

# Stigmatizacija i stavovi o osobama oboljelim od anksioznosti i depresije

---

Flegar, Renata

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:014674>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-19**



Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet  
University of Zagreb  
Faculty of Humanities  
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb  
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
FILOZOFSKI FAKULTET  
ODSJEK ZA SOCIOLOGIJU  
Ak. god. 2022./2023.

Renata Flegar

**Stigmatizacija i stavovi o osobama oboljelim od anksioznosti i depresije**

Diplomski rad

Mentor/ica: izv. prof. dr. sc. Ksenija Klasnić

Zagreb, siječanj 2023.

## **SADRŽAJ**

2. TEORIJSKO-KONCEPTUALNI OKVIR .....	5
2.1. KAKVO JE TO ABNORMALNO PONAŠANJE? .....	5
2.2. STAVOVI PREMA MENTALNO OBOLJELIM OSOBAMA I PODJELA .....	7
2.3. PREDRASUDE .....	9
2.4. SKLONOST PREDRASUDAMA .....	10
2.5. INFORMIRANOST O PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA .....	11
2.6. INFORMIRANOST O DEPRESIJI .....	12
2.7. INFORMIRANOST O ANKSIOZONOM POREMEĆAJU .....	12
2.8. OPIS STIGMATIZACIJE .....	13
3. STAVOVI PREMA OSOBAMA SA PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA S OBZIROM NA NEKA SOCIODEMOGRAFSKA OBILJEŽJA .....	15
4. MJERENJE STAVOVA PREMA PSIHIČKI OBOLJELIM OSOBAMA .....	17
5. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA .....	18
5.1. OPIS UZORKA .....	18
5.2. MJERNI INSTRUMENTI.....	21
5.3. POSTUPAK ISTRAŽIVANJA.....	22
5.4. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA .....	23
6. REZULTATI ISTRAŽIVANJA .....	24
6.1. DESKRIPTIVNA ANALIZA MJERNIH INSTRUMENATA NA UKUPNOM UZORKU.....	24
6.2. RAZLIKE U STUPNJU PREDRASUDA PREMA OSOBAMA OBOLJELIM OD DEPRESIJE I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA S OBZIROM NA SOCIODEMOGRAFSKA OBILJEŽJA.....	31
6.3. RAZLIKE U STUPNJU PREDRASUDA PREMA OSOBAMA OBOLJELIM OD PSIHIČKIH BOLESTI IZMEĐU STUDENATA RAZLIČITIH PODRUČJA ZNANOSTI.....	34
6.4. RAZLIKE U STUPNJU PREDRASUDA PREMA OSOBAMA OBOLJELIM OD PSIHIČKIH BOLESTI IZMEĐU STUDENATA RAZLIČITE REGIONALNE PRIPADNOSTI.....	34
7. RASPRAVA.....	36
8. ZAKLJUČAK.....	39
9. LITERATURA .....	40
10. SAŽETAK.....	45
SUMMARY .....	46

## 1. UVOD

„Anksioznost je bolno stanje bespomoćnosti i nezaštićenosti. To je stanje napetosti, zabrinutosti, očekivanja da će se nešto strašno dogoditi; ono je reakcija na prijetnju gubitka i odgovor na još neprepoznatu opasnost, bilo da je ona izvanjska ili je posljedica potisnutih nagona“ (Babić, Bagarić i Pavlović, 2018: 33). „Depresija ili depresivnost najčešće se definira kao poremećaj raspoloženja što ga karakteriziraju simptomi u području emocija, motivacije, kognitivnih procesa, fizičkih simptoma i socijalnih odnosa. Tuga i potištenost najistaknutiji su emocionalni simptomi depresivnosti. Pojedinaac ima nisko samopoštovanje, osjećaj osobne neadekvatnosti i tendenciju da sebe krivi za neuspjehe“ (Babić, Bagarić i Pavlović, 2018: 33). Nerijetko, anksiozan poremećaj je popraćen fizičkim stanjem nelagode i nerveze, dok depresivan poremećaj prati umor, gubitak energije i poremećaj spavanja, ističu Babić, Bagarić i Pavlović. Postavlja se pitanje što to povezuje, odnosno odvaja anksiozan i depresivan poremećaj, kao dva zasebna entiteta. „Postoji značajno preklapanje među njima, razlikovanje je moguće upravo s obzirom na dominantne emocije: u anksioznosti dominantna emocija je strah, dok je u depresiji to tuga, žalost“ (Babić, Bagarić i Pavlović, 2018: 33). Nakon objašnjenja psihičkih poremećaja koji su u fokusu ovog istraživanja, nastavljamo s opisom stigmatizacije.

Nadalje, stigma je u antičkoj Grčkoj označavala „užarenim metalom utisnuti znak, rezerviran za niževrijedne pojedince (robove, izdajice polisa). U kršćanskoj ekumeni dobila je pozitivnu konotaciju Isusovih rana koja se zadržala do danas, da bi se danas više odnosila na društvenu sramotu, nego na neki fizički znak“ (Hromatko i Matić, 2008: 79 prema Goffman, 1974). Definicija koja spaja pozitivni i negativni predznak stigme je ona Ervinga Goffmana koji je definira kao: „posebnu diskrepanciju između virtualnog i stvarnog socijalnog identiteta“ (Hromatko i Matić, 2008: 79 prema Goffman, 1974). „Prema Goffmanovoj podjeli, stigmatizirane osobe su sve one koje ili misle da posjeduju, ili stvarno posjeduju, ili im drugi pripisuju neki “izdajnički” negativni atribut koji u interakciji odvlači pozornost i poništava važnost svih drugih atributa koje ta osoba posjeduje, razdirući tako procjep između stereotipnog očekivanja kakva bi ta osoba trebala biti i onoga što ona zapravo jest“ (Hromatko i Matić, 2008: 80-81 prema Goffman, 1974). Isto tako, prema začaranom krugu jačanja stigme, osoba obično percipira stigmatizaciju, izbjegavanje okoline i osjećaj da je nepoželjna u društvu. To osobu dodatno hendikepira i dovodi do osjećaja manje vrijednosti, a time smanjenja već i tako smanjene uspješnosti (Golik Gruber, 2014).

„Okolina je u percepciji one stigme koja je podložna kontroli, sklona stigmatizirane osobe sažalijevati, a s druge strane, osobe čiju stigmom smatra podložnom kontroli, spremna osuditi i otvorenije odbacivati“ (Majdak, Kamenov, 2009: 42). Stigmatizacija utječe na sliku pojedinca o sebi, te je iz tog razloga za sociologiju zanimljivo proučavati istu. „Suočavanje s diskriminacijom kod stigmatizirane osobe koja svoju stigmom percipira nepodložnom kontroli često dovodi do pada samopouzdanja i samopoštovanja. Kao rezultat toga osoba se može povući u sebe i svojevrijedno izolirati od društva“ (Majdak, Kamenov, 2009: 42). Također, može ostaviti daljnje velike posljedice na društvenom životu osobe s mentalnim poremećajima (Miletić, 2017).

Istraživanja Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje, NIMH (National Institute of Mental Health), pokazala su da anksiozni poremećaji imaju najveću stopu pojavljivanja od svih mentalnih poremećaja s činjenicom da će se 14,6% populacije tijekom života susresti s nekim oblikom anksioznih poremećaja. (Medlowicz i Stein, 2000). Procjene vjerojatnosti obolijevanja od depresije tijekom života iznosi za muškarce do 12%, a za žene do 26% (Hautzinger, 2002). Svjetska zdravstvena organizacija je ustanovila da je depresija četvrti najveći zdravstveni problem, a 2020. godine bit će drugi najveći svjetski zdravstveni problem. Statistike pokazuju da je depresija najveći uzrok nesposobnosti među odraslima (Hrvatski časopis za javno zdravstvo).

Podaci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo objavljeni 2017. godine na njihovoj web stranici pokazuju da su mentalni poremećaji drugi najčešći uzrok hospitalizacija u dobi između 20 i 59 godina (12,4%) odmah iza novotvorina (14,1%) (HZJZ, 2017). Prema istom izvoru, vodeći uzroci hospitalizacija iz skupine mentalnih poremećaja su 2015. godine bili mentalni poremećaji uzrokovani alkoholom (18,2%), potom slijedi shizofrenija (15,3%), pa depresivni poremećaji (13,5%), mentalni poremećaji zbog oštećenja i disfunkcije mozga i tjelesne bolesti (7,1%) te reakcije na teški stres, koje uključuju i posttraumatski stresni poremećaj (6,2%). Podaci Službe za socijalnu medicinu HZJZ iz 2002. godine, objavljeni 2008. godine na njihovoj web stranici, pokazuju da je u skupini djece i mladih do 19 godina starosti zabilježeno više od 16 000 onih s poremećajima u ponašanju ili mentalnim poremećajima, s tendencijom godišnjeg porasta broja bolesnika.

Imajući u vidu visok stupanj stigmatizacije prema „drugačijim“ skupinama ljudi, provedeno je istraživanje, putem anonimne ankete, u kojem su ispitani stavovi, iskustva i predrasude

studenata na visokim učilištima u Zagrebu, prema različitim skupinama ljudi, koji pate od depresije i anksioznosti.

Ciljevi ovog istraživanja su sljedeći:

- Utvrditi iskustva studenata vezana uz psihičke poremećaje općenito, depresiju i anksioznost
- Ispitati pojavnost stigmatizacije (predrasude, stereotipi) prema pojedincima dijagnosticiranim anksioznošću i depresijom
- Utvrditi postoje li razlike u stavovima između žena i muškaraca
- Odrediti koliki postotak studenata (od ukupno ispitanih) je svakodnevno u kontaktu sa anksioznošću i depresijom

## **2. TEORIJSKO-KONCEPTUALNI OKVIR**

### **2.1. KAKVO JE TO ABNORMALNO PONAŠANJE?**

Emille Durkheim (1972) je postavio pitanje raspolaže li znanost uopće sredstvima kako bi odredila koje je ponašanje normalno, a koje abnormalno, te daje odgovor da normalan tip ponašanja je prosječan, dok sva druga odstupanja su abnormalna, nesvakidašnja. To je ponašanje koje biva stigmatizirano, a proizlazi iz predrasuda koje budu rezultat svakidašnjeg etiketiranja (Flegar, 2018). Akert, Aronson i Wilson (2002) kažu da je abnormalno ponašanje ono koje odstupa od norma prihvatljivih za veći dio društva, a podrazumijeva ponašanje koje često biva stigmatizirano, te proizlazi iz predrasuda i ostavlja trajne, ali i duboke posljedice na pojedinca (Flegar, 2018). Abnormalna ponašanja su rijetkost, to je svako ponašanje koje odstupa od prosjeka, a karakterizira ga neka specifičnost, kažu Akert, Aronson i Wilson (2002). „Emille Durkheim (1972) je postavio pitanje raspolaže li znanost uopće sredstvima koja bi odredila razliku između patološkog i normalnog. Normalna je ona činjenica koja ima svoj najopćenitiji oblik, dok je sve drugo abnormalno i patološko. Normalan tip ponašanja se

poistovjećuje sa prosječnim, dok je svako odstupanje od toga abnormalno. Ono zaziva u ljudima patnju i bol, koja nije sukladna sa situacijom u kojoj se nalaze“ (Flegar, 2018: 2). Prema Ivezić (2006), osobe abnormalnog ponašanja nisu objektivne i općenite, sve sagledaju samo sa svoje subjektivne strane, nisu univerzalne, već nestabilne u vremenu. Sve prethodno navedene odrednice su pokazatelji definicije abnormalnosti, ali nije moguće dati jedinstvenu definiciju abnormalnosti zato jer je to ponašanje koje je okarakterizirano kao veoma nestabilno i dolazi do njega u situacijama u kojima se to najmanje očekuje (Flegar, 2018).

Kako bismo povezali normalno, odnosno abnormalno ponašanje s ponašanjem mentalno oboljelih, u daljnjem tekstu definiramo i objašnjavamo poveznicu između stigmatizacije, predrasuda i teorije etiketiranja.

Erving Goffman je kanadski sociolog koji je istraživao reakcije ljudi koji ponašanjem i/ili izgledom odstupaju od društveno prihvaćenih standarda (Babić i sur., 2022). Stigma, prema njegovoj definiciji, opisuje sramotu koju ti pojedinci osjećaju pa zbog straha od diskreditiranja okoline, da bi zaštitili svoj identitet, prikrivaju svoje nedostatke (Goffman, 2009). Točnom definicijom stigme smatra se ona Goffmanova: “posebnu diskrepanciju između virtualnog i stvarnog socijalnog identitet, a pojavljuje posredstvom atributa koji je duboko diskreditirajući i koji nije u skladu sa stereotipom o tome kakav neki tip osobe treba biti” (Goffman, 2009: 15). Također, Goffman ističe tri vrste duševne stigme: fizičku (fizički atributi-hendikepi), karakternu (atributi samokontrole) i plemensku (atributi pripadnosti). U antičkoj Grčkoj je stigma označavala znak, pečat koji je bio utisnut užarenim metalom niževrijednim pojedincima. Stoga, stigma je vezana uz teoriju etiketiranja. Prema Beckeru, teorija etiketiranja spada u razvojne koncepte uglavnom usmjerene na socijalnu psihologiju devijantnosti, a bavi se pretpostavkama devijantnosti (Flegar, 2018). Temelj proučavanja teorije etiketiranja je sekundarna devijantnost; „devijantnost koju pojedinci sami usvajaju kao odgovor na reakcije okoline“ (Becker, 1991: 100). Frančišković i Moto (2011) tvrde da jednom dobivena etiketa, ostaje zauvijek i to najčešće prilikom ulaska u duševnu bolnicu.

Potrebno je razdvojiti pojam predrasuda od pojma stigme jer ih se često izjednačava zbog mišljenja da pojmovi stigme i predrasuda nužno označavaju nešto negativno. Čovjek pomoću predrasuda „filtrira i kategorizira mnoštvo informacija koje mu okolina posreduje, što mu posljedično omogućuje ekonomičnost u djelovanju“ (Hromatko i Matić, 2008: 78). Predrasuda je unaprijed donesen stav, najčešće negativan prema nekom ili nečem, a podrazumijeva nemogućnost kritičkog spoznavanja stvarnosti, te da je predrasuda stav

vjerovanja koje stavlja neku osobu u nepovoljan položaj, ističu Hromatko i Matić (2008). No isto tako, „pomoću njih filtrira i kategorizira mnoštvo informacija koje mu okolina posreduje, što mu posljedično omogućuje ekonomičnost u djelovanju“ (Hromatko i Matić, 2008: 78).

Ukratko; stigma je uzrokovana kombinacijom straha i neznanja, a svoju podlogu pronalazi u predrasudama.

Dakle, kao cilj ovog rada postavlja se pobliže odrediti stavove studenata Sveučilišta u Zagrebu i pokušati razumjeti, kroz detaljniju tipologiju stavova, društvene okolnosti u kojima nastaju spomenuti poremećaji.

Opće poznato je da su studenti skloni osjećati ispitnu anksioznost za vrijeme studentskih rokova koja nerijetko bude povezana s depresivnim osjećajima, te brojni studenti (kao i učenici) moraju potražiti stručnu pomoć. „Visoke stope psihološke bolesti studenata poput anksioznih i depresivnih simptoma uočene su u nekoliko studija koje su provedene u različitim zapadnim zemljama te diljem svijeta“ (Lenz, Vinković, 2016: 121).

## **2.2. STAVOVI PREMA MENTALNO OBOLJELIM OSOBAMA I PODJELA**

„Zašto je uopće važno posvetiti se stavovima? Pretpostavlja se da stavovi upravljaju ponašanjem“ (Hewstone, 2001: 195).

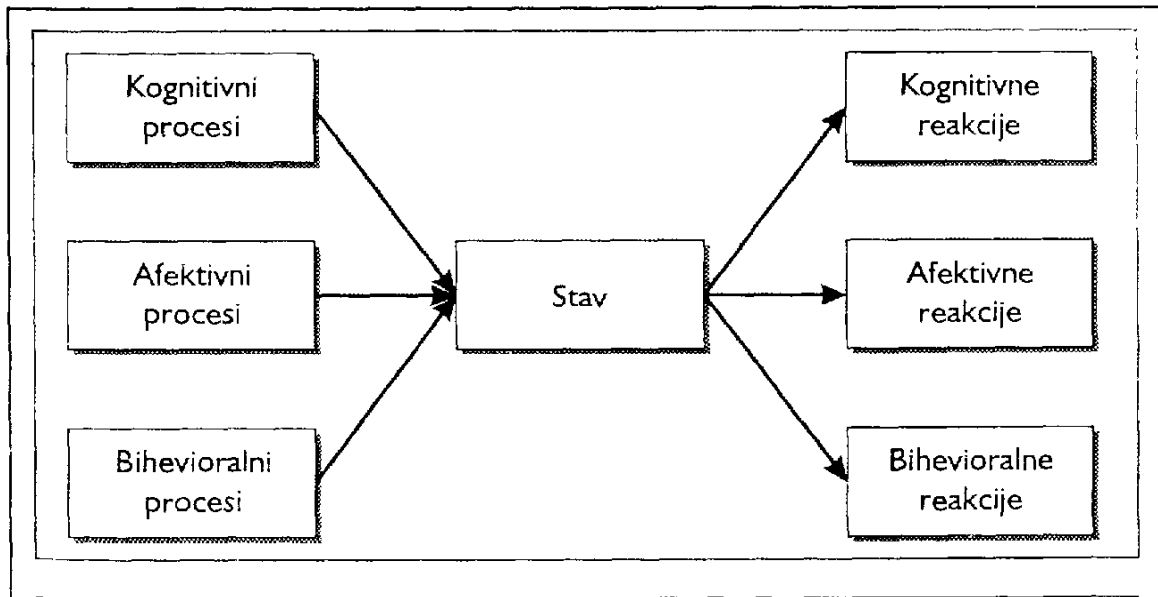
Supek (1973) smatra najcjelovitijom definicijom stava Allportovu definiciju koja glasi da je „stav trajna mentalna, odnosno neuralna spremnost stečena na osnovu iskustva koja vrši direktivni ili dinamički utjecaj na reagiranje pojedinca na objekte i situacije s kojima dolazi u dodir“ (Allport, 1935: 810).

Istraživanje Škugor, Sindik (2017), provedeno u Bosni i Hercegovini, je pokazalo da dob i spol, prethodno iskustvo s psihijatrijskim bolesnicima te vrsta zanimanja djeluju na formiranje stavova o osobama oboljelim od psihičkih poremećaja. Potvrđeno je da žene, osobe starije od 30 godina, osobe koje imaju iskustva s mentalnim bolesnicima te zdravstveni djelatnici imaju nešto pozitivnije stavove prema osobama oboljelim od mentalnih poremećaja. Dok s druge



strane, istraživanje provedeno u New Jerseyu (Wahl, 2001) pokazuje da starije osobe nižeg obrazovnog stupnja i neupućenosti u mentalne poremećaje i bolesti, imaju negativnije stavove prema mentalnim bolesnicima i traže socijalnu distancu. Također, ispitanici koji vjeruju da su mentalno oboljele osobe opasne, teže socijalnoj distanci i imaju negativne stavove. Sve veći broj istraživanja pokazuje da osobno iskustvo s ljudima koji imaju neki mentalni poremećaj može umanjiti i umanjuje stigmatizirajuće stavove (Antony i sur., 2000). Međutim, velik broj ljudi nema osobnog iskustva s mentalnim poremećajima i bolestima, te svoje stavove kreiraju preko poruka koje primaju iz zajednice i kroz medije (Cullen, Link, 1986).

Isto tako, socijalna psihologija pokušava pronaći odgovor na pitanje što su to stavovi, pa razvija dva dominantna pristupa: strukturalni, koji se usredotočuje na samu strukturu stava, i funkcionalni pristup, koji stavlja naglasak na funkcije koje određeni stavovi imaju za neku osobu (Pennington, 1996). Isto tako, stav predstavlja „konstrukt“ koji se upotrebljava da bi se pokazale određene mentalne poteškoće neke osobe. „Mi ne možemo, na primjer, nečije postupke objasniti samo stavovima prema nekom objektu (u odnosu na koji postupa), niti samo poznavanjem osnovnih crta ličnosti ili karakterističnih motiva, nego uvijek moramo uz sve to uzeti u obzir i specifičnu situaciju (s mnogo obilježja koje ona sadrži) u kojoj dolaze postupci do izražaja da bismo određene oblike socijalnog ponašanja shvatili i objasnili“ (Pennington, 1996: 44). Prema istaknutom, stavovi uključuju tri važna aspekta pomoću kojih pobliže opisujemo stavove, a ti aspekti uključuju kogniciju, afekt i ponašanje (Hewstone, 2001). Kako bi to lakše shvatili, uzet je u obzir Pennington (1996) i njegova podjela stavova koja je sljedeća: a) stavovi se uče kroz iskustvo; b) stavovi ljude čine sklonima da se ponašaju (reagiraju) na određeni način; c) stavovi i ponašanje podčinjavaju se načelu dosljednosti; d) nepovoljan, odnosno povoljan način ponašanja, odražava verifikacijsku komponentu stavova.



**Slika 1:** Podjela stavova; Pennington, D.C.: Osnove socijalne psihologije, 1996.

Prema navedenoj podjeli provoditi će se ovo istraživanje, u smislu da se gleda na a.) iskustvo kao osobno ili kroz pasivno promatranje, pa na temelju toga se prilagođava u budućnosti; b.) reakcije pojedinaca s obzirom na svoje stavove koje imaju; c.) stavovi i stigmatizacija će biti (ili neće) dosljedna kroz čitavo istraživanje prema psihički oboljelima; d.) ponašanje, odnosno odgovori ispitanika će se odraziti kroz njihovu emotivnu evaluaciju stigmatiziranih pojedinaca i/ili ukoliko se to odnosi na nje same. Ukoliko pojedinac ima negativan stav prema mentalno oboljelim, to će se odraziti kroz negativne akcije i ponašanje. Da zaključimo, negativan stav vuče negativnu akciju. Kako bi razumjeli tijek istraživanja, potrebno je osim strukture stavova, pobliže objasniti predrasude, no isto tako i informiranost o psihičkim poremećajima jer neinformiranost dovodi do predrasuda.

### 2.3. PREDRASUDE

„Izraz predrasuda odnosi se na opću strukturu stava i njegovu emocionalnu sastavnicu; može se definirati kao neprijateljski ili negativni stav prema pripadnicima prepoznatljive grupe ljudi“ (Akert, Aronson i Wilson, 2002: 460).

„Predrasude se, prije svega, formiraju i održavaju radi zadovoljenja mnogih osobnih ciljeva i težnji. Nezadovoljni motivi i uslijed njih stvoreni osjećaji nesigurnosti i nagomilana

agresivnost veoma često se odražavaju u predrasudama“ (Pennington, 1996: 357). Možemo zaključiti iz navedenog da, laički rečeno, predrasude su unaprijed doneseni stavovi ili mišljenja o nečemu što nam je strano, a nije kritički promišljeno; „predrasude su sveprisutne, u jednom ili drugom obliku one pogađaju sve nas“ (Akert, Aronson i Wilson, 2002: 457). Akert, Aronson i Wilson (2002) ističu da nas kultura, namjerno ili nenamjerno, podučava da ljudima koji su različiti od nas pripisujemo negativne osobine i na taj način zadržavamo negativne stavove. „Konačan zaključak je da, iako ljudska bića mogu imati naslijeđene biološke tendencije zbog kojih su sklona predrasudnim ponašanjima, nitko ne zna jesu li predrasude vitalan i nužan dio našeg biološkog ustrojstva... Moguće je da mala djeca preuzmu predrasude svojih roditelja, ali da se te predrasude ne zadržavaju kasnije u odrasloj dobi“ (Akert, Aronson, Wilson, 2002: 466). Kada govorimo o predrasudama, nezaobilazno je spomenuti konformizam. Svaki pojedinac živi u društvu u okviru zajedničke kulture, konformira se s osnovnim ulogama kulture i društva. Od najranijeg djetinjstva prilagođava se oblicima ponašanja koja su od njega očekivana, ističe Šiber, 1982. „Konformizam u značenju prilagodbe omogućuje stabilnost, ali onemogućuje promjenu“ (Šiber, 1982: 26). Generalizirajući, konformizam možemo okarakterizirati kao jednostavnim načinom pripadanja nekoj grupi zbog pritiska okoline. Ukoliko gledamo na predrasude s aspekta ponašanja, ono će biti usko povezano s vrstom diskriminacije i stereotipima, kažu Akert, Aronson i Wilson. „Sociolozi su suglasni oko toga da je područje njihovog proučavanja društvo, ipak, to suglasje postoji samo ako ne ulazimo previše u samu prirodu društva. Osobno više volim razmišljati o onom što istražujem kao kolektivnom djelovanju“ (Becker, 1991: 103). „Čovjek se služi predrasudama prvenstveno kako bi se orijentirao i pojednostavio stvarnost, koristeći se njima kao unaprijed pripremljenim odgovorima o okolini. Pomoću njih filtrira i kategorizira mnoštvo informacija koje mu okolina posreduje“ (Hromatko i Matić, 2008: 78). Gordon Allport (1954) je definirao stereotipizaciju kao zakon najmanjeg otpora jer jednom formirani, stereotipi su otporni na nove informacije. Ukratko, to je generalizacija o grupi ljudi koja zanemaruje razlike među pojedincima, već ih sve svrstava u isti koš. Pennington ističe da ponašanje koje proizlazi iz predrasuda i stavova jedino može dovesti do nepravednih postupaka prema pojedincima i/ili određenoj grupi ljudi, a to je tako jer „ljudi su rezervirali pojam predrasuda primarno za negativne stavove“ (Akert, Aronson i Wilson, 2002: 460).

## **2.4. SKLONOST PREDRASUDAMA**

„Predrasude, dakako, mogu biti u pozitivnoj korelaciji s neobrazovanošću, ali uspostavljanje identiteta neke predrasude s neinformiranošću u pogledu predmeta na koji se ona odnosi, u pravilu predstavlja nekritičko generaliziranje, kakvo ne može izdržati iole strožu provjeru“ (Veljak, 2005: 454). Veljak (2005) ukazuje na to da obuzetost nekom predrasudom, često otežava, ali i onemogućuje uvid u zbiljsko stanje situacije. Kao što je već spomenut konformizam i sklonost prihvaćanja predrasuda prema određenim grupama ljudi, može se prihvatiti poveznica između neobrazovanja i osjećaja pripadnosti većini. „Može nam, naime, pomoći ukoliko se odgoj i obrazovanje, oslobođeni od intelektualističke zablude o istovjetnosti znanja i vrline, utemelje na sokratovskom poticanju samorazvijanja intelektualnih i prosudbenih moći, onih ljudskih moći koje čine pretpostavku razvitka samosvijesti emancipiranih (a to, među ostalim, znači i: predrasuda oslobođenih) ljudskih bića“ (Veljak, 2005: 458). Nakon pobliže objašnjenih predrasuda, poveznice sa stereotipom i sklonosti predrasudama, slijede poglavlja koja sadrže objašnjenje zašto je način na koji primamo informacije, odnosno dezinformacije koje nas potom dovode do stigmatizacije.

## **2.5. INFORMIRANOST O PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA**

„Neznanje, neobrazovanost i neinformiranost vrlo su pogodno tlo za procvat predrasuda i za njihovo nesmetano održavanje, širenje i učvršćivanje“ (Veljak, 2005: 455). Krive informacije, odnosno neinformacije dovode do predrasuda, pa je stoga pobliže objašnjeno kako i na koji način društvo prikuplja informacije o psihičkim poremećajima. Smatra se da najveći dio informacija o psihičkim poremećajima dolazi od strane medija, televizije. Stuart (2006) ističe da slika o osobama oboljelim od psihičkih poremećaja kao nepredvidivim, nasilnim i opasnim dominira u zabavnim medijima; isto kao i nasilna prezentacija koja je sve češće prikazana u filmovima. Stuart (2006) isto tako smatra da su mediji stvorili vrlo osjetljive materijale o psihičkim bolestima, ali da su isto tako zaslužni za stvaranje negativne slike o oboljelima, konkretno. Stuart (2006) nam pokazuje kako negativna slika o psihičkim bolesnicima dominira u zabavnim medijima, te da nasilje postaje sve učestalije u filmovima i televiziji. U istraživanju provedenom u Zagrebu (Liber, 2019), na mlađoj populaciji u dobi od 22 do 25 godina, dokazano je da su ispitanici najviše informacija o depresiji dobili kroz informativne i zabavne medije, te da većina ispitanika ne percipira psihičke bolesnike kao opasne i misteriozne, već pojedince na čije ponašanje utječe okolina i sama bolest.

Zexin (2017) zaključuje kako se prikaz mentalnih bolesti promijenio u posljednjih nekoliko godina, novine koje su pisale o mentalnim bolestima često su o njima govorile u negativnom tonu i karakterizirale bolesnike kao opasne i agresivne, smanjile su izvještaje o istim. Mediji još uvijek pridonose stigmi mentalnih bolesnika, što uključuje ozbiljne posljedice, no isto tako mediji mogu smanjiti stigmu. (Zexin, 2017).

## **2.6. INFORMIRANOST O DEPRESIJI**

Depresija je najčešća bolest 21. stoljeća kojoj nije pozitivno pridonijela trenutna situacija u svijetu. Prema podacima o bolestima i kroničnim stanjima prikupljenima putem izjave u Europskoj zdravstvenoj anketi 2014.-2015. godine, od strane Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, 5,1 % muškaraca i 6,2 % žena u Hrvatskoj navodi da je u posljednjih 12 mjeseci bolovalo od depresivnog poremećaja. Prema odgovorima na skali izraženosti depresivnih simptoma iz istog istraživanja, 10,3 % stanovnika Republike Hrvatske ima blage do umjerene depresivne simptome, dok 1,2 % stanovnika ima umjereno teške do teške depresivne simptome. Clarke i Gawley (2008) su napravile istraživanje o medijskom prikazu depresije u Sjedinjenim Američkim Državama i Kanadi, namijenjeno općoj populaciji. Zapazile su rast članaka o depresiji, te isto tako otkrile „zanimljiv“ trend 90-ih, gdje je depresija prikazana kao nešto poželjno (eng. „silver cloud“) za slavne i umjetnike. Raspravlja se o raznim slavnim ličnostima za koje se smatra da ne bi bile tako uspješne kao što jesu, da nisu patile od depresije, te depresivan poremećaj polako gubi negativne stereotipove. Heather Stuart (2006) smatra da su upravo mediji stvorili određene materijale, koji su osjetljivi i u istu ruku obrazovni, o psihičkim bolestima, ali su isto tako zaslužni za kreiranje negativne slike s vrlo zloćudnim prikazima „ludosti“ i jezivim prikazima psihijatrije, kao i određenih psihijatrijskih tretmana. Informiranost o depresiji bi označavalo skup činjenica kojima pojedinac raspolaže vezano uz depresivni poremećaj, uzrocima i na koji način se depresija liječi. „Osim utjecaja na tjelesno zdravlje i očitu životnu prijetnju, pandemija COVID-19 svakako ima vrlo značajan utjecaj na mentalno zdravlje u smislu posljedica psihičkih bolesti i pojave simptoma psihičkih poremećaja“ (Brečić i sur., 2020: 237).

## **2.7. INFORMIRANOST O ANKSIOZNOM POREMEĆAJU**

Anksiozni poremećaji su najrašireniji psihički poremećaji s prevalencijom od 7,3% (4,8% do 10,9%) u općoj populaciji (Baxter i sur., 2013). Svakodnevno svjedočimo različitim okidačima anksioznosti u stvarnom svijetu, stoga je za pretpostaviti da će i virtualna stvarnost imati nekakvu ulogu u nošenju s tom emocijom, ističu Biglbauer i Korajlija (2020). Osim što je karakterizira pretjerana briga, anksioznost je povezana i s vjerovanjima koja se odnose na očekivanje štete, opasnosti, prijetnje ili pak neke nepredvidljivosti i neizvjesnosti (Beck i Emery, 1985). Begić, Bagarić i Jurman (2015), su napravili studiju kojom su pokušali utvrditi vrstu informacija o anksioznosti i depresiji na internetu na hrvatskom jeziku kroz analizu arhivske građe. Zabrinjavajuće je bilo to da u velikom broju slučajeva autor teksta je nepoznata ili nestručna osoba. A prikazali su i navedenim istraživanjem da ljudi vjeruju pročitanoj na internetu bez da provjeravanja kredibiliteta pročitanih informacija. „Duljim trajanjem pandemije, smanjenjem kolektivnog zanosa, iscrpljivanjem osjećaja zajedništva, nagomilavanjem objektivnih gubitaka uslijed epidemije i potresa, smanjenjem socijalne podrške može se očekivati intenziviranje anksioznih i depresivnih tegoba kod osoba koje su od ranije imale takve tegobe, ali i kod onih koji prije stresnih događaja takvih tegoba nisu imale“ (Brečić i sur., 2020: 238). Hughes i suradnici (2006) ističu kako je potrebno razumjeti razliku najmanje dva tipa socijalne anksioznosti koju doživljava socijalno fobična osoba: anksioznost koja je vezana uz socijalne interakcije i stvaranje socijalnih veza, te anksioznost vezana uz izvedbu neke radnje. Dakle, studenti koji su već imali iskustva s anksioznošću mogu doživljavati svaki odlazak na fakultet novom preprekom. Neki to „sakrivaju“ bolje, neki ne sakrivaju uopće, a neki razumiju i žele svojim kolegama olakšati svakodnevne obaveze na fakultetu. Intenzitet anksioznog napadaja najčešće ovisi o osobnim očekivanjima. „Generalizirani anksiozni poremećaj najčešći je oblik straha koji isto tako pripada među najčešće psihičke poremećaje. Prevalencija se procjenjuje najčešće na oko 3%, a tijekom života na 5%“ (Lenz i Vinković, 2016: 121). Prema Lenz i Vinković, studenti se s dolaskom na visoko učilište moraju pronaći u novim ulogama, obavezama pa i načinu života, stoga baš dolazak na studij, često bude okidač za pojavu anksioznosti.

## **2.8. OPIS STIGMATIZACIJE**

Pojam stigme se definira kao negativno „označavanje“ skupine ili njenih pripadnika koja se po nečemu razlikuje (Falk, 2001: prema Finkelstein i Lapshin, 2007). U istraživanjima stigme prema psihičkim poremećajima, autori razlikuju tri vrste:

1. *Osobna stigma* odnosi se na stav pojedinca prema drugim ljudima koji boluju od određenog psihičkog poremećaja. (npr. „osobe oboljele od psihičkih poremećaja su opasne za društvo“). Smatra se najbitnijom u odnosu na traženje pomoći za depresivne simptome, te je kao takva i najčešće istraživana (Brown i sur., 2010).

2. *Percipirana stigma* obuhvaća vjerovanja pojedinca o tome kakvi su stavovi većine drugih ljudi prema osobama koje boluju od određenog psihičkog poremećaja (npr. „vjerujem da većina drugih ljudi misli da su osobe s psihičkim poremećajima opasne za društvo“) (Griffiths, Christensen, Jorm, Evans i Groves, 2004).

3. *Stigma prema vlastitom psihičkom poremećaju (samostigmatiziranje)* uključuje stavove pojedinca prema samom sebi, odnosno, stavove koje bi osobe imale prema samima sebi ukoliko bi bolovali od psihičkog poremećaja (npr. „mislim da sam opasan/na za društvo jer bolujem od psihičkog poremećaja“) (Barney, Griffiths, Christensen i Jorm, 2010).

„Po pravilu, mi, naravno vjerujemo da osoba sa stigmom nije ljudsko biće. Uslijed ovakve pretpostavke, mi provodimo razne diskriminacije, putem kojih veoma efikasno, mada često nesvjesno, smanjujemo mogućnosti u životu te osobe. Mi stvaramo teoriju stigme, ideologiju kojom objašnjavamo inferiornost te osobe i stepen opasnosti koji ta osoba nosi...“ (Goffman, 1963: 17). Današnje pojavne oblike stigme može se svrstati u tri tipske kategorije: fizičke, karakterne i plemenske (Goffman, 1963: 35). „Fizički tip stigme obuhvaća razne fizičke attribute – hendikepe, koje osoba nosi od rođenja ili koji su nastali kasnije u životu (sljepoća, invalidnost itd.), ali i kulturom uvjetovane i promjenjive attribute (ružnoća, debljina i sl.), koji toj osobi otežavaju funkcioniranje u društvu“ (Hromatko i Matić, 2008: 80, prema Goffman 1974). „Stigme karakternoga tipa obuhvaćaju attribute karaktera ili samokontrole kao što su: nasilnost, ovisnost, lijenost, lažljivost itd., ali i saznanja o biografskoj prošlosti osobe kao npr. da je bila u mentalnoj instituciji, zatvoru, kod psihijatra ili da je homoseksualne orijentacije“ (Hromatko i Matić, 2008: 80, prema Goffman 1974). Dok s druge strane, „plemenske stigme vezane su uz attribute pripadnosti kao što su: rasa, narodnost, nacionalnost, vjeroispovijest ili pripadnost (nepoželjnoj) grupi. Iako su svi tipovi stigme potencijalno prenosivi na osobe bliske stigmatiziranoj osobi, ovaj tip stigme je „najzarazniji“, odnosno najlakše se generalizacijom proširuje sa stigmatizirane osobe na sve one njoj slične ili bliske“ (Hromatko i Matić, 2008: 80, prema Goffman 1974). Goffman (1963) ističe da stigmatizirana osoba ima ista uvjerenja o vlastitom identitetu kao i osoba koja joj pripisuje stigmatu, te ona isto tako može pokušati na neki način ispraviti svoje nedostatke, no naposljetku bude podvrgnuta diskriminaciji. Ivezic (2006) ukazuje na to da osobe koje pate od bolesti iz spektra mentalnog

zdravlja, navode nekoliko razloga zašto ne traže pomoć, samo neki od njih su doživljaj diskriminacije, prijezir, nerazumijevanje, ogovaranje, epiteti „agresivan i opasan“, omalovažavanje, i tako dalje, to su najčešći problemi sa kojima se mentalno oboljela osoba susreće, ukoliko potraži pomoć, te su upravo i to razlozi zbog kojih ne potraži pomoć. Ivezic (2006) kaže da je činjenica da više ljudi pati od posljedica stigme, nego od posljedica psihičkih bolesti. U izučavanju stigmatiziranih osoba stavlja se naglasak na pad samopouzdanja kao posljedice podcijenjenog identiteta. Jedan od najvažnijih načina na koji sebe upoznajemo je upravo kroz reakcije drugih prema nama (Dacey i Kenny, 1994).

Kada se spominje stigma, nezaobilazna je teorija etiketiranja. Etiketiranje označava pridodavanje etikete, odnosno oznake, koja može biti pozitivna i negativna. Stigmatizacija je posljedica negativnog etiketiranja, prema Goffmanu (1963). “Dakle, teorija etiketiranja, sa svime što obuhvaća i na što se odnosi, nije niti teorija, niti je usredotočena isključivo na čin etiketiranja kao što to neki smatraju. Ona je, prije, način gledanja na opće područje ljudske aktivnosti, ona je perspektiva iz koje će, možda, ranije nejasne stvari biti jasnije“ (Becker, 1991: 101.). Prema Frančisković i Moto (2011), osoba ne dobiva etiketu jer je bolesna, već joj ona pripadne u trenutku kada uđe u zdravstvenu ustanovu.

S obzirom na sve navedeno, može se primijetiti kako sve što odstupa od definicije „normalnog“, odnosno svakidašnjeg je abnormalno. Negativni stavovi izazivaju negativne predrasude, a negativne predrasude dovode do stigmatizacije i pridavanja pojedincu određenu etiketu. Upravo zbog istaknutih poveznica, provodi se empirijsko istraživanje koje će dati bolji uvid u stavove mladih i njihovo mišljenje vezano uz psihičke poremećaje.

### **3. STAVOVI PREMA OSOBAMA SA PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA S OBZIROM NA NEKA SOCIODEMOGRAFSKA OBILJEŽJA**

Sociodemografske karakteristike pokazale su se kao relevantni faktori u predviđanju stavova prema osobama sa psihičkim poremećajima, iako su neki rezultati istraživanja nedosljedni, osobito što se tiče spola i dobi. Istraživanje Holzinger (2012) provedeno u Beču na uzorku



studenta, pokazuje da ne nalazi nikakve razlike u diskriminaciji među ženama i muškarcima.. Neka istraživanja pokazuju negativnije stavove kod starijih osoba, kao što je to u slučaju studije provedene u Ujedinjenom Kraljevstvu (Hannigan, 1999), kroz analizu arhivske građe Thomasa Scheffa (1966), pri čemu je moguće da stupanj obrazovanja objašnjava ove razlike jer osobe višeg stupnja obrazovanja pokazuju pozitivnije stavove prema osobama s psihičkim poremećajima. To je potvrđeno, viši stupanj obrazovanja ima pozitivnije stavove prema osobama s psihičkim poremećajima u istraživanju Bhurga (1989) gdje se detaljno analizira literatura iz Sjeverne Amerike koja objašnjava stavove prema psihički oboljelim osobama sa stajališta medicinskog osoblja.

Dob i spol će nam pružiti uvid u razlike u stavovima prema depresiji i anksioznosti. Također, moći ćemo usporediti razliku iskustava između spolova, te potencijalne reakcije oba spola na anksiozan i depresivan poremećaj.

Napravljena je usporedba stavova i predrasuda s obzirom na mjesto odrastanja ispitanika, dakle razlika između ispitanika po regijama. S obzirom na drugačiju okolinu i vrstu regijske pripadnosti, kao i ekonomsku razvijenost, analizirati će se rezultati. Giorgianni (2004) u svom istraživanju o porukama u medijima, prikazuje da u razvijenim i nerazvijenim zemljama, stigmatizirane grupe se osjećaju zarobljeno u svom sramu i to ih sprječava u oporavku. Istraživanja pokazuju kako su pojedine karakteristike kao npr. dob, spol, etnička pripadnost, mjesto stanovanja i znanje o mentalnim bolestima povezane sa stavovima koje društvo stvara prema psihičkim bolesnicima (Henderson i dr., 2016). Istraživanje Matković, Narić i Petak (2021) na uzorku u dobi od 21-59 godina je pokazalo da nema značajnih razlika u stavovima s obzirom na mjesto stanovanja.

U prijašnjim istraživanjima uvažavao se stupanj obrazovanja ispitanika (i njihovih roditelja) jer su rezultati pokazali da osobe višeg stupnja obrazovanja stvaraju pozitivnije stavove prema psihički oboljelim osobama. Pri čemu se pretpostavlja da kako raste stupanj obrazovanja u obitelji, tako se smanjuju dezinformacije, odnosno ispravnost informacija bi trebala rasti. U već spomenutom istraživanju Bhurga (1989) je potvrđeno da osobe višeg socioekonomskog statusa, odnosno višeg stupnja obrazovanja, imaju pozitivnije stavove prema psihičkim bolesnicima, a već je istaknuto da djeca uče predrasude svojih roditelja, stoga se iz tog razloga uvažava stupanj obrazovanja roditelja studenata. Isto tako, informiranost o zdravlju se odvija, osim putem medija i međusobnim odnosima, kroz nastavu i obrazovanje, što koristi istaknutoj pretpostavci.

Studenti različitih područja znanosti, različito razmišljaju, te različito donose zaključke. Antoniadis i sur. (2016) ističu da ženski spol, osobni kontakt s osobom s psihičkim poremećajem i sveučilišni studij (posebice društvene znanosti) su povezani s pozitivnijim stavovima prema psihički oboljelim osobama. Student psihologije i student elektrotehnike neće imati isto viđenje i ista očekivanja od osobe kojoj je dijagnosticirana depresija, s obzirom da „budući psiholog“ će posvetiti depresivnom poremećaju puno vremena i učiti o istom, dok „budući elektrotehničar“ će svoje znanje temeljiti na onome što već zna, osim ako nema veće interese za isti poremećaj, pa će se svojevolumeno educirati.

Na temelju dosad prikazanog teorijskog okvira i saznanja, kreirane su sljedeće hipoteze:

*H1: Postoji statistički značajna razlika u stupnju predrasuda prema osobama sa depresivnim i anksioznim poremećajem s obzirom na sociodemografska obilježja (spol, dob, materijalni status, regija).*

*H2: Postoji statistički značajna razlika u stavovima prema psihički oboljelim osobama između studenata različitih područja znanosti.*

*H3: Studenti visokih učilišta u Zagrebu, različite regionalne pripadnosti, razlikuju se u stavovima općenito o psihički oboljelim osobama.*

#### **4. MJERENJE STAVOVA PREMA PSIHIČKI OBOLJELIM OSOBAMA**

Skala, „Opinions About Mental Illness“ (OMI), autora Cohen i Struening iz 1962. o percepciji i stavovima osoba koje su oboljele od psihičkih bolesti, sastoji se od 51 čestice, te će biti prilagođen potrebama ovog empirijskog istraživanja. Prema autorima, odgovori na OMI skalu reflektirali su njihova mišljenja i stavove o etiologiji, liječenju i prognozi mentalnih bolesti (Todor, 20123).

The Custodial Mental Illness Ideology (CMI) skala Gilberta and Levinsona iz 1956. Je osmišljena za procjenu zdravlja djelatnika u ustanovi za psihičke bolesnike, te je sadržavala čestice koje su pokazale visoku korelaciju sa F skalom koja ocjenjuje autoritarne ličnosti (Haghihat, 2005). Cohen i Struening (1962) su iskoristili CMI i F skalu, te dodali određene čestice kako bi dobili Opinions about Mental Illness skalu, skalu koja je postala obavezan instrument prilikom mjerenja stavova o osobama koje bolju od psihičkih bolesti (Todor, 2013). Validacija OMI skale napravljena je uporabom baze od 200 stavki koje su bile analizirane od strane više od 8000 ljudi s iskustvom mentalnog zdravlja, te su zaključno odabrali 51 stavku, koja čini OMI skalu (Todor, 2013). OMI skala ističe da stavovi o psihički oboljelima mogu jedino biti multidimenzionalni te ih dijeli na pet karakteristika, odnosno faktora. Autoritarnost (mišljenje da psihički oboljele osobe ne mogu odgovarati za svoja djela i trebale bi biti kontrolirane od strane društva; *authoritarianism*), Benevolencija (dobronamjernost; stav koji se može smjestiti između tolerancije i sažaljenja/suosjećanja; *benevolence*), Ideologija mentalne higijene (mišljenje da je mentalna bolest slična drugim bolestima i treba je liječiti od strane specijalista; *mentalhygieneideology*), Društvena restrikcija (mišljenje da psihički oboljele treba ograničiti u nekim socijalnim domenama npr. glasanje; *restrictiveness*) i Etiologija (vjerovanje da je pravi uzrok bolesti u međuljudskim odnosima; *etiology*) (Todor, 2013: 211).

OMI skala ne mjeri razlike između predrasuda, već same predrasude prema psihičkim bolestima, a kasnija istraživanja potvrdila su stabilnost instrumenta i faktorsku strukturu (Cohen, 1963). Iz tog razloga je odabrana baš ova skala za mjerenje predrasuda i stavova prema psihički oboljelim osobama, jer ima zadovoljavajuća metrijska svojstva i zbog svoje duge povijesti upotrebe u različitim populacijama (Cohen, 1963). Istraživanje provedeno u Albaniji, (Sveučilište Iulia) na 150 studenata je pokazalo kako uistinu postoji potreba za razumijevanjem mentalne bolesti u širem društvenom luku, jer bolje razumijevanje ljudskih mentalnih stanja dovodi do boljeg razumijevanja više društvenih dimenzija stigme, a to može samo pomoći pri suzbijanje stigmatizacije psihički oboljelih osoba (Todor, 2013).

## **5. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA**

### **5.1. OPIS UZORKA**

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku studenata na visokim učilištima u Zagrebu. Uzorak čini šest klastera, odnosno fakulteta s različitih znanstvenih i umjetničkih područja (prirodne znanosti, tehničke znanosti, biomedicinske i zdravstvene znanosti, biotehničke znanosti, društveno-humanističke znanosti te umjetnička područja), te je prema navedenoj klasifikaciji, uzorak heterogeniziran prema spolu i razini studija (preddiplomski/diplomski). Minimalna planirana veličina ispitanika je bila 150, a prikupljeno je 152; od čega devet ispitanika ima preko 30 godina, te su isključeni iz analize jer ne predstavljaju tipične studente UNIZG-a, a možda i nisu uopće studenti. Mjeren je stupanj obrazovanja roditelja, kao i samoprocijenjeni relativni socioekonomski status. Regionalna pripadnost je provjerena kroz upisivanje županije u kojoj ispitanik/ca provodi najveći dio svog života te su naknadno prilikom obrade podataka ispitanici razvrstani u pet regija (Središnja Hrvatska, Istočna Hrvatska (Slavonije i Baranja), Sjeverno hrvatsko primorje (Istra i Kvarner s otocima), Gorska Hrvatska (Gorski Kotar i Lika) i Južna Hrvatska (Dalmacija)) kako bi obrada podataka bila jednostavnija.

*Tablica 1. Opis uzorka*

<b>Varijable</b>	<b>Osobne karakteristike sudionika</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
SPOL	Muškarci	31	22%
	Žene	112	78%
ŽUPANIJA	Bjelovarsko-bilogorska	1	1%
	Brodsko-posavska	3	2%
	Dubrovačko-neretvanska	5	4%
	Grad Zagreb	38	27%
	Istarska	4	3%
	Karlovačka	7	5%
	Koprivničko-križevačka	3	2%
	Krapinsko-zagorska	2	1%
	Ličko-senjska	2	1%
	Međimurska	5	4%
	Osječko-baranjska	7	5%
	Primorsko-goranska	3	2%
	Sisačko-moslavačka	10	7%
	Splitsko-dalmatinska	9	6%

	Šibensko-kninska	4	3%
	Varaždinska	16	11%
	Virovitičko-podravska	2	1%
	Vukovarsko-srijemska	2	1%
	Zadarska	4	3%
	Zagrebačka	14	10%
	Izvan Hrvatske	2	1%
VRSTA STUDIJA	Biomedicina i zdravstvene znanosti (npr. MEF, ZVU)	12	8%
	Biotehničke znanosti (npr. PBF)	7	5%
	Društveno humanističke znanosti (npr. FFZG, HRSTUD)	83	58%
	Prirodne znanosti (npr. PMF)	11	8%
	Tehničke znanosti (npr. TVZ)	25	18%
	Umjetnička područja (npr. Akademija dramske umjetnosti)	4	3%
SOCIOEKONOMSKI STATUS	Jako ispod prosjeka	1	1%
	Ispod prosjeka	14	10%
	Prosječan	91	64%
	Iznad prosjeka	36	25%
	Jako iznad prosjeka	2	1%

Tablica koja opisuje uzorak, pokazuje nam da su većinu ispitanika činile studentice (78%), oni iz Grada Zagreba i Zagrebačke županije te oni s područjem studiranja društveno-humanističkih znanosti. Većina ispitanika izjasnila se prosječnim socioekonomskim statusom (64%), zatim iznad prosječno (25%), svega 10% ispitanika se izjasnilo da živi ispod prosjeka, te jedan ispitanik jako ispod prosjeka i dva ispitanika jako iznad prosjeka.

Uočavamo da prema pojedinim sociodemografskim varijablama postoje velike razlike u veličinama skupina, odnosno poduzoraka, zbog čega bi statistički testovi koji provjeravaju

razlike između pojedinih skupina tih varijabli izgubili na svojoj statističkoj snazi. Zbog toga ćemo neke skupine za potrebe daljnjih analiza spojiti.

Budući da smo imali podatke o županiji u kojoj su studenti proveli najveći dio svog života, podijelili smo ih u regionalne skupine. Iako je bilo predviđeno da ih se podijeli u pet skupina, pojedine skupine su bile premalo zastupljene i veliki je nesrazmjer u veličini uzorka pojedine regije pa su podijeljeni u četiri regije: Grad Zagreb, Sjeverna i Središnja Hrvatska, Istočna Hrvatska i Jadran i Lika. Osim toga, dva sudionika su rekla da su najveći dio života proveli izvan Hrvatske, pa smo njih izbacili iz analize druge hipoteze. U Sjevernu i Središnju Hrvatsku uključeni su sudionici iz Varaždinske, Međimurske, Koprivničko-križevačke, Krapinsko-zagorske, Karlovačke, Zagrebačke i Sisačko-moslavačke županije. Istočna Hrvatska obuhvaća Bjelovarsko-bilogorsku, Brodsko-posavsku, Osječko-baranjsku, Virovitičko-podravsku i Vukovarsko-srijemsku županiju, dok Jadran i Lika uključuju Istarsku, Primorsko-goransku, Ličko-senjsku, Dubrovačko-neretvansku, Zadarsku, Šibensko-kninsku i Splitsko-dalmatinsku županiju. Materijalni status sažet je u tri kategorije, ispodprosječan (ispod i jako ispod prosjeka), prosječan i iznadprosječan (iznad i jako iznad prosjeka). U varijabli studij, područja znanosti spojit će se u dvije kategorije (prirodne i (bio)tehničke znanosti, medicinu i zdravstvo zajedno u jednu skupinu te umjetnička područja i društveno humanističke znanosti u drugu skupinu).

## **5.2. MJERNI INSTRUMENTI**

Prvi instrument sastojao se od 15 čestica, mjeri stupanj predrasuda prema osobama koje boluju od psihičkih bolesti općenito, s ordinalnom peterotomnom skalom procjene slaganja. Više vrijednosti izražavaju viši stupanj predrasuda prema osobama koje boluju od psihičkih bolesti. (OMI upitnik, Cohen i Struening, 1962 – skraćeno i prilagođeno). Originalan upitnik sastoji se od 51 čestice kojima se ispituju stavovi i percepcija osoba oboljelih od psihičkih bolesti kroz 5 karakteristika, odnosno faktora: autoritarnost, benevolencija, ideologija mentalne higijene, društvena restrikcija i etiologija. Za potrebe ovog istraživanja originalni je instrument skraćen na način da su iz svake od pet skupina sadržaja nasumično odabrane po tri čestice te prevedene na hrvatski jezik i prilagođene konkretnom psihičkom poremećaju. Rezultati faktorske analize pokazali su kako instrument na našem uzorku ispitanika nije jednodimenzionalan te je bilo potrebno izbaciti pet od 15 čestica na temelju kojih je zatim napravljena aditivna skala. Pouzdanost tako konstruirane skale je visoka i iznosi  $\alpha=0,768$ .

Drugi instrument, koji se sastoji od 10 čestica, mjerio je stupanj predrasuda prema osobama koje boluju od depresije i anksioznog poremećaja s ordinalnom peterotomnom skalom procjene slaganja. (OMI upitnik, Cohen i Struening, 1962, skraćeno i prilagođeno). Prilikom izrade ovog instrumenta, čestice su preuzete iz OMI skale koja je općenita, no odabrane čestice su prilagođene specifično poremećaju na kojem je trenutni fokus. Dakle, uzete su po dvije čestice od pet skupina sadržaja i prevedene na hrvatski jezik, te su opisane specifično za anksiozan, odnosno depresivni poremećaj. Provedenom faktorskom analizom dobiveno je jednodimenzionalnost instrumenta, no dvije čestice je bilo potrebno rekodirati jer su bile negativne. Time, na svim česticama više vrijednosti izražavale su viši stupanj predrasuda prema osobama koje boluju od depresije i anksioznosti. Pouzdanost revidirane skale (dvije čestice rekodirane) visoka je i iznosi  $\alpha=0,8$ , pa možemo reći da skala mjeri ono što smo i željeli mjeriti, predrasude prema oboljelima od depresije i anksioznih poremećaja.

Treći instrument, mjeri socijalnu distancu prema osobama koje boluju od depresije odgovorima DA/NE s obzirom na razinu kontakta koji su ostvarili u prošlosti. Postavljene su četiri vrste kontakta u slučaju osobnog iskustva, te dva u slučaju posrednog (Halamić, 2016, prilagođeno).

Četvrti instrument, mjeri iskustva s osobama koje boluju od anksioznog poremećaja odgovorima DA/NE/NE ZNAM s obzirom na razinu kontakta koji su ostvarili u prošlosti. Postavljene su četiri vrste kontakta u slučaju osobnog iskustva, te dva u slučaju posrednog. Ovaj instrument kreiran je za potrebe ovog istraživanja.

Peti instrument, mjeri osobno iskustvo s depresijom i anksioznom bolesti kroz šest izravnih čestica, te posredne kontakte s osobama koje pate od spomenutih psihičkih bolesti. Mjerilo se odgovorima DA/NE/NE ZNAM i sastojati će se od 13 čestica. (1-6 konstruirano za potrebe ovog istraživanja, 7-13 prilagođeno iz Halamić, 2016)

Na kraju upitnik nalazila su se pitanja vezana za sociodemografske karakteristike ispitanika (dob, spol, prebivalište, razina studija), kao i podaci socioekonomskog statusa, kroz ispitivanje samoprocjene materijalnog statusa, stupanj obrazovanja roditelja, te regionalna pripadnost.

### **5.3. POSTUPAK ISTRAŽIVANJA**

Empirijski podaci u istraživanju, prikupljeni su metodom ankete, tehnikom online anketiranja. Za provedbu istraživanja zatraženo je odobrenje od *Povjerenstva Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja*, koje je dobiveno u lipnju 2022. s brojem odluke 16-2021/2022. Postupak prikupljanja podataka je započeo u rujnu iste godine kroz GoogleForms obrazac. Kontaktiranje sudionika započeto je osobnim učlanjivanjem u razne Facebook grupe: *Tražim/nudim studentski posao*, *Sociologija 2015./2016.*, *Studentski dom Stjepan Radić Sava*, *Studentski dom Ante Starčević ŠARA*, *Dom Cvjetno*, *Anketalica – podjeli svoju anketu*. Također, ispitanici su kontaktirani kroz Instagram istraživačice, WhatsApp aplikaciju, osobne kontakte i prosljeđivanje svojim prijateljima, te su zamoljeni da ispune sami anketu s napomenom da je jedini uvjet punoljetnost i status studenta na bilo kojem visokom učilištu u Zagrebu. Nastojale su se pokriti Facebook grupe koje okupljaju studente iz svih šest prethodno navedenih klastera, prema područjima studiranja. Na početku ankete nalazio se tekst s informacijama o istraživanju koje se provodi, kao i objašnjenje da je ispunjavanje ankete isključivo anonimno, te da će se rezultati prikazivati na grupnoj razini i koristiti isključivo za izradu diplomskog rada. Klikom na ikonu „Dalje“ ispitanici su potvrdili da razumiju suglasnost i pristali na ispunjavanje ankete. Također, postavljen je kontakt istraživačice kojoj mogu poslati sve upite ili zatražiti rezultate anketnog upitnika. Prije samog istraživanja provedeno je pilot istraživanje, na pet ispitanika, kako bi se provjerila smislenost i razumljivost instrumenta, kao i samo vrijeme potrebno za ispunjavanje istog.

#### **5.4. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA**

Dobiveni podaci analizirani su putem statističkog programa IBM SPSS Statistics 20. Za potrebe ovog diplomskog rada i istraživanja u sklopu rada, korišteno je nekoliko statističkih analiza. Najprije, kako bi se opisao sam uzorak istraživanja, korištena je deskriptivna analiza podataka. Ona obuhvaća prikaz osnovnih indikatora deskriptivne statistike za varijable od interesa. Dakle, prikazana je veličina uzorka, frekvencije i postoci pojedinih odgovora, te tamo gdje je to primjereno (za ordinalne i kvantitativne varijable) određeni su aritmetička sredina i standardna devijacija odgovora. Nakon deskriptivne, korištena je inferencijalna statistika u svrhu provjere postavljenih hipoteza. Za potrebe provjere prve hipoteze, razlike u stupnju predrasuda prema oboljelima od depresije i anksioznih poremećaja s obzirom na sociodemografske karakteristike studenata, korišteni su t-test za nezavisne uzorke (u slučaju testiranja spolne razlike), te jednostavna analiza varijance - ANOVA (za ostale



sociodemografske varijable). Nadalje, za testiranje druge hipoteze, odnosno postojanje razlike u stupnju predrasuda prema oboljelima od psihičkih bolestima između studenata različitih područja znanosti, korišten je ponovno t-test za nezavisne uzorke. Na kraju, u svrhu provjere treće hipoteze koja je pretpostavljala da postoji statistički značajna razlika u stupnju predrasuda prema osobama oboljelim od psihičkih bolesti između studenata različite regionalne pripadnosti provedena je jednostavna analiza varijance - ANOVA.

## **6. REZULTATI ISTRAŽIVANJA**

Kako bismo imali što bolji uvid u predmet ovog istraživanja, odnosno vidjeli kakva iskustva, stavove i predrasude naš uzorak studenata ima, najprije će biti prikazani rezultati deskriptivne analize korištenih instrumenata. Nakon toga, da bismo vidjeli jesu li naše pretpostavke (hipoteze) potvrđene, provedene su statističke analize koje ih testiraju, te će i one biti tablično i tekstualno prikazane.

### **6.1. DESKRIPTIVNA ANALIZA MJERNIH INSTRUMENATA NA UKUPNOM UZORKU**

Deskriptivna analiza čestica koje tvore pojedine skale stavova studenata prema oboljelim od psihičkih bolesti nam pokazuje kako ispitanici u svakoj grupaciji imaju jednu česticu s kojom se „U potpunosti ne slažu“ što nas dovodi do poželjnog zaključka kasnije. Za *Autoritarnost* najviše slaganja je dobila čestica koja govori da osobe sa psihičkim bolestima se ne bi trebale liječiti u istim ustanovama kao osobe s tjelesnim bolestima (18,2%). No s druge strane, 44,8% ispitanika se ne slaže u potpunosti sa tvrdnjom, te 22,4% se ne slaže da je glavni razlog psihičkog oboljenja nedostatak snage volje i morala. Također, ovdje možemo primijetiti da se ispitanici najviše u potpunosti ne slažu i ne slažu sa izjavama da psihički bolesnici ne promišljaju stvari, već emocije vladaju njima (23,8%). Za *Benevolenciju* 2,1% se slaže u potpunosti s tvrdnjom da postati pacijentom u bolnici znači doživjeti neuspjeh u životu, dok s druge strane čak 72,7% ispitanika se ne slaže u potpunosti s istaknutom tvrdnjom. Isto tako, smatraju da se više treba ulagati u liječenje psihičkih bolesti (51%). Također, 65,7% ispitanika se u potpunosti slaže s česticom da se pacijenti u psihijatrijskim ustanovama ponekad ponašaju smiješno, pogrešno im se smijati. Što se tiče *Ideologije mentalne higijene*,

71,3% se slaže sa česticom da su psihički poremećaji bolesti kao i sve druge, no isto tako ispitanici su najviše bili nesigurni u svoje odgovore žele li psihički bolesnici raditi (46,9%), te što uopće uzrokuje psihičku bolest (39,9%). Za *Društvene restrikcije* nemamo nijedno slaganje u potpunosti s česticom da je najbolji način držati pacijente u psihijatrijskim ustanovama iza zaključanih vrata (0%), dok 81,8% ispitanika se u potpunosti ne slaže s istom. Za posljednju grupaciju, *Etiologiju*, čestica koja se odnosi na ljude koji su uspješni u svom poslu i rijetko obolijevanje od psihičkih bolesti pokazuje da se samo 2,8% ispitanika slaže u potpunosti, dok 65% se ne slaže u potpunosti s istom. Čestica koja se odnosi na ljubav roditelja prema djeci, te nepojavnost psihičkih bolesti ukoliko se djecu voli više, pokazuje kako 8,4% ispitanika se slaže u potpunosti s njom, 25,9% se slaže, dok 22,4% se ne slaže s česticom, te 24,5% nije sigurno u svoj odgovor. Naposljetku, može se primijetiti da se ispitanici većinski slažu s „nepredrasudnim“ česticama, a ne slažu s „predrasudnim“ česticama. Nisu zastupljene predrasude da psihički oboljele ljude treba sakriti, da nemaju dovoljno snage i volje ozdraviti, da ih treba ismijavati i da poslovno ostvarenje garantira mentalno zdravlje. Ono što je poželjno i zastupljeno jest da psihičkim bolesnicima treba pomoći, treba ulagati u njihovo ozdravljenje, jer su psihičke bolesti jednake fizičkim bolestima.

Tablica 2. Predrasude studenata prema osobama oboljelim od psihičkih bolesti (N=143)

	1 Uopće se ne slažem	2 Ne slažem se	3 Ne znam, nisam siguran/na	4 Slažem se	5 U potpunosti se slažem	M	SD
<b>Autoritarnost</b>							
Ljudi koji su psihički bolesni dozvoljavaju emocijama da upravljaju njima, normalni ljudi promisle stvari.	22,4%	30,8%	16,1%	23,8%	7,0%	2,62	1,260
Osobe sa psihičkim bolestima ne bi se trebale liječiti u istim bolnicama kao osobe s tjelesnim bolestima.	28,0%	15,4%	18,9%	19,6%	18,2%	2,85	1,479
Jedan od glavnih razloga psihičkog oboljenja je	44,8%	22,4%	16,1%	14,7%	2,1%	2,07	1,179

nedostatak snage volje i morala.

### **Benevolencija**

Trebalo bi odvajati više novca od poreza na njegu i liječenje osoba s teškim psihičkim bolestima.

2,1%	2,8%	18,9%	25,2%	51%	4,20	0,983
------	------	-------	-------	-----	------	-------

Postati pacijentom u psihičkoj ustanovi znači doživjeti neuspjeh u životu.

72,7%	17,5%	4,2%	3,5%	2,1%	1,45	0,893
-------	-------	------	------	------	------	-------

Iako se pacijenti u psihijatrijskim ustanovama ponekad ponašaju smiješno, pogrešno je smijati im se.

2,1%	2,1%	9,1%	21,0%	65,7%	4,46	0,902
------	------	------	-------	-------	------	-------

### **Ideologija mentalne higijene**

Psihički poremećaji su bolesti kao i sve druge.

3,5%	2,8%	3,5%	18,2%	71,3%	4,52	0,958
------	------	------	-------	-------	------	-------

Psihičku bolest obično uzrokuje bolest živčanog sustava.

14,7%	11,2%	39,9%	23,8%	9,8%	3,03	1,160
-------	-------	-------	-------	------	------	-------

Većina psihičkih bolesnika želi raditi.

5,6%	7,7%	46,9%	25,9%	14%	3,35	1,002
------	------	-------	-------	-----	------	-------

### **Društvena restrikcija**

Ima nešto u psihičkim bolesnicima zbog čega ih je lako razlikovati od normalnih ljudi.

28,0%	23,8%	24,5%	18,2%	5,6%	2,50	1,233
-------	-------	-------	-------	------	------	-------

Ljudi koji su bili u psihijatrijskoj ustanovi više neće biti ona stara verzija sebe.

25,9%	28%	21,7%	18,2%	6,3%	2,51	1,233
-------	-----	-------	-------	------	------	-------

Najbolji način postupanja s pacijentima u psihijatrijskim ustanovama je držati ih iza zaključanih vrata.

81,8%	12,6%	4,9%	0,7%	0,0%	1,24	0,572
-------	-------	------	------	------	------	-------

### **Etiologija**

Ljudi koji su uspješni u svom poslu rijetko postaju psihički bolesni.	65%	21,7%	7,7%	2,8%	2,8%	1,57	0,954
Kada bi roditelji više voljeli svoju djecu, bilo bi manje psihičkih bolesti.	18,9%	22,4%	24,5%	25,9%	8,4%	2,83	1,246
Psihički bolesnici dolaze iz obitelji u kojima se roditelji malo zanimaju za svoju djecu.	23,8%	27,3%	25,9%	18,2%	4,9%	2,53	1,180

Deskripcija Tablice 3 nam pokazuje kako ispitanici ne znaju što odgovoriti, a najviše nesigurnosti u odgovore su ispitanici imali sa razvedenim roditeljima; gotovo pola ispitanika (43,4%) nije sigurno u svoj odgovor na česticu da djeca razvedenih roditelja kasnije pate od depresije, no isto tako 16,8% ispitanika se slaže s česticom, kao i da djeca razvedenih roditelja kasnije pate od anksioznosti (42%), ali isto tako 16,8% ispitanika se slaže s česticom. Čestica sa kojom imamo najmanje slaganja u potpunosti (2,1%) je da se ne bi bilo dobro vjenčati s osobom koja je nekad patila od anksioznosti, iako se u potpunosti oporavila, dok se s istom česticom u potpunosti ne slaže 73,4%. Nadalje, gotovo pola ispitanika (49%) se slaže u potpunosti s česticom da je depresija bolest kao i svaka druga, a isto vrijedi i za anksiozan poremećaj, bolest kao i svaka druga (45,1%). Isto tako, samo 0,7% ispitanika se slaže u potpunosti s česticom da ljudi ne bi oboljeli od anksioznosti kada bi izbjegavali loše misli, dok više od polovice ispitanika 54,1% se ne slaže u potpunosti. Ponovo, možemo primijetiti kako poželjne predrasude prevladavaju, dok nepoželjne izazivaju ne slaganje u potpunosti ili ne slaganje.

*Tablica3. Predrasude studenata prema osobama oboljelih od depresije i anksioznih poremećaja (N=143)*

	<b>1</b> <b>Uopće se ne slažem</b>	<b>2</b> <b>Ne slažem se</b>	<b>3</b> <b>Ne znam, nisam siguran/na</b>	<b>4</b> <b>Slažem se</b>	<b>5</b> <b>U potpunosti se slažem</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>
Ne bi bilo dobro vjenčati se s osobom koja je prije patila od depresije, čak i ako se u potpunosti	68,5%	20,3%	5,6%	3,5%	2,1%	1,50	0,911

oporavila.

Ljudi ne bi oboljeli od depresije kad bi izbjegavali loše misli.	55,2%	23,1%	9,8%	11,2%	0,7%	1,79	1,061
Depresija je bolest kao i svaka druga fizička bolest.	9,1%	9,1%	7,0%	25,9%	49,0%	3,97	1,324
Lako je prepoznati nekog tko pati od depresije.	37,8%	38,5%	14,0%	9,1%	0,7%	1,97	0,974
Djeca razvedenih roditelja često kasnije u životu pate od depresivnog poremećaja.	12,6%	23,8%	43,4%	16,8%	3,5%	2,75	0,996
Ne bi bilo dobro vjenčati se s osobom koja je prije patila od anksioznosti, čak i ako se u potpunosti oporavila.	73,4%	14,7%	8,4%	1,4%	2,1%	1,44	0,869
Ljudi ne bi oboljeli od anksioznog poremećaja kad bi izbjegavali loše misli.	54,5%	22,4%	13,3%	9,1%	0,7%	1,79	1,034
Anksiozan poremećaj je bolest kao i svaka fizička druga.	10,6%	11,3%	7,0%	26,1%	45,1%	3,84	1,382
Lako je prepoznati nekog tko pati od anksioznog poremećaja.	27,3%	29,4%	23,1%	17,5%	2,8%	2,39	1,145
Djeca razvedenih roditelja često kasnije u životu pate od anksioznog poremećaja.	18,9%	18,9%	42,0%	16,8%	3,5%	2,67	1,073

Deskripcija Tablice 4 nam pokazuje da bi ispitanici prihvatili (gotovo svi; preko 90%) ponuđene veze s osobama koje su u prošlosti bolovale od depresije. Nešto manje ispitanika bi prihvatilo bračnog partnera/icu (68,5%) koji trenutno boluje od depresije, no ostale bi prihvatili gotovo u potpunosti (preko 93%). Gotovo svi ispitanici bi prihvatili ponuđene veze s osobama koje su u prošlosti patile od anksioznog poremećaja preko 96,5%, jedino odstupa prihvaćanje bračnog partnera/ice, tu je postotak 90,9%. A što se tiče trenutnog prihvaćanja bračnog partnera/ice isto tako malo odstupa (81,8%) od ostalih odgovora (svi preko 93,7%).

Tablica 4. Spremnost prihvaćanja osoba koje boluju od depresije i anksioznosti ili su bolovala u prošlosti (N=143)

	U prošlosti je bolovala od depresije		Trenutačno boluje od depresije		U prošlosti je bolovala od anksioznosti		Trenutačno boluje od anksioznosti	
	DA	NE	DA	NE	DA	NE	DA	NE
Bračni partner/ica	90,2%	9,8%	68,5%	31,5%	90,9%	9,1%	81,8%	16,8%
Bliski/a prijatelj/ica	97,9%	1,4%	93,0%	7,0%	97,2%	2,8%	93,7%	6,3%
Susjed/a	98,6%	1,4%	95,1%	3,5%	97,9%	2,1%	96,5%	2,8%
Radni/a kolega/ica	98,6%	1,4%	93,0%	7,0%	96,5%	3,5%	94,4%	4,9%
Sugrađan/ka	97,9%	2,1%	97,2%	2,8%	97,2%	2,8%	97,2%	2,1%

Deskripcija tablice osobnog iskustva studenata s depresijom i anksioznim poremećajem nam prikazuje vrlo malim postocima studenata je zapravo dijagnosticiran neki oblik depresije (9,1%), uglavnom je bila osobna sumnja prisutna (46,9%). Isto tako, relativno mali postotak (9,8%) studenata je zapravo dijagnosticiran anksiozan poremećaj, no više od polovice (50,3%) je posumnjalo u prisutnost vlastite anksioznosti. Nadalje, što se tiče svakodnevnih kontakata sa osobama koji boluju od depresije i/ili anksioznog poremećaja, više od 53,1% studenata je odgovorilo potvrdno. U povremenom kontaktu ili samo poznanstvo osoba koje pate od anksioznog poremećaja i/ili boluju od depresije više od 63,6% ispitanika je odgovorilo potvrdno.

No, više od polovice ispitanika, 57,3%, su naveli da su imali duže životne periode bezvoljnosti, tuge, gubitka energije, zadovoljstva i interesa za svakodnevne aktivnosti.

Tablica 5. Osobno iskustvo studenata s depresijom i anksioznošću (N=143)

	DA	NE	NE ZNAM
Dijagnosticiran vam je neki oblik depresivnog poremećaja.	9,1%	79,7%	11,2%
Posumnjali ste da ste „u depresiji“, ali vam to nikad nije dijagnosticirano.	46,9%	44,1%	7,7%

Imali ste duže životne periode bezvoljnosti, tužnog raspoloženja, gubitka energije, zadovoljstva i interesa za svakodnevne aktivnosti.	57,3%	35,0%	7,7%
Dijagnosticiran vam je neki oblik anksioznog poremećaja.	9,8%	81,8%	8,4%
Posumnjali ste da imate neki oblik anksioznog poremećaja, ali vam to nikad nije dijagnosticirano.	50,3%	40,6%	7,0%
Imali ste učestale probleme s napadajima panike.	28,0%	63,6%	8,4%
Živjeli ste s osobom koja je bolovala od depresije.	25,9%	67,1%	7,0%
Živjeli ste s osobom koja je bolovala od anksioznosti.	23,8%	65,7%	10,5%
Bili ste u svakodnevnom kontaktu s osobom koja boluje od depresije (npr. na radnom mjestu, u školu, na fakultetu...).	53,8%	24,5%	21,7%
Bili ste u svakodnevnom kontaktu s osobom koja pati od anksioznog poremećaja (npr. na radnom mjestu, u školu, na fakultetu...).	53,1%	23,1%	23,8%
Upoznali ste ili bili u povremenom kontaktu s osobom koja pati od anksioznog poremećaja.	69,9%	12,6%	17,5%
Upoznali ste ili bili u povremenom kontaktu s osobom koja boluje od depresije.	63,6%	15,4%	21,0%
Bili ste u svakodnevnom kontaktu s nekime čija bliska osoba boluje od depresije ili anksioznog poremećaja.	51,0%	23,8%	25,2%

Deskriptivna analiza ukupnih rezultata istaknutih instrumenata, koji govore o predrasudama studenata prema oboljelima od psihičkih bolesti/poremećaja, ukazuje da u prosjeku studenti imaju blagi do umjereni stupanj izraženih predrasuda (oko 20 na ukupnoj skali, od minimalno mogućih 10 do maksimalno mogućih 50).

*Tablica 6. Prikaz deskriptivne analize za ukupni rezultat na instrumentima o predrasudama studenata prema oboljelima od psihičkih bolesti/depresije i anksioznih poremećaja*

	Broj čestica	M	SD	N	MIN	Teorijski MIN	MAX	Teorijski MAX
Predrasude prema oboljelima od psihičkih bolesti	10	22,16	6,363	143	10	10	45	50
Predrasude prema oboljelima od depresije i anksioznih poremećaja	10	20,52	6,401	142	10	10	39	50

## 6.2. RAZLIKE U STUPNJU PREDRASUDA PREMA OSOBAMA OBOLJELIM OD DEPRESIJE I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA S OBZIROM NA SOCIODEMOGRAFSKA OBILJEŽJA

Prva postavljena hipoteza pretpostavljala je da će postojati razlika u stupnju predrasuda prema oboljelima od depresije i anksioznih poremećaja s obzirom na karakteristike studenata. Stoga, provjeravala se statistička značajnost razlike između studenata različitog spola, dobnih skupina, različitog materijalnog statusa i regionalne pripadnosti.

Za potrebe provjere razlike između muškaraca i žena u stupnju predrasuda prema oboljelima od depresije i anksioznih poremećaja, proveden je t-test za nezavisne uzorke.

*Tablica 7. Stupanj predrasuda prema oboljelima od depresije i anksioznih poremećaja s obzirom na spol (N=142)*

	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Muški	23,68	7,231	31
Ženski	19,64	5,888	111

Na temelju rezultata provedenog statističkog testa ( $t=3,206$ ;  $df=140$ ;  $p=0,002$ ) možemo zaključiti da se muškarci i žene statistički značajno razlikuju u stupnju predrasuda prema oboljelima od depresivnih i anksioznih poremećaja. Žene iskazuju manji stupanj predrasuda prema oboljelima od muškaraca. No, važno je uzeti u obzir veliku razliku u zastupljenosti muškaraca, odnosno žena u uzorku. Muškaraca je znatno manje nego žena, pa zbog neravnomjerne raspodjele po spolu, stoga bi se ovaj nalaz trebao provjeriti na uzorku koji je reprezentativan s obzirom na spol (ravnomjerniji udio muškaraca i žena u uzorku).

Nadalje, kako bismo testirali razliku u predrasudama između studenata različite dobi, grupirali smo ih u tri približno podjednako zastupljene skupine, tako da je u svakoj skupini između 44 i 51 ispitanik.

*Tablica 8. Stupanj predrasuda prema oboljelima od depresivnih i anksioznih poremećaja s obzirom na dobne skupine (N=142)*

<b>Dob</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
18-22	20,09	6,348	47



23-26	19,25	5,681	51
27+	22,45	6,913	44

*Tablica 9. Scheffeovi post hoc testovi razlika parova dobnih skupina u prosječnom stupnju predrasuda prema oboljelima od depresije i anksioznih poremećaja (N=142)*

<b>dob1</b>	<b>dob2</b>	<b>M1-M2</b>	<b>SD<sub>m</sub></b>	<b>p</b>
18-22	23-26	0,83	1,274	0,809
18-22	27+	-2,37	1,322	0,204
23-26	27+	-3,20	1,297	0,051*

Jednostavna analiza varijance (ANOVA) pokazala je da postoji statistički značajna razlika u stupnju predrasuda prema oboljelima od depresivnih i anksioznih poremećaja između studenata različite dobne skupine ( $F(2,141)=3,212$ ,  $p=0,043$ ;  $\eta^2=0,044$ ), no veličina učinka je vrlo mala. Kako bismo vidjeli između kojih dobnih skupina postoji statistički značajna razlika, proveden je Scheffeov test (Tablica 9.). Rezultati pokazuju da postoji marginalno statistički značajna razlika jedino između studenata u dobi 23-26 i onih iznad 27 godina ( $p=0,05$ ) u smjeru viših predrasuda starijih studenata (onih iznad 27 godina).

Potom, testirana je razlika u stupnju predrasuda prema oboljelima od depresivnih i anksioznih poremećaja između studenata različitog materijalnog statusa, u čiju svrhu je provedena jednostavna analiza varijance.

*Tablica 10. Stupanj predrasuda prema oboljelima od depresivnih i anksioznih poremećaja s obzirom na materijalni status (N=142)*

<b>Materijalni status</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Ispod prosječan	21,67	6,161	15
Prosječan	20,35	6,725	91
Iznad prosječan	20,47	5,740	36

Provedena ANOVA za testiranje razlika u stupnju predrasuda prema oboljelima od depresivnih i anksioznih poremećaja između studenata različitog materijalnog statusa nije pokazala statističku značajnost ( $F(2,141)=0,270$ ;  $p=0,764$ ). Dakle, studenti ispod prosječnog, prosječnog i oni iznadprosječnog statusa pokazuju u prosjeku jednaku razinu predrasuda.

Testirana je i razlika u stupnju predrasuda prema oboljelima od depresije i anksioznih poremećaja između studenata različite regionalne pripadnosti pomoću jednostavne analize varijance.

*Tablica 11. Stupanj predrasuda prema oboljelima od depresivnih i anksioznih poremećaja s obzirom na različitu regionalnu pripadnost (N=140)*

<b>Regija</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Grad Zagreb	20,57	5,937	37
Sjeverna i Središnja Hrvatska	21,05	7,044	57
Istočna Hrvatska	18,13	4,838	15
Jadran i Lika	20,03	5,953	31

Jednostavna ANOVA pokazala je da ne postoji statistički značajna razlika ( $F(3,139)=0,888$ ;  $p=0,449$ ), što znači da studenti iskazuju u prosjeku podjednaku razinu predrasuda prema oboljelima od depresivnih i anksioznih poremećaja neovisno o svojoj regionalnoj pripadnosti. Iz deskriptivne tablice možemo vidjeti da sudionici iz Istočne Hrvatske iskazuju najmanji stupanj predrasude, no budući da je ta regija najmanje zastupljena u sveukupnom uzorku, možemo samo govoriti o tendenciji, ali ne i izvoditi zaključke s obzirom da je statistička snaga testa manja (moguće da test nije pokazao statističku značajnost jer regionalna zastupljenost nije ravnomjerna, dobiveni nalaz bi trebalo provjeriti na reprezentativnijem uzorku).

Prva hipoteza je djelomično potvrđena – postoji statistički značajna razlika u stupnju predrasuda prema oboljelima od depresije i anksioznih poremećaja s obzirom na neke socio-demografske varijable (spol i dob), no za regionalnu pripadnost i materijalni status nemamo dokaze koji bi potvrdili postojanje takve razlike

### **6.3. RAZLIKE U STUPNJU PREDRASUDA PREMA OSOBAMA OBOLJELIM OD PSIHIČKIH BOLESTI IZMEĐU STUDENATA RAZLIČITIH PODRUČJA ZNANOSTI**

Druga hipoteza ovog istraživanja pretpostavljala je da postoji statistički značajna razlika u stupnju predrasuda prema oboljelima od psihičkih bolesti između studenata različitih područja znanosti. U tu svrhu proveden je t-test za nezavisne uzorke.

*Tablica 14. Razlike studenata različitih područja znanosti u stupnju predrasuda prema oboljelima od psihičkih bolesti (N=142)*

	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Prirodne i (bio)tehničke znanosti, biomedicina i zdravstvo	24,04	6,131	55
Umjetnička područja i društveno humanističke znanosti	20,83	6,106	87

Provedeni t-test pokazao je da postoji statistički značajna razlika ( $t=3,046$ ;  $df=140$ ;  $p=0,003$ ) u stupnju predrasuda prema oboljelima od psihičkih bolesti između studenata koji studiraju prirodne, (bio)tehničke, biomedicinske i zdravstvene znanosti te onih društveno humanističkog i umjetničkog usmjerenja. Studenti prirodnih, tehničkih i medicinskih znanosti iskazuju veći stupanj predrasude prema oboljelima od psihičkih bolesti od onih društveno humanističkog i umjetničkog usmjerenja. Time je druga hipoteza potvrđena.

### **6.4. RAZLIKE U STUPNJU PREDRASUDA PREMA OSOBAMA OBOLJELIM OD PSIHIČKIH BOLESTI IZMEĐU STUDENATA RAZLIČITE REGIONALNE PRIPADNOSTI**

Trećom hipotezom pretpostavilo se da postoji statistički značajna razlika u stupnju predrasuda prema oboljelima od psihičkih bolesti između studenata različite regionalne pripadnosti. Kako bi se provjerila pretpostavka opisana trećom hipotezom, ponovno se koristila jednostavna analiza varijance.

Tablica 15. Stupanj predrasuda prema oboljelima od psihičkih bolesti između studenata različite regionalne pripadnosti (N=141)

<b>Regija</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>N</b>
Grad Zagreb	23,26	5,935	37
Sjeverna i Središnja Hrvatska	22,12	6,631	57
Istočna Hrvatska	20,47	4,470	15
Jadran i Lika	21,13	6,874	31

Provedeni test ( $F(3,140)=1,004$ ;  $p=0,393$ ) je pokazao da ne postoji statistički značajna razlika između studenata različite regionalne pripadnosti u izraženom stupnju predrasuda prema oboljelima od psihičkih bolesti, time je odbačena treća hipoteza.

I ovdje valja imati na umu da uzorak nije regionalno reprezentativan, pa bismo za pouzdanije zaključke trebali imati ravnomjerniju zastupljenost po regijama.

## 7. RASPRAVA

S obzirom na uznemiravajuće podatke o učestalosti anksioznosti i depresije u studentskoj populaciji (Pirbaglou i suradnici, 2013), kao i da problemi psihičkog, odnosno mentalnog zdravlja i njegove zaštite su jedan od prioritetnih javnopolitičkih pitanja u svijetu (Novak i Petek, 2018), cilj ovog istraživanja bio je ispitati razliku u stupnju predrasuda prema oboljelim od anksioznosti i depresije s obzirom na sociodemografska obilježja, različite razine studija, te regionalne pripadnosti. Prva postavljena hipoteza je djelomično potvrđena; postoji statistički značajna razlika u stupnju predrasuda prema oboljelim od depresije i anksioznosti s obzirom na dob i spol, no regionalna pripadnost i materijalni status ne rade razliku u stupnju predrasuda. Studentice iskazuju manje predrasude prema oboljelim od studenata, ali isto tako istraživanja su pokazala kako žene imaju više razumijevanja i tolerantnije stavove u odnosu na muškarce (Žiropađa i Dulović, 2014; Wolska i Malina, 2020). Muškaraca je znatno manje nego žena, pa zbog neravnomjerne raspodjele po spolu, statistička snaga testa je manja, stoga bi se ovaj nalaz trebao provjeriti na uzorku koji je reprezentativan s obzirom na spol (ravnomjerniji udio muškaraca i žena u uzorku). Kod testiranja razlike između studenata različitog materijalnog statusa i različite regionalne pripadnosti, treba uzeti u obzir da nije ravnomjerna raspodjela studenata po skupinama. Na primjer, najveći broj ih je prosječnog materijalnog statusa (N=91), a najmanje onih ispodprosječnog (N=15). Stoga, uzorak nije reprezentativan s obzirom na regionalnu rasprostranjenost i socio-ekonomski status pa je time i manja statistička snaga provedenog testa. Kako bi se mogao izvesti sigurniji zaključak, potrebno je zahvatiti sve regije, i studente različitog materijalnog statusa u podjednakoj mjeri. Druga hipoteza pretpostavljala je da postoji statistički značajna razlika u stupnju predrasuda prema oboljelima od psihičkih bolesti između studenata različitih područja znanosti, te je potvrđena. Studenti prirodnih, tehničkih i medicinskih znanosti iskazuju veći stupanj predrasuda prema oboljelima od psihičkih bolesti od onih društveno humanističkog i umjetničkog usmjerenja. Antoniadis i sur. (2016) su zaključili da demografski faktori, smjer studija i godina studija utječu na stavove studenata o mentalnim poteškoćama, kao i da su studenti društvenih znanosti imaju pozitivnije stavove prema mentalno oboljelim osobama. Dosadašnja istraživanja su pokazala da veća informiranost o mentalnom zdravlju vodi k pozitivnijim stavovima i nižem stupnju stigmatizacije prema osobama s mentalnim poteškoćama (Song i sur., 2005; Pejović-Milovancević i sur., 2009; Vučić Peitl i sur., 2018). Što se tiče treće hipoteze, ona je odbačena, dobiveni rezultati su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika između studenata različite regionalne pripadnosti u izraženom

stupnju predrasuda prema oboljelima od psihičkih bolesti, no isto tako uzorak nije regionalno reprezentativan i za pouzdanije rezultate trebali bi imati ravnopravnu zastupljenost po regijama, no ovaj nalaz je ipak u skladu s istraživanjem Matković, Narić i Petak (2021) *Stavovi prema sobama s poteškoćama mentalnog zdravlja*, je pokazalo da nema neke značajne razlike u stavovima s obzirom na mjesto stanovanja, a dob ispitanika je bila 21-59 godina.

Također, ispitivali smo socijalnu distancu prema osobama oboljelim od anksioznosti i depresije, te otkrili da bi ispitanici (preko 90% njih) prihvatili veze s osobama koje su u prošlosti bolovali od anksioznosti i depresije, kao i trenutačno. Te naposljetku, ispitivali smo osobno iskustvo sa anksioznosti i depresijom, koje nam je pokazalo da je uglavnom prisutna sumnja (bez stručne dijagnoze) u postojanje anksioznog i depresivnog poremećaja kod ispitanika, no više od polovice 53,1% ispitanika je u svakodnevnom kontaktu s oboljelima od anksioznog i/ili depresivnog poremećaja.

Dobiveni rezultati ovog istraživanja nam generalno pokazuju i potvrđuju da mlađe žene (23-26 godina) iskazuju manje predrasude prema oboljelima od muškaraca i starijih žena (27 godina ili više). Isto tako regionalna pripadnost i materijalni status ne rade veliku razliku u stupnju predrasuda. Studenti prirodnih, tehničkih i medicinskih znanosti iskazuju veći stupanj predrasude prema oboljelim od psihičkih bolesti od onih društveno humanističkog i umjetničkog usmjerenja. Što nam isto tako može ukazivati na to da studenti društveno humanističkog usmjerenja možda imaju veće interese za informiranosti vezanom uz stigmatizaciju psihički oboljelih osoba.

Ovo istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku na visokim učilištima u Zagrebu, te je uzorak heterogeniziran prema spolu i razini studija zbog čega nije moguće donositi opće zaključke s obzirom na dobivene rezultate, no oni mogu pokazati na postojanje nekih trendova u istraživanoj populaciji kao i samu svakidašnju pojavu depresije i anksioznog poremećaja. Također, buduća istraživanja bi trebala koristiti veći i reprezentativan uzorak sudionika jer u ovom su grupe bile male i ne podjednako zastupljene, stoga su i statističke snage testova bile manje. Nejednaka raspodjela sudionika po spolu je jedna od slabosti ovog istraživanja. Isto tako, veći dio instrumenta za mjerenje stavova je preuzet, skraćen i preveden s engleskog jezika, kao i prilagođen istraživanju, stoga tumačenje može biti upitno s obzirom na to da nisu prošli prethodnu validaciju. Kod određenih pitanja oslanjamo se na samoprocjenu ispitanika, npr. procjena financijske situacije i materijalnog statusa, a možda ne odgovaraju stvarnom stanju ispitanika. Također, radi se i o samoprocjeni vezanom uz osobnu

anksioznost ili depresiju, koja je naposljetku povezana s nekim „osjećajima bezvoljnosti“ itd... te nemogućnost preciznog pristupanja istom.

„Najčešći psihički problemi povezani s pandemijom jesu anksioznost, depresija, simptomi posttraumatskoga stresa i zlouporaba psihoaktivnih tvari“ (Antičević, 2021: 437). Dugoročno gledano, s pojavom pandemije COVID-19 koja je naša nova svakodnevnica, sve više se cijela situacija povezuje s pojavom anksioznog i depresivnog poremećaja stoga smatram da bi se u budućnosti isti poremećaji trebali istraživati s društveno-humanističkog aspekta jer nam zapravo pružaju uvid u situaciju u kojoj se društvo nalazi. Isto tako, dobiveno je trenutno stanje, te bi za nekoliko godina bilo zanimljivo vidjeti nove rezultate s obzirom na novo normalno u koje se još društvo uhodava.

## 8. ZAKLJUČAK

Stigmatizacija psihički oboljelih osoba seže u daleku prošlost, još od davnih vremena kada je stigma označavala „negativan pečat“ kojim se obilježio pojedinac. Pa sve do vremena kada su postavljeni humaniji uvjeti za psihički oboljele osobe sa spoznajom da je to bolest kao i svaka druga. Zbog čega je cilj ovog rada bio ispitati pojavnost stigmatizacije, kroz predrasude i stavove, prema pojedincima kojima je dijagnosticiran depresivan i anksiozan poremećaj. U sklopu izrade diplomskog rada, provedena je online anketa „*Stigmatizacija i stavovi o oboljelim od anksioznosti i depresije*“ na 152 studenta visokih učilišta u Zagrebu 2022 godine. Rezultati analize stavova i predrasuda pokazuju kako postoji značajna razlika s obzirom na dob i spol studenata, područje studiranja, ali i razinu studija. Dok statistički značajna razlika s obzirom na regionalnu pripadnost studenata kao i materijalno stanje, nije dobivena. Kroz mjerenje stupnja predrasuda prema osobama koji boluju od anksioznosti i depresije, dobiveni rezultati su pokazali blagonaklonost prema oboljelima, što je dobro i poželjno. Naime, ponovno treba istaknuti da ispitivana populacija su studenti, koji se zbog različitih faktora nalaze u stresnim situacijama jer ne reagiraju svi jednostavno na akademske i socijalne promjene. Treba se složiti s Goffmanom (1963) koji ističe da stavovi trebaju poprimiti pozitivan smisao kako bi oboljeli dobili našu podršku, a ne odbijanje. „Borbu protiv stigme trebaju provoditi građani svih dobnih skupina, tako postajemo humaniji, oslobađamo se negativnih stavova koji nas priječe da budemo pravedniji (prema svima, ne samo prema psihičkim bolesnicima) i humaniji“ (Flegar, 2018: 13). Upravo to je bila svrha ovog diplomskog rada, utvrditi stavove studenata visokih učilišta u Zagrebu prema osobama koje boluju od anksioznosti i depresije.

S obzirom da je ovo istraživanje bilo usredotočeno samo na studente visokih učilišta u Zagrebu, preporuka za buduća istraživanja bila bi uključiti i studente drugih gradova kao i visokih učilišta. Također, bilo bi korisno proširiti dobne granice i ne fokusirati se samo na studente, kako bi se vidjela kompletnija slika čitave Hrvatske, s obzirom na generacijske razlike koje su prisutne, a u ovom istraživanju zanemarene.



## 9. LITERATURA

1. Akert, R. M., Aronson, E., Wilson, T.D., (2002). Social psychology, *Prentice Hall*.
2. Allport, G. W. (1935). Attitudes. *Handbook of social psychology. Clark University Press, Worcester, MA., 798-844.*
3. Allport, G.W. (1954). The Nature of Prejudice, *Cambridge, Mass: Addison-Wesley*
4. Antičević, V. (2021). Učinci pandemija na mentalno zdravlje. Split: *Društvena istraživanja: Journal for General Social Issues*, 30 (2): 423-443.
5. Antoniadis, D., Gouti, A., Kaloudi, E., Turlende, N., Douzenis, A., Christodoulou, C., Lykouras, L., Livaditis, M. & Samakouri, M. (2016). Greek students' attitudes towards mental disorders. *Psychiatriki*, 27 (2): 108-115.
6. Babić, D., Bagarić, M., Pavlović, M. (2018). Anksioznost i depresivnost pacijenata kojima je ordinirana pretraga magnetnom rezonancom. *Zdravstveni Glasnik*, 4 (1): 33-39.
7. Babić, D., Barać, K., Begić, A., Penava, I. (2022) Stigmatizacija psihički oboljelih osoba. *Zdravstveni glasnik*. 8 (2): 46-58.
8. Barney, L. J., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2010). The Self-Stigma of Depression Scale (SSDS): development and psychometric evaluation of a new instrument. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19 (4): 243-254.
9. Baxter, A., Scott, K.M., Whiteford, H. A. (2012). Global prevalence of anxiety disorders: A systematic review and meta-regression. *Psychological Medicine*, 43 (5):1-14.
10. Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective. *New York: Basic Books*.
11. Becker, H. (1991) *Outsiders : Studies In The Sociology Of Deviance. New York, The Free Press*, 177-212.
12. Begić, N., Bagarić, B., Jurman, J. (2015). „WWW.DEPRESIJA/ANKSIOZNOST.HR...” – INFORMACIJE O DEPRESIJI I ANKSIOZNOSTI NA INTERNETSKIM STRANICAMA. *Socijalna psihijatrija*, 43 (4): 209-218.
13. Bhurga, D. (1989). Attitudes towards mental illness: A review of the literature. *USA*, 80 (1): 1-12.
14. Biglbauer, S., Korajlija, A. (2020). Društvene mreže, depresivnost i anksioznost. *Socijalna psihijatrija*, 48 (4): 404-425.

15. Brečić, P., Čelić, I., Čurković, M., Jendričko, T., Makarić, P., Vidović, D. (2021). Utjecaj pandemije COVID-19 na pacijente s anksioznim i depresivnim poremećajima. *Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb. Medicus*, 29 (2): 237-242.
16. Brown, C., Conner, K. O., Copeland, V. C., Grote, N., Beach, S., Battista, D., & Reynolds III, C. F. (2010). Depression stigma, race, and treatment seeking behavior and attitudes. *Journal of community psychology*, 38(3): 350-368.
17. Clarke, J., Gawley, A. (2008) The Triumph of Pharmaceuticals: The Portrayal of Depression from 1980 to 2000, *Springer Science + Business Media*, 36 (2): 91-101.
18. Cohen, J., & Struening, E. L. (1963). Opinions about mental illness: Mental hospital occupational profiles and profile clusters. *Psychological Reports*, 12 (1): 111-124.
19. Cohen, J., Struening, E. L. (1963). Opinions about mental illness: Mental hospital occupational profiles and profile clusters. *Psychological Reports*.
20. Dacey, J., Kenny, M. (1994.), Adolescent development. Madison, WI: *Brown & Benchmark*
21. Durkheim E ((1893) 1972). O podeli društvenog rada. Zagreb: Hrvatsko sociološko društvo, *Jesenski i Turk*
22. Finkelstein, J., & Lapshin, O. (2007). Reducing depression stigma using a web-based program. *International journal of medical informatics*, 76 (10): 726-734.
23. Flegar, R. (2018) Stigmatizacija psihički oboljelih osoba. Završni rad: Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, *Hrvatski studiji*
24. Frančišković, T., Moro, LJ., Buretić-Tomljanović, A. (2009). Psihijatrija. Zagreb: *Medicinska naklada*
25. Gilbert, P. (2005). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological Medicine*, 36 (1): 287-297.
26. Giorgianni, S. E. (2004). Media images and messages about stigma: The good, the bad and the ugly. *The Pfizer Journal. Special Edition: Health Repurcussions of Stigma*, 5 (1): 26-29.
27. Goffman, E. (2009) Stigma; Zabeleške o ophođenju sa narušenim identitetom, *Novi Sad: Me*
28. Goffman, E., (1963) Stigma. *London: Penguin*
29. Golik Gruber, V. (2014) Stigmatizacija duševnih bolesnika. *Alkohološki glasnik*, 205: 3-5.
30. Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on

- stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185 (4): 342-349.
31. Halamić, V. (2016). Iskustva, stavovi i predrasude prema osobama koje boluju od depresije u Republici Hrvatskoj. Ispitni rad na kolegiju Metoda ankete. Odsjek za sociologiju, *Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu*.
  32. Hannigan, B. (2016). Mental Health Nursing in the Community: A United Kingdom Perspective. *Home Health Care Management & Practice*, 11 (4): 60-66.
  33. Hautzinger, M. (2002). Depresija. *Naklada Slap*, Zagreb.
  34. Hewstone, M.; Stroebe, W. (2001). Socijalna psihologija: europske perspektive, *Jastrebarsko: Naklada Slap*.
  35. Holzinger, A. (2012). Gender differences in public beliefs and attitudes about mental disorder in western countries: a systematic review of population studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21 (1): 73-85.
  36. Hotujac, L.J. (2008). Živjeti s depresijom. *Klinika za psihijatriju*. Preuzeto u listopadu 2021., s <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/15396/Depresija-i-mladi.html>
  37. Hromatko, I., Matić, R. (2008). Stigma – teatar kao mjesto prevladavanja stigmatizacije. *Sociologija i prostor : časopis za istraživanje prostornoga i sociokulturnog razvoja*, 46 (1): 77-100.
  38. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2018). Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj: Zagreb.
  39. Hughes, A.A. , Heimberg, R.G., Coles, M.E., Gibb, B.E., Liebowitz, M.R. i Schneier, F.R. (2006). Relations of the factors of the tripartite model of anxiety and depression to types of social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (11): 1629-1641.
  40. Jerončić Tomić, I. (2017). Stigma – mitovi i predrasude depresivnog poremećaja – uloga videa kao medija u psihoedukaciji. *Split: stručni rad*, 6 (11): 1689-1693
  41. Jonjić, V. (2017). Stavovi i stereotipi. Završni rad: Sveučilište u Splitu; *Pomorski Fakultet*.
  42. Juretić, J. (2008). Socijalna i ispitna anksioznost te percepcija samoefikasnosti kao prediktori ishoda ispitne situacije. *Psihologijske teme*, 17 (1): 15-36.
  43. Kurtović, A., Svalina, N. (2016). Neke determinante stavova prema osobama sa psihičkim poremećajima. *Mostariensia: časopis za društvene i humanističke znanosti*, 20 (1): 21-39.

44. Lenz, V., Vinković, M. (2016). Pojavnost depresije, anksioznosti i fobija u studentskoj populaciji Medicinskog i Pravnog fakulteta u Osijeku. *Socijalna psihijatrija*, 44 (2): 0-129.
45. Liber, P. (2019). Reprerentacija psihičkih poremećaja i bolesti na televiziji: percepcija publike i oboljelih. *Zagreb: diplomski rad*.
46. Majdak, M., Kamenov, Ž. (2009) Stigmatiziranost i slika o sebi maloljetnih počinitelja kaznenih djela. *Kriminologija & socijalna integracija : časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 17 (1): 41-53.
47. Mendlowicz, M.V., Stein, M.B., (2000). Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders, *Am J Psychiatry. American Journal of Psychiatry*, 157 (5): 669-682.
48. Miletić, L., Sokolić, F. (2017). Stigmatizacija osoba s duševnim smetnjama – istraživanje stajališta studenata Pravnog Fakulteta u Rijeci. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38 (3): 1163-1186.
49. Nekić, M., Mamić, S. (2019). Anksioznost kod studenata: uloga perfekcionizma, netolerancije neizvjesnosti, ruminacije i usredotočene svjesnosti. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 28 (2): 295-314.
50. Pennington, DC. (1996) Osnove socijalne psihologije. *Jastrebarsko: Naklada Slap*
51. Petak, A., Marić, S., Matković, R. (2021). Stavovi prema osobama s poteškoćama mentalnog zdravlja. Fakultet hrvatskih studija, Zagreb, *Ljetopis socijalnog rada*, 181-203.
52. Scheff, T. (1966). Being mentally ill: A sociology theory. *Chicago: Aldine*
53. Šiber, I. (1982). Konformizam i društvo. *Croatian Political Science Review*, 19 (1): 23-37.
54. Škugor, T. & Sindik, J. (2017). Stavovi prema duševnim bolesnicima u društvu – usporedba u odnosu na odabrane socio-demografske čimbenike. *Sestrinski glasnik*, 22 (3): 273-279.
55. Štrkalj Ivezić, S. (2006). Stigma psihičke bolesti. *Časopis Medix* (64)
56. Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*, 7 (3): 185-188.
57. Supek, R. (1973). Društvene predrasude. Socijalno-psihološka razmatranja. *Beograd: Radnička štampa*
58. Todor, I. (2012). Opinions about mental illness. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82: 209 – 214.

59. Velimirović, I., Štrkalj Ivezić, S. (2016). Istraživanje stigme i diskriminacija. *Stručni rad*
60. Veljak, L. (2005). Obrazovanjem protiv predrasuda. *Filozofska istraživanja*, 25 (2): 453-458.
61. Wolska, A., & Malina, A. (2020). Personality and attitudes towards people with mental disorders: Preliminary studies results. *International Journal of Social Psychiatry*, 66 (3): 270-278.
62. Zexin, M. (2017). How to Media cover Mental illnesses: A Review. *Oakland University, Health Education*, 117(1): 90 – 109.
63. Žiropađa, Lj. & Dulović, A. (2014). Stavovi prema mentalno obolelim u Crnoj Gori: Adaptacija CAMI skale. *Engram*, 36 (3-4), 27-38.

## 10. SAŽETAK

Stigmatizacija utječe na sliku pojedinca o sebi, te utječe na ozdravljenje. U povijesti je stigma predstavljala negativan žig koji pojedinac nosi do kraja života, danas, protiv stigmatizacije se nastoji boriti jer stigmatizacija povlači za sobom i predrasude, koje nisu poželjne ukoliko psihički oboljela osoba teži ka ozdravljenju. Studije Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje, pokazale su da anksiozni poremećaji imaju najveću stopu pojavljivanja od svih mentalnih poremećaja s činjenicom da će se 14,6% populacije tijekom života susresti s nekim oblikom anksioznog poremećaja. Imajući u vidu visok stupanj stigmatizacije prema „drugačijim“ skupinama ljudi, provedeno je istraživanje, putem anonimne ankete, u kojem su ispitani stavovi, iskustva i predrasude studenata na visokim učilištima u Zagrebu, prema različitim skupinama ljudi, koji pate od depresije i anksioznosti. U sklopu izrade diplomskog rada, provedena je online anketa „*Stigmatizacija i stavovi o oboljelim od anksioznosti i depresije*“ na 152 studenta visokih učilišta u Zagrebu 2022 godine. Rezultati analize stavova i predrasuda pokazuju kako postoji značajna razlika s obzirom na dob i spol studenata, područje studiranja, ali i razinu studija. Dok statistički značajna razlika s obzirom na regionalnu pripadnost studenata kao i materijalno stanje, nije dobivena. Kroz mjerenje stupnja predrasuda prema osobama koji boluju od anksioznosti i depresije, dobiveni rezultati su pokazali blagonaklonost prema oboljelima što je i priželjkivano. Ispitivana je socijalna distanca prema osobama oboljelim od anksioznosti i depresije, te otkrili da bi ispitanici (preko 90% njih) prihvatili veze s osobama koje su u prošlosti bolovali od anksioznosti i depresije, kao i trenutačno.

Ključne riječi: *stigmatizacija, stavovi, predrasude, anksiozan poremećaj, depresivan poremećaj*

## SUMMARY

Stigmatization affects an individual's self-image, and affects healing. In history, stigma represented a negative mark that an individual carries for the rest of his life, today, efforts are being made to fight against stigmatization because stigmatization comes in package with prejudices, which are not desirable if a mentally ill person strives for healing. Studies by the National Institute of Mental Health have shown that anxiety disorders have the highest rate of occurrence of all mental disorders with the fact that 14.6% of the population will experience some form of anxiety disorder during their lifetime. Bearing in mind high representation of stigmatization towards "different" groups of people, research was made, through an anonymous survey, in which the attitudes, experiences and prejudices of students at universities in Zagreb were examined, towards different groups of people who suffer from depression and anxiety. As part of the master thesis, an online survey "Stigmatization and attitudes about individuals with anxiety and depression" was conducted on 152 students of universities in Zagreb in 2022. The results of the analysis of attitudes and prejudices show that there is a significant difference regarding age and gender of the students, field of study, as well as level of study. While a statistically significant difference with regard to the regional belonging of the students as well as the material condition, was not obtained. By measuring how high prejudice against people suffering from anxiety and depression can go, results that were received showed benevolence towards the sufferers and that was desired. Social distance towards people suffering from anxiety and depression was examined and it was found that the respondents (over 90% of them) would accept relationships with people who suffered from anxiety and depression in the past, as of suffering right now.

Key words: *stigmatization, opinions, prejudices, anxiety disorder, depression disorder*