

Mentalno zdravlje kao javnozdravstveni problem

Kadić, Ljiljana

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:185139>

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

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



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**MENTALNO ZDRAVLJE KAO
JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEM**

Završni rad br. 98/SES/2022

Ljiljana Kadić

Bjelovar, rujan 2023.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Ljiljana Kadić**

JMBAG: **0314022706**

Naslov rada (tema): **Mentalno zdravlje kao javnozdravstveni problem**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Javno zdravstvo i zdravstvena zaštita**

Grana: **Javno zdravstvo**

Mentor: **doc. dr. sc. Zrinka Puharić**

zvanje: **profesor visoke škole**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević, predsjednik**
2. **doc. dr. sc. Zrinka Puharić, mentor**
3. **Tamara Salaj, dipl. med. techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 98/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Definirati mentalno zdravlje
2. Objasniti klasifikaciju poremećaja mentalnog zdravlja prema DSM-V
3. Definirati najčešće poremećaje mentalnog zdravlja – anksioznost i depresiju
4. Prikazati prevalenciju najčešćih mentalnih bolesti- anksioznosti i depresije na globalnoj razini, na području Europe i u Republici Hrvatskoj
5. Prikazati važnost očuvanja mentalnog zdravlja
6. Prikazati mjere prevencije poremećaja mentalnog zdravlja
7. Prepoznati probleme vezane za mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika
8. Predložiti rješenja problema vezanih za mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika

Datum: 13.10.2022. godine

Mentor: **doc. dr. sc. Zrinka Puharić**



SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	2
3. METODE	3
4. RASPRAVA.....	4
4.1. Mentalno zdravlje	6
4.2. Poremećaji mentalnog zdravlja.....	9
4.2.1. Klasifikacija i definiranje mentalnih poremećaja.....	10
4.2.2. Učestalost mentalnih poremećaja.....	14
4.2.3. Najčešći poremećaji mentalnog zdravlja – anksioznost.....	16
4.2.4. Najčešći poremećaji mentalnog zdravlja – depresija	18
4.2.5. Drugi česti poremećaji mentalnog zdravlja.....	20
4.2.6. Suicidalnost – javnozdravstveni problem na globalnoj razini	23
4.3. Problem stigme i diskriminacije	24
4.4. Zaštita i očuvanje mentalnog zdravlja	26
4.4.1. Aktivnosti, mjere i programi očuvanja i unaprjeđenja mentalnog zdravlja	27
4.4.2. Javnozdravstveni značaj	28
4.5. Mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika	29
5. ZAKLJUČAK.....	33
6. LITERATURA	34
7. OZNAKE I KRATICE	41
8. SAŽETAK	42
9. SUMMARY	43

1. UVOD

Mentalno (duševno, emocionalno, psihičko) zdravlje može se opisati kao stanje mentalnog blagostanja i dobrobiti koje pojedincu omogućuje da se suoči sa životnim stresovima, ostvari potpune potencijale, postigne željene životne ciljeve i svojim radom kontinuirano doprinese cjelokupnoj zajednici (1). Osim za pojedinca, jedna je od najvažnijih komponenti u razvoju i održivosti društva u cjelini. Promicanje mentalnog zdravlja jedan je od prioriteta svih javnih politika, a provodi se s ciljem podizanja kvalitete života stanovništva (2 – 4). Kao ključni aspekt cjelokupnog zdravlja i dobrobiti, mentalno zdravlje je više od isključive odsutnosti mentalnih poremećaja i predstavlja složeni kontinuum koji se različito percipira od strane svakog pojedinca. Različite percepcije očituju se u različitim kliničkim i društvenim manifestacijama poremećaja i poteškoća mentalnog zdravlja, kao i drugih stanja koja su povezana sa utjecajem različitih stresora, smanjenom funkcionalnošću i kvalitetom života (1).

Dobro mentalno zdravlje opisuje se kao optimalna razina blagostanja i samoaktualizacije, a da bi se isti postigli pojedinac prvenstveno treba ostvariti vlastite potencijale koji se definiraju kroz elemente pozitivnog funkcioniranja. Razina društvenog funkcioniranja također ima važnu ulogu u očuvanju mentalnog zdravlja, odnosno da bi pojedinac postigao mentalno blagostanje on mora optimalno funkcionirati u društvu i osjećati pripadnost zajednici u kojoj živi (5). Razvoj problema mentalnog zdravlja pod utjecajem je niza čimbenika koji međusobnim djelovanjem, no bez obzira na uzrok svaki problem zahtjeva pravovremeno prepoznavanje i liječenje kako bi se postigli pozitivnih ishodi (4, 5)

Problemi mentalnog zdravlja mogu značajno utjecati na smanjenje ukupne kvalitete života (5, 6), povećanje rizika od razvoja zaraznih i nezaraznih bolesti. Također mogu utjecati na povećanje ozljeda, nenamjernih i namjernih (7). Mogu se očitovati kroz niži akademski uspjeh i postignuća te ponašanja koja se karakteriziraju kao ovisnička, agresivna i nasilna (8). Smatraju se jednim od glavnih uzroka invaliditeta i povezani su s visokom stopom siromaštva zbog smanjenje produktivnosti i nemogućnosti zapošljavanja te visokih troškova liječenja i zdravstvene skrbi (9). Poremećaji mentalnog zdravlja smatraju se globalnim problemom koji zahtijeva globalne pristupe u procesu liječenja i prevencije (10). Poremećaji mentalnog zdravlja koji su najučestaliji u svjetskoj populaciji su anksioznost, depresija i poremećaji povezani s konzumacijom alkohola. Procjena i prepoznavanje poremećaja iz ove

domene zdravlja je kompleksna, a liječenje dugotrajno i zahtijeva sveobuhvatan multidisciplinarni pristup (11). Dijagnostički postupak temelji se na detaljnoj osobnoj i obiteljskoj anamnezi i slikovnim pretragama kojima se dobiva uvid u moždane strukture, procjenjuje odstupanje i olakšava postavljanje točne dijagnoze (12).

Osobe s poremećajima i bolestima mentalnog zdravlja smatraju se ranjivom skupinom koja je izložena visokoj stopi stigme i diskriminacije, stoga najčešće ne traže stručnu pomoć što dodatno otežava proces liječenja (13). Uzimajući u obzir visoku razinu osjetljivosti i izražene potrebe, njihova prava regulirana su zakonom i pravnim mehanizmima koji za cilj imaju olakšati rješavanje etičkih dilema i osigurati pravovremenu i adekvatnu zdravstveni zaštitu i skrb. Na području Republike Hrvatske, prava osoba s mentalnim poremećajima i bolestima regulirana su donošenjem Zakona o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama (NN 76/14), kojim su definirani uvjeti, postupci i načela u pristupu i procesu liječenja i osigurana kvalitetna i ravnopravna zdravstvena zaštita (13, 14).

2. CILJ RADA

Cilj rada je objasniti i definirati mentalno zdravlje i poremećaje mentalnog zdravlja kao javnozdravstveni problem. U radu će biti objašnjena klasifikacija mentalnih poremećaja i bolesti i učestalost. Posebno će se prikazati anksioznost i depresija kao najučestaliji mentalni poremećaji i suicidalnost kao najznačajniji javnozdravstveni problem povezan s mentalnim zdravljem. Također, biti će prikazani drugi poremećaji mentalnog zdravlja poput shizofrenije, bipolarnog poremećaja, posttraumatskog stresnog poremećaja, neurorazvojnog poremećaja, poremećaja prehrane, disruptivnog ponašanja i disocijalnog poremećaja i problemi mentalnog zdravlja zdravstvenih djelatnika. Važnost zaštite i očuvanja mentalnog zdravlja i prevencija prikazani su kao važne mjere javnozdravstvenog djelovanja na nacionalnoj i globalnoj razini.

3. METODE

U svrhu izrade ovog završnog rada pretražene su elektroničke baze podataka koje su uključivale; Google znalac, Hrčak, Pubmed, Scopus, EBSCO, NIH (*National Library of Medicine*) i korištenjem internetskih stranica Svjetske zdravstvene organizacije, Javnog zdravstva, Centra za kontrolu i prevenciju bolesti i Američke udruge psihijatara. U pretraživanju statističkih podataka korištene su stranice Our World in data i Global Health Data Exchange (GHDx). Knjige koje su korištene u izradi rada su dostupne u online izdanju. Pretraživanje literature provedeno je prema ključnim riječima za pretraživanje na hrvatskom i engleskom jeziku, koje su uključivale; javno zdravstvo, mentalno zdravlje, poremećaji mentalnog zdravlja, mental health, mental health disorders, public health.

4. RASPRAVA

Mentalno zdravlje predstavlja javnozdravstveni problem na globalnoj razini koji privlači sve veću pozornost istraživača i kreatora javnozdravstvenih politika u cijelome svijetu. Mentalno zdravlje ne uključuje samo tradicionalni fokus na individualne terapijske interakcije, već i nove javnozdravstvene strategije koje su usmjerene na rješavanje problema mentalnog zdravlja. Zdravlje je oblikovano mnoštvom odrednica (npr. genetika, spol, socioekonomski status, obrazovanje, fizičko okruženje, mreže socijalne podrške, pristup zdravstvenim uslugama) koje djeluju na razini pojedinca, obitelji, zajednice, zdravstvenih sustava i cjelokupnog društva. Budući da ove determinante zdravlja utječu ne samo na tjelesno zdravlje nego i na mentalno, u javnom je zdravstvu imperativ steći bolje razumijevanje načina na koje determinante zdravlja utječu na psihološku dobrobit pojedinca, zajednice i društva (15).

Mentalno zdravlje predstavlja esencijalnu komponentu u ostvarivanju ukupnog zdravlja koje se definira kao postizanje potpunog blagostanja i dobrobiti. Potpuno blagostanje pojedinca obuhvaća komponente mentalnog, fizičkog, duhovnog i socijalnog zdravlja. Dobro mentalno zdravlje pojedincu omogućuje produktivnost i ostvarivanje punih potencijala, pozitivno utječe na suočavanje sa stresnim situacijama i omogućuje mu da kontinuirano doprinosi zajednici. Čimbenici koji utječu na mentalno zdravlje različiti su, a razina kvalitete ovisi o uspješnosti zadovoljavanja potreba u svim aspektima života. Ovi se čimbenici mogu podijeliti na biološke, socijalne i psihološke te čimbenike iz okoline. Izloženost stresu, socioekonomski status, loše fizičko zdravlje i nepoštivanje ljudskih prava pojedinca također imaju negativan utjecaj na ukupnu kvalitetu života i dobrobit pojedinca (4).

Mentalno zdravlje kroz aspekte javnog zdravstva uključuje:

- populacijski pristup i liječenje mentalnih poremećaja,
- minimiziranje ili potpuno uklanjanje rizičnih čimbenika,
- prevenciju poremećaja,
- promicanje mentalnog blagostanja.

Ovi pristupi, intervencije i postupci usmjereni su prema djeci, adolescentima, rizičnim skupinama i osobama koje su oboljele od bilo koje vrste mentalnih poremećaja ili bolesti.

Navedene intervencije mogu rezultirati širokim rasponom učinaka čak i u kratkom roku od početka provođenja, no da bi se pozitivni učinci postigli, važno je osigurati dostupnost i jednakost u pristupu neovisno o području stanovanja. Procjena i utvrđivanje potreba za javnozdravstvenim intervencijama u području mentalnog zdravlja predstavljaju važan okvir i mehanizam za smanjenje sve veće učestalosti mentalnih poremećaja na globalnoj razini. Javnozdravstveni pristup temeljen na sveobuhvatnoj procjeni i intervencije temeljene na dokazima doprinose osiguravanju potrebnih resursa na svim razinama (lokalnoj, regionalnoj, nacionalnoj, globalnoj) što posljedično povećava dostupnost usluga i postizanje pozitivnih učinaka (16).

Zaštita mentalnog zdravlja temelji se na provođenju različitih aktivnosti i mjera koje se provode na razini pojedinca, zdravstvenog sustava i cijele zajednice (16, 17). Promocija duševnog zdravlja obuhvaća sve aktivnosti koje potiču podizanje svijesti o važnosti očuvanja dobrog mentalnog zdravlja (2, 17), a primarne, sekundarne i tercijarne mjere prevencije provode se s ciljem smanjenja incidencije poremećaja i posljedičnih komplikacija (4, 17)

Mentalno zdravlje od javnozdravstvenog je značaja jer kao važna komponenta cjelokupno zdravlja predstavlja sigurnost i snagu pojedinca i njegove obitelji. Dobro mentalno zdravlje očituje se karakteristikama zadovoljstva, pozitivnosti, sreće, prihvaćanja, suočavanja, samostalnosti i sposobnosti pojedinca za djelovanje u različitim aspektima života. Narušeno mentalno zdravlje dovodi do razvoja negativnih emocija, očaja, zbunjenosti, gubitka samostalnosti i smanjenje funkcionalnosti pojedinca, što dovodi do potrebe za pomoći od strane drugih osoba. Problemi mentalnog zdravlja ne smiju biti zanemareni jer imaju utjecaj na tjelesno zdravlje, socijalni i društveni život, radnu sposobnost i poslovnu produktivnost pojedinca. Tjelesno i duševno zdravlje povezani su, a problemi s tjelesnim zdravljem mogu uzrokovati probleme duševnog karaktera i suprotno. Povezanost oba aspekta zdravlja i postizanje zdravlja u cjelini važna je komponenta za rast, razvoj i postizanje kvalitete života. Podizanje svijesti o važnosti mentalnog zdravlja, čimbenicima zbog kojih nastaju, simptomima i znakovima kojima se manifestiraju rezultira pravovremenim prepoznavanjem poremećaja i provođenjem adekvatnih intervencija koje smanjuju rizik od posljedičnih komplikacija i poteškoća u ovoj domeni zdravlja (18).

4.1. Mentalno zdravlje

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), mentalno zdravlje se definira kao stanje potpune dobrobiti i blagostanja koje se karakterizira time što pojedinac razumije vlastite sposobnosti, uspješno se suočava sa svakodnevnim životnim stresom, radi produktivno i doprinosi zajednici u kojoj živi (19). Ova definicija po prvi puta pokazuje odstupanja od promatranja koncepta mentalnog zdravlja u smislu odsutnosti mentalne bolesti. Dobro mentalno zdravlje često se povezuje s osjećajem sreće, kontrole nad vlastitim životom, pozitivnim djelovanjem i zadovoljstvom pojedinca, no važno je napomenuti da osobe dobrog mentalnog zdravlja mogu biti tužne, ljute, nezadovoljne i nesretne, jer i pozitivne i negativne emocije su dio svakodnevnog života (20, 21).

Prema SZO glavne karakteristike dobrog mentalnog zdravlja su pozitivne emocije i dobrobit, pozitivno funkcioniranje pojedinca i pozitivno funkcioniranje zajednice (20), a ključne komponente obuhvaćene konceptom mentalnog zdravlja su emocionalno, psihološko i socijalno blagostanje. Emocionalno blagostanje uključuje sreću, interes za život i zadovoljstvo životom. Psihološko uključuje pozitivnu percepciju vlastite osobnosti, samostalnost i funkcionalnost u provođenju obaveza svakodnevnog života, dobre odnose s drugima i pozitivno funkcioniranje u smislu samospoznaje. Društveno blagostanje odnosi se na pozitivno funkcioniranje u smislu društvenih vrijednosti i uključuje društveni doprinos, društvenu integraciju, aktualizaciju, integraciju i koherentnost (20).

Dobro mentalno zdravlje temelji se na šest glavnih elemenata psihološkog blagostanja koji uključuju:

- samoprihvatanje: pozitivan stav prema sebi u prošlosti i sadašnjosti,
- svrha u životu: uvjerenja i stavovi koji su sukladni postavljenim životnim ciljevima i shvaćanju smisla života,
- autonomija: samousmjeravanje vođeno vlastitim standardima koji su prihvaćeni od strane društva,
- pozitivni odnosi s drugima: zadovoljavajući, empatični i osobni odnosi s drugima,
- kontrola okoline: sposobnost upravljanja složenim čimbenicima i utjecajima iz okoline prema vlastitim potrebama,
- osobni rast: uvid u vlastiti potencijal za samorazvoj (5, 20).

Optimalno funkcioniranje u smislu individualnog osjećaja dobrobiti važno je u postizanju društvenog funkcioniranja, sudjelovanja i prihvaćanja od strane društvene zajednice, odnosno u postizanju društvenog blagostanja. Prema literaturi, društveno blagostanje obuhvaća pet dimenzija koje opisuju optimalno funkcioniranje pojedinca u društvenoj sredini i važne su u postizanju i održavanju dobrog mentalnog zdravlja (5).

Dimenzije društvenog blagostanja su:

- društvena koherentnost: biti u stanju dati značenje onome što se događa u društvu,
- društveno prihvaćanje: pozitivan stav prema drugima uz uvažavanje njihovih poteškoća,
- društvena aktualizacija: uvjerenje da zajednica ima potencijala i da se može pozitivno razvijati,
- društveni doprinos: osjećaj da nečije aktivnosti doprinose društvu i da ih društvo cijeni,
- društvena integracija: osjećaj pripadnosti zajednici (5).

Svi navedeni elementi psihološkog i dimenzije društvenog blagostanja mogu se promatrati kao subjektivne procjene u odnosu na ključne komponente definicije pozitivnog mentalnog zdravlja prema SZO (5).

Uzimajući u obzir da na mentalno zdravlje utječu brojni čimbenici i da koncept mentalnog zdravlja ne predstavlja isključivo odsutnost mentalne bolesti, ono se može opisati kao dinamično stanje. Ovo stanje uključuje unutarnju ravnotežu koja pojedincu daje mogućnost da koristi vlastite sposobnosti u skladu s jedinstvenim normama i vrijednostima društva. Društvene vrijednosti u ovom slučaju obuhvaćaju poštovanje i brigu za sebe i druge, prepoznavanje povezanosti među ljudima, poštivanje okoliša te poštivanje vlastitih i tuđih sloboda (16, 20).

Unutarnja ravnoteža postiže se pod utjecajem različitih komponenti mentalnog zdravlja koje u različitom stupnju djeluju na pojedinca. Ove komponente uključuju:

- socijalne i kognitivne vještine,
- sposobnost pojedinca da prepozna, izrazi i modulira vlastite emocije (emocionalna regulacija, samoregulacija emocija),
- sposobnost pojedinca da suosjeća s drugima,

- fleksibilnost pojedinca i razina sposobnosti u procesu suočavanja sa negativnim životnim događajima,
- sposobnost učinkovitog funkcioniranja u različitim društvenim situacijama i ulogama,
- sklad u odnosu između uma i tijela (20).

Socijalne i kognitivne vještine važne su komponente zbog utjecaja na sve domene i aspekte života pojedinca (21). Kognitivne vještine uključuju sposobnost pamćenja, organiziranja informacija i obraćanja pažnje, donošenja odluka i rješavanja problema s kojima se pojedinac svakodnevno suočava. Socijalne vještine uključuju sposobnost korištenja verbalnih i neverbalnih vještina i sposobnosti u komunikaciji i interakciji s drugima i okolinom. Sve navedene sposobnosti su međusobno povezane, ovisne i omogućuju pojedincu funkcioniranje u vlastitoj okolini. Kada se govori o kognitivnim i socijalnim sposobnostima, niska razina bilo koje od navedenih može ukazivati na postojanje blagog do značajnog mentalnog oštećenja (ovisno utjecaju iste na funkcioniranje pojedinca). Umjereni do teški stupnjevi oštećenja sposobnosti značajno smanjuju mogućnost pojedinca da ostvari vlastite potencijale u osobnoj, akademskoj, profesionalnoj i društvenoj domeni funkcioniranja (20).

Emocionalna regulacija je važna komponentom mentalnog zdravlja jer omogućuje pojedincu da se pozitivno suoči sa stresom te smanjuje rizik za razvoj anksioznosti i depresije. Različiti načini moduliranja emocionalnog odgovora koji su promjenjivi doprinose mentalnom zdravlju pojedinca, dok je nemogućnost prepoznavanja i izražavanja vlastitih emocija jedan od čimbenik rizika za razvoj mentalnih poremećaja i bolesti (20).

Empatija ili sposobnost suosjećanja s drugima, doživljavanja i razumijevanja onoga što drugi osjećaju omogućuje pojedincu da ostvari u komunikaciju i interakciju na učinkovite načine. Sposobnost empatije također omogućuje pojedincu da predvidi postupke, namjere i osjećaje drugoga. Nedostatak empatije je čimbenik rizika za nasilno ponašanje i lošu društvenu interakciju na svim razinama te predstavlja karakteristično obilježje antisocijalnog poremećaja ličnosti (20).

Fleksibilnost i sposobnost pojedinca da se suoči s negativnim životnim događajima smatraju se važnim komponentama u očuvanju mentalnog zdravlja. Fleksibilnost se odnosi na:

- sposobnost pojedinca u procesu procjene i određivanja smjera djelovanja u slučaju nepredviđenih poteškoća ili prepreka,

- promjene vlastitih ideja i stavova na temelju iskustva,
- sposobnost prilagodbe promjenama koje se događaju u različitim životnim razdobljima
- sposobnost prilagodbe promjenama u različitim okruženjima i uvjetima (20).

Nedostatak fleksibilnosti može rezultirati značajnim poteškoćama u procesu prilagodbe na neočekivane situacije i događaje u svakodnevnom životu. Kada se govori o negativnim utjecaju nedostatak fleksibilnosti na mentalno zdravlje on se očituje u različitim psihijatrijskim poremećajima, a najizraženiji je kod pacijenata oboljelih od opsesivno kompulzivnog poremećaja (OKP) (20).

Sposobnost funkcioniranja u različitim društvenim ulogama i sposobnost pojedinca da sudjeluje u značajnim društvenim interakcijama važne su komponente u održavanju dobrog mentalnog zdravlja. Ove komponente značajno doprinose sposobnosti pojedinca u suočavanju sa stresom i stvaranju otpornosti u nepovoljnim životnim okolnostima. Nasuprot navedenom, društvena isključenost (socijalna izolacija) i stigmatizacija smanjuju razinu društvenog sudjelovanja pojedinca, što pokazuje važnost procjene obrazaca društvene stigmatizacije, diskriminacije i isključenosti pojedinca u procesu liječenja mentalnih poremećaja i bolesti (20).

Sklad u odnosu između tijela i uma je komponenta mentalnog zdravlja prema kojoj su um, mozak, organizam i okoliš međusobno povezani, a ukupno iskustvo života ne može se odvojiti od načina na koji pojedinac percipira vlastito okruženje i kako se u njemu osjeća. Poremećaji u ovim odnosima mogu rezultirati razvojem niza mentalnih poremećaja i bolesti, od kojih su najčešći poremećaji prehrane, samoozljeđivanje, loše tjelesno zdravlje, tjelesni dismorfični poremećaj i psihotični poremećaj (20).

4.2. Poremećaji mentalnog zdravlja

Koncept mentalnog poremećaja je kompleksan i ne postoji univerzalna i jedinstvena definicija kojom se može obuhvatiti široku skupinu ovih poremećaja. Brojna zdravstvena stanja i bolesti se najčešće definiraju u odnosu na strukturnu patologiju, pojavu simptoma, odstupanje od fiziološki očekivanih mjerenja i etiologiju. Za razliku od navedenog mentalni poremećaji definirani su na temelju niza promjenjivih simptoma i znakova, koji se ne mogu

dokazati fiziološkim mjerenjima i čija se strukturna patologija, vrijeme pojave simptoma i etiologija teško mogu utvrditi (22, 23).

Svaki mentalni poremećaj opisan je kao klinički značajan psihološki i/ili bihevioralni sindrom ili obrazac koji ima slijedeće karakteristike:

- uzrokuje značajan distress (npr. bolni simptom) ili invaliditet (npr. oštećenje jednog ili više područja koje utječe na funkcionalnost pojedinca) ili sa značajno povećanim rizikom od gubitka temeljnih sloboda ili boli ili invaliditeta ili smrti,
- nije isključivo očekivana i kulturno odobrena reakcija pojedinca na određenu situaciju ili događaj,
- bez obzira na temeljni uzrok, postojanje znakova i simptoma u realnom vremenu se treba smatrati kao manifestacija biološke ili bihevioralne ili psihološke disfunkcije pojedinca (odražava temelju psihološku i biološku disfunkciju),
- devijantno ponašanje (npr. seksualno, ili političko ili vjersko) i sukobi koji se primarno događaju između pojedinca i društva ne smatraju se mentalnim poremećajima osim u slučaju kada je sukob ili devijantnost simptom ili znak disfunkcije pojedinca,
- može se potvrditi korištenjem jednog ili više skupova dijagnostičkih kriterija i instrumenata (23).

Osnovna karakteristika mentalnih poremećaja je klinički značajan poremećaj u domeni emocionalne regulacije, kognicije ili ponašanja, a najčešće se povezuju s oštećenjem ključnih područja funkcioniranja i distressom. Postoji mnogo različitih vrsta mentalnih poremećaja, a u literaturi se također opisuju kao stanja mentalnog zdravlja. Ovaj pojam je značajno širi i obuhvaća pokriva mentalne poremećaje, psihosocijalne nedostatke i (druga) mentalna stanja povezana sa značajnim stresom, oštećenjem funkcioniranja ili rizikom od samoozljeđivanja (24).

4.2.1. Klasifikacija i definiranje mentalnih poremećaja

Definiranje bolesti prema određenim kriterijima omogućuje njihovu klasifikaciju na način koji je sukladan javnozdravstvenim, epidemiološkim potrebama, a bolesti se klasificiraju u sukladno Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih stanja (MKB-10) koja je

odobrena od strane SZO (25). Međunarodna klasifikacija bolesti, 11 revizija (MKB-11) dostupna je od 1.1.2022. godine i u ovoj verziji je poboljšana proces prikupljanja podataka u području mentalnog zdravlja u svrhu povećanja razine sigurnosti prilikom pružanja zdravstvene zaštite i skrbi kod poremećaja mentalnog zdravlja (26, 27). Mentalni poremećaji i bihevioralni poremećaji u klasifikaciji se označavaju jedinstvenim oznakama u rasponu od F00 do F99 (28). Osim navedene klasifikacije, mentalni poremećaji i bolesti klasificiraju se i prema Dijagnostičko statističkom priručniku za mentalne bolesti (DSM-V) (29).

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-V) najčešće je prihvaćena nomenklatura mentalnih poremećaja i bolesti i najčešće koristi u praktičnom i istraživačkom radu. U klasifikaciji prema kriterijima definiranim u DSM-V može se uočiti pomak na dimenzionalni pristup u odnosu na tradicionalni kategorijalni pristup klasifikaciji. Jasno i sažeto definirani kriteriji u klasifikaciji povećavaju razinu objektivnosti u procesu procjene znakova i simptoma niza različitih kliničkih stanja mentalnog zdravlja na svim razinama zdravstvene zaštite i u različitim okolnostima (27,30).

Prema MKB-10 mentalni poremećaji označavaju se oznakom F i pripadajućim brojem ovisno o vrsti poremećaja i njegovoj kategorizaciji. Mentalni poremećaji koji su označeni oznakama od F00 do F09 obuhvaćaju mentalne poremećaje uzrokovane prisutnošću organskih uzroka povezanih sa moždanim funkcijama (27, 30).

Oznake F10 do F19 obuhvaćaju poremećaje koji su nastali kao posljedica konzumacije psihoaktivnih tvari, a unutar ovog raspona oznaka poremećaji su definirani u odnosu na težinu kliničke slike. Ovi poremećaji mogu se razviti uslijed neracionalnog konzumiranja ili korištenja lijekova koji se propisuju na recept, no poremećaji se također razvijaju i uslijed konzumacije zabranjenih supstanci na neracionalan način. U procjeni i postavljanju dijagnoze ključni korak je identifikacija vrste i količine tvari (ili više vrsta tvari) koja je dovela do razvoja simptoma i znakova poremećaja, što se postiže prikupljanjem detaljnih anamnestičkih podataka iz primarnih, sekundarnih i tercijarnih izvora. Osim detaljne anamneze, utvrđivanje vrste i količine konzumirane tvari također se postiže provođenjem specifičnih dijagnostičkih pretraga i laboratorijskih testova. Važno je napomenuti da ovaj raspon oznaka u klasifikaciji ne obuhvaća mentalne poremećaje koji su uzrokovani tvarima koje se nisu u kategoriji tvari koje izazivaju ovisnost (obuhvaćeni su kategorijom F50 do F59) (27, 30).

Shizofrenija, shizoafektivni, shizotipni, psihotični, perzistirajući sumanuti i inducirani sumanuti poremećaji obuhvaćeni su oznakama od F20 do F29. Osim poremećaja koji su navedeni, ova kategorija također obuhvaća nespecificiranu neorgansku psihozu i ostale psihotične poremećaje kod kojih se ne može utvrditi organski uzrok (27, 30).

Poremećaji raspoloženja ili afektivni poremećaji pripadaju kategoriji koja se označava oznakama od F30 do F39. Poremećaji ove kategorije karakteriziraju se previše povišenim ili previše sniženim raspoloženjem, koje značajno utječe na sposobnost pojedinca u izvođenju svakodnevnih životnih aktivnosti. Neovisno o kojim poremećajima se govori oni najčešće dovode do razvoja depresije koja se povezuje s osnovnim uzrokom događaja, što je u ovom slučaju najčešće izloženost stresnom događaju (27, 30).

Neurotični i somatoformni poremećaji i poremećaji povezani sa negativnim utjecajem stresa pripadaju kategoriji koja se označava oznakama u rasponu od F40 do F48. U ovoj kategoriji se također nalaze i poremećaji prilagodbe i stanja koja su nastala kao rezultat neadekvatne reakcije pojedinca na stres. Ova kategorija obuhvaća reakcije na teški stres, fobične i druge anksiozne poremećaje, OKP, disocijativni i konverzijski poremećaj i ostale nepsihotične mentalne poremećaje (27, 30).

Kategorija poremećaja koja je obuhvaćena oznakama od F50 do F59 označava bihevioralne sindrome koji su povezani s utjecajima fizičkih i fizioloških promjena i poremećaja. Poremećaji koji se nalaze u ovoj kategoriji su poremećaji u prehrani, neorganski poremećaji spavanja, sekundarne disfunkcije uzrokovane neorganskim uzrocima, mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja koji su povezani s puerperijem i nisu svrstani drugamo. Ova kategorija također obuhvaća poremećaje izazvane tvarima koje ne izazivaju ovisnosti i psihološke čimbenike i čimbenike ponašanja koji imaju značajnu ulogu u etiologiji razvoja fizičkih poremećaja te nespecifične sindrome ponašanja koji su povezani s fizičkim čimbenicima i fiziološkim poremećajima (27, 30).

Mentalni poremećaji koji se karakteriziraju kao trajni bihevioralni poremećaji smatraju se klinički važnim stanjima ponašanja i stanja koja se smatraju klinički važna jer predstavljaju stil i način življenja pojedinca i njegove odnose prema drugima i okolini. Ovi se poremećaji u klasifikaciji označavaju oznakama u rasponu od F60 do F69. Utjecaj čimbenika iz okoline na razvoj ovih poremećaja je važan jer okolinski čimbenici imaju ključnu ulogu u oblikovanju ličnosti. Osim čimbenika iz okoline, ličnost pojedinca također se oblikuje pod utjecajem genetike. Ova kategorija obuhvaća specifične poremećaje ličnosti, ponašanja

(ostali, nespecificirani), impulsa, spolnog identiteta i ličnosti te parafiliju i druge seksualne poremećaje, koji se rano manifestiraju jer se karakteristike ličnosti pojedinca mogu prepoznati u najranijem djetinjstvu (27, 30).

Mentalni poremećaji koji su okarakterizirani kao intelektualne teškoće razvijaju se uslijed oštećenja motorike, ponašanja, sposobnosti ostvarivanja, mišljenja i govora. Navedeni poremećaji manifestiraju se tijekom razvoja, a postavljanje dijagnoze i procjena i stupnja oštećenja temelji se na rezultatima testiranja korištenjem standardiziranih ljestvica i skala za procjenu u realnom vremenu. Intelektualne teškoće se označavaju oznakama u rasponu od F70 do F79. Uzimajući u obzir da su intelektualne teškoće najčešće prisutne istovremeno s brojnim drugim mentalnim poremećajima, tijekom dijagnostičkog postupka obavezno se koriste i oznake drugih kategorija (dodatne oznake) kako bi se prikazalo stvarno stanje pacijenta. U ovoj su kategoriji poremećaji koji obuhvaćaju lagane do teške intelektualne teškoće, te druge i neodređene intelektualne teškoće (27, 30).

Mentalna stanja koja se odnose na psihološke aspekte razvoja pojedinca i kod kojih se uočavaju karakteristike poput zaostatka u razvoju, ranog početka pojave simptoma i znakova i kontinuirano pogoršanje, pripadaju kategoriji koja se označava oznakama u rasponu od F80 do F89. Značajna prednost u liječenju ovih poremećaja je mogućnost ranog prepoznavanja što smanjuje brzinu pogoršanja stanja i rizik od neželjenih ishoda. Kod ove kategorije poremećaja određeni nedostaci prisutni su tijekom čitavog života. U ovoj su kategoriji specifični razvojni poremećaji govora, jezika, učenja i motoričkih funkcija, pervazivni razvojni poremećaj, ostali i nespecificirani poremećaji psihičkog razvoja (27, 30).

Mentalna stanja i poremećaji koji se karakteristično javljaju u razdoblju djetinjstva i adolescencije, a odnose se na poremećaje osjećaja i ponašanja, prema klasifikaciji se označavaju oznakama u rasponu od F90 do F98. Ova kategorija poremećaja obuhvaća poremećaje pažnje i hiperaktivnosti, ponašanja i socijalnog funkcioniranja, poremećaje u kojima je dominantna manifestacija nekog od oblika tikova te ostale poremećaje ponašanja i emocionalne poremećaje koji imaju početak prije ulaska u odraslu životnu dob (27, 30).

Dijagnostičko statistički priručnik za mentalne poremećaje , peto izdanje (DSM-V) je priručnik koji klasificira mentalne poremećaje prema dimenzionalnom pristupu (za razliku od kategoričkog) i kroz sažete i jasne kriterije olakšava procjenu simptoma i znakova određenog kliničkog stanja u različitim okolnostima. Prema DSM-V psihijatrijske bolesti se

smatraju opisnim i definira se tako što se opisuje priroda, vremenski raspon i težina određenog sindroma unutar okvira određenog poremećaja (dijagnostičko poglavlje). Prema DSM-V u definiranju dijagnoze često se uključuju diferencijalna dijagnoza, predisponirajući zaštitni ili ranjivi čimbenici te čimbenici provokacije ili održavanja unutar dijagnostičkog poglavlja.

poremećaji mentalnog zdravlja klasificiraju se prema dijagnostičkim poglavljima koja uključuju:

- neurorazvojni poremećaji,
- spektar shizofrenije i drugi psihotični poremećaji,
- bipolarni i srodni poremećaji,
- depresivni poremećaji,
- poremećaji anksioznosti,
- opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji,
- poremećaji povezani s traumom i stresom,
- disocijativni poremećaji,
- somatski simptom i srodni poremećaji,
- poremećaji hranjenja i prehrane,
- eliminacijski poremećaji,
- poremećaji spavanja i budnosti,
- seksualne disfunkcije,
- rodna disforija,
- disruptivni poremećaji, poremećaji kontrole nagona i ponašanja,
- poremećaji ovisnosti povezani s ovisnošću,
- neurokognitivni poremećaji,
- poremećaji osobnosti,
- parafilni poremećaji,
- drugi mentalni poremećaji (29).

4.2.2. Učestalost mentalnih poremećaja

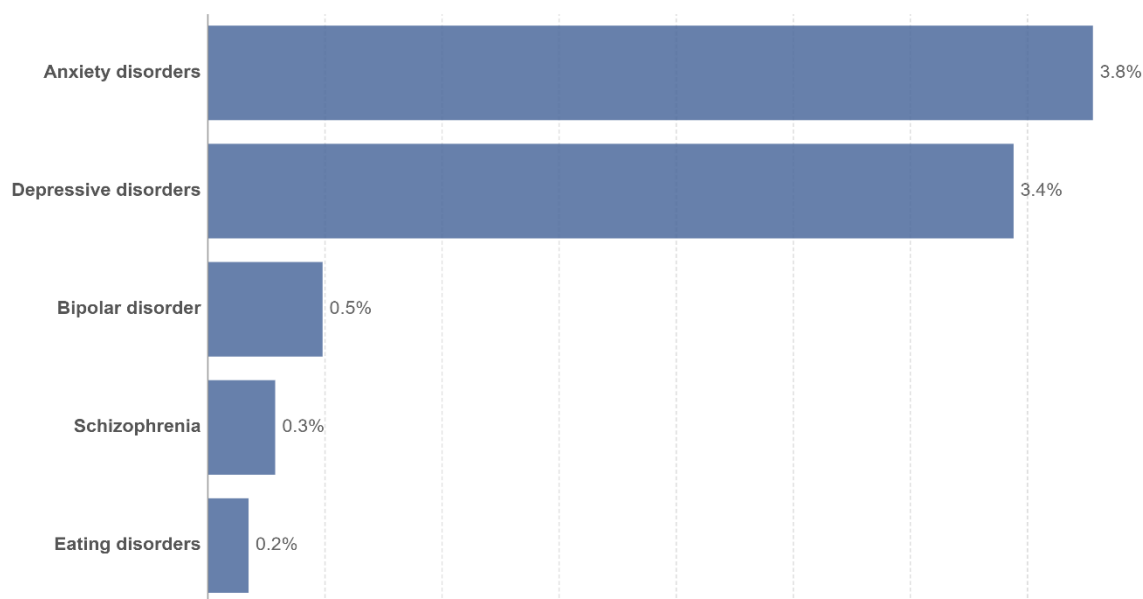
U 2019. godini, jedna od osam osoba (oko 970 milijuna ljudi) diljem svijeta živjelo je s mentalnim poremećajem, pri čemu su anksiozni i depresivni poremećaji najčešći (33). U

2020. godini broj osoba s anksioznim i depresivnim poremećajima porastao je, što se smatra posljedicom pandemije bolesti COVID-19. Početne procjene pokazale su porast učestalosti anksioznih poremećaja za 26 %, a depresije za 28 % u prvoj godini od početka pandemije (34). Iako postoje učinkovite mogućnosti prevencije i liječenja, većina ljudi s mentalnim poremećajima nema pristup učinkovitoj skrbi. Mnogi ljudi također doživljavaju stigmatu, diskriminaciju i kršenja ljudskih prava (24).

Prema dostupnim podacima o učestalosti mentalnih poremećaja i bolesti koji se temelje na reprezentativnim istraživanjima, medicinskim podacima i statističkom modeliranju, 3,8 % svjetske populacije je u 2019. godini bolovalo od anksioznosti, a 3,4 % od depresije (Slika 4.1.).

Mental illnesses prevalence, World, 2019

The estimated share of people with each mental illness in a given year, whether or not they were diagnosed, based on representative surveys, medical data and statistical modeling.



Source: IHME, Global Burden of Disease (2019)

OurWorldInData.org/mental-health • CC BY

Slika 4.1. Učestalost mentalnih bolesti i poremećaja u svijetu (31)

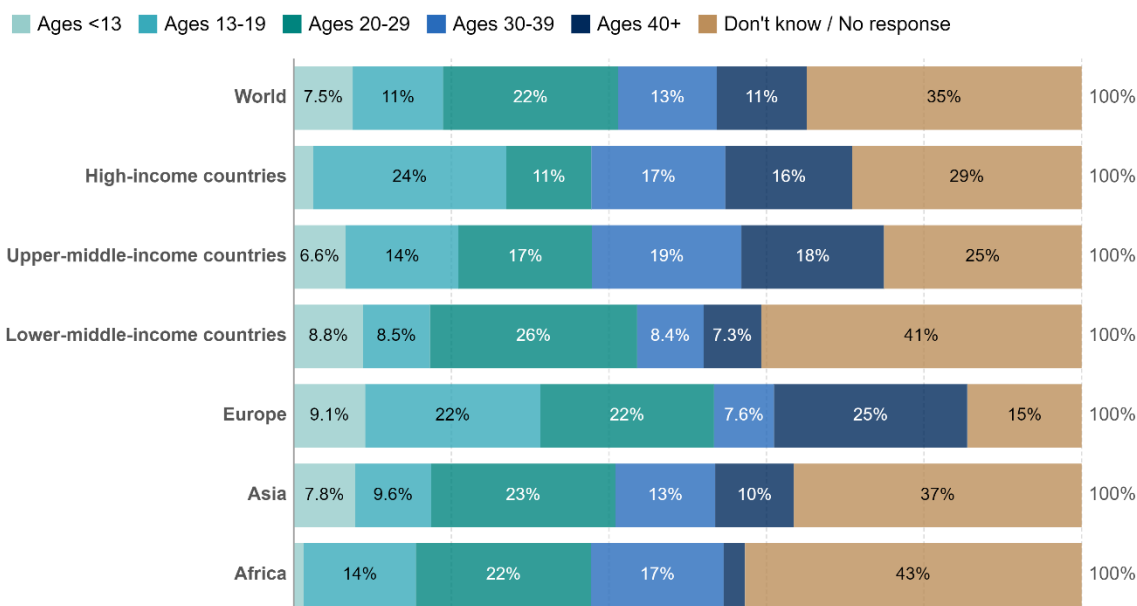
Isti podaci pokazuju da je učestalost depresivnog poremećaja u ukupnoj populaciji najveća na području Afrike i procijenjena je na 4,5 %, dok je učestalost anksioznosti najviša u Americi i procijenjena je na 5,5 %. Na Europskom području učestalost depresije iznosi 3,6 %, a anksioznosti 4,6 % do 5,2 % (ovisno o regiji) u ukupnoj populaciji. U Republici Hrvatskoj stopa učestalosti depresije iznosi 3,0 %, a anksioznosti 3,6 % (31).

Poremećaji mentalnog zdravlja mogu se javiti neovisno o životnoj dobi, a podaci o vremenu pojave prvih simptoma dostupni su za anksioznost i depresiju u 2020. godini na globalnoj razini. Podaci su prikupljeni kroz istraživanja koja su procjenjivala pojavu simptoma i znakova anksioznosti i depresije po prvi puta u životu u razini da pojedinac ne može nastaviti svakodnevne aktivnosti kao što bi ih inače radili (Slika 4.2.).

Age when first had anxiety or depression, 2020



Respondents who reported that they 'felt so anxious or depressed that they could not continue their regular daily activities as they normally would for two weeks or longer' were asked what age they were when they first felt this way.



Source: Wellcome Global Monitor (2021)

OurWorldInData.org/mental-health • CC BY

Slika 4.2. Životna dob pojave anksioznosti i depresije (31)

4.2.3. Najčešći poremećaji mentalnog zdravlja – anksioznost

U 2019. godini oko 301 milijun osoba na globalnoj razini je živjelo s anksioznim poremećajem, od kojih je oko 58 milijuna adolescenata i djece (32). Anksiozni poremećaji karakterizirani su pretjeranim strahom i zabrinutošću i s njima povezanim poremećajima ponašanja. Simptomi su dovoljno jaki da rezultiraju značajnim stresom ili značajnim oštećenjem funkcioniranja.

Postoji nekoliko različitih vrsta anksioznih poremećaja, od kojih su najčešći:

- generalizirani anksiozni poremećaj (karakteriziran pretjeranom brigom),
- panični poremećaj (karakteriziran napadima panike),
- socijalni anksiozni poremećaj (karakteriziran pretjeranim strahom i zabrinutošću u društvenim situacijama),
- poremećaj tjeskobe zbog odvajanja (karakterizirani pretjeranim strahom ili tjeskobom zbog odvajanja od onih osoba s kojima osoba ima duboku emocionalnu vezu) (24).

Anksioznost se povezuje sa značajnom razinom straha i manifestira se kao karakteristično stanje raspoloženja koje je usmjereno na buduće događaje i temelji se na složenom i međusobno povezanom kognitivnom, afektivnom, fiziološkom i bihevioralnom sustavu odgovora. Ovaj sustav odgovora događa se kao priprema pojedinca za događaje ili okolnosti koje očekuje i koje percipira kao prijeteće (33, 34).

Patološka anksioznost se razvija u situacijama u kojima pojedinac precjenjuje percipiranu prijetnju ili pogrešno procjenjuje opasnost situacije što posljedično dovodi do pretjeranih i neprikladnih odgovora (33, 35). Anksioznost se može razviti kao posljedica interakcije biopsihosocijalnih čimbenika, genetske predispozicije u kombinaciji sa stresnim ili traumatičnim iskustvima. Čimbenici koji utječu na razvoj anksioznog poremećaja mogu uključivati traumu, konzumaciju lijekova, biljnih preparata, zlouporabu supstanci, negativna iskustva iz djetinjstva i panični poremećaj (36).

U liječenju akutne anksioznosti često se primjenjuje terapija benzodiazepinom, dok se kronična anksioznost liječi primjenom farmakoterapije ili psihoterapije ili kombinacijom navedenih metoda. Jedan od najučinkovitijih oblika psihoterapije je kognitivno-bihevioralna terapija. Ovaj oblik terapije predstavlja strukturiran, ciljno orijentiran i didaktički oblik liječenja koji je usmjeren na pomoć pojedincu u prepoznavanju i modificiranju karakterističnih neprilagodljivih obrazaca razmišljanja i uvjerenja koji pokreću i održavaju simptome anksioznog poremećaja. Kognitivno-bihevioralna terapija usmjerena je na izgradnju bihevioralnih vještina koje su ključne za razvoj vještina primjerenog ponašanja i reagiranja u različitim situacijama koje izazivaju tjeskobu. Terapija izlaganjem provodi se s ciljem usmjeravanja pojedinca na suočavanje sa situacijama koje izazivaju tjeskobu i podražajima koje obično izbjegavaju i važna je u usvajanju učinkovitih metoda suočavanja. Ova vrsta terapije rezultira smanjenjem simptoma tjeskobe jer omogućuje pojedincu da

shvati i razumije da zbog svoje tjeskobe doživljava lažne uzbune i da se ne mora bojati situacija ili podražaja koje percipira kao štetne već s istima treba učinkovito suočiti. (37, 38).

4.2.4. Najčešći poremećaji mentalnog zdravlja – depresija

U 2019. godini 280 milijuna ljudi živjelo je s depresijom, a u ukupnom broju oko 23 milijuna oboljelih su djeca i adolescenti (32). Depresija se razlikuje od klasičnih promjena u raspoloženju i kratkotrajnih emocionalnih odgovora na svakodnevne situacije i izazove. Tijekom depresivne epizode, pojedinac doživljava depresivno raspoloženje ili gubitak interesa ili zadovoljstva za aktivnosti, što se karakteristično događa veći dio dana, gotovo svaki dani u razdoblju koje traje najmanje dva tjedna (24).

Razvoj depresije pod utjecajem je brojnih čimbenika koji su povezani s okolinom i genetikom. Postojanje genetske predispozicije povećava rizik za razvoj depresije do tri puta u odnosu na rizik prisutan kod osoba kod kojih je obiteljska anamneza negativna na depresiju. Kod osoba koje nemaju genetsku predispoziciju, razvoj depresije objašnjava se utjecajem okoline. Genetski predisponirana depresija najčešće ima kasni početak i javlja se u starijoj životnoj dobi (39, 40). Starija životna dob smatra se potencijalnim biološkim čimbenikom za razvoj depresije jer se neurodegenerativne bolesti, makularna degeneracija, kronična bol, karcinomi, epilepsija, multipla skleroza i cerebrovaskularni inzult, što su karakteristična stanja u starijoj životnoj dobi, povezuju s većom učestalošću depresije. Određeni životni događaji također se smatraju čimbenicima koji mogu potaknuti razvoj depresije. Ovi životni događaji uključuju događaje povezane s doživljavanjem velike količine stresa, poput gubitka životnog partnera ili bliske osobe, probleme financijske prirode, umirovljenje, povećane potrebe za zdravstvenom skrbi te smanjenju društvena podršku, sukobe i poteškoće u stvaranju međuljudskih odnosa (39 – 41).

Uzimajući u obzir složenost poremećaja i multifaktorske čimbenike, patofiziologiju depresije nemoguće je precizno definirati. Kompleksna interakcija između regulacije receptora i dostupnosti neurotransmitera, uključujući i osjetljivost pojedinca, ključni su u razvoju afektivnih simptoma, a poremećaji u aktivnosti serotonina jedan je od najvažnijih prediktora za razvoj depresije (41).

Procjena prisutnosti depresije prvenstveno zahtjeva procjenu neurodegenerativnih simptoma poput apetita, razine energije i obrazaca spavanja. Prethodnim utvrđivanjem prisutnost

poremećaja u navedenim obrascima, provode se dodatna ispitivanja usmjerena na karakteristične znakove i simptome depresije, koji su definirani prema DSM-V. Devet je temeljnih simptoma koji karakteriziraju depresivne poremećaje, a prema smjernicama, minimalno pet potvrđenih ukazuje na prisutnost depresije. Temelj za dijagnozu je prisutnost depresivnog raspoloženja, gubitak interesa i zadovoljstva, a ostali mogući simptomi uključuju:

- poremećaj pažnje i koncentracije,
- promjene u obrascu prehrane i u tjelesnoj težini,
- poremećaje psihomotorike,
- promjene u razini umora i energije,
- osjećaji bezvrijednosti i krivnje,
- poremećaji spavanja,
- prisutnost suicidalnih misli (42).

U procesu procjene depresije važno je provesti i procjenu rizika za samoubojstvo, a u slučaju utvrđenog rizika provodi se hospitalizacija ili se pristupa kontinuiranom ambulantnom praćenju pacijenta. Tijekom prikupljanja podataka važno je ispitati obiteljsku anamnezu (genetska predispozicija za depresiju), vrste i učestalost uzimanja lijekova, socijalnu anamnezu (fokus na stresore), te prisutnost pretjerane konzumacije alkohola ili drugih štetnih supstanci (41). Dijagnostička obrada i potvrda depresije se temelji na fizikalnom pregledu i anamnezi, jer precizni dijagnostički testovi još uvijek na postoje, no provodi se laboratorijska dijagnostika i radiološke pretrage u svrhu isključivanja drugih bolesti i zdravstvenih stanja. Magnetska rezonanca (MR) i kompjuterizirana tomografija (CT) se provode u svrhu isključivanja organskih moždanih sindroma (43). Procjena težine simptoma provodi se korištenjem upitnika poput Beckovog inventara depresije (engl. *Beck's Depression Inventory*, BDI), Zungove skale samoprocjene depresije (engl. *Zung Self Rating Depression Scale*), Hamiltonove skale (engl. *Hamilton Depression Scale*, Ham-D), Upitnika za depresiju (engl. *Patient Health Questionnaire*, PHQ-9), a u populaciji starijih osoba koristi se Gerijatrijska skala depresije (engl. *Geriatric Depression Scale*, GDS) (46 – 46).

Liječenje depresije provodi se primjenom farmakoloških i nefarmakoloških metoda liječenja. Psihoterapija predstavlja najčešću metodu izbora jer pridonosi ublažavanju simptoma depresije, a obuhvaća interpersonalnu i kognitivno-bihevioralnu terapiju. Kombiniranjem različitih metoda liječenja postižu se pozitivni ishodi, kvaliteta života

bolesnika se povećava, a samim tim i suradljivost u liječenju, što je osnovna komponenta adekvatnog liječenja (47). Kod bolesnika kod kojih se lijekovima ne postižu željeni rezultati preporučuje se elektrokonvulzivna terapija (41, 48).

Depresija je česta pojava kod starije populacije jer potencijalno važni čimbenici rizika, kao što su žalovanje, socijalna izolacija, tjelesno oštećenje i somatske bolesti, prisutniji su u starijoj dobi u odnosu na mlađu životnu dob (49). Ako se ne prepozna pravovremeno, depresija u kasnoj životnoj dobi povećava morbiditet, dovodi do niže kvalitete života, veće stope smrti uslijed samoubojstva i drugih uzroka (kardiovaskularne i neurološke bolesti) (50). S obzirom da je terapija depresivnih poremećaja u starijoj dobi učinkovita, što se posebno odnosi na kombiniranu farmakološku terapiju i psihoterapiju (51), važno je rano otkrivanje depresivnih poremećaja i pravovremeni početak provođenja odgovarajuće terapije. Znanje o prediktorima za razvoj depresije kod osoba starije životne dobi može pomoći u identificiranju visokorizičnih skupina kako bi se smanjili čimbenici rizika i provele individualne intervencije (50, 52).

Rizik za razvoj depresije je određen skupom čimbenika koji se razlikuju od pojedinca do pojedinca, a kombinacija stresnih događaja i pojedinačni rizik preduvjeti za razvoj psihičkog poremećaja (50, 52). Stanja mentalnog zdravlja nalaze se među vodećim uzrocima godina proživljenih s invaliditetom, a depresija je najčešće onesposobljavajuće stanje mentalnog zdravlja čija se učestalost povećava nakon 60. godine života. Depresija u kasnoj životnoj dobi povezana je sa složenim komorbiditetima i kroničnim tijekom simptoma i invaliditetom (53), no također se povezuje s demencijom na način da depresija u mlađoj životnoj dobi predstavlja prediktor za razvoj demencije u starijoj životnoj dobi, no također može biti i simptom demencije (54). Kada se govori o demenciji kod čak 65 % osoba starije životne dobi paralelno se javljaju simptomi i depresije i anksioznosti (55, 56). Psihološki čimbenici i čimbenici povezani s osobnim razvojem ublažavaju karakteristike i posljedice psihičkog poremećaja, uključujući i depresije (50, 52).

4.2.5. Drugi česti poremećaji mentalnog zdravlja

Bipolarni poremećaj je poremećaj s kojim je u 2019. godini živjelo oko 40 milijuna ljudi (57). Osobe s bipolarnim poremećajem doživljavaju izmjenu depresivnih epizoda s razdobljima maničnih simptoma. Tijekom depresivne epizode, pacijent s bipolarnim

poremećajem doživljava raspoloženje koje se manifestira simptomima depresije (gubitak interesa i motivacije, osjećaj tuge, praznine, razdražljivosti) tijekom većeg dijela dana i gotovo svaki dan. Manični simptomi mogu uključivati povećanu aktivnost ili energiju, brzi tijek misli, pričljivost, euforiju, razdražljivost, impulzivno nepromišljeno ponašanje, povećano samopoštovanje i samopouzdanje, smanjenu potrebu za snom, rastresenost. Osobe s bipolarnim poremećajem imaju povećan rizik od samoubojstva. Učinkovite mogućnosti liječenja postoje i uključuju psihoedukaciju, smanjenje stresa i jačanje društvenog funkcioniranja te primjenu farmakološke terapije (24).

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i drugi mentalni poremećaji koji su karakteristični za okruženja u kojima se događaju različiti sukobi (58). PTSP se može razviti nakon izlaganja izrazito traumatičnom ili prijetećem događaju ili nizu takvih događaja. Može se učinkovito liječiti primjenom farmakoloških i nefarmakoloških metoda liječenja. Karakterizira ga prisutnost svih slijedećih simptoma koji traju najmanje tjedan dana i uzrokuju značajno oštećenje funkcioniranja pojedinca:

- ponovno proživljavanje traumatičnog događaja ili događaja u sadašnjosti (nametljiva sjećanja, bljeskovi ili noćne more),
- izbjegavanje misli i sjećanja na događaj(e) i/ili izbjegavanje ljudi ili aktivnosti ili situacija koji podsjećaju na događaj(e),
- percepcija povećane prijetnje u realnom vremenu (24).

Shizofrenija pogađa oko 24 milijuna (1 od 300) osoba u ukupnoj svjetskoj populaciji (32). Osobe sa shizofrenijom imaju očekivani životni vijek 10 do 20 godina kraći od opće populacije (59). Shizofreniju karakteriziraju značajna oštećenja percepcije i promjene u ponašanju. Simptomi mogu uključivati trajne deluzije, halucinacije, neorganizirano razmišljanje i ponašanje i ekstremnu uznemirenost. Osobe sa shizofrenijom mogu imati trajne poteškoće u kognitivnom funkcioniranju, no postoji niz učinkovitih mogućnosti liječenja, uključujući lijekove, psihoedukaciju, obiteljske intervencije i psihosocijalnu rehabilitaciju (24).

Kada se govori o poremećajima prehrane, oko 14 milijuna ljudi u svijetu je u 2019. godini imalo neki od oblika poremećaja, a ukupni broj uključuje gotovo tri milijuna djece i adolescenata (32). Poremećaji prehrane uključuju abnormalan obrazac prehrane i pretjeranu zaokupljenost hranom, kao i izražene probleme s tjelesnom težinom i vanjskim izgledom.

Simptomi ili ponašanja povezani s poremećajima prehrane rezultiraju značajnim rizikom ili oštećenjem zdravlja ili značajnim oštećenjem funkcioniranja. Anoreksija nervoza često ima početak tijekom adolescencije ili rane odrasle dobi i povezana je s preranom smrću zbog komplikacija povezanih sa lošim općim stanjem ili samoubojstva. Osobe s bulimijom nervozom imaju značajno povećan rizik od upotrebe supstanci, suicidalnosti i zdravstvenih komplikacija. Postoje učinkovite mogućnosti liječenja, od kojih se najčešće preporučuju i provode obiteljsko liječenje i kognitivno-bihevioralna terapija (24).

Disruptivno (ometajuće) ponašanje i disocijalni poremećaji su poremećaji s kojima je u 2019. godini živjelo oko 40 milijuna ljudi, uključujući djecu i adolescente (32). Disruptivno ponašanje i disocijalni poremećaji karakterizirani su trajnim problemima u ponašanju kao što su uporan prkos ili neprimjereno ponašanje koje uporno krši temeljna prava drugih ili osnovne društvene norme, pravila ili zakone koji se smatraju primjernima dobi. Početak disruptivnih i disocijalnih poremećaja je najčešći u djetinjstvu, no može se javiti i u drugim razdobljima života. Za ove poremećaje postoje učinkovite metode liječenja, no učinkovitost se postiže samo uz aktivno sudjelovanje roditelja, skrbnika, članova obitelji i učitelja u psihološkim tretmanima koji su usmjereni na kognitivno rješavanje problema ili trening društvenih vještina (24).

Neurorazvojni poremećaji su poremećaji ponašanja i kognitivni poremećaji koji nastaju tijekom razvojnog razdoblja i uključuju poteškoće u stjecanju i izvršavanju specifičnih motoričkih, intelektualnih, jezičnih ili društvenih funkcija. Ovi poremećaji uključuju poremećaje intelektualnog razvoja, poremećaje iz spektra autizma i poremećaj pažnje s hiperaktivnošću (ADHD). ADHD je karakteriziran trajnim obrascem nepažnje i/ili hiperaktivnosti-impulzivnosti i ima izravan negativan učinak na akademsko, profesionalno ili društveno funkcioniranje pojedinca. Poremećaje intelektualnog razvoja karakteriziraju značajna ograničenja u adaptivnom ponašanju i intelektualnom funkcioniranju, što uključuje poteškoće sa svakodnevnim pojmovnim, socijalnim i praktičnim vještinama svakodnevnog života. Poremećaji iz autističnog spektra su raznolika skupina stanja u kojima je prisutan određeni stupanj poteškoća u društvenoj komunikaciji i recipročnoj društvenoj interakciji. Poremećaji iz autističnog spektra karakteriziraju se ograničenim, ponavljajućim i nefleksibilnim obrascima ponašanja, interesa ili aktivnosti. Metode liječenja ovih poremećaja mogu biti učinkovite i uključuju provođenje psihosocijalnih intervencija, radne i govorne terapije. Također se primjenjuju metode farmakološkog liječenja, odnosno

primjena lijekova koji a cilj imaju smanjenje simptoma i manifestacija poremećaja. Odabir metode liječenja ovisi o težini poremećaja, dobnoj skupini (24).

4.2.6. Suicidalnost – javnozdravstveni problem na globalnoj razini

Samoubojstvo ili suicid je složen osobni i sociološki fenomen koji predstavlja deseti vodeći uzrok smrti u svim dobnim skupinama. Najčešći način suicida kod žena je trovanje, a kod muškaraca korištenje vatrenog oružja. Predstavlja najčešće psihijatrijsko hitno stanje s kojim se susreću pružatelji zdravstvene zaštite (60, 61). Prevencija suicida prioritet je javnozdravstvenih sustava, a učinkovitost se postiže pravovremenom identifikacijom rizičnih osoba. Najveći broj osoba koje počine suicid prethodno koriste zdravstvene usluge, bez obzira na postojanje poremećaja mentalnog zdravlja u anamnezi (61). Probir i procjena rizika najčešće su usmjereni na pacijente s depresijom, no poteškoće u probiru predstavlja nespremnost pacijenata na razgovor jer smatraju da mogu samostalno kontrolirati bolest (62, 63). Procjena rizika od suicida predstavlja kompleksan izazov, posebno u populaciji adolescenata i mladih ljudi, što je rezultat poteškoća u ostvarivanju otvorene komunikacije i neprihvatanja sustava podrške (64). Suicidalnost je skup različitih ponašanja koja rezultiraju ugrožavanjem vlastita života, a vode jednom cilju, suicidu. Kada se govori o suicidalnosti, govori se o smanjenoj želji i nagonu pojedinca za samoodržanjem, što se manifestira suicidalnim mislima, rizičnim ponašanjem, pokušajem suicida i počinjenjem istog. Koncept suicidalnosti smatra se univerzalnim jer je prisutan u svim prostorima i svakom vremenu, kod svake osobe, bez obzira na spol i dob, a kao takav predstavlja kompleksnu pojava koja je podložna brojim poznatim i nepoznatim čimbenicima (65). Bolesnici kod kojih su prisutne suicidalne misli i rizično ponašanje zahtijevaju hitno zbrinjavanje i hospitalizaciju (66). Rizik od samoubojstva višestruko se povećava kod bolesnika kod kojih je prisutan poremećaj mentalnog zdravlja (67). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji preporučuje se procjena svakog pojedinca starijeg od 10 godina, koji u anamnezi ima poremećaje mentalnog zdravlja, međuljudske sukobe, teške životne događaje, izražene planove za samoozljeđivanje ili prethodne pokušaje suicida (68). Karakteristike koje zahtijevaju probir i procjenu: promjene raspoloženja, anksioznost, nesаница, nepredvidivo ponašanje, pretjerana upotreba supstanci, povećan broj hospitalizacija i liječniku, nepridržavanje uputa o primjeni terapije, te dolazak liječniku na zahtjev obitelji i prijatelja (69).

Nakon identifikacije rizične osobe, provodi se formalna procjena prema ciljevima koji uključuju prepoznavanje čimbenika rizika i zaštitnih čimbenika, razumijevanje trenutne razine suicidalnih namjera i rizika za izvršenje suicida. Rizik se procjenjuje kao nizak, umjeren i visok, a u odnosu na isti se usmjerava liječenje bolesnika (61, 69). Mnogi čimbenici rizika za suicid su statični, te predstavljaju ograničenja u procjeni potrebne razine skrbi. Akutni i subakutni čimbenici predstavljaju povećan rizik od suicida u bliskoj budućnosti. Akutni čimbenici se definiraju pojmom „znakovi upozorenja“ koji olakšavaju procjenu (70). Rizični čimbenici za suicid: prethodni pokušaj suicida, suicidalne ideje, stresni životni događaji, svi psihijatrijski poremećaji, organske bolesti, visokorizični poremećaji upotrebe određenih supstanci, pripadnost LGTBQ zajednici (61, 71, 72). Zaštitni čimbenici za suicid promatraju se individualno, u kontekstu bolesnika. Jednim od zaštitnih čimbenika smatra se brak, no prisutnost sukoba u bračnoj zajednici također se može smatrati i rizičnim čimbenikom. Roditeljstvo, odgovornost prema djeci i majčinstvo smatraju zaštitom od suicida, no najveća stopa samoubojstava majki se događa u postporođajnom razdoblju, stoga je važno pravovremeno prepoznavanje postporođajne depresije (61, 73).

4.3. Problem stigme i diskriminacije

Stigma i diskriminacija usko se povezuju s osobama oboljelim od poremećaja i bolesti mentalnog zdravlja, jer iste se često promatraju kao negativno obilježje pojedinca zbog odstupanja u određenim komponentama naspram onoga što se smatra normalnim. Osnovna karakteristika stigme je to što se razvija na temeljima diskriminacije, neznanja i predrasuda prema određenoj skupini ljudi ili pojedincu. Mentalni poremećaji i bolesti kod izazivaju sram i strah kod oboljele osobe, što predstavlja ograničavajući čimbenik u postizanju socijalne interakcije u društvenoj sredini. Stigmatiziranje oboljelih prisutno je od strane okoline, obitelji, u sustavu obrazovanja i zdravstva, na radnom mjestu i od strane pravnih institucija, što se manifestira kroz separaciju, etiketiranje, stereotipiziranje i diskriminaciju (74, 75).

Stigmatizacija ove populacije pacijenata razvija se i temelji se na predrasudama koje se definiraju kao većinom negativni stavovi prema određenoj skupini ili osobi, koji se stvaraju unaprijed, uče se po modelu i tvrdokorne su. Težina predrasuda leži u tome što su najčešće naučene u djetinjstvu, od strane osoba koje predstavljaju autoritet, a samim tim teško se mijenjaju (76). Stigmatizacija je jedan od najčešćih ograničavajućih čimbenika kada se

govori o traženju i pružanju pomoći oboljelim osobama. Strah od stigmatizacije sprječava oboljele osobe da potraže pomoć kada vide da im je potrebna, što negativne stavove izravno povezuje s povećanjem stope morbiditeta, mortaliteta i rizika od samoubojstva koji se smanjuju pravovremenim traženjem pomoći i pristupom liječenju. Problem stigmatizacije je izazov na globalnoj razini jer utječe na učinkovitost mjera prevencije i promocije dobrog mentalnog zdravlja koje se provode kroz javnozdravstvene aktivnosti na svim razinama djelovanja (77).

Diskriminacija se događa kao rezultat negativnih stavova, odnosno stigme povezane s mentalnim poremećajima i bolestima. U procjeni i liječenju osoba s poremećajima mentalnog zdravlja i određivanju čimbenika kvalitete života u obzir je važno uzeti razinu stigme i diskriminacije, no s naglaskom na njihov negativan utjecaj. Posljedice stigmatizacije manifestiraju se kroz nedostatak socijalne podrške, smanjeno samopouzdanje, poremećaje društvenih i obiteljskih odnosa, smanjenu mogućnost pronalaženja posla i osiguravanja optimalnih životnih uvjeta. Navedene komponente imaju značajan utjecaj na ishod liječenja i postizanje dobre kvalitete života (77).

Samostigma kod osoba oboljelih od mentalnih poremećaja i bolesti manifestira se osjećajem straha od izbjegavanja u društvenoj sredini i zajednici. Oboljeli karakteristično imaju sniženu razinu samopoštovanja i samopouzdanja i probleme u ostvarenju socijalne interakcije s drugima. Samostigma je jedan od najčešćih čimbenika rizika za depresiju i socijalnu izolaciju te samoubojstvo u ovoj populaciji bolesnika (78).

Stavovi o oboljelim od mentalnih poremećaja i bolesti su pretežno negativni i predstavljaju temu brojnih istraživanja. Prva istraživanja o stavovima prema ovim pacijentima pokazala su da oni u ljudima izazivaju negativne osjećaje, poput straha, nepovjerenja i mržnje. Smatrani su osobama koje su prljave, opasne, nepredvidive, odbojne i bezvrijedne, dok se sredinom osamdesetih godina prošlog stoljeća navedeni stavovi postupno mijenjaju kao rezultat bolje informiranosti javnosti (79).

Integracija osoba s mentalnim poremećajima i bolestima u društvo uvelike ovisi o društvenom stavu i okruženju integracije (rehabilitacijska, radna, socijalna situacija). Stav prema ovim pacijentima i pristup u interakciji najčešće su povezani sa prezirom i strahom, razinom stigmatizacije u životnom okruženju i s težinom bolesti od koje boluju (80).

Pristup oboljelima definira se kroz modele pristupa koji uključuju:

- autoritativnost,
- dobronamjernost,
- socijalnu ograničenost,
- rehabilitaciju u zajednici.

Autoritativnost je model pristupa koji se temelji na usmjerenosti i moći, pri čemu se oboljeloj osobi ne dozvoljava izražavanje vlastitog mišljenja, što dovodi do dehumanizacije oboljele osobe. Psihijatrijski bolesnici doživljavaju neugodna iskustva, gube samopouzdanje i postaju socijalno izolirani, stoga je u prisustvu oboljele osobe potrebno izbjegavati autoritativni model pristupa jer isti negativno utječe na stvaranje kvalitetne interakcije i odnosa s bolesnikom (77). Dobronamjernost je model koji se karakterizira ljubaznošću, strpljenjem i razumijevanjem, što pridonosi stvaranju kvalitetnog i prijateljskog odnosa (81). Socijalna ograničenost prema psihijatrijskim bolesnicima dovodi do poremećaja funkcionalnosti oboljele osobe, smanjenja razine samopouzdanja i razvoja negativnih reakcija prema okolini (77, 81). Rehabilitacija u zajednici je model koji za cilj ima oporavak, osnaživanje i integraciju psihijatrijskih bolesnika uz primjenu različitih metoda rehabilitacije i liječenja kroz izvanbolničku skrb. Kroz sustav izvanbolničke skrbi uključeni su bolesnici i njihove obitelji, što uvelike povećava kvalitetu života što utječe na status zdravlja ne samo pojedinca već i cjelokupne zajednice u kojoj se isti nalazi. Organiziranje različitih aktivnosti, uključivanje različitih društvenih organizacija i institucija u skrb za oboljele, provođenje preventivnih, rehabilitacijskih i terapijskih mjera, te pružanje pomoći osnova su modela rehabilitacije u zajednici (77, 80, 81).

4.4. Zaštita i očuvanje mentalnog zdravlja

Zaštita i očuvanje mentalnog zdravlja obuhvaća provođenje različitih aktivnosti i mjera koje se preporučuje usmjeriti na djecu i adolescente jer brojni dokazi u literaturi govore da se poremećaji u ovoj domeni zdravlja najčešće razvijaju prije ulaska u odraslu dob (16). Ove aktivnosti obuhvaćaju promociju, unaprjeđenje, prevenciju, pravovremeno prepoznavanje te terapijske i rehabilitacijske postupke. Važnost provođenja aktivnosti očituje se u utjecaju na pojedinca, zajednicu i društvo u cjelini, a posebno se naglašava utjecaj na rizične skupine kod kojih postoji visok rizik za razvoj mentalnih poremećaja (17).

Zaštita mentalnog zdravlja zadaća je ne samo zdravstvenog sustava već i cjelokupne zajednice. U zaštitu duševnog zdravlja, na nivou Republike Hrvatske, uključena su razna ministarstva, udruge, agencije, akademske institucije, centri za socijalnu skrb, nevladine udruge, mediji, strukovne komore u zdravstvu i stručna društva te jedinice lokalne i regionalne samouprave (17).

Promocija mentalnog zdravlja obuhvaća sve aktivnosti koje potiču podizanje svijesti o važnosti istog. Promocija se odnosi na provođenje mjera i programa koji se odnose na smanjenje stigme i diskriminacije, poticanje postizanja blagostanja i dobrog mentalnog zdravlja te na razumijevanje problema i teškoća s kojima se oboljeli svakodnevno suočavaju. Osnovni cilj aktivnosti promicanja je smanjenje štetnih utjecajnih čimbenika, a poticanje i povećanje onih koji djeluju pozitivno na duševno zdravlje (3, 17). Učinkovitost provedenih akcija, mjera i programa očituje se postizanjem više razine kvalitete života, društvenog i socijalnog funkcioniranja, boljom integracijom, povećanjem zadovoljstva i smanjenjem patnje te smanjenjem prevalencije i incidencije duševnih poremećaja (17).

Kada se govori o mentalnom zdravlju, mjere prevencije koje se provode obuhvaćaju sve razine i cijelu populaciju, neovisno o tome da li je dijagnoza mentalnog poremećaja ili bolesti potvrđena ili ne. Primarna prevencija se odnosi na smanjenje incidencije mentalnih poremećaja. Sekundarna prevencija provodi se s ciljem pravovremenog otkrivanja duševnih poremećaja, dijagnosticiranje, liječenje i rehabilitaciju čime se postiže skraćivanje trajanja poremećaja i povećanje kvalitete života. Tercijarna prevencija se odnosi na prevenciju koja za cilj ima smanjiti, ublažiti ili ukloniti poteškoće vezane za mentalne poremećaje te povećati samostalnost i funkcionalnost pacijenta. U tercijarnu prevenciju uključeni su različiti stručnjaci s područja zdravstva, liječnici, medicinske sestre/tehničari, radni terapeuti, socijalni rehabilitatori i drugi koji mogu doprinijeti poboljšanju stanja pacijenta. Važno je postići zadovoljavajuću kvalitetu života i smanjiti rizik od prijevremene smrti s obzirom na prisutan visok rizik za samoubojstvo (17).

4.4.1. Aktivnosti, mjere i programi očuvanja i unaprjeđenja mentalnog zdravlja

Mjere i programi koji su usmjereni unaprjeđenju mentalnog zdravlja provode se kroz različita savjetovaništa koja su orijentirana na edukaciju, savjetovanje i pomoć osobama koje su pripadnici rizičnih skupina za razvoj mentalnih poremećaja (2, 17).

Zaštita mentalnog zdravlja djece i adolescenata odnosi se na edukaciju i savjetovanje s ciljem postizanja zdravog odrastanja, rasta i razvoja. Edukacije su usmjerene na obitelji, majke, roditelje, dojilje i nastavno osoblje koje je uključeno u rad s djecom. Mjere usmjerene na očuvanje mentalnog zdravlja djece i adolescenata usmjerene su na djecu i adolescente s određenim rizičnim ponašanjima i one koji su izloženi visokim razinama stresa. Ove mjere se provode s ciljem podizanja sposobnosti suočavanja što doprinosi smanjenju rizika za razvoj mentalnih poremećaja. Edukacijski rad s osobama izvan obitelji koje su na neki način dio života djeteta, odnosno adolescenta je od velike važnosti, što se prvenstveno odnosi na nastavnike i profesore u školama. Edukacija nastavnog osoblja je važna jer doprinosi boljem poznavanju i razumijevanju simptoma i znakova povezanih s poremećajima mentalnog zdravlja što doprinosi pravovremenom prepoznavanju poremećaja. Mjere se provode kroz organizirana grupna i individualna savjetovanja i terapije, a terapijski i rehabilitacijski postupci definiraju se i određuju na osnovi indikacija koje se procjenjuju praćenjem standardiziranih smjernica. Terapijski proces zahtjeva uključivanje obitelji jer je obitelj najvažnija komponenta u procesu unaprjeđenja mentalnog zdravlja. Zdravstvena skrb za osobe s mentalnim poteškoćama je kompleksna i zahtjeva multidisciplinarni pristup, a skrb treba biti usmjerena na i na obitelj, skrbnike i njegovatelje oboljele osobe (2, 82).

Zaštita mentalnog zdravlja cijele populacije provodi se bez obzira na dob, spol i postojanje bolesti. Mjere i aktivnosti su usmjerene na sprječavanje razvoja mentalnih poremećaja kroz povećanje samostalnosti i poboljšanje funkcionalnosti svih članova zajednice u kojoj se mjere provode. Savjetovanje i edukacija uključuju rad s obiteljima povećanog rizika. S obzirom da su mjere usmjerene i na osobe starije životne dobi, edukacijske programe potrebno je usmjeriti prema djelatnicima ustanova za starije i nemoćne. Provođenje akcija i mjera usmjerenih na edukaciju i informiranje cjelokupnog stanovništva doprinose povećanju razumijevanja važnosti dobrog mentalnog zdravlja stoga se smatraju najvažnijom komponentom u promociji mentalnog zdravlja i prevenciji poremećaja (3, 17).

4.4.2. Javnozdravstveni značaj

Mentalno zdravlje od javnozdravstvenog je značaja jer kao važna komponenta cjelokupnog zdravlja predstavlja sigurnost i snagu pojedinca, obitelji i zajednice. Dobro duševno zdravlje očituje se karakteristikama zadovoljstva, pozitivnosti, sreće, prihvaćanja, suočavanja,

samostalnosti i sposobnosti pojedinca za djelovanje u različitim aspektima života. narušeno duševno zdravlje dovodi do razvoja negativnih emocija, očaja, zbunjenosti, gubitka samostalnosti i smanjenje funkcionalnosti pojedinca, što dovodi do potrebe za pomoći od strane drugih osoba. Problemi duševnog zdravlja ne smiju biti zanemareni jer imaju utjecaj na tjelesno zdravlje, socijalni i društveni život, radnu sposobnost i poslovnu produktivnost pojedinca. tjelesno i duševno zdravlje povezani su, problemi s tjelesnim zdravljem mogu uzrokovati probleme duševnog karaktera i suprotno. Povezanost oba aspekta zdravlja i postizanje zdravlja u cjelini važna je komponenta za rast, razvoj, postizanje kvalitete života. Podizanje svijesti o važnosti mentalnog zdravlja, čimbenicima zbog kojih nastaju, simptomima i znakovima kojima se manifestiraju rezultira pravovremenim prepoznavanjem i interveniranjem (18).

4.5. Mentalno zdravlje zdravstvenih djelatnika

Zdravstveni djelatnici izloženi su višestrukim čimbenicima stresa unutar svog posla, koji mogu negativno utjecati na njihovu fizičku, mentalnu i emocionalnu dobrobit. SZO procjenjuje da će se do 2030. godine nedostatak zdravstvenih djelatnika u svijetu popeti preko 18 milijuna, što je posebno izraženo u zemljama s niskim i srednjim dohotkom. Zemlje na svim razinama socioekonomskog razvoja suočavaju se, u različitim stupnjevima, s poteškoćama u obrazovanju, zapošljavanju, raspoređivanju, zadržavanju i učinku zdravstvenih djelatnika, što je povezano sa sve većim potrebama stanovništva, stresom na radnom mjestu i uvjetima rada (84).

Veliki udio zdravstvenih djelatnika zanemaruje brigu o svom mentalnom zdravlju i teško im je zatražiti pomoć u slučaju pojave simptoma i poremećaja iz ode domene zdravlja. Njihov osjećaj dužnosti navodi ih na održavanje visoke razine profesionalnosti i predanosti, što doprinosi odgađanju traženja pomoći kada pate od mentalnog poremećaja. Iako se stavovi zdravstvenih djelatnika u pogledu brige vlastitom mentalnom zdravlja mijenjaju, ono još uvijek svjesno ili nesvjesno na prvo mjesto stavljaju brigu o drugima i potrebe pacijenata stavljaju ispred svojih potreba. Navedeno je posebno naglašeno u okolnostima kao što su hitni slučajevi, katastrofe ili iskustva opasna po život, kao što je nedavna pandemija bolesti COVID-19. Zdravstveni djelatnici se osim sa stresom na radnom mjestu moraju nositi sa

stresom koji se odnosi na neravnotežu vremena između poslovnih, osobnih, obiteljskih, akademskih i financijskih aspekata života (85).

Niz je čimbenika koji doprinose povećanom stresu zdravstvenih djelatnika, uključujući:

- velika opterećenja na radnom mjestu,
- smjenski i noćni rad,
- ubrzani tempo rada,
- nedostatak fizičke sigurnosti,
- nedostatak psihičke sigurnosti,
- moralne sukobe na radnom mjestu,
- percipiranu sigurnost posla,
- zlostavljanje na radnom mjestu (mobbing),
- nedostatak socijalne podrške (86).

Posljedični psihološki stres može rezultirati razvojem depresije, anksioznosti, poremećaja u obrascu spavanja, sindroma izgaranja i drugih poremećaja mentalnog zdravlja. Stres povezan s radnim mjestom imati negativne učinke na profesionalnost zdravstvenih djelatnika u procesu pružanja zdravstvenih usluga, kvalitetu i učinkovitost pružene skrbi i ukupnu kvalitetu života i zdravstvenih djelatnika i pacijenata (86).

Dugotrajan rad u stresnom ili izazovnom okruženju s kratkim vremenom oporavka faktor je rizika za izgaranje na radnom mjestu. Izgaranje se definira kao profesionalni fenomen i karakteriziraju ga slijedeće tri dimenzije:

- osjećaj iscrpljenosti ili iscrpljenosti energije
- povećana mentalna udaljenost od posla ili osjećaj negativizma ili cinizma u vezi s poslom
- smanjena profesionalna učinkovitost (84).

Sindrom izgaranja na radnom mjestu se isključivo odnosi na fenomene u profesionalnom kontekstu i ne bi se trebao koristiti u opisivanju iskustava iz bilo kojeg drugog područja života. Ovaj je fenomen u zdravstvu značajan i izazovan jer dovodi do toga da odlazak na posao i izvršavanje radnih obaveza postaje neugodno i besmisleno, što može rezultirati

pogreškama u procesu liječenja i pružanja neadekvatne skrbi te može rezultirati neželjenim ishodima liječenja i smrtnim ishodom (86).

Prije pandemije bolesti COVID-19 u populaciji zdravstvenih djelatnika bile su prisutne povećane stope profesionalnog distresa u obliku izgaranja na radnom mjestu, no psihički napori povezani s radnim mjestom su se tijekom pandemije značajno povećali. Najčešći poremećaji mentalnog zdravlja uključivali su anksioznost, depresiju i poremećaje ovisnosti, koji su se često povezivali a lakom dostupnošću lijekova. Psihički napori povezani s poslom povećavaju rizik od razvoja mentalnih poremećaja i kod zdravstvenih djelatnika ovaj rizik je manje povezan s osobnim čimbenicima i čimbenicima izvan radnog okruženja. Među zdravstvenim djelatnicima najzastupljenije dijagnoze prije pandemije vezane za mentalno zdravlje nisu se razlikovale od opće populacije prema učestalosti, dok se za vrijeme i nakon pandemije učestalost anksioznosti i depresije značajno povećala. Ovo povećanje učestalosti povezano je sa strahom od zaraze, nedostatkom resursa za rad (zaštitna oprema), društvenom stigmom zbog kontinuirane izloženosti infekciji, etičkim dilemama te nedostatkom informacija i edukacije (85).

Psihološke prepreke u prepoznavanju vlastite izloženosti razvoju mentalnih poremećaja kod zdravstvenih djelatnika mogu biti povezane s osobnim karakteristikama kao što su visoka samokritičnost, nisko samopoštovanje, loši obiteljski odnosi, kompetitivno i stresno radno okruženje te simptomi izgaranja koji su povezani s visokim zahtjevima posla. Rizik za razvoj mentalnih poremećaja može biti povezana i s drugim specifičnim osobnim i obiteljskim varijablama i psihosocijalnim determinantama. Odgađanje traženja pomoći također će vjerojatno rezultirati pokušajima samoliječenja i suočavanja s problemom primjenom štetnih strategija liječenja poput korištenja lijekova koje si samostalno ordiniraju i propisuju ili povećane konzumacije alkohola. Poricanje, minimiziranje i racionalizacija simptoma poremećaja mentalnog zdravlja također su uobičajeni mehanizmi koje zdravstveni djelatnici koriste, bez obzira što su znakovi i simptomi prisutni i što su svjesni činjenice da im je pomoć potrebna (85).

Mentalni poremećaji imaju negativan učinak na svakodnevni rad zdravstvenih djelatnika i mogu dovesti do:

- učestalih izostanka s posla (izostajanje s posla bez navođenja dobrog razloga),
- nedovoljnog prezentizma (dolazak na posao unatoč lošem zdravstvenom stanju),
- veće učestalosti pogrešaka u poslu

- neadekvatne i nesigurne zdravstvene skrbi (veći broj padova pacijenta, infekcije)

Pružanje odgovarajuće pomoći i podrške u liječenju zdravstvenih djelatnika s mentalnim poremećajima ključno za njihovu dobrobit te također jača sigurnost pacijenata i povjerenje društva. U suprotnom dolazi do povećane stope neželjenih ishoda liječenja što posljedično stvara nepovjerenje u zdravstvene djelatnike od strane društvene zajednice. Promicanje odgovarajućeg dobrovoljnog traženja pomoći među zdravstvenim djelatnicima s mentalnim poremećajima treba uključivati razgovor, pružanje podrške, pokazivanje empatije i razumijevanja i pristup bez predrasuda. Zdravstveni djelatnici kod kojih su prisutni simptomi i znakovi mentalnog poremećaja trebali bi se suzdržati od rada i prihvatiti pravovremenu pomoć jer rani pristup liječenju daje bolje ishode i omogućuje brži povratak u svakodnevnu rutinu (85, 86).

5. ZAKLJUČAK

Mentalno zdravlje jedna je od komponenti cjelokupnog dobrog cjelokupnog zdravlja koje se definira kao potpuno socijalno, mentalno i fizičko blagostanje. Loše mentalno zdravlje utječe na svakodnevne životne aktivnosti pojedinca jer izravno narušava sposobnosti osobnog, obiteljskog, društvenog, akademskog i profesionalnog funkcioniranja. Poremećaji mentalnog zdravlja se mogu javiti u ranim životnim razdobljima i mogu ostaviti dugotrajne posljedice koje se često manifestiraju u odrasloj životnoj dobi. Najčešći poremećaji mentalnog zdravlja na globalnoj razini uzrokovani su smanjenom sposobnosti pojedinca da se suoči sa svakodnevnim životnim izazovima, a uključuju anksioznost i depresiju. Uzimajući u obzir da je učestalost poremećaja mentalnog zdravlja visoka i da se kontinuirano povećava, problem mentalnog zdravlja smatra se jednim od najvažnijih javnozdravstvenih pitanja na globalnoj razini. Uloga javnog zdravstva u zaštiti i očuvanju mentalnog zdravlja očituje se u aktivnostima promicanja zdravih stilova života, otkrivanju, prevenciji i poticanju pravovremenog liječenja osoba s mentalnim poremećajima. U postizanju zaštite, očuvanja i unaprjeđenja mentalnog zdravlja, mjere koje se provode mogu biti usmjerene na cjelokupnu populaciju ili određene skupine i grupe ljudi ili pojedinca. Važno je unaprijediti duševno zdravlje djece i adolescenata jer isto je preduvjet za rast, razvoj i djelovanje u budućnosti što se posljedično odražava na cijelu zajednicu. Dobro mentalno zdravlje preduvjet je za ostvarivanje željene razine kvalitete života pojedinca što u konačnici rezultira povećanjem samopouzdanja, iskorištavanjem potencijala i pružanjem maksimalnog doprinosa razvoju zajednice. Mentalno zdravlje od javnozdravstvenog je značaja jer bez dobrog mentalnog zdravlja ne može se postići zdravlje uopće, stoga se promocija i prevencija kroz provođenje aktivnosti, programa i mjera provodi na ne samo lokalnoj i nacionalnoj već i na globalnoj razini. Postizanje dobrog mentalnog zdravlja jedan je od glavnih ciljeva javnozdravstvenih programa na globalnoj razini.

6. LITERATURA

1. Mental Health. Key facts. World Health Organization; 2022. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (Datum pristupa: 23.6.2023.)
2. Antolić B, Novak M. Promocija mentalnog zdravlja: Temeljni koncepti i smjernice za roditeljske i školske programe. *Psihologijske teme*. 2016;25(2):317-339.
3. Novak M, Petek A. Mentalno zdravlje kao politički problem u Hrvatskoj. *Ljetopis socijalnog rada*. 2015;22(2):191-221.
4. Ledinski Fičko S, Čukljek S, Smrekar M, Hošnjak AM. Promocija mentalnog zdravlja i prevencija mentalnih poremećaja kod djece i adolescenata – sistematičan pregled literature. *JAHS*. 2017;3(1):61-72.
5. Westerhof GJ, Keyes CL. Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *J Adult Dev*. 2010;17(2):110-9.
6. Sawyer MG, Whaites L, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P. Health-related quality of life of children and adolescents with mental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(5):530-7.
7. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, i sur. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
8. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369(9569):1302–13.
9. Helliwell J, Layard R, Sachs, J. *World Happiness Report 2018*. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2018.
10. Rajabzadeh V, Burn E, Sajun SZ, Suzuki M, Bird VJ, Priebe S. Understanding global mental health: a conceptual review. *BMJ Glob Health*. 2021;6(3):e004631.
11. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Odjel za mentalne poremećaje; 2021. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/odjel-za-mentalne-poremecaje/> (Datum pristupa 24.6.2023)
12. Hasler G. Understanding mood in mental disorders. *World Psychiatry*. 2020;19(1):56-7.
13. Grozdanić V. Bioetički senzibilitet Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Zb. Prav Fak Sveuč Rij*. 2017;38(3):929-46.

14. Hrvatski Sabor. Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama. Zagreb: Narodne novine; 2014. (NN 76/14)
15. Mental Health is a Global Public Health Issue. Centers for Disease Control and Prevention; 2023. Dostupno na: https://www.cdc.gov/pcd/collections/Mental_Health_Is_a_Global_Public_Health_Issue.htm (Datum pristupa: 24.6.2023)
16. Champion J, Bhui K, Bhugra KD, European Psychiatric Association. European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):68-80.
17. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Očuvanje mentalnog zdravlja. Dostupno na: <https://www.stampar.hr/hr/ocuvanje-mentalnog-zdravlja> (Datum pristupa: 24.6.2023.)
18. Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije. Nema zdravlja bez mentalnog zdravlja. Dostupno na: <https://www.zzjz-ck.hr/?task=group&gid=18&aid=84> (Datum pristupa: 24.6.2023.)
19. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2004.
20. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World psychiatry*. 2015;14(2):231-3.
21. Keyes CLM. Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture. U: Bauer GF, Hämmig O, (ur.). *Bridging occupational, organizational and public health*. Dordrecht: Springer; 2014.
22. Gigi K, Werbeloff N, Goldberg S, Portuguese S, Reichenberg A, Fruchter E, i sur. Borderline intellectual functioning is associated with poor social functioning, increased rates of psychiatric diagnosis and drug use – A cross sectional population based study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24:1793-7.
23. Muller A. Mental health disorders: prevalent but widely ignored in academia?. *J Physiol*. 2020;508(7):1279-81.
24. Mental Disorders. World Health Organization; 2022. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (Datum pristupa: 25.6.2023.)
25. Klasifikacija i dijagnoza duševnih bolesti. MSD medicinski priručnik. Split: Placebo d.o.o.; 2014. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/poremecaji-dusevnog-zdravlja/pregled-brige-za-dusevno-zdravlje/klasifikacija-i-dijagnoza-dusevnih-bolesti> (Datum pristupa: 27.6.2023.)

26. World Health Organization. WHO releases new International Classification of Diseases (ICD 11); 2018. Dostupno na: [https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)) Datum pristupa: 27.6.2023.)
27. Jakšić N. Beta verzija MKB-11 poglavlja o mentalnim i ponašajnim poremećajima. Soc psihijat. 2016;44:86-8.
28. Liječenje duševnih bolesti. MSD medicinski priručnik. Split: Placebo d.o.o.; 2014.
29. Updates to DSM–5 Criteria, Text and ICD-10 Codes. American Psychiatric Association. Dostupno na: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm-5> (Datum pristupa: 27.7.2023.)
30. Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. Mental and behavioural disorders in the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. Psychiatr. Pol. 2017;51(2):169-195.
31. Dattani S, Rodes-Guirano L, Ritchie H, Roser M. Menatl Health. Our World in data; 2023. Dostupno na: <https://ourworldindata.org/mental-health> (Datum pristupa: 28.7.2023.)
32. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx); 2020. Dostupno na: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> (Datum pristupa: 28.6.2023.)
33. Hawken T, Turner-Cobb J, Barnett J. Coping and adjustment in caregivers: A systematic review. Health Psychol Open. 2018;5(2):2055102918810659.
34. Domhardt M, Geßlein H, von Rezori RE, Baumeister H. Internet- and mobile-based interventions for anxiety disorders: A meta-analytic review of intervention components. Depress Anxiety. 2019;36(3):213-24.
35. Lahousen T, Kapfhammer HP. Anxiety disorders - clinical and neurobiological aspects. Psychiatr Danub. 2018;30(4):479-90.
36. Chand SP, Marwaha R. Anxiety. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
37. Chapdelaine A, Carrier JD, Fournier L, Duhoux A, Roberge P. Treatment adequacy for social anxiety disorder in primary care patients. PLoS One. 2018;13(11):e0206357.
38. Rickels K, Moeller HJ. Benzodiazepines in anxiety disorders: Reassessment of usefulness and safety. World J Biol Psychiatry. 2019;20(7):514-518.
39. Saracino RM, Nelson CJ. Identification and treatment of depressive disorders in older adults with cancer. J geriatr Oncol. 2019;10(5):680-4.

40. Shelton RC. Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors. *Handb Exp Pharmacol*. 2019;250:145-80.
41. Chad SP, Arif H. Depression. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
42. Spijker J, Claes S. Mood disorders in the DSM-5. *Tijdschr Psychiatr*. 2014;56(3):173-6.
43. Tanner J, Zeffiro T, Wyss D, Perron D, Rufer M, Muller-Pfiffer C. Psychiatric Symptom Profiles Predict Functional Impairment. *Front Psychiatry*. 2019;10:37.
44. PHQ-9 (Upitnik o zdravlju pacijenata-9). MD+CALC; dostupno na: <https://www.mdcalc.com/calc/1725/phq-9-patient-health-questionnaire-9> (Datum pristupa: 1.7.2023.)
45. Upitnik za depresiju - PHQ-9. Dostupno na: <https://pupillam.hr/wp-content/uploads/2019/12/Depresija-upitnik.pdf> (Datum pristupa: 1.7.2023.)
46. Depression Assessment Instruments. APA; 2022. Dostupno na: <https://www.apa.org/depression-guideline/assessment> (Datum pristupa: 1.7.2023.)
47. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(6):538-46.
48. Chand SP, Arif H, Kutlenios RM. Depression (Nursing). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
49. Weyer S, Eifflaender-Gorfer S, Wiese B, Lupp M, Pentzek M, Bickel H, i sur. Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. *Age Ageing*. 2013;42(4):173-80.
50. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLoS One*. 2021;16(15):e0251326.
51. Guhne U, Lupp M, Konig HH, Hautzinger M, Riedel-Heller S. Are psychotherapeutic interventions effective in late-life depression? a systematic review. *Psychiatr Prax*. 2014;41(8):415-23.
52. Lupp M, Sikorski C, Luck T, Weyerer S, Villringer A, Konig HH, i sur. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life--results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(3):286-95.
53. Ojagbemi A, Bello T, HGureje O. Late-life depression in sub-Saharan Africa: lessons from the Ibadan Study of Ageing. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e145.

54. Borza T, Engedal K, Bergh S, Selbaek G. Older people with depression - a three-year follow-up. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2019;139(16).
55. Saade YM, Nicol G, Lenze EJ, Miller JP, Yingling M, Wetherell JL, i sur. Comorbid anxiety in late-life depression: Relationship with remission and suicidal ideation on venlafaxine treatment. *Depress Anxyety*. 2019;36(12):1125-34.
56. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear Mk, Schulberg HC, Dew MA, Begley AE, i sur. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *Am J Psichiatriy*. 2000;157(5):722-8.
57. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: World Health Organization; 2022..
58. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394,240-8.
59. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Ann Rev Clini Psychol*, 2014;10,425-38.
60. Weber AN, Mitchail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. *Med Clin North Am*. 2017;101(3):553-71.
61. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, i sur. Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*. 2014;29(6):870-7.
62. Leahy D, Schaffalitzky E, Saunders J, Armstrong C, Meagher D, Ryan P, i sur. Role of the general practitioner in providing early intervention for youth mental health: a mixed methods investigation. *Early Interv Psichiatriy*. 2018;12(2):202-16.
63. Saini P, Windfuhr K, Pearson A, Da Cruz D, Miles C, Cordingley L, i sur. Suicide prevention in primary care: General practitioners' views on service availability. *BMC Res Notes*. 2010;3:246.
64. Michail M, Tait L. Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. *BMJ Open*. 2016;6(1):e009654.
65. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
66. Gašparović V i sur. Hitna medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
67. Sudarsanan S, chaudhury S, Pawar AA, Salujha SK, Srivastava K. Psychiatric Emergencies. *Med J Armed Forces India*. 2001;60(1):59-62.

68. Bolton JM, Gunnell D, Turecki G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*. 2015;351:h4978.
69. Weber AN, Mitchail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. *Med Clin North Am*. 2017;101(3):553-71.
70. Berman AL, Silverman MM. Suicide risk assessment and risk formulation part II: Suicide risk formulation and the determination of levels of risk. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(4):432-43.
71. Degmenčić D. Hitna stanja u psihijatriji. *Medicus*. 2017;26(2):199-204.
72. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychol Med*. 2014;44(2):279-89.
73. Howard LM, Flach C, Mehay A, Sharp D, Tylee A. The prevalence of suicidal ideation identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum women in primary care: findings from the RESPOND trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:57.
74. Petz B. Psihologijski rječnik. Zagreb: Prosvjeta; 1992.
75. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ*. 2005;330(7483):123-6.
76. Jerončić Tomić I. Stigma – mitovi i predrasude depresivnog poremećaja – uloga videa kao medija u psihoedukaciji (Boli me – video za promociju mentalnog zdravlja). In *Medias res*. 2017;6(11):1689-93.
77. Vukušić Rukavina T. Razvoj mjernog instrumenta za procjenu stigmatizacije duševnih smetnji u tiskanim medijima. [Doktorska disertacija] Zagreb (Hrvatska): Sveučilište u Zagrebu. Medicinski fakultet; 2011.
78. Moro Lj, Frančisković T. Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
79. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2000;177:4-7.
80. Gotal M. Pregled odabranih pristupa vodstvu i njihova primjena u suvremenim organizacijama. *Tehnički glasnik*. 2013;7(4):405-413.
81. Licul R, Rončević – Grižeta I. Percipirana samostigmatizacija pacijenata hospitaliziranih u Klinici za psihijatriju KBC-a Rijeka. *Soc. psihijat*. 2019;47:433-448.

82. Zavod za javno zdravstvo zagrebačke županije. Program zaštite mentalnog zdravlja. Dostupno na: <https://www.zzjz-zz.hr/programi-projekti/program-zastite-mentalnog-zdravlja/> (Datum pristupa: 29.7.2023.)
83. Working for Health and Growth: Investing in the Health Workforce—Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2016.
84. Sovold LE, Naslund JA, Kousoulis AA, Saxena S, Qoronfleh MW, Grobler C, i sur. Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Front Public Health*. 2021;9:679397.
85. Braguehais MD, Vargas-Caceres S. Psychiatric Issues Among Health Professionals. *Med Clin North Am*. 2023;107(1):131-42.
86. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.

7. OZNAKE I KRATICE

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

OKP – opsesivno kompulzivni poremećaj

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih stanja, 10. izdanje

MKB-11 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih stanja, 11. izdanje

DM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (DSM-5)

COVID-19 -

BDI – Beckov inventar depresije, engl. *Beck's Depression Inventory*

Ham-D – Hamiltonova skala, engl. *Hamilton Depression Scale*

PHQ-9 – Upitnik za depresiju, engl. *Patient Health Questionnaire*

GDS – Gerijatrijska skala depresije, engl. *Geriatric Depression Scale*

PTSP – Posttraumatski stresni poremećaj

ADHD – poremećaj pažnje s hiperaktivnošću

LGTB zajednica – zajednica osoba koje nisu heteroseksualne orijentacije engl. *lesbian, gay, bisexual, and transgender*

8. SAŽETAK

Dobro mentalno zdravlje omogućuje pojedincu da se suoči sa životnim stresom, ostvari potencijale, postigne željene životne ciljeve i maksimalno doprinose cjelokupnoj zajednici. Promicanje mentalnog zdravlja jedan je od prioriteta svih javnih politika, a provodi se s ciljem podizanja kvalitete života stanovništva na globalnoj razini. Razina osobnog, društvenog, akademskog i profesionalnog funkcioniranja ima važnu ulogu u očuvanju mentalnog zdravlja, odnosno da bi pojedinac postigao mentalno blagostanje on mora optimalno funkcionirati u obiteljskom i društvenom okruženju, na radnom mjestu i osjećati pripadnost zajednici u kojoj živi. Razvoj poremećaja pod utjecajem je niza čimbenika, no bez obzira na uzrok svaki problem zahtjeva pravovremeno prepoznavanje i liječenje. Problemi mentalnog zdravlja mogu smanjiti ukupnu kvalitetu života jer su značajan čimbenik za razvoj različitih bolesti i stanja, niži akademski uspjeh, nemogućnost zapošljavanja i nasilničko ponašanje. Najučestaliji poremećaji mentalnog zdravlja u svjetskoj populaciji su anksioznost, depresija. Procjena i prepoznavanje poremećaja iz ove domene zdravlja je kompleksna, liječenje dugotrajno i zahtijeva sveobuhvatan multidisciplinarni pristup i procjenu utjecaja stigme i diskriminacije na proces liječenja. Učestalost poremećaja mentalnog zdravlja značajno se povećala kod zdravstvenih djelatnika, što je povezano s pandemijom bolesti COVID-19. S obzirom da imaju izravan utjecaj na sigurnost i kvalitetu zdravstvene skrbi, prepoznavanje i liječenje poremećaja mentalnog zdravlja ima posebnu važnost u populaciji zdravstvenih djelatnika.

Ključne riječi: javno zdravstvo; mentalno zdravlje; poremećaji mentalnog zdravlja.


9. SUMMARY

Good mental health enables an individual to face life's stress, realize potential, achieve desired life goals and make maximum contributions to the entire community. Promoting mental health is one of the priorities of all public policies, and it is carried out with the aim of raising the quality of life of the population on a global level. The level of personal, social, academic and professional functioning plays an important role in preserving mental health, i.e. in order for an individual to achieve mental well-being, he must function optimally in the family and social environment, at the workplace and feel a sense of belonging to the community in which he lives. The development of the disorder is influenced by a number of factors, but regardless of the cause, each problem requires timely recognition and treatment. Mental health problems can reduce the overall quality of life because they are a significant factor in the development of various diseases and conditions, lower academic performance, inability to find employment and violent behavior. The most common mental health disorders in the world population are anxiety and depression. Assessment and recognition of disorders from this domain of health is complex, treatment is long-term and requires a comprehensive multidisciplinary approach and assessment of the impact of stigma and discrimination on the treatment process. The frequency of mental health disorders has increased significantly among healthcare workers, which is related to the COVID-19 disease pandemic. Given that they have a direct impact on the safety and quality of health care, the recognition and treatment of mental health disorders is of particular importance in the population of health professionals.

Keywords: mental health; mental health disorders; public health.

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>31.08.2023</u>	LJILJANA KADIĆ	

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

LIJANA KADIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon _____ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 31.08.2023

Lijane Kadić
potpis studenta/ice