,3%
Здравствени радници	30,5%	7,9%	,8%	45,1%	13,9%	1,9%

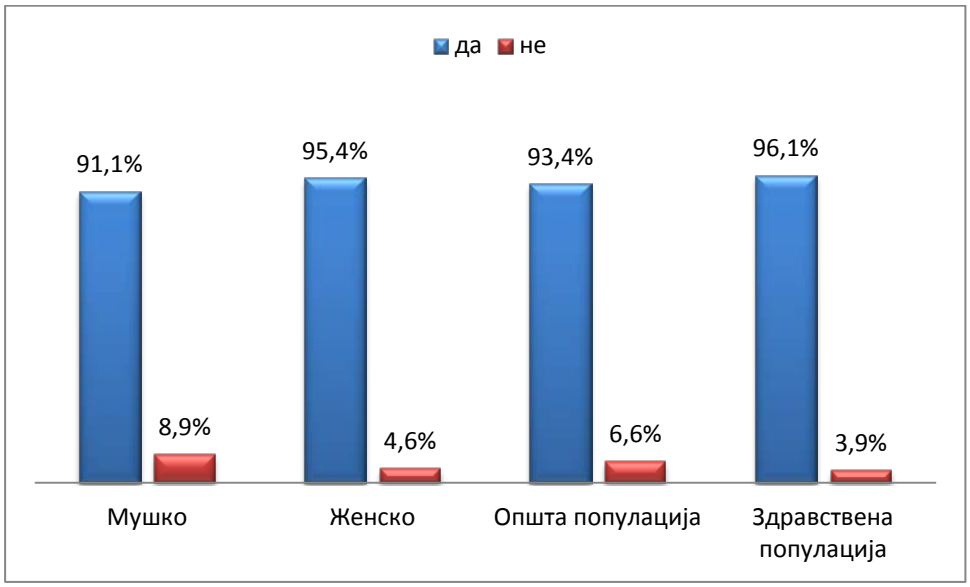
Међу општом популацијом и здравственим радницима 18,2% је тражило стручну помоћ (посјетило здравствену установу/професионалца) услијед менталних потешкоћа, у скоро подједнаком проценту припадници опште популације и здравствени радници (Графикон 8). У општој популацији значајно већи проценат је тражио стручну помоћ у Бања Луци и Добоју у поређењу са општом популацијом из бијељинског подручја (χ^2= 7,736, df=2, p=0, 021).

Графикон 8. Проценат испитаника који су потражили стручну помоћ услијед менталних потешкоћа према циљној популацији и квоти истраживања



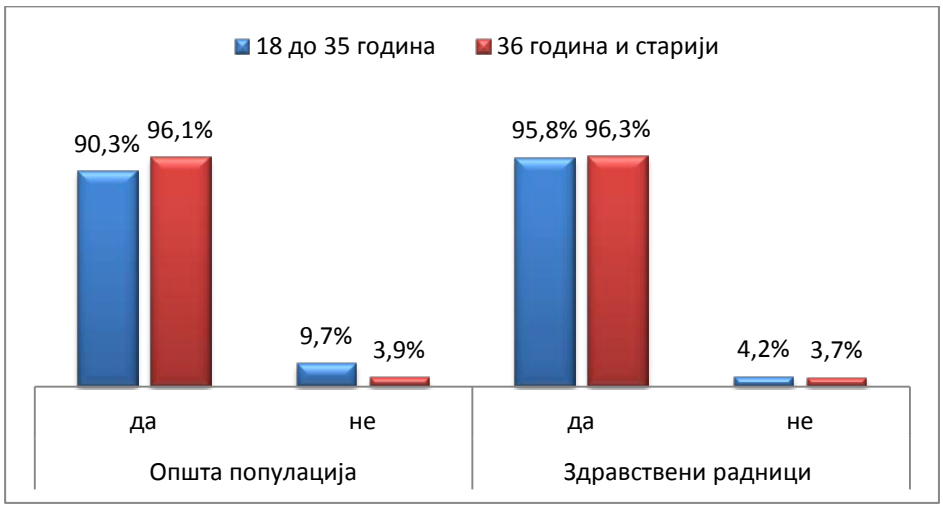
Стручну помоћ у случају менталних потешкоћа би потражило 94,1% испитаних. Незнатно већи проценат припадника опште популације (6,6%) не би потражило стручну помоћ у поређењу са 3,9% здравствених радника. Поредећи мушкарце и жене у општој популацији дупло више мушкараца не би тражило стручну помоћ уколико би имали менталне потешкоће у поређењу са женама, наведена разлика је статистички значајна (χ^2=5,337, df=1, p=0,021).

Графикон 9. Проценат оних који би тражили стручну помоћ према полу и циљној популацији



Скоро дупло већи проценат опште популације у категорији од 18 до 35 година старости је навело да не би потражило стручну помоћ у случају менталних потешкоћа (9,7%) у поређењу са категоријом старијих од 36 година (3,9%), наведена разлика је статистички значајна (χ^2=9,799, df=1, p=0,002). Разлике међу млађим и старијим категоријама здравствених радника нису статистички значајне.

Графикон 10. Проценат оних који би тражили стручну помоћ према старости и циљним популацијама истраживања



Међу припадницима опште популације који не би потражили стручну помоћ у случају менталних потешкоћа (6,6%), као водеће разлоге наводе страх да ће здравствени радници причати о његовом/њеном стању другим људима (43,3%), као и став да се човјек сам треба изборити са својим проблемима тј. да је стручна помоћ потребна само слабићима (36,4%), а 17,8% сматра да им у здравственој установи не може нико помоћи (Графикон 11).

Графикон 11. Водећи разлози не тражења здравствене заштите у случају менталних потешкоћа у општој популацији

На табели 3 приказани су тачни одговори на тврдње о менталном здрављу, лијечењу те карактеристикама менталних поремећаја међу општом популацијом и здравственим радницима (доктори и здравствени техничари). Ниво знања у испитаним популацијама је висок у погледу познавања чињенице да се метални поремећаји могу лијечити као и сви други поремећаји, као и да стрес може узроковати друге органске болести. Већи проценат здравствених техничара и доктора медицине (81,3%:92,2%) наводе да су поремећаји исхране ментални поремећаји у поређењу са припадницима опште популације (62,2%).

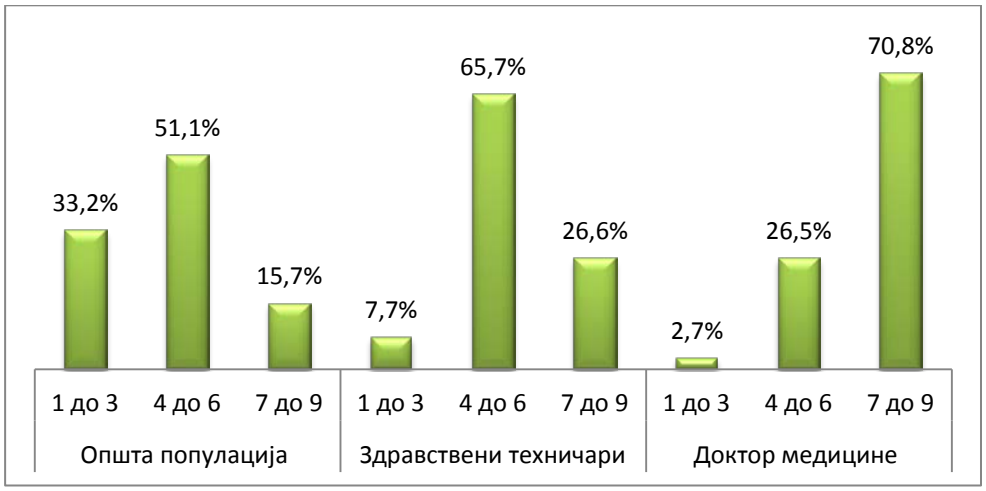
Правилно идентификовање тврдње да је „ментално здравље само одсуство менталне болести“ као нетачне је присутно код 77,1% доктора, близу половине техничара и око једне трећине припадника опште популације (27,2%). Значајно је истаћи да свега 36,0% доктора и 9,5% техничара у служби породичне медицине као нетачну идентификује тврдњу да „особе обољеле од схизофреније имају подвојену личност“! Подједнак проценат испитаника у општој популацији и међу здравственим техничарима (око 20%) наводи као нетачну тврдњу да „психијатријски лијекови током лијечења најчешће стварају зависност“, а свега 56,8% доктора.

Табела 3. Правилно идентификовање основних чињеница о менталним поремећајима

Тврдње	**Општа популација**	**Здравствени техничар**	**Доктор медицине**
Поремећаји исхране (anorexia nervosa, bulimia nervosa) су ментални поремећаји	62,2%	81,3%	92,2%
Психијатријски поремећаји се могу лијечити као и све друге медицинске болести (болести срца, дијабетес и сл.)	77,3%	86,3%	89,3%
Ментално здравље је само одсуство менталног поремећаја	27,2%	49,4%	77,1%
Током психотерапије клијенти углавном леже на каучу и говоре прво што им падне на памет	36,8%	55,6%	75,0%
Дјеца не могу обољети од анксиозности и депресије	55,0%	76,8%	85,7%
Стрес може узроковати друге болести као што су рак, висок притисак, менталне поремећаје	87,0%	96,4%	98,2%
Особе које су се опоравиле од менталних поремећаја нису способне да се врате на посао	59,7%	84,6%	95,6%
Особе обољеле од шизофреније имају „подвојену /двоструку личност“	13,9%	9,5%	36,0%
Психијатријски лијекови током лијечења најчешће стварају зависност	19,4%	20,1%	56,8%

Посматрајући сублимиране одговоре, тачније, ниво познавања чињеница о менталном здрављу међу циљним популацијама истраживања утврђено је да у највећем проценту општа популација (33,2%) идентификује правилно 1 до 3 чињенице о менталном здрављу, док 66,7% техничара идентификује правилно 4 до 6 чињеница. Највећи проценат доктора медицине, њих 70,8% познаје 7 до 9 чињеница о менталном здрављу (Графикон 12). Наведене разлике су статистички значајне (χ^2=206,229, df=4, p<0,01).

Графикон 12. Ниво познавања основних чињеница о менталном здрављу међу општом популацијом, здравственим техничарима и докторима медицине

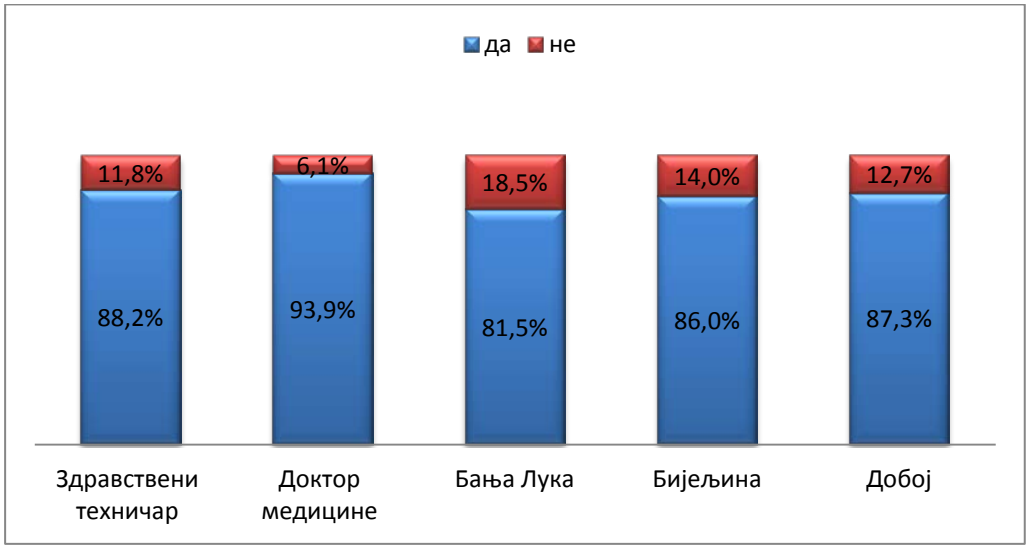


Посматрајући податке на нивоу свих испитаних популација, 1,8% не идентификује правилно нити једну од 9 чињеница о менталном здрављу, док свега 2,1% познаје све чињенице о менталном здрављу. Међу општом популацијом 2,5% не наводи тачно нити једну чињеницу о менталном здрављу, а 0,4% наводи тачно све чињенице. Међу докторима медицине 15% тачно идентификује све чињенице о менталном здрављу, а то чини свега 0,6% здравствених техничара. Међу здравственим радницима нема оних који не познају нити једну чињеницу о менталном здрављу.

Значајно већи проценат доктора медицине (93,9%) сматра да особе које су се опоравиле од менталних поремећаја могу помоћи другима у њиховом опоравку у поређењу са припадницима опште популације и здравственим техничарима (χ^2= 7,264, df=2, p=0,026). Посматрајући само општу популацију на доњем графикону можемо

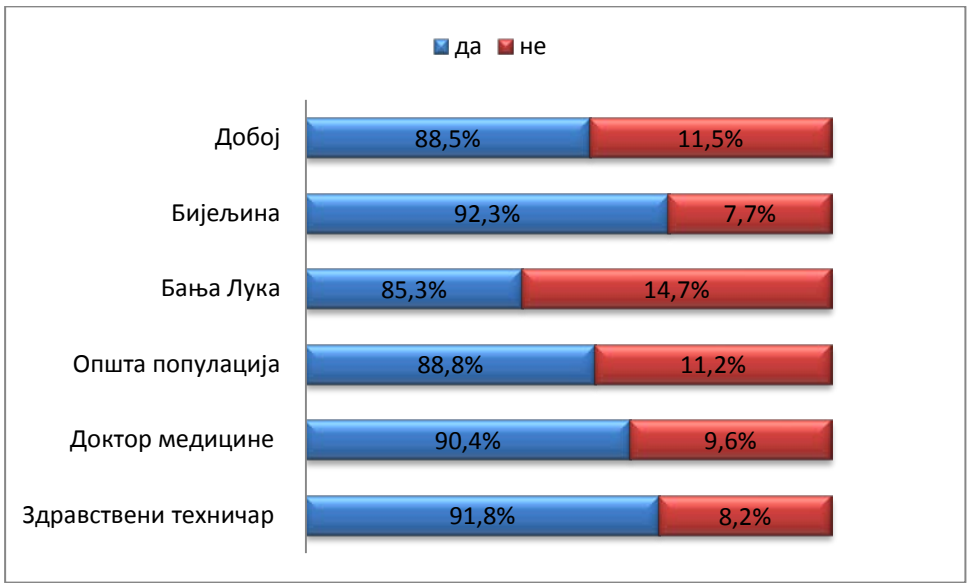
уочити да нешто већи проценат популације у Бања Луци (18,5%) сматра да особе које су се опоравиле од менталних поремећаја не могу помоћи другим, а најмањи проценат то сматра на подручју Добоја (12,7%). На нивоу опште популације 15% испитаника наводи да особе које су се опоравиле од менталних поремећаја не могу поћи другима у опоравку.

Графикон 13. Проценат припадника циљне популације коју сматрају да особа која се опоравила од менталних потешкоћа може помоћи другима у опоравку



У доњем графикону можемо уочити да би око 90% здравствених радника (здравствени техничари и доктори медицине) и припадника опште популације жељело добити више информација о менталним поремећајима. Међу припадницима опште популације већи проценат би желио добити информације о менталним здрављу на подручју Бијељине (92,3%) у поређењу са Добојем (88,5%) и Бања Луком (85,3%).

Графикон 14. Проценат припадника циљне популације који би жељели добити више информација о менталном здрављу



4.3. Ставови заједнице према особама са менталним поремећајем

У приказу резултата ставова заједнице према особама са менталним поремећајем користићемо расподјелу одговора на *Скали ставова заједнице према ментално обољелим лицима (CAMI).* Већи сумарни скор на скали упућује на позитиван став према ментално обољелим и обратно. На нивоу испитаних циљних популација истраживања утврђено је да је просјечно постигнуће на субскалама тј. ауторитарности (25,58) и социјалној рестриктивности (25,54) мање, док је постигнуће на скали идеологије менталног здравља веће и креће се око 34,60. Највећа просјечна вриједност је забиљежена на скали беневолентности 38,75.

У доњим табелама представљена је просјечна вриједности на скали става заједнице према ментално обољелим лицима према циљним популацијама истраживања.

Примјеном униваријантне анализе варијансе утврђена (ANOVA) је статистички значајна разлика у постигнућу на скали става према ментално обољелим лицима ($F=33,137$, $p<0,01$) међу циљним популацијама истраживања (општа популација, здравствени техничари и доктори медицине). Примјеном LSD post hoc теста утврђена је међугрупна разлика, тачније, статистички значајно већи ниво постигнућа на скали става према ментално обољелим лицима је присутан код доктора медицине у поређењу са општом популацијом и здравственим техничарима ($p<0,01$), као и међу здравственим техничарима у поређењу са општом популацијом ($p<0,05$). Наведено упућује на закључак да здравствени радници имају позитивнији став према ментално обољелим у поређењу са општом популацијом.

Табела 4. Просјечна вриједност на скали става заједнице према ментално обољелим лицима међу циљним популацијама истраживања

Циљна популација истраживања	**N**	**AS**	**SD**
Општа популација	731	139,93	17,73
Здравствени техничари	171	143,76	18,55
Доктор медицине	115	154,54	19,55
Укупно	1017	142,23	18,65

Међу припадницима опште популације различитог степена образовања утврђена је статистички значајна разлика у постигнућу на скали става (F=6,071, p<0,05) према особама са менталним поремећајем, тачније, позитивнији став је значајно више изражена међу особама са високом/вишом стручном спремом у поређењу са онима коју су завршили средњу тј. основну школу (p<0,05), такође, особе које имају средњу стручну спрему постижу већу вриједност на скали става према ментално обољелим лицима у поређењу са особама без школе/са основном школом (p<0,05).

Табела 5. Просјечна вриједност на скали става заједнице према ментално обољелим лицима међу општом популацијом истраживања према степену стручне спреме

Општа популација	**N**	**AS**	**SD**
НСС	67	134,09	15,21
ССС	513	139,86	17,64
ВСС	143	143,18	18,89
Укупно	723	139,98	17,81

У доњој табели приказана је просјечна вриједност на скали става заједнице према ментално обољелим (CAMI) у општој популацији. Просјечне вриједности на скали (t=5,428, p<0,01) је већа, тј. позитивнији став је изражен међу особама које познају некога ко је имао или има ментални поремећај у поређењу са општом популацијом која не познаје особу са менталним поремећајем.

Табела 6. Просјечне вриједности на скали става заједнице према ментално обољелим лицима у општој популацији

Познајете особу са менталним поремећајем:	**N**	**AS**	**SD**
Да	488	142,30	17,48
Не	161	133,73	16,99

Како би се утврдио однос између познавања основних чињеница о менталном здрављу и става према ментално обољелим особама примјењен је линеарни

коефицијент корелације којим је утврђена ниска и статистички значајна повезаност између познавања основних чињеница о менталном здрављу и постигнућа на скали става заједнице према лицима обољелим од менталног поремећаја међу циљним популацијама истраживања.

Суштински, већи ниво знања је повезан са позитивнијим ставом према ментално обољелим лицима, уз одређене разлике у интензитету међу здравственим радницима (Табела 7).

Табела 7. Коефицијент линеарне корелације између измјерених вриједности на скала става према ментално обољелим и скали познавања основних чињеница о менталном здрављу

CAMI скала	**Општа популација**	**Здравствени техничари**	**Доктори медицине**
r	,287**	,374**	,295**
N	731	169	113

**p<0,01

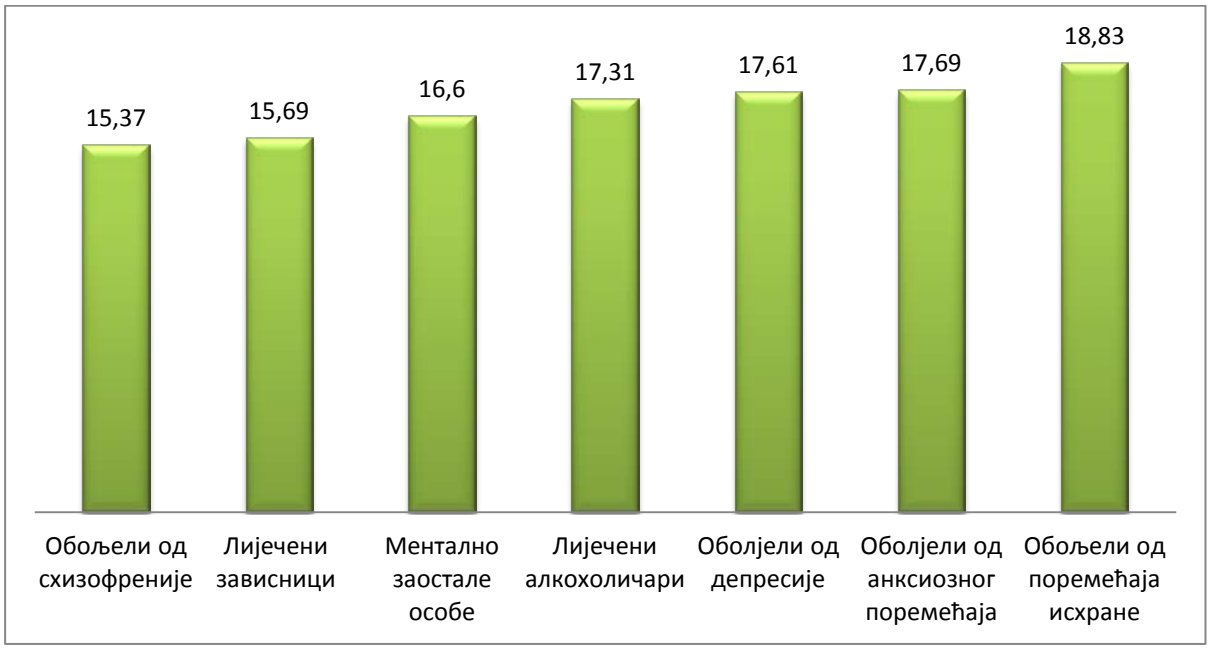
4.4. Понашање заједнице према особама са менталним поремећајем

Понашање заједнице према ментално обољелим лицима је мјерено путем Скале социјалне дистанце која одражава спремност контакта са особама које имају различите видове менталног поремећаја. Већа просјечна вриједност на скали социјалне дистанце према одређеном менталном обољењу упућује на позитивнији став и већу толеранцију према особама са наведеним менталним поремећајем.

У доњем графикону приказане су просјечне вриједности на скали социјалне дистанце свих испитаника (општа популација, здравствени радници) за сваку појединачно ментално обољење.

Најмања просјечна вриједност тј. највећи ниво дистанце је присутна према особама обољелим од схизофреније, према лијеченим зависницима и особама које су ментално заостале у развоју, а најмањи ниво социјалне дистанце, тачније, већа толерантност и спремност за контакт су присутну према особама обољелим од поремећаја исхране, анксиозности и депресије (Графикон 15).

Графикон 15. Просјечна вриједност свих испитаника на скали социјалне дистанце за свако појединачно ментално обољење



У погледу заступљености социјалне дистанце међу међу циљним популацијама истраживања утврђена је статистички значајна разлика у нивоу социјалне дистанце међу општом популацијом, здравственим техничарима и докторима медицине према обољелим од схизофреније (F=14,317, p<0,01), депресије (F=24,168, p<0,01), анксиозности (F=30,231, p<0,01), лијеченим од алкохолизма (F=9,549, p<0,01) и наркоманије (F=6,172, p<0,01), ментално заосталим особама (F=13,636, p<0,01) и особама обољелим од поремећаја исхране (F=15,707, p<0,01) (Табела 8).

Табела 8. Степен социјалне дистанце према различитим видовима менталног обољења међу циљним популацијама истраживања

		Социјална дистанца према:		
Циљна популација:	**N**	**Схизофренија**	**Депресија**	**Анксиозност**
		AS (SD)	**AS (SD)**	**AS (SD)**
Општа популација	731	15,09 (3,97)	17,11 (4,24)	17,15(4,15)
Здравствени техничари	171	15,26 (4,12)	18,18 (4,15)	18,16 (4,34)
Доктор медицине	115	17,26 (4,36)	19,95 (4,33)	20,38 (4,55)
Укупно	1017	15,37 (4,10)	17,61 (4,33)	17,69 (4,35)

		Социјална дистанца према:			
Циљна популација:	**N**	**Алкохоличари**	**Наркомани**	**Ментално заостали**	**Поремећаји исхране**
		AS (SD)	**AS (SD)**	**AS (SD)**	**AS (SD)**
Општа популација	731	16,95 (4,70)	15,47 (4,86)	16,28 (4,23)	18,38 (4,57)
Здравствени техничари	171	17,78 (4,74)	15,61 (5,06)	16,71 (4,27)	19,41 (4,70)
Доктор медицине	115	18,90 (4,75)	17,22 (5,37)	18,50 (4,40)	20,82 (4,36)
Укупно	1017	17,31 (4,75)	15,69 (4,98)	16,60 (4,31)	18,83 (4,64)

Примјеном LSD post hoc теста утврђена је међугрупна разлика у нивоу социјалне дистанце међу циљним групама истраживања, доктори медицине имају значајно мањи ниво социјалне дистанце затупљен према обољелим од схизофреније у поређењу са здравственим техничарима (p<0,01) и општом популацијом (p<0,01). Према обољелим од депресије, анксиозности лијеченим алкохоличарима и особама обољелим од поремећаја исхране доктори медицине имају изражен значајно мањи ниво социјалне дистанце у поређењу са здравственим техничарима и општом популацијом, такође,

здравствени техничари имају значајно нижи ниво социјалне дистанце према наведеним групама обољења у поређењу са општом популацијом.

За разлику од претходно наведених обољења, у погледу социјалне дистанце према наркоманима и ментално заосталим особама доктори медицине имају изражен значајно мањи ниво социјалне дистанце у поређењу са здравственим техничарима ($p<0,01$) и општом популацијом ($p<0,01$). Разлика у нивоу социјалне дистанце према наркоманима и особама које заостају у развоју међу општом популацијом и здравственим техничарима није присутна.

Посматрајући социо-демографске карактеристике опште популације и социјалну дистанцу према менталним обољењима, утврђена је статистички значајна разлика поредећи урбану и руралну/ семиурбану средину. Особе из градских средина имају мање изражену социјалну дистанцу према обољелим од депресије ($t=2,591$, $p<0,01$), анксиозности ($t=3,256$, $p<0,01$), лијеченим алкохоличарима ($t=3,127$, $p<0,01$) и наркоманима ($t=2,409$, $p<0,01$), као и особама обољелим од поремећаја исхране ($t=2,325$, $p<0,01$) у поређењу са онима који живе у руралним/семиурбаним подручјима.

У доњој табели приказане су просјечне вриједности на скали социјалне дистанце према различитим типовима менталног обољења међу општом популацијом која (не)познаје особу са дијагностификованим менталним поремећајем. Статистички значајно мања вриједност на скали социјалне дистанце (која упућује на већу дистанцу) према особама обољелим од схизофреније ($t=4,084$, $p<0,01$), депресије ($t=4,804$, $p<0,01$), анксиозности ($t=4,221$, $p<0,01$), особама лијеченим од алкохолизма ($t=3,609$, $p<0,01$), наркоманије ($t=3,477$, $p<0,01$), ментално заосталим ($t=4,713$, $p<0,01$) и особама које имају поремећај исхране ($t=3,210$, $p<0,01$) је утврђена код припадника опште популације који не познају особу са менталним поремећајем, у поређењу са онима који познају.

Табела 9. Степен социјалне дистанце према различитим видовима менталног обољења међу општом популацијама истраживања

		Социјална дистанца према:		
Познајете особу са менталним поремећајем:	**N**	**Схизофренија**	**Депресија**	**Анксиозност**
		AS (SD)	**AS (SD)**	**AS (SD)**
Да	488	15,57(3,82)	17,66(4,08)	17,63(3,34)
Не	161	14,12(4,23)	15,85(4,26)	16,09(4,26)

		Социјална дистанца према:			
Познајете особу са менталним поремећајем:	**N**	**Алкохоличари**	**Наркомани**	**Ментално заостали**	**Поремећаји исхране**
		AS (SD)	**AS (SD)**	**AS (SD)**	**AS (SD)**
Да	488	17,37(4,65)	15,89(4,87)	16,78(4,10)	18,85(4,31)
Не	161	15,86(4,49)	14,38(4,48)	15,01(4,27)	17,55(4,90)

Како би се испитао однос између нивоа познавања основних чињеница о менталном здрављу и социјалне дистанце према ментално обољелим особама примјењен је линеарни коефицијент корелације за сваку циљну популацију истраживања. Утврђена је ниска и/или средња повезаност између познавања основних чињеница о менталном здрављу и постигнућа на скали социјалне дистанце. Тачније, већи ниво знања је повезан са мањом социјалном дистанцом према различитим типовима менталног обољења. Повезаности знања и социјалне дистанце као тенденције контакта је већа према обољелим од депресије, анксиозности него према особама обољелим од схизофреније или наркоманима (Табела 10).

Табела 10. Коефицијент линеарне корелације између измјерених вриједности на скали социјалне дистанце према менталним обољењима и скали познавања основних чињеница о менталном здрављу

Социјална дистанца према:	**Општа популација**	**Здравствени техничари**	**Доктори медицине**
Особама обољелим од схизофреније	,190**	,160*	,275**
Особама обољелим од депресије	,232**	,209**	,379**
Особама обољелим од анксиозности	,238**	,250**	,426**
Лијеченим алкохолицаримаи	,165**	,198*	,327**
Лијеченим наркоманима	,155**	,174*	,197*
Ментално заосталим	,191**	,210**	,303**
Особама са поремећајем исхране	,224**	,275**	,363**

**p<0,01; *p<0,05

5. Подаци добијени путем фокус група

Фокус групе, као квалитативна техника пружили су увид у процес и начин размишљања о појму менталне болести и приступима које људи доживљавају као ефикасним у циљу превазилажења стигме и дискриминације према ментално обољелим особама.

Како бисмо испитали ставове и увјерење различитих група људи, одржане су четири фокус групе. Двије у општој популацији, тачније, једна у сеоској и једна у градској средини. Међу здравственим радницима су одржане двије фокус групе; једна са докторима- специјалистима породичне медицине и једна са здравственим техничарима који раде у Служби породичне медицине.

Да бисмо у оквиру сваке фокус групе одржали већу хетерогеност, чланови за учешће у фокус групи су одабрани тако што је свака особа укључена у истраживачки процес регрутовала по једну особу за учешће у фокус групу.

Сваку фокус групу је чинило од 6 до 8 појединаца, који су прије приступања фокус групи попунити формулар са основним питањима о социо-демографским карактеристикама.

Фокус група је вођена на основу претходно припремљених питања који су били груписани у цјелине које се односе на перцепцију и разумјевање менталног обољење, заступљеност стигме и дискриминације према ментално обољелим особама и начинима на које се иста може превазићи.

Према наведеним областима су систематизовани добијени резултати посебно за општу популацију и здравствене раднике:

1) Схватање менталног обољења/искуство у контакту са ментално обољелим особама
2) Заступљеност стигме и дискриминације према ментално обољелим особама
3) Разлози стигме и дискриминација према ментално обољелим лицима
4) Начини превазилажења стигме и дискриминације

5.1. Општа популација

Учесници фокус група опште популације наводи да се ментални поремећај испољава кроз понашање. Перцепција менталног обољења се своди на одступање од општеприхваћених норми понашања. Такође, једно од заступљених објашњења менталног поремећаја се своди на дефинисање истог као органског поремећаја:

Урбана средина: *„Када особа има поремећаје у понашању, не само у понашању али се углавном манифестује у понашању, кроз одређене врсте тикова, када је одсутна, одсутност говора или превише прича“*
Рурална средина: *„Неко оштећење на мозгу, поремећај неки...“*

Особе са менталним поремећајем се описују као непредвидиве, несхваћене, са специфичностима карактеристичним за одређен менталног обољења.

Урбана средина: *„Зависи од болести...могу бити изразито повучене, могу бити изразито агресивне зависно од типа менталног обољења...генерално, можемо рећи да су евентуално другачије, али гледајући посебне групе обољења- имају специфичности“*
Урбана средина: *„Тешко их је препознати на улици, али мислим да су несхваћене“*
Урбана средина: *„Ја мислим да су све те особе девијантне, односно да у неком тренутку испоље своју агресивност без обзира колико на почетку оне биле мирне...то је неки поремећај и то на крају дође до тога хоће ли оне према себи нешто да ураде или према другом, али мислим да су увијек насилне“*
Рурална средина: *„Мислим да су непредвидиве. Не можеш никада знати шта ће испољити„*
Рурална средина: *„Сви различито испољавају то своје ментално стање. Обично одскачу од осталих људи“*

Већина учесника је била у контакту са особом која има менталних потешкоћа. Искуство у директном контакту је разнолико и креће се од позитивног до негативног.

Истиче се значај тренутног стања особа које имају ментално обољење, јер оно детерминише искуство у датој ситуацији. С друге стране, један дио учесника иако не истиче директни контакт са особама које имају менталне потешкоће, испољавају страх од потенцијалног контакта те истичу непредвидивост и немогућност контроле наведених стања.

Урбана средина: *„У сваком случају искуство је различито, зависи од епизоде до епизоде, али никад нисам имао негативно искуство“*

Урбана средина: *„У суштини то су људи који су међу нама и свакоме од нас се може десити да у неком моменту у животу на неки изазов не одговоримо како бисмо жељели и да дођемо у неко стање.... „*

Урбана средина: *„Ја исто познајем особу, мени лично никада ништа није урадила међутим ја никада не бих смјела да останем насамо са њом“*.

Рурална средина: *„Ја нисам имала неко искуство...једино када се сретнеш на улици са људима и на њима се види да су ментално обољели, али да сам имала лично искуство- то не“*

Рурална средина: *„Познајем неколико људи који су ментално обољели....нису били агресивни, препознају се само по том лутању по селу. По неким њиховим симптомима се види да су обољели...“*

Учесници фокус група као главне разлоге стигме и дискриминације наводе недовољну информисаност и незнање. За то су, према њиховим ријечима, дјелом одговорни професионалци и институције.

Урбана средина: *„Нема информација. Код мене је на селу скоро био један случај, жени од 25 година се одједном почело нешто да привиђа. Њени родитељи су реаговали тако да су мислили да су њу обузели зли духови. Звали су свештенике, хоџе, бацали записе и сл. У данашње вријеме!! .... Али мислим да ни у градским срединама није ништа боље, људи су поприлично затворени....“*

Урбана средина: *„Ја мислим да је главни узрок необразованост. Почећу од себе, колико сам мало упозната са том облашћу“*

Рурална средина: *„Недовољна едукација, незаинтересованост друштвених структура...едукација више није као што је некад била...све је некако заказало...све“*

Одбацивање од стране породице, неблаговремено препознавање потешкоћа и сакривање поремећаја у кругу породице се истиче као један од фактора који доводе до стигме и неблаговременог лијечења.

Урбана средина: *„Прво да се породица освијести, да има у породици у кући неко ко је болестан, да се консултује стручњак и да се онда иде на социјализацију“*

Рурална средина: *„Родитељи када уоче проблем код дјетета, они то крију. Нико не схвата да је то болест, исто као када те боли глава па одеш код доктора. Код нас када дијете мало, конкретно има проблем, када то родитељ види то се крије да не чује комшија и да не чује остала родбина“*

Урбана средина: *„Проблем је у породици ако то игноришу, покушавају да закамуфлирају, а и сама средина је поприлично необразована“*

Међу разлозима који придоносе развоју стигме и дискриминације истиче се страх према менталном обољењу и болести уопште. Људи зазиру од ментално обољелих особа плашећи се да би се то исто могло десити и њима, као и због перцепције ментално обољелим као непредвидивих и агресивних.

Урбана средина: *„Мене мало брине тај страх који људи унапријед осјећају, чим се спомену те врсте обољења одмах је та агресија: Да ли ће он мени нешто урадити или не? То не мора бити тако“*

Урбана средина: *„Мислим да нема те болести са којом ћемо се хвалити, то је нешто чега се стидимо, то нас уче од малих ногу, да се болести треба стидјети. Менталне мало више јер нам је то помало нејасно и не знамо како да се понашамо, али болести гурамо и сакривамо пред свијетом. То је највећи проблем, осјећај стида. Поред страха да ће неко да нас угрози, да нам направи штету постоји још један разлог за осјећај страха а то је колико сам ја далеко од овога; то је нешто што може да се деси и мени, неком мени блиском...“.*

Економска криза, неимаштина и отуђење људи су наведени као један од разлога стигме. Утицај неимаштине и социјалне кризе се као фактор стигме и мањка бриге уза ментално обољеле се више истиче у фокус групи из сеоске средине.

Урбана средина: *„Људи су у данашње вријеме заокупљени своји проблемима, боре се за голу егзистенцију. Ја то са једне стране разумијем, а са друге не“*
Рурална средина: *„Немамо ми можда став такав колико смо ми немоћни, друштво је немоћно и исцрпљено. Немаш ти ни средстава ни за шта, али камоли за то, нема ни посла више.... немаш га гдје упослити, немају гдје ни здрави наћи посла, а тек са поремећајима. Основни проблем је сиромаштво, тога ће бити све више, људи ће пуцати“*
Рурална средина: *„Мислим да је друштво сурово, ти људи су препуштени сами себи и тотално изоловани“*

Како би се превазишла стигма и дискриминација предлажу се мјере које би се доносиле на едукацију и информисање људи, већу ангажованост и подршка породице али и професионалаца/установа. На претпослиједњем мјесту се истиче контакт са ментално обољелим особама и дјеловање на емоције стида и страха од менталне болести. У сеоским срединама људи више истичу информисање путем медија и ТВ-а, док у градској средини наводе значај едукације и промоције менталног здравља од стране установа и професионалаца.

Урбана средина: *„Зато је потребна едукација од малена па када се дође у те године... то је процес који ће заживјети ако кренемо сада од некога ко има десет година па док дође у 40-те године када ће да развије благо позитиван став. Код старијих особа је тешко сада разбити негативан став“*
Урбана средина: *„Мислим да професионалци треба да раде на едукацији људи о врсти менталних обољења, нивоима те како људи могу да реагују. Да људи схвате да сва ментална обољења нису иста и да их просто не морамо избјегавати и да им можемо и помоћи. Опет нормално је да све оно што не знамо да нам ствара страх, тако да мислим да треба да едукујемо младе, одрасле и старије и све на разне начине“*

Урбана средина: *„Ја бих инсистирала на здравственом васпитању као, на почетку, факултативно, а затим обавезан вид наставног програма... „*

Рурална средина: *„Па и наши медији, умјесто да мање истичу политичаре, потребно је да прикажу неку емисију са обољелим. Знам када наиђе на ТВ-у нека едукативна емисија, да све напустим и гледам је, јер ме интересује“*

Истиче се значај и емотивног дијела поруке, учесници фоку група су дјелом истицали значај личног искуства и емпатије као основе подстицања бриге о менталном здрављу и људима који имају емотивних потешкоћа.

Урбана средина: *„Битно је нагласити да то постоји (*ментални поремећаји*), да је дио свакодневнице, можда је поред мене особа са потешкоћама, али ћути он- ћутим ја“*

Урбана средина: *„По мом мишљењу контакт је најбољи начин. .....за мене је најбитније када ми неко пружи информацију из личног искуства, да је он нешто видио и доживио, него кад ја прочитам па ја то теоретски сагледам и упијем ту информацију. Лакше прихватим информацију када ми је неко пренесе као лично искуство“*

Учесници фокус група из сеоске средине су више истицали значај заједнице и друштва које треба и може да пружи бригу и пажњу особама са менталним поремећајима. Истичући да локална заједница може да учини највише.

Рурална средина: *„Сви морамо бити толерантнији према тим особама. Немамо ми велике могућности.... једно што сада можемо јесте да дјелујемо као средина, да мало будемо толерантнији према тим људима да им покушамо помоћи. Немамо ми шта очекивати од државе“*

Рурална средина: *„Моје мишљење, када би мене сада ставили међу њих десет, како би год ја скренула...тако бих нас десет утицало на једног, ми би га чупали....као што бих и ја међу њих десет пукла тако бих нас десет позитивно утицало на једног... ако би и нешто урадио и рекао како не треба не бих га осуђивали покушали би му објаснити на блажи начин или дати му подршку ако је нешто успјео ...ја мислим да би се тада успио извући, наравно, уз неку терапију“*

Иза истицања значаја и позитивног утицаја локалне заједнице крије се зазирање од здравственог система, те невјерица да су здравствени радници у стању да помогну и подрже обољелу особу.

Урбана средина: *„Мислим да је за почетак кључно да се успостави добра комуникација између Породичне медицине и ЦМЗ-а. Они морају да постану најбољи другови на свијету, да се све не сведе на прослијеђивање упутнице....ако постоји тим који чини доктор, медицинске сестре и хиљаду и нешто пацијената, онда тај тим треба да комуницира са ЦМЗ-ом. Постоји та отворена комуникација, не само упутница јер ми човјека сводимо на папир“*

Рурална средина: *„Али дешава се да људи заврше школу* (мисли на психологе, психијатре и сл.) *па не знају помоћи таквим особама“*

5.2. Здравствени радници

У погледу односа здравствених радника према особама које су обољеле од менталних поремећаја обухваћена су питања која се односе на свакодневни контакт и искуство здравствених радника у односу према ментално обољелим особама, али и пацијентима који се налазе у стању кризе и менталних потешкоћа. Искуство доктора и здравствених техничара је „добро“ у односу према хроничним пацијентима, превасходно онима који „редовно узимају терапију“. Истовремено, за новооткривене случајеве истиче се потреба дужег контакта, разговора и преиспитивања како би особа прихватила да има психички проблем и самим тим се одлучила на адекватан третман.

Доктор: *„.... Када бих издвајала, то је једна од најбољих група пацијената по систему наручивања и узимања терапије, јако је добра сарадња.... сада та добра сарадња је можда и условљена тиме што ме добро познају, познају свог љекара код којег иду и имају повјерења тако да сам ја презадовољна“*

Медицинска сестра: *„Вежу се за нас, за одређену особу у породици или у амбуланти, а приступ је према сваком пацијенту, сваког од нас једнак....сваког доживљавамо као*

најужег члана породице и тако се према њима постављамо и тако и они нама прилазе, као породици“

Доктор: *„Обично је за таквог пацијента потребно издвојити више времена уколико се предосјети да се у позадини неког проблема крије ментална потешкоћа. Обично им кажемо да је потребно да потраже помоћ од стране друге специјалности, психијатра.....ми смо још можда такво друштво гдје је то „скривена болест“ мало пацијената воли о томе да прича и када има проблеме, неће да га изнесе и хоће да га прикрије. Често истичу неки други проблем“*

Доктор: *„Тек након четвртог- петог доласка када он тражи или ви изградите повјерење и комуникацију, онда успијете да га упутите на лијечење. То је процес који захтева вријеме и изградњу повјерење, тек након тога ће особа да вам се повјери...“*

С обзиром да је у пракси изражен „срећом јако мали проценат“ оних који не прихватају чињеницу да се иза потешкоћа крије ментално обољење најчешће се наведено стање превазилази изградњом повјерења између пацијента и доктора. Готово сви учесници фокус групе (доктори) истичу да је недостатак времена фактор који их спутава у могућности остварења дубљег контакта са пацијентом и повјерења као нужног предуслова за прихватање лијечења и превазилажења менталних потешкоћа. Значај пружања адекватних информација пацијенту о функцији и улогама ЦМЗ-а излази на површину кроз разговора са члановима фокус групе.

Медицинске сестре: *„Ми имамо пацијената који нису званично регистровани (мисли на одређење менталног поремећаја), али по мом скромном мишљењу требали би, јер се понашају тако. Можда ће и бити....мислим да таквих има више, пуно више (недетектованих)“*

Доктор: *„Ја то покушавам и видим да успјева: када могу да издвојим вријеме, довољно времена, када га добро саслушам, када ми услови то дозволе. Па једном, па два пута, па три пута.....када имамо довољно времена да разговарамо он схвати да разумијем његов проблем, његову тежину.... Али када сваки дан у амбуланти имате шездесет људи, ви немате времена....онда прште упутнице на све стране...“*

Доктор: *„Како да кажем, када се каже на прву лопту потребно је вријеме да особа то схвати, да прихвати тај страх и да до пацијента допре суштина проблема. Многи*

не желе са тим да се суоче, покушавају да пронађу неки други узрок код специјалиста, потроше доста новца на приватне слуге и врате се и онда виде (прихвате) шта је. Ја у највећем броју случајева, када уочим проблем одмах шаљем у ЦМЗ“

Доктор: *„Њима (*пацијентима) *је битно приближити одлазак у ЦМЗ, да то не значи да је он луд“*

Истовремено, са становишта одговорности пацијената у погледу поштовања савјета доктора и система наручивања, специјалисти породичне медицине истичу да некада сами пацијенти стварју „гужву у чекаоници“, те да долазе у „задњи моменат“ по терапију, неки то чине управо да би избјегли разговор са доктором.

Доктор: *„Мислим да од стране здравствених радника они имају сву потребну подршку, пажњу и вријеме...пацијент понекад дође у врло незгодним ситуацијама и жели све да прескочи, да буде при у реду. Некада је то немогуће јер и испред пацијента са менталним обољењем има неко ко је витално угрожен и којем је потребна помоћ и више пажње и то су обично те ситуације када ми имамо проблеме са њима и када не желе да чекају“*

Доктор: *„Има и случајева када долазе намјерно на крају радног времена...журе, хитно им треба терапија, да се што мање задрже код нас...да би побјегли у ствари од свог проблема и да не би дошли у ситуацију да са нама разговарају....“*

Сарадња са другим службама- Центром за ментално здравље (ЦМЗ) се истиче као јако добра, уз могућност побољшања везано за заједничке едукације и сарадњу у систему упућивања и надзора над пацијентом којем је потребно пружити довољно времена, пажње и емпатије.

Доктор : *Мислим ако сарадња постоји, треба да се одржава и развија. Понекад тим пацијентима буде да и код нас (*Служба породичне медицине) *и тамо* (ЦМЗ) *све прође брзо, да им се не посвети вријеме.... довољно времена. Ако нема његовог љекара или га мијења неко други они тај систем замјена не воле....*

Истиче се и велика забринутост у погледу прекомјерне употребе седатива. Уведена контрола у издавању средстава за смирење је указала на велику употребу седатива међу пацијентима за „које се никада не би рекло да их користе“. Наведено је указало на изразиту заступљеност стреса и психичких проблема међу регистрованом популацијом.

Доктор: *Ми нисмо ни свјесни колико наших пацијената има психичких проблема...да ли су већи или мањи. Тек сад увођењем рецепта видимо колико људи троши седативну терапију. Колико њих је само куповало по апотекама, по препоруци психијатра тј. налазу старом 5 година... путем неког старог рецепта који не знамо ни када смо написали... у неком дежурству у Хитној....“*

Доктор: *„Ми смо се сусрели са тим проблемом неочекивано....знамо да се пије и користе лијекови, али у толикој мјери! Битан је разговор и промоција здравља...“*

У погледу прекомјерне употребе седатива, као главни разлози се наводе стресан живот условљен великим бројем обавеза, али и утицај економске кризе и ратних дешавања чије посљедице „тек сада видимо- након двадесет година“. Као један од водећих разлога стреса се истиче карактеристика капиталистичког друштва које сматра да радник „треба само да је посвећен послу да нема ни радног времена“, тако да се у „великом броју случајева у позадини потешкоћа лежи стрес на послу“.

Доктор: *„Поготово страх од губитка посла...у данашње вријеме има доста људи који немају сталан посао...човјек када зна да му је сигуран посао то се лакше може изнијети. Пацијенти мисле да их било каква грешка може коштати посла....“*

Став друштва се оцјењује као крајње дискриминацијски према особама које имају менталне поремећаје, које самим тим и након лијечења, остају одбачене и неприлагођене.

Доктор: *„Неко сазна да он има психички проблем, ту се јави одбојност...Не знам да ли је то у позадини наше средине, народа али неко ко има психички проблем тешко се уклапа, он је самим тим мало одбачен“*

Медицинска сестра: *„Знате каква је наша средина...наш менталитете је такав...ти људи се издвајају“*

Медицинска сестра: *„Има и нормалних људи који то нормално схватају и прихватају, као и ми здравствени радници, али већина људи их не прихвата“*

Као водећи разлози дискриминације истиче се незнање и страх који је могуће превазићи „чим би се кренуло са промоцијом и едукацијом“. Значај заједнице и подршке друштва, породице је значајна за опоравак особе након лијечења и сарадње са доктором.

Доктор: *„Ту је суштина проблема...када се људима појасни јавиће се више емоција и увида у туђу ситуацију и самим тим његов однос и страх/баријера би били мањи и другачији. Када човјек, након фазе лијечења, почне нормално да функционише у друштву зашто тај потенцијал да се не искористи?“*

Доктор: *„Одмах се етикетирају и прекриже, а шта ми тиме правимо према том човјеку, радном колеги и сл. ?? Тако да ту није само подршка нас и сарадња са пацијентом, то је сувише кратко и то требамо ширити даље“*

У циљу унапређења свога рада и односа према пацијентима и особама које имају менталне потешкоће доктори истичу потребу едукације и повећања сарадње са колегама других специјалности (психијатар), али се истиче и вријеме потребно за пацијента за пацијента као кључни фактор који лежи у основи изградње повјерења и пружања квалитетније здравствене заштите према свим особама, па тако и онима са менталним поремећајем. Повећан обим услуга, велики број пацијената на дневној основи смањује квалитет рада и своди контакт на писање упутница и „испуњавање жеља пацијенту“. Доктори изражавају бојазан везано за могућност сагоријевања на послу услијед великог оптерећења (и до 60 пацијената дневно) и норми који се повећавају.

Доктор: *„Потребно је вршити заједничку едукацију и нас, доктора породичне медицине и специјалиста психијатрије како бисмо развили комуникацију и контакте и едуковали се у том смислу“*

Доктор: *„Ти када немаш времена онда испуњаваш све жеље пацијенту...не можеш више ни разговарати са њим, ни удубити се у његов проблем, шта њега боли, зашто он тражи упутницу..“*

Доктор: *„Све је то добро, што ми имамо већи број пацијената, већи број прегледа....али какво је наше ментално здравље, шта остаје иза свега тога...шта остаје након пет година...кога ћемо ми тако истрошени савјетовати“*

У погледу пружања квалитетније бриге особама које су у стању менталног обољења или стању стреса истиче се потреба едукације радника и послодаваца у смислу благовременог јављања љекару, рад са породицом и развијање програма превенције који ће подстицати физичку активности и више форсирати окупациону терапију у дневним боравцима које посјећују особе са менталним потешкоћама.

Доктор: *„Едукација је најбитнија, али ако нема подршке породице, а често су чланови породице регистровани, позовем их па поразговарамо, породица је битна. Треће су радне организације и друштво цијело. Њих би ставила и на прво мјесто када погледам, јер шта да радимо са таквим пацијентом , када дође под стресом, он уопште не размишља- ни радни колега ни послодавац“*

Доктор: *„Трпе, раде и боје се доласка...боје се да ће ићи на боловање, тако да раде док год могу. Тако да избјегавају да се јаве на вријеме, што би за њих било боље. Зато је битна едукација- колико је битно да се људи благовремено јаве љекару“*

Доктор: *„Сарадња са породицом је јако битна ...није довољно да се напише отпусна листа ако се особа враћа у неприпремљену породицу. Док је пацијент на лијечењу потребно је да се разговара и ради са породицом и да се едукују. Потребно је едуковати породицу особе са психичким поремећајем како би му се прилагодили“*

Медицинска сестра: *„Потребно је на медијима причати о тој теми; да је то болест као и свака друга, да се то може десити свакоме од нас. Када ми будемо размишљали тако да се то може десити било коме онда ће се сви другачије односити према тим особама. Може се десити било коме...најближем“.*

6. Кључни резултати

6.1. Познавање основних чињеница о менталном здрављу и тражење здравствене заштити

- Око 2/3 опште популације познаје особу са менталним потешкоћама/поремећајем, значајно већи проценат на подручју Бијељине и Бања Луке у поређењу са Добојем (χ^2= 24,897, df=4, p=0,000);
- У случају менталних потешкоћа општа популација и здравствени радници процјењују да се људи превасходно обраћају за помоћ здравственим професионалцима и члановима породице, око 8% наводи видовњаке. Здравствени радници у већем проценту као извор подршке истичу пријатеље (13,9%) у поређењу са општом популацијом (8,1%);
- Међу испитаним популацијама (здравствени радници, општа популација) 18,2% је тражило стручну помоћ због менталних потешкоћа, 21% здравствених радника и 17,1% опште популације;
- У општој популацији значајно већи проценат је тражио стручну помоћ у Бања Луци и Добоју у поређењу са општом популацијом из бијељинског подручја (χ^2= 7,736, df=2, p=0, 021);
- У случају менталних потешкоћа 94,1% испитаних би тражило стручну помоћ, незнатно већи проценат (6,6%) опште популације не би тражило стручну помоћ у поређењу са 3,9% здравствених радника;
- Посматрајући општу популацију, значајно већи проценат мушкараца (8,9%) и особа млађе старосне категорије (9,7%) не би тражило стручну помоћ у поређењу са 4,6% жена (χ^2=5,337, df=1, p=0,021) и 3,9% старијих од 36 година (χ^2=9,799, df=1, p=0,002);
- Међу припадницима опште популације који не би тражили стручну помоћ њих 43,3% као разлог наводе страх да ће здравствени радници причати о његовом/њеном стању другим људима (43,3%), затим став да се човјек сам треба изборити са својим проблемима (36,4%), док 27,3% наводи страх да ће их неко видјети да одлазе у здравствену установу;
- Међу општом популацијом 2,5% не познаје правилно нити једну чињеницу о менталном здрављу, док свега 0,4% правилно наводи све чињенице у области

менталног здравља. Међу здравственим радницима 15% доктора тачно наводи све чињенице у области менталног здравља, док то чини свега 0,6% здравствених техничара;

- Око половине опште популације (51,1%) наводи тачно 4 до 6 одговора у области менталног здравља, док већи проценат (65,7%) здравствених техничара наводи тачно 4 до 6 чињеница о менталном здрављу. Највећи ниво знања је присутан међу докторима медицине који у 70,8% случајева идентификује тачно 7 до 9 одговора у области менталног здравља. Наведена разлика је статистички значајна (χ^2=206,229, df=4, p<0,01);
- Највећи проценат опште популације (15%) сматра да особе које су се опоравиле од менталног поремећаја не могу помоћи другим људима у опоравку, то сматра нешто мањи проценат здравствених техничара (11,8%), а у најмањем проценту (6,1%) доктори медицине (χ^2= 7,264, df=2, p<0,05);
- Око 90% здравствених радника (здравствени техничари и доктори медицине) и припадника опште популације би жељело добити више информација о менталним поремећајима;
- Међу припадницима опште популације већи проценат би желио добити информације о менталним здрављу на подручју Бијељине (92,3%) у поређењу са Добојем (88,5%) и Бања Луком (85,3%).

6.2. Stavovi zajednice prema osobama sa mentalnim poremećajima

- На нивоу свих испитаних популација просјечне вриједности на скали ауторитарности и социјалне рестриктивности су ниже, а беневолентности и идеологије менталног здравља у заједници више што упућују на превладавање позитивног става према особама са менталним поремећајима;
- Статистички значајно веће вриједности на скали става према ментално обољелим особама тј. позитивнији став остварују здравствени радници: доктори и здравствени техничари у поређењу са општом популацијом (F=33,137, p<0,01);
- Присутна је статистички значајна разлика у постигнућу на скали става према ментално обољелим особама међу припадницима опште популације различитом нивоа образовања (F=6,071, p<0,05). Особе са завршеном основном школом имају

најнегативнији став према ментално обољелим лицима за разлику од оних који имају средњу и вишу/високу школску спрему;

- Припадници опште популације који познају особу са менталним поремећајем имају позитивнији став према њима, тачније, постижу веће вриједности на скали става према ментално обољелим особама (t=5,428, p<0,01);
- Утврђена је повезаност између познавања основних чињеница о менталном здрављу и става према ментално обољелим лицима међу циљним популацијама истраживања, тачније, већи ниво знања је повезан са позитивнијим ставовима према ментално обољелим особама.

6.3. Понашање заједнице према особама са менталним поремећајем

- Најмања просјечна вриједност тј. највећи ниво дистанце је присутна према особама обољелим од схизофреније, према лијеченим зависницима и особама које су ментално заостале у развоју, а најмањи ниво социјалне дистанце, тачније, већа толерантност и спремност за контакт су присутну према особама обољелим од поремећаја исхране, анксиозности и депресије;
- Утврђена је значајна разлика у нивоу социјалне дистанце према особама са различитим типовима менталног поремећаја међу здравственим радницима (докторима медицине и здравственим техничарима) и општом популацијом. Доктори медицине имају изражен најмањи ниво социјалне дистанце, затим здравствени техничари док је у општој популацији највећи ниво социјалне дистанце изражен према свим типовима менталног обољења;
- Особе из градских средина имају мање изражену социјалну дистанцу према обољелим од депресије (t=2,591, p<0,01), анксиозности(t=3,256, p<0,01), лијеченим алкохоличарима (t=3,127, p<0,01) и наркоманима (t=2,409, p<0,01), као и особама обољелим од поремећаја исхране (t=2,325, p<0,01) у поређењу са онима који живе у руралним/семиурбаним подручјима;
- Познавање особа са менталним поремећајем је повезано са мањом социјалном дистанцом, тј. општа популација која познаје особу са менталним потешкоћама има нижи ниво социјалне дистанце тј. спремнија је за успостављање контакта са ментално обољелим;

- Већи ниво познавања чињеница о менталном здрављу је повезан са мањом социјалном дистанцом према различитим типовима менталног обољења. Повезаност знања и социјалне дистанце као тенденције контакта је већа према обољелим од депресије, анксиозности него према особама обољелим од схизофреније или наркоманима.

6.4. Подаци добијени путем фокус група

- Општа популација перципира менталну болест као поремећај који се манифестује кроз понашање обољеле особе те се ментално обољела особа доживљава агресивном и непредвидивом;
- Необразованост се сматра водећим разлогом стигме те се истиче потреба информисања јавности кроз већу ангажованост професионалаца у наведеној области, превасходно о томе коме људи могу да се обрате и како да препознају симптоме менталног обољења;
- Људи у руралној средини више истичу утицај локалне заједнице и медија, превасходно телевизије, у подручју пружања подршке и информисања јавности;
- Здравствени радници (доктори медицине) истичу велику заступљеност стреса на послу и прекомјерну употребу седатива као доминирајуће проблеме у области менталног здравља;
- Здравствени радници истичу значај едукације пацијената о улози и значају ЦМЗ-а, као и потреби благовременог јављања у циљу ефикасног превазилажења менталних потешкоћа.
- Сви учесници фокус групе истичу да је ментално обољење као и свака друга болест, те да се може десити свакоме.

7. Препоруке

- Велики проценат циљне популације (општа популација и здравствени радници) је спреман тражити стручну помоћ у случају менталних потешкоћа што оставља простор за информисање јавности коме да се обраде и како благовремено да препознају симптоме менталног поремећаја;
- Потребно је радити на већој промоцији менталног здравља и тражења здравствене заштите међу мушкарцима и особама млађе старосне категорије (≤35) јер су показали мању спремност да се обрате за стручну помоћ;
- С обзиром да су главне баријере за тражење здравствене заштите у области менталног здравља страх од разоткривања идентитета потребно је радити на промоцији заштите личних података и анонимности особа којима су пружене услуге, како међу здравственим радницима тако и међу општом популацијом;
- Генерално, доктори медицине су показали највећи ниво знања у подручју менталног здравља за разлику од опште популације и здравствених техничара те је потребно развити информативне кампање са фокусом на здравствене техничаре и општу популацију;
- Потребно је развити информативне кампање са освртом на познавање тежих менталних поремећаја и употребе психотропних лијекова међу здравственим радницима јер су и здравствени техничари и доктори медицине показали нижи ниво знања у наведеној области;
- Висок проценат циљних популација сматра да особе које су се опоравиле од менталних поремећаја могу помоћи другима у опоравку, чиме се оставља простор за развој организованих програма у којима ће главни актери бити корисници услуга;
- Већи проценат особа на подручју Бијељине познаје особу са менталним потешкоћама, те би жељело добити више информација о менталном здрављу што упућује на подобност наведеног подручја за креирање кампање за промоцију менталног здравља;
- Општа популација у руралним/приградским насељима и са основном/незавршеном школом има негативнији сав према ментално обољелим лицима те представља групу са којом је потребно више радити у циљу смањења стигме и дискриминације према ментално обољелим;

- Већи ниво знања је повезан са позитивнијим ставом и мањом дистанцом према ментално обољелим те је потребно радити на промоцији основних чињеница о менталном здрављу и менталним поремећајима у циљу смањења стигме и дистанце према менталној болести;
- Познавање особа са менталним поремећајем доприноси мањој социјалној дистанци што упућује на потребу развоја програма у којима ће директни контакт са ментално обољелом особом представљати позитиван модел за смањење стигме;
- С обзиром да према схизофренији и болести зависности не долази до смањења дистанце са повећањем знања, са наведеним менталним поремећајима је битно одржати контролисан и примјерен контакт у циљу смањења стигме, прије него популацији пружати само чињенице о наведеним менталним поремећајима;
- Потребно је развити циљане кампање које ће да информишу јавност о основним облицима менталног поремећаја, препознавању симптома као и потреби благовременог тражења помоћи у циљу што ефикаснијег превазилажења наведеног стања;
- Истицање да је ментално обољење као и свака друга болест, да се може свакоме десити те да нужно не значи непредвидивост и агресивност може допринијети смањењу стигме према менталним поремећајима и повећати тражење стручне помоћи;
- Здравственим радницима је потребно пружити подршку у едукацији јавности о штетности неконтролисане употребе средстава за смирење.

8. Литература

Angermeyere, M.C., Matschinger, H. (2003). *The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder.* Acta Psychiatr Scand 2003: pp. 304–309.

Aronson, E., Wilson, D. T., Akert, R., M. (2010). Social Psychology. Boston-Tokyo: Prentice Hall.

Barney, S. T., Corser, G. C., White, L. H. (2010). Service-Learning with the Mentally Ill: Softening the Stigma. *Michigan Journal of Community Service Learning.* Spring 2010: pp.66-77.

Божић,А. , Атанацковић, Р., Тењовић, Л. (2011). *Студија о присутности стигме и дискриминације према душевно обољелим лицима. Бања Лука:* УГ Заједно.

Corrigan, P. (2004). *How Stigma Interferes With Mental Health Care*. American Psychologist, 0003-066X, 2004, Vol. 59 (7).

Corrigan, P., Watson, A. (2002). *The paradox of self-stigma and mental illness.* Clinical Psychology Science and Practice, 2002 (9): pp. 35-53.

Florez, J. , Sartorius, N. (2008). *Understanding the stigma of mental illness:theory and interventi.* Chichester, West Sussex, Englandons.

Lykouras,L. , Douzenis, A. (2008). *Do psychiatric departments in general hospitals have an impact on the physical health of mental patients?* Current Opinion in Psychiatry.

Матовић-Миљановић, С., Грозданов, Ј., Божанић, В., Бојанић, Ј., Стојисављевић, Д., Шиљак, Рудић-Грујић, В., Данојевић, Д., Нишкановић, Ј. (2011). Истраживање здравља становништва Републике Српске. ЈЗУ Институт за јавно здравство Републике Српске.

Пејовић-Милованчевић, М., Лечић-Тошевски, Д., Тењовић, Л., Драганић-Гајић, С., Цхристодоулоу, Г., Степановић, Ј. (2007). *Ставови специјализаната психијатрије према менталним поремећајима.* Мед Преглед 2007; LX (7-8): 382-386, Нови Сад

Stuart, H. (2006). *Media portrayal of mental illness and its treatments:what effect does it have on people with mental illness?* CNS Drugs 2006; 20(2): pp.99-106

Ukpong, D., I., Abasiubong, F. (2010). *Stigmatising attitudes towards the mentally ill: A survey in a Nigerian university teaching hospital*. Dostupno na (13.08.2012.): http://www.ajol.info/index.php/sajpsyc/article/viewFile/68829/56894

WHO Collaborating Centre for Health Promotion and Public Health Development (2008). *Stigma: An International Briefing Paper.* NHS Health Scotland .

Yeap, R., Low, W.Y., (2009). *Mental health knowledge, attitude and help-seeking tendency: a Malaysian context.* Singapore Med J 2009;50 (12): 1169-1176.

Стигма менталног поремећаја („Едукацијом о менталном здрављу против стигме менталног поремећаја“). Приступљено (03.01.2012.год.): www.stampar.hr/lgs.axd?t=16&id=4