



Zdravstvena pismenost

odgojno-obrazovnih
djelatnika u području
mentalnoga zdravlja
djece i mladih

**ISTRAŽIVANJE PREPOZNAVANJA
DEPRESIVNOSTI I SPREMNOSTI NA
PRUŽANJE PODRŠKE I POMOĆI**

**ŽIVJETI
ZDRAVO**



Europska unija
"Zajedno do bolnice EU"



EUROPSKI STRUKTURNI
I INVESTICIJSKI FONDovi



Ministarstvo
obrazovanja i
znanosti



Agencija za odgoj i obrazovanje
Educational and Teacher Training Agency



Ministarstvo
zdravstva



Ministarstvo
zdravstva



HZJZ

Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda.

www.strukturmifondovi.hr

Sadržaj publikacije isključivo je odgovornost Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Korisnik: Hrvatski zavod za javno zdravstvo / Ukupan iznos projekta: 30.373.299,36 HRK / Iznos EU potpore: 85 %.



ZDRAVSTVENA PISMENOST ODGOJNO-OBRAZOVNIH DJELATNIKA U PODRUČJU MENTALNOGA ZDRAVLJA DJECE I MLADIH

**Istraživanje prepoznavanja depresivnosti i
spremnosti na pružanje podrške i pomoći**

Ljiljana Muslić (ur.), Martina Markelić, Anita Vulić-Prtorić, Vesna Ivasović, Diana Jovičić Burić

Projekt „Živjeti zdravo“
Služba za promicanje zdravlja
Referentni centar Ministarstva zdravstva za promicanje zdravlja

HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO

IZDAVAČ

Hrvatski zavod za javno zdravstvo
Rockefellerova 7
10000 ZAGREB

ZA IZDAVAČA

doc. dr. sc. Krunoslav Capak, prim. dr. med.

PROJEKT

„Živjeti zdravo“

VODITELJICA PROJEKTA

doc. dr. sc. Sanja Musić Milanović, dr. med.

UREDNIKA

dr. sc. Ljiljana Muslić, prof. psihologije

AUTORI

dr. sc. Ljiljana Muslić, prof. psihologije
Martina Markelić, prof. sociologije
prof. dr. sc. Anita Vulić-Prtorić
dr. sc. Vesna Ivasović, prof. psihologije
Diana Jovićić Burić, dr. med.

LEKTURA

Ana Mihaljević, mag.

GRAFIČKO OBLIKOVANJE

Lana Kasumović, dipl. san. ing.
Studio 2M d.o.o.

ISBN 978-953-7031-77-0

CIP zapis je dostupan u računalnome
katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice
u Zagrebu pod brojem 001007488.

Zahvala

Ova publikacija ne bi bila moguća bez pomoći velikoga broja kolega i stručnjaka u osnovnim i srednjim školama Republike Hrvatske i svih odgojno-obrazovnih djelatnika koji su sudjelovali u predistraživačkoj i istraživačkoj fazi kao i stručnjaka u području mentalnoga zdravlja iz kliničke i akademske zajednice te javnoga zdravstva koji su sudjelovali u njegovoj predistraživačkoj fazi. Stoga im ovim putem želimo zahvaliti.

Također zahvaljujemo prof. Antonyju Jormu (Sveučilište u Melbourneu, Škola za globalno zdravlje i zdravlje populacije, Australija) utemeljitelju koncepta zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja na tome što nam je ustupio upitnike te na njegovim vrijednim komentarima pri prijevodu i modifikaciji anketnoga upitnika.

Posebno zahvaljujemo svim kolegama iz Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo (Službi za promicanje zdravlja, Službi za medicinsku informatiku i biostatistiku te Ravnateljstvu) na pomoći i podršci pri izradi internetskoga upitnika i pisanju izvještaja.

Istraživački tim
Ljiljana Muslić
Martina Markelić

Kratki sadržaj

O projektu „Živjeti zdravo”	iii
Sadržaj	iv
Važnost zdravstvenoga obrazovanja i zdravstvene pismenosti u promicanju zdravlja	1
Treba li nam zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja?	5
Sažetak	9
1. UVOD	10
2. CILJEVI	17
3. METODA ISTRAŽIVANJA	18
3.1. Uzorkovanje	18
3.2. Mjerni instrument	20
3.3. Provedba istraživanja	22
3.4. Analiza podataka i prikaz rezultata	23
3.5. Metodološki osvrt	24
4. REZULTATI I RASPRAVA	27
4.1. Sociodemografska obilježja uzorka	28
4.2. Zdravstvena pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih	32
4.3. Škola i mentalno zdravlje djece i mladih	103
5. ZAKLJUČNI OSVRT I PREPORUKE	143
6. PRILOZI	151
6.1. Najvažnije spoznaje dobivene na temelju provedenoga istraživanja	151
6.2. Ukratko o autoricama	154

O projektu „Živjeti zdravo“

Hrvatski zavod za javno zdravstvo kao krovna javnozdravstvena ustanova u Republici Hrvatskoj već se dugu niz godina brine o zdravlju cjelokupnoga stanovništva Republike Hrvatske obavljajući brojne javnozdravstvene djelatnosti, od kojih je jedna i promicanje zdravlja. U skladu sa željom za pojačavanjem aktivnosti podizanja svijesti populacije o važnosti očuvanja zdravlja osmišljen je program promicanja zdravlja „Živjeti zdravo“ koji je Vlada Republike Hrvatske u srpnju 2015. proglasila nacionalnim programom. Aktivnosti Nacionalnoga programa „Živjeti zdravo“ ugrađeni su zatim u projekt „Živjeti zdravo“, za koji je Hrvatski zavod za javno zdravstvo osigurao bespovratna sredstva iz Europskoga socijalnog fonda u sklopu Operativnoga programa „Učinkoviti ljudski potencijali 2014. – 2020.“

Opći je cilj toga projekta unaprjeđenje zdravlja populacije smanjenjem negativnoga učinka bihevioralnih, biomedicinskih i psiho-socio-ekonomskih rizičnih čimbenika te oblikovanje podržavajućega okruženja koje će pomoći da zdravi izbori postanu dostupniji i da tako svim osobama u Republici Hrvatskoj bude omogućena viša razina zdravlja i bolja kvaliteta života.

Programi i aktivnosti usmjereni su na očuvanje zdravlja stanovništva, mijenjanje loših životnih navika i smanjenje pobola¹ od kroničnih nezaraznih bolesti² s pomoću informiranja, edukacije i senzibiliziranja građana svih dobni skupina o pozitivnim stranama zdravih životnih stilova: pravilnoj prehrani, tjelesnoj aktivnosti, smanjenju prekomjerne tjelesne mase, prevenciji debljine i promicanju spolnoga/reproduktivnoga i mentalnoga zdravlja te s pomoću mijenjanja okolišnih čimbenika. Projekt sadržava pet elemenata: Zdravstveno obrazovanje, Zdravlje i tjelesna aktivnost, Zdravlje i prehrana, Zdravlje i radno mjesto te Zdravlje i okoliš.

Zdravstveno obrazovanje djece i mladih osim činjenica o zdravlju usvojenih tijekom nastavnoga procesa uključuje i zdravstveno opismenjavanje te usmjeravanje djece i mladih, ali i odraslih u njihovoj okolini, k usvajanju navika pravilne prehrane i tjelesne aktivnosti te osvještavanje važnosti očuvanja tjelesnoga i mentalnoga zdravlja te spolno odgovornoga ponašanja.

Ovo istraživanje i publikacija nastali su u sklopu elementa Zdravstveno obrazovanje, aktivnosti usmjerenih na promicanje važnosti očuvanja mentalnoga zdravlja djece i mladih (podelement Mentalno zdravlje) i promicanja važnosti zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih s ciljem povećanja ranoga prepoznavanja problema mentalnoga zdravlja djece i mladih te povećanja traženja i pružanja pomoći s usvajanjem vještina pružanja psihološke prve pomoći i emocionalne podrške.

ravnatelj Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo
doc. dr. sc. Krunoslav Capak, prim. dr. med.

¹ Pobil – odnos broja oboljelih u određenome vremenskom razdoblju i broja stanovnika toga područja. Obično se izražava na 1000, 10 000 ili 100 000 stanovnika ovisno o vrsti i učestalosti bolesti.

² Kronične nezarazne bolesti – bolesti dugog trajanje koje su definirane kao neprenosive među ljudima (primjerice bolesti krvožilnog sustava, šećerna bolest, tumori....)



Sadržaj

O projektu „Živjeti zdravo	iii
Sadržaj	iv
Važnost zdravstvenoga obrazovanja i zdravstvene pismenosti u promicanju zdravlja	1
Treba li nam zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja?	5
Sažetak	9

1. UVOD 10

2. CILJEVI 17

3. METODA ISTRAŽIVANJA 18

3.1. Uzorkovanje	18
3.1.1. Odaziv na istraživanje	19
3.2. Mjerni instrument	20
3.3. Provedba istraživanja	22
3.4. Analiza podataka i prikaz rezultata	23
3.5. Metodološki osvrt	24

4. REZULTATI I RASPRAVA 27

4.1. Sociodemografska obilježja uzorka	28
4.1.1. Ukratko o sociodemografskim obilježjima	31
4.2. Zdravstvena pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih	32
4.2.1. Prepoznavanje problema	34
4.2.1.1. Prepoznavanje problema i zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja	34
4.2.1.2. O depresivnosti kod djece i mladih	35
4.2.1.3. Prepoznavanje problema u vinjetama	38
4.2.1.4. Prepoznavanje problema u vinjetama na cjelokupnome uzorku	38
4.2.1.5. Prepoznavanje problema po pojedinim vinjetama	45
4.2.1.6. Osvrt na prikazane rezultate	57
4.2.2. Pružanje pomoći	60
4.2.2.1. Pružanje pomoći	60
4.2.2.1. Spremnost djelatnika u školi da potraže pomoć za učenika koji ima problem	60
4.2.2.3. Osjećaj sigurnosti djelatnika u vlastite sposobnosti da pomognu učeniku koji ima problem	63
4.2.2.4. Znanja i vještine pružanja prve pomoći i prevencije u području mentalnoga zdravlja	67
4.2.2.5. Osvrt na prikazane rezultate	72

4.2.3. Znanja o oblicima pomoći i vjerovanja o ishodima	75
4.2.3.1. Znanja o dostupnim oblicima stručne pomoći	75
4.2.3.2. Znanja o oblicima samopomoći	77
4.2.3.3. Vjerovanja o ishodima	80
4.2.3.4. Osvrt na prikazane rezultate	86
4.2.4. Stigmatizacija	89
4.2.4.1. Stigmatizacija i diskriminacija	89
4.2.4.2. Stigmatizacija učenika koji imaju problem	90
4.2.4.3. Diskriminacija učenika koji imaju problem	91
4.2.4.4. Osvrt na prikazane rezultate	94
4.2.5. Ukratko o zdravstvenoj pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih	96
4.3. Škola i mentalno zdravlje djece i mladih	103
4.3.1. Stručna rasprava o mentalnome zdravlju u školi	104
4.3.1.1. Uvod	104
4.3.1.2. Stručna rasprava o mentalnome zdravlju učenika u školi	105
4.3.1.3. Važnost uključenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u praćenje i pružanje podrške u zaštiti mentalnoga zdravlja učenika	108
4.3.2. Važnost zaštite mentalnoga zdravlja djece i mladih na razini školske politike i djelovanja unutar škole	111
4.3.2.1. Uvod	111
4.3.2.2. Mišljenje odgojno-obrazovnih djelatnika o tome koliko su školi važni pojedini oblici podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja	113
4.3.2.3. Mišljenje odgojno-obrazovnih djelatnika o važnosti pojedinih oblika podrške kao dijela dugoročne školske strategije u području zaštite mentalnoga zdravlja učenika	124
4.3.2.4. Školska strategija i zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja	134
4.3.3. Ukratko o vrednovanju mentalnoga zdravlja u školama i među odgojno-obrazovnim djelatnicima	139

5. ZAKLJUČNI OSVRT I PREPORUKE 143

6. PRILOZI 151

6.1. Najvažnije spoznaje dobivene na temelju provedenoga istraživanja	151
6.2. Ukratko o autoricama	154



Važnost zdravstvenoga obrazovanja i zdravstvene pismenosti u promicanju zdravlja

Uvodna riječ voditeljice projekta „Živjeti zdravo” i voditeljice elementa Zdravstveno obrazovanje

doc. dr. sc. Sanja Musić Milanović, dr. med.

Služba za promicanje zdravlja

Referentni centar Ministarstva zdravstva za promicanje zdravlja

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Zdravstvena pismenost definira se kao skup kognitivnih i socijalnih vještina koje određuju motivaciju i sposobnost pojedinca da dođe do informacija, razumije ih i koristi se njima radi unaprjeđenja i održavanja dobroga zdravlja (1, 2, 3, 4). Upravo se zdravstvena pismenost smatra ključnom u osnaživanju pojedinaca da preuzmu kontrolu u očuvanju vlastitoga zdravlja poboljšavanjem pristupa zdravstvenim informacijama i unaprjeđivanjem sposobnosti pojedinca da se njima učinkovito koristi i pravodobno djeluje na svoju dobrobit ili dobrobit drugih osoba u svojoj okolini. Ona određuje stupanj do kojega pojedinac može dobiti, obraditi i razumjeti osnovne zdravstvene podatke i usluge koje su mu potrebne za donošenje odgovarajućih zdravstvenih odluka i očuvanja zdravlja (5, 6). Istraživanja su pokazala da je zdravstvena pismenost povezana s ishodom liječenja, odnosno da niska razina zdravstvene pismenosti može imati dugoročne posljedice na zdravlje pojedinca te je povezana s lošijim zdravstvenim ishodima (3).

Zdravstvena pismenost nadilazi tradicionalno shvaćanje zdravstvenog obrazovanja i uključuje ekološke, političke i društvene čimbenike koji određuju zdravlje (1). Cilj je tako sveobuhvatno shvaćenoga obrazovanja utjecati ne samo na odluke pojedinca o načinu života već i na podizanje svijesti o odrednicama zdravlja te na stavove, motivaciju i namjere u odnosu na zdravstveno ponašanje, na vještine i samoučinkovitost te u konačnici poticati individualne i društvene aktivnosti koje mogu dovesti do promjene odrednica zdravlja i ponašanja (1, 7).

U današnjemu suvremenom svijetu, posebno u razvijenim zemljama svijeta, najveći su javnozdravstveni izazov kronične nezarazne bolesti. Možemo reći da se svijet danas suočava s epidemijom kroničnih nezaraznih bolesti na sličan način kao što se u prošlosti suočavao s epidemijama zaraznih bolesti. Kronične nezarazne bolesti danas su glavni uzrok smrti u gotovo svim zemljama svijeta, a osim što ugrožavaju život i zdravlje ljudi, ograničavaju i njihovu kvalitetu života, funkcionalnost i produktivnost, a time i cjelokupni gospodarski razvoj neke zemlje. Među kroničnim



nezaraznim bolestima mentalni poremećaji posebno su veliko breme zbog toga što imaju velik utjecaj na kvalitetu života pojedinca te donose i veliko opterećenje za okolinu i širu zajednicu (8, 9). Prema Studiji svjetskoga opterećenja bolešću 2013.³, uzimajući kao pokazatelj opterećenja samo sastavnicu godina zdravoga života izgubljenih zbog onesposobljenosti⁴, među deset najčešćih uzroka opterećenja bolešću u svijetu dva su iz skupine mentalnih poremećaja – veliki depresivni poremećaj na drugome mjestu i anksiozni poremećaji na devetome mjestu (10). Promatramo li mentalne poremećaje prema učestalosti, među češćima je i depresija, poremećaj koji se prevencijom, pravodobnim djelovanjem i liječenjem može i spriječiti i izliječiti. Mentalni poremećaji, pa tako i depresija, često imaju svoj začetak u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi, a utvrđeno je da se oko 70 % mentalnih poremećaja može dijagnosticirati prije 25. godine života (8). Znamo da Svjetska zdravstvena organizacija na osnovi svojih procjena svjetskoga opterećenja bolestima upozorava na to da će depresija do 2020. godine postati drugi svjetski zdravstveni problem, a gledajući samo populaciju žena, zdravstveni problem broj jedan. Stoga se na svjetskoj razini naglašava važnost promicanja mentalnoga zdravlja i usmjerava se pozornost na zdravstveno opismenjavanje u području mentalnoga zdravlja na razini čitavoga stanovništva i u specifičnim skupinama. Pritom se ističe sljedeće:

- **Mentalno je zdravlje sastavni dio općega zdravlja**, a važan je izvor snage i sigurnosti za pojedinca i za obitelj. Osoba koja je dobroga mentalnog zdravlja zadovoljna je, pozitivna, sposobna zasnovati obitelj i biti sretna u obitelji, prihvaća druge ljude, sposobna je stvarati i održavati prijateljstva, produktivna je na radnome mjestu i dobro se nosi sa životnim nedaćama i stresovima.
- **Mentalno zdravlje suviše je važno da bismo ga prepustili samo stručnjacima**. Svi trebamo osnovna znanja i vještine iz toga područja jer svatko zna nekoga tko je iskustvo emocionalne krize i poteškoće u području mentalnoga zdravlja. Stoga, zaštita mentalnoga zdravlja počinje s dna piramide, u zajednici: u našim domovima, na radnim mjestima, u školama i u drugim obrazovnim institucijama, ali i na javnim mjestima.
- **Ne treba zanemarivati probleme mentalnoga zdravlja u odnosu na probleme tjelesnoga zdravlja**. Osobito treba istaknuti čestu međupovezanost tjelesnih bolesti s narušenim mentalnim zdravljem, što znači da bilo koja tjelesna bolest može imati kao posljedicu mentalnozdravstvene probleme; s druge strane, mnoge nama poznate bolesti razvile su se

³ Eng. *Global burden of disease study 2013*.

⁴ Eng. *Years lived with disability, YLDs*.

zbog poremećenoga mentalnog zdravlja i nesposobnosti osobe da se uspješno nosi sa stresom, koji je naša svakodnevnica. Povezanost dobrog mentalnog i tjelesnog zdravlja važna je za uspješan rast i razvoj u svakoj životnoj dobi.

- **Problemi mentalnoga zdravlja mogu se dogoditi svakomu i nitko ne mora biti izuzet**, stoga je osobito važno osvijestiti postojanje takvih problema, prepoznati ih kod najbližih i pravodobno pružiti prvu pomoć i potrebne informacije. Važno je obavještavati ljude o oblicima pomoći koji su dostupni za prevenciju i liječenje, ali i o načinima na koje ljudi mogu pomoći sebi i/ili članovima svoje obitelji, svojim prijateljima i/ili kolegama te svojim učenicima, podučavati ih kako pružiti podršku oboljelima ili općenito osobama koje proživljavaju emocionalnu krizu te ih obavijestiti o tome koji im stručnjaci u tome mogu pomoći.
- **Razgovor o mentalnome zdravlju prvi je korak u prevladavanju stigme.** Stigma i diskriminacija, koje prate probleme mentalnoga zdravlja (posebno mentalne poremećaje), dovode do kašnjenja u prepoznavanju problema te do odgode u traženju pomoći, zbog čega liječenje traje dulje, a može doći i do težih posljedica kao što je samoubojstvo.

Dr. Andrija Štampar, utemeljitelj zdravstvenoga opismenjavanja u Hrvatskoj te jedan od osnivača Svjetske zdravstvene organizacije, između ostaloga je rekao (11):

- ***„Pitanje narodnoga zdravlja ne može se rješavati naredbama odozgora, nego poučavanjem i ljubavi.“***
- ***„Lakše je zdravoga sačuvati nego bolesnoga liječiti!“***
- ***„Brza je pomoć dvostruka pomoć.“***

Sve to možemo primijeniti i na mentalno zdravlje jer nema zdravlja bez mentalnoga zdravlja. Na nama je da očuvamo zdravlje koje smo dobili na dar, a djeci i mladima pomognemo u tome.

Literatura:

1. World Health Organization. *Health literacy and health behaviour*. Preuzeto s <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/> (25. 3. 2018.)
2. Kickbusch, I. i Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization, 14.
3. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J. i Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*, 155(2), 97-107.
4. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A. i Crotty, K. (2011). *Health literacy interventions and outcomes: an update of the literacy and health outcomes systematic review of the literature*. Evidence report/technology assessment (Full Rep), 199(1), 941. Preuzeto s <https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/literacy/literacyup.pdf> (25. 3. 2018.)
5. Ratzan, S. C. i Parker R. M. (2000). Introduction. U C. R. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan i R. M. Parker (ur.), *Health Literacy*. Bethesda (MD): National Institutes of Health, U. S. Department of Health and Human Services.
6. Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion - executive summary. (2008, 26. studenoga). Preuzeto s <http://www.nap.edu/catalog/10883.html> (20. 3. 2018.)
7. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
8. World Health Organization. *Mental disorders*. Preuzeto s http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/ (12. 6. 2018.)
9. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. i Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
10. Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I. i sur. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800.
11. Hrvatski državni arhiv (2008). Andrija Štampar (1888- 1958) – katalog izložbe. Hrvatski državni arhiv, Zagreb. Preuzeto s http://zagreb.arhiv.hr/hr/novosti/pregled/izlozbe/2008/stampar/hda_andrija_stampar_katalog2a.pdf (14. 6. 2018.)

Treba li nam zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja⁵?

Uvodna riječ voditeljice podelementa Mentalno zdravlje, E1 Zdravstveno obrazovanje

dr. sc. Ljiljana Muslić, prof. psihologije

Služba za promicanje zdravlja

Referentni centar Ministarstva zdravstva za promicanje zdravlja

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Nedostatak znanja, neupućenost, stigma i diskriminacija često su razlozi zbog kojih se na probleme mentalnoga zdravlja gleda drugačije nego na probleme tjelesnoga zdravlja. Stigma i neznanje smanjuju mogućnost da će osoba potražiti pomoć, ali i da će joj potrebnu pomoć pružiti pojedinci i/ili stručnjaci u zajednici. Poznato je, primjerice, da će, što osobe s mentalnim poremećajima kasnije potraže pomoć i podršku, to teži i dulji biti njihov oporavak i liječenje. Traženje pomoći⁶ pritom nije jednostavan proces prepoznavanja potrebe, donošenja odluke i namjere o traženju pomoći i provedbe te odluke, odnosno namjere (akcija, ponašanje). U svakome trenutku navedenoga procesa i u konačnici aktivnoga traženja pomoći djeluju različiti čimbenici, uključujući i one koji dovode do odgađanja traženja pomoći: potreba za traženjem pomoći ne mora biti prepoznata; ako se ona i prepozna, ne mora je se provesti u namjeru; a i namjera ne dovodi uvijek do ponašanja (1). Neznanje i s njim povezana stigma usmjerena na osobe s problemima mentalnoga zdravlja dodatna su prepreka. Društvena stigmatizacija uključuje negativno etiketiranje, marginaliziranje i izbjegavanje pojedinaca zato što imaju određena obilježja, primjerice zato što imaju probleme mentalnoga zdravlja ili mentalni poremećaj. Smatra se kako stigma uključuje probleme znanja (neznanje), probleme stavova (predrasuda) i probleme ponašanja (diskriminacija) (2). Postojanje stigme u odnosu na osobe s problemima mentalnoga zdravlja između ostaloga smanjuje mogućnost da će osoba potražiti pomoć i da će joj primjerenu pomoć pružiti pojedinci ili stručnjaci u zajednici. Brojna istraživanja kojima se nastojalo utvrditi koji čimbenici negativno, a koji pozitivno utječu na traženje pomoći pokazala su između ostaloga da bolje znanje o očuvanju mentalnoga zdravlja, mentalnim poremećajima te dostupnim oblicima liječenja, pozitivniji stav i podrška okoline pridonose traženju pomoći (3). Istraživanja provedena radi ispitivanja razine informiranosti opće populacije o mentalnim poremećajima i optimalnim načinima nošenja s njima pokazala su razmjerno loše prepoznavanje bolesti i najboljega tretmana (1). Rezultati su također pokazali da sudionici više

⁵ Eng. *Mental Health Literacy (MHL)*, što u prijevodu znači 'zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja' (moguće je skraćeno govoriti i o mentalnozdravstvenoj pismenosti).

⁶ Termin *traženje pomoći* (eng. *help seeking behavior*) upotrebljava se za označavanje ponašanja u kojemu pojedinac aktivno traži pomoć drugih ljudi.



vole potražiti pomoć od obiteljskoga liječnika ili prijatelja nego od kliničkoga psihologa ili psihijatra. Posebno je negativan bio doživljaj psihofarmaka i strukturiranih psihoterapija.

Dok će većina osoba koje proživljavaju neko hitno stanje povezano s tjelesnim zdravljem dobiti prvu pomoć ili u javnosti ili u zdravstvenoj ustanovi, to nije uvijek slučaj kad je riječ o hitnim situacijama povezanim s problemima mentalnoga zdravlja i emocionalnim krizama. No, zbog sve većega broja ljudi s problemima mentalnoga zdravlja, koji ne uključuju nužno patološka ponašanja već i lakše poremećaje ili poteškoće u svakodnevnome funkcioniranju, prepoznata je potreba da se javnost senzibilizira i pouči i o tome važnom dijelu sveukupnoga zdravlja. Unaprjeđivanje prepoznavanja mentalnih poremećaja i smanjenje stigme povezano s njima uglavnom je usmjereno na liječnike i druge zdravstvene djelatnike. U posljednjih deset godina prepoznata je potreba za uključivanjem opće populacije i specifičnih skupina kad je riječ o prepoznavanju i smanjivanju stigme povezane s mentalnim poremećajima i općenito probleme povezane s mentalnim zdravljem. U skladu s navedenim istraživačkim i stručnim zanimanjem razvijen je višeznačan koncept zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja (4).

Svjetska federacija za mentalno zdravlje u suradnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom povodom obilježavanja Svjetskoga dana mentalnoga zdravlja 2016. istaknula je opću potrebu da se pojača svijest o jednakoj važnosti mentalnoga i tjelesnoga zdravlja na razini populacije općenito te potrebu učenja vještine psihološke prve pomoći, odnosno prve pomoći u području mentalnoga zdravlja, upravo kako bismo mogli pomoći osobama koje proživljavaju psihičke krize, jednako kao što se pruža prva pomoć pri hitnim tjelesnim stanjima (5).

Aktivnosti promicanja i unaprjeđenja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja važne su sastavnice promicanja mentalnoga zdravlja (5, 6, 7). Unaprjeđenje zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja preporučeno je kao učinkovita metoda javnozdravstvenoga djelovanja u području sprječavanja depresije i samoubojstava (8), a bila je uvrštena kao važna mjera za područje unaprjeđenja zdravlja u stanovništvu u Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnoga zdravlja djece i mladih za razdoblje od 2011. do 2016. godine⁷.

Mentalno zdravlje djece i mladih ne treba prepustiti samo stručnjacima !

Mnogi odrasli koji svakodnevno žive i rade s djecom nisu dovoljno upoznati kako prepoznati probleme mentalnoga zdravlja djece i mladih, kako reagirati na njih i koji su učinkoviti tretmani dostupni u zajednici. Prisutne su i mnoge zablude i mitovi kad je riječ o mentalnome zdravlju, posebno kad je riječ

⁷ Za vrijeme pisanja ove publikacije nova nacionalna strategija za zaštitu mentalnoga zdravlja bila je u izradi.

o poteškoćama i poremećajima mentalnoga zdravlja, primjerice prisutna je zabluda da su djeca s takvim poteškoćama i poremećajima opasna, da ih je bolje izbjegavati, da je bolje ne tražiti pomoć stručnjaka, posebno psihijatrijsko liječenje, da je to kod mladih uvijek prolazno ili da se mogu sami iz toga izvući, da je to stvar dobi i razvoja ili da samo oni slabi ili npr. s problemima u obitelji imaju probleme mentalnoga zdravlja. Zbog toga se često ne reagira na probleme mentalnoga zdravlja djece i mladih ili se ne traži primjerena stručna pomoć za njih.

S većim znanjem o problemima mentalnoga zdravlja djece i mladih odrasli u njihovu okruženju moći će uspješnije prepoznati probleme zbog kojih djeca i mladi pate i biti bolje pripremljeni pružiti im prvu pomoć i podršku. U skladu s porukama Svjetske zdravstvene organizacije i Svjetske federacije za mentalno zdravlje iz 2016. pokrenuli smo aktivnosti promicanja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja, počevši od potreba odgojno-obrazovnih djelatnika, kako bismo im pomogli da u svom svakodnevnom radu uspješnije prepoznaju poteškoće koje djeca i mladi pokazuju i da djeluju kao **prva pomoć i podrška kod problema mentalnoga zdravlja učenika**. Nadamo se da ćemo u budućnosti naše programe, aktivnosti i istraživanja proširiti i na djecu, mlade, ali i druge važne odrasle osobe u njihovu životu (roditelje, odgajatelje, sportske trenere...).

Literatura:

1. Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. i Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 218-251.
2. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. i Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193.
3. Rüsch, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C. i Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services*, 62(6), 675-678.
4. Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
5. World Federation for Mental Health (2016). World Mental Health Day 2016: Dignity In Mental Health Psychological & Mental Health First Aid For All. Occoquan (USA): WFMH. Preuzeto s <https://wfmh.global/wp-content/uploads/2016-wmhd-report-english.pdf> (3. 5. 2017.).
6. Kutcher, S., Wei, Y. i Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
7. World Health Organization. *Mental health: strengthening our response*. Preuzeto s <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (25. 6. 2018.)
8. Purebl, G., Petrea, I., Shields, L., Ditta Tóth, M., Székely, A., Kurimay, T., McDaid, D., Arensman, E., Granic, I. i Martin Abello, K. (2015). Joint Action on Mental Health and Wellbeing. *Depression, suicide prevention and e-health. Situation analysis and recommendations for action*. Preuzeto s https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_depression_suicide_ehealth_en.pdf (16. 9. 2018.)

SAŽETAK

Zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja skup je znanja i vjerovanja o mentalnome zdravlju i bolestima koji pomaže u prepoznavanju poteškoća i poremećaja te u prevenciji i tretmanu. Cilj je ovoga istraživanja bio dobiti uvid u zdravstvenu pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih te pritom utvrditi njihove obrazovne potrebe kad je riječ o temeljnim znanjima i vjerovanjima u području mentalnoga zdravlja djece i mladih.

Istraživanje je provedeno na uzorku od 2027 odgojno-obrazovnih djelatnika, od toga 1239 djelatnika iz osnovnih i 788 iz srednjih škola u Republici Hrvatskoj. Uzorak srednjih škola stratificiran je prema tipu škole. Podatci su prikupljeni internetskim upitnikom koji se temelji na vinjetnoj istraživačkoj metodii (prije odgovaranja na pitanja iz upitnika svaki je sudionik dobio kratku priču o učeniku ili učenici s određenim problemima u području mentalnoga zdravlja te je na pitanja odgovarao u odnosu na dobivenu priču). Tri vrste upotrijebljenih vinjeta, odnosno kratkih priča, opisivale su depresivne probleme (vinjeta *Depresivnost*, vinjeta *Depresivnost i suicidalnost* i vinjeta *Depresivnost i zlouporaba alkohola*).

Provedena je deskriptivna analiza kvantitativnih pokazatelja razine prepoznavanja, pružanja pomoći, znanja o oblicima pomoći i vjerovanja o ishodima, stigmatizacije i nekih pokazatelja vrednovanja mentalnoga zdravlja djece i mladih u školskome okruženju. Rezultati govore u prilog potrebi da se odgojno-obrazovnim djelatnicima osiguraju formalnim obrazovanjem i dodatnim usavršavanjem osnovna znanja i vještine u području mentalnog zdravlja djece i mladih. Više od polovice sudionika nije prepoznalo problem opisan u vinjeti (57,6 %). Otprilike jedna trećina sudionika (29,4 %) osjeća se sposobno samostalno pružiti pomoć učeniku, a najveći broj sudionika korisnim procjenjuje pomoć koju bi učenik s problemom dobio od djelatnika u školi (psiholog, pedagog i nastavnici). Više od 50 % sudionika nije sigurno ili ne zna postoji li diskriminacija u školskome okruženju učenika koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti. Većina sudionika (86,2 %) smatra da njihova škola nikada ne bi ne učinila ništa u slučaju učenikovih problema u području mentalnoga zdravlja.

Uzevši u obzir navedene podatke, može se zaključiti da među odgojno-obrazovnim djelatnicima postoji potreba unaprjeđivanja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja djece i mladih s naglaskom na znanja i vještine usmjerene k pružanju prve pomoći i podrške. Općenito ovo istraživanje također otvara mogućnost oblikovanja obrazovnih intervencija utemeljenih na dokazima i daljnega praćenja razine zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih.

1. UVOD

Autorice: Ljiljana Muslić, Dijana Jovičić Burić, Anita Vulić-Prtorić

Zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja skup je znanja i vjerovanja o mentalnome zdravlju i bolestima koji pomaže u prepoznavanju poteškoća i poremećaja te prevenciji i tretmanu problema mentalnoga zdravlja (1, 2). Tako definirana zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja širi je koncept od same sposobnosti razumijevanja temeljnih zdravstvenih informacija i podrazumijeva sljedeće (3):

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

Djelujući na unaprjeđenje svih odrednica zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja, autori izvornog koncepta naglašavaju da pozitivno djelujemo na pravodobno prepoznavanje mentalnoga poremećaja i traženje pomoći (4).

U odnosu na prvotnu usmjerenost na mentalne poremećaje (1) **suvremeni koncept zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja** usmjeren je i na znanja i strategije za očuvanje, postizanje i održavanje općenito dobrog mentalnog zdravlja (odnosno znanja i sposobnosti koje doprinose mentalnomu zdravlju) uz znanja o mentalnim poremećajima i njihovu tretmanu, zatim strategijama za smanjenje stigme i poboljšanje učinkovitosti u traženju pomoći (5, 6, 7). Dosadašnja istraživanja potvrđuju da je tako definirana zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja važna odrednica mentalnoga zdravlja i da ima potencijal za poboljšanje zdravlja i pojedinca i cijeloga stanovništva. Stoga je ona i postala središtem zanimanja našega stručnog i istraživačkog rada u području promicanja mentalnoga zdravlja. Rezultati pokazuju da bolja zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja pojedinaca, zajednice i unutar pojedinih institucija može unaprijediti i

rano prepoznavanje mentalnih poremećaja, poboljšati ishode liječenja i povećati korištenje zdravstvenim uslugama (8).

Promicanje mentalnoga zdravlja i prevencija razvoja mentalnih poremećaja prepoznaje se kao posebno važno područje djelovanja u očuvanju mentalnoga zdravlja. Prvi znakovi poteškoća i problema s mentalnim zdravljem često se javljaju u ranijoj dobi i imaju važan utjecaj na blagostanje⁸ i kvalitetu života i u mlađoj i u odrasloj dobi ako ne dobiju potreban tretman. Zbog toga se, očekivano, mnogi programi promicanja mentalnoga zdravlja i prevencije razvoja mentalnih poremećaja u prvome redu razvijaju i provode radi očuvanja i zaštite mentalnoga zdravlja djece i mladih. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije 10 – 20 % djece i mladih na svijetu ima neki psihički poremećaj (9). Polovica svih mentalnih poremećaja počinje prije 14. godine, a tri četvrtine do sredine 20-ih godina. Većina ih ostane neprepoznata i neliječena. Djeca s mentalnim poremećajima izložena su stigmatizaciji, izolaciji i diskriminaciji te nedostatku pristupa zdravstvenoj zaštiti, školovanju, vrlo često uz povredu osnovnih ljudskih prava i dostojanstva, naglašava Svjetska zdravstvena organizacija (10).

Djeca i mladi imaju posebne načine kako se nose s problemima mentalnoga zdravlja, često o njima raspravljaju s vršnjacima za koje misle da im mogu dati podršku ili se povlače u sebe i ne rješavaju svoje psihičke probleme. Razlozi njihova netraženja pomoći često su povezani sa stigmom i sramom, neprepoznavanjem simptoma i sklonošću oslanjanju na samoga sebe, a katkad i s neznanjem o tome tko im i kako može pomoći. Čimbenici koji pozitivno utječu na traženje pomoći odnose se na ranije pozitivno iskustvo, što može biti povezano s boljom zdravstvenom pismenošću u području mentalnoga zdravlja, s podrškom okoline, ponajprije odraslih osoba u okolini, što pridonosi smanjenju stigme (11). Upravo polazeći od navedenih preporuka te u skladu s dosadašnjim istraživanjima, postavili smo ciljeve ovoga istraživanja. Pritom smo se usmjerili na područje **depresivne simptomatologije i depresivnosti u okviru problema mentalnoga zdravlja djece i mladih** te suicidalnosti⁹ i zlorabe alkohola, rizičnih ponašanja koja se često pojavljuju uz navedene depresivne probleme.

Depresivnost je emocionalno stanje koje opisuju osjećaji tuge, neraspoloženja, žalosti i utučenosti, što je danas opće i sve učestalije životno iskustvo suvremenoga čovjeka. Depresivni simptomi javljaju se u životu gotovo svakoga čovjeka i najčešće su normalna reakcija na neke neugodne i stresne situacije (naročito u slučaju gubitka drage osobe, doma, ljubimca i sl.). Depresivnost se može definirati u kontinuumu od normalne, povremene i prolazne žalosti do duboke depresije koja traje ili se neprestano vraća. Za svakoga stručnjaka u području zaštite mentalnoga zdravlja razlikovanje između

⁸ Dobrobit, eng. *wellbeing*.

⁹ Suicidalnost (od eng. *suicide*, samoubojstvo) se u ovom istraživanju prvenstveno odnosi na sklonost samoubojstvu s izraženim suicidalnim mislima (razmišljanja o počinjenju samoubojstva)

pojedinačnih, prolaznih simptoma i depresivnih poremećaja jedan je od važnih i, kad je riječ o djeci i adolescentima, katkad vrlo teških psihodijagnostičkih zadataka. Žalost koja se javi npr. u slučaju gubitka drage osobe normalno je stanje ili odgovor koji je prema svojem trajanju i jačini prikladan težini toga gubitka, pri čemu osoba uspijeva sačuvati vlastito samopoštovanje i kontakte s drugima, bez samooptuživanja i osjećaja manje vrijednosti. S druge strane depresija u slučaju gubitka patološko je stanje u kojemu jačina i trajanje žalosti nisu u srazmjeru s pretrpljenim gubitkom (npr. u slučaju produljenoga tugovanja toliko jakoga da otežava svakodnevno funkcioniranje) te pri kojemu se gubi samopoštovanje i prisutan je snažan osjećaj krivnje i grižnje savjesti (12).

Premda se čini da tako postavljene definicije jasno razgraničavaju opisana stanja, u svakodnevnome je životu to razlikovanje manje jasno i jednostavno. Sam je koncept depresivnosti heterogen i slojevit, stoga je pristup u kojemu se depresivnost promatra na trima razinama vrlo koristan. Možemo ga promatrati na razini **simptoma**, koji doživljavaju uglavnom svi ljudi, na razini **sindroma**, koji je kombinacija nekoliko simptoma i koji doživljava manji broj ljudi, te na razini depresivnoga **poremećaja**, koji obuhvaća depresivni sindrom određenoga trajanja, jačine i negativnih posljedica na svakodnevno funkcioniranje i koji doživljava mali postotak ljudi (12).

Među mentalnim poremećajima depresija je jedan od važnijih izazova kod svih dobnih skupina zbog njezine sve veće raširenosti i često prisutnih ozbiljnih posljedica. Djeca i mladi koji pate od kliničke depresije ili pokazuju ozbiljne znakove depresije podliježu većemu riziku od suicidalnih ponašanja. Podatci govore da su suicidi treći po redu uzrok smrti adolescenata na svjetskoj razini, a depresivni su poremećaji vodeći uzrok bolesti i izgubljenih godina zdravoga života zbog onesposobljenosti (13). Stopa prevalencije ovisi o dobi, najviša je u starijoj odrasloj dobi (više od 7,5 % za žene u dobi od 55 do 74 i iznad 5,5 % za muškarce u istome dobnom rasponu). Depresija se također pojavljuje kod djece i adolescenata mlađih od 15 godina, ali u manjoj mjeri nego u starijim dobnim skupinama (14).

Depresivni su poremećaji i u Hrvatskoj jedan od prioritetnih javnozdravstvenih problema (15). Prema podacima Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo skupina mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja na šestome je mjestu po broju ukupnih hospitalizacija u Hrvatskoj u 2016. godini s udjelom od 6,6 %. Međutim, prema broju hospitalizacija u radno aktivnoj dobi (20 – 59 godina) nalazi se na drugome mjestu (12,0 %) odmah iza novotvorina¹⁰ (14,2 %) (16). Podatci govore da se prema broju korištenih dana bolničkoga liječenja mentalni poremećaji nalaze na prvome mjestu, s udjelom od 22,6 % u ukupnome broju dana bolničkoga liječenja.

¹⁰ tumori

Pojedina istraživanja na različitim uzorcima djece i mladih u RH pokazuju izraženu prisutnost depresivnih simptoma. U istraživanju na uzorku od 156 djece u dobi od 12 godina s područja Grada Zagreba 6,5 % izvijestilo je o depresivnim simptomima koji su dosežali klinički značajnu razinu, dok je 5,2 % imalo granični rezultat (17). Istraživanje provedeno na reprezentativnome uzorku od 2225 djece i adolescenata u dobi od 10 do 18 godina u osam gradova širom Hrvatske pokazalo je da 67 % djece i adolescenata ima prosječne rezultate na upitniku o simptomima depresivnosti, njih 16 % ima iznadprosječne rezultate, a 3 % ima izražene kliničke simptome (18). Autori zaključuju da su potrebne edukativne aktivnosti usmjerene na roditelje i odgajatelje/nastavnike kao najvažnije odrasle osobe u životima djece i mladih za rano otkrivanje djece s povećanim rizikom za razvoj mentalnih poremećaja (19). Usto zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja važna je životna vještina u adolescenciji i mladoj odrasloj dobi jer su problemi mentalnoga zdravlja vrlo česti u tome životnom razdoblju (4). Međutim, u tome posebno važnu ulogu mogu imati i odrasli koji s njima svakodnevno žive, rade i igraju se (20, 21).

Poznato je da škole mogu imati neizmjeran potencijal za zaštitu mentalnoga zdravlja djece i mladih i pozitivan utjecaj na usvajanje vještina i kompetencija važnih za zaštitu mentalnoga zdravlja. Mladi ne samo da u školi provode velik dio svakodnevice već se u školi susreću, isprepliću i međusobno djeluju utjecaji obitelji, zajednice i pojedinca (22). Važnost uloge škola u odgovaranju na potrebe povezane s mentalnim zdravljem općenito prepoznali su odgojno-obrazovni djelatnici, zdravstveni djelatnici i kreatori politike (20, 21, 22, 23, 24). Upravo su odgojno-obrazovni djelatnici najčešće ti koji prvi mogu uočiti ponašanja koja upućuju na razvoj ili pogoršanja mentalnih poteškoća i poremećaja. Mentalne poteškoće i poremećaji imaju velik utjecaj na funkcionalnost učenika, kao što su primjerice mogućnost učenja i koncentracije te pozitivnoga sudjelovanja u školskim i izvanškolskim aktivnostima. Upravo je stoga važno obrazovati učitelje, nastavnike i stručne suradnike u školama i pružiti im znanje i vještine potrebne da lakše prepoznaju mentalne poteškoće i poremećaje učenika te se s njima lakše suočavaju i valjano djeluju s jasnom slikom i doživljajem što i koliko mogu (25, 26). Sami su učitelji u rijetkim međunarodnim istraživanjima zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja istaknuli kako im manjka znanja i edukacija te upravo to navode kao prepreku pri rješavanju problema povezanih s mentalnim zdravljem (27). Također, prepoznaju manjak edukacija o mogućnostima i načinima pristupa i pomoći djeci s mentalnim poteškoćama i poremećajima kao moguću prepreku za pružanje pomoći iz mentalnoga zdravlja učenicima u školama (28).

Koncept zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja pokazao se dobrim temeljem aktivnostima usmjerenim na mentalno zdravlje u školama, pridonosi boljemu razumijevanju mentalnoga zdravlja i mentalnih poremećaja, promjeni stavova i namjera te djelovanju na ponašanje

koje potiče traženje pomoći u djece i mladih (21). Kako bi što veći broj škola aktivno pridonosio zdravstvenoj pismenosti, potrebno je uložiti u profesionalni razvoj učitelja, profesora i stručnih suradnika, u istraživanja povezana sa zdravljem i zdravstvenom pismenošću u školama te u diseminaciju primjera dobre prakse i inicijativa za zdravlje u školama (23). Primjeri dobre prakse na ovome i sličnim područjima preporučuju da je važno prvo razumjeti njihove obrazovne potrebe u ovome području oslanjajući se na znanstveno utemeljene činjenice odnosno na spoznajama dobivenima u znanstvenim istraživanjima (26).

Literatura:

1. Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
2. O'Connor, M., Casey, L., Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, 197-204.
3. Kitchener, B. A. i Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC psychiatry*, 2(1), 10.
4. Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. i Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4(3), 218-251.
5. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.
6. Kutcher, S., Wei, Y. i Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
7. Kutcher, S., Bagnell, A. i Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 24(2), 233-244.
8. MacDonald, G. (2006). What is mental health. U M. Cattani i S. Tilford (Ur.). *Mental health promotion. A lifespan approach*. (Str. 8-32) 1st ed. McGraw-Hill Education (UK).
9. World Health Organization. Child and adolescent mental health. Preuzeto s http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/ (15. 3. 2018.)
10. Mental Health First Aid. *Youth Mental Health First Aid Australia*. Preuzeto s <https://mhfa.com.au/cms/youth-course-information> (9. 1. 2017.)
11. Gulliver, A., Griffiths, K. M. i Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.
12. Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
13. Health For the Worlds' Adolescence: Summary. Geneve: World Health Organization; 2014. Preuzeto s http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112750/1/WHO_FWC_MCA_14.05_eng.pdf?ua= (3. 5. 2017.)
14. World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Preuzeto s <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1> (15. 3. 2018.)
15. Silobrić Radić, M. i Hrabak-Žerjavić, V. (2013). Epidemiološki prikaz depresivnih poremećaja u Hrvatskoj. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 19(106).
16. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2017). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu*. Preuzeto s https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2018/05/Ljetopis_2016_IX.pdf (15. 3. 2018.)
17. Boričević Maršanić, V., Zečević, I., Paradžik, L. i Karapetrić Bolfan, L. (2017). Probir i rana detekcija psihičkih odstupanja/poremećaja kod djece u predškolskim ustanovama i adolescenata u osnovnim školama Grada Zagreba: rezultati probnog projekta. *Socijalna psihijatrija*, 45(3), 169-186.
18. Vulić-Prtorić, A. (2003). *SDD-Priručnik za skalu depresivnosti za djecu i adolescente*. Jastrebarsko: Naklada Slap
19. Vulić-Prtorić, A. i Lončarević, I. (2016). Školski uspjeh i mentalno zdravlje: Od relacija do intervencija. *Napredak*, 157(3), 302-324.
20. Wei, Y., Kutcher, S. i Szumilas, M. (2011). Comprehensive school mental health: an integrated "school-based pathway to care" model for Canadian secondary schools. *McGill Journal of Education/Revue des sciences de l'éducation de McGill*, 46(2), 213-229.
21. Wei, Y. i Kutcher, S. (2012). International school mental health: global approaches, global challenges, and global opportunities. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 21(1), 11-27.
22. Kovačević, I. K., Zaletel-Kragelj, L., Pavleković, G., Krikišić, V., Vulinec, Š. O. i Ilić, B. (2016). Škole koje promoviraju zdravlje nasuprot zdravstvenom odgoju u školama. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 12(47), 76-93.
23. St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health promotion international*, 16(2), 197-205.
24. Rampazzo, L., Mirandola, M., Davis, J.R. i sur. (2016). *Joint Action on Mental Health and Wellbeing. Situation Analysis and Policy Recommendations in Mental Health and Schools*. Preuzeto s https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_mh_schools_en.pdf (16. 09. 2016.)
25. Meldrum, L., Venn, D. i Kutcher, S. (2009). Mental health in schools: How teachers have the power to make a difference. *Health & Learning Magazine*, 8, 3-5.
26. Whitley, J., Smith, J. D. i Vaillancourt, T. (2013). Promoting mental health literacy among educators: Critical in school-based prevention and intervention. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 56-70.
27. Walter, H. J., Gouze, K. i Lim, K. G. (2006). Teachers' beliefs about mental health needs in inner city elementary schools. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 61-68.

28. Froese-Germain, B. i Riel, R. (2012). *Understanding Teachers' Perspectives on Student Mental Health: Findings from a National Survey*. Canadian Teachers' Federation. 2490 Don Reid Drive, Ottawa, ON K1H 1E1, Canada.

2. CILJEVI

U teorijskome dijelu izvještaja cilj je dati polazište i koncept zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja.

U empirijskome dijelu izvještaja cilj je prikazati osnovne rezultate dobivene u istraživanju među odgojno-obrazovnim djelatnicima zaposlenim u osnovnim i srednjim školama u Republici Hrvatskoj u sljedećim područjima:

- razina prepoznavanja problema u području depresivne simptomatologije
- samoprocjena spremnosti i sposobnosti pružanja pomoći te promišljanja o postupcima koji bi učeniku/ci mogli pomoći (pružanje prve pomoći i podrške)
- znanja o oblicima stručne pomoći i vjerovanjima o ishodima
- vjerovanja povezana sa stigmatizacijom učenika s problemima u području mentalnoga zdravlja
- mišljenje o vrednovanju mentalnoga zdravlja u školskim okruženjima i općenito u školskim politikama i djelovanjima povezanim s djecom i mladima koji imaju probleme u području mentalnoga zdravlja

Temeljem rezultata ovoga istraživanja dodatan nam je cilj razviti preporuke usmjerene na unaprjeđivanje zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih i doprinijeti promicanju mentalnoga zdravlja u školskome okruženju.

3. METODA ISTRAŽIVANJA

Autorice: Martina Markelić, Ljiljana Muslić

3.1. Uzorkovanje

Ciljana populacija ovoga istraživanja bili su **odgojno-obrazovni djelatnici u osnovnim i srednjim školama u Republici Hrvatskoj**: učitelji razredne nastave (1. – 4. r. osnovne škole), predmetne nastave (5. – 8. r. osnovne škole), nastavnici u srednjim školama svih profila te stručni suradnici i ravnatelji osnovnih i srednjih škola. Probabilističkim uzorkovanjem škola kao administrativnih jedinica, odnosno učiteljskih i nastavničkih vijeća koji su jedinice uzorkovanja u ovome istraživanju, pristupilo se odabiru odgojno-obrazovnih djelatnika. Učiteljsko odnosno nastavničko vijeće stručno-pedagoško je tijelo škole koje čine svi odgojno-obrazovni djelatnici koji u toj školi rade (1), što je ujedno naša ciljana populacija. Za slučajni odabir škola korišteni su službeni popisi osnovnih i srednjih škola u Republici Hrvatskoj Ministarstva znanosti i obrazovanja (2, 3). Posebno su odabirane osnovne, a posebno srednje škole različitim metodama. Odabir osnovnih škola iz navedenoga popisa izvršen je metodom jednostavnoga slučajnog uzorkovanja (generiranjem slučajnih brojeva) pri čemu je uzorkom obuhvaćeno 20 % ukupnoga broja osnovnih škola (matične škole uključujući i njihove eventualne područne škole). U uzorku srednjih škola obuhvaćeno je 20 % ukupnoga broja srednjih škola u Republici Hrvatskoj. Dodatno smo odabir srednjih škola u uzorak izvršili metodom stratificiranoga slučajnog uzorka prema tipu obrazovne ustanove, što ujedno određuje specifična obilježja nastavničkoga vijeća ovisno o vrsti obrazovnih programa koje škola nudi (gimnazija, četverogodišnja/petogodišnja škola, trogodišnja škola i škole s kombiniranim programima). Uzorak je stratificiran proporcionalno traženom broju škola u uzorku. Unutar pojedinoga poduzorka srednjih škola (stratuma) škole su također odabrane metodom jednostavnoga slučajnog uzorkovanja (generiranjem slučajnih brojeva). Nakon izbora škola svi odgojno-obrazovni djelatnici koji čine učiteljsko odnosno nastavničko vijeće odabrane škole pozvani su preko rukovodstva škole da sudjeluju u istraživanju, čime je u konačnici dobiven **prigodni uzorak ciljane populacije**, onih koji su dobili i zaprimili obavijest te se u ponuđenome razdoblju individualno odazvali na istraživanje.

3.1.1. Odaziv na istraživanje

Većina škola odnosno ravnateljja prepoznala je *Istraživanje zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih* kao relevantno u nacionalnome obrazovnom sustavu, što je i vidljivo iz visokoga odaziva na sudjelovanje pozvanih škola u istraživanju, 94,4 % za osnovne i 94,3 % za srednje škole (Tablica 3.1.1.).

Tablica 3.1.1. Prikaz broja odaziva osnovnih i srednjih škola na istraživanje

	Pozvano na sudjelovanje	Sudjelovalo u istraživanju	RR ¹¹ (%)
Osnovne škole (OŠ)	180	170	94,4
Srednje škole (SŠ)	88	83	94,3

Radi praćenja odaziva na istraživanje pojedinih profila (radno mjesto) odgojno-obrazovnih djelatnika na razini cjelokupnoga uzorka svaka škola koja se odazvala na istraživanje dostavila je ukupan broj zaposlenih prema radnome mjestu djelatnika. U Tablici 3.1.2. navedeni su podatci o odazivu na sudjelovanje u istraživanju prema radnome mjestu sudionika.

Tablica 3.1.2. Odaziv na sudjelovanje u istraživanju prema radnome mjestu sudionika

	Uzorkovano	Sudjelovalo	RR ⁷ (%)
Učitelj/ica razredne nastave	2224	400	18,0
Učitelj/ica predmetne nastave	4042	593	14,7
Stručni suradnik u OŠ	478	174	36,4
Ravnatelj u OŠ	170	72	42,4
Nastavnik/ca	3710	669	18,0
Stručni suradnik u SŠ	211	86	40,8
Ravnatelj u SŠ	83	33	39,8
Ukupno	10918	2027	18,6

Ukupno je na sudjelovanje u istraživanju pozvano 10918 odgojno-obrazovnih djelatnika zaposlenih u osnovnim i srednjim školama u Republici Hrvatskoj, a njih 2027 u potpunosti je ispunilo upitnik (odaziv na istraživanje 18,6 %). Iz podataka je vidljivo da su se na sudjelovanje u istraživanju u najvećemu broju (42,4 %) odazvali ravnatelji osnovnih škola, slijede stručni suradnici u srednjim školama (40,8 %), ravnatelji u srednjim školama (39,8 %) i stručni suradnici u osnovnim školama (36,4 %), dok je odaziv učitelja i nastavnika bio u rasponu od 14,7 % do 18,0 %.

¹¹ RR – eng. *Response Rate*, hrv. udio odaziva na istraživanje

U planiranju i provedbi istraživanja slijedili smo preporuke za povećanje odaziva (4), istodobno svjesni problema da istraživanja koja se provode s pomoću interneta imaju niži odaziv na istraživanje (5, 6). Od ukupno 2985 sudionika koji su pristupili upitniku njih 2027 (67,9 %) u potpunosti je ispunilo upitnik. Od 958 (31,7 %) sudionika koji nisu ispunili upitnik 304 sudionika samo su pristupila upitniku i nisu ponudila nijedan odgovor, dok su 654 ispitanika u nekome trenutku ispunjavanja upitnika odustala, što može biti povezano s duljinom upitnika (7, 8, 9, 10, 11, 12).

3.2. Mjerni instrument

Za procjenu zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih upotrijebljen je **Upitnik zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja djece i mladih** kojim se prikupljaju kvalitativni i kvantitativni podatci. Riječ je o prilagođenome upitniku koji je izvorno razvijen za populacijska istraživanja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja u Australiji (*Mental Health Literacy Questionnaire – MHL*) (13, 14). Upitnik se temelji na vinjetnoj istraživačkoj metodologiji. Vinjetno je istraživanje vrsta istraživanja koje na početku ispitaniku nudi kratku priču o izmišljenoj osobi koja ima određene probleme i teškoće (14). U nastavku se od sudionika traži da odgovara na pitanja povezana s pričom – npr. da prepozna problem koji izmišljena osoba ima, iznese spremnost na pružanje pomoći takvoj osobi, da procijeni koji su pozitivni ili negativni postupci i dr.

Razvoj i kulturološka prilagodba hrvatske inačice upitnika provedena je prema poznatim stručnim i metodološkim preporukama i koracima: (1) dva neovisna prijevoda upitnika s engleskoga na hrvatski (prijevod stručnjaka za engleski jezik i prijevod stručnjaka u području mentalnoga zdravlja sa znanjem engleskoga jezika), (2) pregled radne inačice dvaju nezavisnih stručnjaka (specijalist školske medicine, specijalist javnoga zdravstva – područje mentalnoga zdravlja), (3) dodatna provjera razumljivosti upitnika i kulturološke prilagodbe provedbom individualnoga intervjuiranja desetak učitelja i nastavnika iz nekoliko osnovnih i srednjih škola i (4) povratni prijevod i konzultacije s autorima iz Australije.

U ovome istraživanju zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih upotrijebljene su vinjete koje opisuju probleme depresivne prirode izmišljenoga učenika ili učenice upotrijebljene u izvornim istraživanjima zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja na općoj populaciji i populaciji mladih i njihovih roditelja (2). One su kulturološki prilagođene i prethodno provjerene sa stručnjacima koji rade s djecom i mladima u Hrvatskoj (dječji psihijatri, psiholozi, specijalisti školske medicine). Ukupno su upotrijebljene tri skupine vinjeta

proporcionalno zastupljene za oba spola i tri dobna uzrasta: **Depresivnost, Depresivnost i suicidalnost, Depresivnost i zlouporaba alkohola** (ukupno 14 vinjetnih priča).

1. **Vinjeta Depresivnost** (ukupno šest vinjeta – s djevojčicama i dječacima u dobi od 10, 13 i 16 godina) – opisuje dijete / mladu osobu s imenima Ivan odnosno Ivana koja u svojem svakodnevnom ponašanju pokazuje depresivne simptome – povlačenje u sebe, potištenost, nemogućnost izvršavanja svakodnevnih obveza, sve lošiji školski uspjeh, gubitak teka...
2. **Vinjeta Depresivnost i suicidalnost** (ukupno četiri vinjete – s djevojčicama i dječacima u dobi od 13 i 16 godina) – opisuje mladu osobu s imenima Ivan odnosno Ivana koja u svojem svakodnevnom ponašanju pokazuje depresivne simptome i suicidalne misli – povlačenje u sebe, potištenost, nemogućnost izvršavanja svakodnevnih obveza, sve lošiji školski uspjeh, gubitak teka, bezvoljnost, gubitak smisla života, razmišljanje o tome da bi bilo najbolje da ga/je nema...
3. **Vinjeta Depresivnost i zlouporaba alkohola** (ukupno četiri vinjete – s djevojčicama i dječacima u dobi od 13 i 16 godina) – opisuje mladu osobu s imenima Ivan odnosno Ivana koja u svojem svakodnevnom ponašanju pokazuje depresivne simptome i simptome zlouporabe alkohola – povlačenje u sebe, potištenost, nemogućnost izvršavanja svakodnevnih obveza, sve lošiji školski uspjeh, gubitak teka, neprestano konzumiranje alkohola, prijem u hitnu službu zbog intoksikacije...

Cjelokupni upitnik prilagođen je za internetsko prikupljanje podataka, a programski je osigurano da se vinjete proporcionalno izmjenjuju i dodjeljuju sudionicima istraživanja ovisno o njihovu radnom mjestu (profilu odgojno-obrazovnog djelatnika), a dob i problemi izmišljenoga učenika/ce odgovaraju populaciji s kojom se određeni profil susreće u svakodnevnom radu. Skupinu vinjeta koje opisuju samo depresivne simptome procjenjivalo je 48 % sudionika, dok je vinjete koje opisuju depresivne simptome i suicidalne misli procjenjivalo 26 % sudionika i također vinjete koje opisuju depresivne simptome i zlouporabu alkohola procjenjivalo je 26 % sudionika. Ukupno je svaku od ukupno 14 vinjeta procjenjivalo je 6 – 12 % sudionika.

Nakon svake vinjete sudionici su odgovarali na pitanja povezana s pričom opisanom u vinjeti. Ukupno je bilo 120 pitanja kojima su prikupljeni kvantitativni i kvalitativni podatci iz šest područja:

1. **socio-demografska pitanja** s osnovnim informacijama o sudionicima (spol, dob, tip škole i radnoga mjesta, profesionalno usmjerenje i dužina rada u obrazovnome sustavu)

2. pitanja povezana s **prepoznavanjem problema** izmišljenoga učenika/ce u vinjeti
3. samoprocjena spremnosti i sposobnosti **pružanja pomoći** te promišljanja o postupcima koji bi učeniku/ci mogli pomoći
4. pitanja o **vrsti pomoći** osobama koja bi bila korisna u rješavanju problema te vjerovanja povezana s **ishodom** određenoga slučaja
5. uvjerenja povezana sa **stigmatizacijom** učenika s problemima u području mentalnoga zdravlja
6. pitanja povezana s njihovim **ranijim iskustvima** s učenicima koji imaju neke od problema navedenih u vinjeti i o postupcima u tome kontekstu
7. pitanja povezana s **vrednovanjem mentalnoga zdravlja** u njihovim školskim okruženjima i općenito školskim politikama i djelovanjima povezanim s djecom i mladima koji imaju probleme u području mentalnoga zdravlja.

3.3. Provedba istraživanja

Istraživanje je provedeno u razdoblju od 21. studenoga 2017. do 15. prosinca 2017. godine. Provedbi glavnoga istraživanja prethodilo je pilot istraživanje radi provjere metodologije i nacрта istraživanja s naglaskom na provjeru upitnika i njegove prilagodbe internetskoj metodi prikupljanja podataka s pomoću *limesurvey* mrežne aplikacije. Pilot istraživanje provedeno je u razdoblju od 26. listopada 2017. do 10. studenoga 2017. godine u jednoj osnovnoj i jednoj srednjoj školi u okolici Zagreba koje svojim brojem i obilježjima odgojno-obrazovnih djelatnika predstavljaju različitost ciljane populacije istraživanja. Aplikacijom je zajamčena potpuna anonimnost na osobnoj razini te na razini škole.

Provedba istraživanja najavljena je na stručnim skupovima ravnatelja osnovnih i srednjih škola te preko Agencije za odgoj i obrazovanje. Prvi kontakt sa školama, odnosno ravnateljima, uspostavljen je telefonski. U telefonskome razgovoru ravnatelj škole obaviješten je o istraživanju, njegovim ciljevima, budućim doprinosima i planovima na temelju dobivenih rezultata. Na osnovi dobivenih obavijesti ravnatelj škole samostalno ili nakon primitka dodatnih obavijesti elektroničkom poštom i na konzultacijama sa stručnom službom donosi odluku o sudjelovanju škole, odnosno učiteljskoga/nastavničkoga vijeća u istraživanju. Škole su primile svu popratnu pismenu dokumentaciju elektronički (poziv na sudjelovanje u istraživanju te suglasnost Agencije za odgoj i obrazovanje i Ministarstva znanosti i obrazovanja) te poveznicu za pristup intrenetskomu upitniku. Ravnatelji su zamoljeni da svoje djelatnike obavijeste o istraživanju, motiviraju ih na sudjelovanje u njemu te

prosljede svima informativni elektronički poziv na istraživanje. Po primitku poziva na sudjelovanje u istraživanju svaki je djelatnik samostalno donio odluku o svojem sudjelovanju u istraživanju. U pozivu na istraživanje i na prvoj stranici ulaskom na internetsku poveznicu sudionici su dobili detaljnije obavijesti o ciljevima istraživanja i o načinu prikupljanja podataka.

3.4. Analiza podataka i prikaz rezultata

U skladu s ciljem publikacije (vidi poglavlje 2.) provedena je deskriptivna¹² analiza kvantitativnih podataka te su osnovni rezultati ovoga istraživanja prikazani tablično i grafički. Za usporedbu rezultata nije upotrijebljena inferencijalna statistika¹³, već su uspoređivane frekvencije i udjeli po pojedinim kategorijama odgovora odnosno skupinama sudionika.

Radi dobivanja uvida u prepoznavanje problema izmišljenoga učenika/učenice u vinjeti i sažimanja odgovora sudionika provedene su tri razine kvantitativne analize sadržaja. Dva neovisna stručnjaka radila su analize sadržaja, a konačne kategorije usuglašene su s voditeljem istraživanja. Svaka analiza sadržaja omogućuje različitu dubinu interpretacije rezultata prepoznavanja problema.

Na **prvoj razini analize sadržaja** odgovori sudionika kategorizirani su prema kriteriju razine prepoznavanja i svrstavani su u tri kategorije: „u potpunosti prepoznaje problem učenika/ce opisane u vinjeti“, „djelomično prepoznaje problem (prepoznaje samo depresivnost u vinjetama koje su ukazivale i na neki drugi problem ili prepoznaje samo drugi opisani problem)“ ili „ne prepoznaje problem opisan u vinjeti“.

Na **drugoj razini analize sadržaja** odgovori su kategorizirani prema kriteriju onoga što konkretno prepoznaje kao problem u sedam kategorija: „depresivnost“, „suicidalne misli“, „zlouporaba alkohola“, „depresivnost i suicidalne misli“, „depresivnost i zlouporaba alkohola“, „neki drugi problem prepoznaje“, ili „navodi da ne zna, nejasno navodi ili ništa ne navodi odnosno ne prepoznaje da uopće postoji neki problem“.

Na **trećoj razini analize sadržaja** sveobuhvatno su kategorizirani i brojčano označeni u elektroničkoj bazi svi problemi koje sudionici navode kao odgovor na pitanje o prepoznavanju problema. Analizom sadržaja na trećoj razini mogući je dublji uvid u sadržaj problema koje su odgojno-obrazovni djelatnici

¹² Deskriptivna analiza – grafički i tablični prikaz osnovnih statističkih vrijednosti kao što su frekvencije, udjeli te mjere centralne tendencije i varijabiliteta.

¹³ Inferencijalna statistika – podrazumijeva statističke testove utvrđivanja postojanja razlika, povezanosti i njihovih značajnosti

skloni pripisati problemu koji je opisan u vinjeti, dakle i u slučaju kada nije prepoznat opisan problem u vinjeti nego je prepoznat neki drugi problem.

3.5. Metodološki osvrt

U interpretaciji navedenih rezultata ovoga istraživanja važno je imati na umu njegova metodološka obilježja povezana s uzorkovanjem, načinom prikupljanja podataka i vrstom anketnoga upitnika utemeljenoga na kratkim pričama (vinjetama). Zbog navedenoga odlučili smo dodatno naglasiti neka relevantna metodološka obilježja istraživanja radi boljšega razumijevanja analize i interpretacije dobivenih podataka.

Uzorkovanje

Zbog nedostupnosti baze podataka odgojno-obrazovnih djelatnika zaposlenih u osnovnim i srednjim školama RH slijedili smo odrednice probabilističkoga uzorkovanja u odnosu na škole kao jedinice uzorkovanja u prvoj etapi. Zbog toga nismo mogli stratificirati populaciju odgojno-obrazovnih djelatnika prema profilu i time osigurati slučajan i reprezentativan odabir sudionika unutar pojedinih profila odgojno-obrazovnih djelatnika metodom slučajnoga odabira, ali smo stratificiranjem škola odnosno učiteljskih/nastavničkih vijeća smanjili pogrešku uzorkovanja i time povećali reprezentativnost uzorka.

U regrutiranju sudionika slučajnim odabirom škola nismo imali izravan pristup svakomu mogućem sudioniku istraživanja, nego neizravno preko ravnatelja škola. Ravnatelji škola donosili su odluku o upućivanju poziva odgojno-obrazovnim djelatnicima u školi kojom rukovode (odaziv 94,4 %). Tako odgojno-obrazovni djelatnici uzorkovanih škola za koje ravnatelj nije dao suglasnost nisu mogli sami odlučiti o svom sudjelovanju. Međutim, moguće je da i odgojno-obrazovni djelatnici uzorkovanih škola za koje je ravnatelj dao svoju suglasnost, ovisno o načinu na koji ravnatelj ili osoba kojoj je uprava škole naložila da obavijesti i motivira djelatnike predstavila istraživanje i relevantnost teme, nisu bili primjereno i pravovremeno obaviješteni te stoga nisu bili zainteresirani ili nisu mogli sudjelovati. S druge strane je također moguće da su pojedinačni izbor i dobrovoljnost pojedinih odgojno-obrazovnih djelatnika bili kompromitirani zbog pritiska ravnatelja ili učiteljskoga/nastavničkoga vijeća. Dosadašnje iskustvo pokazuje da bi ubuduće bilo dobro primijeniti nove strategije pristupa i motiviranja mogućih sudionika istraživanja u suradnji s relevantnim institucijama, savjetnicima i stručnim udrugama kako bi se taj nedostatak smanjio na najmanju moguću razinu (4, 6, 15).

Treba pretpostaviti da su se u navedeno istraživanje u većoj mjeri uključila učiteljska/nastavnička vijeća te odgojno-obrazovni djelatnici unutar tih vijeća koji pokazuju veće zanimanje i osjetljivost za područje

mentalnoga zdravlja djece i mladih, što čini naš uzorak sudionika pozitivno pristranim, pa to treba uzeti u obzir u interpretaciji rezultata. Neka istraživanja također pokazuju da određene crte ličnosti (npr. veća emocionalna stabilnost) uz veće zanimanje za temu povećava vjerojatnost dovršavanja upitnika nakon što mu se pristupi (16).

Način prikupljanja podataka

Metoda prikupljanja podataka s pomoću internetskoga upitnika ima sve prednosti i nedostatke takvoga tipa istraživanja (1): ograničava sudionike koji nisu informatički pismeni (starije dobne skupine), koji nemaju pristup računalu ili nemaju privatnost za ispunjavanje toga upitnika u nekome zajedničkom prostoru škole (17, 18, 19). U pilot istraživanju ovaj se upitnik pokazao primjenjivim za internetsko prikupljanje podataka u odnosu na kvalitetu dobivenih odgovora te odaziv na sudjelovanje iako je upotrijebljeni upitnik daleko opširniji od preporuka za internetsko prikupljanje podataka (7, 8, 9, 10, 11, 12). No u usporedbi s pilot istraživanjem manji je odaziv sudionika bio u glavnome istraživanju. Općenito, istraživanja pokazuju da niži odaziv na istraživanje ne smanjuje nužno kvalitetu istraživanja i dobivenih podataka (20, 21), a internetska istraživanja redovito imaju niži odaziv od drugih metoda prikupljanja podataka (6). Moguće je ubuduće uzeti u obzir sve čimbenike i njihovo međudjelovanje kad je riječ o odazivu sudionika (npr. način prikupljanja podataka, zanimanje ciljane populacije za temu istraživanja i njihova upoznatost s internetskim načinom prikupljanja podataka, dostupnost mrežnoga pristupa i dr.) uporabom novih strategija za povećanje odaziva odgojno-obrazovnih djelatnika (npr. strategije izravnoga pristupa potencijalnim sudionicima) (6).

Anketni upitnik utemeljen na kratkim pričama (vinjetama)

Uporaba vinjeta u anketnim upitnicima podrazumijeva različit kontekst odgovaranja na pitanja u upitniku s obzirom na dobivenu vrstu problema opisanoga u vinjeti, ali i s obzirom na osobno razumijevanje i prepoznavanje problema navedenoga u vinjeti. Stoga i interpretacija rezultata istraživanja ovisi o kontekstu prepoznavanja od samoga sudionika. Zato je potrebno sve rezultate staviti u kontekst prepoznavanja problema u vinjeti: je li problem prepoznat i na koji način. Naime, razumijevanje problema opisanoga u vinjeti okvir je na temelju kojega sudionik odgovara na preostala pitanja te primjerice nije isto odgovara li na ostala pitanja s pretpostavkom da je riječ o stresu ili mogućoj depresiji jer to može dovesti do velikih razlika u odgovorima na neka pitanja (22).

Usprkos objektivnim ograničenjima u odabiru sudionika provedeno istraživanje internetskom metodom prikupljanja podataka utemeljeno na dobrovoljnosti sudjelovanja i zajamčenoj anonimnosti sudionika daje pouzdane i valjane podatke s obzirom na postavljeni cilj istraživanja. Uporaba vinjeta provjerenih u našem kulturnom kontekstu daje vrijedan uvid u razinu, ali i procese, primjerice prepoznavanja problema opisanoga u hipotetskoj priči, koje se drugim metodama ne mogu dobiti (23).

Literatura:

1. Narodne novine (2008). *Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi*. Preuzeto s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_07_87_2789.html (12. 6. 2018.)
2. Ministarstvo znanosti i obrazovanja. *Popis osnovnih škola u Republici Hrvatskoj*. Preuzeto s <http://mzos.hr/dbApp/pregled.aspx?appName=OS> (24. 5. 2017.)
3. Ministarstvo znanosti i obrazovanja. *Popis srednjih škola u Republici Hrvatskoj*. Preuzeto s <http://mzos.hr/dbApp/pregled.aspx?appName=SS&order=1> (3. 5. 2017)
4. Saleh, A. i Bista, K., (2017). Examining Factors Impacting Online Survey Response Rates in Educational Research: Perceptions of Graduate Students. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 13(29), 63-74.
5. Nulty, D. D. (2008). The adequacy of response rates to online and paper surveys: what can be done?. *Assessment i Evaluation in Higher Education*, 33(3), 301-314.
6. Fan, W. i Yan, Z. (2010). Factors Affecting Response Rates of the Web Survey: A Systematic Review. *Computers in Human Behavior*, 26(2), 132-139.
7. Cook, C., Heath, F. i Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in web or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 821-836.
8. Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R. i Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *British Medical Journal*, 324(7347), 1183.
9. Heberlein, T. A. i Baumgartner, R. (1978). Factors Affecting Response Rates to Mailed Questionnaires: A Quantitative Analysis of the Published Literature. *American Sociological Review*, 43, 447-462.
10. Singer, E. (1978). Informed Consent: Consequences for Response Rate and Response Quality in Social Surveys. *American Sociological Review*, 43, 144-162.
11. Walston, J.T., Lissitz, R.W. i Rudner, L.M. (2006). The influence of web-based questionnaire presentation variations on survey cooperation and perceptions of survey quality. *Journal of Official Statistics*, 22(2), 271-291.
12. Yammarino, F.J., Skinner, S.J. i Childers, T.L. (1991). Understanding mail survey response behavior. *Public Opinion Quarterly*, 55(4), 613-639.
13. Reavley, N.J. i Jorm, A.F. (2011). *National Survey of Mental Health Literacy and Stigma*. Canberra: Department of Health and Ageing. Preuzeto s http://pmhg.unimelb.edu.au/data/assets/pdf_file/0007/636496/National_Mental_Health_Literacy_Survey_Monograph.pdf (09.01.2018.)
14. Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. i Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
15. Malinković, M. (2015.) *Internetska istraživanja (Sveučilišni priručnik, Filozofski fakultet u Rijeci, 65-67*. Preuzeto s <http://www.ffri.uniri.hr/files/izdavacka/M%20Malikovic%20%20Internetska%20istrazivanja.pdf> (21. 5. 2018.)
16. Groves, R. M. i Peytcheva, E. (2008). The Impact of Nonresponse Rates on Nonresponse Bias: A Meta-Analysis. *Public Opinion Quarterly*, 72(2), 167-189.
17. Couper, M. P. (2000). Web Surveys - A review of issues and approaches. *Public Opinion Quarterly*, 64(4), 464-494.
18. Fricker, R. D. i Schonlau, M. (2002). Advantages and Disadvantages of Internet Research Surveys: Evidence from the Literature. *Field Methods*, 14(4), 347-367.
19. Groves, R. M. (1989). *Survey errors and survey costs*. New York: Wiley.
20. Fowler, F. J., Gallagher, P. M., Stringfellow, V. L., Zaslavsky, A. M., Thompson, J. W. i Cleary, P. D. (2002). Using Telephone Interviews to Reduce Nonresponse Bias to Mail Surveys of Health Plan Members. *Medical Care*, 40, 190-200.
21. Fan, W. i Yan, Z. (2010). Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Computers in human behavior*, 26(2), 132-139. O'Connor, M., Casey, L. i Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health*, 24(49), 197-204.
22. Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., i Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 160-170.

4. REZULTATI I RASPRAVA

4.1. Sociodemografska obilježja uzorka

4.2. Zdravstvena pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih

4.2.1. Prepoznavanje problema

4.2.2. Pružanje pomoći

4.2.3. Znanja o oblicima pomoći i vjerovanja o ishodima

4.2.4. Stigmatizacija

4.2.5. Ukratko o pokazateljima zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih

4.3. Škola i mentalno zdravlje djece i mladih

4.3.1. Stručna rasprava o mentalnome zdravlju u školi

4.3.2. Važnost zaštite mentalnoga zdravlja djece i mladih na razini školske politike i djelovanja unutar škole

4.3.3. Ukratko o vrednovanju mentalnoga zdravlja u školama i među odgojno-obrazovnim djelatnicima



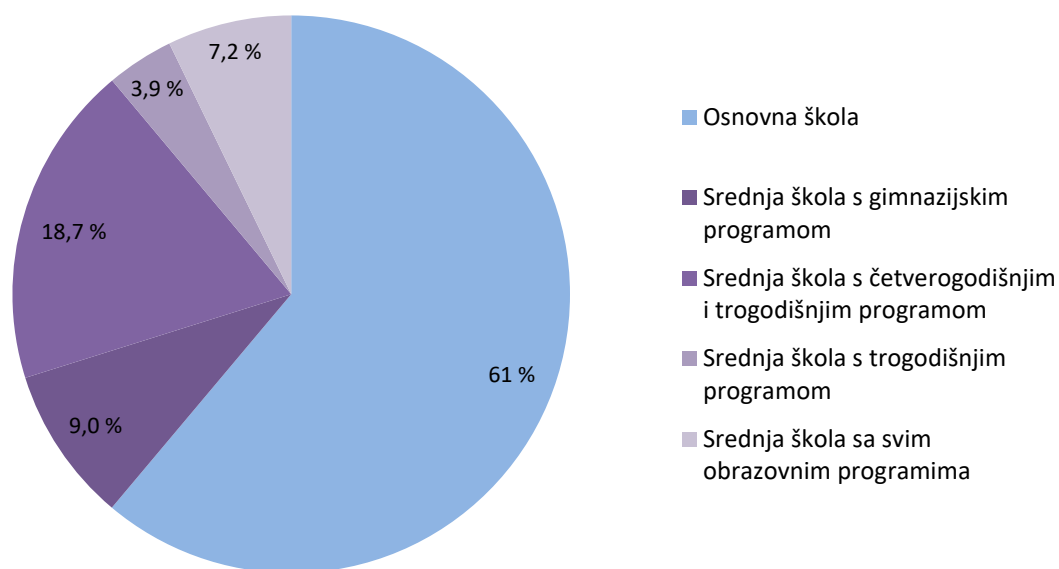
4.1. Sociodemografska obilježja uzorka

Autorice: Martina Markelić, Diana Jovičić Burić

U provedenome istraživanju zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja djece i mladih sudjelovalo je ukupno 2027 odgojno-obrazovnih djelatnika, od toga više žena (83,5 %) nego muškaraca (16,5 %), što je i očekivano s obzirom na obilježja zaposlenika u odgojno-obrazovnim ustanovama.

Na Slici 4.1.1. prikazana je struktura uzorka odgojno-obrazovnih djelatnika prema tipu škole. Od ukupno 2027 sudionika istraživanja njih 1239 (61,1 %) zaposleno je u osnovnim školama, a 788 (38,9 %) u srednjim školama. Kao što je ranije navedeno, uzorak srednjih škola bio je stratificiran prema tipu škole, a među sudionicima najviše ih je bilo iz srednjih škola s četverogodišnjim i/ili trogodišnjim programima (22,6 %), slijede sudionici iz škola s gimnazijskim programom (9,0 %) i sudionici iz škola koje imaju sve obrazovne programe (7,2 %).

Slika 4.1.1. Struktura uzorka prema tipu škole (%)



U Tablici 4.1.1. prikazana je struktura uzorka istraživanja prema vrsti radnoga mjesta. Najveći udio sudionika činili su nastavnici u srednjim školama (33,0 %), potom učitelji predmetne nastave u osnovnim školama (29,0 %). Udio stručnih suradnika u osnovnim i srednjim školama i udio ravnatelja malen je kad se prikazuje njihov udio u ukupnome uzorku (stručni suradnici u osnovnim školama čine 8,6 %, stručni suradnici u srednjim školama čine 4,2 %, ravnatelji u osnovnim školama čine 3,6 %, a

ravnatelj u srednjim školama 1,6 %), ali kad njihovo sudjelovanje povežemo s odazivom na sudjelovanje u istraživanju, upravo su se te skupine odgojno-obrazovnih djelatnika najvećim dijelom odazvale na sudjelovanje u istraživanju (vidi poglavlje 3. Metoda istraživanja; Tablica 3.1.2.).

Tablica 4.1.1. Struktura uzorka prema radnome mjestu

Radno mjesto	N	%
Učitelj/ica razredne nastave	400	19,7
Učitelj/ica predmetne nastave	593	29,3
Nastavnik/ca	669	33,0
Stručni suradnik u OŠ	174	8,6
Stručni suradnik u SŠ	86	4,2
Ravnatelj u OŠ	72	3,6
Ravnatelj u SŠ	33	1,6
Ukupno	2027	100,0

Kad sudionike istraživanja promatramo prema dobnim skupinama (Tablica 4.1.2.), jedna trećina njih bila je u dobi od 30 do 39 godina (32,7 %), slijede sudionici u dobi od 40 do 49 godina (26,3 %) i od 50 do 59 godina (24,4 %). Najmanje odgojno-obrazovnih djelatnika koji su sudjelovali u istraživanju bilo je u dobi od 60 ili više godina (4,9 %), što se može objasniti uporabom internetske metode prikupljanja podataka. Dob dvije trećine učitelja/ica razredne nastave u rasponu je od 40 godina naviše, polovica učitelja/ica predmetne nastave u dobnome je rasponu u od 20 do 39 godina, nešto više od polovice nastavnika/ica u dobi je od 30 do 49 godina. Oko dvije trećine stručnih suradnika u osnovnim i u srednjim školama u dobi je do 49 godina. U podskupini sudionika istraživanja koju su činili ravnatelja osnovnih škola polovica njih bila je u dobi od 50 do 59 godina (51,4 %), dok je u skupini ravnatelja srednjih škola više od dvije trećine njih bilo u dobi od 40 do 59 godina (75,8 %).

Tablica 4.1.2. Struktura uzorka prema dobi i vrsti radnoga mjesta (%)

Radno mjesto	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 ili više	Ne želim se izjasniti
Učitelj/ica razredne nastave	9,8	22,3	33,0	30,5	3,8	0,8
Učitelj/ica predmetne nastave	13,2	40,0	29,7	13,0	3,4	0,8
Nastavnik/ca	8,1	37,1	21,5	26,2	5,2	1,9
Stručni suradnik u OŠ	13,8	33,9	19,0	27,6	4,6	1,1
Stručni suradnik u SŠ	18,6	26,7	20,9	26,7	3,5	3,5
Ravnatelj u OŠ	0,0	6,9	25,0	51,4	16,7	0,0
Ravnatelj u SŠ	0,0	3,0	39,4	36,4	21,2	0,0
Ukupno	10,4	32,7	26,3	24,4	4,9	1,3

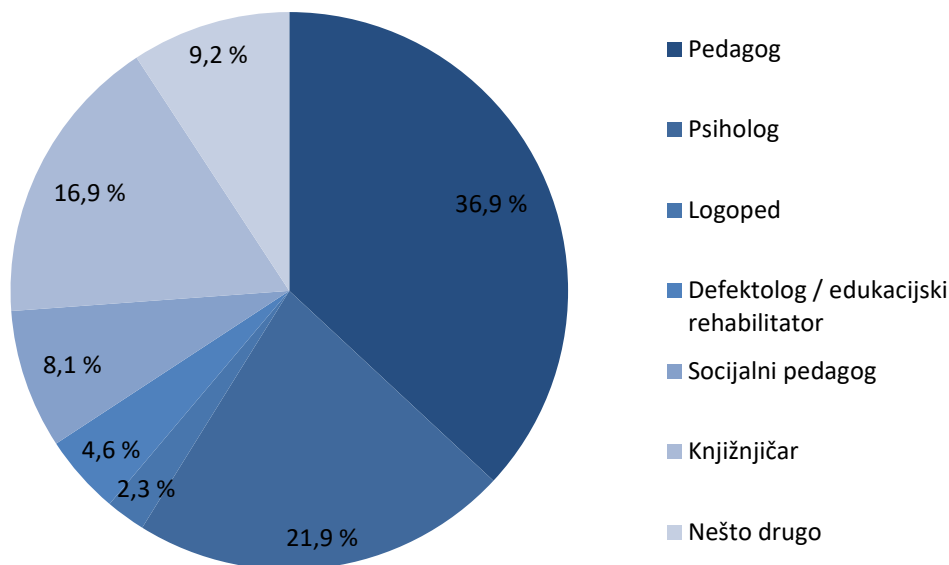
Tablica 4.1.3. Struktura uzorka prema radnome mjestu i godinama radnoga iskustva u školi (%)

Radno mjesto	Manje od jedne godine	1 – 2 godine	3 – 5 godina	6 – 10 godina	11 – 15 godina	16 – 20 godina	Više od 20 godina
Učitelj/ica razredne nastave	2,5	3,3	8,8	10,3	14,0	11,0	50,3
Učitelj/ica predmetne nastave	4,7	7,4	12,5	21,6	19,6	14,0	20,2
Nastavnik/ca	5,7	5,1	14,2	20,8	14,6	11,2	28,4
Stručni suradnik u OŠ	6,3	8,0	12,1	14,4	21,3	11,5	26,4
Stručni suradnik u SŠ	9,3	8,1	15,1	14,0	10,5	8,1	34,9
Ravnatelj u OŠ	0,0	0,0	0,0	2,8	6,9	12,5	77,8
Ravnatelj u SŠ	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	33,3	63,6
Ukupno	4,7	5,5	11,7	17,1	15,9	12,3	32,8

U prikazu udjela odgojno-obrazovnih djelatnika u uzorku prema godinama radnoga iskustva u školi (Tablica 4.1.3.) vidljivo je da gotovo jednu trećinu (32,8 %) čine oni koji rade u odgojno-obrazovnome sustavu duže od 20 godina, a nakon toga slijede oni s 6 do 10 godina godina radnoga iskustva (17,1 %) te 15,9 % sudionika s 11 do 15 godina radnoga iskustva. Dodatnom provjerom godina radnog iskustva po pojedinim skupinama s obzirom na radno mjesto pokazuje se da je najveći udio onih s više od 20 godina radnoga iskustva u školi u svim skupinama, a to je posebice istaknuto u kategoriji ravnatelja u osnovnim školama (77,8 %) i ravnatelja u srednjim školama (63,6 %). Među učiteljima razredne nastave njih polovica (50,3 %) ima radno iskustvo od više od 20 godina. Navedeno je sukladno strukturi uzorka s obzirom na dob sudionika (Tablica 4.1.2.).

Na Slici 4.1.2. prikazana je struktura zaposlenih stručnih suradnika prema zvanju. U najvećoj su mjeri to pedagozi (36,9 %), potom slijede psiholozi (21,9 %) i knjižničari (16,9 %). Najmanji udio čine logopedi s 2,3 %.

Slika 4.1.2. Stručni suradnici prema zvanju (%)



4.1.1. Ukratko o sociodemografskim obilježjima

- Od ukupno 2027 sudionika u uzorku njih 1241 (61,0 %) bilo je iz osnovnih škola, a 786 (39,0 %) iz srednjih škola.
- Među sudionicima istraživanja bilo je više žena (83,5 %) nego muškaraca (16,5 %).
- Prema dobnim skupinama najviše sudionika istraživanja, njih jedna trećina, bilo je u dobi od 30 do 39 godina (32,7 %), pri čemu je vidljivo da su ravnatelji osnovnih i srednjih škola starije dobi (više od polovice ravnatelja u dobi je od 50 godina naviše), dok je dvije trećine učitelja/ica razredne nastave u rasponu od 40 godina naviše.
- U analizi uzorka prema radnome stažu u školi najviše je onih, njih jedna trećina (32,8 %), koji rade u školi više od 20 godina.
- Najveći udio sudionika istraživanja činili su nastavnici u srednjim školama (33,0 %), a potom učitelji predmetne nastave u osnovnim školama (29,3 %). Među zaposlenim stručnim suradnicima u školama u uzorku prevladavaju pedagozi (36,9 %) i psiholozi (21,9 %).

4.2. Zdravstvena pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih

Autorice: Anita Vulić-Prtorić, Ljiljana Muslić, Martina Markelić

4.2.1. Prepoznavanje problema

4.2.1.1. Prepoznavanje problema i zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja

4.2.1.2. O depresivnosti kod djece i mladih

4.2.1.3. Prepoznavanje problema u vinjetama

4.2.1.4. Prepoznavanje problema na cjelokupnome uzorku

4.2.1.5. Prepoznavanje problema po vinjetama

4.2.1.6. Osvrt na prikazane rezultate

4.2.2. Pružanje pomoći

4.2.2.1. Pružanje pomoći

4.2.2.2. Spremnost djelatnika u školi da potraže pomoć za učenika koji ima problem

4.2.2.3. Osjećaj sigurnosti u vlastite sposobnosti da pomognu učeniku koji ima problem

4.2.2.4. Znanja i vještine pružanja prve pomoći i prevencije u području mentalnoga zdravlja

4.2.2.5. Osvrt na prikazane rezultate

4.2.3. Znanja o oblicima pomoći i vjerovanja o ishodima

4.2.3.1. Znanja o dostupnim oblicima stručne pomoći

4.2.3.2. Znanja o oblicima samopomoći

4.2.3.3. Vjerovanja o ishodima

4.2.3.4. Osvrt na prikazane rezultate

4.2.4. Stigmatizacija

4.2.4.1. Stigmatizacija i diskriminacija

4.2.4.2. Stigmatizacija učenika koji imaju problem

4.2.4.3. Diskriminacija učenika koji imaju problem

4.2.4.4. Osvrt na prikazane rezultate

4.2.5. Ukratko o pokazateljima zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladi

4.2.1. Prepoznavanje problema

U ovome poglavlju opisana je važnost prepoznavanja problema u području mentalnoga zdravlja te su prikazani pokazatelji dobiveni analizom rezultata na cijelome uzorku od 2027 odgojno-obrazovnih djelatnika iz osnovnih i srednjih škola te pojedinim podskupinama sudionika s obzirom na hipotetski problem u vinjeti koji im je bio zadan upitnikom.

SADRŽAJ POGLAVLJA:

- 4.2.1.1. Prepoznavanje problema i zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja
- 4.2.1.2. O depresivnosti kod djece i mladih
- 4.2.1.3. Prepoznavanje problema u vinjetama
- 4.2.1.4. Prepoznavanje problema na cjelokupnome uzorku
- 4.2.1.5. Prepoznavanje problema po vinjetama
- 4.2.1.6. Osvrt na prikazane rezultate

4.2.1.1. Prepoznavanje problema i zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja

Prepoznavanje problema jedan je od ključnih elemenata zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja. Poznato je da čak i mnoge odrasle osobe s mentalnim poremećajima teško prepoznaju što im se događa ili ne znaju imenovati ono što osjećaju i doživljavaju. Stoga je razumljivo koliko je djeci i adolescentima teško prepoznati i opisati svoje emocije i doživljaje koji katkad mogu biti prvi znakovi problema u području mentalnoga zdravlja. U takvim situacijama presudne su osobe iz bližega ili daljega društvenog okruženja koje će znati prepoznati problem i predložiti primjeren oblik pomoći, tj. koje će imati temeljnu pismenost iz područja mentalnoga zdravlja. Kao što je već u uvodnome dijelu priručnika navedeno, zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja osobito je važna u razdoblju adolescencije. Naime, upravo je to razdoblje pojavljivanja većega broja mentalnih poremećaja i upravo je to razdoblje kad se brojne psihičke tegobe i poremećaji mogu spriječiti ili umanjiti ako su pravodobno i točno prepoznati.

Prepoznavanje problema koji se javljaju u djece osnovnoškolske i srednjoškolske dobi često je izazov ne samo za roditelje već i za nastavnike i stručne suradnike u školi. Premda je obitelj primarni izvor potpore svakomu djetetu, iznimno je važan utjecaj škole zbog važnosti koju ona ima u životu svakoga djeteta, ali i zbog vremena koje dijete svakodnevno provodi u školskome sustavu, pa stoga i zbog mogućnosti da se neki problemi uoče na vrijeme. Pritom **treba naglasiti da se od nastavnika nikako ne očekuje da postanu stručnjaci u području mentalnoga zdravlja, već bi bilo poželjno da imaju znanja o osnovnim obilježjima i pokazateljima problema.** Riječ je o onim pojavnim oblicima

poremećaja koji su uočljivi u svakodnevnim ponašanjima i koji su mogući prvi znakovi problema i prije nego što su prerasli u poremećaj. Upravo su ti problemi koji još ne ukazuju na neki mentalni poremećaj ozbiljan rizik za različite nepovoljne ishode ako ne dođe do pravodobne intervencije.

Postoje problemi koji se lakše prepoznaju jer se uočavaju u ponašanju djeteta i mogu ometati rad u školi. To su problemi poput nemira, hiperaktivnosti, agresivnosti, neposlušnosti i sl., tj. problemi koji su uočljivi u ponašanju učenika. Navedeni problemi nazivaju se eksternalizirani problemi. S druge strane puno se teže prepoznaju problemi koji su više na emocionalnome planu, poput nelagode, napetosti, straha, tuge i sl. ili pak na planu mišljenja poput zabrinutosti, teškoća u koncentraciji, pesimizma i sl. Navedene probleme nazivamo internalizirani problemi. U drugu skupinu ubrajaju se i problemi povezani s depresivnošću.

4.2.1.2. O depresivnosti kod djece i mladih

Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženja, žalosti i utučenosti koje je danas opće i sve češće životno iskustvo suvremenoga čovjeka. Sve je veći broj djece sa znatno izraženim simptomima depresivnosti, ali isto tako sve ih je više s dijagnozom depresivnoga poremećaja. Rezultati istraživanja u našoj zemlji pokazuju da 13 – 17 % osnovnoškolskih i srednjoškolskih učenika doživljava intenzivne internalizirane ili eksternalizirane probleme mentalnoga zdravlja, a intenzivne simptome depresivnosti doživljava 13 % učenika (1). Više o epidemiologiji depresivnosti u djece i adolescenata rečeno je u uvodnome dijelu ovoga priručnika.

Depresivnost ima izrazito negativni utjecaj na svakodnevni život djece i adolescenata, osobito na njihov uspjeh u školi (2). Depresivnost i školski uspjeh karakterizira dvosmjerni odnos: depresivnost negativno djeluje na školsko postignuće, a školski neuspjeh pridonosi javljanju simptoma depresivnosti. Pritom slabiji školski uspjeh i poteškoće u učenju koji se primjećuju kod depresivne djece i adolescenata nisu povezani s njihovim intelektualnim funkcioniranjem, već najčešće s problemima u koncentraciji i sa slabom motivacijom za učenje. Upravo su problemi s koncentracijom rizični čimbenik za slabije akademsko postignuće i za povišene razine depresivnosti (3). Ti nalazi potvrđeni su i u istraživanjima u našim uzorcima – učenici koji su imali teškoće u usmjeravanju pozornosti pri učenju imali su i veći broj simptoma depresivnosti, a to se osobito odnosilo na djevojčice (1).

Pokazatelji depresivnosti brojni su i vrlo se često ne prepoznaju kao problem. U Tablici 4.2.1. navedeni su neki tipični simptomi depresivnosti koji se uočavaju u djece i adolescenata. Kao što se može uočiti, ti se simptomi mogu javiti na tjelesnome, ponašajnome, emocionalnome i kognitivnome planu (4). Kao što se iz tablice može vidjeti, neka od navedenih ponašanja, emocija i misli relativno su uobičajena i mogu se vidjeti u svakodnevnome životu kod većega broja djece. Na primjer, lakše je uočiti teškoće u

koncentraciji tijekom nastave, umor, dosadu, povremeni gubitak zanimanja, školski neuspjeh, izljeve srdžbe i slično. U ranije spomenutim istraživanjima u Hrvatskoj učenici su najčešće navodili sljedeće doživljaje povezane s depresivnošću: *Lako se rasplačem; Događa mi se da navečer ne mogu zaspati; Kad imam nekih problema, najradije šutim; Sam sam kriv za loše stvari koje mi se događaju; U usporedbi s drugima mislim da sam uglavnom neuspješan; Osjećam da nemam volje ni za što* i dr. Kao što se može uočiti, riječ je o obilježjima koja ćemo puno rjeđe i teže uočiti, a neka od njih mogu biti pokazatelji ozbiljnoga poremećaja, osobito osjećaji krivnje, nisko samopoštovanje, beznadnost i sl. Problem je s prepoznavanjem takvih obilježja, koja su relativno uobičajena, da ih se često može previdjeti i misliti da je riječ o uobičajenim razvojnim promjenama koje ne zahtijevaju posebnu pozornost. I najčešće je to zaista tako. S druge strane može biti riječ o znakovima koji nas upozoravaju na to da dijete ima neki problem i pati. Budući da depresivnost nema jasne vanjske pokazatelje, djelatnici u školi općenito imaju sklonost podcijeniti učestalost i ozbiljnost depresivnosti i s druge strane precijeniti hiperaktivna i slična ponašanja, koja mogu jako ometati nastavnike i druge učenike.

Tablica 4.2.1. Obilježja depresivnosti u djece i adolescenata

EMOCIONALNI POKAZATELJI DEPRESIVNOSTI
<ul style="list-style-type: none"> • tužno, utučeno, obeshrabreno raspoloženje • osjećaj ispraznosti • dosada • gubitak spontanosti • nagle promjene raspoloženja, raspoloženje najgore ujutro • ljutnja, srdžba, razdražljivost, izljevi bijesa • osjećaji krivnje • anksioznost i očekivanje negativnih ishoda
TJELESNI POKAZATELJI DEPRESIVNOSTI
<ul style="list-style-type: none"> • smanjena učinkovitost, teškoće u obavljanju svakodnevnih uobičajenih aktivnosti • manjak energije i umor • promjene u tjelesnoj težini: apetit smanjen ili značajno povećan (promjena veća od 5 % tjelesne težine u mjesec dana) • teškoće s uspavlivanjem, buđenje tijekom noći, buđenje prije vremena i sl. • pospanost • glavobolje i bolovi
KOGNITIVNI POKAZATELJI DEPRESIVNOSTI
<ul style="list-style-type: none"> • negativno doživljavanje sebe, svijeta oko sebe i budućnosti • beznadnost • bespomoćnost • nisko samopoštovanje • gubitak zanimanja • samoubilačke ideje ili pokušaji samoubojstva • teškoće u koncentraciji i donošenju odluka • problemi u savladavanju školskoga gradiva
PONAŠANJE I SOCIJALNA PRILAGODBA
<ul style="list-style-type: none"> • agresivno ponašanje i izljevi bijesa (<i>acting - out</i>) • psihomotorni nemir – nemirno sjedi, korača i sl. • psihomotorna usporenost – usporeni govor, pokreti tijela i sl. • zanemarivanje ili nedostatak ugođe u ranije ugodnim aktivnostima i hobijima • socijalno povlačenje • odbacivanje od vršnjaka i obitelji • problemi u obiteljskim odnosima • problemi u školskome okruženju

4.2.1.3. Prepoznavanje problema u vinjetama

U ovome poglavlju prikazani su pokazatelji prepoznavanja problema dobiveni analizom rezultata na cjelokupnome uzorku te po pojedinim podskupinama sudionika ovisno o vrsti vinjete koju su dobili. Sudionici su prepoznavali probleme opisane u trima vrstama vinjeta: 1) vinjete koje opisuju **depresivnost**, 2) vinjete koje opisuju **depresivnost i suicidalnost** i 3) vinjete koje opisuju **depresivnost i zlouporabu alkohola**. Vinjete, odnosno navedene hipotetske priče, i kvantitativna analiza sadržaja opširnije su opisane u poglavlju o metodi istraživanja.

U prvome dijelu poglavlja prikazani su rezultati analize sadržaja odgovora sudionika na cjelokupnome uzorku od 2027 u odnosu na razinu prepoznavanja problema opisanoga u vinjeti (vidi opis provedene prve razine analize sadržaja u poglavlju o metodi) te u odnosu na pojedinačno prepoznavanje problema depresivnosti, suicidalnosti i zlouporabe alkohola te svih drugih vrsta problema koje su sudionici navodili kao mogući odgovor (vidi opis provedenih analiza sadržaja na drugoj i trećoj razini u poglavlju o metodi istraživanja).

U drugome dijelu ovoga poglavlja detaljnije su prikazani rezultati prepoznavanja problema za svaku podskupinu sudionika koji su dobili istu vrstu vinjete (podskupina s vinjetom *Depresivnost*, podskupina s vinjetom *Depresivnost i suicidalnost* i podskupina s vinjetom *Depresivnost i zlouporaba alkohola*).

4.2.1.4. Prepoznavanje problema u vinjetama na cjelokupnome uzorku

Analizom odgovora o razini prepoznavanja problema svih sudionika u svim vinjetama dobiva se podatak da je 859 sudionika (**42,4 %**) u potpunosti ili djelomično prepoznalo problem dječaka ili djevojčice opisanih u vinjetama, dok 1168 sudionika (**57,6 %**) nije prepoznalo problem (Tablica 4.2.2.). Iz Tablice 4.2.2. također se može vidjeti da je 753 sudionika (**37,1 %**) prepoznalo da je u vinjetama riječ o problemu depresivnosti (pojedinačno o prepoznavanju pojedinih vrsta problema u nastavku).

Tablica 4.2.2. Razina prepoznavanja problema u vinjetama (N = 2027)

Razina prepoznavanja problema u vinjetama	N	%
Da, u potpunosti	309	15,2
Djelomično – samo depresivnost*	444	21,9
Djelomično – samo suicidalnost ili zlouporaba alkohola*	106	5,2
Ne, nije prepoznat	1168	57,6
Ukupno	2027	100,0

*moguće kod vinjeta koje su opisivale uz depresivnost još jedan problem (suicidalnost ili zlouporabu alkohola)

Razina prepoznavanja problema s obzirom na vrstu problema opisanoga u vinjeti

Prepoznavanje problema može ovisiti i o vrsti problema koji se opisuje u vinjeti, odnosno o vrsti vinjete koja se procjenjuje. Rezultati uspješnosti prepoznavanja po pojedinim vrstama problema opisanih u vinjeti (vrsta vinjete) prikazani su u Tablici 4.2.3.

Tablica 4.2.3. Razina prepoznavanja problema u vinjetama s obzirom na **vrstu problema opisanoga u vinjeti (%)**

Vrsta vinjete	Razina prepoznavanja problema u vinjetama			
	Da, u potpunosti	Djelomično – samo depresivnost	Djelomično – samo suicidalnost ili zlouporaba alkohola	Ne, nije prepoznat
Depresivnost (N = 973)	28,2	/	/	71,8
Depresivnost i suicidalnost (N = 534)	0,7	52,8	0,4	46,1
Depresivnost i zlouporaba alkohola (N = 520)	6,0	31,2	20,0	42,9

S obzirom na udio sudionika koji uopće nisu prepoznali problem u vinjeti vidljivo je da je sudionicima najteže, u usporedbi s druge dvije vinjete, bilo prepoznati upravo vinjetu u kojoj je opisana samo depresivnost. Najveći udio prepoznavanja (u potpunosti i djelomično) prisutan je kod vinjete *Depresivnost i zlouporaba alkohola* (ukupno 57,2 %), dok je ako gledamo samo prepoznavanje depresivnosti taj problem u najvećem broju prepoznat kod vinjete *Depresivnost i suicidalnost* (53,5 %). Dobiveni je rezultat očekivan jer su problemi opisani u vinjetama uključivali različite razine ozbiljnosti problema (simptoma), a i različitu dob djeteta u priči. Tako su u vinjetama u kojima je uz depresivnost bila opisana i suicidalnost (suicidalne misli), odnosno zlouporaba alkohola, opisani učenici u dobi od 13 i 16 godina, ali ne i skupina mlađih učenika (tj. desetogodišnjaka). Kao što će kasnije u analizi rezultata po vinjetama biti objašnjeno, u toj su vinjeti sudionici uglavnom prepoznavali neke druge probleme, a ne problem zadan vinjetom (tj. depresivnost). U ostalim dvjema vinjetama ozbiljnost opisanih problema očigledno je olakšala prepoznavanje, tako da je za njih manji ili podjednak udio sudionika koji nisu prepoznali problem opisan u vinjeti.

Pojedinačno prepoznavanje depresivnosti, suicidalnosti i zlouporabe alkohola

Analizom odgovora o prepoznavanju pojedinačnih problema opisanih u vinjeti svih sudionika u svim vinjetama zajedno i za svaku vrstu vinjete dobiva se podatak da je 753 sudionika u uzorku od 2027 (37,1 %) **prepoznalo** da je riječ o depresivnosti kod svih vinjeta, dok 1182 (58,3 %) sudionika **nisu**

prepoznala depresivnost, nego su navela da opisani učenik ima neki drugi problem uključujući suicidalnost i zlouporabu alkohola, koje su bile navedene kao problem u vinjeti (Tablica 4.2.4.).

Tablica 4.2.4. Prepoznavanje problema depresivnosti, suicidalnosti i zlouporabe alkohola – udio (%) s obzirom na vrstu vinjete i ukupno (N = 2027)

Vrsta problema	Vrsta vinjete						Ukupno N = 2027	
	Depresivnost		Depresivnost i suicidalnost		Depresivnost i zlouporaba alkohola			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ukupno depresivnost	274	36,4	286	38,0	193	25,6	753	37,1
Depresivnost	274	(28,2)	282	(52,8)	162	(31,2)		
Depresivnost i suicidalnost			4	(0,7)				
Depresivnost i zlouporaba alkohola					31	(6,0)		
Ukupno suicidalnost			6				6	0,3
Suicidalnost			2	(0,4)				
Depresivnost i suicidalnost			4	(0,7)				
Ukupno zlouporaba alkohola					135		135	6,7
Zlouporaba alkohola					104	(20,0)		
Depresivnost i zlouporaba alkohola					31	(6,0)		
Neki drugi problem	626	(64,3)	221	(41,4)	194	(37,3)	1041	51,4
Ukupno neimenovano	73	(7,5)	25	(4,7)	29	(5,6)	127	6,3
Ne zna	65	(6,7)	19	(3,6)	25	(4,8)	109	
Nejasno/nedorečeno	2	(0,2)	2	(0,4)	1	(0,2)	5	
Nijekanje problema	6	(0,6)	4	(0,7)	3	(0,6)	13	

*Udjeli navedeni u zagradama odnose se na udio u odnosu na pojedinu vinjetu.

Od 15,2 % sudionika (N = 309) koji su u potpunosti prepoznali vinjetu (Tablica 4.2.2.) njih 274 (Tablica 4.2.4.) je prepoznalo preproblem depresivnosti u vinjeti koja opisuje samo taj problem (88,7 % u odnosu na skupinu onih koji su u potpunosti prepoznali problem), zatim njih 4 u potpunosti prepoznalo u vinjeti u kojoj je opisana suicidalnost s depresivnošću (1,3 % u odnosu na skupinu onih koji su u potpunosti prepoznali problem), a 31 u vinjeti u kojoj je opisana zlouporaba alkohola s depresivnošću (10,0 % u odnosu na skupinu onih koji su u potpunosti prepoznali problem). Samo 127 (6,3 %) sudionika nije jasno

imenovalo problem, odnosno odgovorilo je da ne zna, nije dovoljno jasno imenovalo ili je nijekalo da opisani učenik ima problem.

Sukladno rezultatima u Tablici 4.2.2. i 4.2.3. i ovdje je vidljivo da se depresivnost uspješnije prepoznaje kad se uz depresivnosti pojavljuje i ozbiljniji problem, odnosno rizičnije ponašanje, i to posebno u slučaju simptoma suicidalnih misli u vinjeti *Depresivnost i suicidalnost*. Također je iz dobivenih rezultata vidljivo da nitko nije posumnjao na suicidalne misli ili zlorporabu alkohola ako oni nisu jasno navedeni u hipotetskoj priči u vinjeti. **Vrlo mali broj sudionika prepoznaje istovremeno i depresivnost i suicidalnost odnosno zlorporabu alkohola.**

Tablica 4.2.5. Udio najčešćih problema koje su sudionici navodili u odnosu na ukupan broj danih izjava po pojedinoj vinjeti (%)*

Imenovani problem (kategorija)	Vrsta vinjete		
	Depresivnost	Depresivnost i suicidalnost	Depresivnost i zlorporaba alkohola
Depresivnost	17,9	35,9	22,1
Zlorporaba alkohola	0,0	0,0	15,5
Anksioznost	0,0	5,3	0,0
Problemi u doživljaju sebe	5,7	10,0	7,6
Obiteljski problemi	12,9	6,4	14,1
Pubertet	6,4	8,4	7,1
Ljubavni problemi	7,3	7,1	6,2
Zlostavljanje, trauma	11,1	0,0	0,0
Problemi u vršnjačkim odnosima	11,1	5,4	8,3
Zdravstveni problemi (tjelesna bolest)	6,9	0,0	0,0
Ukupan broj imenovanja problema	1527	793	870

* Prikazani rezultati za kategorije problema s udjelom >5 %.

Sveobuhvatnom kategorizacijom odgovora koji se pojavljuju u pitanju prepoznavanja problema (v. opis analize sadržaja na trećoj razini u poglavlju o metodi istraživanja) dobiveni su udjeli pojedinih kategorija problema u sveukupnome broju danih imenovanja problema. U Tablici 4.2.5 prikazani su imenovani problemi čiji je udio veći od 5 %. To pruža mogućnost uvida u ono što sudionici općenito najčešće prepoznaju (imenuju) kao problem nakon pročitane hipotetske priče u vinjeti. Iz dobivenih rezultata po pojedinim vinjetama uočava se da je prepoznavanje depresivnosti zastupljeno s najvećim udjelom u odnosu na zabilježeni broj izjava kod svih triju vrsta vinjete, što potvrđuje da se opisani problemi u

najvećoj mjeri prepoznaju kao depresivna simptomatologija (u rasponu od 18 % do 36 %, s ponovno vidljivim povećanjem broja njezina prepoznavanja kod vinjeta s ozbiljnijim problemima odnosno rizičnijim ponašanjem, u prvome redu razmišljanja o samoubojstvu). Očekivano, problemi zlouporabe alkohola prepoznaju se u relevantnoj vinjeti (po svojem udjelu na drugome mjestu), ali se kod navedene vinjete (kao i kod *vinjete Depresivnost*) obiteljski problemi pojavljuju s udjelom iznad 10 %. U vinjeti koja sadrži simptome suicidalnih misli sudionici su osim depresivnosti skloni prepoznati probleme lošijega doživljaja sebe, a u manjoj mjeri okolišne čimbenike kao što su obiteljski problemi. Zanimljivo je da se zdravstveni problemi (tjelesne bolesti, npr. bolesti štitnjače, dijabetes, hipoglikemija i sl.) pojavljuju s udjelom iznad 5 % samo kod vinjete koja opisuje samo depresivnost.

Prepoznavanje problema u vinjeti i obilježja sudionika

Brojni čimbenici utječu na uspješno prepoznavanje problema u području mentalnoga zdravlja (5), oni su povezani sa vrstama problema, odnosno vinjete, i sa obilježja samih sudionika. Stoga je na razini deskriptivne statistike (izračuni pojedinih udjela) provjereno kakve rezultate u prepoznavanju problema postižu sudionici s obzirom na sljedeća obilježja:

- spol
- radno mjesto
- radno iskustvo
- prethodno iskustvo s problemima poput onoga opisanog u vinjeti.

Prepoznavanje problema u vinjeti i spol sudionika

Budući da se u dosadašnjim istraživanjima u području zdravstvene pismenosti dobivaju nekonzistentni rezultati u pogledu razlika u uspješnosti prepoznavanja između muških i ženskih sudionika, provjereno je kakav je rezultat u ovome istraživanju s obzirom na spol sudionika (5). Prepoznavanje problema u vinjeti s obzirom na spol prikazano je u Tablici 4.2.6. U ovome istraživanju sudionice su u većoj mjeri točno prepoznavale opisane probleme, dok su u neprepoznavanju problema muški i ženski sudionici bili izjednačeni.

Tablica 4.2.6. Udio prepoznavanja problema u vinjetama s obzirom na **spol sudionika** (%) (N = 2027)

Razina prepoznavanja problema u vinjetama				
Spol sudionika	Da, u potpunosti	Djelomično – samo depresivnost	Djelomično – samo suicidalnost ili zlouporaba alkohola	Ne, nije prepoznat
Ženski (N = 1692)	16,1	21,0	5,3	57,6
Muški (N = 335)	11,0	26,6	4,8	57,6

Prepoznavanje problema u vinjeti i radno mjesto sudionika

Kao što je u poglavlju o metodi istraživanja već rečeno, u istraživanju su sudjelovale sljedeće skupine odgojno-obrazovnih djelatnika iz osnovnih i srednjih škola: učitelji razredne nastave u osnovnim školama, učitelji predmetne nastave u osnovnim školama, nastavnici u srednjim školama, stručni suradnici u osnovnim školama, stručni suradnici u srednjim školama, ravnatelji u osnovnim školama i ravnatelji u srednjim školama. U Tablici 4.2.7. prikazan je udio sudionika u pojedinoj kategoriji radnoga mjesta s obzirom na njihovo prepoznavanje problema opisanoga u vinjeti. Kao što se moglo i očekivati, najveći je udio sudionika koji su točno prepoznali problem opisan u vinjeti među stručnim suradnicima (oko 30 % stručnih suradnika u osnovnim školama i 18,6 % u srednjim školama). S druge strane učitelji i učiteljice razredne nastave u osnovnim školama bili su skloniji davati neke druge, uglavnom deskriptivne opise problema ili navoditi uzroke problema, a ne imenovati o čemu je u vinjeti riječ.

Tablica 4.2.7. Prepoznavanje problema u vinjetama s obzirom na **radno mjesto** sudionika (N = 2027)

Razina prepoznavanja problema u vinjetama				
Radno mjesto	Da, u potpunosti	Djelomično – samo depresivnost	Djelomično – samo suicidalnost ili zlouporaba alkohola	Ne, nije prepoznat
Učitelj/ica razredne nastave (N = 400)	16,8	/	/	83,3
Učitelj/ica predmetne nastave (N = 593)	12,6	26,5	6,1	54,8
Nastavnik/ca (N = 669)	13,8	29,6	6,6	50,1
Stručni suradnik u OŠ (N = 174)	29,3	18,4	6,3	46,0
Stručni suradnik u SŠ (N = 86)	18,6	41,9	9,3	30,2
Ravnatelj u OŠ (N = 72)	6,9	20,8	5,6	66,7
Ravnatelj u SŠ (N = 33)	9,1	18,2	9,1	63,6

Prepoznavanje problema u vinjeti i godine rada u školi

S obzirom na godine radnoga iskustva u školi sudionici su podijeljeni u sedam kategorija (Tablica 4.2.8.) te je prikazan udio sudionika u svakoj kategoriji i njihovo prepoznavanje problema opisanih u vinjetama. U Tablici 4.2.8. može se uočiti da je u skupini sudionika koji su u potpunosti prepoznali problem opisan u vinjeti najveći broj onih koji imaju najmanji broj godina radnog iskustva, a u skupini onih koji nisu prepoznali problem najviše je onih s preko 20 godina radnoga iskustva. Općenito, s godinama radnoga iskustva blago se smanjuje udio prepoznavanja problema opisanoga u vinjeti.

Tablica 4.2.8. Prepoznavanje problema u vinjetama s obzirom na **godine radnoga iskustva u školi** (N = 2027)

Razina prepoznavanja problema u vinjetama				
Godine rada u školi	Da, u potpunosti	Djelomično – samo depresivnost	Djelomično – samo suicidalnost ili zlorab poraba alkohola	Ne, nije prepoznat
Manje od jedne godine (N = 95)	28,4	25,3	2,1	44,2
1 – 2 godine (N = 112)	21,4	22,3	5,4	50,9
3 – 5 godina (N = 238)	19,3	28,6	3,4	48,7
6 – 10 godina (N = 347)	16,7	27,4	3,5	52,4
11 – 15 godina (N = 322)	14,0	26,1	4,7	55,3
16 – 20 godina (N = 249)	8,4	20,9	8,4	62,2
Više od 20 godina (N = 664)	13,3	14,5	6,3	66,0

Prepoznavanje problema u vinjeti i prethodno iskustvo sa sličnim problemima

Od 2027 sudionika u ovome istraživanju njih 779 (38,4 %) već je imalo iskustvo s učenicima koji su imali problem poput onoga opisanog u vinjeti (Tablica 4.2.9.). Ako usporedimo te sudionike (N = 779) s onima koji nisu imali takvo iskustvo (N = 1089), možemo uočiti da je u skupini sudionika koja je imala ranije iskustvo nešto malo veći udio prepoznavanja vinjete (44,1 %) nego u onih koji nisu imali prethodno iskustvo sa sličnim problemima (41,5 %). Prirodu toga odnosa potrebno je dodatno istražiti s ciljanom populacijom: iskustvo s jedne strane može doprinijeti većemu znanju, a time i osjetljivosti na to da se problem prepozna, ali s druge strane iskustvo općenito donosi i određenu razinu opreza.

Tablica 4.2.9. Prepoznavanje problema u vinjetama s obzirom na prethodno iskustvo s učenicima sa sličnim problemima poput onih opisanih u vinjeti (%) (N = 2027)

Iskustvo s učenicima sa sličnim problemima	Razina prepoznavanja problema u vinjetama			
	Da, u potpunosti	Djelomično – samo depresivnost	Djelomično – samo suicidalnost ili zlouporaba alkohola	Ne, nije prepoznat
Da (N = 779)	16,2	24,8	3,1	56,0
Ne (N = 1089)	14,5	19,9	7,1	58,5

U nastavku slijedi analiza odgovora po pojedinim skupinama sudionika s obzirom na problem u vinjeti koji im je bio zadan u upitniku (*Depresivnost*, *Depresivnost i suicidalnost*, *Depresivnost i zlouporaba alkohola*).

4.2.1.5. Prepoznavanje problema po pojedinim vinjetama

Vinjeta *Depresivnost*

Vinjete koje opisuju **depresivnost** po slučaju su procjenjivala 973 sudionika. Pritom je odabir sudionika za tu vinjetu napravljen tako da je dob djeteta opisanoga u vinjeti usklađena s dobi djece s kojom sudionici rade u školi i na radnim mjestima (više o tome u poglavlju o metodi istraživanja).

Nakon što su pročitali vinjetu, sudionici su odgovarali na pitanje: ***Prema Vašemu mišljenju s kojim problemom se opisani učenik/ca nosi, ukoliko uopće ima problem?*** Od ukupnoga broja sudionika koji su dobili tu vinjetu (N = 973) njih 274 (28,2 %) u **potpunosti je prepoznalo** problem naveden u vinjeti (Tablica 4.2.10).

Tablica 4.2.10. Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost* (N = 973)

Razina prepoznavanja problema u vinjeti	N	%
Da, u potpunosti	274	28,2
Ne, nije prepoznat	699	71,8
Ukupno	973	100,0

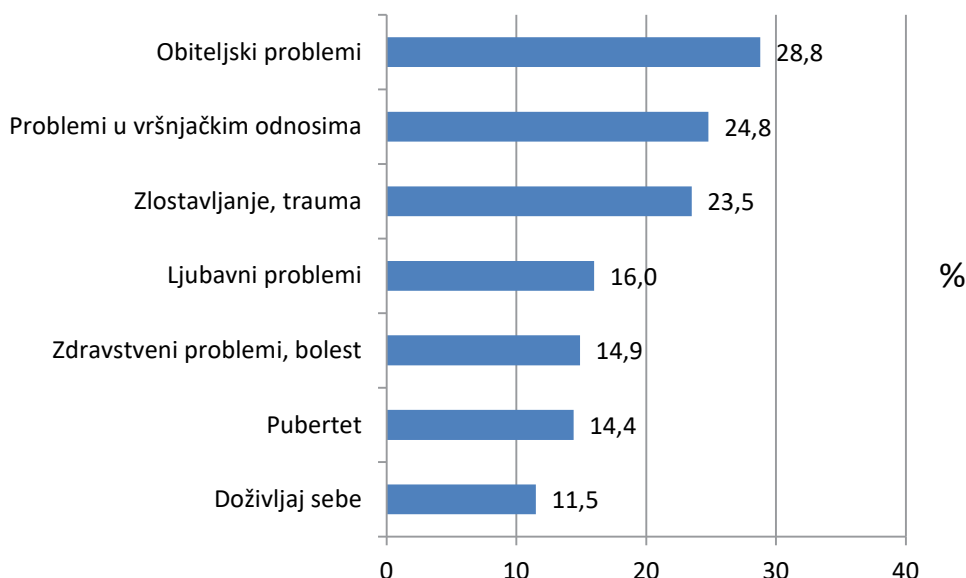
Sudionici koji su u potpunosti prepoznali da je riječ o problemu depresivnosti u dobivenoj vinjeti (njih 274, odnosno 28,2 %) najčešće su navodili odgovore poput:

- *Ivan pati od **depresije**.*
- ***Depresija** i anksioznost.*
- *Mogući su problemi u obitelji (svađe roditelja, rođenje drugog djeteta), mobing od strane suučenika, neka vrsta zlostavljanja ili početak kliničke **depresije**.*

- *Ivan ima problem. On je sniženog raspoloženja i funkcioniranja, njegovo ponašanje ukazuje na simptome **depresije**.*
- *Nisam stručna donositi takve sudove, ali osobno bih posumnjala na **depresiju**.*
- *Anksioznost, **depresija**, a možda je samo introvertan tip djeteta.*

U nastavku slijede rezultati analize sadržaja odgovora onih sudionika koji su navodili da opisani učenik ima problem, **ali ga nisu prepoznali kao depresivnost** (kategorija „neki drugi problem“ u Tablici 4.2.4.). Ti su odgovori dobiveni od ukupno 626 sudionika (ili 64,3 % od broja sudionika koji su dobili ovu vinjetu) i prikazani su na Slici 4.2.1. Na toj je slici vidljivo da su sudionici najčešće u odgovorima navodili obiteljske sukobe i bračne probleme roditelja, probleme s prijateljima od nerazumijevanja i svađa pa sve do zlostavljanja i vršnjačkoga nasilja. Neki sudionici navode da su problemi opisani u vinjeti povezani s osobnom nesigurnošću, odnosno općenitim psihičkim i emocionalnim problemima zbog lošega doživljaja sebe (primjerice nesigurnosti u sebe, loše slike o sebi, nezadovoljstva sobom, manjka vjere u sebe, niskoga samopouzdanja, osjećaja neshvaćenosti, izoliranosti, tuđega nerazumijevanja i neprihvatanja, osjetljivosti i sl.).

Slika 4.2.1. Prepoznavanje drugih problema u vinjeti **Depresivnost** (N = 626) – udio sudionika (%) po pojedinim kategorijama odgovora*



* Prikazani su problemi iznad 10 % u odnosu na ukupan broj danih imenovanja drugih problema.

Na temelju navedenoga može se zaključiti da su i oni sudionici koji nisu u potpunosti prepoznali da je riječ o depresivnosti ipak navodili opise koji su većim dijelom dio slike depresivnosti ili srodnih problema u području mentalnoga zdravlja. Npr. kao što je u Tablici 4.2.1. navedeno, simptomi depresivnosti koji se očituju na planu ponašanja i socijalnih odnosa uključuju probleme s vršnjacima, društvenu izolaciju, probleme u obiteljskim odnosima i sl. To su upravo problemi koje su sudionici najčešće prepoznali u toj vinjeti.

U ovoj skupini odgovora još je u većoj mjeri vidljiva usmjerenost na razmišljanje o uzrocima problema ili rizičnim čimbenicima. Riječ je o odgovorima poput:

- *Mogući problemi: prezahtjevni roditelj, obiteljska situacija, odbačenost od vršnjaka, nezadovoljstvo samim sobom zbog izgleda, uspjeha...*
- *Svakako ga nešto muči. Moja pretpostavka bila bi da ima neki problem u društvu prijatelja/školi ili se nešto događa kod kuće – možda učestale svađe roditelja.*
- *Ili je uvrijeđen, povrijeđen, ucijenjen, nesretan zbog situacije u kući.*
- *Očito je da ga nešto muči. Možda mu se čini da se nitko s njim neće družiti ili u školi nema rezultat kakav bi on ili njegovi roditelji željeli.*

- *Neki događaj u školi ili izvan škole mogao je prouzročiti njegove probleme, ali i strah da se nekome povjeri. Ovo i upućuje i na to da nema dobru komunikaciju s roditeljima jer im se nije povjerio.*
- *Mogući problemi: stres, rani pubertet, preopterećenost, bilo kakav oblik zlostavljanja, anksioznost.*
- *Ivan može imati zdravstvenih problema ili problema u odnosu s vršnjacima.*
- *Mislim da se radi: o nepravilnoj prehrani, ako se bavi sportom, možda se radi o pretreniranosti, zdravstvenim problemima, neodgovarajućoj obiteljskoj situaciji, neprihvatanju među vršnjacima.*
- *Ivan ima problema sa samopouzdanjem, koncentracijom i nedostatkom volje. Previše je pesimističan.*
- *Pretpostavljam da Ivan ima neki problem koji smatra nerješivim te ne zna kome bi se povjerio. Taj problem utječe na njegovo mentalno, potom i fizičko zdravlje.*

U daljnjem prikazu podataka ukratko su navedeni rezultati u prepoznavanju problema u vinjeti *Depresivnost* s obzirom na **obilježja sudionika** (spol, radno mjesto, radno iskustvo i prethodno iskustvo s problemima poput onoga opisanog u vinjeti).

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost* i spol sudionika

Od 110 muških sudionika koji su dobili tu vinjetu u upitniku njih 30,0 % u potpunosti je prepoznalo problem, dok njih 70,0 % nije. I sudionice su podjednako prepoznale problem naveden u vinjeti – njih 27,9 % prepoznalo je da je u vinjeti riječ o depresivnosti, a 72,1 % nije prepoznalo problem.

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost* i radno mjesto sudionika

Kao što se moglo i očekivati, najveći je udio sudionika koji su prepoznali problem u toj vinjeti među stručnim suradnicima (oko 45 %), a zatim među nastavnicima u srednjim školama (36,8 %) i nastavnicima u višim razredima osnovnih škola (33,7 %). S druge strane učitelji i učiteljice razredne nastave u osnovnim školama bili su skloniji davati opise ili uzroke problema, umjesto navođenja da je riječ o depresivnosti. Kao što je već ranije uz rezultate u Tablici 4.2.7. rečeno, takav je rezultat očekivan jer sudionici iz te skupine rade s djecom mlađe dobne skupine (7 – 11 godina), u kojoj je teže prepoznati znakove depresivnosti, pa je svakako poželjan veći oprez pri donošenju zaključaka o mentalnozdravstvenom statusu djeteta.

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost* i godine radnoga iskustva sudionika

U prepoznavanju te vinjete dobiven je zanimljiv nalaz s obzirom na **radno iskustvo** sudionika. Pokazalo se da skupine ispitanika s manje godina radnoga iskustva u većemu broju prepoznaju problem opisan u vinjeti. Točnije, 47,1 % sudionika s manje od godine dana radnoga iskustva uspješno je prepoznalo problem u toj vinjeti. Slijede sudionici u skupinama od 1 do 2 godine radnoga iskustva (38,5 % sudionika), 3 do 5 godina (38,2 % sudionika) i 6 do 10 godina (34,2 % sudionika). Najmanji je udio sudionika u skupini od 16 do 20 godina radnoga iskustva (17,9 %).

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost* i prethodno iskustvo sa sličnim problemima

I na kraju, provjeren je udio prepoznavanja problema kod skupina sudionika različitoga prethodnog iskustva sa sličnim problemom. Od 274 sudionika koji su u potpunosti prepoznali da je u opisanoj vinjeti riječ o depresivnosti njih 111 (40,5 %) već je ranije imalo iskustvo s učenicom sa sličnim problemom poput onoga opisanog u vinjeti, dok njih 142 (51,8 %) nije imalo iskustvo s takvim učenicom. 21 sudionik odgovorio je da ne zna.

Vinjeta *Depresivnost i suicidalnost*

Vinjete koje opisuju **depresivnost i razmišljanje o suicidu** po slučaju su procjenjivala 534 sudionika. Pritom je odabir sudionika koji su dobili tu vinjetu bio u skladu s dobi djece s kojom rade u školi, odnosno s njihovim radnim mjestom. Opis vinjete nalazi se u poglavlju o metodi istraživanja. Rezultati točnosti prepoznavanja problema u toj vinjeti navedeni su u Tablici 4.2.11.

Tablica 4.2.11. Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost i suicidalnost* (N = 534)

Razina prepoznavanja problema u vinjeti	N	%
Da, u potpunosti	4	0,7
Djelomično – samo depresivnost	282	52,8
Djelomično – samo suicidalnost	2	0,4
Ne, nije prepoznat	246	46,1
Ukupno	534	100,0

Na pitanje ***Prema Vašem mišljenju s kojim problemom opisani učenik/ca nosi, ukoliko uopće ima problem?*** od ukupnoga broja sudionika koji su dobili tu vinjetu njih četvero (0,7 %) u potpunosti je prepoznalo vinjetu, odnosno prepoznalo je da je riječ o depresivnosti i suicidalnosti. Riječ je o trima stručnim suradnicama i jednoj profesorici matematike u srednjoj školi, sve su četiri sudionice u dobnoj skupini od 20 do 49 godina. Njihovi su odgovori na to pitanje sljedeći:

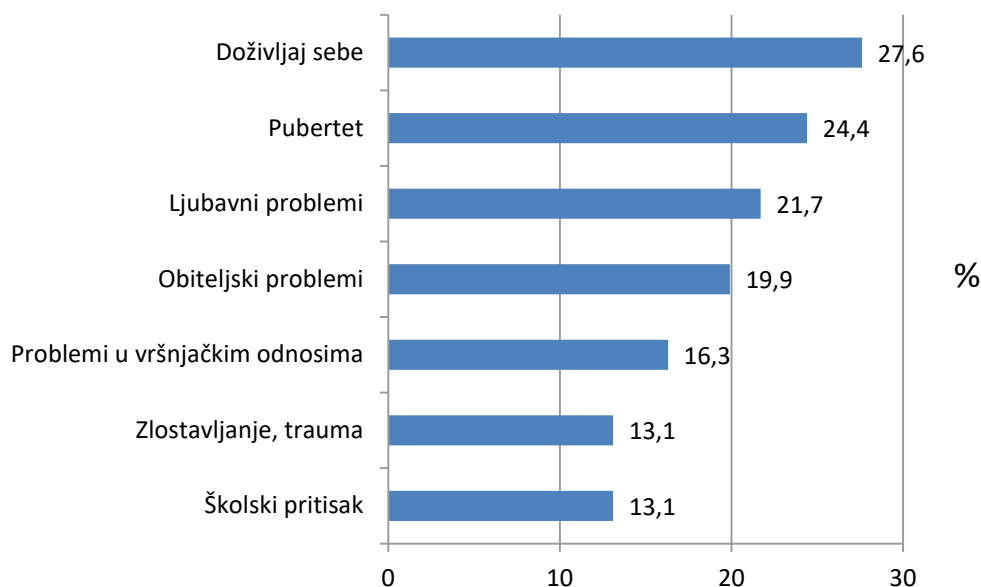
- *Anksioznost, **depresivnost**, problemi s koncentracijom, prokrastinacija, loša slika o sebi, nisko samopoštovanje, potencijalno **suicidalna**.*
- *Ivan se suočava s **depresivnim** simptomima i **suicidalnim** mislima. Sve mu navedeno stvara i dodatne poteškoće vezane uz školsko gradivo.*
- *Kod većine mladih koji razmišljaju ili pokušaju **suicid** se radi o **depresiji** ili nekom drugom psihijatrijskom poremećaju.*
- ***Depresija** sa **suicidalnim** mislima.*

Nadalje, 282 (52,8 %) sudionika **prepoznala su problem djelomično**, tj. navela su da je riječ o **depresivnosti**, ali ne i **suicidalnosti**, a neki od njihovih odgovora citirani su ovdje radi stjecanja boljega uvida:

- *Pubertet, nesigurnost, manjak samopouzdanja, **depresija**.*
- *Očito pati od **depresije** i umora. Možda je preopterećena obvezama.*
- ***Depresija**, anksioznost.*
- ***Depresija**, pubertet – psihičko sazrijevanje, kriza identiteta, možda anoreksija.*
- *Mislim da je to u početku bila neka sitnica koja joj je stvarala problem te se kasnije to pojačalo što je nju dovelo do nekog oblika **depresije** gdje isključuje sve oko sebe.*
- *S **depresijom**, ako se isključe mogući drugi problemi (eventualne zdravstvene teškoće, reakcije na intenzivniji stres, traumatu).*
- *Zdravstveni problem (anemija, štitnjača), zaljubljena, noćne more, **depresija**.*
- *Ivana ulazu u pubertetski period ranije od svojih vršnjaka i ne može se s ostalima poistovjetiti što je čini frustriranom i **depresivnom**.*
- *Ivana je zbog neke promjene u životu zapala u stanje **depresije**, koje je popraćeno i ostalim psihološkim poremećajem, poput anoreksije ili bulimije.*

Samo dva sudionika (0,4 %) navela su samo **da je riječ o drugome zadanom problemu u vinjeti**, tj. da je riječ o **suicidalnosti**, ali ne i o **depresivnosti**. Ukupno 246 (46,1 %) sudionika **nije prepoznalo** o kojemu je problemu u vinjeti riječ, od toga je njih 221 navelo da u vinjeti opisan učenik ima neki drugi problem, ali ne **depresivnost** i **suicidalnost** (vidi Tablica 4.2.4). Sudionici koji **nisu prepoznali** da je riječ o **depresivnosti** i/ili **suicidalnosti** navodili su neki od odgovora koji su prikazani na Slici 4.2.2. Ostali sudionici (4,7 %) su naveli da ne znaju o čemu je riječ ili da nemaju dovoljno podataka za odgovor ili ne navode jasan odgovor.

Slika 4.2.2. Prepoznavanje drugih problema u vinjeti **Depresivnost i suicidalnost** (N = 221) – udio sudionika (%) po pojedinim kategorijama odgovora*



* Prikazani su problemi iznad 10 % u odnosu na ukupan broj danih imenovanja drugih problema.

Najčešće su u odgovorima navodili da je riječ o problemima s lošim doživljajem sebe, zatim o problemima povezanim s promjenama u pubertetu, adolescentskom krizom, emocionalnim i ljubavnim problemima u toj dobi; slijede problemi u odnosima s obitelji i vršnjacima, sve do vršnjačkoga nasilja i drugih oblika nasilja i zlostavljanja te školski pritisak. Riječ je o odgovorima poput:

- *Problemi vezani uz sazrijevanje, pubertet.*
- *Osjeća se nevoljeno i neprihvaćeno.*
- *Zaljubljenost, problemi u obitelji.*
- *Obiteljski problemi poput nasilja, razvoda.*
- *Nesretna ljubav, psihičko nasilje od vršnjaka...*
- *Ima problem kao i većina učenika te dobi.*
- *Problem odrastanja, hormonalne bure, traženja identiteta i smisla, socijalna i emocionalna nesigurnost...*
- *Smatram da se Ivana nosi s problem nedostatka samozadovoljstva i samopoštovanja koje može biti potaknuto vršnjačkim nasiljem te narušavanjem vršnjačkih odnosa.*
- *Nešto je čini nesretnom (nesretna ljubav, neuspjeh, loše ocjene).*
- *Nedostatak samopouzdanja, nesigurnost, strah od budućnosti.*

- *Ivanu nešto jako muči. Moguće je da su to obiteljski odnosi, a katkada roditelji tome ne pridaju toliku pažnju. Možda je zapala u loše društvo, netko ju ucjenjuje, zapravo može biti svašta.*
- *Psihičko i fizičko zlostavljanje.*
- *Ivana ima problem koji se najčešće javlja u pubertetu – samopouzdanje. Samopouzdanje može biti narušeno zbog manjka sigurnosti u njen fizički izgled, zbog uspjeha u školi ili zbog loše socijalne inteligencije.*
- *Problem može biti bilo koji. Može biti jako povrijeđena od bliskog prijatelja, može imati strah od škole, može biti u nekoj vrsti opasnosti. A može čak biti i bolesna kad nema apetita i ne spava.*
- *Pretpostavljam da je doživjela neku stresnu situaciju o kojoj joj je neugodno govoriti i ne zna kako se s njom nositi.*
- *Mislim da nema problema, da je riječ o pubertetu i da se svaka sitnica možda čini kao problem u očima trinaestogodišnje djevojčice – kao npr. nerazumijevanje nekog sadržaja u gradivu koje radi.*

U nastavku su ukratko navedeni rezultati u prepoznavanju problema u vinjeti *Depresivnost i suicidalnost* s obzirom na **obilježja sudionika** (spol, radno mjesto, radno iskustvo i prethodno iskustvo s problemima poput onoga opisanog u vinjeti).

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost i suicidalnost* i spol sudionika

Sudionici obaju spolova podjednako su prepoznali problem u ovoj vinjeti. Od 105 muških sudionika koji su dobili ovu vinjetu u upitniku nijedan nije u potpunosti prepoznao da je u vinjeti prikazana priča o depresiji i suicidalnosti, 48,6 % muških sudionika djelomično je prepoznalo samo depresivnost, dok njih 51,4 % nije prepoznalo problem. Nešto je bolje prepoznavanje bilo u skupini sudionica – njih četiri (0,9 %) u potpunosti su prepoznale vinjetu *Depresivnost i suicidalnost*, 54,3 % sudionica djelomično je prepoznalo vinjetu, dok 48,8 % sudionica nije prepoznalo problem.

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost i suicidalnost* i radno mjesto sudionika

S obzirom na rezultate navedene u Tablici 4.2.4. u kojoj su prikazani ukupni pokazatelji prepoznavanja problema s obzirom na radno mjesto sudionika, za ovu vinjetu dobiveni su slični rezultati. I u ovome slučaju najveći je udio sudionika koji su prepoznali da je u vinjeti riječ o depresivnosti i/ili suicidalnosti među stručnim suradnicima, pri čemu se ističu stručni suradnici u srednjim školama (njih čak 77,8 % u potpunosti je ili djelomično prepoznalo problem u ovoj vinjeti). Slijede stručni suradnici u osnovnim školama (oko 54,3 % u potpunosti je ili djelomično prepoznalo problem), a zatim nastavnici u srednjim školama (53,7 %) itd.

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost i suicidalnost* i godine radnoga iskustva sudionika

Rezultati dobiveni analizom odgovora s obzirom na **radno iskustvo** sudionika pokazuju da nema neočekivanoga odstupanja u prepoznavanju i imenovanju problema opisanoga u vinjeti *Depresivnost i suicidalnost* u odnosu na rezultate dobivene na ukupnome uzorku sudionika i za vinjetu *Depresivnost*.

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost i suicidalnost* i prethodno iskustvo sa sličnim problemima

Od 288 sudionika koji su u potpunosti ili djelomično prepoznali da je u opisanoj vinjeti riječ o suicidalnosti i/ili depresivnosti podjednak je postotak onih koji su već bili u kontaktu s učenicom sa sličnim problemom poput onoga opisanog u vinjeti (133 sudionika ili 56,9 %) i onih koji nisu imali iskustvo s takvim učenicom (129 sudionika ili 52,2 %). 26 sudionika odgovorilo je da ne zna.

Vinjeta *Depresivnost i zlouporaba alkohola*

Vinjete koje opisuju **simptome depresivnosti i zlouporabe alkohola** po slučaju je dobilo 520 sudionika. Pritom je odabir sudionika za ovu vinjetu napravljen tako da je dob djeteta opisanoga u vinjeti usklađena s dobi djece s kojom sudionici rade u školi i na radnome mjestu kako je to već objašnjeno u poglavlju o metodi istraživanja. Rezultati prepoznavanja problema u ovoj vinjeti navedeni su u Tablici 4.2.12.

Tablica 4.2.12. Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost i zlouporaba alkohola* (N = 520)

Razina prepoznavanja problema u vinjeti	N	%
Da, u potpunosti	31	6,0
Djelomično – samo depresivnost	162	31,2
Djelomično – samo zlouporaba alkohola	104	20,0
Ne, nije prepoznat	223	42,9
Ukupno	520	100

Na pitanje *Prema Vašem mišljenju s kojim problemom učenik/ca nosi, ukoliko uopće ima problem?* od ukupnoga broja sudionika koji su dobili ovu vinjetu njih 31 (6,0 %) u potpunosti je prepoznalo da je riječ o depresivnosti i zlouporabi alkohola. Navedeni sudionici napisali su odgovore poput:

- Ivan je **deprimiran** i ovisan o **alkoholu**.
- Konzumacija **alkohola** i možda droga te manifestacije **depresije** u školi, očito su posljedica nekog drugog događaja ili problema koji mladić ne može sam riješiti.
- Nesanica, **depresija**, nedostatak koncentracije, **alkoholizam**.

Nadalje, 162 (31,2 %) sudionika **prepoznala su** da je riječ o **depresivnosti, ali ne i o zlouporabi alkohola**, dok 104 sudionika (20 %) navode da je riječ o **zlouporabi alkohola, ali ne i o depresivnosti**. Sudionici koji su naveli da je riječ o depresivnosti, ali ne i o zlouporabi alkohola, najčešće su navodili odgovore poput:

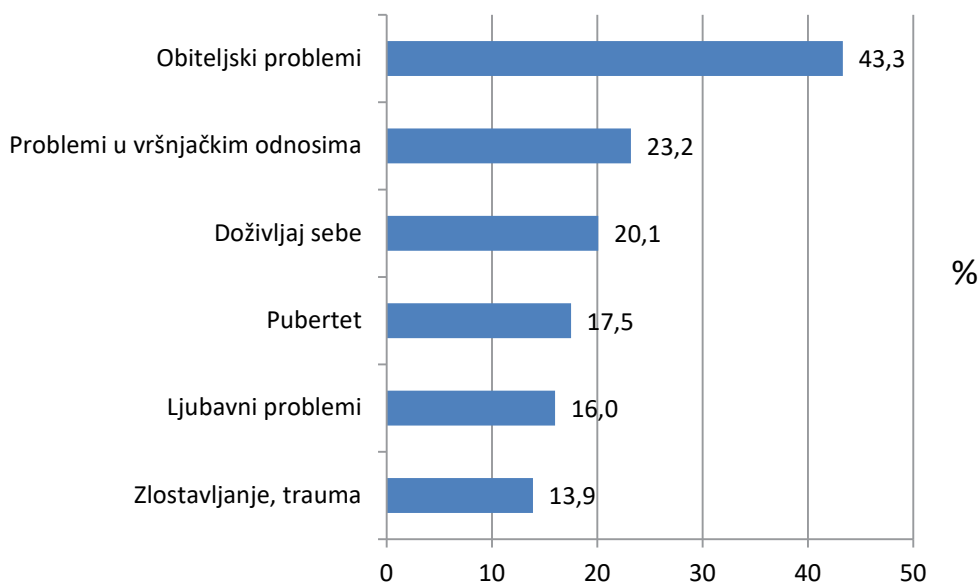
- *Nesretna ljubav, vršnjačko nasilje, odnosi u obitelji, **depresivnost**...*
- ***Depresija** ili reakcija na neku obiteljsku situaciju.*
- *Mogući su simptomi anksioznosti ili **depresije**, no ne mora nužno biti riječ o bolesti.*
- *Anksioznost, **depresija**, problemi u obitelji, problemi s društvom, potraga za samim sobom i svojom ulogom u društvu.*

Sudionici koji su naveli da je riječ o zlouporabi alkohola, ali ne i o depresivnosti, najčešće su navodili odgovore poput:

- *Ako je učenik tijekom prethodne godine učestalo konzumirao velike količine **alkohola**, a u zadnje se vrijeme osjeća tužno i potišteno, tad bih pretpostavila da je i učenik postao svjestan svoje teške situacije.*
- *Ima neki teži (dužnički, ljubavni i "zlostavljački" najčešći su u toj dobi) problem koji nosi u sebi, ali ga ne dijeli s roditeljima i prijateljima, nego ga pokušava "ignorirati" **alkoholom**.*
- *Emocionalni problemi – osjećaj tuge i potištenosti, fiziološki problemi – manjak apetita i sna, obrazovni problemi – manjak motivacije za učenje, loše ocjene, izostanci. Problemi s **alkoholom**.*
- *Ivan se nosi s problemom **alkoholizma** koji je samo vanjska manifestacija neke unutarnje traume osobnosti.*
- *Postoje problemi s konzumiranjem **alkohola**, mogući zdravstveni problemi, a možda i obiteljski.*

Na kraju, pokazalo se da ukupno 223 (42,9 %) sudionika **ne prepoznaju problem u vinjeti**, pri čemu njih 194 (37,3 %) smatra da učenik opisan u vinjeti ima neki drugi problem, a 29 sudionika (5,6 %) ne zna ili daje nejasan odgovor. Na Slici 4.2.3. navedeni su neki od najčešćih odgovora sudionika koji nisu prepoznali ni da je riječ o depresivnosti ni da je riječ o zlouporabi alkohola nego su navodili da učenik ima neki drugi problem (tj. nisu ga prepoznali kao depresivnost i sklonost zlouporabi alkohola).

Slika 4.2.3. Prepoznavanje drugih problema u vinjeti **Depresivnost i zlouporaba alkohola** (N = 194) - udio sudionika (%) po pojedinim kategorijama odgovora*



* Prikazani su problemi iznad 10 % u odnosu na ukupan broj danih imenovanja drugih problema.

Najčešće su u odgovorima navodili da je riječ o problemu povezanom s obiteljskom situacijom, problemu s roditeljima, problemu povezanom s bračnom neslogom roditelja i sl. Riječ je o odgovorima poput:

- *Ivan ima problema s vršnjacima, vrijeđaju ga zbog izgleda i govore da je dosadni štreber.*
- *Okruženje u kojem se kreće učinilo ga je takvim. Njegovo društvo.*
- *Možda Ivan ima problem tipičan za adolescente: nesnalaženje u svijetu odraslih, tj. u onom svijetu u kojem bi želio biti, a u stvari mu tamo još nije mjesto. Adolescencija je teško životno razdoblje.*
- *Problemi ljubavne naravi, maltretiranje (fizičko i psihičko) od strane drugih učenika.*
- *Ostavila ga je djevojka, rastaju se roditelji, ali o tome šute i ne žele upoznati školu.*
- *Ivan ima veliki problem. Iz nekog je razloga anksiozan u tolikoj mjeri da je rješenje problema potražio i u devijantnom ponašanju.*
- *Obijest, dosada, pubertet.*

Usporedbom s odgovorima u prethodnim vinjetama (prikazanima na Slikama 4.2.1. i 4.2.2.) u ovome slučaju dvostruko veći postotak sudionika navodi obiteljske čimbenike kao glavni problem u vinjeti. Također, zanimljivi su odgovori kojima se pokušava problem umanjiti ili relativizirati, tj. staviti ga u okvire adolescentske krize ili ljubavnih problema. Nameće se pitanje percepcije pijenja alkohola kod

mladih i težine i ozbiljnosti toga problema jer je samo 6 % sudionika u ovome opisu prepoznalo depresivnost, 20 % zlouporabu alkohola, a čak 37,3 % neki od problema prikazanih na Slici 4.2.3.

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost i zlouporaba alkohola* i spol sudionika

Od 120 muških sudionika koji su dobili ovu vinjetu u upitniku njih 3,3 % u potpunosti je prepoznalo problem, njih 44,0 % djelomično je prepoznalo problem, a njih 51,7 % nije prepoznalo problem. Nešto je bolje prepoznavanje bilo u skupini sudionica – njih 6,8 % prepoznalo je problem u ovoj vinjeti u potpunosti, njih 53,0 % djelomično je prepoznalo problem, a njih 40,3 % nije prepoznalo problem. Sudionici obaju spolova podjednako su prepoznavali depresivnost u ovoj vinjeti, dok je zlouporabu alkohola prepoznalo 22,0 % sudionica u odnosu na 13,3 % sudionika.

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost i zlouporaba alkohola* i radno mjesto sudionika

S obzirom na rezultate navedene u Tablici 4.2.7., u kojoj su prikazani ukupni pokazatelji prepoznavanja problema s obzirom na radno mjesto sudionika, za ovu vinjetu dobiveni su slični rezultati. I u ovome slučaju najveći je udio sudionika koji su prepoznali da je u vinjeti riječ o depresivnosti i/ili o zlouporabi alkohola među stručnim suradnicima, pri čemu se i u ovome slučaju, kao i u slučaju vinjete *Depresivnost i suicidalnost*, ističu stručni suradnici u srednjim školama (njih čak 84,0 % u potpunosti je ili djelomično prepoznalo problem u ovoj vinjeti. Nakon njih slijedi udio stručnih suradnika u osnovnim školama (njih 71,4 % potpuno je ili djelomično prepoznalo problem u vinjeti), zatim nastavnici i ravnatelji u srednjim školama (njih po 58,3 %).

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost i zlouporaba alkohola* i godine radnoga iskustva sudionika

Rezultati dobiveni analizom odgovora s obzirom na **radno iskustvo** sudionika pokazuju da također nema odstupanja u prepoznavanju i imenovanju problema opisanoga u vinjeti *Depresivnost i zlouporaba alkohola* u usporedbi s rezultatima dobivenima na ukupnome uzorku (Tablica 4.2.8.), veći udio prepoznavanja kod sudionika s manje godina radnog iskustva.

Prepoznavanje problema u vinjeti *Depresivnost i zlouporaba alkohola* i prethodno iskustvo sa sličnim problemima

I u slučaju procjenjivanja u ovoj vinjeti dobiveni su slični rezultati kao i u prethodnim vinjetama, tj. među sudionicima koji su u potpunosti ili djelomično prepoznali problem u vinjeti podjednak je broj onih koji su imali i onih koji nisu imali prethodno iskustvo sa sličnim problemima. Točnije, od 297 sudionika koji su u potpunosti ili djelomično prepoznali da je u opisanoj vinjeti riječ o depresivnosti i/ili zlouporabi alkohola njih 99 (33,3 %) imalo je učenika sa sličnim problemom poput onoga opisanog u vinjeti, dok njih 181 (60,9 %) nije imalo iskustvo s takvim učenikom. 17 sudionika odgovorilo je da ne zna.

4.2.1.6. Osvrt na prikazane rezultate

Prepoznavanje depresivnosti i s njom povezanih problema čimbenik je koji uvelike može olakšati traženje stručne pomoći i stoga umanjiti patnju depresivne osobe, smanjiti rizik za suicid i sve one razvojne posljedice koje se mogu dogoditi u slučaju neliječenih mentalno-zdravstvenih problema (6). O važnoj ulozi prepoznavanja prvih znakova psihičkih problema govore i nalazi o snažnoj povezanosti između problema u području mentalnoga zdravlja i uspjeha u školi. Npr. Breslau i suradnici (7) upozoravaju na to da upravo mentalni poremećaji u školskoj dobi djeluju na raniji prekid školovanja te tako mogu doživotno odrediti socioekonomski status neke osobe. Autori navode da se oko 46 % odustajanja od visokoga obrazovanja može pripisati negativnim utjecajima ranijih mentalnih poremećaja. U opsežnoj studiji utvrdili su da je najveći utjecaj mentalnih poremećaja na odustajanje od školovanja na završetku srednje škole (10,2 %), ali je također visok i za osnovnu školu (3,8 %), upis na fakultet (4,4 %) i završavanje studija (2,6 %). S druge strane pokazalo se da upravo povećanje zdravstvene pismenosti djelatnika u školama iz područja mentalnoga zdravlja može uvelike pridonijeti boljoj klimi u školi, boljem odnosu između djelatnika i učenika te shodno tomu boljem školskom uspjehu (8).

U ovome istraživanju pokazalo se da je od ukupnoga broja sudionika 42,4 % u potpunosti ili djelomično prepoznalo problem opisan u vinjeti (u potpunosti samo 15,2 % sudionika u odnosu na cjelokupni uzorak, a 37,1 % samo ukupno prepoznalo simptome depresivnosti uzimajući u obzir sve vinjete), dok 57,6 % sudionika nije prepoznalo problem. Dobiveni rezultati u skladu su s rezultatima u drugim istraživanjima (5, 9). Tako se u ranijim istraživanjima pokazalo da oko 40 % sudionika iz populacije u potpunosti prepoznaje depresivnost u vinjetama, a u novijim istraživanjima oko 70 % (5). Na uzorku od 209 nastavnika u Turskoj Ozabaci (9) je, koristeći se istom metodom istraživanja kao u našem istraživanju, utvrdio da 34 % do 41 % sudionika prepoznaje u različitim vinjetama koje opisuju depresivnost da se radi o depresivnosti. Jorm (10) u pregledu istraživanja koja su provedena na stanovništvu u većemu broju zemalja navodi razlike u točnosti prepoznavanja u različitim zemljama. Na primjer u Japanu i Švedskoj 50 % sudionika prepoznalo je da je riječ o depresivnosti, u SAD-u 58 %, a u Australiji i Kanadi čak 75 % sudionika. U istraživanju provedenom u Švicarskoj pokazalo se da je 38 % sudionika prepoznalo depresivnost, a njih 60,2 % navodilo je da osoba opisana u vinjeti ima neku životnu krizu (11). U istraživanju autora Loureira i sur. (12) korišteni su ponuđeni odgovori na pitanje koji je problem opisan u vinjeti i 67,1 % adolescenata prepoznalo je da je u opisanim vinjetama riječ o depresiji. Slijedili su stres, psihički, mentalni ili emocionalni problemi, emocionalni slom, anoreksija i sl.

S obzirom na to da je prepoznavanje problema iznimno važno, udio odgojno-obrazovnih djelatnika koji su u ovome istraživanju prepoznali problem u vinjeti ipak je manji od željenoga. Premda treba napomenuti da je dio odgojno-obrazovnih djelatnika koji nisu prepoznali problem imenovanjem depresivnosti nego su navodili opise problema koji su također znakovi depresivnosti (nisko samopoštovanje, beznadnost, društvena izolacija i sl.) i s njom povezane probleme suicidalnosti i zlouporabe alkohola. Uvidom u alternativne opise koje su sudionici davali može se vidjeti da je veliki broj njih povezao opisani problem s narušenim odnosima u obitelji i s vršnjacima te s pubertetskim problemima. To je tipičan opis depresivnoga adolescenta, pri kojemu postoji sklonost umanjivanju ili normalizaciji problema. U svim takvim slučajevima navedeni se problemi opisuju kao prolazna pubertetska kriza, sastavni dio sazrijevanja ili prolaznih sukoba u obitelji i s vršnjacima. Stavljanje tih problema u okvire očekivanih razvojnih promjena može rezultirati neshvaćanjem ozbiljnosti djetetove patnje te, kao posljedica, nepravodobnim traženjem pomoći. Kategorija odgovora koja obuhvaća stres, anksioznost, tjeskobu i strah vrlo je široka i općenita kategorija kojom se često opisuju mnoge promjene mentalnoga zdravlja i stoga nije specifičan opis konkretnoga problema. Jorm (10) taj nalaz povezuje s kulturnim vrijednostima i stavovima prema mentalnim poremećajima. Naime, u nekim zemljama pri opisivanju problema u vinjetama ljudi izbjegavaju koristiti se terminologijom mentalnih poremećaja, poput depresije ili depresivnoga poremećaja ili depresivnosti, nastojeći što više normalizirati problem. Tad se radije koriste alternativnim nazivima najčešće navodeći da je riječ o stresu, adolescentskim krizama, problemima svakodnevnoga življenja i sl. Premda je to dobar način da se u slučajevima blažih problema izbjegne pretjerano patologiziranje, činjenica je da se u takvim situacijama rjeđe traži stručna pomoć i vrlo se često vjeruje da je najkorisnije rješenje samostalno suočavanje s tim problemom (10).

U prilog tim nalazima idu i rezultati *prepoznavanja problema depresivnosti* po vinjetama. Udio sudionika koji je prepoznao problem kreće se od 28,2 % sudionika u vinjeti u kojoj je bila opisana samo *depresivnost*, preko 37,2 % u vinjeti u kojoj je bila opisana *depresivnosti i zlouporaba alkohola*, do 53,5 % sudionika u vinjeti koja opisuje *depresivnost i suicidalnost*. Uvođenje suicidalnosti u problem opisan u vinjeti očigledno pridonosi većoj ozbiljnosti, pa time i spremnosti sudionika da problem opišu kao depresivnost. Također, nalaz o najslabijemu prepoznavanju problema među učiteljima i učiteljicama razredne nastave u osnovnim školama nije neočekivan. Naime, riječ je o sudionicima koji rade s djecom mlađe dobi i očekivano je da pokažu veću opreznost pri donošenju zaključaka o mentalnozdravstvenome statusu djeteta. Valja naglasiti da je općenito teže prepoznavanje problema što su djeca mlađa.

Također, uočava se sklonost manjega broja sudionika koji nisu prepoznali problem u vinjeti da selektivno prepoznaju samo dio opisanoga problema. Na primjer, navodili su da opisani učenik ima zdravstvene probleme. To može upućivati na činjenicu da sudionici nisu doživjeli opisane pokazatelje kao jednu cjelinu, već su npr. gubitak tjelesne mase ili gubitak teka prepoznali kao izdvojene simptome.

Zaključno, može se reći da se dobiveni rezultati mogu interpretirati u kontekstu dvaju dominantnih modela mentalnih poremećaja: psihosocijalnoga modela, koji je usmjeren na opis mentalnih poremećaja kao životnih kriza, i biomedicinskoga, koji ih opisuje kao bolesti. U tome smislu sudionici u ovome istraživanju naklonjeniji su psihosocijalnomu modelu, što se moglo i očekivati jer je riječ o osobama koje rade u školama, a ne u zdravstvenome sustavu.

4.2.2. Pružanje pomoći

U ovome poglavlju opisana je spremnost, osjećaj sigurnosti te znanja i vještine traženja i pružanja pomoći učenicima kod kojih se prepozna problem poput onoga opisanoga u vinjeti. Sastavni su dio poglavlja rezultati dobiveni istraživanjem na uzorku od 2027 odgojno-obrazovnih djelatnika iz osnovnih i srednjih škola.

SADRŽAJ POGLAVLJA:

4.2.2.1. Pružanje pomoći

4.2.2.2. Spremnost djelatnika u školi da potraže pomoć za učenika koji ima problem

4.2.2.3. Osjećaj sigurnosti u vlastite sposobnosti da pomognu učeniku koji ima problem

4.2.2.4. Znanja i vještine pružanja prve pomoći i prevencije u području mentalnoga zdravlja

4.2.2.5. Osvrt na prikazane rezultate

4.2.2.1. Pružanje pomoći

Uz sposobnost prepoznavanja problema zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja obuhvaća i sve one kognitivne i socijalne vještine koje su ključne za traženje informacija i korištenje zdravstvenim uslugama (13).

Razdoblje djetinjstva i adolescencije vrijeme je brojnih važnih životnih promjena, stoga mentalni poremećaji mogu imati duboki utjecaj na svakodnevni socijalni, akademski, tjelesni i emocionalni razvoj. No, upravo zbog specifičnosti toga razvojnog razdoblja većina djece i adolescenata ne traži pomoć ili odgađa traženje pomoći. Općenito se pokazalo da je razdoblje od prve pojave problema do početka pružanja pomoći predugo te da samo 40 – 50 % mladih koji imaju neki psihički problem dobiva odgovarajuću skrb za svoje probleme (14). To znači da velikomu broju djece i adolescenata, čak i u onim slučajevima kad njihovi problemi jesu prepoznati, nije pružena potrebna stručna pomoć. Ta činjenica osobito zabrinjava jer se teškoće u području mentalnoga zdravlja često odražavaju na školsko postignuće, uključivanje u školske i izvanškolske aktivnosti te na odnose s vršnjacima i članovima obitelji (15, 2). Budući da odgojno-obrazovni djelatnici u školi imaju specifičnu ulogu u procesu prepoznavanja navedenih ponašanja, njihova znanja i upoznatost s mogućnostima pružanja potpore i pomoći učenicima osobito su važni za pravodobnu prevenciju i intervenciju.

4.2.2.1. Spremnost djelatnika u školi da potraže pomoć za učenika koji ima problem

Nekoliko pitanja u ovome istraživanju odnosilo se na pokazatelje o spremnosti djelatnika u školi da pomognu učeniku koji ima problem.

Tako je na pitanje **Kada biste pokušali pomoći učeniku, gdje biste potražili pomoć?** od ukupnoga broja sudionika samo njih 47 (2,3 %) izjavilo da ne bi potražilo pomoć u pokušaju da pomognu učeniku, a čak 1980 (97,7 %) sudionika izjavilo je da bi potražilo pomoć za opisanoga učenika. Najveći broj sudionika (njih 1361 ili 67,1 %) potražio bi pomoć raznih stručnih službi, institucija ili udruga, a njih 1143 (56,4 %) obratilo bi se nekoj konkretnoj osobi: stručnomu suradniku (psihologu, pedagogu, defektologu) i kolegama u školi, liječniku, roditeljima, svećeniku i sl.

Dodatni su pokazatelji spremnosti za pomoć učeniku odgovori na pitanje **Kada biste u svojoj školi imali kontakt s učenikom poput opisanog u vinjeti, koliko je vjerojatno da ćete postupiti na određeni način?** Samo je šest sudionika (0,3 %) odgovorilo da ne bi poduzelo ništa, dok su svi ostali navodili brojne druge intervencije – od razgovora s učenikom, kontaktiranja s obitelji, razgovora s drugim nastavnikom i sl.

I na kraju na pitanje **Što bi Vas moglo spriječiti ili zaustaviti u pokušaju da pomognete opisanom učeniku?** u ovome istraživanju oko 40 % sudionika odgovorilo je da ih ništa ne bi moglo spriječiti u tome da pomognu učeniku kod kojega su primijetili znakove mentalno-zdravstvenih problema poput onih opisanih u vinjetama. Ostali su navodili da bi ih unatoč dobroj namjeri u tome mogla spriječiti reakcija roditelja učenika ili samoga učenika, ili pak vlastito neznanje, nestručnost, čak i strah da ne učine problem još većim.

Spremnost na traženje pomoći za učenika i vrsta vinjete

Kao što se iz rezultata u Tablici 4.2.13. može vidjeti, nešto je veći udio sudionika koji su spremni potražiti pomoć stručnih službi, institucija, udruga i sl. (66,1 % – 68,3 %) u odnosu na traženje pomoći drugih osoba (53,6 % – 57,5 %) kod svih vinjeta.

Tablica 4.2.13. Udio sudionika (%) u odnosu na oblik pomoći koju bi zatražili za opisanoga učenika s obzirom na **vrstu problema opisanoga u vinjeti** (N = 2027)

Vrsta vinjete	Potražili bi pomoć od	
	stručnih službi, udruga i sl.	drugih osoba
Depresivnost (N = 973)	66,1	57,5
Depresivnost i suicidalnost (N = 534)	68,0	53,6
Depresivnost i zlouporaba alkohola (N = 520)	68,3	57,3

Spremnost i obilježja sudionika

Brojni čimbenici utječu na oblike traženja potpore i pružanja pomoći djetetu koje ima neke mentalno-zdravstvene probleme. Stoga je provjereno koji bi oblik pomoći sudionici odabrali s obzirom

na spol, svoje radno mjesto, radno iskustvo i prethodno iskustvo sa sličnim problemima. Rezultati su prikazani u Tablici 4.2.14.

Tablica 4.2.14. Udio sudionika (%) u odnosu na oblik pomoći koju bi zatražili za opisanoga učenika s obzirom na spol, radno mjesto i godine rada (N = 2027)

Spol sudionika	Potražili bi pomoć od	
	stručnih službi, udruga i sl.	drugih osoba
Muškarci (N = 335)	60,9	54,9
Žene (N = 1692)	68,4	56,7
Radno mjesto sudionika		
Učitelj/ica razredne nastave (N = 400)	70,0	56,3
Učitelji predmetne nastave (N = 593)	67,1	56,2
Nastavnik/ca (N = 669)	62,2	56,8
Stručni suradnik u OŠ (N = 174)	75,9	54,6
Stručni suradnik u SŠ (N = 86)	69,8	55,8
Ravnatelj u OŠ (N = 72)	79,2	55,6
Ravnatelj u SŠ (N = 33)	54,5	66,7
Godine rada u školi		
Manje od jedne godine (N = 95)	51,6	62,1
1 – 2 godine (N = 112)	66,1	61,6
3 – 5 godina (N = 238)	65,1	65,1
6 – 10 godina (N = 347)	68,3	52,7
11 – 15 godina (N = 322)	68,9	51,9
16 – 20 godina (N = 249)	67,9	57,4
Preko 20 godina (N = 664)	68,5	55,3

Traženje pomoći i spol sudionika

Iz Tablice 4.2.14. može se vidjeti da su sudionici obaju spolova skloniji tražiti pomoć od stručnih službi, institucija ili udruga nego od pojedinih osoba.

Traženje pomoći i radno mjesto sudionika

S obzirom na radno mjesto sudionika pomoć od stručnih službi zatražili bi u najvećem broju stručni suradnici i ravnatelji u osnovnim školama, a od pojedinih osoba ravnatelji u srednjim školama. I u ovome slučaju uočava se veća spremnost za traženje pomoći od stručnih službi, institucija ili udruga nego od nekih drugih osoba.

Traženje pomoći i godine radnog iskustva u školi

S obzirom na godine radnog iskustva u školi uočava se blagi porast relativnoga broja sudionika koji bi potražili pomoć od stručnih službi s porastom godina rada u školi. Osobito je ta razlika velika između sudionika koji su tek počeli raditi u školi (njih 51,6 % zatražilo bi pomoć od stručnih službi) u odnosu na sudionike koji najduže rade u školi (njih 68,5 % zatražilo bi takvu pomoć). Kad je riječ o traženju pomoći od osoba, onda je situacija obrnuta. Naime, premda su razlike male, uočava se veća sklonost sudionika s manje godina staža da zatraže pomoć od osobe.

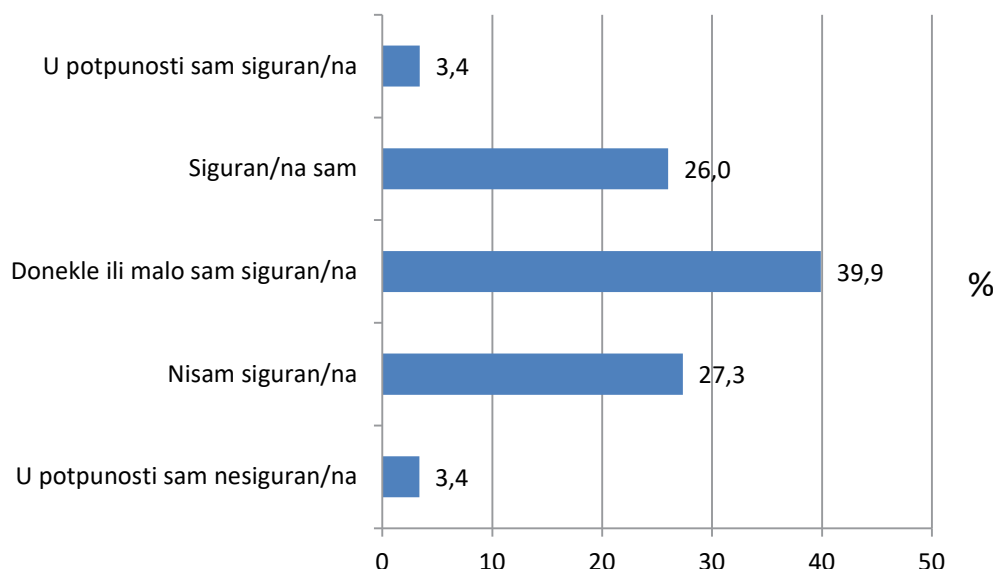
Traženje pomoći i prethodno iskustvo sa sličnim problemima

Usporedbom rezultata o udjelu sudionika iz skupine onih koji su imali i onih koji nisu imali prethodno iskustvo, a s obzirom na njihovu spremnost da potraže pomoć za učenika poput onoga opisanog u vinjeti, pokazalo se da te dvije skupine imaju vrlo slične odabire. Od 779 sudionika koji su već imali iskustvo s učenikom koji je imao problem poput onoga opisanog u vinjeti pomoć od institucije ili udruge zatražilo bi 70,2 % sudionika, a pomoć od osobe potražilo bi njih 55,6 %. Od 1089 sudionika koji nisu imali iskustvo sa sličnim problemima pomoć od institucije ili udruge zatražilo bi 66,3 % sudionika, a od druge osobe njih 56,6 %.

4.2.2.3. Osjećaj sigurnosti djelatnika u vlastite sposobnosti da pomognu učeniku koji ima problem

Podatak o osjećaju sigurnosti u vlastite sposobnosti da pomognu učeniku dobiven je analizom odgovora na pitanje: ***Koliko se osjećate sigurni s obzirom na vlastite sposobnosti da pomognete opisanom učeniku?*** Na to pitanje dobiveni su sljedeći odgovori: **oko 30 % sudionika osjeća se sposobno** pomoći opisanom učeniku, dok je isto toliko njih vrlo nesigurno u pogledu vlastite sposobnosti za pomaganje (Slika 4.2.4). Najveći udio sudionika (39,9 %) donekle je ili malo siguran u vlastite sposobnosti da pomogne učeniku poput onoga opisanog u vinjeti.

Slika 4.2.4. Udio sudionika (%) u pojedinoj kategoriji s obzirom na njihovu sigurnost u vlastite sposobnosti da pomognu učeniku (N = 2027)



Osjećaj sigurnosti i vrsta vinjete

Čimbenik koji može biti relevantan za procjenu sigurnosti i povjerenja u vlastite sposobnosti pružanja pomoći djetetu koje ima neke mentalnozdravstvene probleme odnosi se na vrstu vinjete koju su sudionici procjenjivali. I u ovome slučaju izračunane su prosječne vrijednosti odgovora, tj. procjena sigurnosti koju su sudionici davali na skali od 1 (U potpunosti sam nesiguran) do 5 (U potpunosti sam siguran). Prosječni rezultati procjena sigurnosti po pojedinim vinjetama prikazani su u Tablici 4.2.15. Veća prosječna vrijednost ukazuje na veći stupanj sigurnosti.

Tablica 4.2.15. Prosječne vrijednosti (M) – procjena sigurnosti da se pomogne opisanomu učeniku s obzirom na **vrstu problema opisanoga u vinjeti**

Vrsta vinjete	Prosječna vrijednost odgovora M (SD)
Depresivnost (N = 973)	3,08 (0,881)
Depresivnost i suicidalnost (N = 534)	2,87 (0,928)
Depresivnost i zlouporaba alkohola (N = 520)	2,93 (0,877)

M - aritmetička sredina

SD - standardna devijacija kao mjera raspršenja

Kao što se iz prosječnih vrijednosti odgovora u Tablici 4.2.15. može vidjeti, najveću sigurnost imali su sudionici koji su na procjenu dobili vinjetu u kojoj je opisana depresivnost, nešto manju sigurnost imali

su sudionici koji su procjenjivali vinjetu *Depresivnost i zlouporaba alkohola*, a najmanju oni koji su procjenjivali vinjetu *Depresivnost i suicidalnost*. Može se pretpostaviti da je jedno od tumačenja dobivenih rezultata povezano s težinom i ozbiljnošću problema u vinjeti te da problemi depresivnosti i suicidalnosti i kod stručnjaka mogu izazvati osjećaj nesigurnosti u vlastite sposobnosti da pomognu učeniku koji ima takav problem.

Osjećaj sigurnosti i obilježja sudionika

U nastavku je provedena analiza rezultata koji uključuju neke čimbenike relevantne za procjenu osobne sigurnosti i povjerenja u vlastite sposobnosti pružanja pomoći djetetu koje ima neke mentalnozdravstvene probleme. To su čimbenici povezani sa samim sudionicima. Dakle, provjerena je procjena sigurnosti sudionika s obzirom na spol, njihovo radno mjesto, radno iskustvo i prethodno iskustvo sa sličnim problemima. Rezultati su prikazani u Tablici 4.2.16.

Budući da su sudionici iskazivali svoj osjećaj sigurnosti na skali od 1 (U potpunosti sam nesiguran) do 5 (U potpunosti sam siguran) izračunane su prosječne vrijednosti odgovora za pojedine skupine odgojno-obrazovnih djelatnika. Rezultati su prikazani u Tablici 4.2.16. Prosječne vrijednosti su uspoređivane bez utvrđivanja statističke značajnosti.

Osjećaj sigurnosti i spol sudionika

S obzirom na prosječne vrijednosti procjena sigurnosti sudionika u Tablici 4.2.16. može se vidjeti da se muškarci i žene u ovome istraživanju osjećaju podjednako sigurnima s obzirom na svoje sposobnosti da pruže pomoć učeniku koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti.

Osjećaj sigurnosti i radno mjesto sudionika

S obzirom na radno mjesto sudionika njihove procjene osjećaja sigurnosti bile su očekivane: najviše prosječne vrijednosti imaju stručni suradnici, a najniže učitelji predmetne nastave u osnovnim školama i nastavnici u srednjim školama.

Osjećaj sigurnosti i godine radnog iskustva u školi

Uvidom u prosječne vrijednosti procjena sigurnosti u Tablici 4.2.16. po pojedinim kategorijama godina radnog iskustva uočavaju se podjednake prosječne vrijednosti odnosno podjednak osjećaj sigurnosti u vlastite sposobnosti da pomognu učeniku koji ima probleme poput onih opisanih u vinjeti. Naime, moglo bi se očekivati da će s većim brojem godina rada u školi i osjećaj sigurnosti rasti, što rezultati ne pokazuju, ali je dodatnim istraživanjem potrebno navedene odnose provjeriti.

Tablica 4.2.16. Prosječne vrijednosti (M) – procjena sigurnosti da se pomogne opisanomu učeniku s obzirom na spol, radno mjesto i godine rada

Spol sudionika	Prosječna vrijednost odgovora M (SD)
Muškarci (N = 335)	2,98 (0,960)
Žene (N = 1692)	2,99 (0,884)
Radno mjesto sudionika	
Učitelj/ica razredne nastave (N = 400)	3,20 (0,859)
Učitelj/ica predmetne nastave (N = 593)	2,78 (0,885)
Nastavnik/ca (N = 669)	2,86 (0,876)
Stručni suradnik u OŠ (N = 174)	3,36 (0,860)
Stručni suradnik u SŠ (N = 86)	3,37 (0,798)
Ravnatelj u OŠ (N = 72)	3,28 (0,876)
Ravnatelj u SŠ (N = 33)	3,03 (0,883)
Godine rada u školi	
Manje od godine dana (N = 95)	2,96 (0,837)
1 – 2 godine (N = 112)	2,97 (0,895)
3 – 5 godina (N = 238)	3,08 (0,931)
6 – 10 godina (N = 347)	2,85 (0,900)
11 – 15 godina (N = 322)	2,95 (0,869)
16 – 20 godina (N = 249)	2,89 (0,898)
Preko 20 godina (N = 664)	3,09 (0,892)

M - aritmetička sredina

SD - standardna devijacija kao mjera raspršenja

Osjećaj sigurnosti i prethodno iskustvo sa sličnim problemima

Uspoređene su procjene sigurnosti u vlastite sposobnosti da pomognu sudionika koji su imali prethodno iskustvo sa sličnim problemom učenika poput onoga u vinjeti i sudionika koji nisu imali takvo iskustvo. Prosječna je procjena sigurnosti 779 sudionika koji su već imali iskustvo s učenikom koji je imao problem poput onoga opisanog u vinjeti 3,17, dok je prosječna procjena sigurnosti 1089 sudionika koji nisu imali iskustvo sa sličnim problemima 2,92.

U interpretaciji tih rezultata treba imati na umu da se očekuje pristranost u smjeru veće sigurnosti jer je opravdano pretpostaviti prema metodi uzorkovanja da su u uzorak ušli oni koji su dobrovoljno

pokazali zanimanje za navedenu temu i stoga treba pretpostaviti da su vjerojatno i općenito u svojem svakodnevnom radu s djecom i mladima osjetljiviji na njihovo mentalno zdravlje.

4.2.2.4. Znanja i vještine pružanja prve pomoći i prevencije u području mentalnoga zdravlja

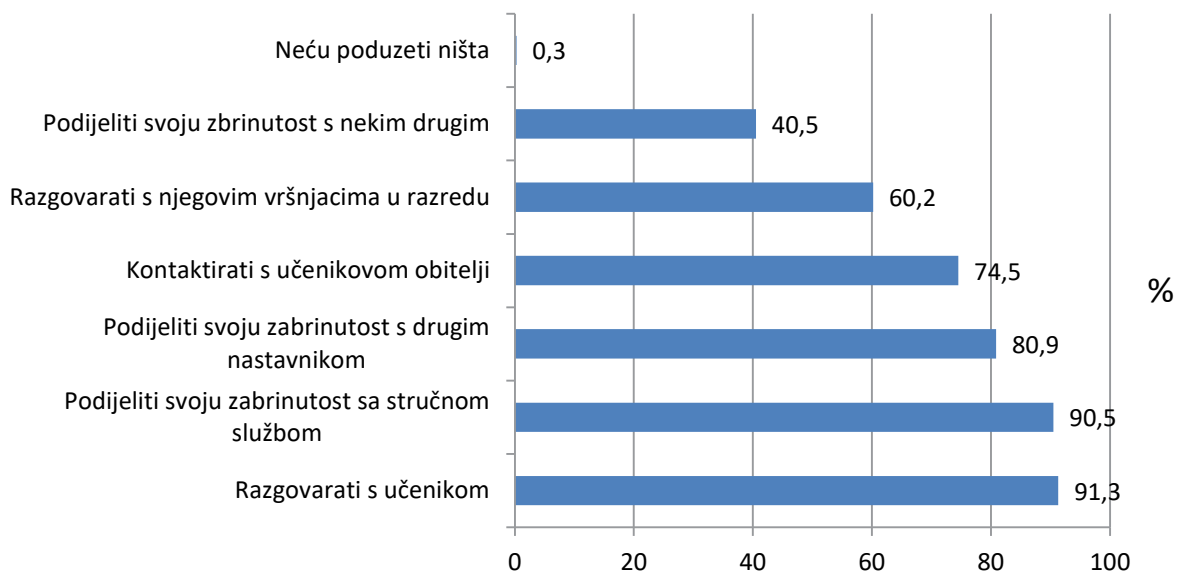
Kako bi se dobio uvid o ovom pokazatelju zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja sudionici su procjenjivali intervencije kojima bi se koristili kao:

- a) oblicima prve pomoći, tj. ono što bi učinili **odmah** kad bi saznali da učenik ima probleme poput onih opisanih u vinjetama
- b) ponašanjima koja općenito procjenjuju korisnima u takvim situacijama

Podatak o obliku prve pomoći dobivena je iz dvaju pitanja – prvoga u kojemu su sudionici odgovarali opisno i drugoga u kojemu su imali ponuđene odgovore. Na prvo pitanje ***Zamislite da se radi o vašem učeniku. Želite mu pomoći. Što biste učinili?*** svi sudionici naveli su da bi prvo razgovarali s učenikom, a neki bi ga nakon toga uputili stručnoj službi u školi ili bi razgovarali s roditeljima. To se dodatno vidi i iz odgovora na drugo pitanje ***Kada biste u svojoj školi imali kontakt s učenikom poput opisanog u vinjeti, koliko je vjerojatno da ćete odmah postupiti na sljedeći način?*** (Slika 4.2.5.). Od ponuđenih odgovora najveći broj sudionika procijenio je da bi u takvome slučaju razgovarao s učenikom o njegovu problemu te se obratio za pomoć stručnoj službi ili drugomu nastavniku.

Slično bi postupili i oni sudionici koji su se već našli u takvoj situaciji (Tablica 4.2.17.). Naime, od svih sudionika koji su sudjelovali u istraživanju njih 1376 (**67,9 %**) već je bilo u situaciji da su individualno razgovarali s nekim učenikom o problemu povezanom s njegovim mentalnim zdravljem. Na pitanje „... ***jeste li učinili nešto od navedenog***“ najveći je broj njih proveo neko vrijeme slušajući o problemima ili je učeniku pomogao da se smiri i zatim preporučio da potraži stručnu pomoć. **No, sudionici su u velikome broju izbjegavali razgovarati o učenikovim razmišljanjima o samoubojstvu .**

Slika 4.2.5. Udio sudionika (%) koji su za tvrdnje o kontaktu s učenicom poput opisanoga u vinjeti naveli da bi ODMAH poduzeli navedeno - prikazani su udjeli sudionika koji bi to učinili **često** (N = 2027)



Tablica 4.2.17. Učestalost pružanja nekih oblika prve pomoći pri individualnome razgovoru s učenikom – udio sudionika (%) po pojedinim oblicima pomoći među sudionicima koji su već razgovarali s učenikom poput onoga opisanoga u vinjetama (N = 1376)

Oblik prve pomoći	Učestalost			
	Nikada	Jednom	Povremeno	Često
Proveli neko vrijeme slušajući o njegovim/njezinim problemima/poteškoćama	0,4	6,5	47,5	45,6
Pomagali mu/joj da se smiri	2,2	6,4	42,4	49,1
Razgovarali o njegovim/njezinim razmišljanjima o samoubojstvu	74,9	11,7	9,5	3,9
Preporučili mu/joj da potraži stručnu pomoć	16,2	17,3	38,5	28,0

Povezano sa znanjima i vjerovanjima oko pružanja prve pomoći i podrške učeniku koji ima slične probleme poput onih opisanih u vinjeti ohrabrujući je nalaz da preko 90 % sudionika smatra da je u takvoj situaciji **korisno** poslušati učenikove probleme i razgovarati s njim te isto tako da bi veliki broj njih potražio pomoć i podijelio svoju zabrinutost s kolegama u školi (Tablica 4.2.18.)

Tablica 4.2.18. Ljestvica poretka pojedinih oblika pružanja pomoći učeniku poput onoga opisanoga u vinjeti prema udjelu sudionika (%) koju su oblik pomoći procijenili **korisnim** (N = 2027)

Poredak	Oblik pomoći	Procjena korisnosti				
		Korisno	Štetno	Nijedno	Ovisi	Ne znam
1.	Saslušati njegove probleme s puno razumijevanja	93,7	0,1	0,3	5,0	0,9
2.	Predložiti stručnu pomoć	77,9	0,4	0,2	19,2	2,3
3.	Uključiti njegove roditelje u rješavanje problema	67,9	0,2	0,5	29,1	2,3
4.	Poticati ga na tjelesnu aktivnost	66,6	0,4	3,8	22,9	6,3
5.	Potaknuti prijatelje da ga razvesele	64,6	1,2	3,8	25,3	5,1
6.	Dogovoriti termin kod stručnjaka izvan škole	40,1	1,6	3,9	39,9	14,5
7.	Okupirati ga drugim stvarima da zaboravi na probleme	32,8	14,4	7,8	37,5	7,4
8.	Ozbiljno razgovarati s njim o tome da MORA promijeniti ponašanje	23,9	20,4	5,2	42,9	7,6
9.	Upitati ga razmišlja li o samoubojstvu	11,3	32,2	4,4	26,6	25,5
10.	Ignorirati ga dok ga ne prođe	0,6	83,2	5,9	6,2	4,1

Kao i u slučaju pružanja prve pomoći i podrške učeniku i u ovome slučaju rezultat je koji ohrabruje da najveći udio sudionika smatra da je korisno saslušati učenikove probleme s puno razumijevanja (preko 90 % sudionika) i predložiti stručnu pomoć (77,9 % sudionika). S druge strane rezultat o kojemu bi trebalo razmisliti povezan je s vjerovanjem da nije korisno ili da je čak štetno (32,2 %) pitati razmišlja li o samoubojstvu učenika s problemima opisanima u vinjeti. Izbjegavanje razgovora o toj temi može biti protumačeno vjerovanjem da se samim postavljanjem takvoga pitanja kod učenika može potaknuti takvo razmišljanje. Također, budući da je riječ o prilično bolnoj temi, moguće je da takav rezultat ustvari odražava određeni oprez ili nesigurnost, na što ukazuju odgovori *Ovisi* (26,5 % sudionika) i *Ne znam* (25,5 % sudionika).

Kako bi se dobio bolji uvid u ovaj nalaz, napravljene su dodatne analize odgovora na pitanje **Mislite li da bi bilo korisno ili štetno za učenika upitati ga razmišlja li o samoubojstvu?** Izdvojeni su oni sudionici koji su procjenjivali vinjete koje opisuju *depresivnost i suicidalnost* (534 sudionika). Samo četiri osobe u potpunosti su prepoznale problem depresivnosti i suicidalnosti u vinjeti, ali ohrabruje da bi čak troje od njih pitalo učenika o suicidalnim mislima dok jedan od njih ne zna ili nije siguran u to. Oni sudionici koji su prepoznali depresivnost u navedenoj vinjeti, ali ne i suicidalnost (njih 282), iako se u priči spominju suicidalne misli, naveli su da je **štetno** za učenika upitati ga razmišlja li o samoubojstvu (70

sudionika), podjednak broj njih navodi odgovore *Ovisi* (76 sudionika) i *Ne znam ili nisam siguran* (75 sudionika), a 54 sudionika smatraju da bi to bilo **korisno**. (Tablice 4.2.18. i 4.2.19.).

Tablica 4.2.19. Percepcija korisnosti postavljanja pitanja o samoubojstvu s obzirom na prepoznavanje problema opisanoga u vinjeti – broj sudionika (N)* koji su dobili vinjetu *Depresivnost i suicidalnost* po pojedinim kategorijama odgovora (N = 534)

Razina prepoznavanja problema u vinjeti	Percepcija korisnosti				
	Korisno	Štetno	Nijedno	Ovisi	Ne znam/ nisam siguran
Da, u potpunosti	3	0	0	0	1
Djelomično – samo depresivnost	54	70	7	76	75
Djelomično – samo suicidalnost ili zlouporaba alkohola	2	0	0	0	0
Ne, nije prepoznat	29	79	10	65	63

*Rezultati su prikazani u apsolutnim vrijednostima zbog maloga broja odgovora u pojedinim poljima.

Od ostalih strategija pomoći navedenih u Tablici 4.2.19. dvije se općenito smatraju manje poželjnim. To su sljedeće strategije: *Okupirati ga drugim stvarima tako da zaboravi na probleme* i *Ozbiljno razgovarati s njim o tome da MORA promijeniti ponašanje*. Prva je strategija distrakcije i uglavnom je vrlo djelotvorna na početku suočavanja s nekim problemom. Ona omogućuje osobi da na neko vrijeme zaboravi na problem, no dugoročno ne pomaže jer vrlo često sprječava traženje pomoći i podrške. Povezano s drugom strategijom ohrabruje da je preko 20 % sudionika procijenilo štetnim razgovor s učenicom tako da mu se zapovijeda ili naređuje da se promijeni. Naime, takav oblik komunikacije s depresivnim učenicom može biti protuproduktivan jer sadržava kritiku i prigovor te u nekim slučajevima rezultira još većim izoliranjem i zatvaranjem u sebe. Prema mišljenju stručnjaka za zaštitu mentalnoga zdravlja obje navedene strategije mogu pogoršati simptome depresivnosti i stoga ih se ne smatra korisnima (16)

Konzistentan nalaz u ovome istraživanju povezan je s vjerovanjem o korisnosti **tjelesne aktivnosti** i to s jedne strane kao oblika samopomoći (u sljedećemu poglavlju naveden je podatak da 83 % sudionika smatra da je to koristan oblik samopomoći za učenika poput onoga opisanog u vinjeti) i savjeta koji bi sudionici dali učeniku s ovakvim problemom (66,5 % to smatra korisnim, Tablica 4.2.18.). Budući da je riječ o aktivnosti koja je važan čimbenik u prevenciji depresije i većina je stručnjaka iz područja mentalnoga zdravlja preporuča, ovakav je nalaz također ohrabrujuć (10).

U Tablici 4.2.20. navedeni su odgovori sudionika s obzirom na vrstu vinjete koja omogućuje usporedbu percepcije korisnosti pojedinih oblika pomoći učeniku/ci.

Tablica 4.2.20. Udio sudionika (%) po pojedinoj vinjeti s obzirom na percepciju **korisnosti** oblika pomoći (N = 2027)

Oblik pomoći	Vrsta vinjete		
	Depresivnost	Depresivnost i suicidalnost	Depresivnost i zlouporaba alkohola
Saslušati njegove probleme s puno razumijevanja	95,1	92,1	92,7
Ozbiljno razgovarati s njim o tome da MORA promijeniti ponašanje	20,6	19,7	34,6
Uključiti njegove roditelje u rješavanje problema	68,1	66,1	69,4
Predložiti stručnu pomoć	76,2	80,7	78,3
Dogovoriti termin kod stručnjaka izvan škole	37,9	42,1	42,1
Upitati ga razmišlja li o samoubojstvu	8,2	16,5	11,7
Potaknuti prijatelje da ga razvesele	68,2	62,4	60,2
Ignorirati ga dok ga ne prođe	0,6	0,7	0,6
Okupirati ga drugim stvarima da zaboravi na probleme	31,3	36,0	32,3
Poticati ga na tjelesnu aktivnost	65,3	65,7	69,8

Doživljaj korisnosti pojedinih oblika pomoći za opisane probleme učenika u trima vinjetama relativno je ujednačen: kad ih promatramo usporedno po vinjetama može se uočiti sljedeće:

- podjednako korisnim s najvećim udjelima smatraju saslušati učenikove probleme i predlaganje stručne pomoći te uključivanje roditelja u rješavanje problema (posljednje nešto više kod vinjete *Depresivnost i zlouporabu alkohola*)
- za sve tri vinjete podjednako korisnim procijenjeno je također poticanje na tjelesne aktivnosti
- kod vinjete *Depresivnost i zlouporaba alkohola* nešto je veći udio onih koji doživljavaju korisnim ozbiljni razgovor s učenikom o potrebi da promijeni svoje ponašanje
- nešto veći udio sudionika u odnosu na druge vinjete doživljava korisnim upitati učenika razmišlja li o samoubojstvu kod vinjete *Depresivnost i suicidalnost*, ali još uvijek prilično mali broj njih
- podjednako nekorisnim doživljavaju ignoriranje i čekanje da problem prođe sam od sebe

4.2.2.5. Osvrt na prikazane rezultate

Pružanje pomoći učeniku koji ima problem: procjena spremnosti, osjećaja sigurnosti te znanja i vještina u pružanju pomoći

Zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja osobito je važna za sve koji rade s djecom i adolescentima jer je riječ o vrlo osjetljivome razdoblju života u kojemu se prvi put mogu javiti znakovi razvoja mentalnog poremećaja i u kojemu je prepoznavanje problema i pružanje pomoći presudno. Procjenjuje se da je oko 50 % osoba koje imaju neki mentalni poremećaj imalo prvu epizodu prije svoje 18. godine (12). U tome razdoblju tranzicije i promjena mentalni poremećaji imaju duboki utjecaj na socijalni, akademski, tjelesni i emocionalni razvoj, a upravo zbog specifičnosti toga razvojnog razdoblja većina adolescenata ne traži pomoć ili odgađa traženje te pomoći. Posljedice su toga brojne i kao krajnji ishod mogu imati akademski neuspjeh, pogoršanje zdravstvenih tegoba, rizik za razvoj težih poremećaja i sl.

Iako se procjenjuje da 15 – 20 % djece i adolescenata doživljava mentalnozdravstvene teškoće poput anksioznosti, depresivnosti ili ADHD-a, samo njih 20 % dobiva prikladan tretman (17). To znači da su problemi velikoga broja djece i adolescenata ili neprepoznati ili im, u onim slučajevima kad i jesu prepoznati nije pružena potrebna stručna pomoć. Tako se pokazalo da će, premda učitelji i nastavnici prepoznaju simptome depresivnosti kod učenika, rijetko potražiti pomoć ili uputiti dijete stručnjaku. To će učiniti tek kad dijete ima veći broj tjelesnih i izraženije emocionalne simptome (18, 19). S druge strane njihove mentalnozdravstvene teškoće često rezultiraju nižim školskim postignućima, oni se manje uključuju u školske i izvanškolske aktivnosti, imaju lošije odnose s vršnjacima i članovima obitelji te češće izostaju iz škole ili ranije odustaju o daljnjega školovanja (2).

Prema rezultatima dobivenim u okviru ovoga istraživanja djelatnici u školi pokazuju visoku spremnost da potraže pomoć za učenika koji ima problem poput onoga opisanog u vinjetama. **Dok bi njih 97,7 % potražilo pomoć za učenika, njihova sigurnost u vlastite sposobnosti pružanja pomoći znatno je niža. Oko 30 % sudionika osjeća se sigurnima i sposobnima pomoći opisanom učeniku.** Pritom su nešto veći osjećaj sigurnosti imali stručni suradnici, oni sudionici koji su već imali prethodno iskustvo sa sličnim problemima i sudionici koji su dobili vinjete u kojima je bila opisana samo depresivnost. Slični rezultati dobiveni su među nastavnicima u Turskoj, gdje je 38 % ženskih i 16,7 % muških sudionika izjavilo da se osjeća sigurno u vlastito znanje o simptomima depresivnosti i mogućnostima pružanja prikladne pomoći učenicima s problemima (9).

U interpretaciji rezultata ovoga istraživanja ponovno treba uzeti u obzir da je riječ o uzorku za koji možemo pretpostaviti da je pristran s obzirom na dobrovoljnost i zanimanje za temu istraživanja, a time i moguće veće osjetljivost kad je u pitanju mentalno zdravlje djece i mladih.

U dosadašnjim istraživanjima utvrđeno je da je osjećaj sigurnosti povezan sa zdravstvenom pismenošću u području mentalnoga zdravlja. U jednome istraživanju pokazalo se da najveći broj učitelja (njih 87 %) smatra da je manjak prikladnoga znanja iz područja mentalnoga zdravlja djece i mladih vjerojatno najveća barijera da, čak i kad prepoznaju problem, pruže primjerenu i pravodobnu pomoć (17). Većina učitelja u tome istraživanju izražavala je zabrinutost, nekompetentnost i nepripremljenost za mentalnozdravstvene probleme svojih učenika i to prvenstveno zbog nedostatka znanja, vještina i informacija iz toga područja. Slični rezultati dobivaju se i u istraživanjima u Hrvatskoj, gdje se od djelatnika u školama često mogu čuti pritužbe zbog osjećaja vlastite nekompetentnosti i kritike redovnoga obrazovanja koje ih nije pripremio na suočavanje s različitim zahtjevima i teškoćama učenika. U jednome ranijem istraživanju na upit žele li saznati nešto više o strahovima i tjeskobama učenika čak 97 % nastavnika izražava želju za dodatnom izobrazbom iz toga područja (20). **Rezultati našega istraživanja u skladu su s ostalima i govore u prilog potrebi da se djelatnicima u školama osiguraju osnovna znanja i vještine iz ovoga područja.**

Nadalje, upozorava se da osobito tradicionalni modeli tumačenja mentalnih poremećaja mogu odgoditi traženje pomoći od stručnih službi, čak i u onim zajednicama u kojima su te službe dostupne (10). Brojni ispitanici čimbenici nisu se pokazali utjecajnim, npr. veći broj godina radnoga staža nije pridonio boljemu razumijevanju psihičkih problema učenika ni osjećaju spremnosti da se pomogne, već se pokazalo da je i spremnost i osjećaj kompetentnosti u pružanju pomoći moguće povećati jedino s pomoću programa zdravstvenoga opismenjavanja u području mentalnoga zdravlja, što potvrđuju brojni rezultati evaluacije takvih programa (19). Npr. Kitchener i Jorm (21) proveli su istraživanje o učinkovitosti edukacije iz područja mentalnozdravstvene pismenosti. Na početku edukacije 62,2 % sudionika izjavilo je da se osjeća sposobno pomoći nekome s mentalnozdravstvenim problemom, a na kraju edukacije taj se broj popeo na 83,3 %. Autori zaključuju da je različitim treninzima i psihoedukativnim radionicama moguće poboljšati zdravstvenu pismenost u području mentalnoga zdravlja i na taj način pridonijeti većoj sigurnosti i spremnosti za pružanje pomoći. Još jedno istraživanje provedeno u Norveškoj pokazalo je da su učitelji koji su prošli program edukacije iz zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja bili vještiji u prepoznavanju ranih znakova mentalnih poremećaja i imali više povjerenja u vlastite sposobnosti pružanja pomoći (17).

Rezultat dobiven u ovome, ali i brojnim drugim istraživanjima, na koji je potrebno obratiti posebnu pozornost odnosi se na vjerovanje da nije korisno ili da je čak štetno pitati depresivnoga učenika razmišlja li o samoubojstvu. Izbjegavanje razgovora o toj temi može biti protumačeno vjerovanjem da se samim postavljanjem pitanja o tome kod učenika može potaknuti takvo razmišljanje. Također, druga istraživanja pokazuju da, premda većina nastavnika misli da bi trebala biti u stanju prepoznati djecu za

koju postoji opasnost da će počiniti suicid, samo njih 9 % smatra da bi to zaista i mogli učiniti, dok svi ostali izjavljuju da im za to nedostaju znanja iz ovoga područja (22). Istraživanja koja nam daju drugu perspektivu i odgovore na to pitanje ona su u kojima su sudionici bili adolescenti. Ti rezultati pokazuju da će adolescenti češće odabrati vršnjaka za razgovor o toj temi nego se obratiti odrasloj osobi. Osobito je zabrinjavajuć bio nalaz da oni koji su najranjiviji ujedno imaju najveći otpor govoriti o svojim suicidalnim mislima s odraslom osobom (23). Razlozi koje adolescenti navode povezani su s anonimnošću i povjerljivošću te mišljenjem da to što će povjeriti nastavniku ili drugoj osobi u školi može imati utjecaj na njihov školski uspjeh. Treba napomenuti da pitati učenika o tome je li razmišljao o samoubojstvu odražava brigu za njegovu dobrobit, a u nekim slučajevima može spasiti i život. Stoga je to važna vještina koju bi trebale imati odrasle osobe u djetetovu bliskom okruženju, a to uključuje i učitelje/nastavnike u školama. Škola bi trebala naći načine da se zbog toga dijete ne stigmatizira i da se poštuje djetetova privatnost, tj. da u dogovoru s djetetom o tome znaju samo oni koji to zaista trebaju znati.

4.2.3. Znanja o oblicima pomoći i vjerovanja o ishodima

U ovome poglavlju opisana su znanja o oblicima pomoći koji su djelatnicima u školi dostupni kad žele pomoći učenicima kod kojih se prepozna neki problem. Također, opisana su vjerovanja koja sudionici imaju o ishodima (ne)pružanja pomoći. Sastavni su dio poglavlja rezultati dobiveni analizom na cjelokupnom uzorku od 2027 sudionika.

SADRŽAJ POGLAVLJA:

- 4.2.3.1. Znanja o dostupnim oblicima stručne pomoći
- 4.2.3.2. Znanja o oblicima samopomoći
- 4.2.3.3. Vjerovanja o ishodima
- 4.2.3.4. Osvrt na prikazane rezultate

4.2.3.1. Znanja o dostupnim oblicima stručne pomoći

Kako bismo dobili uvid u **znanja o dostupnim oblicima stručne pomoći i tretmanima**, postavljena su dva pitanja: 1) pitanje o dostupnim oblicima pomoći, tj. o tome koji bi stručnjaci ili ustanove za zaštitu mentalnoga zdravlja bili koristan izvor podrške za učenika opisanoga u vinjeti i 2) pitanje o oblicima liječenja, tj. o korisnosti uporabe različitih lijekova i dodataka prehrani poput vitamina, antidepresiva i dr.

Među osobama i ustanovama koje su navedene u Tablici 4.2.21., a koje bi mogle pomoći učeniku koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti, najveći broj sudionika korisnim je procijenio kad bi se učenik obratio stručnjacima u školi: psihologu (94,1 % sudionika), pedagogu (86,0 %) i nastavniku (78,0 %). Slijede osobe i stručnjaci izvan škole – psiholog (72,9 %), roditelj (69,2 %) itd. Izvor je podrške koji su sudionici procijenili kao štetan internet (41,2 % sudionika smatra da je internet štetan, a njih 30,3 % misli da to ovisi o drugim čimbenicima). O važnosti traženja pomoći govori i podatak da čak 63,5 % sudionika smatra da je štetno ne tražiti pomoć i samostalno se nositi sa svojim problemima.

Tablica 4.2.21. Ljestvica poretka stručnjaka, ustanova i drugih izvora pomoći s obzirom na procjenu korisnosti – udio sudionika (%) koji su označili određeni odgovor (N = 2027)

Poredak	Oblici pomoći	Procjena korisnosti				
		Korisno	Štetno	Nijedno	Ovisi	Ne znam
1.	stručni suradnik psiholog u školi	94,1	0,2	0,2	4,7	0,8
2.	stručni suradnik pedagog u školi	86,6	0,3	1,1	10,4	1,6
3.	učitelj/nastavnik/profesor/razrednik u školi	78,5	0,0	0,8	18,8	1,8
4.	psiholog izvan škole	72,9	0,4	0,8	22,1	3,7
5.	roditelj	69,2	0,2	0,5	27,9	2,1
6.	savjetovalište u sklopu školske medicine	68,1	0,5	2,7	19,6	9,1
7.	blizak član obitelji	59,1	0,6	1,8	34,9	3,7
8.	savjetovalište za mentalno zdravlje u sklopu zavoda za javno zdravstvo	59,0	1,1	2,5	25,2	12,2
9.	obiteljski liječnik ili liječnik opće prakse	58,9	0,8	6,6	26,0	7,7
10.	neki drugi stručnjak za mentalno zdravlje izvan škole (socijalni radnik, socijalni pedagog, edukacijski rehabilitator i slično)	57,0	0,8	2,1	30,9	9,2
11.	neko drugo savjetovalište za zaštitu mentalnoga zdravlja djece i mladih u zajednici	56,2	0,7	2,3	26,8	13,9
12.	klinika i/ili poliklinika za djecu i mlade	52,7	1,3	2,1	30,7	13,2
13.	neki drugi stručni suradnik u školi	46,8	0,6	7,3	27,9	17,3
14.	psihijatar, neki drugi stručnjak za mentalno zdravlje izvan škole (socijalni radnik, socijalni pedagog, edukacijski rehabilitator i slično...)	46,1	2,2	1,4	39,4	10,9
15.	telefon za psihološku pomoć	43,1	2,4	4,8	31,1	18,6
16.	svećenik ili neki drugi vjerski predstavnik u zajednici	29,3	5,9	6,9	42,9	14,9
17.	internet	5,4	41,2	8,9	30,3	14,3
18.	samostalno se nositi sa svojim problemima/poteškoćama	3,9	63,5	6,7	15,9	9,9

Procjena korisnosti pojedinih oblika pomoći i podrške velikim je dijelom određena **poznavanjem dostupnih i mogućih oblika pomoći u nekoj zajednici**. Naime, postoje brojni stručnjaci u području mentalnoga zdravlja, no vrlo je često javno mišljenje i vjerovanje o njihovoj korisnosti ono što određuje odabir i procjenu korisnosti u situacijama kad je pomoć potrebna. Veliki broj istraživanja pokazuje

upravo to neslaganje između procjena korisnosti od stručnjaka i od šire javnosti. Rezultati dobiveni u našem istraživanju pokazuju da su sudionici visoko korisnima ocijenili stručnjake za zaštitu mentalnoga zdravlja, što je svakako poželjno. Pregledom rezultata u Tablici 4.2.21. može se uočiti da je poredak korisnosti osoba i ustanova određen s obzirom na blizinu i dostupnost tih izvora pomoći te s obzirom na osobno poznavanje osobe kojoj bi se obratili. Čini se da je sudionicima u našem istraživanju bilo važno da osoba kojoj se obraćaju za pomoć bude osoba kojoj vjeruju, ali i koju poznaju. Izuzetno je pohvalno da sudionici procjenjuju stručne službe u školi u toj mjeri kompetentnima i dostupnima u ovakvim slučajevima.

Od ostalih rezultata zanimljivo je uočiti vrlo visoku procjenu štetnosti interneta kao izvora pomoći i podrške za učenika opisanoga u vinjeti. U drugome dijelu ovoga poglavlja taj rezultat bit će opširnije interpretiran.

4.2.3.2. Znanja o oblicima samopomoći

U nekim slučajevima učenicima se mogu koristiti preporukama o načinima na koje si mogu sami pomoći u rješavanju nekoga problema kad je riječ o nekim korisnim izvorima literature, savjetima stručnjaka u obrazovnim emisijama ili letcima i sl.

U Tablici 4.2.22. navedeni su rezultati o znanjima i vjerovanjima sudionika o korisnosti pojedinih **lijekova i dodataka prehrani** kao oblika pomoći učeniku opisanomu u vinjeti. Zanimljivo je da za proizvode kao što su vitamini i biljni pripravci kod većega broja sudionika postoji uvjerenje da su korisna pomoć učeniku koji ima probleme poput onih opisanih u vinjeti. Međutim, riječ je o proizvodima za koje ne postoji dovoljno dokaza o takvome djelovanju. S druge strane za psihofarmake, za koje postoje dokazi o njihovoj učinkovitosti, oko 40 % sudionika procjenjuje da su štetni u ovakvim slučajevima, a 15 – 30 % sudionika izjavilo je da ne zna ili da ovisi. Međutim, pri interpretaciji tih rezultata treba uzeti u obzir da nisu svi sudionici prepoznali da je riječ o problemu depresivnosti (primjerice možda su odgovarali misleći da je riječ o adolescentskoj krizi). Čak i ako su prepoznali depresivnost, ne znači da su pod time podrazumijevali kliničku sliku depresije koja nužno zahtijeva tretman psihofarmacima.

Budući da je procjena korisnosti antidepresiva osobito relevantna za temu ovoga istraživanja, napravljena je dodatna analiza procjene korisnosti korištenja antidepresivima u skupini sudionika koji su u potpunosti ili djelomično prepoznali da je u vinjetama riječ o depresivnosti i sudionika koji nisu prepoznali depresivnost. Kao što se može uočiti u dodatku Tablice 4.2.22, u skupini sudionika koji su u potpunosti ili djelomično prepoznali da je u vinjetama riječ o depresivnosti veći je postotak onih koji su procijenili antidepresive korisnima, ali koji su ujedno i oprezniji u svojoj procjeni (njih preko 60 % dalo je odgovore *Ovisi* i *Ne znam / Nisam siguran*). S druge strane gotovo dva puta više sudionika koji

nisu prepoznali depresivnost (točnije njih 49,3 %) u odnosu na one koji su prepoznali depresivnost (23,6 %) smatra da su antidepresivi u ovakvim slučajevima štetni.

Tablica 4.2.22. Ljestvica poretka lijekova i dodataka prehrani s obzirom na procjenu njihove korisnosti u pomoći učeniku opisanom u vinjeti – udio sudionika (%) koji su označili određeni odgovor (N = 2027)

	Lijekovi i dodatci prehrani	Korisno	Štetno	Nijedno	Ovisi	Ne znam / Nisam siguran
1.	Vitamini	59,9	1,2	8,4	15,2	15,2
2.	Biljni pripravci	41,6	2,0	9,4	24,2	22,8
3.	Antidepresivi	3,8	38,5	5,3	24,2	28,2
4.	Tablete za smirenje	1,3	43,8	5,7	19,6	29,6
5.	Antipsihotici	0,3	46,7	6,6	15,1	31,4
6.	Tablete za spavanje	0,8	47,5	5,9	16,6	29,2
Dodatna analiza za antidepresive						
Procjena korisnosti antidepresiva u skupini sudionika koji su u potpunosti ili djelomično prepoznali da je u vinjetama riječ o depresivnosti (N = 753)		8,5	23,6	2,9	34	30,9
Procjena korisnosti antidepresiva u skupini sudionika koji nisu prepoznali da je u vinjetama riječ o depresivnosti (N = 1147)		1,1	49,3	6,3	18,0	25,5

Treba napomenuti da se u velikome broju istraživanja pokazalo da se psihijatrijski lijekovi doživljavaju prilično negativno i da ih veliki broj osoba smatra štetnima, što može voditi do odbijanja te vrste terapije i u onim slučajevima kad je ona zapravo nužna. Negativni stavovi također su u suprotnosti s brojnim istraživanjima i mišljenjem stručnjaka u području mentalnoga zdravlja. Javno negativno mišljenje o psihotropnim lijekovima čak je u suprotnosti s vrlo pozitivnim stavom prema lijekovima za neka druga zdravstvena stanja. Jedan su od razloga brojna upozorenja povezana s nuspojavama te činjenica da sudionici u istraživanju vjerojatno procjenjuju da će se u slučajevima kad je problem ozbiljan u liječenje uključiti stručnjaci. Osim toga, vjerojatno je riječ o tome da sudionici procjenjuju dodatke prehrani korisnima u ovome slučaju jer su dostupni, dok se u težim slučajevima depresije za lijekove učenik i njegova obitelj obraćaju liječniku i tad je uz lijekove najčešće potrebna i psihoterapija ili neka druga intervencija u obitelji.

Na kraju treba imati na umu da pretjerano i neopravdano oslanjanje na razne oblike samopomoći, osobito u slučaju ozbiljnijih problema, može pridonijeti odgađanju traženja pomoći stručnjaka i kao

posljedicu dovesti do pogoršanja stanja. To se uočava i u odgovorima o specifičnim metodama i tehnikama pomoći u Tablici 4.2.23., pri čemu je psihoterapija na petome mjestu po korisnosti, a na prvim su mjestima različiti oblici samopomoći poput vježbi opuštanja i tjelesne aktivnosti. Taj je nalaz u skladu s ranije spomenutim vjerovanjem o korisnosti konzumiranja vitamina i biljnih pripravaka. Međutim, treba uzeti u obzir da se na pitanja u upitniku odgovara u odnosu na razinu i vrstu prepoznatoga problema u vinjeti (dakle nisu svi odgovarali u odnosu na depresivnost jer nisu svi u vinjeti prepoznali depresivnost). Kao što je već navedeno u poglavlju o prepoznavanju, oni koji nisu prepoznali depresivnost ipak su uglavnom navodili slične opise, odnosno pokazali su da su prepoznali da opisano dijete u vinjeti ima neki psihički problem ili emocionalnu krizu te njihovi opisi problema često sadržavaju elemente definicije depresivnosti (vidi Tablicu 4.2.5.). Treba reći da se za neke metode samopomoći, poput tjelesnih aktivnosti, metoda opuštanja ili knjiga samopomoći pokazalo da mogu biti djelotvorne u nošenju s blažim simptomima depresivnosti te da svako usvajanje znanja o zdravim životnim navikama može pridonijeti prevenciji mentalnozdravstvenih problema (10).

U nastavku su sudionici procjenjivali korisnost deset oblika **samopomoći** (Tablica 4.2.23.). Upitan o učinkovitosti različitih oblika samopomoći najveći postotak sudionika procjenjuje korisnim vježbe opuštanja (88,1 % sudionika), stručno savjetovanje (87,4 %), tjelesnu aktivnost (83,3 %) i uključivanje u skupine podrške (70,2 %). **Oko polovica sudionika smatra da bi u slučajevima poput onih opisanih u vinjetama bila korisna psihoterapija.** Prema nekim sudionicima traženje podataka na internetu čak može biti štetno za učenika s opisanim problemom.

Tablica 4.2.23. Ljestvica poretka prijedloga pomoći i samopomoći s obzirom na procjenu njihove korisnosti - udio sudionika (%) koji su označili određeni odgovor (N = 2027)

Poredak	Vrsta pomoći i samopomoći	Korisno	Štetno	Nijedno	Ovisi	Ne znam
1.	vježbe opuštanja	88,1	0,1	0,9	7,4	3,4
2.	stručno savjetovanje	87,4	0,2	0,7	9,1	2,5
3.	više tjelesne aktivnosti	83,3	0,2	1,4	12,2	2,9
4.	uključivanje u grupu podrške s djecom i/ili mladima sa sličnim problemima	70,2	0,5	0,9	21,3	7,1
5.	psihoterapija	47,2	1,2	2,5	32,0	17,2
6.	kognitivno-bihevioralna terapija	41,2	0,5	3,7	28,2	26,4
7.	rano buđenje i izlaganje suncu	35,9	4,7	12,3	27,2	19,9
8.	konzultacija priručnika/knjiga o samopomoći	23,4	11,8	10,5	36,6	17,8
9.	informiranje o problemu na internetu	9,6	31,3	9,1	34,2	15,7
10.	hospitalizacija na psihijatrijskom odjelu bolnice i/ili dnevne bolnice za djecu i mlade	5,0	25,5	4,8	38,2	26,5

Također, osobito je važno područje povezano sa znanjima o traženju informacija na internetu, što su sudionici procjenjivali kao štetno ili su pak naveli da korisnost toga oblika samopomoći ovisi o nekim drugim čimbenicima. Međutim, to je prvo mjesto na kojemu će većina ljudi, a osobito mladi potražiti podatke o svojem mentalnozdravstvenom problemu (24). To je i očekivano s obzirom na to da gotovo svi mladi u Hrvatskoj imaju pristup internetu i koriste se njime. Primjerice posljednje istraživanje Hrabroga telefona i Poliklinike za zaštitu djece grada Zagreba na reprezentativnome uzorku djece i mladih od 11 do 18 godina o njihovim iskustvima i ponašanjima na društvenoj mreži Facebook i na internetu općenito pokazalo je da 99 % djece ima pristup internetu kod kuće ili u školi, a 93 % njih ima Facebook profil (25). Također ESPAD¹⁴ istraživanje iz 2015. među šesnaestogodišnjacima pokazuje da se, kad je riječ o uporabi interneta, 43,3 % mladića i 49,2 % djevojaka koristi internetom za čitanje, surfanje, odnosno traženje podataka i pregledavanje internetskih stranica (26). Stoga bi bilo poželjno da djelatnici u školi budu obaviješteni o tome na koje stranice uputiti učenike ako i kad tragaju za takvim informacijama.

4.2.3.3. Vjerovanja o ishodima

Kad je riječ o **vjerovanjima o ishodima** pružene pomoći, pokazalo se da će se osobe koje vjeruju da će određeni postupci pomoći djetetu s psihičkim problemima lakše uključiti u pružanje pomoći, prije će

¹⁴ Europsko istraživanje o pušenju, pijenju alkohola i uzimanju droga među učenicima (eng. *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD*)

savjetovati kamo se obratiti i uputit će dijete na odgovarajuću stručnu pomoć (27, 28). Važan je pokazatelj dobiven u ovome istraživanju činjenica da preko **70 % sudionika smatra da će oporavak uslijediti** ako učenik dobije odgovarajuću stručnu pomoć (Tablica 4.2.24., ukupno sve procjene oporavka).

Vjerovanje o ishodima i vrsta vinjete

Kao što se iz rezultata u Tablici 4.2.24. može vidjeti, nešto veći broj sudionika vjeruje u pozitivne ishode ako dijete ima problem poput onoga opisanog u vinjeti *Depresivnost* za razliku od djece u vinjetama u kojima je opisana depresivnost i suicidalnost te depresivnost i zlouporaba alkohola. Pod pozitivnim se ishodom podrazumijevaju sljedeće četiri ponuđene kategorije odgovora: potpuni oporavak bez daljnjih problema ili s ponovnom pojavom problema, djelomičan oporavak bez daljnjih problema ili s ponovnom pojavom problema.

Tablica 4.2.24. Vjerovanja o ishodima ako učenik primi odgovarajuću stručnu pomoć – udio sudionika (%) po pojedinim odgovorima s obzirom na **vrstu problema opisanoga u vinjetama** (N = 2027)

Vrsta vinjete	Potpuni oporavak bez daljnjih problema	Potpuni oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Djelomičan oporavak	Djelomičan oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Bez poboljšanja	Stanje će se pogoršati	Ne znam
Depresivnost (N = 973)	32,6	32,2	11,0	7,4	0,0	0,2	16,6
Depresivnost i suicidalnost (N = 534)	27,9	30,7	12,7	12,7	0,0	0,0	15,9
Depresivnost i zlouporaba alkohola (N = 520)	27,3	30,2	14,6	11,3	0,2	0,2	16,2
Ukupno (N = 2027)	30,0	31,3	12,4	9,8	0,0	0,1	16,3

Brojni čimbenici utječu na vjerovanja odraslih o ishodima do kojih će dovesti pomaganje djece i mladima koji imaju neke mentalnozdravstvene probleme. Stoga su u daljnjoj analizi podataka provjereni rezultati vjerovanja o ishodima s obzirom na **obilježja sudionika** (spol, radno mjesto, radno iskustvo, prethodno iskustvo s problemima poput onoga opisanog u vinjeti te prepoznavanje depresivnosti u vinjetama).

Vjerovanja o ishodima i spol sudionika

Budući da se u dosadašnjim istraživanjima u području zdravstvene pismenosti dobivaju katkad neočekivani rezultati u pogledu vjerovanja o ishodima pružene odgovarajuće stručne pomoći između muških i ženskih sudionika (5), provjereno je kakav je rezultat u ovome istraživanju.

U ovome istraživanju muški i ženski sudionici imaju podjednaka vjerovanja, tj. i jedni i drugi procjenjuju pozitivne ishode ako učenik koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti primi odgovarajuću stručnu pomoć (Tablica 4.2.25.).

Tablica 4.2.25. Vjerovanja o ishodima ako učenik primi odgovarajuću stručnu pomoć – udio sudionika (%) po pojedinim odgovorima s obzirom na **spol sudionika** (N = 2027)

Spol sudionika	Potpuni oporavak bez daljnjih problema	Potpuni oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Djelomičan oporavak	Djelomičan oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Bez poboljšanja	Stanje će se pogoršati	Ne znam
Muški (N = 335)	30,1	27,5	14,3	11,6	0,3	0,0	16,1
Ženski (N = 1692)	30,0	32,0	12,0	9,5	0,0	0,2	16,4

Vjerovanja o ishodima i radno mjesto sudionika

U Tablici 4.2.26. prikazan je udio sudionika u pojedinoj kategoriji radnoga mjesta s obzirom na njihova vjerovanja o ishodima pomoći. Najveći je udio sudionika koji vjeruju u potpuni oporavak bez daljnjih problema u skupini ravnatelja osnovnih škola i stručnih suradnika u srednjim školama. No, i u drugim skupinama sudionika dobiveni su uglavnom slični udjeli te se može reći da sudionici u ovome istraživanju imaju uglavnom slična vjerovanja o pozitivnim ishodima stručne pomoći bez obzira na radno mjesto odnosno vrstu odgojno-obrazovnih djelatnika.

Tablica 4.2.26. Vjerovanja o ishodima ako učenik primi odgovarajuću stručnu pomoć – udio sudionika (%) po pojedinim odgovorima s obzirom na **radno mjesto** (N = 2027)

Radno mjesto	Potpuni oporavak bez daljnjih problema	Potpuni oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Djelomičan oporavak	Djelomičan oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Bez poboljšanja	Stanje će se pogoršati	Ne znam
Učitelj/ica razredne nastave (N = 400)	31,8	35,5	11,8	6,3	0,0	0,5	14,3
Učitelj/ica predmetne nastave (N = 593)	27,5	28,3	13,8	13,8	0,0	0,2	16,4
Nastavnik/ca (N = 669)	28,8	30,3	12,9	8,7	0,1	0,0	19,1
Stručni suradnik u OŠ (N = 174)	32,8	33,9	9,8	9,2	0,0	0,0	14,4
Stručni suradnik u SŠ (N = 86)	30,2	27,9	15,1	7,0	0,0	0,0	19,8
Ravnatelj u OŠ (N = 72)	41,7	34,7	4,2	13,9	0,0	0,0	5,6
Ravnatelj u SŠ (N = 33)	36,4	39,4	9,1	6,1	0,0	0,0	9,1

Vjerovanja o ishodima i godine radnoga iskustva

S obzirom na godine radnoga iskustva u školi u Tablici 4.2.27. prikazan je udio sudionika u svakoj kategoriji i njihovo vjerovanje o ishodima stručne pomoći. Može se uočiti da sudionici u ovome istraživanju uglavnom imaju podjednaka vjerovanja o pozitivnim ishodima stručne pomoći, neovisno o broju godina njihovog radnog iskustva.

Tablica 4.2.27. Vjerovanja o ishodima ako učenik primi odgovarajuću stručnu pomoć – udio sudionika (%) po pojedinim odgovorima s obzirom na **godine radnoga iskustva** (N = 2027)

Godine rada u školi	Potpuni oporavak bez daljnjih problema	Potpuni oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Djelomičan oporavak	Djelomičan oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Bez poboljšanja	Stanje će se pogoršati	Ne znam
Manje od jedne godine (N = 95)	32,6	21,1	24,2	7,4	0,0	0,0	14,7
1 – 2 godine (N = 112)	21,4	30,4	19,6	7,1	0,0	0,9	20,5
3 – 5 godina (N = 238)	29,0	29,0	13,4	10,9	0,0	0,4	17,2
6 – 10 godina (N = 347)	23,9	31,7	14,1	12,7	0,0	0,0	17,6
11 – 15 godina (N = 322)	32,9	32,6	9,0	8,4	0,3	0,3	16,5
16 – 20 godina (N = 249)	29,7	31,3	13,3	11,6	0,0	0,0	14,1
Više od 20 godina (N = 664)	33,3	32,8	9,5	8,7	0,0	0,0	15,7

Vjerovanja o ishodima i prethodno iskustvo sa sličnim problemima

Od 2027 sudionika u ovome istraživanju njih 779 (38,4 %) već je imalo iskustva s učenicima koji su imali problem poput onoga opisanog u vinjeti. Ako usporedimo te sudionike s onima koji nisu imali takvo iskustvo, možemo uočiti da je u svim kategorijama odgovora sličan udio sudionika s obzirom na njihova vjerovanja o ishodima (Tablica 4.2.28). Neznatno veći udio sudionika koji su imali iskustvo sa sličnim problemima vjeruje da će doći do potpunoga oporavka, ali da je moguće da se problemi ponovno pojave. Može se pretpostaviti da ih je njihovo iskustvo navelo na to da u takvim predviđanjima ishoda budu nešto oprezniji od sudionika koji nisu imali to iskustvo. No, za donošenje konačnoga zaključka ipak bi trebalo provesti detaljnije statističke analize.

Tablica 4.2.28. Vjerovanja o ishodima ako učenik primi odgovarajuću stručnu pomoć – udio sudionika (%) po pojedinim odgovorima s obzirom na **iskustvo s učenicima sa sličnim problemima poput onih opisanih u vinjeti** (N = 2027)

Iskustvo s učenicima sa sličnim problemima	Potpuni oporavak bez daljnjih problema	Potpuni oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Djelomičan oporavak	Djelomičan oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Bez poboljšanja	Stanje će se pogoršati	Ne znam
Da (N = 779)	28,2	33,5	12,6	11,2	0,1	0,1	14,2
Ne (N = 1089)	32,6	30,6	11,8	8,6	0,0	0,2	16,2

Vjerovanja o ishodima i prepoznavanje problema

Od 2027 sudionika u ovome istraživanju njih 753 (37,1 %) prepoznalo je depresivnost u svim vinjetama (Tablica 4.2.29.). Ako usporedimo te sudionike s onima koji nisu prepoznali depresivnost, nego su naveli neki drugi problem, uključujući samo suicidalnost ili zlouporabu alkohola (N = 1147), možemo uočiti da je u svim kategorijama odgovora udio sudionika iz jedne i druge skupine podjednak s obzirom na njihova vjerovanja o ishodima. No, sudionici koji su prepoznali depresivnost u nešto većemu broju vjeruju da je, i kad dođe do potpunoga oporavka, moguće da se problemi ponovno pojave. I u ovome slučaju može se pretpostaviti da ih je njihovo znanje o ovim problemima, koje im je omogućilo da prepoznaju depresivnost, ujedno navelo na to da budu nešto oprezniji u predviđanjima ishoda od sudionika koji nisu imali to iskustvo. No, za donošenje konačnoga zaključka trebalo bi provesti detaljnije statističke analize.

Tablica 4.2.29. Vjerovanja o ishodima ako učenik primi odgovarajuću stručnu pomoć – udio sudionika (%) po pojedinim odgovorima s obzirom na **prepoznavanje depresivnosti u svim vinjetama** (N = 1900)*

Prepoznali depresivnost u vinjetama	Potpuni oporavak bez daljnjih problema	Potpuni oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Djelomičan oporavak	Djelomičan oporavak, ali će se problemi vjerojatno ponovno pojaviti	Bez poboljšanja	Stanje će se pogoršati	Ne znam
Da (N = 753)	27,5	35,5	12,1	9,4	0,3	15,3	27,5
Ne (N = 1147)	31,9	30,0	12,6	10,4	0,1	15,1	31,9

*Iz ukupnoga uzorka od 2027 sudionika isključeni su oni koji nisu imenovali problem u vinjeti.

4.2.3.4. Osvrt na prikazane rezultate

Znanja o oblicima pomoći, samopomoći i vjerovanja o ishodima

Uz prepoznavanje problema, za odgovarajuće pružanje pomoći učenicima koji imaju neki mentalnozdavstveni problem ključna su i znanja o dostupnim oblicima pomoći i vjerovanja o njihovoj djelotvornosti. Nedostatak tih informacija i znanja te neutemeljena vjerovanja glavni su razlog nepravodobnih intervencija i nalaza u većini istraživanja prema kojima je razdoblje od prve pojave problema do početka liječenja predugo. Na primjer, za osobe koje imaju depresivni poremećaj odgađanje dolaska na tretman može biti čak do 14 godina, što ima ozbiljne posljedice na trajanje i ishod liječenja (10). Povezano s time valja spomenuti i rezultate opsežnoga istraživanja Burnett-Zieglera i suradnika (14) provedenoga u Sjedinjenim Američkim Državama, koje je pokazalo da oko 14 % učenika u dobi od 12 do 18 godina ima neki mentalnozdavstveni problem, a samo njih 42,8 % dobiva odgovarajuću zdravstvenu skrb za te probleme.

Kad je riječ o čimbenicima koji određuju znanja i vjerovanja o dostupnim oblicima pomoći i ishodima, moguće ih je analizirati u okvirima dviju skupina čimbenika koji su u međudjelovanju: strukturni i osobni (29). **Strukturni čimbenici** uključuju obilježja zdravstvenoga sustava u nekoj zemlji i odnose se na dostupnost zdravstvenih usluga, društvenu podršku i sl. U različitim zemljama zabilježeni su i različiti podatci o korištenju zdravstvenih usluga osoba koje imaju depresivne poremećaje. Npr. u pregledu većega broja istraživanja diljem svijeta Gulliver i suradnici (30) navode da je najveći postotak u Norveškoj (34 % depresivnih osoba koristi se uslugama zdravstvene skrbi), zatim Australiji (25 %) te u Njemačkoj (23 % depresivnih osoba). **Osobni čimbenici** odnose se na strategije suočavanja, samoeфикаsnost i vjerovanja povezanih s određenim mentalnozdavstvenim problemima ili mentalnim poremećajima (o uzrocima, vremenskome tijeku, posljedicama, ishodima, odnosno mogućnostima samopomoći i liječenja i dr.) (31).

U ovome istraživanju dobiveni su izuzetno ohrabrujući rezultati povezani sa znanjima o dostupnim oblicima pomoći za učenika koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti. Naime, pokazalo se da većina sudionika (njih **gotovo 98 %**) korisnim procjenjuje traženje pomoći stručnjaka u svojoj školi ili izvan nje. Nadalje, podjednaki broj podijelio bi svoju zabrinutost sa stručnom službom procjenjujući da bi upravo podrška stručnih suradnika (pedagoga, psihologa i općenito kolega u školi) bila najkorisnija u pomoći učeniku. U vrlo opsežnome istraživanju provedenom u Portugalu na uzorku od 4938 adolescenata u dobi od 14 do 24 godine Loureiro i sur. (12) dobili su slične rezultate. Sudionici njihova istraživanja izvijestili su da bi oni također najradije potražili pomoć od psihologa (89 %), liječnika opće prakse (74,6 %), psihijatra (55,1 %) i medicinske sestre (49,1 %).

Osim toga, o važnosti pravodobnoga i učinkovitoga pružanja pomoći učeniku koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti govori i podatak da oko 70 % sudionika u našem istraživanju vjeruje u pozitivne ishode, tj. smatra da će se učenik oporaviti ako primi odgovarajuću stručnu pomoć.

Ne toliko poželjan, ali razmjerno uobičajen nalaz u većini istraživanja o ovoj temi odnosi se na stav prema **alternativnim i neformalnim oblicima pomoći** te na stručnjake za mentalno zdravlje (10). U procjenama različitih oblika samopomoći i pomoći sudionici u ovome istraživanju dali su prednost alternativnim oblicima pomoći (vitaminima i biljnim pripravcima, vježbama opuštanja, tjelesnim aktivnostima i dr.) ispred formalnih oblika pomoći (psihofarmaci, psihoterapija i sl.). Od 40 do 60 % sudionika smatra da bi vitamini i biljni pripravci bili korisni za učenika poput onoga opisanog u vinjeti, a gotovo isto toliko njih procjenjuje lijekove (točnije psihofarmake) štetnima. U već spomenutom istraživanju (12) adolescenti su procjenjivali korisnost različitih lijekova i dodataka prehrani i također su na prvome mjestu bili vitamini (65,5 %) i biljni pripravci (54 %), zatim antidepresivi (37,7 %) i tablete za smirenje (29,3 %). U ispitivanju javnoga mišljenja u Australiji i Kanadi pokazalo se da prevladava stav da se čak i depresivni poremećaji mogu liječiti uporabom vitamina, tjelesnom aktivnošću, dijetama, relaksacijom i sl., a u istraživanju u Švicarskoj sudionici su predlagali boravak na svježemu zraku kao oblik pomoći osobama oboljelim od shizofrenije (10).

Kako bi dobili što točniji uvid u javno mišljenje o ovako važnim zdravstvenim temama, u istraživanjima je potrebno voditi računa o metodi istraživanja i opisu težine problema koji sudionici procjenjuju. Povezano s time Jorm (10) predlaže **model koji opisuje faze suočavanja s psihičkim problemima s obzirom na težinu problema**.

1. U prvoj fazi, kad su simptomi još rijetki i blagi, povećano je korištenje raznim oblicima samopomoći.
2. U drugoj fazi porastom broja i jačine simptoma dolazi do sve veće neugode i traže se novi oblici samopomoći (mijenjaju se životne navike, primjenjuju se razni alternativni biljni pripravci i sl.).
3. Tek u trećoj fazi, kad je patnja sve veća i kad je već riječ o psihičkome poremećaju, traži se stručna pomoć.

Može se zaključiti da bi različiti oblici samopomoći bili češći u slučaju blažih mentalnozdravstvenih problema, tzv. supkliničke simptomatologije. To su pokazale i empirijske provjere djelotvornosti pojedinih oblika samopomoći: za blage oblike depresivnosti dokazana je učinkovitost društvene podrške, tjelesne aktivnosti i knjiga samopomoći utemeljenih na kognitivno-bihevioralnoj terapiji, no i dalje je potrebno pažljivo ocijeniti i ostale metode kako bi se javnosti mogli dati valjani savjeti (27). No treba upozoriti na to da s jedne strane upravo problemi povezani sa supkliničkim simptomima često

ne budu obuhvaćeni sustavom zaštite mentalnoga zdravlja, a s druge strane, kad su neprepoznati, povećavaju rizik za razvoj težih oblika poremećaja.

Rezultat koji svakako iznenađuje procjena je korisnosti **interneta** i traženja informacija na internetu. Čak 30 – 40 % sudionika procijenilo je taj oblik pomoći štetnim, što je uočljivo nerazmjerno s obzirom na rasprostranjenost njegove uporabe u svakodnevnome životu. Naime, procjenjuje se da se 50 – 80 % odraslih koristi internetom za informiranje o vlastitome zdravlju, a jedna trećina tih pretraživanja povezana je s informacijama iz područja mentalnoga zdravlja (24). Internet je vrlo poželjan izvor informacija (ako je riječ o provjerenim stranicama utemeljenima na dokazima i stručnosti) jer je s jedne strane brz, pristupačan i jeftin, a s druge strane omogućava anonimnost i privatnost. Zanimljiv je podatak da će svaka četvrta osoba radije pretraživati internet kako bi dobila informacije o svojem mentalnom zdravlju nego se obratiti liječniku, a samo će polovica onih koji pretražuju internet potražiti pomoć stručnjaka (24). Internet je, osobito za mlađe osobe, najčešće prvi izvor informacija o vlastitim zdravstvenim problemima i zato snažno utječe na doživljavanje tih problema, njihova uzroka te donošenje odluke o traženju pomoći i liječenju. Činjenica je da se zbog prekomjerne uporabe i brojnih negativnih učinaka na rast i razvoj djece i mladih internet spominje češće u negativnome nego u pozitivnome kontekstu. U novije vrijeme bilježi se sve veći broj projekata u kojima se pokušava korisnicima interneta olakšati dostupnost kvalitetnih internetskih stranica – npr. projekt HON – *Health on the Net* ili *MHealth* (za mobilne uređaje) kao oblik podrške zdravstvenoj brizi za osobe s mentalnim poremećajima.

4.2.4. Stigmatizacija

U ovome poglavlju opisana su vjerovanja i stavovi koji mogu biti važna prepreka u prepoznavanju i pružanju pomoći učenicima kod kojih se prepozna neki mentalnozdavstveni problem. Prikazani su rezultati dobiveni analizom na cjelokupnome uzorku od 2027 sudionika.

SADRŽAJ POGLAVLJA:

- 4.2.4.1. Stigmatizacija i diskriminacija
- 4.2.4.2. Stigmatizacija učenika koji imaju problem
- 4.2.4.3. Diskriminacija učenika koji imaju problem
- 4.2.4.4. Osvrt na prikazane rezultate

4.2.4.1. Stigmatizacija i diskriminacija

Stigmatizacija osoba koje imaju neke psihičke probleme opisuje se kao obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje tih osoba upravo zbog problema koje imaju. Podrijetlo riječi *stigma* puno govori o značenju toga naziva: riječ *stigma* na grčkome jeziku znači 'naglasiti', 'istaknuti', 'označiti' i nema negativno značenje. Pri preuzimanju te riječi u latinski jezik ona dobiva negativno značenje, točnije znači 'sramoćenje' i 'degradacija'. Stigmatizacija ima negativne posljedice na prepoznavanje problema i osobito na pružanje pomoći. Pojam stigmatizacije obuhvaća tri komponente: neznanje, predrasude i diskriminaciju (32,33).

Predrasude su pretežno negativni stavovi prema nekoj skupini ili pojedincima, a temelje se na neznanju ili neinformiranosti. Predrasude su stavovi koji su doneseni unaprijed, uglavnom su neopravdani i neutemeljeni s tendencijom pretjeranoga poopćavanja. Ono je što ih čini problematičnima to da su stečeni vrlo rano u životu i da su vrlo otporni na promjenu. Stigmatizacija osoba s mentalnozdavstvenim problemima i poremećajima temelji se upravo na predrasudama. Najčešće **predrasude povezane s mentalnim poremećajima** odnose se na to da su neizlječivi, da su izraz slabosti, da su osobe s mentalnim poremećajem opasne, nesposobne, krive za vlastitu bolest i sl. (34, 35). Najčešća je **predrasuda povezana s depresijom** da će osoba biti doživljena kao slaba, poremećena, da će biti neshvaćena ili čak ismijana. Predrasude koje imaju depresivna djeca i adolescenti o depresivnosti često su razlog da ne traže pomoć i da svoje probleme ne povjeravaju drugima. Vrlo im je teško naći osobu u koju će imati povjerenja i koja će im jamčiti anonimnost (12).

Diskriminacija je ponašajni vid stigmatizacije i označava sva ona ponašanja koja proizlaze iz predrasuda, a kreću se od blagih oblika nepravednih postupaka do vrlo agresivnih i negativnih

ponašanja. Budući da se temelji na predrasudama, diskriminacija najčešće rezultira kršenjem ljudskih prava i odvajanjem, izoliranjem i odbacivanjem diskriminiranih osoba.

U većini dosadašnjih istraživanja u školama pokazalo se da je edukacija iz zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja najbolji oblik borbe protiv stigmatizacije i diskriminacije. Smanjenje stigme većina nastavnika i učenika doživljava kao prioritet u stvaranju uvjeta za primjereno pružanje pomoći učenicima u školi (10).

4.2.4.2. Stigmatizacija učenika koji imaju problem

Kao što je već navedeno, stigmatizacija obuhvaća različita vjerovanja, nedovoljna i pogrešna znanja, koja su u kombinaciji sa strahom od nepoznatoga ili drugačijega snažan preduvjet za razvoj predrasuda. Najčešći opisi stigmatizacije u kontekstu depresivnosti uključuju obezvrjeđivanje, prikazivanje osoba s problemima kao slabici, opasnima, nesposobnima i sl. U ovome istraživanju stigmatizacija je obuhvaćala sedam takvih opisa (Tablica 4.2.30.).

Tablica 4.2.30. Slaganje sa stigmatizirajućim tvrdnjama – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)

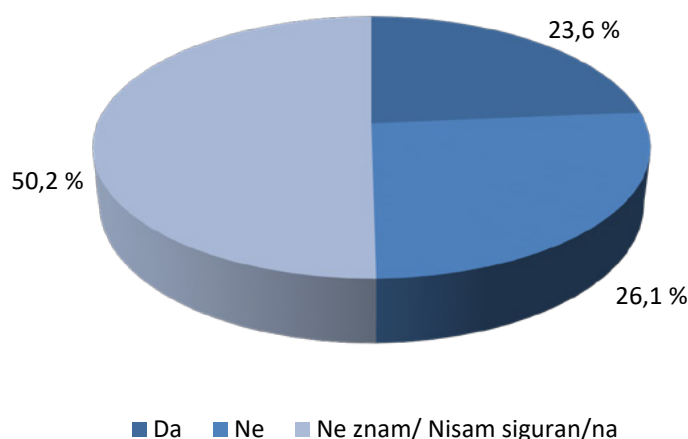
Tvrdnje	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti se ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem	Ne znam
Ivan/a bi se mogao/la prestati tako ponašati da želi.	18,6	46,3	21,4	4,2	0,8	8,7
Ivanov/nin problem znak je osobne slabosti.	19,7	47,0	16,7	8,1	1,2	7,3
Ivanov/nin problem nije stvarna medicinska bolest.	14,3	36,9	22,8	8,4	1,5	16,1
Ivan/a je opasan/na za druge.	20,7	50,8	15,2	1,7	0,2	11,3
Najbolje je izbjegavati Ivana/u kako i sami ne biste upali u isti problem.	45,2	50,0	2,6	0,1	0,2	1,9
Zbog njegova/njezina problema Ivanovo/nino je ponašanje posve nepredvidljivo.	7,8	25,9	30,5	20,8	2,1	13,0
Da imam problem kao Ivan/a, ne bih nikome rekao.	25,9	51,1	8,6	1,8	0,7	12,0

Većina sudionika u ovome istraživanju ne slaže se sa stereotipima i poopćavanjima navedenim u Tablici 4.2.30., tako da se može zaključiti da nisu skloni stigmatizaciji učenika koji imaju probleme poput onih opisanih u vinjeti. Od svih navedenih opisa jedino je nepredvidljivost ponašanja učenika koji ima opisani problem doživljena kao stigmatizirajuća.

4.2.4.3. Diskriminacija učenika koji imaju problem

U ovome istraživanju dobiveno je nekoliko rezultata koji ukazuju na moguću diskriminaciju učenika s psihičkim problemima poput onoga opisanog u vinjeti. Od 2027 sudionika njih 479 (**23,6 %**) odgovorilo je potvrdno na pitanje ***Mislite li da bi drugi u školi diskriminirali opisanoga učenika kad bi znali za njegove probleme?*** (Slika 4.2.6.). Neznatno veći broj sudionika smatra da učenika ne bi diskriminirali (530 sudionika ili 26,1 %), dok ih polovica ne zna ili nije sigurna (1018 sudionika ili 50,2 %)

Slika 4.2.6. Procjena vjerojatnosti diskriminacije opisanoga učenika od drugih u školi – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



Diskriminacija i vrsta vinjete

Očekivano je da će predrasude, stavovi i diskriminirajuća ponašanja biti različiti za različite psihičke probleme. Stoga je provjereno koji su udjeli u procjeni diskriminacije za pojedinu **vrstu problema opisanoga u vinjeti** (Tablica 4.2.31.). Rezultati su pokazali da diskriminaciju u nešto malo većemu broju očekuju sudionici koji su procjenjivali vinjetu *Depresivnost i zlouporaba alkohola* te *Depresivnost i suicidalnosti* u odnosu na vinjete u kojoj su procjenjivali samo *Depresivnost*. S obzirom na to da navedeni oblici depresivnosti uključuju rizičnija ponašanja povezana sa suicidalnošću i zlouporabom alkohola, a usto, kad je riječ o zlouporabi alkohola, i vidljiva, ometajuća te u nekim slučajevima vrlo neprihvatljiva ponašanja, može se pretpostaviti da je to jedan od razloga zbog kojega je u tim vinjetama veći udio onih koji smatraju da će učenik poput onoga opisanog u vinjeti biti diskriminiran u školi ako se sazna za njegove probleme. No, kao i u ostalim analizama, treba voditi računa o tome da je u svim vinjetama najveći broj sudionika odgovorio da ne zna ili da nije siguran hoće li opisani učenik biti

diskriminiran zbog svojega problema te da su potrebne dodatne statističke analize i istraživanja za dublji uvid.

Tablica 4.2.31. Procjena vjerojatnosti diskriminacije opisanoga učenika od drugih u školi – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora s obzirom na **vrstu problema opisanoga u vinjeti** (N = 2027)

Vrsta vinjete	Da	Ne	Ne znam / nisam siguran
Depresivnost (N = 973)	21,1	26,1	52,8
Depresivnost i suicidalnost (N = 534)	25,7	28,1	46,3
Depresivnost i zlouporaba alkohola (N = 520)	26,3	24,2	49,4

Diskriminacija i obilježja sudionika

Brojni čimbenici mogu utjecati na diskriminaciju učenika koji imaju neki mentalnozdravstveni problem. Stoga je u nastavku prikazano kakvo je mišljenje sudionika u ovome istraživanju o mogućoj diskriminaciji učenika koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti s obzirom na sljedeća obilježja sudionika:

- spol
- radno mjesto
- radno iskustvo
- prethodno iskustvo s problemima poput onoga opisanog u vinjeti i
- prepoznavanje problema u vinjeti

Diskriminacija i **spol** sudionika

U većini istraživanja stigmatizacije u kontekstu zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja pokazalo se važnim provjeriti na koji način spol sudionika utječe na procjenu problema opisanih u vinjetama. U ovome je istraživanju veći postotak muških sudionika procijenio da će učenik doživjeti diskriminaciju. Od ukupnoga broja muških sudionika koji su sudjelovali u istraživanju (N = 335) njih 109 (**32,5 %**) smatra da bi drugi u školi diskriminirali opisanoga učenika, a od ukupnoga broja sudionika (N = 1692) to smatra njih 370 (**21,9 %**).

Diskriminacija i radno mjesto sudionika

U Tablici 4.2.32. prikazan je udio sudionika u pojedinoj kategoriji radnoga mjesta s obzirom na njihove odgovore o diskriminaciji. Kao što se može vidjeti, sudionici su uglavnom bili nesigurni povezano s mogućom diskriminacijom učenika koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti.

Tablica 4.2.32. Procjena vjerojatnosti diskriminacije opisanoga učenika od drugih u školi – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora s obzirom na **radno mjesto** sudionika (N = 2027)

Radno mjesto	Da	Ne	Ne znam / nisam siguran
Učitelj/ica razredne nastave (N = 400)	21,5	23,3	55,23
Učitelj/ica predmetne nastave (N = 593)	27,8	20,4	51,8
Nastavnik/ca (N = 669)	23,8	26,3	49,9
Stručni suradnik u OŠ (N = 174)	21,3	36,8	42,0
Stručni suradnik u SŠ (N = 86)	19,8	40,70	39,5
Ravnatelj u OŠ (N = 72)	13,9	38,9	47,2
Ravnatelj u SŠ (N = 33)	15,2	39,4	45,5

Diskriminacija i godine radnog iskustva

U Tablici 4.2.33. prikazan je udio pojedinih odgovora na pitanje o diskriminaciji s obzirom na godine radnoga iskustva u školi. Iz dobivenih rezultata može se uočiti da je u skupini onih koji imaju veći broj godina radnoga iskustva najveći udio sudionika koji misle da učenik neće doživjeti diskriminaciju. Navedene razlike trebalo bi provjeriti daljnjim analizama.

Tablica 4.2.33. Procjena vjerojatnosti diskriminacije opisanoga učenika od drugih u školi – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora s obzirom na **godine radnoga iskustva** sudionika (N = 2027)

Godine rada u školi	Da	Ne	Ne znam / nisam siguran
Manje od jedne godine (N = 95)	29,5	17,9	52,6
1 – 2 godine (N = 112)	33,0	12,5	54,5
3 – 5 godina (N = 238)	24,4	26,1	49,6
6 – 10 godina (N = 347)	29,1	21,9	49,0
11 – 15 godina (N = 322)	23,3	31,1	45,7
16 – 20 godina (N = 249)	22,9	25,3	51,8
Više od 20 godina (N = 664)	18,5	29,8	51,7

Diskriminacija i prethodno iskustvo sa sličnim problemima

Od 2027 sudionika u ovome istraživanju njih 779 (38,4 %) već je imalo iskustvo s učenicima koji su imali problem poput onoga opisanog u vinjeti (Tablica 4.2.34.). Ako usporedimo mišljenje o diskriminaciji učenika opisanoga u vinjeti tih sudionika s onima koji nisu imali takvo iskustvo, možemo uočiti da su sudionici koji su imali prethodno iskustvo manje nesigurni u svojem mišljenju o diskriminaciji te da nešto veći udio njih očekuje da učenik neće biti diskriminiran.

Tablica 4.2.34. Procjena vjerojatnosti diskriminacije opisanoga učenika od drugih u školi – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora s obzirom na **iskustvo s učenicima sa sličnim problemima poput onih opisanih u vinjeti** (N = 2027)

	Da	Ne	Ne znam / nisam siguran
Da (N = 779)	25,5	30,9	43,5
Ne (N = 1089)	22,3	24,4	53,3
Ne znam (N = 159)	23,3	14,5	62,3

4.2.4.4. Osvrt na prikazane rezultate

Istraživanja na ovome području uglavnom pokazuju da postoje brojni mitovi, stereotipi i pogrešna shvaćanja i nerazumijevanja i u javnosti i među djelatnicima različitih zanimanja (npr. zdravstvenih djelatnika, odgojno-obrazovnih djelatnika) povezano s mentalnim zdravljem djece i mladih. Nažalost, upravo takve predrasude i stavovi najsnažnije su prepreke za traženje pomoći i pravodobnu intervenciju.

Rezultati provedenoga istraživanja pokazuju da većina sudionika u ovome istraživanju ne misli da će učenik koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti doživjeti stigmatizaciju ili diskriminaciju u školi ako ostali učenici saznaju za njegov problem. No, pritom treba uzeti u obzir da **je više od 50 % sudionika izrazilo nesigurnost o toj temi, tj. ne znaju ili ne mogu sa sigurnošću predvidjeti što bi se zaista dogodilo u takvoj situaciji.** Sudionici su procijenili da je loš ishod vjerojatniji ako učenik ima problem povezan s zlouporabom alkohola ili suicidalnošću (suicidalne misli).

U ovome, ali i u brojnim drugim istraživanjima, dobiveni nalazi upozoravaju na to da predrasude i stavovi prema mentalnozdravstvenim problemima, nedostatak informacija i stereotipi u slučajevima kad se procjenjuju problemi djece mogu biti velika prepreka za traženje pomoći. Na primjer, veliko istraživanje provedeno među 3900 nastavnika u Kanadi pokazalo je da većina nastavnika smatra smanjenje stigme prioritetom kako bi se omogućilo prikladno pružanje pomoći učenicima u školi (17). Navedeno istraživanje provedeno je radi utvrđivanja kako nastavnici doživljavaju prepreke u pružanju mentalnozdravstvenih usluga učenicima i kako procjenjuju vlastitu spremnost da se nose s mentalnozdravstvenim problemima učenika. Rezultati su pokazali da, premda veliki broj nastavnika doživljava mentalnozdravstvene probleme poput stresa, ADHD-a, anksioznosti i depresivnosti kao izvor stresa u radu s učenicima, čak 87 % nastavnika navodi da je nedostatak prikladne izobrazbe u suočavanju s tim problemima učenika važna prepreka u pružanju prikladne mentalnozdravstvene usluge u njihovoj školi (17).

4.2.5. Ukratko o zdravstvenoj pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih

Prepoznavanje

U poglavlju 4.2.1. prikazani su rezultati o razini prepoznavanja problema opisanih u vinjeti i prepoznavanju problema depresivnosti. U istraživanju u kojemu je sudjelovalo 2027 djelatnika osnovnih i srednjih škola **42,4 %** sudionika **u potpunosti je ili djelomično prepoznalo problem** opisan u vinjeti (15,2 % u potpunosti), a njih 57,6 % nije prepoznalo problem. Njih **37,1 % je ukupno prepoznalo depresivnost** u opisanim problemima bez obzira na vrstu vinjete, a **51,4 % prepoznalo je neki drugi problem** koji nije uopće „zadan“ samom pričom u vinjeti.

Vrsta problema opisanoga u vinjeti: Sudionici su procjenjivali tri vrste vinjeta - *Depresivnost*, *Depresivnost i suicidalnost* te *Depresivnost i zlouporaba alkohola*. Preko 28,2 % sudionika u potpunosti je prepoznalo problem u vinjeti u kojoj je bila opisana depresivnost, 53,9 % sudionika u potpunosti je ili djelomično prepoznalo problem u vinjeti u kojoj je bila opisana depresivnost i suicidalnost, a 57,2 % sudionika u vinjeti koja opisuje depresivnost i zlouporabu alkohola.

Radno mjesto: Očekivano je najveći udio sudionika koji su točno prepoznali problem opisan u vinjeti među stručnim suradnicima, dok su učitelji i učiteljice razredne nastave u osnovnim školama bili skloniji davati neke druge, uglavnom deskriptivne opise problema ili navoditi moguće uzroke problema, a ne točno imenovati o čemu je u vinjeti riječ.

Godine rada u školi: Pomalo neočekivano u skupini sudionika koji su u potpunosti prepoznali problem opisan u vinjeti najveći je broj onih koji imaju najkraće radno iskustva, a u skupini onih koji nisu točno prepoznali problem, najviše je onih s preko 20 godina radnoga iskustva. To pokazuje potrebu dodatnih provjera mogućega trenda da se s godinama radnoga iskustva smanjuje točnost prepoznavanja problema opisanoga u vinjeti.

Prethodno iskustvo sa sličnim problemima: U skupini sudionika koji su u potpunosti ili djelomično prepoznali problem podjednak je udio onih koji su imali i onih koji nisu imali prethodno iskustvo sa sličnim problemima. Potrebne su dodatne provjere kad je u pitanju priroda toga odnosa.

Pružanje pomoći

U poglavlju 4.2.2. prikazani su rezultati analize odgovora na pitanja povezana sa znanjima o različitim oblicima pružanja pomoći te povezana s procjenom spremnosti na pružanje pomoći djetetu s problemima mentalnoga zdravlja u području depresivne simptomatologije. Gotovo svi sudionici u

ovome istraživanju (**njih 97,7 %**) spremni su pomoći učeniku koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti, ali se istodobno **veliki dio njih (oko 70 %) ne osjeća dovoljno sigurnim u vlastite sposobnosti pružanja pomoći**.

- Najveći broj sudionika (njih 67,1 %) potražio bi **pomoć raznih stručnih službi**, institucija ili udruga za učenika, dok bi se nešto manji broj (56,4 % sudionika) obratio za pomoć nekoj konkretnoj osobi, npr. stručnomu suradniku (psihologu, pedagogu, defektologu) i kolegama u školi, liječniku, roditeljima, svećeniku i sl.
- **Spremnost za traženje pomoći i vrsta vinjete:** S obzirom na vrstu problema opisanoga u vinjeti uočava se da s težinom problema raste i udio sudionika koji su spremni zatražiti pomoć stručnih službi i institucija za učenika koji ima opisani problem.
- **Spremnost za traženje pomoći i obilježja sudionika:** Pokazalo se da su i muški i ženski sudionici podjednako skloniji tražiti pomoć stručnih službi i institucija nego pojedinih osoba. S obzirom na radno mjesto sudionika pomoć stručnih službi najspremniji su zatražiti stručni suradnici i ravnatelji u osnovnim školama. Sudionici koji imaju manje godina radnoga iskustva u školi bili bi skloniji u takvoj situaciji zatražiti pomoć osobe, a sudionici s više godina radnog iskustva pomoć institucije. Pokazalo se da su sudionici koji su imali prethodno iskustvo s učenikom poput onoga opisanoga u vinjeti skloniji zatražiti pomoć institucije u usporedbi s onima koji to iskustvo nisu imali. Treba uzeti u obzir da uočene razlike, katkad vrlo male, zahtijevaju dodatnu provjeru i analize.
- **Osjećaj sigurnosti i vrsta vinjete:** Utvrđeno je da najveću sigurnost imaju sudionici koji su na procjenu dobili vinjetu *Depresivnost*. Nešto manju sigurnost u vlastite sposobnosti pružanja pomoći učeniku koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti imali su sudionici koji su procjenjivali vinjetu *Depresivnost i zlouporaba alkohola*, a najmanju oni koji su procjenjivali vinjetu *Depresivnost i suicidalnost*.
- **Osjećaj sigurnosti i obilježja sudionika:** Osjećaj sigurnosti u vlastite sposobnosti pružanja pomoći učeniku koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti podjednako su procijenili muški i ženski sudionici i sudionici s različitim brojem godina rada u školi. Od svih sudionika najviše razine sigurnosti imali su stručni suradnici. Također, nešto veći osjećaj sigurnosti imali su sudionici koji su već imali prethodno iskustvo sa sličnim problemima u usporedbi s onima koji to iskustvo nisu imali.
- Najčešći je **oblik prve pomoći** koji su sudionici navodili razgovor s učenikom koji ima problem, što je ujedno procijenjeno kao učeniku najkorisnije.

- Rezultat kojemu treba posvetiti posebnu pozornost odnosi se na vjerovanje da nije korisno ili čak da je štetno pitati učenika razmišlja li o samoubojstvu. Čak 32,2 % sudionika smatra da je to štetan oblik pružanja pomoći učeniku poput onoga opisanog u vinjeti.
- Različiti oblici pomoći korisni su za različite probleme. Stoga se pokazalo da je za sve tri skupine problema opisanih u vinjetama podjednako korisnim procijenjeno uključivanje roditelja u rješavanje problema, a podjednako nekorisnim ignoriranje i čekanje na to da problem prođe sam od sebe.

Znanja o oblicima pomoći i vjerovanja o ishodima

U poglavlju 4.2.3. opisani su rezultati procjena znanja o oblicima pomoći koji su djelatnicima u školi dostupni kad žele pomoći učenicima kod kojih se prepozna neki problem te vjerovanja koja sudionici imaju o ishodima (ne)pružanja pomoći. Sudionici su odgovarali na pitanja o ustanovama i stručnjacima te ponašanjima povezanim sa zdravljem, životnim navikama i oblicima samopomoći, za koje procjenjuju da bi bili korisni za učenika poput onoga opisanog u vinjeti. Rezultati pokazuju sljedeće:

- Kad bi se suočila s problemom poput onoga opisanog u vinjeti, većina sudionika u ovome istraživanju korisnim procjenjuje pomoć koju bi učenik s problemom dobio od stručnjaka u školi: **psihologa (94,1 % sudionika), pedagoga (86,6 %) i nastavnika (78,3 %)**. Čak **63,5 %** sudionika smatra da je štetno **ne tražiti pomoć** i samostalno se nositi sa svojim problemima.
- U procjenama različitih oblika **samopomoći i pomoći** sudionici su dali prednost alternativnim oblicima pomoći (vitaminima i biljnim pripravcima, vježbama opuštanja, tjelesnim aktivnostima i dr.) pred formalnim oblicima pomoći (psihofarmaci, psihoterapija i sl.). Od ponuđenih oblika pomoći između 40 % i 60 % sudionika smatra da bi **vitamini i biljni pripravci** bili korisni za učenika poput onoga opisanog u vinjeti, a gotovo isto toliko njih procjenjuje **lijekove** (točnije psihofarmake) štetnima.
- Traženje informacija na **internetu** 30 – 40 % sudionika procijenilo je štetnim, što je s obzirom na rasprostranjenost njegove uporabe u svakodnevnome životu ograničenje, posebno kad je riječ o mladima kojima se s pomoću modernih tehnologija i interneta mogu prenijeti korisne i utemeljene informacije važne za očuvanje i zaštitu mentalnoga zdravlja.
- O važnosti pružanja pomoći učeniku koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti govori podatak da oko **70 %** sudionika smatra da će se učenik oporaviti **ako primi odgovarajuću stručnu pomoć**.

- **Vjerovanja o ishodima i vrsta problema opisanoga u vinjeti:** U usporedbi s vinjetama u kojima je opisana depresivnost i suicidalne misli te depresivnost i zlouporaba alkohola nešto veći broj sudionika vjeruje u oporavak kad dijete ima problem poput onoga opisanog u vinjeti *Depresivnost*.
- **Vjerovanje o ishodima i obilježja sudionika:** Pokazalo se da muški i ženski sudionici imaju podjednaka vjerovanja o ishodima stručne pomoći. Uočava se neznatno veći broj ravnatelja osnovnih škola i stručnih suradnika u srednjim školama među onima koji vjeruju u pozitivne ishode, tj. u oporavak ako učenik koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti dobije stručnu pomoć. Sudionici u ovome istraživanju uglavnom imaju podjednaka vjerovanja o pozitivnim ishodima stručne pomoći neovisno o njihovim godinama rada u školi. Pokazalo se da je neznatno veći broj sudionika koji su imali prethodno iskustvo sa sličnim problemima skloniji vjerovati da će doći do oporavka, ali da je moguće da se problemi ponovno pojave. Sudionici koji su prepoznali depresivnost u nešto većemu broju vjeruju da će doći do potpunoga oporavka, ali i da je moguće da se problemi ponovno pojave. Međutim, navedene neznatne razlike između sudionika različitih obilježja potrebno je provjeriti dodatnim analizama i istraživanjima.

Stigmatizacija

U poglavlju 4.2.4. prikazani su rezultati odgovora na tvrdnje i pitanja povezana sa stigmatizacijom i diskriminacijom učenika s problemima mentalnoga zdravlja poput onih opisanih u vinjetama.

- Većina sudionika u ovome istraživanju ne slaže se sa stereotipima i poopćavanjima te se može zaključiti da sudionici nisu skloni stigmatizaciji učenika koji imaju probleme poput onih opisanih u vinjeti. Od svih ponuđenih opisa jedino su nepredvidljivost ponašanja učenika koji ima opisani problem sudionici procijenili kao moguće stigmatizirajući.
- Od 2027 sudionika u ovome istraživanju njih 479 (**23,6 %**) smatra da bi drugi učenici u školi diskriminirali učenika poput onoga opisanog u vinjeti kad bi znali za njegove probleme. Sličan je postotak i onih sudionika (**26,1 %**) koji misle da ne bi diskriminirali učenika, a najveći broj sudionika nije siguran ili ne zna što bi se dogodilo (**50,2 %**).
- **Vrsta problema opisanoga u vinjeti:** Kod vinjeta koje opisuju problem depresivnosti uz suicidalnost odnosno zlouporabu alkohola nešto je veći udio sudionika koji smatra da bi učenik s opisanim problemima bio diskriminiran u školi kad bi se znalo za njegove probleme.

- **Spol sudionika:** Nešto veći udio muških sudionika u odnosu na žene procjenjuje da bi učenici koji bi imali probleme poput onih opisanih u vinjeti bili diskriminirani od drugih učenika u školi.
- **Radno mjesto:** Neovisno o radnome mjestu najveći broj sudionika izjavio je da ne zna ili je bio nesiguran oko toga je li moguća diskriminacija učenika koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti.
- **Godine rada u školi:** U skupini sudionika koji misle da učenik neće doživjeti diskriminaciju nešto je veći udio onih koji imaju veći broj godina radnoga iskustva.
- **Prethodno iskustvo sa sličnim problemima:** Sudionici koji su imali prethodno iskustvo sigurniji su u odgovorima na pitanja o diskriminaciji i nešto više njih očekuje da učenik neće biti diskriminiran.
- **Prepoznavanje problema u vinjetama:** Najveću razinu nesigurnosti imali su sudionici koji nisu prepoznali problem u vinjeti, tj. njih 52,7 % dalo je odgovor *Ne znam / Nisam siguran*. Najsigurniji bili su sudionici koji su prepoznali problem u vinjeti *Depresivnost i zlouporaba alkohola*.

Literatura

1. Vulić-Prtorić, A. i Cifrek Kolarić, M. (2011). *Istraživanja u razvojnoj psihopatologiji*, Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Vulić-Prtorić, A. i Lončarević, I. (2016). Školski uspjeh i mentalno zdravlje: od relacija do intervencija. *Napredak*, 157(3), 301-325.
3. Fernandez-Castillo, A. i Gutierrez-Rojas, M. E. (2009.). Selective attention, anxiety, depressive symptomatology and academic performance in adolescence. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 17(7), 49-76.
4. Vulić-Prtorić, A. (2004). *Depresivnost u djece i adolescenata*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
5. Swami, V. (2012). Mental health literacy of depression: gender differences and attitudinal antecedents in a representative british sample. *PLoS ONE*, 7(11), e49779.
6. Zuckerbrot, R. A. i Jensen, P. S. (2006). Improving recognition of adolescent depression in primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160, 694-704.
7. Breslau, J., Lane, M., Sampson, N. i Kessler, R. C. (2008.). Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *Journal of Psychiatric Research*, 42(9), 708-716.
8. St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promotion International*, 16(2), 197-205.
9. Özabacı, N. (2010). The effectiveness of teachers to recognize the symptoms of depression for their depressive students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 2371-2376.
10. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.
11. Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. i Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness?. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 248-251.
12. Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Mendes, A. C., Santos, J. C., Ferreira, R. O. i Pedreiro, A. T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth. *BMC psychiatry*, 13(1), 129.
13. Kutcher, S., Wei, Y. i Hashish, M. (2016). Mental Health Literacy for Students and Teachers: A "School Friendly" Approach. U M. Hodes i S. Grau (Ur.), *Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents* (str. 161-172). Academic Press.
14. Burnett-Zeigler, I., Walton, M. A., Ilgen, M., Barry, K., Chermack, S. T., Zucker, R. A., Zimmerman, M. A., Booth, B. M. i Blow, F.C. (2012). Prevalence and correlates of mental health problems and treatment among adolescents seen in primary care. *Journal of Adolescent Health*, 50(6), 559-564.
15. Herman, K. C., Reinke, W. M., Parkin, J., Traylor, K. B. i Agarwal, G. (2009). Childhood depression: Rethinking the role of the school. *Psychology in the Schools*, 46(5), 433-446.
16. Vulić-Prtorić, A. (2001). Suočavanje sa stresom i depresivnost u djece i adolescenata, *Suvremena psihologija*, 4(1-2), 25-39.
17. Whitley, J., Smith, J. D. i Vaillancourt, T. (2013). Promoting Mental Health Literacy among Educators: Critical in School-Based Prevention and Intervention. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 56-70.
18. Puura, K., Almqvist, F., Tamminen, T., Piha, J., Kumpulainen, K., Räsänen, E., Moilanen, I. i Koivisto, A. M. (1998). Children with symptoms of depression-What do the adults see?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(4), 577-585.
19. Trudgen, M. i Lawn, S. (2011). What is the threshold of teachers' recognition and report of concerns about anxiety and depression in students? An exploratory study with teachers of adolescents in regional Australia. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 21(2), 126-141.
20. Lončarić, I. i Vulić-Prtorić, A. (2012). Stavovi učiteljica prema anksioznim učenicima. U A. Brajša Žganec, J. Lopižić i Z. Penezić (Ur.), *20. godišnja konferencija hrvatskih psihologa – Psihološki aspekti suvremene obitelji, braka i partnerstva – Knjiga sažetaka*. Dubrovnik, 7. – 10. 11. 2012. 234.
21. Kitchener, B. A. i Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: Evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*, 2(1), 10.
22. King, K. A., Price, J. H., Telljohann, S. K. i Wahl, J. (1999). High school health teachers' perceived self-efficacy in identifying students at risk for suicide. *The Journal of School Health*, 69(5), 202-207.
23. Hart L. M., Mason, R. J., Kelly, C. M., Cvetkovski, S. i Jorm, A. F. (2016). 'teen Mental Health First Aid': a description of the program and an initial evaluation. *International journal of mental health systems*, 10(1), 3.
24. Jokić-Begić, N., Bagarić, B., i Jurman, J. (2015). „WWW. DEPRESIJA/ANKSIOZNOST. HR...” – INFORMACIJE O DEPRESIJI I ANKSIOZNOSTI NA INTERNETSKIM STRANICAMA. *Socijalna psihijatrija*, 43(4), 0-218.
25. Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba (2014). *Istraživanje o iskustvima i ponašanjima djece na Internetu i na društvenoj mreži Facebook*. Preuzeto s (<https://www.poliklinika-djeca.hr/istrazivanja/istrazivanje-o-iskustvima-i-ponasanjima-djece-na-internetu-i-na-drustvenoj-mrezi-facebook-2/>) (2. 7. 2018.)

26. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2016). *Europsko istraživanje o pušenju, pijenju i uzimanju droga među učenicima ESPAD. Prikaz hrvatskih nacionalnih rezultata 2015. godine*. Preuzeto s https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2016/10/HR_ESPAD_2015_RGB_3.pdf (2. 7. 2018.)
27. Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
28. Reavley, N. J. i Jorm, A.F. (2012). Public recognition of mental disorders and beliefs about treatment: Changes in Australia over 16 years. *The British Journal of Psychiatry*. 200(5), 419-425.
29. Barker, G., Olukoya, A. i Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help seeking. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 17(4), 315-335.
30. Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113.
31. Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E.A. i Phillips, L. A. (2008). Health psychology: the search for pathways between behavior and health. *Annu Rev Psychol.*, 59, 477-505.
32. Ivezić, S. (2006). Stigma psihičke bolesti. *Medix*, 64, 108-110.
33. Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. i Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Psychiatry*, 190, 192-193.
34. Jokić-Begić, N., Kamenov, Ž. i Lauri, K. A. (2005). Kvalitativno i kvantitativno ispitivanje sadržaja stigme prema psihičkim bolesnicima. *Socijalna psihijatrija*, 33, 10-19.
35. Filipčić, I., Marčinko, D., Grubišin, J., Begić, D., Tomac, A., Đorđević, V. i Hotujac Lj. (2003). Ispitivanje stava populacije u Republici Hrvatskoj prema shizofrenim bolesnicima anti-stigma upitnikom. *Socijalna psihijatrija*, 31, 3-9.

4.3. Škola i mentalno zdravlje djece i mladih

Autorice: Vesna Ivasović, Ljiljana Muslić, Martina Markelić

4.3.1. Stručna rasprava o mentalnome zdravlju učenika u školi

4.3.1.1. Uvod

4.3.1.2. Stručna rasprava o mentalnome zdravlju učenika u školi

4.3.1.3. Važnost uključivanja odgojno-obrazovnih djelatnika u praćenje i pružanje podrške u zaštiti mentalnoga zdravlja učenika

4.3.2. Važnost zaštite mentalnoga zdravlja djece i mladih na razini školske politike i djelovanja unutar škole

4.3.2.1. Uvod

4.3.2.2. Mišljenje odgojno-obrazovnih djelatnika o tome koliko su školi važni pojedini oblici podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja

4.3.2.3. Mišljenje odgojno-obrazovnih djelatnika o važnosti pojedinih oblika podrške kao dijela dugoročne strategije škole u području zaštite mentalnoga zdravlja učenika

4.3.2.4. Osvrt na važnost razvoja strategije zaštite mentalnoga zdravlja djece i mladih u školi

4.3.3. Ukratko o vrednovanju mentalnoga zdravlja u školama i među odgojno-obrazovnim djelatnicima

4.3.1. Stručna rasprava o mentalnome zdravlju u školi

U ovome poglavlju dan je osvrt na stručnu raspravu o mentalnome zdravlju učenika u školi temeljem dobivenih odgovora sudionika te stručnih preporuka i smjernica.

SADRŽAJ POGLAVLJA:

4.3.1.1. Uvod

4.3.1.2. Stručna rasprava o mentalnome zdravlju učenika u školi

4.3.1.3. Važnost uključivanja odgojno-obrazovnih djelatnika u praćenje i pružanje podrške u zaštiti mentalnoga zdravlja učenika

4.3.1.1. Uvod

Mentalno zdravlje učenika utječe na njegovo funkcioniranje i odgojno-obrazovni djelatnici trebaju toga biti svjesni. Ono je podjednako važno kao i tjelesno zdravlje i ne smije ga se zanemariti. Odgojno-obrazovni djelatnici koji shvaćaju važnost mentalnoga zdravlja u životu mlade osobe usmjereni su na praćenje emocionalnoga i socijalnoga razvoja učenika, a ne samo akademskih postignuća. Škole koje njeguju podržavajuće ozračje i usmjerenost na odgojnu komponentu školovanja, a ne samo na obrazovanje, bit će usmjerenije na učenika kao osobu te će lakše uočavati teškoće s kojima se nosi.

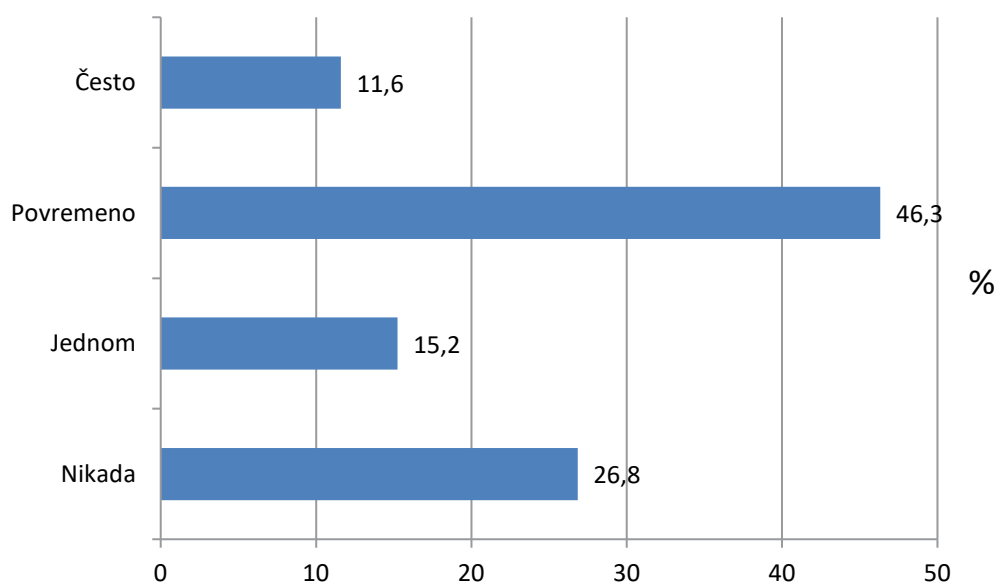
Stručna rasprava o mentalnome zdravlju učenika u školi uključuje sljedeće:

- informiranje školske stručne službe o uočenim problemima
- povratno informiranje stručne službe učiteljima i nastavnicima o mentalnome zdravlju učenika
- individualne konzultacije učitelja i nastavnika, stručne službe i ravnatelja
- informiranje, rasprave i savjetovanje te edukacija na razini razrednoga, učiteljskoga i nastavničkoga vijeća
- kontinuirano opažanje, praćenje i konzultacije o promjenama u mentalnome zdravlju učenika, načinima pristupa i podrške u zaštiti mentalnoga zdravlja učenika
- vođenje dokumentacije o stručnim raspravama, postavljenim ciljevima, dogovorima i zaključcima
- kontinuiranu suradnju i konzultacije s nadležnim liječnikom školske medicine.

4.3.1.2. Stručna rasprava o mentalnome zdravlju učenika u školi

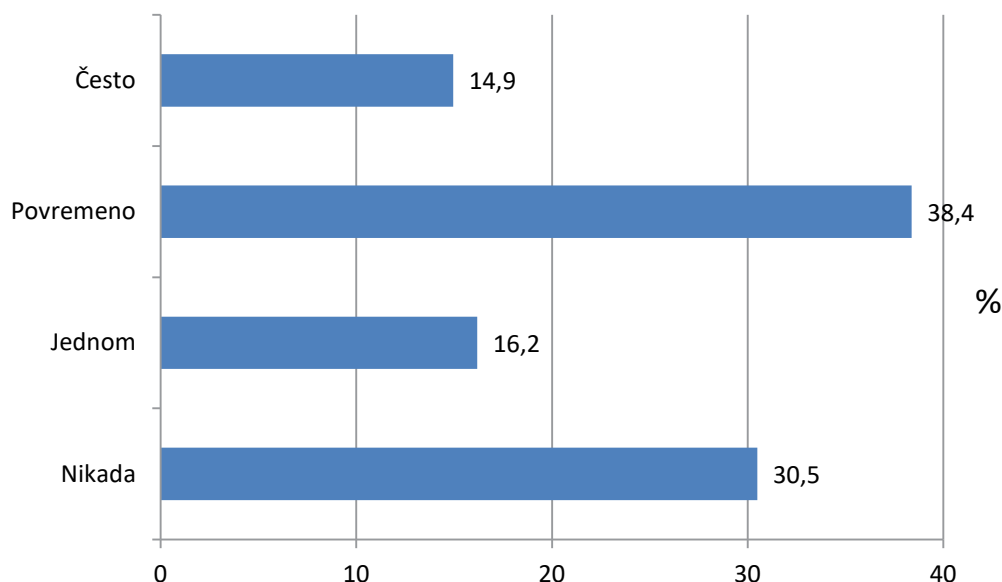
Na pitanje ***Jeste li u proteklih mjesec dana raspravljali o problemima mentalnog zdravlja učenika s drugim učiteljima/nastavnicima?*** od 2027 sudionika više od polovice sudionika izjavilo je da je barem jednom u proteklih mjesec dana vodilo razgovore s kolegama o mentalnome zdravlju učenika (Slika 4.3.1.): njih 939 (46,3 %) izjavilo je da je to činilo povremeno, njih 235 (11,6 %) to je činilo često, a jednom je razgovaralo 309 sudionika (15,2 %). Više od četvrtine sudionika, njih 544 (26,8 %), nikada u proteklih mjesec dana nije raspravljalo o problemima mentalnoga zdravlja učenika.

Slika 4.3.1. Učestalost rasprave s drugim učiteljima/nastavnicima o problemima mentalnoga zdravlja učenika – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



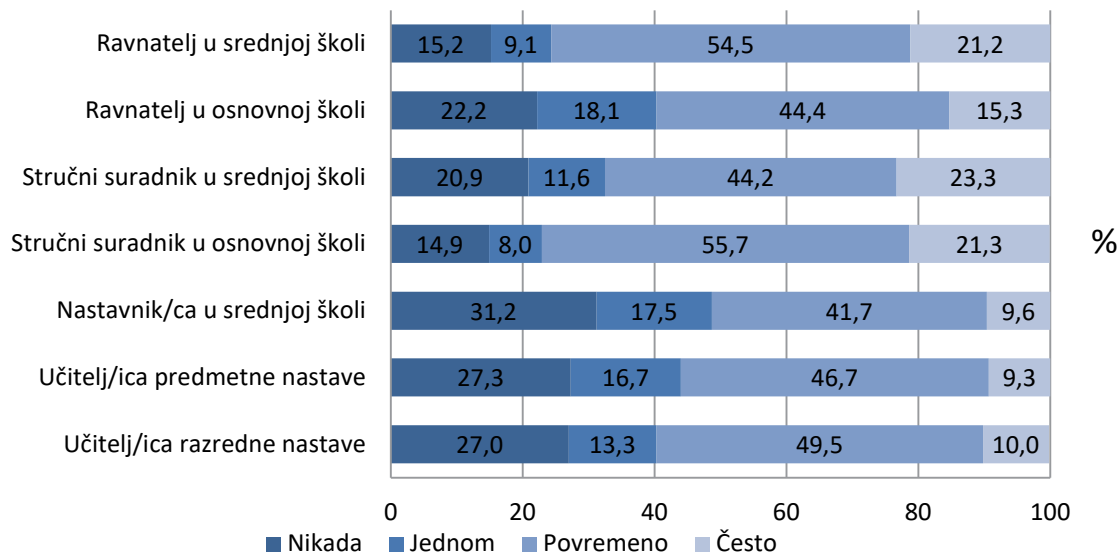
Na Slici 4.3.2. prikazana je učestalost stručne rasprave sa školskom stručnom službom o mentalnome zdravlju učenika u proteklih mjesec dana (odgovori na pitanje ***Jeste li u proteklih mjesec dana o problemima mentalnog zdravlja učenika raspravljali sa stručnom službom škole?***). Rezultati pokazuju da učitelji i nastavnici prepoznaju važnost konzultacija sa stručnjacima unutar škole te je više od polovice sudionika, njih 1081 (53,3 %), u posljednjih mjesec dana raspravljalo sa stručnom službom o mentalnome zdravlju učenika.

Slika 4.3.2. Učestalost rasprave sa školskom stručnom službom o problemima mentalnoga zdravlja učenika – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



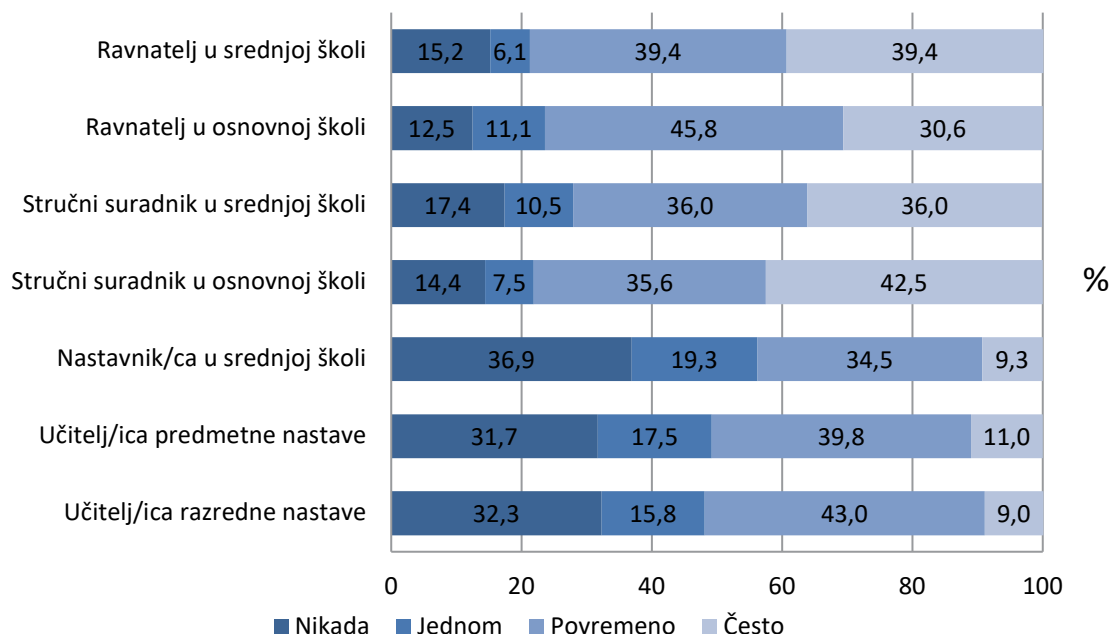
Stručna rasprava s drugim učiteljima/nastavnicima o problemima mentalnoga zdravlja učenika zastupljena je podjednako kao i rasprava sa stručnim suradnicima. Rezultati prikazani prema radnome mjestu sudionika (Slika 4.3.3.) pokazuju da su stručni suradnici u osnovnoj školi (77,0 %) i ravnatelji u srednjoj školi (75,7 %) najčešće (povremeno i često) u posljednjih mjesec dana raspravljali s drugim učiteljima i nastavnicima o mentalnome zdravlju učenika. Udio sudionika koji nisu nikada u proteklih mjesec dana s kolegama razgovarali o tome problemu najveći je kod nastavnika (31,2 %), učitelja predmetne (27,3 %) i razredne nastave (27,0 %).

Slika 4.3.3. Učestalost rasprave s drugim učiteljima/nastavnicima o problemima mentalnoga zdravlja učenika– udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027) s obzirom na radno mjesto



Analiza odgovora sudionika prema radnome mjestu o raspravi sa školskom stručnom službom o problemima mentalnoga zdravlja u posljednjih mjesec dana (Slika 4.3.4.) pokazuje da su ravnatelji u srednjoj školi (78,8 %) i stručni suradnici u osnovnoj školi (78,1 %) najčešće (povremeno i često) raspravljali sa stručnom službom o mentalnome zdravlju učenika u navedenome razdoblju. Najveći je broj nastavnika (36,9 %) među onima koji nisu vodili raspravu, zatim slijede učitelji predmetne (31,7 %) i razredne nastave (32,3 %).

Slika 4.3.4. Učestalost rasprave sa školskom stručnom službom o problemima mentalnoga zdravlja učenika – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027) s obzirom na radno mjesto



4.3.1.3. Važnost uključenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u praćenje i pružanje podrške u zaštiti mentalnoga zdravlja učenika

Dobiveni odgovori sudionika povezani sa stručnom raspravom o mentalnome zdravlju učenika pokazuju na uglavnom povremene međusobne rasprave, dok su ravnatelji i stručni suradnici skloniji nešto više razgovarati o mentalnome zdravlju učenika s članovima stručne službe, odnosno unutar stručne službe. Učitelji i nastavnici pritom su i dalje u tu raspravu samo povremeno uključeni. Iako su rezultati djelomično očekivani s obzirom na drukčiju ulogu koju nastavnici i učitelji imaju, oni su važna sastavnica u praćenju i pružanju podrške mentalnomu zdravlju učenika.

Ključni su čimbenici koji negativno utječu na inicijativu i uključenost učitelja i nastavnika u području mentalnoga zdravlja učenika izostanak podrške i edukacije o mentalnome zdravlju, niska razina odgovornosti učitelja i nedostatan vrijeme za učinkovito rješavanje problema (1). Podržavajuće i suradničko školsko ozračje olakšat će prijenos informacija i dogovor između odgojno-obrazovnih djelatnika. Pokazalo se da učitelji i nastavnici, ako imaju osjećaj odgovarajuće podrške stručne službe i ravnatelja, spremnije surađuju (2). Rowling (3) ističe dva ključna čimbenika koji podržavaju suradnju unutar škole te između škole i vanjskih institucija, a to su entuzijizam i komunikacija.

Važno je imati na umu da, ako se pojave problemi u području mentalnoga zdravlja kod učenika, različite osobe zajedno djeluju kao podrška učeniku. Istraživanje koje su proveli Cappella i suradnici (4) pokazalo

je da svaka osoba ili skupina osoba ima svoje pojedinačne ciljeve. Učitelji i nastavnici usmjereni su na akademska postignuća učenika, a stručnjaci u području mentalnoga zdravlja na specifična ponašanja i simptome. To neizbježno dovodi do nemogućnosti učinkovitoga zadovoljavanja učenikovih potreba, posebno ako je u stručnu raspravu uključen veći broj osoba, primjerice na sjednicama razrednih ili učiteljskih/nastavničkih vijeća ili na sastancima na kojima sudjeluju i vanjski suradnici škole. Zato je važno jasno opisati odgovornosti i uloge pojedinih odgojno-obrazovnih djelatnika povezane s mentalnim zdravljem učenika (2).

Kao što je već spomenuto, učitelji obično lako uočavaju promjene u akademskim postignućima učenika i primarno su u svojem radu usmjereni na školski uspjeh i na ometajuća ponašanja učenika. Usmjerenost učitelja i nastavnika na mentalno zdravlje učenika obično nije prioritet. Istraživanja potvrđuju povezanost između akademskih postignuća, ponašanja učenika i depresivnosti (7, 8) te niza drugih psihičkih poremećaja (9, 10). Ocjene i ponašanje najčešće su teme rasprava učitelja i nastavnika, i službeno na sastancima i neslužbeno u zbornici i u međusobnoj komunikaciji. Često se događa da kod učenika koji imaju probleme u području mentalnoga zdravlja postupno ili naglo dolazi do pogoršanja školskoga uspjeha. Depresivan je učenik bezvoljan, gubi motivaciju i smisao, teško se organizira, teško planira i teško se koncentrira, nije ustrajan, slabije pamti i otežano se dosjeća, usporenoga je misaonog tijeka. Problemi u učenju, pamćenju i dosjećanju mogu biti još naglašeniji i zbog uzimanja psihofarmaka, nedostatka sna, smanjenoga doživljaja samoeфикаsnosti, pada samopouzdanja i samopoštovanja te negativne slike o sebi (5, 6). Ako se učitelj zapita što se to događa s učenikom koji je popustio u učenju, rijetko će posumnjati na to da uzrok mogu biti problemi u području mentalnoga zdravlja.

Istraživanja pokazuju da su često baš učitelji i nastavnici ti koji prvi u školi uoče učenike s problemima u području mentalnoga zdravlja (2). Stručni suradnici psiholozi ili drugi stručni suradnici zaposleni u školi također su često osobe kojima se učenici povjeravaju ili koje uočavaju učenikove probleme u području mentalnoga zdravlja. Mentalne poremećaje djelatnici škole katkad ne uočavaju, a informaciju o teškoćama učenika daju roditelji, a katkad i suučenicima. Roditelji u nekim slučajevima prvi informiraju djelatnike škole o tome da učenik ima dijagnozu mentalnog poremećaja, da uzima psihofarmake i da je uključen u psihoterapiju. Sve te situacije i saznanja zahtijevaju stručne rasprave unutar škole, ali i suradnju s vanjskim institucijama te organizaciju interdisciplinarnih sastanaka, na kojima su često prisutni i roditelji.

Škole su, naglasimo još jednom na kraju ovoga poglavlja, idealno okruženje za uočavanje problema u području mentalnoga zdravlja djece i mladih. Učitelji i nastavnici svakodnevno provode vrijeme s

učenicima, opažaju njihovo ponašanje u različitim situacijama i imaju priliku uočiti promjene u ponašanju i emocijama te školskome uspjehu, koje mogu biti znakovi problema u području mentalnoga zdravlja. Ako problemi ostanu neprepoznati, mogu se pogoršati, a posljedice biti ozbiljnije i mogu ugrožavati život u slučaju depresivnosti. Ako se osvrnemo na dobivene rezultate o uključenosti učitelja i nastavnika u stručnu raspravu o mentalnome zdravlju učenika (u prosjeku preko 40 % njih izjavilo je da nisu nikada ili su samo jednom sudjelovali u toj raspravi u posljednjih mjesec dana), možemo zaključiti da postoji potreba za povećavanjem njihova uključivanja u stručne rasprave kad je riječ o mentalnome zdravlju učenika. Kako bi se to postiglo, nužno je educiranjem učitelja, nastavnika i drugih odgojno-obrazovnih djelatnika o mentalnome zdravlju djece i mladih i unaprjeđivanjem mentalnozdravstvene pismenosti osnažiti ih u tome dijelu njihove profesionalne uloge.

4.3.2. Važnost zaštite mentalnoga zdravlja djece i mladih na razini školske politike i djelovanja unutar škole

U ovome poglavlju opisana je percepcija odgojno-obrazovnih djelatnika o tome smatra li škola u kojoj su zaposleni važnim poduzimati različite postupke podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja te njihovo vlastito mišljenje o važnosti pojedinih postupaka podrške na razini školske politike i unutar škole. U odnosu na dobivene rezultate raspravljeni su mogući važni elementi unaprjeđenja postupaka škole koji mogu doprinijeti pravodobnomu i učinkovitijemu reagiranju na moguće probleme mentalnoga zdravlja djece i mladih u školi, kao što je primjerice razvijanje zasebne školske strategije, odnosno školske politike .

SADRŽAJ POGLAVLJA:

4.3.2.1. Uvod

4.3.2.2. Mišljenje odgojno-obrazovnih djelatnika o tome koliko su školi važni pojedini oblici podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja

4.3.2.3. Mišljenje odgojno-obrazovnih djelatnika o važnosti pojedinih oblika podrške kao dijela dugoročne strategije škole

4.3.2.4. Osvrt na važnost razvoja strategije zaštite mentalnoga zdravlja djece i mladih na razini škole

4.3.2.1. Uvod

U zadnjih deset godina sve je veća svijest o tome koliko važnu ulogu škole mogu imati u promicanju mentalnoga zdravlja te u skrbi i podršci učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja (11).

Učenik koji ima probleme u području mentalnoga zdravlja obično ne može usvajati znanje i pokazivati školski uspjeh u skladu sa svojim sposobnostima. Obrazovna uloga škole izravno je pogođena kad je riječ o mentalnim poremećajima djece i mladih. Odgovornost je škole uočiti probleme i pružiti učeniku i roditeljima podršku te ih usmjeriti na stručnu pomoć. Naime, sve što otežava ili onemogućuje usvajanje znanja i funkcioniranje u školskome okruženju problem je u čijemu otkrivanju i rješavanju škola ima obvezu aktivno sudjelovati. Tradicionalno se smatralo da su psihijatri jedini koji mogu prepoznati simptome mentalnih poremećaja. Međutim, svi odgojno-obrazovni djelatnici koji su svakodnevno u interakciji s učenicima mogu razviti vještine prepoznavanja problema i podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja, a šire i svi drugi odrasli i stručnjaci koji se brinu o zdravlju i dobrobiti školske djece (primjerice liječnici školske medicine, stručnjaci u centrima za socijalnu skrb i dr.).

Neupitno je da škole mogu puno učiniti za mentalno zdravlje učenika i za to imaju i moralnu odgovornost. Brojni su primjeri velike pomoći i podrške učitelja i nastavnika učenicima s mentalnim poremećajima. Zahvaljujući bliskomu odnosu s njima, njihovu razumijevanju, podršci i poticanju učenici su uspješno prevladali svoje teškoće. Čak i male geste i tople riječi učitelja/nastavnika koje su nam povećale samopouzdanje i samopoštovanje pamtimo cijeli život, dok velik dio obrazovnih sadržaja, u čije su prenošenje učitelji/nastavnici uložili veliki trud, vrijeme i energiju, ubrzo zaboravimo. Učitelji i nastavnici imaju mogućnost rano uočiti simptome poremećaja mentalnoga zdravlja i djelovati kao važan dio mreže podrške te spriječiti pogoršanje simptoma. Svakodnevnim kontaktom s učenicima mogu primijetiti promjene u motivaciji i interesu, ocjenama, izgledu, ponašanju i emocijama.

S obzirom na zahtjevnost učiteljske profesije, opsežnost obrazovnih programa i brojna zaduženja učitelja i nastavnika iznimno je važno stvoriti im bolje radne uvjete, osigurati im podršku i pomoć te edukaciju i superviziju u području skrbi o mentalnome zdravlju učenika. Preduvjet je za to da sustav prepozna važnost mentalnoga zdravlja djece i mladih, pismenosti u području mentalnoga zdravlja, prevencije poremećaja mentalnoga zdravlja te podrške učenicima s problemima u tome području. Oklijevanje škola da se aktivno uključe u rješavanje problema u području mentalnoga zdravlja učenika izazvano je različitim čimbenicima: prezaузетошću brojnim zahtjevima povezanim s obrazovnim dijelom svoje profesionalne uloge, podvojenim osjećajima, neizvjesnošću o odgovornosti škole, poricanjem problema i željom da se ne bude manipulirano izbjegavajućim ponašanjima ili suicidalnim izjavama učenika (12). Među odgojno-obrazovnim djelatnicima koji su skloni poricanju ili otporu jedan je od najčešćih neopravdanih strahova da će razgovor o problemu pogoršati problem (13). Kao što mogu djelovati pozitivno, škole mogu i pogoršati problem ako umanjuju ili ignoriraju posljedice učenikovih problema u području mentalnoga zdravlja ili vrše pritisak na učenika te tako povećavaju stres.

Škola, naravno, uz obrazovnu ima i odgojnu ulogu. Iako je socijalizacija važan dio školskoga okruženja i njezin bi izostanak trebao izazivati zabrinutost i reakciju škole i roditelja, ono što se prvo uoči školski je uspjeh. Istraživanje provedeno 2008. godine na uzorku od 1200 ravnatelja iz 27 država pokazuje da 80 % ravnatelja smatra mentalno zdravlje učenika vrlo važnim za akademsko postignuće (14). Kao najveće probleme ravnatelji su naveli vršnjačko nasilje, kontrolu impulsivnoga ponašanja i nošenje s ljutnjom. Što se tiče edukacije, kao prioritete naveli su edukaciju o načinima podrške učenicima koji ima probleme u području mentalnoga zdravlja i njihovoj obitelji, programe i strategije za razvoj emocionalne i socijalne kompetencije učenika, znanje o učinkovitim strategijama promicanja, prevencije i implementacije te o tome kako rano prepoznati probleme u području mentalnoga zdravlja. Svijest o važnosti povezanosti, bliskosti i privrženosti učenika i učitelja/nastavnika dovela je u mnogim školama u svijetu do promjena i poticanja stvaranja ozračja usmjerenoga na unutrašnju potrebu

učenika za pripadanjem i osjećajem sigurnosti. Brojna istraživanja pokazuju da su osjećaj povezanosti sa školom ili osjećaj pripadnosti te podrška i bliski odnos s učiteljem/nastavnikom zaštitni čimbenici za mentalno zdravlje (15, 16).

Depresija i drugi mentalni poremećaji učenika utječu na njihovo ponašanje na nastavi, boravak u školi, izvršavanje obveza, učenje kod kuće, pisanje zadaća i školsko postignuće. Događa se da učenik bude kažnjen niskim ocjenama zbog nečega na što ne može svojevrijedno utjecati jer su bezvoljnost, gubitak zanimanja, otežano koncentriranje, teškoće pamćenja i dosjećanja, umor i usporenost neki od simptoma depresivnosti, koji, kao i nuspojave antidepresiva, utječu na školski uspjeh. Dakle, podrška učeniku u obliku verbalnoga poticanja na redovito učenje, više učenja i vježbanja nažalost nema učinka, samo može povećati njegov osjećaj krivnje, neuklopljenosti i nesposobnosti. Primjerice, prema istraživanju *Youth Risk Behavior Surveillance*¹⁵ iz 2009. godine (17) u Americi se jedan od dva srednjoškolca koji dobivaju niske ocjene osjeća tužno ili beznadno. Tako se osjeća samo jedan od pet učenika koji imaju uglavnom odlične ocjene. Jedan od pet srednjoškolaca koji dobivaju loše ocjene pokušava suicid. Među odličnim učenicima jedan od dvadeset i pet pokušava suicid. Dakle, školski neuspjeh, osobito ako se događa ranije uspješnomu učeniku, može biti signal problema u području mentalnoga zdravlja. Pravodobno uočavanje problema i primjereno reagiranje, tj. pružanje psihološke prve pomoći i podrške može spasiti mlade živote. Svaki znak koji ukazuje na moguću depresivnost ili drugi mentalni poremećaj potrebno je shvatiti ozbiljno. **Manja je pogreška pogrešno zaključiti da je učenik depresivan nego ne pomoći depresivnomu učeniku.**

4.3.2.2. Mišljenje odgojno-obrazovnih djelatnika o tome koliko su školi važni pojedini oblici podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja

U ovome poglavlju prikazani su pokazatelji dobiveni analizom odgovora 2027 sudionika na skupinu pitanja usmjerenih na mišljenje sudionika o tome koliko su pojedini oblici podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja važni školama u kojima su zaposleni.

Kontaktiranje s učenikovom obitelji

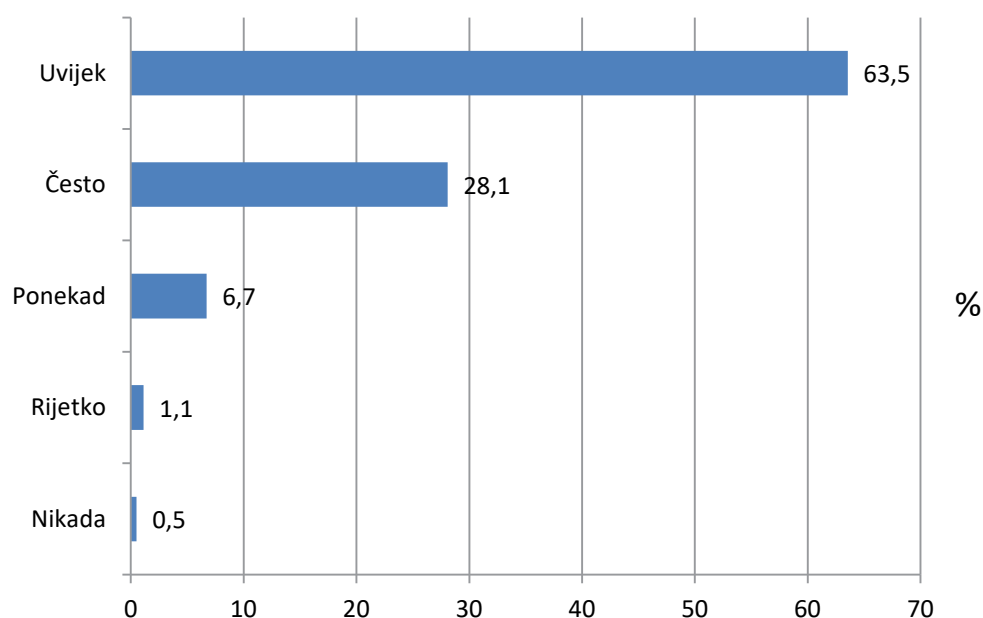
Analiza odgovora na pitanje ***Koliko će često prema Vašem mišljenju Vaša škola smatrati da je važno kontaktirati učenikovu obitelj u slučaju problema učenika u području mentalnog zdravlja?*** (Slika 4.3.5.) pokazuje da većina sudionika istraživanja (1857 sudionika, 91,6 %) smatra da će njihova škola kontaktirati s učenikovom obitelji u slučaju problema u području mentalnoga zdravlja poput onoga opisanog u vinjeti (kategorije odgovora *uvijek* i *često*). Pozitivno je što samo 1,6 % sudionika smatra da

¹⁵ Praćenje rizičnih ponašanja mladih.

škola kao institucija ne smatra važnim kontakt s učenikovom obitelji pri pojavi problema u području mentalnoga zdravlja.

Iako mali broj sudionika misli da njihova škola ne smatra važnim kontaktirati s obitelji učenika, njihov odgovor može pokazivati njihovu neupućenost u postupanje škole u takvim situacijama, stvarne propuste škole, opće nezadovoljstvo funkcioniranjem škole ili neke druge razloge koji su doveli do takvoga stava.

Slika 4.3.5. Učestalost pridavanja važnosti kontaktiranja škole s učenikovom obitelji – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



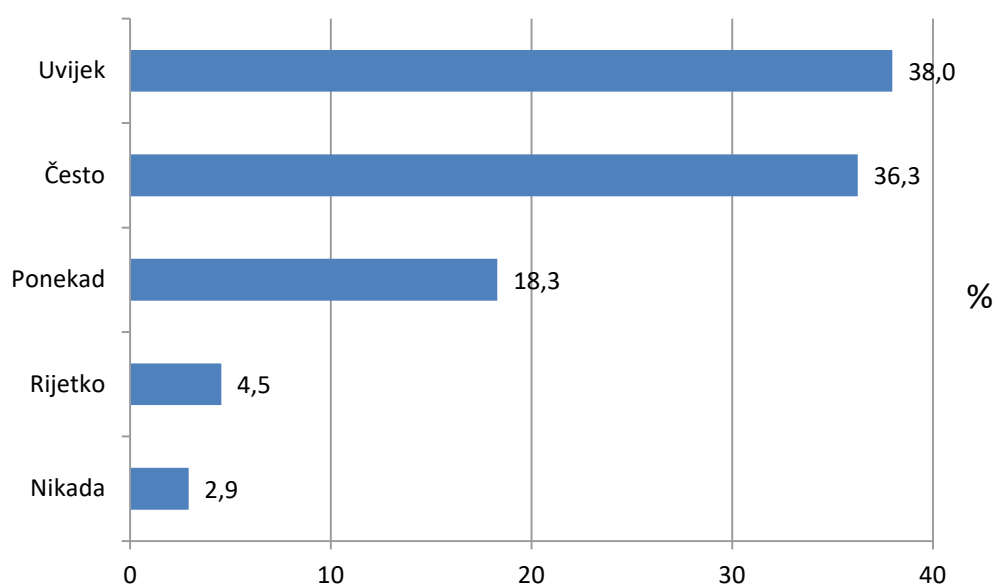
Odnos između roditelja i učitelja/nastavnika te stručnih suradnika potrebno je njegovati i on se smatra ključnim za razvoj škola kao zajednica učenja (18). Roditeljski sastanci i individualni sastanci s roditeljima prilika su za izgradnju povjerenja i partnerskoga odnosa. Mnoge škole razvijaju različite kreativne načine povezivanja roditelja i škole. Što je povjerenje roditelja u školu veće, a veza čvršća, to je veća vjerojatnost da će učitelji/nastavnici uspješno roditeljima prenijeti potrebno. Obavješćavanje roditelja o problemima učenika u području mentalnoga zdravlja iznimno je važno. Škola je dužna kontaktirati s roditeljima i prenijeti im obavijesti o učenikovim problemima. Nakon početnoga obavješćavanja, nužna je kontinuirana obostrana suradnja.

Podsjećanje učenika na školska pravila

Podsjećanje na školska pravila sastavni je dio odgojno-obrazovnog rada učitelja/nastavnika na nastavi i tijekom odmora, tema je na satovima razrednika i individualnim razgovorima učitelja/nastavnika, stručnih suradnika i ravnatelja s učenicima te rasprava na Vijećima učenika. Razrednici su dužni na početku školske godine na satu razrednika upoznati učenike s kućnim redom škole te s odredbama *Pravilnika o kriterijima za izricanje pedagoških mjera*. Učenike je potrebno upoznati i s etičkim kodeksom škole. Mnogi učitelji i nastavnici dogovaraju u suradnji s učenicima i specifična pravila ponašanja u razrednome odjelu, koja pomažu uspostavljanju i održavanju discipline, radnoga ozračja i pozitivnoga razrednog ozračja te smanjenju nepoželjnih ponašanja, a uključuju pozitivna potkrepljenja poželjnih ponašanja i jasno definirane posljedice nepoželjnih ponašanja.

Na pitanje ***Koliko će često prema Vašem mišljenju Vaša škola smatrati da je važno podsjećati sve učenike na školska pravila?*** ukupno 1505 sudionika (74,3 %) izražava mišljenje da njihova škola uvijek ili često smatra važnim podsjećati učenike na školska pravila (Slika 4.3.6.). Mišljenje da škola ne pridaje važnost podsjećanju učenika na školska pravila iznosi 2,9 % odnosno 59 sudionika, a rijetko 4,5 % odnosno 92 sudionika.

Slika 4.3.6. Učestalost pridavanja važnosti podsjećanju učenika na školska pravila od škole – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



Učenici s problemima u području mentalnoga zdravlja mogu biti socijalno izolirani u razrednome odjelu ili mogu biti žrtve vršnjačkoga nasilja te je iznimno važno podsjećati ostale učenike na školska pravila.

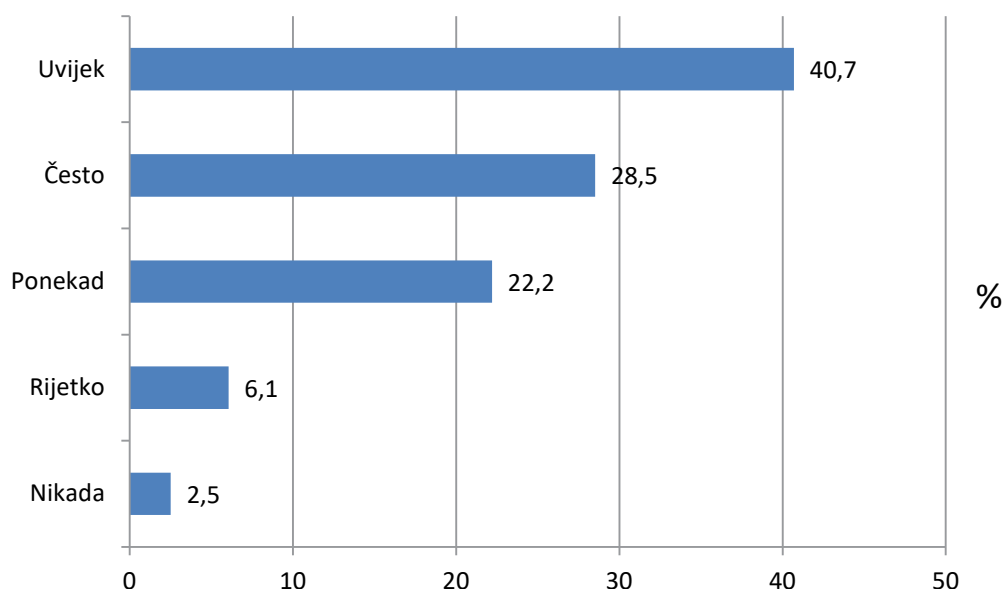
Zbog učenika s problemima katkad je potrebno uvesti dodatna školska pravila koja će poticati bliskost, povezanost i pomaganje u razrednome odjelu.

Ponašanje učenika s problemima u području mentalnoga zdravlja može biti u neskladu sa školskim pravilima, npr. mogu se javiti kašnjenja na sat, izostanci, ometanje nastave, neizvršavanje obveza, neuključivanje u rad i dr. Podsjećanje učenika na školska pravila potrebno je, ali treba imati u vidu s kojim se problemima učenik nosi i jesu li neprimjerena ponašanja posljedica učenikovih problema, npr. depresivnosti ili uzimanja antidepresiva, te može li ih učenik zbog toga teže kontrolirati. Podsjećanje na pravila treba biti praćeno razumijevanjem, pozitivnim pristupom i podrškom.

Razredna vijeća i planiranje podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja

Na pitanje ***Koliko će često prema Vašem mišljenju Vaša škola smatrati da je važno održati razredno vijeće kako bi se isplanirala podrška učeniku?*** (Slika 4.3.7.) ukupno 1403 sudionika (69,2 %) izjavilo je da će njihova škola smatrati važnim uvijek ili često održavati razredno vijeće, ponekad važnim to smatra 450 sudionika (22,2 %), a stav da njihova škola ne smatra ili rijetko smatra važnim planirati podršku učeniku na razrednome vijeću izriče 8,6 % sudionika.

Slika 4.3.7. Učestalost pridavanja važnosti održavanju razrednoga vijeća od škole – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



Nakon uočavanja problema učenika u području mentalnoga zdravlja i obavješćavanja roditelja i stručne službe škole važan je korak održavanje razrednoga vijeća o toj temi. Svi učitelji/nastavnici trebaju biti

upoznati s učenikovim potrebama i upućeni u to na koji im način osigurati podršku. U tome važnu ulogu ima stručni suradnik psiholog kao stručnjak za mentalno zdravlje učenika u školi (ako škola ima psihologa), ali i drugi stručni suradnici (npr. pedagog, socijalni pedagog...), često u suradnji s liječnicima školske medicine, a katkad i s drugim stručnjacima za mentalno zdravlje u zajednici, npr. zavodima za javno zdravstvo.

Razredno vijeće potrebno je organizirati radi planiranja podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja iz više razloga. Jedan je razlog potreba da se osigura da učitelji/nastavnici razumiju probleme učenika i slijede preporuke o pristupu učeniku i načinima podrške. Na razrednome vijeću dogovaraju se i očekivanja od učenika. Ona ovise o stupnju izraženosti problema depresivnih učenika na kognitivnome, emocionalnome, socijalnome, tjelesnome i ponašajnome planu. Osobni stavovi i vjerovanja učitelja/nastavnika o mentalnim poremećajima, mišljenje o učeniku i drugi subjektivni čimbenici ne bi smjeli utjecati na razinu očekivanja od učenika. Nerealna i pretjerana očekivanja učitelja/nastavnika učenike izlažu nepotrebnom stresu koji može pogoršati njihovo mentalno zdravlje. Očekivanja se mogu odnositi na akademsko postignuće, boravak u školi, dolaženje na nastavu na vrijeme, izvršavanje školskih obveza, uključenost u izvannastavne aktivnosti, trajanje i ritam oporavka, sposobnost interakcije i sudjelovanja na nastavi. Očekivanja uvijek trebaju biti vođena onim što je specifično za određenoga učenika u određenome trenutku, a ne onime što je bilo učinkovito za druge učenike, tako da uvijek treba postojati određeni stupanj fleksibilnosti u pristupu.

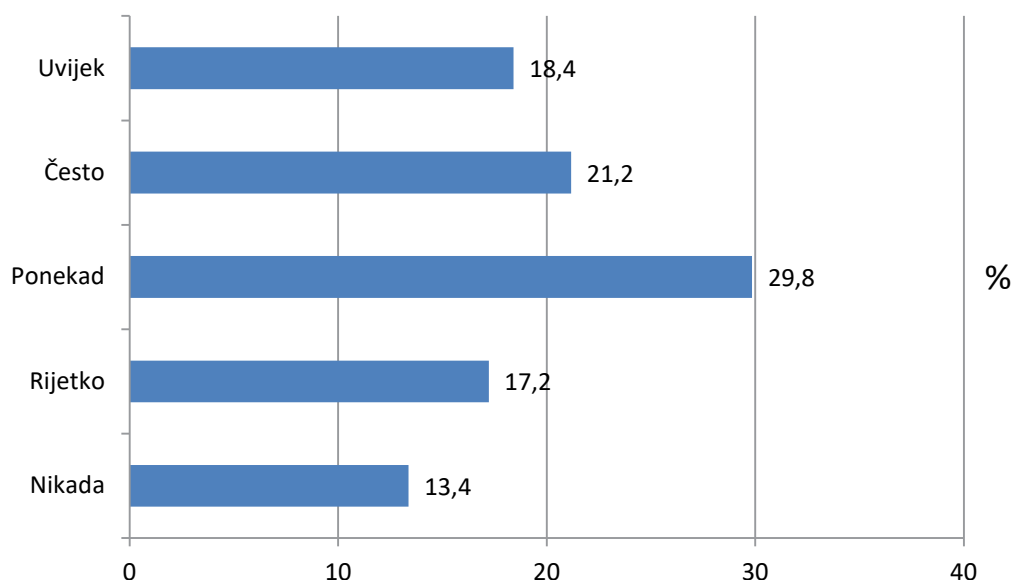
Razredna se vijeća redovito sastaju radi praćenja, praćenja učinkovitosti (evaluacije) i mogućih izmjena plana podrške učeniku.

Važnost donošenja odluke o posljedicama ponašanja

Kako bi se uspješno utjecalo na promjenu nepoželjnoga ili neprimjerenoga ponašanja učenika, potrebno je donijeti odluke o posljedicama ponašanja. Taj pristup razvija odgovornost kod učenika i smanjuje vjerojatnost pojave tih ponašanja u budućnosti. Međutim, kad je riječ o učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja potrebno je biti oprezan u donošenju odluka o posljedicama ponašanja uzimajući u obzir učenikove teškoće. Naime, neka ponašanja posljedica su narušenoga mentalnog zdravlja ili mentalnoga poremećaja i učenik ne može snagom volje utjecati na njihovu promjenu. Odgovori sudionika istraživanja na pitanje misle li da škola smatra važnim donijeti odluku o posljedicama ponašanja učenika (npr. uskraćivanje privilegija, izricanje pedagoških mjera) pokazuju da u školama postoji svijest o tome problemu (Slika 4.3.8.). Donošenje školske odluke o posljedicama ponašanja povezanim s problemima mentalnoga zdravlja učenika važan je, ali i osjetljiv postupak. Ukupno 39,6 % sudionika izjavilo je da će njihova škola uvijek ili često smatrati važnim

donijeti odluku o posljedicama ponašanja, 29,8 % sudionika smatra da će škola ponekad pridati tome važnost, a 30,6 % sudionika smatra da će škola rijetko ili nikada pridati važnost donošenju odluke o posljedicama ponašanja.

Slika 4.3.8. Učestalost pridavanja važnosti u donošenju odluke o posljedicama ponašanja od škole – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)

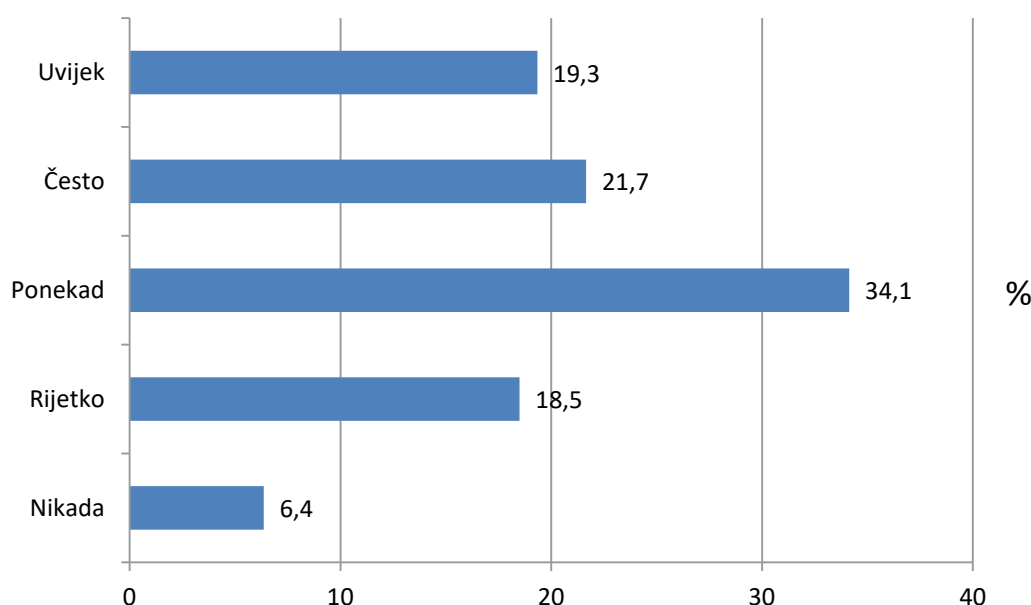


Škole trebaju biti vrlo oprezne pri izricanju pedagoških mjera, osobito pri preseljenju učenika u drugu osnovnu školu ili isključivanju učenika s teškoćama u području mentalnoga zdravlja iz srednje škole. Neki učenici s mentalnim poremećajima izvrše suicid nakon isključivanja iz škole. Ključno je da škola obavijesti roditelje o ponašanju učenika i osigura intervencije u školi i izvan nje. Sukladno članku 5. *Pravilnika o kriterijima za izricanje pedagoških mjera* (19) učitelji/nastavnici, stručni suradnici i ravnatelj dužni su u postupku izricanja mjera voditi računa o psihofizičkoj razvijenosti učenika i osobinama, ranijemu ponašanju, okolnostima koje utječu na njegov razvoj, okolnostima u kojima se neprihvatljivo ponašanje dogodilo te drugim okolnostima. Sukladno članku 6. prije izricanja pedagoške mjere odgojno-obrazovni djelatnici škole dužni su međusobno se konzultirati, kontaktirati s roditeljima učenika, a ako je potrebno, mogu se konzultirati sa školskim liječnikom, centrom za socijalnu skrb ili drugim stručnjacima radi upoznavanja osobina i mogućnosti učenika te uklanjanja uzroka koji sprečavaju ili otežavaju njihov pravilan razvoj kako bi se ublažili rizični i pojačali zaštitni čimbenici u razvoju učenika.

Psihosocijalne intervencije u školi

Psihosocijalne intervencije u školi provode se na različitim razinama: u razrednome odjelu, individualno sa stručnim suradnikom psihologom ili drugim stručnim suradnikom te u malim skupinama. Odgovori sudionika istraživanja na pitanje ***Koliko će često prema Vašem mišljenju Vaša škola smatrati da je važno provesti psihosocijalnu intervenciju u školi?*** (Slika 4.3.9.) pokazuju da 59,0 % sudionika smatra da su škole nedovoljno svjesne (ponekad, rijetko ili nikad) važnosti provođenja psihosocijalne intervencije u školi, dok s druge strane nešto manji broj sudionika (41,0 %) smatra da njihove škole prepoznaju važnost provođenja psihosocijalnih intervencija (kategorije odgovora: uvijek ili često).

Slika 4.3.9. Učestalost pridavanja važnosti provođenju psihosocijalnih intervencija u školi od škole – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



Provođenje psihosocijalnih intervencija u školi iznimno je važno. Na razini razrednoga odjela psihosocijalne intervencije učitelja/nastavnika mogu biti vrlo učinkovite. Dokazano je da intervencije iz područja pozitivne psihologije mogu jako utjecati na dobrobit učenika. Istraživanje učinaka pojedinačnih preventivnih postupaka i intervencija implementiranih u razrednome odjelu te inicijativa na razini cijele škole dalo je obećavajuće rezultate, ne samo kad je riječ o mentalnome zdravlju učenika već i kad je riječ o akademskim ishodima, školskoj klimi i dobrobiti učitelja (20). Uključivanje pristupa pozitivne psihologije u nastavni plan i program, tj. univerzalna primjena na razini škole, daje najbolje rezultate. Tzv. kratke intervencije iz područja pozitivne psihologije moguće je jednostavno uklopiti u rad svakoga učitelja/nastavnika bez ulaganja dodatnoga vremena, novčanih sredstava ili materijala.

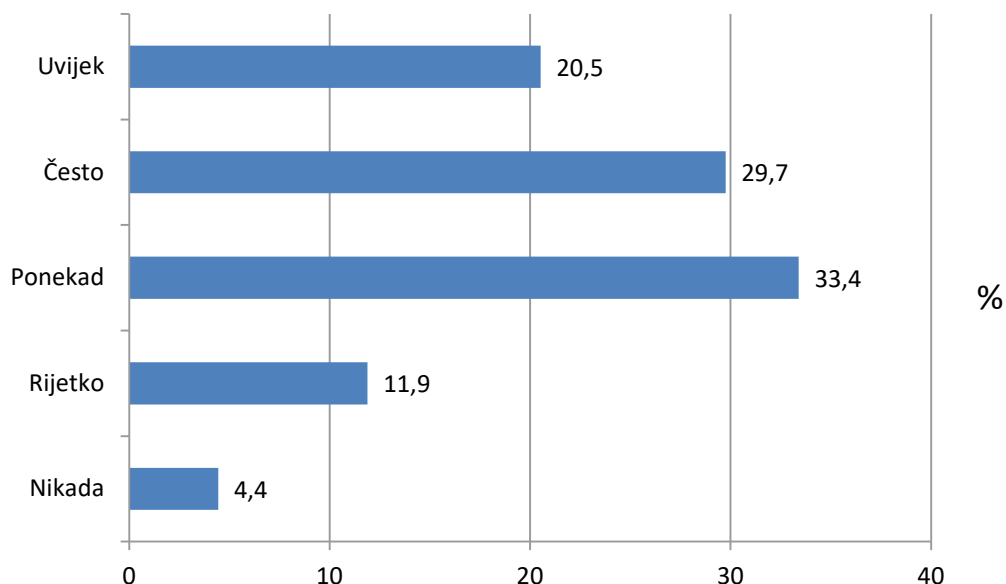
Važnu ulogu u provođenju psihosocijalnih intervencija ima stručni suradnik psiholog. Iako se u školama ne provodi psihoterapija, mnogi školski psiholozi obrazuju se u različitim terapijskim pristupima i koriste se pojedinim tehnikama u svojem individualnom i grupnom savjetodavnom radu s učenicima. Osobito korisnom za depresivne i anksiozne učenike pokazala se kognitivno-bihevioralna terapija. Iako je učenik uključen u psihoterapiju izvan škole, važno je da stručni suradnik psiholog ima redovite kontakte s učenikom, procjenjuje njegovo emocionalno stanje i akademsko funkcioniranje, pruža mu podršku i pomaže u rješavanju problema. Važna je i kontinuirana suradnja s učiteljima/nastavnicima i drugim stručnim suradnicima, praćenje napretka učenika, zajednička evaluacija plana intervencija i izmjene u slučaju potrebe. Rad psihologa ili drugoga stručnog suradnika s malom skupinom učenika može biti vrlo koristan za učenike s problemima u području mentalnoga zdravlja. Ako škola nema zaposlenoga stručnog suradnika psihologa, drugi stručni suradnici (pedagozi, socijalni pedagozi, edukacijski rehabilitatori i dr.) mogu biti važna podrška učeniku, provoditi redovito praćenje i individualne savjetodavne intervencije.

Rasprava i dogovor na razrednim vijećima, konzultacije sa školskim liječnikom i dječjim psihijatrom i/ili psihoterapeutom iznimno su važni za razvoj individualnoga plana intervencije ili utvrđivanja primjerenoga oblika školovanja.

Usmjeravanje učenika na usluge u zajednici

Na pitanje ***Koliko će često prema Vašem mišljenju Vaša škola smatrati da je važno usmjeriti učenika na usluge u zajednici?*** (Slika 4.3.10.) polovica sudionika (50,2 %) smatra da će škola uvijek ili često usmjeriti učenika na usluge u zajednici, 33,4 % sudionika misli da njihova škola to ponekad smatra važnim. Tek 16,4 % sudionika smatra da će njihova škola rijetko ili neće nikada usmjeriti učenika na usluge izvan školskoga okruženja. Dobiveni rezultati očekivani su s obzirom na to da se u ispitivanju zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih (tablica 4.2.21., str. 76) pokazalo da više od polovice sudionika također smatra da su upravo usluge u zajednici korisne (savjetovalište u sklopu školske medicine, savjetovalište za mentalno zdravlje u sklopu zavoda za javno zdravstvo, obiteljski liječnik, neki drugi stručnjak izvan škole...) kad je riječ o pomoći učenicima s problemom poput onoga opisanog u vinjeti.

Slika 4.3.10. Učestalost pridavanja važnosti na usmjeravanje učenika na usluge u zajednici od škole - udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



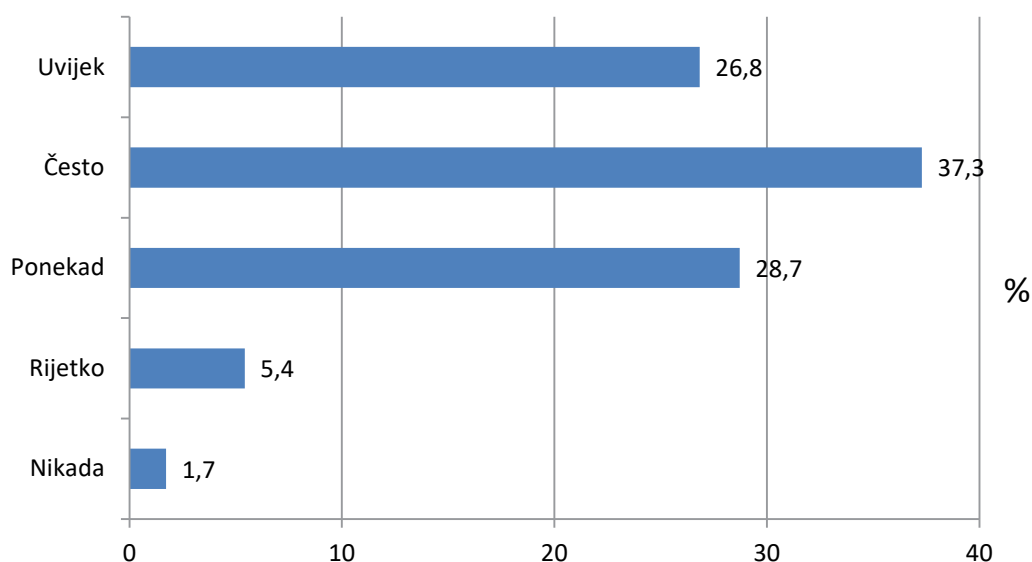
Usmjeravanje učenika s problemima u području mentalnoga zdravlja i njihovih roditelja na usluge u zajednici izuzetno je važno. Brojna istraživanja pokazuju da adolescenti više vole osloniti se sami na sebe, a ne tražiti vanjsku pomoć za rješavanje svojih problema s mentalnim zdravljem. Od 18 do 34 % mladih s visokom razinom simptoma depresivnosti ili anksioznosti traži profesionalnu pomoć (21). Istraživanje provedeno u Njemačkoj na učenicima u dobi od 12 do 17 godina pokazuje da je samo 18,2 % anksioznih učenika i 23 % depresivnih tražilo stručnu pomoć (22). Slični rezultati dobiveni su na uzorcima norveških i australskih učenika (21). Sastavni je dio školskih programa za razvoj zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja obavješćivanje o važnosti traženja stručne pomoći i ishodima pružanja primjerene stručne pomoći.

Ako u školi postoji stručni suradnik psiholog, on može izvršiti prvu procjenu stupnja učenikovih teškoća i odlučiti je li učeniku potrebna stručna pomoć izvan škole, u čemu se dodatno može savjetovati s liječnikom školske medicine ako je potrebno isključiti moguće tjelesne uzroke psihičkoga stanja. Ako škola nema psihologa, drugi stručni suradnik može biti poveznica sa stručnjacima izvan škole (školska medicina, timovi za mentalno zdravlje u zavodima za javno zdravstvo, psiholozi i dječji psihijatri u institucijama za mentalno zdravlje u zajednici). Potrebno je obavijestiti roditelje o potrebi osiguravanja stručne pomoći učeniku izvan škole. Ako roditelji ne surađuju i odbijaju uključiti dijete u usluge u zajednici, a to je nužno za njegovu dobrobit, škola je dužna obavijestiti nadležni centar za socijalnu skrb.

Razgovor s učeničkim vršnjacima u razredu

Na Slici 4.3.11. prikazani su rezultati o tome koliko često škola pridaje važnost razgovoru s učeničkim vršnjacima u razredu. Ukupno 1300 sudionika (64,1 %) misli da njihova škola smatra razgovor učenika unutar razrednoga odjeljenja važnim (kategorije odgovora: uvijek ili često), 37,3 % sudionika smatra da će škola takav razgovor smatrati važnim tek ponekad, dok 7,1 % sudionika misli da je njihovoj školi razgovor s vršnjacima učenika rijetko važan ili nije nikada.

Slika 4.3.11. Učestalost pridavanja važnosti razgovoru s učeničkim vršnjacima u razredu od škole – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



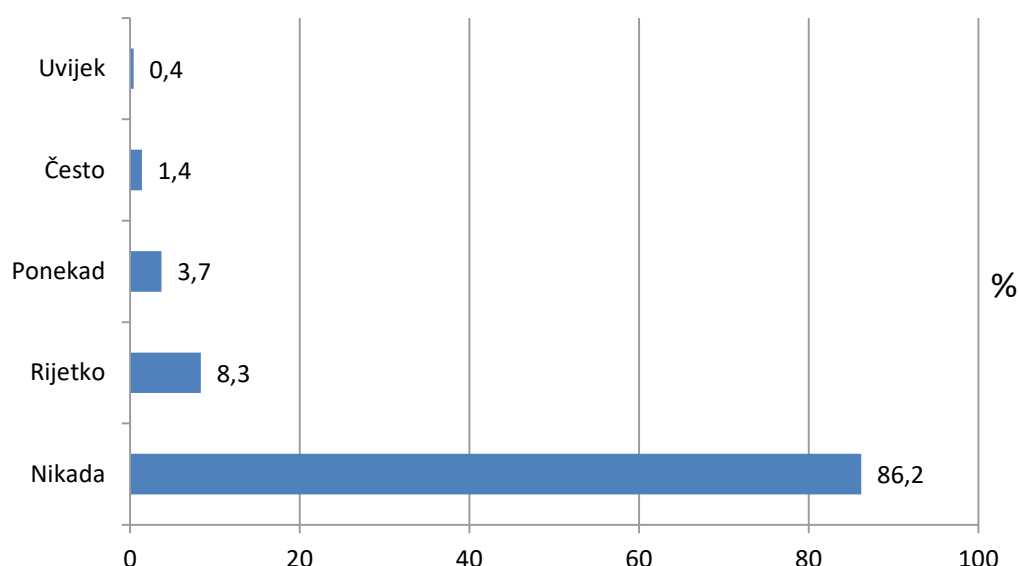
Važno je razgovarati s vršnjacima učenika s problemima u području mentalnoga zdravlja. Prijatelji učenika koji ima probleme u području mentalnoga zdravlja obično žele pomoći i biti mu podrška, ali ne znaju kako pa ih je potrebno poučiti. Potrebno je dogovoriti s učenikom koji ima probleme u području mentalnoga zdravlja što se može reći vršnjacima, raspraviti s njim o tome na koji mu način oni mogu biti podrška i što trebaju izbjegavati činiti/reći jer ga to može uznemiriti. Važno je voditi računa o zaštiti povjerljivih podataka o učeniku. S vršnjacima je potrebno raspraviti o tome gdje i kako oni mogu dobiti podršku, treba osigurati pouzdane načine dobivanja daljnjih informacija o prijateljevu stanju te ih poučiti i savjetovati o zdravim načinima nošenja s neugodnim emocijama koje mogu osjećati zbog njegovih teškoća. Uloga vršnjaka ograničena je na prepoznavanje problema u području mentalnoga zdravlja kod drugih učenika, obavješćivanje odgojno-obrazovnih djelatnika o rizičnim ponašanjima učenika ili suicidalnim izjavama i planovima te pružanje podrške prijatelju, a ne savjetovanje. Poželjno

je savjetovati se sa stručnim suradnikom psihologom ili nekim drugim stručnjakom unutar i izvan škole o tome kako informirati vršnjake i pružati im podršku.

Nereagiranje škole na probleme mentalnoga zdravlja

Na pitanje ***Koliko će često prema Vašem mišljenju Vaša škola smatrati da ne treba poduzeti ništa?*** (Slika 4.3.12.) većina sudionika, ukupno 1747 (86,2 %) izjavila je da njihova škola nikada ne bi ne reagirala ako učenik ima probleme u području mentalnoga zdravlja poput onoga opisanog u vinjeti. Svega mali udio sudionika, njih 1,8 % (36 sudionika) misli da škola u kojoj radi uvijek ili često ne poduzima ništa.

Slika 4.3.12. Učestalost nereagiranja škole kad je riječ o problemima mentalnoga zdravlja učenika - udio (%) pojedinih odgovora (N = 2027)



Dobiveni rezultati pokazuju da velika većina sudionika istraživanja smatra da su njihove škole svjesne potrebe za reagiranjem ako učenik ima probleme u području mentalnoga zdravlja. Sudionici istraživanja imali su priliku napisati i što smatraju da bi njihova škola poduzela, a nije ponuđeno u pitanjima. Najčešće se spominje obavješćavanje centra za socijalnu skrb, kontaktiranje s liječnikom školske medicine, traženje savjeta stručnih suradnika iz drugih škola, briga da škola ima potpun kvalitetni stručni tim na raspolaganju učenicima puno radno vrijeme, uključivanje u izvannastavne aktivnosti, izobrazba učitelja, radionice za učenike, održavanje predavanja za roditelje i učenike.

4.3.2.3. Mišljenje odgojno-obrazovnih djelatnika o važnosti pojedinih oblika podrške kao dijela dugoročne školske strategije u području zaštite mentalnoga zdravlja učenika

Razvijanje i implementacija praktičnih, relevantnih i učinkovitih strategija zaštite mentalnoga zdravlja učenika na razini politike škola i djelovanja unutar školskog okruženja koje promiču sigurno i stabilno okruženje može spriječiti probleme u području mentalnoga zdravlja ili dovesti do pravodobne intervencije unutar i izvan školskoga okruženja. Analizirani su odgovori sudionika na pitanje do koje se mjere slažu da su za pružanje podrške u učenju, mentalnome zdravlju i dobrobiti učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja poput onih koje ima učenik u vinjeti važni pojedini elementi dugoročne strategije:

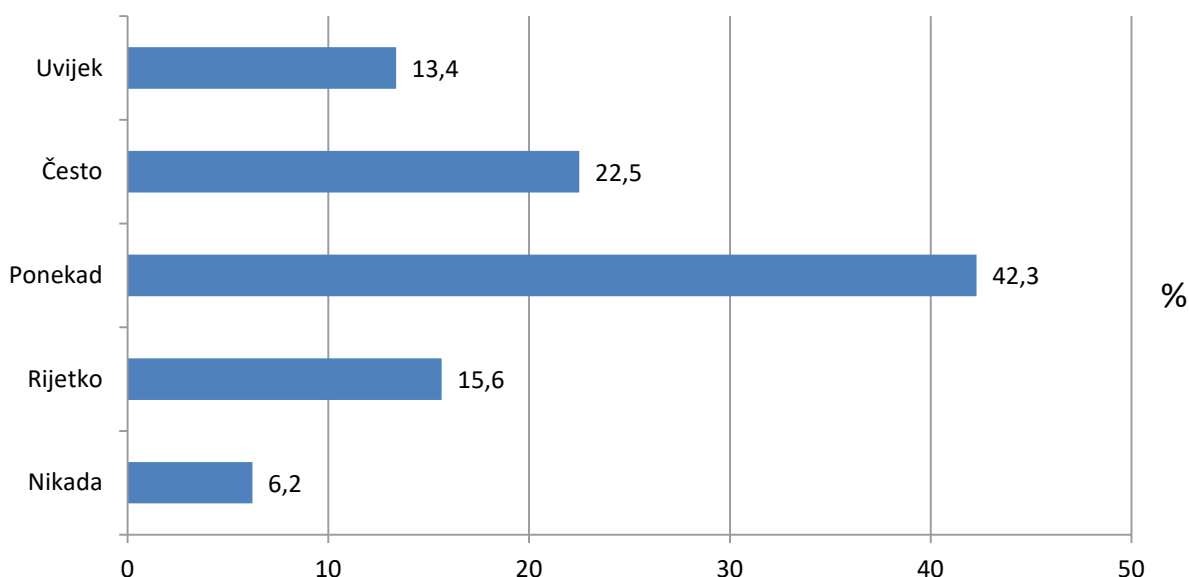
1. izmjene u nastavnome planu i programu
2. prilagodba školskih pravilnika za djecu s teškoćama u području mentalnoga zdravlja
3. plansko uspostavljanje suradnje s obitelji/roditeljima
4. uspostava vanjske podrške učeniku i obitelji
5. unapređenje odnosa unutar škole (npr. učitelj – učenik, učenik – učenik)
6. razgovor s njegovim/njezinim vršnjacima u razredu
7. neke druge strategije.

Izmjene u nastavnome planu i programu ili prakse u nastavi

Ne postoje opće preporuke povezane s izmjenom nastavnoga plana i programa ili prakse u nastavi, već je potreban individualni pristup u donošenju takvih odluka ovisno o specifičnim problemima i potrebama učenika. Tako će za neke učenike biti dovoljna samo emocionalna podrška, za neke individualizirani pristup, a za učenike koji imaju veće probleme u području mentalnoga zdravlja koji izrazito otežavaju usvajanje obrazovnih sadržaja ili za učenike koji imaju višestruke probleme (npr. sniženo intelektualno funkcioniranje i depresivnost, poremećaj iz spektra autizma i depresivnost) može biti primjereno školovanje po redovnome programu uz prilagodbu sadržaja i individualizaciju postupaka. Za neke učenike preporuča se potpora pomoćnika u nastavi (23).

Rezultati istraživanja (Slika 4.3.13.) pokazuju da najveći broj sudionika (42,3 %) smatra da je ponekad potrebno napraviti izmjene u nastavnome planu i programu ili promijeniti praksu u nastavi, usto još 35,9 % njih smatra da je to potrebno učiniti uvijek ili često. 21,8 % sudionika misli da je u takvim situacijama izmjene nastavnoga plana i programa nepotrebno činiti ili rijetko potrebno učiniti.

Slika 4.3.13. Procjena važnosti izmjene u nastavnome planu i programu ili prakse u nastavi kao dugoročne školske strategije u pružanju podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



Raspodjela rezultata sudionika ukazuje na svijest o visoko individualiziranim potrebama učenika s problemima u području mentalnoga zdravlja s obzirom na to da je riječ o vrlo heterogenoj skupini. S obzirom na to da u pitanju nisu naznačene konkretne izmjene u nastavnome planu i programu ili praksi u nastavi, nije poznato na kakve su točno izmjene sudionici mislili pri davanju odgovora. Koristilo bi dodatnom analizom ili u nastavku istraživanja provjeriti o kojim je konkretnim iskustvima iz prakse riječ.

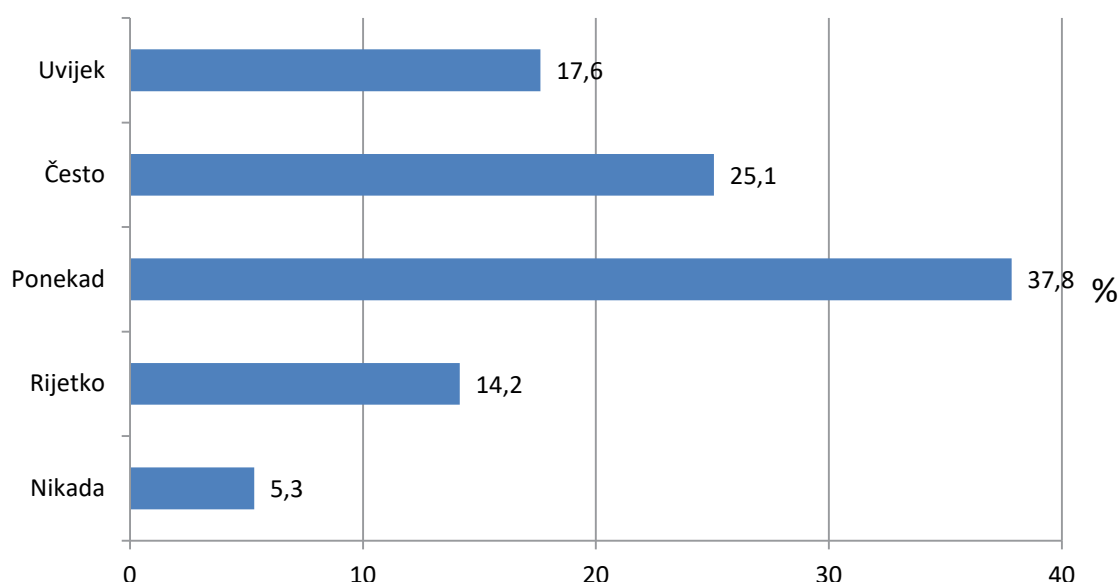
Učenici s problemima u području mentalnoga zdravlja pripadaju prema *Pravilniku o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju* (23) kategoriji učenika s teškoćama u razvoju koja je imenovana kao *Poremećaji u ponašanju i oštećenja mentalnog zdravlja* (skupina 6, Orijentacijska lista vrsta teškoća, čl. 2, st. 4). Prema tome pravilniku učenici s problemima u području mentalnoga zdravlja imaju pravo na primjerene programe školovanja, što uključuje sljedeće primjerene programe odgoja i obrazovanja: redoviti program uz individualizirane postupke, redoviti program uz prilagodbu sadržaja i individualizirane postupke, posebni program uz individualizirane postupke, posebni program za stjecanje kompetencija u aktivnostima svakodnevnoga života i rada uz individualizirane postupke. Najčešće je riječ o pravu na redoviti program uz individualizirane postupke. Međutim, i učenici sa sniženim intelektualnim funkcioniranjem koji se školuju po redovnome programu uz prilagodbu sadržaja ili po posebnome programu te učenici s drugim dijagnozama također mogu

razviti depresivnost ili druge teškoće i mentalne poremećaje te u tome slučaju njihove primarne teškoće mogu biti još naglašenije zbog utjecaja depresivnosti na kognitivno funkcioniranje i ponašanje. Primjenu individualiziranih postupaka treba započeti odmah, a ne čekati službeno rješenje. Također, ako je riječ o prolaznim teškoćama, škola će odlučiti je li potrebno pokretanje postupka promjene oblika školovanja ili će se pristup individualizirati kraće vrijeme. Ako je potrebno, učeniku je moguće organizirati nastavu kod kuće ili u bolnici te provoditi nastavu na daljinu, sukladno navedenom pravilniku. Nakon povratka iz bolnice ili prekida nastave u kući potrebno je razviti plan podrške učeniku.

Prilagodba školskih pravilnika za djecu s problemima u području mentalnoga zdravlja

Na Slici 4.3.14. prikazani su odgovori o procjeni važnosti prilagodbe školskih pravilnika kao dugoročne strategije škole u pružanju podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja. Odgovori sudionika ukazuju na potrebu prilagodbe i razvoja školskih pravilnika za učenike koji imaju probleme u području mentalnoga zdravlja. Naime, čak 80,5 % sudionika smatra da ih je ponekad, uvijek ili često potrebno prilagoditi, dok je udio sudionika koji smatraju da to rijetko treba učiniti ili nikada ne treba činiti 19,5 %.

Slika 4.3.14. Procjena važnosti prilagodbe školskih pravilnika kao dugoročne školske strategije u pružanju podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)

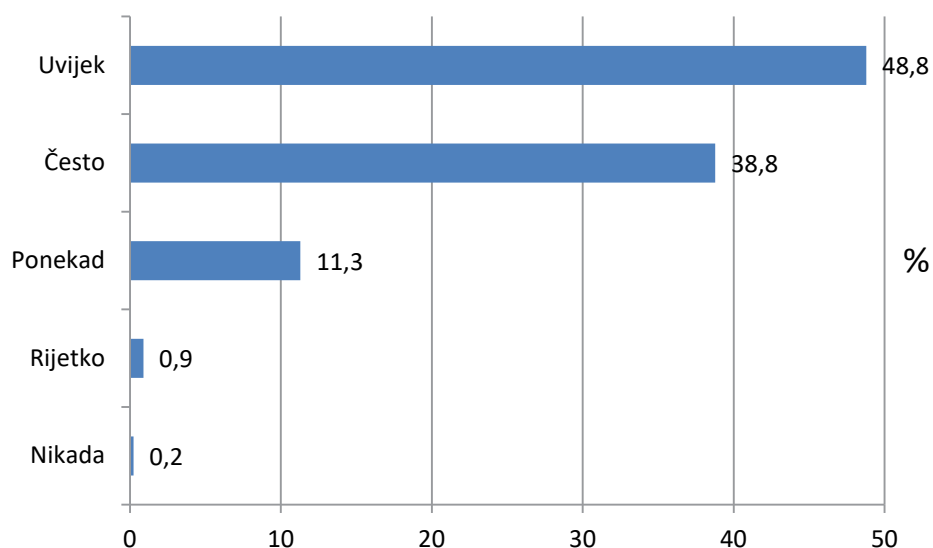


Plansko uspostavljanje suradnje s obitelji/roditeljima

Kvalitetna suradnja između roditelja i škole podrazumijeva međusobno povjerenje i partnerski odnos te je nužna za napredak učenika u obrazovnome, emocionalnome i socijalnome funkcioniranju te postizanju pozitivnih promjena u ponašanju i motivaciji. Ako učenik ima probleme u području mentalnoga zdravlja, suradnja roditelja i škole još je važnija. Ona uključuje redovito obostrano informiranje, savjetovanje, zajedničko planiranje i dogovaranje strategija pomoći djetetu, preventivnih postupaka i intervencija te druge oblike podrške roditeljima i praćenje napretka u obiteljskome i školskome okruženju. Upravo zbog važnosti kvalitetne suradnje s roditeljima kad je riječ o mentalnome zdravlju djece i mladih, ključna je uloga škole u preuzimanju odgovornosti za planiranje sustavne suradnje s roditeljima.

Na Slici 4.3.15. prikazani rezultati pokazuju da 87,6 % sudionika smatra plansko uspostavljanje odnosa suradnje s učenikovim roditeljima ili skrbnicima uvijek ili često važnim. To pokazuje razvijenu svijest većine sudionika o potrebi suradnje s roditeljima u području zaštite mentalnoga zdravlja djece i mladih. Planiranje sustavne suradnje s roditeljima važan je dio politike škole. Planiranje treba biti timsko, uz djelatnike škole često je korisno uključiti i vanjske stručnjake ili službe koje rade s učenikom i njegovom obitelji. Pokazalo se učinkovitim imenovati jednu osobu koordinatorom koji će dogovarati sastanke, pratiti ostvarenje dogovora te koordinirati timsku podršku i suradnju s roditeljima. Samo 23 sudionika (1,1 %) smatra da to nikada nije potrebno ili da je rijetko potrebno.

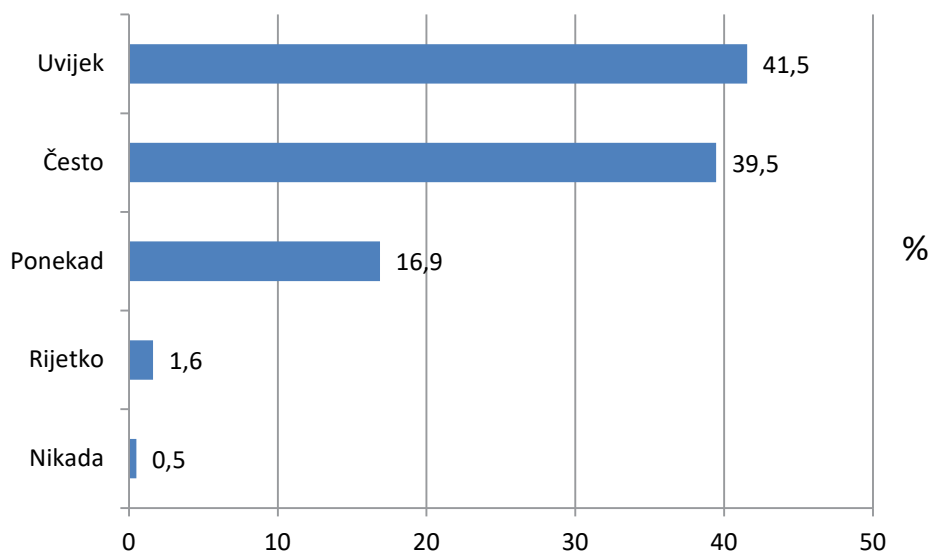
Slika 4.3.15. Procjena važnosti uspostavljanja planskoga odnosa suradnje s obitelji/roditeljima kao dugoročne školske strategije u pružanju podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



Uspostavljanje vanjske podrške učeniku i obitelji

Rezultati o važnosti uspostave vanjske podrške djetetu (Slika 4.3.16.) pokazuju da većina sudionika (njih 81,0 %) smatra uvijek ili često važnim uspostaviti vanjsku podršku učeniku i njegovoj obitelji. To upućuje na razumijevanje potrebe pružanja stručne podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja i izvan školskoga okruženja, ali i doživljavanja škole kao važne poveznice između učenika i stručnjaka te usluga u zajednici (škola je ta koja često ima podatke o tome što se pruža u zajednici što učeniku možda može dodatno pomoći i stoga može pomoći i podržati dijete i njegovu obitelj). 33 sudionika (1,6 %) smatra da je to rijetko potrebno, a samo 10 sudionika (0,5 %) smatra da to nije nikada potrebno.

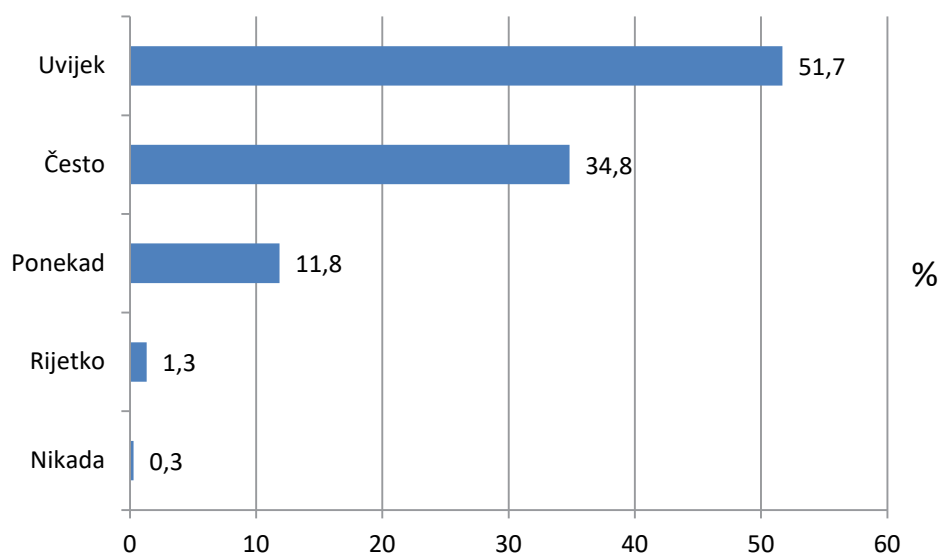
Slika 4.3.16. Procjena važnosti uspostave vanjske podrške djetetu i obitelji kao dugoročne školske strategije u pružanju podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



Unapređenje odnosa unutar škole

Rezultati ovoga istraživanja (Slika 4.3.17.) naglašavaju važnost unaprjeđenja međusobnih odnosa unutar škole (ti odnosi podrazumijevaju odnose učenik – učenik i učenik – učitelj/nastavnik). Tako 86,5 % sudionika smatra da je unapređenje odnosa uvijek ili često važno, što dovodi do kvalitetnijih odnosa u školi za dobrobit učenika. Manji udio sudionika (11,8 %) smatra da samo ponekad treba poboljšavati odnose. Pozitivno je to što samo 1,6 % sudionika smatra da je samo rijetko potrebno unaprjeđivati odnose unutar škole ili da to nikad nije potrebno.

Slika 4.3.17. Procjena važnosti unaprijeđenja odnosa unutar škole kao dugoročne školske strategije u pružanju podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



U području zaštite mentalnoga zdravlja djece i mladih svijest o važnosti unaprijeđenja odnosa unutar škole razvijena je kod većine odgojno-obrazovnih djelatnika. Aktivni i kontinuirani rad na odnosima jedno je od obilježja kvalitetnih škola usmjerenih na dobrobit učenika. Bezinović (24) navodi da većina škola uključenih u projekt *Samovrednovanje u osnovnim školama* ističe da su dobra komunikacija između učenika i odgojno-obrazovnih djelatnika, odnos povjerenja i pomoći te empatija učitelja pokazatelji situacijske podrške učenicima na individualnoj razini, sukladno trenutnim potrebama. Svakoj je školi važno promišljati kako postići da postane mjesto zadovoljnih učenika i odgojno-obrazovnih djelatnika, mjesto zabave, bliskosti, podrške. **Važnu ulogu u procesu sustavnoga rada na unapređenju odnosa u školi ima ravnatelj kao osoba odgovorna za rad škole.**

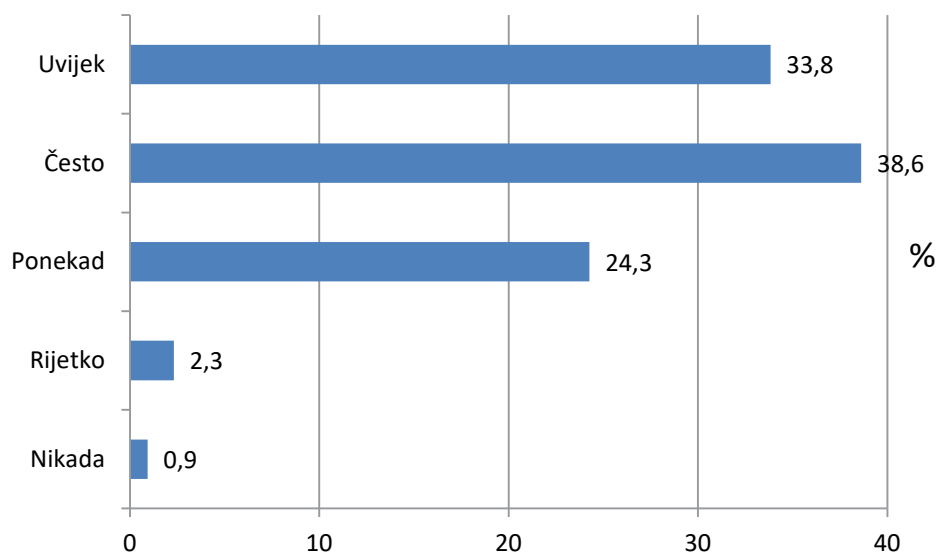
Razgovor s učenikovim vršnjacima u razredu

Na Slici 4.3.18. prikazani su rezultati o procjeni važnosti razgovora s učenikovim vršnjacima kao jednoga od oblika podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja. Ukupno 72,4 % sudionika smatra da je razgovarati s vršnjacima učenika s problemima u području mentalnoga zdravlja uvijek ili često važno. To pokazuje razvijenu svijest većine odgojno-obrazovnih djelatnika o važnosti razgovora s vršnjacima, što je u skladu s prethodnim doživljajem da i njihove škole tome pridaju važnost. U razgovoru s učenicima važno je voditi računa o povjerljivosti, a to je pitanje važan dio školske strategije o postupanju ako postoje problemi u području mentalnoga zdravlja. S učenicima je osim razgovora važno provoditi preventivne aktivnosti usmjerene na zdravstvenu pismenost u području mentalnoga

zdravlja i na prihvaćanje različitosti, razvoj tolerancije, empatije, nenasilnu komunikaciju te je važno organizirati grupe vršnjačke podrške. Pozitivno je što samo 3,2 % sudionika smatra da je nepotrebno ili da je rijetko potrebno razgovarati s učenikovim vršnjacima.

Dobiveni rezultati sukladni su procjenama sudionika o korisnosti poticanja prijatelja na to da učenika s problemom poput onoga opisanog u vinjeti razvesele (Tablica 4.2.18., poglavlje o pokazateljima znanja i vjerovanja o različitim oblicima pružanja pomoći, str.69), 64,6 % sudionika taj način pružanja pomoći smatra korisnim.

Slika 4.3.18. Procjena važnosti razgovora s učenikovim vršnjacima u razredu kao dugoročne školske strategije u pružanju podrške učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja – udio sudionika (%) u pojedinim kategorijama odgovora (N = 2027)



Sudionici istraživanja davali su prijedloge dodatnih strategija važnih za pružanje podrške učenicima s problemima mentalnoga zdravlja opisanim u vinjetama. Prijedlozi koji se najčešće navode su sljedeći:

- *zaposliti psihologe*
- *više stručnih suradnika u školama*
- *educirati nastavnike o radu s učenicima s mentalnim poteškoćama*
- *prevencija, radionice za učenike*
- *suradnja između razrednika, roditelja i stručne službe škole*
- *bolja povezanost stručne službe u školi s drugim institucijama koje se brinu o djeci*

- *dobar odnos s učiteljem, empatija, razgovor*
- *sustav podrške na razini škole – jasni protokoli i pravila, praćenje i evaluacija.*
- *uključivanje učenika u školska događanja, razvijanje osjećaja kod učenika da je svaki od njih sposoban za nešto, da je koristan za zajednicu i da mu zajednica (škola) stoji na raspolaganju za pomoć i za razvijanje vlastitih sposobnosti i kompetencija*
- *individualizirani pristup, više fleksibilnosti*
- *uključivanje u izvannastavne aktivnosti*
- *prijateljsko ozračje u cijeloj školi, empatija, briga za svakog učenika...*
- *suradnja svih djelatnika koji rade u školi da budu upoznati s problemom te da se dogovori zajednička strategija u pristupu učeniku*
- *grupe podrške u školi*
- *jasno razrađen protokol u školi, po kojem se nastavnici znati što mogu, što smiju i što moraju odmah poduzeti kad uoče kod učenika neke promjene u ponašanju.*

Te poruke pokazuju potrebu odgojno-obrazovnih djelatnika za izgrađivanjem školskih strategija koje promiču mentalno zdravlje, suradnju, empatiju, osjećaj vlastite vrijednosti i uključuju jasno razrađene protokole postupanja unutar škole.

Izdvojili smo za ovu priliku i neke od prema našoj procjeni važnih **izjava sudionika**, koje svakako traže zasebnu kvalitativnu analizu i prezentaciju u budućnosti, posebno kad je riječ o vjerovanjima odgojno-obrazovnih djelatnika o problemima mentalnoga zdravlja učenika, odnosno utvrđivanju eventualno iskrivljenih vjerovanja i zabluda u tome području:

- *Dijete s mentalnim teškoćama nije u stanju provjeravati svoje znanje u skladu s vremenikom i tu treba postići dogovor s predmetnim nastavnicima. Isto tako, bitno je ostalim učenicima u razredu objasniti kako privilegije koje oboljeli učenik ima nisu bezrazložne, nego vid pomoći, kako bi se njihovu kolegi ili kolegici olakšalo bar u školi. Kultura je škole razvijanje tolerancije i senzibilnosti za takve učenike.*
- *Educiranje nastavnika o mentalnom zdravlju uopće, o specifičnim mentalnim poremećajima, komunikacijskim vještinama. Općenito intenzivan i kontinuiran rad na razumijevanju i destigmatizaciji osoba s mentalnim bolestima kako s nastavnicima, tako i s djecom i roditeljima, ali i ravnateljima koji su ključna podrška str. suradniku u radu i često o njihovu*

razumijevanju problema zna ovisiti općenita klima razumijevanja u zbornicama za djecu poput Ivana i općenito djecu s narušenim mentalnim zdravljem.

- *Ne isticati njihove probleme javno.*
- *Zabluda, neće strategije ništa promijeniti, treba u školi imati psihologa, svakako, koji ima daljnju mrežu pomoći. No, to su posljedice, a ne uzroci. Treba mijenjati svijet po mjeri čovjeka, treba mijenjati društvo. Pitati se: Zašto smo nesretni?*
- *Nema pravila, samo bezrezervna spremnost na dugotrajnu pomoć, na uspone i padove.*
- *Zbog velikog broja učenika u razrednim odjeljenjima teško, a ponekad i kasno uočavamo probleme!!!*
- *Promjene u zakonima koji reguliraju odnose u obitelji i reguliraju obrazovanje s većim naglaskom na obveze roditelja i odgovornosti i obveze roditelja, ali i učenika. Uvođenje obaveznih tečajeva za odgovorno roditeljstvo. Uvođenje obrazovnih i odgojnih sadržaja koji se tiču roditeljstva u srednje škole. Zapošljavanje kompletnih stručnih službi, tj. svih stručnih suradnika u škole bez obzira na broj djece u školi, čak i medicinskog osoblja. Sankcije i kazne za neodgovorne roditelje. Obveza pohađanja predavanja o roditeljstvu za roditelje tijekom djetetova odrastanja u vrtiću, školi i ostalim ustanovama. Financiranje centara koji bi se bavili takovim problemima u lokalnoj zajednici.*
- *Svi učenici imaju teškoće samo ih na različite načine manifestiraju ili ne manifestiraju. Npr., strah od testa i ispitivanja prisutan je i kod učenika koji su više nego odlični. Zašto se to radi? Uči se za ocjenu, ne za znanje i osobno zadovoljstvo i želju za napretkom.*
- *Neki nastavnici i ne pozdravljaju svoje učenike kada uđu razred. Moglo bi se započeti s edukacijom nastavnika te ih naučiti da TREBAJU POZDRAVLJATI UČENIKE KADA ULAZE U RAZRED JER NE ULAZE MEĐU STOLICE!!!!!! ULAZE MEĐU LJUDE! Nekim nastavnicima ni to nije jasno.*
- *Sposoban, profesionalan i spreman ravnatelj za prihvaćanje i nošenje s tim problemima, dobra suradnja i profesionalan odnos cijele pedagoške službe škole i spremnost svih da se zajedno prihvate rješavanje problema, a ne sve svaliti na leđa učitelja i smatrati ga nesposobnim da ne zna sam riješiti problem. Cijelo stanje u našoj državi nije takvo, podcjenjuje profesionalnost učitelja/profesora, kada se i nađe netko kome je stalo, svi su spremni okrenuti se protiv njega jer previše privlači pažnju na sebe i stvara probleme rješavajući probleme. S druge strane ljudi, učitelji, pitaju se čemu kada svi smatraju da znaju bolje od nas i svi si uzimaju pravo da nas*

kritiziraju ili zašto da je meni stalo, a drugima ne za istu plaću i još ću biti pod stresom jer i to utječe na naše zdravlje.

- *Pomoći učenicima da se izražava u područjima u kojima učenici pokazuju zanimanje, a smanjiti pritisak i izlaganje neuspjehu u područjima koja joj ne idu.*
- *Promjena nastavnih metoda u radu s učenicima. Veća satnica predmeta u kojima se razvijaju kreativne i fizičke sposobnosti učenika. Mogućnost odabira obrazovnih predmeta (i nepohađanje istih u višim razredima). Kvalitetnija procjena sposobnosti učenika nevezana uz nastavno gradivo.*
- *Inkluzija je najvažnija! Razred je najbolja pomoć i „lijek“. Razrednik može učiniti čuda!*

4.3.2.4. Školska strategija i zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja

S obzirom na to da se u ovome poglavlju osvrćemo na odgovore sudionika na pitanja koja su usko povezana s temom strategija samih škola, odnosno strategija koje razvijaju same škole za svoje pojedinačno iskustvo i okruženje, odlučili smo zasebno se na tu temu šire osvrnuti.

Školska strategija plan je koji se sastoji od više dijelova koji obuhvaćaju postupke i protokole za prevenciju, intervenciju i praćenje. Ona definira aktivnosti usmjerene na učitelje/nastavnike, učenike i roditelje: educiranje o mentalnome zdravlju, prevenciju razvoja poremećaja mentalnoga zdravlja, prepoznavanje simptoma mentalnih poremećaja te hodogram postupanja i praćenja. To ima višestruku svrhu: smanjiti strah, anksioznost, stres i paniku odgojno-obrazovnih djelatnika ako postoje izraženi problemi u području mentalnoga zdravlja učenika izradom jednostavnoga shematskog protokola koji će dati jasne upute o tome tko, kad i kako treba postupiti, što je čija uloga i odgovornost. Strategija može uključivati i načine praćenja i evaluacije. Jedna je od prednosti pisane strategije jasno navođenje odgovornosti škole i odgovornosti odgojno-obrazovnih djelatnika koji rade u školi. Razumijevanje, suglasnost i podrška ravnatelja za izradu i implementaciju strategije važan je čimbenik uspjeha orijentacije škole na mentalno zdravlje učenika.

Najbolja je školska politika ona koja aktivno uključuje one za koje je osmišljena, dakle učenike, da bi ih podržavala i štitila. Može ih se uključiti na Vijeću učenika, u fokusne grupe ili primjene anonimnog upitnika te na druge načine, da bi se razumjelo njihova iskustva i mišljenja o tome je li i u kojoj mjeri škola u stanju osigurati sigurno, stabilno i podržavajuće okruženje za sve učenike te za učenike s problemima mentalnoga zdravlja. U razvoju učinkovite strategije mogu pomoći i iskustva roditelja, osobito onih čija djeca imaju teškoće u području mentalnoga zdravlja, ali i liječnici školske medicine koji su neodjeljivi dio širega školskog okruženja i podrška školama u njihovim nastojanjima da očuvaju

zdravlje školske djece i mladih. Važno je da strategija bude jednostavno pisana, u koracima, s navedenim odgovornim osobama za pojedine korake. Potrebno je razmisliti na koji će se način strategija podijeliti s kolegama, učenicima i roditeljima te je li potrebna dodatna edukacija o njezinoj implementaciji.

Preporučene su aktivnosti:

- predstaviti strategiju na učiteljskome/nastavničkom vijeću i ostaviti dovoljno vremena za pitanja i raspravu
- pripremiti primjerak strategije za sve odgojno-obrazovne djelatnike
- objaviti strategiju na mrežnoj stranici škole
- upoznati učenike sa strategijom na satu razrednika
- upoznati roditelje sa strategijom na roditeljskim sastancima
- upoznati nove odgojno-obrazovne djelatnike sa strategijom.

Jedan je od najvažnijih elemenata strategije edukacija odgojno-obrazovnih djelatnika (primarno učitelja i nastavnika) koja uključuje usvajanje znanja o problemima mentalnoga zdravlja djece i mladih te načina reagiranja, tj. pružanja emocionalne podrške. **Odgojno-obrazovni djelatnici educiraju se o tome što učiniti i komu uputiti učenika.**

Važno je da su učitelji i nastavnici senzibilizirani na probleme mentalnoga zdravlja i na mentalne poremećaje, da razumiju izazove i stresove s kojima se mladi suočavaju te koliki je njihov utjecaj na učenike. Također je važno da uvažavanjem, poštovanjem i razvojem privrženosti s učenicima mogu uvelike doprinijeti njihovom mentalnom zdravlju. Problemi s mentalnim zdravljem mogu dugo potrajati i imati velik utjecaj na učenikovo funkcioniranje u školi. Važno je edukacijom osigurati da svi odgojno-obrazovni djelatnici budu realistični u svojim očekivanjima od učenika koji imaju probleme s mentalnim zdravljem.

Ciljevi su edukacije učitelja/nastavnika sljedeći:

- stjecanje znanja o simptomima mentalnih bolesti radi prepoznavanja učenika s problemima
- eliminacija predrasuda o mentalnim bolestima i suicidu
- poboljšanje komunikacije s učenicima i razvoj bliskosti

- pojašnjenje školske procedure reagiranja u slučaju uočavanja mentalnih poremećaja, samoozljeđivanja ili suicidalnih misli, planova i ponašanja
- osnaživanje odgojno-obrazovnih djelatnika tako da mogu pružiti psihološku prvu pomoć
- razvijanje kvalitetne komunikacije s roditeljima i partnerski odnos s njima
- pojašnjenje njihove uloge u intervenciji i praćenju
- pojašnjenje pitanja povjerljivosti, naglašavanje da ne smiju čuvati tajnu o suicidalnome ponašanju kao ni druge informacije čije skrivanje utječe na dobrobit i sigurnost učenika.

Ključna je uloga učitelja u prepoznavanju učenika s problemima u području mentalnoga zdravlja, u obavještanju stručne službe škole i pružanju podrške učeniku. Dijagnosticiranje i savjetovanje učenika ili rješavanje psihičkih problema nije uloga učitelja. Potrebno je ograničiti se na ulogu zvona na uzbunu i podržavajućega pristupa. Daljnje postupke potrebno je prepustiti stručnom suradniku psihologu, koji će poduzeti sve potrebne korake. Ako u školi nije zaposlen stručni suradnik psiholog, drugi stručni suradnici povezat će se sa stručnjacima iz vanjskih institucija.

Jedna je od važnih uloga škola edukacija učenika u području zdravstvene pismenosti o mentalnome zdravlju kao temelju za promicanje i zaštitu mentalnoga zdravlja. Međutim, kako bi se u školi moglo osigurati okruženje koje ima kapacitete za provođenje takve edukacije, odgojno-obrazovni djelatnici prethodno moraju imati sami kompetencije koje su dio osnovne zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja. Jedino na taj način oni mogu biti primjereni modeli podrške i svojevrсни mentori djeci u daljnjim aktivnostima promicanja mentalnoga zdravlja u školi i unaprjeđivanju zdravstvene pismenosti učenika s kojima rade.

Zdravstvena pismenost u području mentalnoga zdravlja usmjerava se na četiri područja: (a) razumijevanje toga što čini pozitivno mentalno zdravlje i usvajanje strategija za održavanje i postizanje mentalnoga zdravlja; (b) znanje o mentalnim poremećajima; (c) promoviranje pozitivnih stavova prema osobama s mentalnim poremećajima, tj. destigmatizacija; (d) osvještavanje potrebe za traženjem stručne pomoći ako postoje problemi u području mentalnoga zdravlja. Donošenje odluke sastoji se od nekoliko koraka: identifikacija problema, osvještavanje nužnosti dobivanja pomoći i/ili uključivanja u tretman, razumijevanje da su mentalni poremećaji izlječivi i motivacija za traženje pomoći i/ili tretmana (25). Program razvoja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja pomaže učenicima, ali i odgojno-obrazovnim djelatnicima u usvajanju znanja i uvjerenja potrebnih za te korake. Depresivna djeca i adolescenti rijetko traže pomoć zbog negativnoga načina razmišljanja: *Nikoga nije briga za moje osjećaje, Nikome do mene nije stalo, Nitko mi ne može pomoći* i sl. (26).

Mlađima često nedostaju potrebne jezične vještine i samosvijest za prepoznavanje vlastitoga depresivnog stanja ili za izvještavanje bliske osobe o svojem raspoloženju. Osim toga, pravilo šutnje, koje obeshrabruje razgovore o problemima u području mentalnoga zdravlja, sprečava mnoge mlade ljude u traženju pomoći. Aktivnostima usmjerenim na destigmatizaciju mentalnih poremećaja kod učenika, učitelja/nastavnika i roditelja može se učinkovito mijenjati stav prema obavještavanju bliskih osoba o vlastitim problemima i traženju pomoći. Nerijetko učenici misle da su oni jedini koji doživljavaju takve probleme pa su preventivni programi korisni i da bi oni spoznali da se mnoga djeca, adolescenti i odrasle osobe suočavaju s tim problemima.

Zadatci su škole edukacija, prevencija, otkrivanje, procjena, obavještavanje roditelja i osiguravanje primjerene zaštite mentalnoga zdravlja učenika te praćenje i evaluacija. Dakle, zaštita mentalnoga zdravlja učenika unutar škole ne uključuje samo univerzalnu prevenciju nego i otkrivanje depresivnih, suicidalnih učenika i učenika s drugim problemima u području mentalnoga zdravlja, savjetodavni rad s učenicima, praćenje i upućivanje na stručnu pomoć izvan škole. U odnosu na roditelje škole imaju ulogu educiranja o problemima djece i mladih u području mentalnoga zdravlja, obavještavanja o uočenim problemima kod njihove djece, savjetodavnoga rada s njima i kontinuirane suradnje, uz redovitu dvosmjernu komunikaciju.

U školi se samostalno ili uz pomoć suradnika izvan škole (primjerice školskih liječnika i stručnjaka za mentalno zdravlje u zavodima za javno zdravstvo) provodi trijaža i pruža psihološka prva pomoć i podrška, a klinička dijagnostika i psihoterapija provode se u vanjskim ustanovama. Stručni suradnici psiholozi u nekim školama imaju skale i upitnike koji im mogu pomoći u utvrđivanju o kojim je problemima mentalnoga zdravlja riječ, a ako je riječ o težim poremećajima, preporuča se upućivanje na kliničku dijagnostičku procjenu psihijatra i kliničkoga psihologa.

Zbog specifičnosti različitih školskih okruženja, od broja učenika do područja u kojemu se škola nalazi (npr. seoska ili gradska sredina) i drugih obilježja, razvijanje vlastitih strategija i školskih politika može biti važan doprinos sveobuhvatnomu pristupu promicanja mentalnoga zdravlja u školama (27, 28). To je mogući put da tema mentalnoga zdravlja bude promovirana, da se istakne njezina važnost te da o njoj razgovaraju učenici, roditelji i odgojno-obrazovni djelatnici. Otvoreni razgovor i rasprava mogu dovesti do važnih promjena u svijesti i stavovima. Školska strategija omogućuje ukazivanje na relevantne izvore stručne pomoći i podrške u školi i izvan nje. Škola treba imati jasnu politiku o povjerljivosti, opisanu u strategiji, a o tome treba obavijestiti učenike, roditelje i odgojno-obrazovne djelatnike.

Preporuča se najmanje svake tri godine revidirati i dopunjavati strategiju, a u idealnome slučaju to bi trebao biti dokument koji se kontinuirano razvija i unaprjeđuje te odražava najbolju praksu škole. Preporuča se napraviti skraćenu verziju strategije za učenike i roditelje, napisanu jednostavnim, lako razumljivim rječnikom, koja sadrži samo najvažnije informacije. Izrada strategije te pojašnjenje postupaka povećava povjerenje odgojno-obrazovnih djelatnika, učenika i roditelja i obično rezultira dobrom suradnjom. Suradnja s kolegama u sličnim školama može biti vrlo korisna – mogu se razmijeniti ideje i iskustva.

4.3.3. Ukratko o vrednovanju mentalnoga zdravlja u školama i među odgojno-obrazovnim djelatnicima

Stručna rasprava

U poglavlju 4.3.1. predstavljeni su i opisani rezultati odgovora na pitanja o različitim oblicima stručne rasprave u školama o učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja poput onoga opisanog u vinjetama.

- U proteklih mjesec dana 46,3 % sudionika istraživanja povremeno je s kolegama razgovaralo o mentalnome zdravlju učenika, a 11,6 % njih to je činilo često. Među njima najveći je udio stručnih suradnika u osnovnoj školi, ravnatelja u srednjoj školi i učitelja razredne nastave.
- U istome razdoblju više od pola sudionika razgovaralo je sa školskom stručnom službom povremeno (38,4 %) ili često (14,9 %).
- Analiza odgovora s obzirom na radno mjesto pokazuje da je najveći udio stručnih suradnika i ravnatelja u osnovnoj i srednjoj školi povremeno ili često razgovarao sa stručnom službom o teškoćama učenika u području mentalnoga zdravlja u proteklih mjesec dana.
- Udio sudionika koji navode da u proteklih mjesec dana nisu razgovarali o problemima mentalnoga zdravlja učenika s kolegama i sa stručnom službom, najveći je kod učitelja razredne nastave, učitelja predmetne nastave i nastavnika u srednjim školama.

Mentalno zdravlje djece i mladih na razini školske politike i djelovanja unutar škole

U poglavlju 4.3.2. prikazani su rezultati mišljenja sudionika o važnosti pojedinih oblika podrške učenicima povezano sa zaštitom njihova mentalnog zdravlja na razini školskih politika i svakodnevnoga rada u školama.

- Sudionici, u skladu s očekivanjima, u najvećemu broju smatraju da njihove škole uvijek ili često smatraju važnim kontaktirati s obitelji učenika (91,6 %), podsjećati na školska pravila (74,3 %) i održati razredno vijeće radi planiranja podrške učeniku s teškoćama ili problemima u području mentalnoga zdravlja (69,2 %).
- Također, očekivano veći udio sudionika navodi da njihove škole smatraju važnim provođenje psihosocijalnih intervencija i usmjeravanje učenika na usluge u zajednici. Prema dobivenim odgovorima veći udio sudionika (81,0 %) smatra da je uspostavljanje vanjske podrške učeniku i obitelji uvijek ili često važno kao dugoročna strategija podrške učenicima s problemima

mentalnoga zdravlja poput onoga opisanog u vinjeti nego što doživljavaju da je usmjeravanje učenika na usluge u zajednici uvijek ili često važno njihovim školama (50,2 %).

- Neočekivano visok udio sudionika smatra da je ponekad, često ili uvijek potrebno prilagoditi školske pravilnike učenicima s problemima u području mentalnoga zdravlja (80,5 %). Na temelju toga mogla bi se dodatno ispitati potreba za izmjenom smjernica u primjeni postojećih pravilnika ili za njihovom prilagodbom radi zaštite mentalnoga zdravlja učenika.
- Očekivano visok udio sudionika smatra suradnju s obitelji uvijek ili često važnom.
- Izrazito je visok udio sudionika koji smatraju uvijek ili često važnim unaprjeđenje odnosa unutar škole (učitelj – učenik, učenik – učenik) kao dugoročne školske strategije u pružanju podrške učenicima s problemima mentalnoga zdravlja poput onoga opisanog u vinjeti, ukupno njih 86,5 %, što odražava njihovu svijest o važnosti te dimenzije kad je riječ o mentalnome zdravlju djece i mladih.
- Uočava se da nešto veći udio sudionika smatra razgovor s učenikovim vršnjacima u razredu uvijek ili često važnom dugoročnom školskom strategijom u pružanju podrške učenicima s problemima mentalnoga zdravlja poput onoga opisanog u vinjeti (72,4 %,) nego što doživljava da je to uvijek ili često važno i njihovim školama kad je riječ o učeniku s problemima mentalnoga zdravlja poput onoga u vinjeti (64,1 %).

Literatura:

1. Carlson, L. A. i Kees, N. L. (2013). Mental health services in public schools: A preliminary study of school counselor perceptions. *Professional School Counseling*, 16, 211-221.
2. Engelhardt, M. (2016). Examining Mental Health in Schools and the Role it Plays in Supporting Students. *SELU Research Review Journal*, 1(2), 17-28.
3. Rowling, L. (2009). Strengthening „school“ in school mental health promotion. *Health Education*, 109, 357-368.
4. Cappella, E., Jackson, D. R., Bilal, C., Hamre, B. K. i Soule, C. (2011). Bridging mental health and education in urban elementary schools: Participatory research to inform intervention development. *School Psychology Review*, 40, 486-508.
5. Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, J. A. i Norgate, R. (2012). Anxiety and depression in academic performance: An exploration of the mediating factors of worry and working memory. *School Psychology International*, 33(4), 433-449.
6. Lancaster, V. M., Naillon, A. J. i Kibby, M. Y. (2004). Relationship between self-esteem and executive functioning in children. Poster session presented at the thirty-second annual meeting of the International Neuropsychological Society, Baltimore, MD.
7. Hammen, C. i Rudolph, K. D. (2003). Childhood depression. U E. Mash i R. Barkley (ur.), *Childhood psychopathology* (str. 153–195). New York: Guilford Press.
8. Humensky, J., Kuwabara, S. A., Fogel, J., Wells, C., Goodwin, B. i Van Voorhees, B. W. (2010). Adolescents with depressive symptoms and their challenges with learning in school. *The Journal of School Nursing*, 26(5), 377-392.
9. Breslau, J., Miller, E., Breslau, N., Bohnert, K., Lucia, V. i Schweitzer, J. (2009). The impact of early behavior disturbances on academic achievement in high school. *Pediatrics*, 123(6), 1472-1476.
10. Blum, R. W., Beuhring, T. i Rinehart, P. M. (2000). *Protecting Teens: Beyond Race, Income, and Family Structure*. Center for Adolescent Health, University of Minnesota.
11. Kutcher, S., Wei, Y., McLuckie, A. i Bullock, L. (2013). Educator mental health literacy: a programme evaluation of the teacher training education on the mental health and high school curriculum guide. *Advances in School Mental Health Promotion*, 6(2), 83-93.
12. Johnson, S. i Maile, L. (1987). *Suicide and the schools*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
13. Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S. i Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361-3363.
14. Biewener, M., Rowling, L. i Whitman, C. (2009). Report of major findings: International survey of principals concerning emotional and mental health and wellbeing. Preuzeto s <http://www.hhd.org/> (5. 6. 2018.)
15. Catalano, R. F., Mazza, J. J., Harachi, T. W., Abbott, R. D., Haggerty, K. P. i Fleming, C. B. (2013). Raising healthy children through enhancing social development in elementary school: Results after 1.5 years. *Journal of School Psychology*, 41(1), 143-164.
16. Luthar, S. S. i Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Youth Risk Behavior Surveillance – United States (2009)*. Surveillance Summaries, June 4, Vol. 59, No. SS-5.
18. Schussler, D. L. (2003). Schools as learning communities: Unpacking the concept. *Journal for School Leadership*, 13, 498-528.
19. Narodne novine (2017). *Pravilnik o kriterijima za izricanje pedagoških mjera* (94/2015, 3/2017). Preuzeto s http://www.azoo.hr/images/razno/Pravilnik_o_kriterijima_za_izricanje_pedagoskih_mjera_NN_br_94_2015.pdf, https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_01_3_125.html (10. 7. 2018)
20. Shankland, R. i Rosset, E. (2016). Review of brief school-based positive psychological interventions: a taser for teachers and educators. *Educational Psychology Review*, 29(2), 363-392.
21. Gulliver, A., Griffiths, K. M. i Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113.
22. Essau, C. A. (2005). Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 22(3), 130-137.
23. Narodne novine (2015). *Pravilnik o osnovnoškolskom i srednjoškolskom odgoju i obrazovanju učenika s teškoćama u razvoju* (24/2015). Preuzeto s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2015_03_24_510.html (10. 7. 2018.)
24. Bezinović, P. (ur.) (2010). *Samovrednovanje škola. Prva iskustva u osnovnim školama*. Zagreb: Agencija za odgoj i obrazovanje
25. Ojio, Y., Yonehara, H., Taneichi, S., Yamasaki, S., Ando, S., Nishida, A. i Sasaki, T. (2015). Effects of school based mental health literacy education for secondary school students to be delivered by school teachers: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69, 572-579.
26. Cash, R. E. (2003). When it hurts to be a teenager. *Principal Leadership*, 4(2), 11-15.
27. St Leger, L., Young, I., Blanchard, C., Perry, M. (2010) *Promoting Health in Schools: from Evidence to Action*. An International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) publication. Preuzeto s https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_ENG.pdf (24. 8. 2018.)

28. Buijs, G. J., Fekkes, M., Mooij, J. C., Paulus, P. M. i Theunissen, H.C. (2014). PROMINDS Study on the development of a whole school mental health framework. CBO. Preuzeto s http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/ProMinds_Report_MentalHealthinSchools_FINAL.pdf (24. 8. 2018)

5. ZAKLJUČNI OSVRT I PREPORUKE

Autorice: Ljiljana Muslić, Anita Vulić-Prtorić, Vesna Ivasović

Dok su međunarodna istraživanja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja u posljednjih desetak godina pokazivala njezinu važnost u očuvanju mentalnoga zdravlja, u Hrvatskoj se do danas nisu opsežnije provodila istraživanja u tome području. Na temelju dobivenih spoznaja stručnjaci i znanstvenici preporučuju kako zdravstvena pismenost populacije u području mentalnoga zdravlja mora biti predmet zanimanja nacionalne politike i praćenja mentalnog zdravlja populacije (1) jer su podatci u tim istraživanjima važan početni korak prije razvoja i provođenja samih intervencija kako bi cjelokupna populacija bila osnažena djelovati za bolje mentalno zdravlje. Stoga provođenje istraživanja ovoga tipa u Hrvatskoj može biti putokaz za razvoj programa za poboljšanje zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja i za opću populaciju i za specifične skupine i okruženja.

Stoga nam je cilj na temelju provedenoga *Istraživanja zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih* osnažiti odrasle u školskome okruženju (odgojno-obrazovne djelatnike) razvojem i implementacijom edukativnoga programa unaprjeđivanja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja djece i mladih koji odgovara na njihove potrebe kad je riječ o znanjima i vještinama. Dugoročno, unaprjeđivanjem njihove zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja želimo povećati razinu ranoga prepoznavanja problema s mentalnim zdravljem i mentalnih poremećaja djece i mladih te vjerojatnost i kvalitetu pružanja prve pomoći i emocionalne podrške u školskome okruženju (2, 3). Također, intervencije i programi usmjereni k unaprjeđenju zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja mogu doprinijeti poboljšanju stavova prema traženju pomoći (npr. pružanjem destigmatizirajućih informacija ili pružanjem informacija o izvorima pomoći) (4). Izuzetno je važno u tim edukativnim programima pružiti učiteljima, nastavnicima i stručnim suradnicima u osnovnim i srednjim školama stručne alate, znanja i kompetencije kako bi uspješnije prepoznavali poteškoće koje djeca i mladi pokazuju u školskome okruženju i djelovali kao prva pomoć i podrška za očuvanje mentalnoga zdravlja učenika i kao prevencija razvoja mentalnih poremećaja. Tako programi unaprjeđenja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja mogu imati važnu ulogu u olakšavanju pristupa stručnoj pomoći i skrbi djeci i mladima s problemima u području mentalnoga zdravlja (5, 6).

U razvoju programa osobito je važno prilagoditi te programe ciljanoj populaciji, uzeti u obzir spolne, dobne i kulturološke razlike te osobitosti okruženja. Pritom smo se odlučili za mješovitu istraživačku metodu prikupljanja podataka i odabir mjernog instrumenata koji pruža mogućnost dubljega uvida u pojedine elemente zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih. U nastavku ovoga poglavlja slijede najvažnije spoznaje proizašle iz rezultata koji su dobiveni deskriptivnim analizama kvalitativnih i kvantitativnih odgovora odgojno-obrazovnih djelatnika u uzorku na *Upitnik zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladi o depresivnosti, suicidalnosti (suicidalne mislima) i zlouporabi alkohola* opisanima u hipotetskim pričama (vinjetama). Dobivene spoznaje oblikovane su kao zaključne preporuke za razvoj standardiziranoga edukativnog programa zdravstvenoga opismenjavanja odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih i općenito promicanju mentalnoga zdravlja u školama.

Uzevši u obzir udio sudionika koji su prepoznali problem opisan u vinjeti, može se zaključiti da je **među odgojno-obrazovnim djelatnicima u osnovnim i srednjim školama nužno razvijati zdravstvenu pismenost u području mentalnoga zdravlja**, osobito ako dobivene rezultate interpretiramo u kontekstu metode uzorkovanja i prikupljanja podataka koja opravdava između ostaloga zaključak da bi bez pravila o dobrovoljnosti navedeni rezultati bili možda i lošiji. Rezultati također poručuju da **osobitu pozornost treba usmjeriti na učitelje i učiteljice razredne nastave koji su u istraživanju prepoznavali problem u vinjeti koja opisuje depresivne tegobe desetogodišnjega djeteta** jer se očekuje veći oprez u donošenju zaključaka o mentalnozdravstvenome statusu djece te dobi. O tome je potrebno voditi računa i pri razvoju edukativnoga programa i pri njegovoj provedbi. Također, rezultati ukazuju na potrebu da se tijekom provedbe edukativnih programa pokušaju provjeriti razlozi većega udjela odgojno-obrazovnih djelatnika s više godina radnoga staža među onima koji su imali problema pri prepoznavanju problema opisanih u vinjeti.

Rezultati pokazuju da je u kreiranju edukacije potrebno osigurati osnovna znanja o mentalnome zdravlju mlađe osnovnoškolske djece, ali i općenito da je potrebno obratiti pozornost na znanja o onim ponašanjima i emocionalnim stanjima koji mogu biti prvi znakovi razvoja psihičkih problema i koje je katkad teško razlikovati od nekih ponašanja specifičnih za tu razvojnu dob (na to ukazuju rezultati prepoznavanja problema u vinjeti *Depresivnost*). Nadovezujući se na ono što je u uvodnome dijelu poglavlja o prepoznavanju navedeno (primjerice u Tablici 4.2.1.), neka od ponašanja, emocija i misli specifičnih za teškoće u području depresivnosti razmjerno su učestala i mogu se vidjeti u svakodnevnome životu kod većega broja djece. Na primjer, teškoće u koncentraciji tijekom nastave, umor, dosada, povremeni gubitak interesa, školski neuspjeh, izljevi srdžbe i sl. S druge strane postoje

obilježja koja ćemo puno rjeđe uočiti, a koja mogu biti pokazatelji ozbiljnoga poremećaja, na primjer osjećaji krivnje, nisko samopoštovanje, beznadnost i sl. Problem je s prepoznavanjem obilježja koja su razmjerno uobičajena to da ih se često može previdjeti i misliti da je riječ o uobičajenim razvojnim promjenama koje ne zahtijevaju posebnu pozornost. I najčešće je to zaista tako, premda može biti riječ o prvim znakovima koji nas upozoravaju na to da dijete ima neki problem i da pati. Upravo je u tome potrebno pomoći odgojno-obrazovnim djelatnicima s pomoću edukativnih programa kako bi oni stekli osnovna znanja i vještine na temelju kojih će donijeti odluke, pristupiti djetetu i provjeriti što se s njim događa. Učiteljima i nastavnicima koji dijete vide svakodnevno pomoć pri odlučivanju je li neko ponašanje znak problema može biti odgovor na sljedeća pitanja:

1. Je li to ponašanje za to dijete uobičajeno?
2. Je li to promjena u odnosu na djetetovo dotadašnje ponašanje?
3. Je li to ponašanje postalo češće nego inače?
4. Traje li to ponašanje toliko dugo da se ne može opisati kao npr. prolazna pubertetska faza?

Ako su odgovori na sva četiri postavljena pitanja potvrdni, nužno je razgovarati s djetetom i provjeriti o čemu je riječ. Znanja i vještine provođenja takovih razgovora sastavni su dio zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja općenito i stoga posebno koristan alat u zaštiti mentalnoga zdravlja djece i mladih.

Budući da je većina sudionika u ovome istraživanju pokazala s jedne strane veliku spremnost u pružanju pomoći učeniku koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti, ali s druge strane uočljivu nesigurnost u tome, stručne edukacije u školama **treba usmjeriti na ona znanja i vještine koje će sudionicima pomoći da se osjećaju sigurnije u radu s učenicima koji imaju neke probleme u području mentalnoga zdravlja. Osobitu pozornost treba posvetiti onim slučajevima koji uključuju rizična ponašanja povezana s depresivnošću i depresivnim poremećajima kod djece i mladih, poput suicidalnog ponašanja, te zlouporabi sredstava ovisnosti, s posebnim naglaskom na dobnu skupinu adolescenata.**

Sudionici u ovome istraživanju vrlo korisnim procjenjuju sve oblike stručne pomoći koji su im dostupni u školi i izvan nje. No, budući da su također dali prednost alternativnim oblicima pomoći pred formalnim oblicima pomoći, potrebno je u edukacijama **staviti naglasak na poučavanje o učinkovitim oblicima pomoći i samopomoći.** Odgojno-obrazovni djelatnici u velikome broju prepoznaju korist stručnih suradnika psihologa i pedagoga u školi kao pomoć unutar škole, a u nešto manjemu broju prepoznaju korist drugih struka i organizacija izvan škole, što bi trebalo uzeti u obzir u pri kreiranju

edukativnih programa – treba pružiti relevantne informacije o tome koje usluge i tretmani postoje u zajednici, podržati sklonost traženju pomoći unutar škole (stručne službe, psiholozi), ali i izvan službe (primjerice u mreži zavoda za javno zdravstvo – timovi školske medicine i timovi za mentalno zdravlje, ali i drugih centara za mentalno zdravlja djece i mladih). **Preporuča se posebno obratiti pozornost na mogućnosti unapređenja zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja s pomoću interneta i mobilnih uređaja.** Te izvore pomoći i samopomoći sudionici su procijenili više štetnima nego korisnima, što je, s obzirom na rasprostranjenost njihove uporabe i s obzirom na danas dostupne vrlo korisne internetske stranice i mobilne aplikacije sa sadržajima relevantnima za ovo područje, svojevrsno ograničavajuće vjerovanje.

S obzirom na vjerovanja o ishodima preporuča se u edukaciji djelatnika **obratiti pozornost na moguće oblike pomoći i ishode u onim problemima koji uključuju i razmišljanja o suicidu i zlouporabu sredstava ovisnosti.**

Više od 50 % sudionika u ovome istraživanju izrazilo je nesigurnost o mogućoj diskriminaciji učenika koji ima problem poput onoga opisanog u vinjeti. Bilo bi nužno u edukaciji djelatnika u školi usmjeriti posebnu pozornost na ona **znanja i vještine u području mentalnoga zdravlja koji pridonose smanjenju stigme, posebno povezano sa suicidalnošću i zlouporabom alkohola.**

Na temelju rezultata odgovora na pitanja o vrednovanju mentalnoga zdravlja može se zaključiti da je potrebno unutar škola **osigurati češće rasprave o mentalnome zdravlju među odgojno-obrazovnim djelatnicima, o usmjerenosti na učenika u cjelini (sveobuhvatni pristup, a ne samo usredotočenost na izvrsnost u obrazovnim postignućima), općenito o razvoju svijesti o važnosti mentalnoga zdravlja i njegovu utjecaju na školska postignuća učenika.** Pokazuje se i potreba za provođenjem psihosocijalnih intervencija u školi, što zahtijeva kontinuirano stručno usavršavanje stručnih suradnika te njihovo zapošljavanje u većem broju u osnovnim i srednjim školama, u prvome je redu potrebno zaposliti više stručnih suradnika psihologa. Trebalo bi razmisliti o mogućim izmjenama pravilnika tako da jasnije, konkretnije i izravnije budu uključene potrebe učenika s teškoćama u području mentalnoga zdravlja i oblici podrške i pomoći koje im je potrebno pružiti. Neophodan je i sustavni rad na unaprjeđenju odnosa unutar škole, među odgojno-obrazovnim djelatnicima, učenicima te između odgojno-obrazovnih djelatnika i učenika. To je obilježje kvalitetnih škola, škola koje promiču mentalno zdravlje, koje su svjesne važnosti razvoja dobrih odnosa između svih sudionika i njegovanja tih odnosa, pri čemu ključnu ulogu ima ravnatelj. Dobrobit učenika i odgojno-obrazovnih djelatnika, motiviranost, entuzijizam, kreativnost i ostvarenje potencijala moguće je postići i održavati samo u sigurnome okruženju i pozitivnom ozračju u kojemu postoji poštovanje, bliskost, povjerenje i empatija. U takvome

okruženju i kompetencije zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja mogu dobiti plodno tlo za razvoj i prihvaćanje.

I na kraju, kad je riječ o programima usmjerenima k unaprjeđenju zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja, postoje različiti primjeri dobre prakse u svijetu. Jedan je od njih proizišao iz samoga koncepta zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja poznat pod nazivom *Prva pomoć u području mentalnoga zdravlja*¹⁶ (7,8). Program je razvijen u Australiji 2001. na temelju oživljavanja zanimanja za zdravstvenu pismenost u području mentalnoga zdravlja 90-ih godina. Riječ je o standardiziranim psihoedukativnim intervencijama za poboljšanje znanja, stavova i ponašanja povezanih s mentalnim poremećajima među općom populacijom, u specifičnim skupinama i okruženjima te među stručnjacima raznih profila. U sklopu programa uče se osnovne vještine pružanja psihološke prve pomoći osobama koje razvijaju probleme u području mentalnoga zdravlja, doživljavaju pogoršanje postojećih problema ili proživljavaju emocionalnu krizu. Ta prva pomoć pruža se dok se ne dobije odgovarajuća profesionalna pomoć ili dok se ne razriješi kriza. Pritom se naglašava da ti tečajevi psihološke prve pomoći u području mentalnoga zdravlja ne uče ljude kako se postavljaju dijagnoze ili radi terapija, što je područje stručnih edukacija, nego se radi na širenju vještina inicijalne podrške u zajednici (9). Definirani su opći ciljevi toga programa:

1. **očuvati život** ako postoji opasnost da osoba sebi naštetiti
2. **pružiti pomoć** kako bi se spriječilo pogoršanje problema mentalnoga zdravlja i razvoj poremećaja
3. **promicati oporavak** dobrog mentalnog zdravlja
4. **pružiti utjehu** (emocionalnu potporu, ohrabrenje) osobi koja ima probleme mentalnoga zdravlja

Program se proširio na cijelo područje Australije (trenutačno se procjenjuje da je program odslušalo čak 1 % ukupne populacije u Australiji), a koncept su preuzele i 23 druge države (10). U Europi se trenutačno provodi u Danskoj, Engleskoj, Škotskoj, Walesu, Finskoj, Irskoj, Malti, Portugalu i Švedskoj.

U okviru toga programa razvio se i specifičan program za mlade¹⁷ namijenjen odraslima koji rade ili žive s adolescentima (u dobi od 12 do 18 godina), ali može se odnositi i na pomaganje nešto mlađim ili starijim osobama (djeci i/ili mlađim punoljetnicima). Taj edukativni program posebno je primjeren roditeljima, učiteljima, sportskim trenerima i drugim osobama koje rade s mladima u zajednici (10). Evaluacija primjene toga programa za mlade na skupini od 176 učitelja pokazala je porast znanja u

¹⁶ Eng. *Mental Health First Aid* (MHFA).

¹⁷ Eng. *Youth Mental Health First Aid* (Youth MHFA)

području mentalnoga zdravlja te njihovih namjera da pomognu učenicima (11). Napredak je bio vidljiv i njihovim vjerovanjima.

Evaluacije navedenoga programa iz Australije u posljednjih deset godina pokazuju pozitivne rezultate u više područja promjene javne svijesti o mentalnome zdravlju i bolestima: bolje znanje, stavove i traženje stručne pomoći (8, 12). Tu vrstu prve pomoći i podrške u području mentalnoga zdravlja obično pružaju osobe koje nisu stručnjaci u području mentalnoga zdravlja, nego one koje su bliske osobi koja proživljava krizu i dio njegove društvene mreže ili osobe koje rade u djelatnostima kao što su hitne službe, policija, ustanove primarne zdravstvene zaštite, socijalne i obrazovne ustanove.

Navedenom programu prve pomoći u području mentalnoga zdravlja prethodio je razvoj svjetski poznate i prihvaćene intervencije pod nazivom *Psihološka Prva Pomoć* (PPP)¹⁸, koja je nastala kao rezultat pružanja psihosocijalne pomoći ljudima pri katastrofama većega razmjera i prirodnim nepogodama, odnosno općenito humanitarnim krizama (9, 13, 14). PPP podrazumijeva pružanje podrške i praktične pomoći osobi koja pati i koja možda treba našu pomoć. Također, uči nas kako se suočiti i pristupiti kad se netko od naših bližnjih osjeća loše ili kad se nađemo pokraj nekoga komu je potrebna naša emocionalna podrška. Zato možemo reći da takav oblik pomoći osobi koja pati promiče oporavak i pozitivno mentalno zdravlje prepoznajući i potičući njihove snage, podržavajući otpornost i pružajući podršku.

I drugi programi razvijeni s istim ciljem, neki od njih i u školskome okruženju, pokazuju pozitivne rezultate (15, 16). Jedan je od primjera dobre prakse u školskome okruženju program *MindMatters* iz Australije, namijenjen upravo odgojno-obrazovnim djelatnicima, koji ima vrlo razvijenu internetsku platformu za e-učenje (17, 18, 19, 20). Sličan je program razvijen i u Kanadi¹⁹ i uključuje i vodič za učitelje za provedbu edukacije u području mentalnoga zdravlja djece i mladih u školama, razvijen u suradnji s Kanadskim udruženjem za mentalno zdravlje (21, 22, 23).

¹⁸ Eng. *Psychological First Aid*

¹⁹ Eng. *Teen Mental Health*

Suvremena literatura naglašava da je intervencije usmjerene na poboljšanje zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja potrebno prilagoditi i integrirati unutar škola i za djecu i mlade i za one kojima su učitelji i nastavnici ciljane skupina (22, 24). Pritom se naglašava da učitelje treba educirati kako bi se oni mogli uključiti u rano prepoznavanje mentalnih poremećaja te u promicanje mentalnoga zdravlja. Zbog toga nam je cilj u nastavku naših aktivnosti podržati razvoj nacionalnoga standardiziranog edukativnog programa zdravstvenoga opismenjavanja odgojno-obrazovnih djelatnika osnovnih i srednjih škola u području mentalnoga zdravlja djece i mladih, ranoga prepoznavanja depresivnih poteškoća i poremećaja te s time povezanih problema uz pružanje psihološke prve pomoći i podrške.

Dakako, moramo imati na umu da navedeni programi nisu dostatni kad je riječ o poboljšanju zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja ni kad je riječ o zaštiti mentalnoga zdravlja općenito. Doprinos brojnih drugih inicijativa i edukativnih programa radi osvještavanja važnosti mentalnoga zdravlja općenito te mentalnoga zdravlja djece i mladih u školskome okruženju, ali i razvoj dostupnosti stručne pomoći i podrške u zajednici također su važni čimbenici očuvanja i zaštite mentalnoga zdravlja općenito, pa i mentalnoga zdravlja djece i mladih, te ulaganja u mentalno zdravlje.

Literatura:

1. Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.
2. Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. i Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust*, 166(4), 182-186.
3. Reavley, N.J. i Jorm, A.F. (2011). *National Survey of Mental Health Literacy and Stigma*. Canberra:Department of Health and Ageing. Preuzeto s http://pmhg.unimelb.edu.au/data/assets/pdf_file/0007/636496/National_Mental_Health_Literacy_Survey_Monograph.pdf (9. 1.2018.)
4. Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H. i Brewer, J.L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC psychiatry*, 12(1), 81.
5. Kutcher, S., Bagnell, A. i Wei, Y. (2015). Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 24(2), 233–244.
6. Kutcher, S., Wei, Y. i Hashish, M. (2016). Mental Health Literacy for Students and Teachers: A "School Friendly" Approach. U M. Hodes i S. Gau (ur.), *Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents* (str. 161-172). Cambridge (MA): Academic Press.
7. Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.
8. Hadlaczy, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V. i Wasserman, D. (2014). Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 467-475.
9. World Federation for Mental Health (2016). World Mental Health Day 2016: Dignity In Mental Health Psychological & Mental Health First Aid For All. Occoquan (USA): WFMH. Preuzeto s <https://wfmh.global/wp-content/uploads/2016-wmhd-report-english.pdf> (3. 5. 2017.)
10. Mental Health First Aid Australia (2015). *Mental Health First Aid International Newsletter (Edition 4, April 2015)*. Preuzeto s https://mhfa.com.au/sites/default/files/mhfa-i-news-april-2015-web_0.pdf (3. 5. 2017.)
11. Kitchener, B. A. i Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC psychiatry*, 2(1),10.
12. Jorm, A. F., Kitchener, B. A., Sawyer, M. G., Scales, H., i Cvetkovski, S. (2010). Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC psychiatry*, 10(1), 51.
13. World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: World Health Organization. Preuzeto s http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/ (25. 6. 2018.)
14. Ajduković, D. (2014). *Psihološka prva pomoć u katastrofama i velikim nesrećama*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
15. Kelly, C. M., Jorm, A. F. i Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7), S26.
16. Whitley, J., Smith, J. D., i Vaillancourt, T. (2013). Promoting mental health literacy among educators: Critical in school-based prevention and intervention. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 56-70.
17. MindMatters . Pruzeto s <https://www.mindmatters.edu.au/> (2. 7. 2018.)
18. Rowling, L., i Mason, J. (2005). A case study of multimethod evaluation of complex school mental health promotion and prevention: the MindMatters evaluation suite. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 15(2), 125-136.
19. Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., i Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(4), 594-601.
20. Rowling, L. (2015). Developing and sustaining mental health and wellbeing in Australian schools. U S. Kutcher, M. Weist, i Y. Wei (ur.), *School Mental Health: Global Challenges and Opportunities* (str.6.). Cambridge (GB): Cambridge University Press.
21. Kutcher, S., Wei, Y., McLuckie, A., i Bullock, L. (2013). Educator mental health literacy: a programme evaluation of the teacher training education on the mental health & high school curriculum guide. *Advances in school mental health promotion*, 6(2), 83-93.
22. Kutcher, S., Wei, Y. i Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.
23. Teen Mental Health. Preuzeto s <http://teenmentalhealth.org/> (24. 8. 2018.)
24. Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N. i Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 567.

6. PRILOZI

6.1. Najvažnije spoznaje dobivene na temelju provedenoga istraživanja

Pokazatelji zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih

Rezultati prepoznavanja depresivnosti kod djece i mladih (samostalno ili u kombinaciji sa suicidalnim mislima odnosno zlouporabom alkohola) odgojno-obrazovnih djelatnika ukazuju na potrebu dodatnog educiranja odgojno-obrazovnih djelatnika u tome području.

- 37,1 % sudionika prepoznalo je depresivnost u dobivenoj priči (vinjeti).
- 15,2 % sudionika u potpunosti je prepoznalo problem/e u vinjeti (depresivnost samostalno ili uz suicidalne misli odnosno zlouporabu alkohola).
- 57,6 % sudionika nije prepoznalo zadani problem u vinjeti.
- 51,4 % sudionika navodi ili opisuje neki drugi problem – najčešće navode okolišne čimbenike kao što su obiteljski problemi i problemi u vršnjačkim odnosima, osim kad je riječ o depresivnosti sa suicidalnim mislima, u tome slučaju najčešće navode da je riječ o lošem doživljaju sebe ili o problemima povezanim s promjenama u pubertetu.
- Sudionici su skloni opisnomu navođenju pojedinih dijelova depresivne slike ili srodnih problema.

Procjena spremnosti da potraže pomoć i osjećaj sigurnosti u sposobnost da sami pomognu također ukazuju na potrebu osnaživanja odgojno-obrazovnih djelatnika.

- Gotovo svi sudionici pokazuju spremnost potražiti pomoć za učenika/cu s problemom poput onoga opisanog u vinjeti (97,7 %), ali se osjećaju nedovoljno sigurno (70,6 % sudionika osjeća se malo do u potpunosti nesigurno da pomogne).

Pokazatelji pružanja prve pomoći učeniku/ci s problemom poput onoga opisanog u vinjeti pokazuju spremnost odgojno-obrazovnih djelatnika da razgovaraju s učenicom/com (91,3 %) ili podijele



zabrinutost sa stručnom službom (90,5 %), ali i **smatraju važnim da im se osiguraju potrebna znanja i vještine da znaju i kako pomoći**.

- Sudionici korisnim smatraju saslušati probleme učenika s puno razumijevanja (93,7 %), predložiti stručnu pomoć (77,9 %) i uključiti roditelja u rješavanje problema (67,9 %).
- Pritom nikad ne bi upitali učenika razmišlja li o samoubojstvu (74,9 %), a čak 32,2 % sudionika smatra da je to štetno pitati.

Pokazatelji znanja o oblicima pomoći i samopomoći za učenika/cu s problemom poput onoga opisanog u vinjeti ukazuju na potrebu dodatnoga educiranja, umrežavanja i uspostave suradnje sa stručnjacima izvan škole te pružanja dodatnih resursa kako bi odgojno-obrazovni djelatnici sami mogli bolje pomoći učenicima kad je to potrebno.

- Sudionici najveću korist prepoznaju od stručnjaka u školi (stručnoj službi).
- Oko 40 % sudionika lijekove smatra štetnima.
- Sudionici nemaju povjerenja u hospitalizaciju (ni kad je riječ o suicidalnim mislima).
- Sudionici nemaju povjerenja u internet.

Istodobno većina odgojno-obrazovnih djelatnika (70 %) vjeruje da će se učenik/ca oporaviti ako primi odgovarajuću stručnu pomoć.

Odgojno-obrazovni djelatnici u istraživanju nisu pokazali osobnu sklonost **stigmatizaciji** učenika/ce s problemom poput onoga opisanog u vinjeti, jedino preko 20 % sudionika smatra da je učenikovo/ćino ponašanje zbog problema koje ima nepredvidljivo. Međutim, polovica sudionika ne zna ili nije sigurna bi li drugi učenici u školi **diskriminirali** učenika/cu s problemom poput onoga opisanog u vinjeti.

Pokazatelji vrednovanja mentalnoga zdravlja djece i mladih u školama i među odgojno-obrazovnim djelatnicima

Istraživanje pokazuje da je mentalno zdravlje učenika jako prisutno u svakodnevnome radu velikog broja odgojno-obrazovnih djelatnika:

- primjerice preko 50 % sudionika izjavilo je da je u posljednjih mjesec dana razgovaralo s kolegama o mentalnozdravstvenim problemima učenika.

Kontaktiranje i suradnju s obitelji i roditeljima učenika s problemima mentalnoga zdravlja najveći broj sudionika smatra osobno važnim, ali u najvećem broju prepoznaje da je to istodobno važno i školama u kojima rade.

Odgojno-obrazovni djelatnici osobno smatraju važnim i razgovor s vršnjacima učenika poput onih opisanih u vinjetama (72,4 %), a prepoznaju da to smatraju važnim i njihove škole (64,1 %).

Nešto veći broj odgojno-obrazovnih djelatnika smatra važnim podršku učeniku i njegovoj obitelji izvan škole (81,0 %) u odnosu na udio onih koji prepoznaju da škola smatra važnim usmjeravanje na usluge u zajednici (50,2 %).

Velik udio sudionika istraživanja (86,5 %) važnim smatra unaprjeđenje odnosa unutar škole (odnosa učenik – učenik, kao i odnosa učitelj/nastavnik – učenik) kada je riječ o pružanju podrške učenicima s problemima mentalnoga zdravlja.

6.2. Ukratko o autoricama

dr. sc. Ljiljana Muslić, prof. psihologije – voditeljica je Odjela za promicanje mentalnoga zdravlja i prevenciju ovisnosti u Službi za promicanje zdravlja Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo (Referentni centar Ministarstva zdravstva za promicanje zdravlja), u kojemu vodi aktivnosti podelementa „Mentalno zdravlje“, u sklopu elementa „Zdravstveno obrazovanje“ projekta „Živjeti zdravo“. Magistrirala je i doktorirala u području kliničke i zdravstvene psihologije te se bavila istraživanjem rizičnih i zaštitnih čimbenika mentalnoga zdravlja. Više od dvadeset godina bavila se edukativnim, psihosocijalnim i savjetodavnim radom unutar različitih djelatnosti i sustava (nevladine udruge i projekti u zemlji i inozemstvu, sveučilišta, socijalna skrb i javno zdravstvo) te kreirala i provodila psihoedukativne programe za djecu i mlade te različite skupine stručnjaka u zemlji i inozemstvu. Dodatno se osposobljavala na različitim domaćim i međunarodnim edukacijama iz područja savjetovanja, psihološke prve pomoći i kriznih intervencija, traumatskoga stresa, grupnoga rada, prevencije, psihodijagnostike, evaluacije programa, mentalnoga zdravlja pomagača. Polaznica je poslijediplomske edukacije iz *Gestalt*-psihoterapije. Objavila je više znanstvenih i stručnih radova te poglavlja u knjigama.

Martina Markelić, prof. sociologije – zaposlena je u Hrvatskome zavodu za javno zdravstvo u Službi za promicanje zdravlja, Referentnome centru Ministarstva zdravstva za promicanje zdravlja u Odjelu za promicanje mentalnoga zdravlja i prevenciju ovisnosti. Dio je tima projekta „Živjeti zdravo“ u elementima „Zdravstveno obrazovanje“ i „Zdravlje i radno mjesto“, sudjeluje u osmišljavanju edukativnih materijala i provedbi aktivnosti promicanja zdravih životnih stilova. U stručnome i istraživačkome radu do danas je sudjelovala u epidemiološkome praćenju bolesti ovisnosti o psihoaktivnim drogama (predstavica u EMCDDA-i, članica je više radnih skupina Ureda za suzbijanje zlorabe psihoaktivnih droga RH), organizaciji i provedbi Europskoga istraživanja o pušenju, pijenju alkohola i uzimanju droga među učenicima (ESPAD) te drugim istraživanjima Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo o različitim odrednicama zdravlja (HBSC, EHIS, RARHA SEAS, COSI). Od 2017. godine nacionalna je voditeljica ESPAD istraživanja.

prof. dr. sc. Anita Vulić-Prtorić – redovita je profesorica na Odjelu za psihologiju Sveučilišta u Zadru, na kojemu predaje kolegije iz područja kliničke psihologije, te je osnovala i vodila Studentsko savjetovalište. Prije toga radila je više od deset godina kao stručni suradnik psiholog u osnovnoj školi. U znanstvenome radu bavi se područjem djelovanja različitih rizičnih i zaštitnih čimbenika na zdravstvene ishode i psihopatologiju u djetinjstvu i adolescenciji. Dosad je objavila pedesetak stručnih i znanstvenih radova u domaćim i inozemnim časopisima te tri knjige i tri priručnika iz područja

psihodijagnostike. Dobitnica je Rektorove nagrade za postignute uspjehe u radu i objavu prvoga sveučilišnog udžbenika Sveučilišta u Zadru: *Depresivnost u djece i adolescenata*. Godine 2005. dobila je Psihologijsku nagradu Zoran Bujas Hrvatskoga psihološkog društva za „osobito vrijednu psihologijsku knjigu godine“, a 2008. god. dodijeljena joj je nagrada Hrvatskoga psihološkog društva Marko Marulić za „osobit doprinos hrvatskoj primijenjenoj psihologiji“.

dr. sc. Vesna Ivasović, prof. psihologije – zaposlena je u Agenciji za odgoj i obrazovanje na radnome mjestu više savjetnice za psihologe. Magistrirala je i doktorirala u području kognitivne psihologije. Klinički je psiholog. Autorica je većega broja stručnih i znanstvenih radova, poglavlja u knjigama i knjiga. Radila je više od dvadeset godina kao stručni suradnik psiholog u osnovnoj i srednjoj strukovnoj školi Centra za odgoj i obrazovanje Slava Raškaj, u dječjim vrtićima te kao klinički psiholog u psihološkim centrima. Ima bogato iskustvo u savjetodavnome i psihoterapijskome radu s djecom i mladima. Godine 2010. dobila je priznanje Josip Medved za životno djelo, afirmaciju struke i izniman doprinos humanizaciji odnosa prema gluhim osobama, a 2014. godine nagradu Hrvatskoga psihološkog društva Marulić *Fiat Psychologia* za osobiti doprinos hrvatskoj primijenjenoj psihologiji. Njezini profesionalni interesi povezani su s područjem mentalnoga zdravlja djece i mladih, utjecaja fluentnosti u znakovnome jeziku na kognitivni razvoj, darovitosti i kreativnosti te psihološke dijagnostike.

Diana Jovičić Burić, dr. med. – doktorica medicine na specijalizaciji iz epidemiologije za Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Radi u Službi za promicanje zdravlja, Referentnome centru Ministarstva zdravstva za promicanje zdravlja, u Odjelu za promicanje mentalnoga zdravlja i prevenciju ovisnosti. Medicinski fakultet u Zagrebu završila je 2014. godine, nakon čega je odradila staž za doktore medicine u KB-u Sv. Duh i položila državni ispit 2015. godine. Tijekom studija dobila je Dekanovu nagradu za najbolju studenticu 2009./2010. i Posebnu rektorovu nagradu 2012./2013. te stipendiju Nacionalne zaklade za pomoć učeničkome i studentskome standardu 2010./2011. Godine 2016. završila je Poslijediplomski specijalistički studij Menadžment kvalitete u zdravstvu na Sveučilištu *Libertas* u Zagrebu. Trenutačno je doktorandica na doktorskome studiju Biomedicina i zdravstvo Medicinskoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Iz recenzija

Premda je obitelj primarni izvor potpore za svako dijete, iznimno je važna uloga škole i zbog važnosti koju ima u životu svakoga djeteta i zbog vremena koje dijete tijekom života provodi u školskome sustavu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo prepoznao je važnost promicanja mentalnoga zdravlja u školama te je u aktivnosti nacionalnoga projekta „Živjeti zdravo“, u elementu „Zdravstveno obrazovanje“, uvrstio aktivnosti usmjerene na unapređenje zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika osnovnih i srednjih škola u Republici Hrvatskoj.

Sveobuhvatno istraživanje zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u školama u području mentalnoga zdravlja djece i mladih kao dio aktivnosti projekta ukazuje na veliku potrebu i opravdanost izrade edukativnoga programa usmjerenoga na unapređenje znanja, vještina i kompetencija djelatnika u odgojno-obrazovnome sustavu u ranome prepoznavanju problema mentalnoga zdravlja djece i mladih te pružanju prve pomoći i emocionalne podrške.

Podatci istraživanja omogućit će izradu edukativnoga programa prilagođenu potrebama korisnika u odgojno-obrazovnome sustavu. Rana identifikacija problema mentalnoga zdravlja djece i mladih može pomoći djeci da dosegnu svoj puni potencijal i spriječiti razvijanje ozbiljnijih problema.

Edukativni program utemeljen na detaljnim podacima istraživanja bit će stoga važan kapital za odgojno-obrazovne djelatnike, ali ponajviše za djecu, mlade, njihove roditelje i obitelji te društvo u cjelini.

doc. dr. sc. **Vlatka Boričević Maršanić**, dr. med., ravnateljica Psihijatrijske bolnice za djecu i mladež u Zagrebu

Priručnik se bavi izuzetno važnom i relevantnom temom promicanja mentalnoga zdravlja učenika koja je nedovoljno zastupljena u hrvatskome odgojno-obrazovnom sustavu te objedinjuje jasne i dobro strukturirane teorijske spoznaje i empirijske nalaze o zdravstvenoj pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih te time otvara put objedinjenom pristupu u okviru zdravstvenoga i obrazovnoga sustava radi osiguravanja dobrobiti djece i mladih. S obzirom na slojevitost i različitost manifestacija u ponašanju povezanih s oštećenjima mentalnoga zdravlja, odnosno problema depresivnosti, suicidalnosti i zlouporabe alkohola autori promišljeno i pažljivo interpretiraju dobivene rezultate i nude smjernice za razvoj edukativnoga programa osposobljavanja odgojno-obrazovnih djelatnika oslanjajući se na primjere dobre prakse u razvijenim zemljama svijeta.

Autori jasno artikuliraju važnost zdravstvene pismenosti za promicanje dobrobiti djece u školskome sustavu, pri čemu valja naglasiti da je to posebice važno kod ranjivih skupina djece, čiji im roditelji nisu u mogućnosti pružiti podršku, pa su odgojno-obrazovni djelatnici možda jedini koji mogu pružiti pravovaljanu pomoć.

Osobito je vrijedan doprinos ovoga istraživanja u normiranju temeljnih znanja o mentalnome zdravlju koja su potrebna odgojno-obrazovnim djelatnicima u pružanju skrbi djeci i mladima, tzv. zdravstvena pismenost...

izv. prof. dr. sc. **Sanja Skočić Mihić**, mag. rehab. educ., Učiteljski fakultet u Rijeci

Teškoće u području mentalnoga zdravlja uvelike narušavaju kvalitetu života učenika, njihov emocionalni i socijalni razvoj te obrazovni napredak. Stoga je iznimno važno educirati odgojno-obrazovne radnike o mentalnome zdravlju, senzibilizirati ih i opremiti alatima koji će im dati sigurnost u tome kako pristupiti učeniku i potaknuti ga na traženje pomoći te kako mu pružiti psihološku prvu pomoć.

Provedeno istraživanje izuzetno je vrijedan doprinos razumijevanju razine zdravstvene pismenosti u području mentalnoga zdravlja učenika osnovnih i srednjih škola. Izvještaj s rezultatima istraživanja vrlo je koristan u praksi i odličan je temelj za razradu programa stručnoga usavršavanja odgojno-obrazovnih radnika, izradu preventivnih programa i osmišljavanje školskih strategija postupanja.

Jadranka Žarković-Pečenković, prof., ravnateljica Agencije za odgoj i obrazovanje, partner u projektu „Živjeti zdravo“