

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
Pedagoģijas, psiholoģijas un mākslas fakultāte

Lāsma Katšena

**Stereotipi par palīdzošo profesiju pārstāvjiem un nodomi palīdzības meklēšanā garīgās
veselības problēmu gadījumos**

Promocijas darbs psiholoģijas doktora grāda iegūšanai psiholoģijas zinātņu nozarē sociālās
psiholoģijas apakšnozarē

Darba zinātniskais vadītājs:
prof. Ph.D. Ģirts Dimdiņš

Rīga 2015



EIROPAS SAVIENĪBA



LATVIJAS
UNIVERSITĀTE

IEGULDĪJUMS TAVĀ NĀKOTNĒ

Šis darbs izstrādāts ar Eiropas Sociālā fonda atbalstu projektā „Atbalsts doktora studijām Latvijas Universitātē”.

Pateicība

Vislielāko pateicību vēlos izteikt darba vadītājam Ģirtam Dimdiņam par palīdzību darba izstrādē un pozitīvo attieksmi. Es ļoti novērtēju atsaucību, toleranci un iedrošināšanu, tas mani motivēja un iedvesmoja.

Vēlos izteikt pateicību saviem recenzentiem: Ivaram Austeram, Aleksandram Koļesovam, Aleksejam Ružam un *Torun Lindholm* par iedziļināšanos un vērtīgiem ieteikumiem. Īpašs paldies prof. Malgožatai Raščevskai par doktorantūras studiju profesionālu vadīšanu, nodrošinot mācību procesu augstā līmenī un tajā pat laikā padarot to ļoti interesantu. Tāpat vēlos pateikties visiem LU pasniedzējiem un vieslektoriem, kuru nodarbībās piedalījos. Doktorantūras studijās esmu ieguvusi ļoti daudz – ne tikai attiecībā uz promocijas darba izstrādi, bet arī attiecībā uz sevis attīstīšanu kopumā. Es guvusi vērtīgas atziņas, kas man palīdz gan dot devumu zinātnes attīstībā, gan izkopt savu personību. Es ticu, ka šī vērtīgā pieredze man palīdzēs padarīt pasauli kaut mazlietiņ labāku.

Sirsnīgi pateikties vēlos arī studiju biedrenēm: Madarai Orlovskai, Solvitai Umbraško, Ingai Brokai un Marijai Morozovai par atbalstu un savstarpēju iedvesmošanu. Ar Jums kopā es nekad nejutos viena un šī kopības izjūta man palīdzēja promocijas darba izstrādē. Paldies par sapratni manai ģimenei, par palīdzību datu vākšanā mācai Lindai Apkalnai un par atbalstu Dairim Ošim.

Pateicoties Eiropas Sociālā fonda projektam, šis darbs tika finansiāli atbalstīts. Promocijas darba izstrāde laika posmā no 2012. g. oktobra – 2013. g. septembrim un 2015. g. no marta līdz maijam tika veikta Eiropas Sociālā fonda projekta „Atbalsts doktora studijām Latvijas Universitātē” ietvaros (vienošanās Nr. 2009/0138/1DP/1.1.2.1.2/09/IPIA/VIAA/004, LU reģistrācijas Nr. ESS2009/77).

Saturs

Pateicība	2
Ievads	5
1. Teorētiskā daļa	10
1.1. Stereotipu koncepts un teorijas sociālajā psiholoģijā	10
1.1.1. Stereotipu koncepts	10
1.1.2. Stereotipu satura modelis	12
1.2. Stereotipi par palīdzozo profesiju pārstāvjiem garīgās veselības jomā	14
1.2.1. Profesiju stereotipi	14
1.2.2. Stereotipi par psihologiem	16
1.2.3. Stereotipi par psihietriem	18
1.2.4. Stereotipi par ģimenes ārstiem	21
1.2.5. Stereotipi par garīdzniekiem	23
1.2.6. Stereotipi par astrologiem	24
1.2.7. Stereotipu salīdzinājums par garīgās veselības aprūpes sniedzējiem	26
1.3. Palīdzības meklēšanas nodomi garīgās veselības problēmu gadījumos	27
1.3.1. Nodomi dažādu palīdzozo profesiju pārstāvju palīdzības meklēšanā	27
1.3.2. Ar palīdzības meklēšanas nodomiem saistītie galvenie faktori	32
1.4. Saistība starp palīdzozo profesiju pārstāvju raksturojumiem un palīdzības meklēšanas nodomiem	48
1.5. Kopsavilkums	49
2. Metode	52
2.1. Pētījuma dalībnieki	52
2.2. Mērījumi	53
2.3. Procedūra	56
2.4. Datu apstrāde un analīze	57
3. Rezultāti	57
3.1. SSM modifikācija	57
3.2. Emocionālā siltuma un kompetences stereotipi	58
3.3. Palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji	59
4. Iztirzājums	72
4.1. Secinājumi	80
4.2. Praktiskā izmantojamība	82
4.3. Pētījuma ierobežojumi	83

4.4. Turpmāko pētījumu virzieni	84
Nobeigums	85
Izmantotās literatūras saraksts	87
Summary	99
Pielikumi	101
1. Pielikums „SSM komponentu analīzes tabulas”	101
2. Pielikums „Hierarhiskās regresijas analīzes tabulas”	104
3. Pielikums „Korelācijas koeficientu tabulas”	119
4. Pielikums „Aptauja”	134

Ievads

Sociālie stereotipi tiek definēti kā vispārinātas un vienkāršotas pārlicības par grupu vai indivīdu (Cox, Abramson, Devine, & Hollon, 2012). Cītu cilvēku ātra un pēc iespējas precīzāka novērtēšana ir efektīvas izdzīvošanas pamatelements. Attiecību veidošanā ar svešinieku, pirmkārt, ir svarīgi saprast, kādi ir viņa nodomi – pozitīvai vai negatīvi, otrkārt, saprast, kādas ir viņa spējas šo nodomu īstenošanā (Fiske, 2012; Fiske, Cuddy, & Glick, 2007). Šo informāciju atklāj stereotipi. Ja otrs tiek uztverts pozitīvi, ir pamats sadarboties. Cilvēku savstarpējā sadarbšanās ir neatņemama mūsdienu dzīves sastāvdaļa. Ir daudzu cilvēku, kas cieš, netiek vieni galā ar savām problēmām un pat izvēlas mirt, bet tajā pašā laikā ir cilvēki, kuri grib palīdzēt, kuriem ir pietiekamas zināšanas un profesionālās spējas, lai to darītu. Kādēļ viņi nesatiekas? Kādu lomu spēlē stereotipi par palīdzozo profesiju pārstāvjiem cilvēku nodomos meklēt palīdzību garīgās veselības problēmu gadījumos?

Šajā pētījumā tiek sasaistīta sociālā un veselības psiholoģija, apskatot profesiju stereotipu lomu nodomos meklēt palīdzību garīgās veselības problēmu gadījumos. Pētījums ir fokusēts uz stereotipu satura modeļa (SSM) teoriju, kas pamato divas fundamentālas stereotipu satura kategorijas – emocionālo siltumu un kompetenci (Fiske, Xu, Cuddy, & Glick, 1999). SSM teorija ir pārbaudīta daudzos pētījumos (piem., Brambilla, Sacchi, Castellini, & Riva, 2010; Cuddy et al., 2009) un kļuvusi ļoti populāra (sk. Fiske, 2012). Emocionālā siltuma un kompetences stereotipi tiek apskatīti par psihologiem, psihietriem, ģimenes ārstiem, garīdzniekiem un astrologiem. Latvijā ir pieejami visu pētījumā iekļauto palīdzozo profesiju pakalpojumi. Stereotipi par psihologiem un psihietriem ir plaši pētīti (Firmin et al., 2012; Sartorius et al., 2010; von Sydow & Reimer, 1998; Webb & Speer, 1986), bet par pārējām trīs profesijām tie ir maz pētīti. Pētījumā iekļauti astrologi, jo tā ir sabiedrībā populāra profesija, kuras pakalpojumus daudzi cilvēki izvēlas izmantot, neraugoties uz to, ka astroloģija nav balstīta zinātnē.

Veselība, balsoties uz Pasaules Veselības organizācijas definīciju, nav tikai slimības vai bezspēcības neesamība, tā ir „pilnīgas fiziskās, garīgās un sociālās labklājības stāvoklis” (World Health Organization [WHO], 2013a). Tās ietvaros garīgā veselība tiek definēta kā labklājības stāvoklis, kas sekmē ikdienas stresa pārvarēšanu un produktīvu darbošanos, ļaujot indivīdam realizēt savu potenciālu un dot savu devumu sabiedrībai. Visā pasaulē vairāk nekā 450 miljoni cilvēku cieš no garīgajiem traucējumiem (WHO, 2004). Tiek lēsts, ka šie traucējumi ir klātesoši 10% pasaules pieaugušo populācijas un katram ceturtajam dzīves laikā attīstīsies viens vai vairāki garīgās veselības un uzvedības traucējumi. Bet vēl lielākai daļai cilvēku ir garīgās veselības problēmas. Garīgās veselības problēmas ir plašs jēdziens, sākot ar ikdienas raizēm un

stresu, beidzot ar nopietniem traucējumiem un saslimšanām. Balstoties uz minētajiem satraucošajiem statistikas datiem par garīgās veselības problēmu izplatību un to sekām, tēma par palīdzības meklēšanu ir ļoti aktuāla. Daudz pētījumu ir veltīti psiholoģiskās palīdzības meklēšanas nodomu un attieksmes izpētei (piem., Dupree, Herrera, Martinez-Tyson, Jang, & King-Kallimanis, 2010; Kovess-Masféty et al., 2007; Masuda, Suzumura, Beauchamp, Howells, & Clay, 2005; Nam et al., 2010; ten Have et al., 2010). Palīdzības meklēšanas nodomi tiek skatīti kā plānota palīdzības meklēšana uzvedība (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). To kontekstā daudz apskatīta dažādu sociāli demogrāfisko faktoru loma, piemēram, dzimuma un vecuma, kā arī iepriekšējas palīdzības meklēšanas loma (Dupree et al., 2010; Mackenzie, Gekoski, & Knox, 2006; Ng, Nyunt, Chiam, & Kua, 2011; ten Have et al., 2010).

Taču, neraugoties uz aktīvo pētniecību šajā jomā, aizvien ir daudz neskaidru jautājumu. Globālā kontekstā jāakcentē, ka līdz šim nav pētīta stereotipu par palīdzības sniedzējiem loma attiecībā uz palīdzības meklēšanas nodomiem garīgās veselības problēmu gadījumos. Līdz ar to pētījuma **galvenā zinātniskā novitāte** ir stereotipu un attieksmju pret palīdzošajām profesijām lomas izpēte palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā. Šajā izpētē tiek integrētas sociālajā psiholoģijā plaši pētīto emocionālā siltuma un kompetences stereotipu atziņas (sk. Cuddy et al., 2009; Fiske et al., 1999) palīdzības meklēšanas nodomu skaidrošanā. Pētījums palīdz noskaidrot, vai un kāda ir uztverto sabiedrības attieksmju, emocionālā siltuma un kompetences stereotipu nozīme nodomos meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta, psihologa, psihiatra, garīdznieka un astrologa vieglu un nopietnu psiholoģisko problēmu un pašnāvības domu gadījumā. Šāds novatorisks skatījums veido nozīmīgu pienesumu zinātnē, attīstot labāku izpratni par pētāmajiem jautājumiem, atklājot vienas nozares atziņu noderīgumu otrā nozarē, kā arī veicinot jaunas idejas. Vietējā kontekstā jāakcentē, ka palīdzošo profesiju stereotipi un palīdzības meklēšanas nodomi praktiski nav pētīti Latvijā, bet to būtu ļoti nepieciešams darīt, ņemot vērā, ka garīgās veselības problemātikas rādītāji Latvijā ir ļoti augsti, piemēram, 2009.g. Latvija bija trešajā vietā Eiropas Savienībā pašnāvību skaita ziņā (Eurostat, 2012).

Papildus pētījuma zinātniskais devums ir: a) stereotipu par palīdzošajām profesijām izpēte, īpaši par ģimenes ārstiem, garīdzniekiem un astrologiem, par ko trūkst stereotipu pētījumu; b) savstarpēja stereotipu salīdzināšana starp palīdzošajām profesijām; c) sociāli demogrāfisko rādītāju un iepriekšējas palīdzības izmantošanas lomas izpēte palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā, jo trūkst pētījumu par to Latvijas kontekstā. Pētījuma pievienotā vērtība ir dažādo palīdzības sniedzēju iekļaušana un dažādo problēmu veidu apskatīšana, kas atšķir to no iepriekšējiem palīdzības meklēšanas nodomu pētījumiem.

Pētījuma **praktiskā lietderība** ir priekšstata iegūšana par stereotipiem un attieksmi pret garīgas veselības aprūpes sniedzējiem un to lomu palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā,

kā rezultātā varētu efektīvāk sekmēt negatīvo stereotipu, aizspriedumu un diskriminācijas mazināšanu un veicināt profesionālo pakalpojumu izmantošanu. Rezultāti noder gan praktizējošiem profesionāļiem, lai labāk izprastu potenciālo klientu attieksmes, gan veselības aprūpes veicināšanas politikas īstenošanai, lai veidotu efektīvākas programmas profesionālās palīdzības izmantošanas veicināšanā, gan arī pētniekiem turpmākai tēmas izpētei.

Pētījuma mērķis ir izpētīt stereotipus par palīdzīgo profesiju pārstāvjiem un nodomus palīdzības meklēšanā garīgās veselības problēmu gadījumos, īpaši apskatot stereotipu saistību ar palīdzības meklēšanas nodomiem. **Pētījuma priekšmeti** ir: 1) saistība starp sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem (dzimumu, vecumu, izglītības līmeni, reliģiozitāti, ģimenes stāvokli un ienākumu līmeni), iepriekšēju palīdzības izmantošanu, emocionālā siltuma un kompetences stereotipiem, uztverto profesijas nepieciešamību sabiedrībai un pieņemamību meklēt palīdzību un palīdzības meklēšanas nodomiem katras profesijas kontekstā (ģimenes ārsts, psihiatrs, psihologs, garīdznieks un astrologs) trīs garīgās veselības problēmu gadījumos (vieglas emocionālās problēmas, nopietnas psiholoģiskās problēmas un pašnāvības domas); 2) emocionālā siltuma un kompetences stereotipi par katru no pieciem profesiju pārstāvjiem.

Pētījumā tiek izvirzīts sekojošs **pamatjautājums**:

1) Kā sociāli demogrāfiskie faktori, iepriekšēja palīdzības izmantošana, uztvertās sabiedrības attieksmes un emocionālā siltuma un kompetences stereotipi par noteiktu palīdzīgo profesijas pārstāvi prognozē nodomus attiecīgā profesionāla palīdzības meklēšanā garīgās veselības problēmu gadījumos?

Pētījumā tiek izvirzīti sekojoši **papildus jautājumi**:

2) Vai modificētās SSM aptaujas latviešu versija veido ticamas skalas apskatīto profesiju vērtēšanā?

3) Kā atšķiras emocionālā siltuma un kompetences vērtējumi par katru profesijas pārstāvi un kā atšķiras katras skalas vērtējumi starp dažādiem profesiju pārstāvjiem?

Pētījuma metode. Lai atbildētu uz augstāk minētajiem pētījuma jautājumiem, tika veikts kvantitatīvs pētījums. Galvenā jautājuma izpētei tika izmantotas 15 atsevišķas regresijas analīzes, jo tika apskatīti palīdzības meklēšanas nodomi par piecām palīdzīgo profesijām, katrai – trīs problēmu veidos: vieglu emocionālo, nopietnu psiholoģisko problēmu un pašnāvības domu gadījumā. Katrā regresijas analīzē tika kontrolēti sociāli demogrāfiskie faktori un iepriekšēja palīdzības izmantošana, un tika apskatīta uztverto sabiedrības attieksmju un emocionālā siltuma un kompetences stereotipu loma palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā.

Pētījuma dalībnieki. Pētījumā piedalījās 338 respondenti. Dati tika iegūti, izmantojot elektronisku aptauju. Visi respondenti bija pieaugušie vecumā no 18 līdz 87 gadiem ($M = 41,01$, $SD = 16,25$), sievietes bija 53% un vīrieši bija 47%.

Mērījumi. Emocionālā siltuma un kompetences stereotipu pētīšanai tika izmantots stereotipu satura modelis (Fiske et al., 1999), kas modificēts pētījuma ietvaros, lai pielāgotu to latviešu valodai un garīgās veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju izpētei. Lai mērītu uztvertās sabiedrības attieksmes, cik katra profesija ir nepieciešama sabiedrībai un cik pieņemami ir meklēt palīdzību pie katra no pieciem profesiju pārstāvjiem, tika izveidotas divas viena panta skalas. Palīdzības meklēšanas nodomu pētīšanai tika modificētas metodes, kas izmantotas iepriekšējos pētījumos (Dupree et al., 2010; Gonzalez, Alegria, Prihoda, Copeland, & Zeber, 2011; Mackenzie et al., 2006; ten Have et al., 2010; Wilson & Deane, 2011; Wilson, Deane, Ciarrochi, & Rickwood, 2005). Pētījumā apskatīti palīdzības meklēšanas nodomi: 1) vieglu emocionālo problēmu gadījumā, 2) nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā un 3) pašnāvības domu gadījumā.

Procedūra. Respondenti tika piesaistīti, izmantojot dažādu sociālo tīklu palīdzību un ar e-pastu aicinājumiem. Aptaujas sākumā dalībnieki tika īsumā iepazīstināti ar pētījuma tēmu. Pirmajā daļā tika lūgts novērtēt profesiju stereotipus, otrajā daļā – palīdzības meklēšanas nodomus trīs problēmu gadījumos, attieksmes pret katru no palīdzības sniedzējiem, kā arī atbildēt uz papildus jautājumiem. Trešajā daļā tika lūgts sniegt sociāli demogrāfisko informāciju. Aptaujas beigās tika izteikta pateicība.

Datu apstrāde un analīze. Pētījuma datu apstrādei izmantota SPSS programmas 21.versija. Galvenās izmantotās statistikas metodes ir: regresiju analīze, galveno komponentu analīze un atkārtoto mērījumu dispersijas analīze.

Pētījuma uzdevumi:

- 1) Zinātniskās literatūras par pētījuma tēmu apzināšana un analīze,
- 2) Pētījuma projekta izstrāde,
- 3) Mērījumu instrumentu modifikācija,
- 4) Pētījuma metodes aprobācija pilotpētījumā,
- 5) Datu vākšana, apstrāde un analīze,
- 6) Rezultātu analīze un interpretācija, secinājumu izstrāde,
- 7) Pētījumu rezultātu apkopošana un disertācijas noformēšana.

Aizstāvēšanai izvirzītās tēzes:

Augstāki uztvertā emocionālā siltuma rādītāji par tipisku psihiatru nozīmīgi prognozē augstākus nodomu rādītājus psihiatra palīdzības meklēšanā noteiktu garīgās veselības problēmu gadījumos.

Augstāki uztvertās kompetences rādītāji par tipisku ģimenes ārstu, psihologu, garīdznieku un astrologu nozīmīgi prognozē augstākus nodomu rādītājus šo profesiju palīdzības meklēšanā noteiktu garīgās veselības problēmu gadījumos.

Augstāki uztvertās profesijas nepieciešamības sabiedrībai rādītāji un pieņemamības rādītāji meklēt palīdzību pie noteikta profesijas pārstāvja nozīmīgi prognozē augstākus nodomu rādītājus garīgās veselības problēmu gadījumos meklēt palīdzību pie attiecīgā profesionāļa (ģimenes ārsta, psihiatra, psihologa, garīdznieka un astrologa).

Struktūras apraksts. Promocijas darbs sastāv no četrām daļām. Pirmā ir teorētiskā daļa, kas sastāv no piecām nodaļām. Pirmā nodaļa ir par stereotipu konceptu un teorijām, kas veido divas apakšnodaļas. Otrā nodaļa ir par stereotipiem par palīdzošo profesiju pārstāvjiem garīgās veselības jomā, kas veido septiņas apakšnodaļas. Trešā nodaļa ir par palīdzības meklēšanas nodomiem, kas sastāv no divām apakšnodaļām. Ceturtā nodaļa ir par profesionāļu raksturojumu un palīdzības meklēšanas nodomu savstarpējo saistību. Piektā ir kopsavilkuma nodaļa. Otrā pētījuma daļa ir metodes daļa, kas izkārtota četrās apakšnodaļās. Trešā ir rezultātu daļa. Rezultātos ietvertas 8 tabulas un viens attēls. Ceturtā ir iztīrījuma daļa, tai seko nobeigums. Pētījumam ir četri pielikumi, pirmais pielikums satur sešas tabulas, otrais un trešais – katrs ietver 15 rezultātu tabulas. Izmantotās teorētiskās literatūras un avotu saraksts ietver 139 vienības. Darbs kopumā sastāv no 142 lapām ar pielikumiem, no 100 lapām bez pielikumiem.

1. Teorētiskā daļa

1.1. Stereotipu koncepts un teorijas sociālajā psiholoģijā

1.1.1. Stereotipu koncepts

Sociālajā psiholoģijā stereotipi tiek definēti kā vienkāršoti, vispārināti uzskati par indivīdu vai grupu, un tie var pastāvēt gan viena cilvēka prātā, gan būt kopīgi kādai grupai (Cox et al., 2012). Šo terminu mūsdienu psiholoģijas izpratnē ieviesa amerikāņu rakstnieks Valters Lipmans. Viņš stereotipus aprakstīja kā noteiktus tēlus cilvēka prātā, kas ir reprezentējoši, bet tomēr nesakrīt ar realitāti; tie atspoguļo to, ko cilvēks sagaida (Lippmann, 1921). Līdz ar Lipmana publikāciju aizsākās plaša stereotipu pētniecība sociālajā psiholoģijā. Šajā nodaļā tiek apskatīti būtiskākie pētījumu secinājumi par stereotipu konceptu.

Stereotipu piedēvēšana būtībā ir informācijas kategorizēšana, kas ir kognitīvs process (McGarty, Yzerbyt, & Spears, 2002; Taylor, Fiske, Etcoff, & Ruderman, 1978). Cilvēki nepārtraukti saskaras ar apjomīgu informācijas daudzumu. Lai būtu iespējams ar to manipulēt, nepieciešams ienākošo informāciju sakārtot noteiktās kategorijās. To sekmē stereotipi. Tie darbojas kā rāmis jaunās informācijas ieklasificēšanai jau izveidotās kategorijās (McGarty et al., 2002). Stereotipi palīdz izskaidrot situāciju un piešķir tai noteiktu jēgu. Viena no būtiskākajām to priekšrocībām, kas arī apstiprina to rašanos un pastāvēšanu, ir tā, ka tie palīdz ietaupīt resursus – laiku un pūles, kas būtu nepieciešamas jaunās informācijas rūpīgai analīzei un izvērtēšanai. Taču tā kā stereotipi ir pārāk vienkāršoti un vispārināti, tie nesniedz pilnīgu, detalizētu priekšstatu un attiecībā uz noteiktu indivīdu var izrādīties nepareizi un neapstiprināt gaidas.

Stereotipi var būt pozitīva, neitrāla vai negatīva rakstura. Pozitīvie stereotipi parasti atspoguļo pozitīvas īpašības, piemēram, cilvēks ar brillēm var tikt stereotipizēts kā gudrs. Turpretī negatīvie stereotipi ir saistīti ar negatīviem raksturojumiem, piemēram, cilvēkam ar psihiskiem traucējumiem var tikt piedēvēta agresivitāte. Neitrālie stereotipi ir saistīti ar neitrālu raksturojumu, piemēram, cilvēks sporta tērpā var tikt uztverts kā tāds, kam patīk sports.

Kā jau minēts, stereotipi var tikt attiecināti gan uz indivīdu, gan grupu. Sociālajā psiholoģijā īpaša uzmanība tiek pievērsta stereotipiem par grupām. Sabiedrībā pastāv stereotipi par visdažādākajām grupām – vecumgrupām, dzimumiem, profesijām, rasēm utt. Pētījumos secināts, ka tad, kad pieredze saistībā ar grupu ir ļoti maza, stereotipiskās zināšanas par to tiek balstītas uz atsevišķiem grupas locekļiem – eksemplāriem, kas tad arī veido kopējo tēlu par grupu (Sherman, 1996). Bet, pieredzei palielinoties, veidojas abstrakts iespaids par grupu – stereotips. Izveidojušies stereotipi par populārām grupām tiek uzkrāti atmiņā un atjaunoti to vērtēšanas gadījumos. Tie ir vispārzināmi un sabiedrībā dziļi nostiprinājušies. Aktivizējot informāciju par kādu populāras grupas pārstāvi, tā netiek balstīta uz konkrētiem indivīdiem, bet

gan abstraktām zināšanām par grupu. Indivīds, kas to pārstāv, tiek uztverts un raksturots saskaņā ar stereotipu par šo grupu (Hamburger, 1994). Stereotipi bieži vien ir vienotas pārlicības par grupām, tātad kaut kādā veidā tie ir akceptēti viedokļi vai normas, kas vieno indivīdus, kuriem ir noteikti stereotipi un par kuriem ir noteikti stereotipi (McGarty et al., 2002). Uzskatu vispārināšana, indivīdu vienošana un piederības izjūtas veicināšana grupas ietvaros sekmē stereotipu pastāvēšanu.

Ne vienu vien stereotipu pētnieku ir nodarbinājis jautājums, vai stereotipi mainās, vai tos ir iespējams izmainīt. Iespējamību mainīt stereotipus būtiski mazina cilvēku tendence meklēt un pievērst vairāk uzmanības tai informācijai, kas apstiprina jau esošās zināšanas, un ignorēt informāciju, kas ir konfliktā ar to (Trope & Thompson, 1997). Tā rezultātā stereotipi ir ļoti grūti maināmi. Bet kas notiek mijiedarbībā ar stereotipam netipisku grupas pārstāvi? Pētnieki skaidro, ka mijiedarbībā ar netipisku grupas pārstāvi, stereotips par grupu neizzūd, bet var mazināties tā piedēvēšanas apmērs (Hamburger, 1994). Proti, stereotips vairs netiek attiecināts uz visu grupu, bet tikai uz noteiktu apakšgrupu. Kā arī var mazināties tā piedēvēšanas iespējamība attiecībā uz konkrētu grupas locekli. Piemēram, pēc tradicionālajiem dzimumu stereotipiem sievietēm vairāk tiek piedēvētas īpašības, kas saistītas ar gādīgumu, rūpēm un emocionālo siltumu (Johannesen – Schmidt & Eagly, 2002), tomēr biznesa sievietes tiek uztvertas kā atsevišķa sieviešu apkašgrupa, kurām vairāk tiek piedēvētas īpašības saistībā ar pārlicinātību, spējīgumu, gudrību un efektivitāti, bet mazāk ar emocionālo siltumu saistītās īpašības (Fiske, Cuddy, Glick, & Xu, 2002; Fiske, 2012).

Lai saprastu iespējamo stereotipu mainīšanos, pētnieki ir salīdzinājuši vēsturiskos stereotipus ar aktuālajiem attiecībā uz etniskajām un nacionālajām grupām un secinājuši, ka cilvēkiem ir tendence neminēt negatīvos stereotipu aspektus par ambivalenti uztvertajām grupām emocionālā siltuma un kompetences kategorijās (Bergsieker, Leslie, Constantine, & Fiske, 2012). Šī tendence tiek skaidrota ar sociālajām normām, kas postulē cīņu ar aizspriedumiem. Balstoties uz to, varētu domāt, ka negatīvie stereotipu aspekti izzūd, taču tie aizvien pastāv latentā formā. Aizspriedumu kā atklātu antipātiju paušana ir mainījusies uz slēptākiem veidiem. Rezultātā negatīvā stereotipu informācija komunikācijas procesā var netikt pateikta skaļi un konkrēti, bet noklusēšana nenozīmē negatīvo stereotipu neesamību, dažkārt pat gluži pretēji – nepateikti vārdos, bet uztverti, tie var tieši veicināt konfliktus. Pēdējā gadsimta laikā ir ievērojami augusi sabiedrības pieņemšana pret grupām, kas tikušas īpaši diskriminētas to izcelsmes dēļ, piemēram, melnādainajiem un ebrejiem. Mūsdienās aizspriedumu paušana pret šīm grupām tiek nosodīta, kā rezultātā negatīvi noskaņotie cilvēki mēdz vairāk netieši paust savus aizspriedumus, piemēram, neverbāli.

Stereotipiem ir īpaši būtiska loma starpgrupu attiecībās (Amichai-Hamburger, 2008). Negatīva citas grupas uztvere tiek uzskatīta par starpgrupu konflikta pamatkomponentu. Šajā kontekstā jāatzīmē, ka stereotipi ir tieši saistīti ar aizspriedumiem un diskrimināciju. Stereotipi tiek saprasti kā uzskati, pārliecības, kas darbojas kognitīvā līmenī, aizspriedumi – emociju līmenī, bet diskriminācija – uzvedības līmenī. Šīs saistības kontekstā stereotipi var izpausties plašā gradācijā, sākot ar salīdzinoši neitrāla viedokļa paušanu, beidzot ar ekstremālu vardarbību. Tā zinātnieki izskaidro šausminošos vēstures notikumus, kas izvērsās dažādu ideoloģiju rezultātā, piemēram, genocīds (Cox et al., 2012; Fiske, 2012).

Jau gandrīz gadsimtu sociālajā psiholoģijā tiek pētīti stereotipi, īpaši par dažādām grupām. Pētnieki ir attīstījuši nozīmīgas teorijas, kas palīdz saprast un izskaidrot stereotipu rašanos, pastāvēšanu un mainīšanos. Bet, kaut arī plaši pētīti, stereotipi aizvien saglabā savu daļu mistērijas – turpmāk pētāmus jautājumus par to attīstību starpgrupu attiecībās un iespējām to mainīšanā.

1.1.2. Stereotipu satūra modelis

Stereotipu pētniecībā lielu ieguldījumu ir devusi S. Fiske, kura ar kolēģiem ir attīstījusi stereotipu satūra modeli (Fiske et al., 1999; Fiske et al., 2002). SSM ir stereotipu teorija un izpētes metode. Balstoties uz šo teoriju, stereotipu saturs tiek iedalīts divās pamata kategorijās, t.i., emocionālais siltums un kompetence.

Interesi par SSM attīstīšanu pētniekiem radīja novērojums, ka cilvēku vispārinātās pārliecības par noteiktām sabiedrības grupām gan unikāli raksturo katras grupas situāciju, gan veido kopīgas kategorijas visu grupu pamata novērtējumā (Fiske et al., 1999). Izvirzītais modelis tika pārbaudīts un līdz ar tā pierādīšanos, aizsākās plaši pētījumi grupu novērtēšanā, balstoties uz šo modeli (sk. Cuddy, Fiske, & Glick, 2007; Cuddy et al., 2009; Fiske et al., 2002). SSM kategorijas ir fundamentālas grupu vērtēšanā (Cuddy et al., 2009), jo atbild uz pamatjautājumiem starpgrupu attiecībās. Sveša cilvēka novērtēšanā vispirms ir svarīgi saprast, vai viņa nodomi ir pozitīvai vai negatīvi, tātad, vai viņš ir labs vai slikts, draugs vai ienaidnieks (Fiske, 2012; Fiske et al., 2002). To raksturo emocionālais siltums. Tad svarīgi ir novērtēt svešinieka spējas nodomu īstenošanā, vai viņš ir spējīgs tos īstenot vai nav, un to raksturo kompetence. S. Fiske (2012) izceļ, ka emocionālais siltums un kompetence ir sociālās uztveres pamatelementi.

SSM kategorijas ataino stereotipu dabu no negatīvas līdz pozitīvai (Fiske et al., 2002). Emocionālo siltumu atspoguļo tādas īpašības kā, piemēram, sirsnīgs, labsirdīgs, patiess, draudzīgs, ar labiem nodomiem un uzticams. Kompetenci atspoguļo tādas īpašības kā, piemēram, kompetents, spējīgs, gudrs, efektīvs, prasmīgs un pārliecināts. SSM pētījumos tiek izmantotas

vai nu tikai pozitīvās īpašības (piemēram, Cuddy et al., 2007), vai arī pozitīvās īpašības kopā ar negatīvajām (piemēram, Russell & Fiske, 2008), abos gadījumos rezultātā tiek analizēts uztvertais emocionālā siltuma un kompetences izteiktības līmenis. Augsts līmenis nozīmē, ka grupa tiek uztverta kā ļoti kompetenta/ emocionāli silta, zems līmenis nozīmē, ka grupa tiek uztverta kā nekompetenta/ emocionāli auksta.

Grupas tiek diferencētas atkarībā no uztvertā emocionālā siltuma un kompetences līmeņa (Fiske et al., 2002). Augsti rādītāji abās kategorijās parāda, ka grupa tiek uztverta gan kā emocionāli silta, gan kompetenta. Šāds raksturojums parasti tiek piedēvēts iekšgrupai un tuviem sabiedrotajiem. Zemi rādītāji abās kategorijās nozīmē, ka grupa tiek uztverta kā emocionāli auksta un nekompetenta, kā piemērs tam ir bezpajumtnieki. Daudzas grupas tiek vērtētas ambivalenti SSM kategorijās. Proti, grupa var tikt novērtēta augstu vienā kategorijā, bet zemu otrā kategorijā. Piemēram, vecāka gada gājuma cilvēki sabiedrībā tiek uztverti kā lielā mērā emocionāli silti, bet mazā mērā kompetenti. Savukārt bagātie cilvēki tiek uztverti kā lielā mērā kompetenti, bet mazā mērā emocionāli silti.

SSM bieži tiek pētīts saistībā ar uztverto grupas statusu un konkurenci (Fiske et al., 2002; Cuddy et al., 2009; Russell & Fiske, 2008). Kompetence ir izteikti saistīta ar uztverto grupas statusu, proti, augstāka statusa grupas tiek uztvertas kā kompetentākas nekā zemāka statusa grupas. Te par piemēru var minēt biznesmeņus, kas sabiedrībā tiek uztverti kā augsta statusa grupa un attiecīgi arī kompetenti, turpretī bezdarbnieki tiek uztverti kā zema statusa grupa un viņiem tiek piedēvēta nekompetence. Savukārt emocionālais siltums ir negatīvi saistīts ar konkurenci, proti, nekonkurējošas grupas tiek uztvertas kā emocionāli siltas, bet konkurējošās – kā vēsas. Piemēram, mājsaimnieces ir nekonkurējoša grupa, kam piedēvēts emocionālais siltums.

Emocionālā siltuma un kompetences stereotipi ir saistīti ar noteiktām emocijām un izturēšanās veidu pret stereotipizēto grupu (Cuddy et al., 2007). Šīs saistības tiek dēvētas par „BIAS” karti, tās nosaukuma iniciāļi angļu valodā simbolizē teorijas būtību. „BIAS” var tikt skatīta stereotipu – aizspriedumu – diskriminācijas kontekstā. Grupas, kuras tiek uztvertas kā emocionāli siltas un kompetentas, cilvēkiem rada vispozitīvākās emocijas, tās tiek apbrīnotas un cilvēki labprāt tām palīdz, aizsargā vai vienkārši sadarbojas. Grupas, kuras tiek uztvertas kā emocionāli vēsas un nekompetentas, rada visnegatīvākās emocijas, tās tiek nicinātas, atgrūstas un apdraudētas. Grupas, kuras tiek uztvertas kā nekompetentas, taču emocionāli siltas izraisa žēlumu, līdzjūtību un aizbildniecisku izturēšanos. Tās var tikt aizsargātas, tām var tikt sniegta palīdzība, bet tās var arī tikt atstumtas. Savukārt grupas, kuras tiek uztvertas kā kompetentas, taču emocionāli aukstas tiek apskaustas, tās tiek saistītas gan ar sadarbošanos, gan ar uzbrukumu.

Emocionālā siltuma stereotipi nosaka aktīvas izturēšanās tendences, proti, tā var būt aktīva palīdzēšana vai gluži pretēji – kaitēšana, savukārt kompetences stereotipi nosaka pasīvas

izturēšanās tendences, proti, tā var būt sadarbošanās vai ignorēšana un nevērība (Cuddy et al., 2007). Attiecīgi, vērtējot citus, cilvēkiem spēcīgākas emocionālās reakcijas rada vērtējamā morālums – amorālums nekā kompetence - nekompetence (Wojciszke, 2005). Morālums ietver ar emocionālo siltumu saistītas īpašības. Cītu morālums vairāk nekā kompetence attiecas uz indivīda personīgajām interesēm, līdz ar to emocionālās reakcijas ir spēcīgākas. Taču attiecībā uz sevi cilvēkiem parasti svarīgāka ir kompetence, jo tā nosaka efektivitāti personīgo mērķu sasniegšanā.

SSM tiek izmantots arī apakšgrupu pētīšanā. Kā jau minēts iepriekšējā nodaļā, par daudzām populārajām grupām stereotipi var tikt klasificēti apakšgrupās. Piemēram, pētnieki ir plašāk izpētījuši stereotipu par sievietēm – mājāsaimniecēm un strādājošām sievietēm (Cuddy, Fiske, & Glick, 2004). Mājāsaimnieces parasti tiek uztvertas kā emocionāli siltas, bet nekompetentas, savukārt pilnīgi pretējs ir priekšstats par strādājošām sievietēm, kurām tiek piedēvēts emocionālais vēsums, bet kompetence. Pētnieki noskaidrojuši, ka strādājošās sievietes, kļūstot par mātēm, zaudē uztverto kompetenci, tā vietā viņām vairāk tiek piedēvēts emocionālais siltums. Šī tendence negatīvi atsaucas uz karjeras iespējām, proti, viņām ir mazāka iespēja tikt pieņemtām darbā vai paaugstinātām amatā.

Stereotipu satura modelis ir pārbaudīts un tā pamatnostādnes ir apstiprinātas dažādu kultūru izlasēs (Cuddy et al., 2009). Katras kultūras pētījums rada savu unikālu pienesumu SSM. Piemēram, kolektīvisma kultūras izlasēs iekšgrupa nav īpaša tādā ziņā, ka tiktu novērtēta augsti gan kompetences, gan emocionālā siltuma skalā, kas raksturīgi individuālisma kultūrām. Savukārt pētījumā, kas veikts Itālijā, secināts, ka līdztekus citām populārām grupām sabiedrībā itāļi izvirza arī mafiju (Durante, 2008). Līdz ar to SSM attīstīšana katrā kultūrā ir nozīmīga gan vietējā kontekstā, gan starpkultūru kontekstā.

Stereotipu satura modelis ietver divas fundamentālas kategorijas – emocionālo siltumu un kompetenci, kas ļauj diferencēt dažādas grupas atkarībā no tā, kā tās tiek uztvertas sabiedrībā. SSM ir ieguvis plašu popularitāti grupu stereotipu pētniecībā (piemēram, Bergsieker et al., 2012; Brambilla et al., 2010; Cuddy et al., 2007). Arvien tiek veikti jauni pētījumi, aplūkojot komplicētākas emocionālā siltuma un kompetences saistības dažādu faktoru iespaidā.

1.2. Stereotipi par palīdzīgo profesiju pārstāvjiem garīgās veselības jomā

1.2.1. Profesiju stereotipi

Profesija ir viena no cilvēku klasificēšanas kategorijām, kas izteikti saistīta ar stereotipu piedēvēšanu. Profesiju stereotipi parāda, kā tiek uztvertas profesijas un kas no tām tiek sagaidīts (Walker, 1958). Stereotipi par populārajām profesijām ir dziļi nostiprinājušies, vispārzināmi un

pieņemti sabiedrībā (Sherman, 1996). Šajā apakšnodaļā tiek sniegts īss pārskats par profesiju stereotipu teorijām, veidojot ievadu turpmākajām nodaļām par stereotipiem attiecībā uz noteiktām palīdzošajām profesijām garīgās veselības aprūpes jomā.

Stereotipu aktivizēšanā profesijas nosaukums darbojas kā atslēgvārds (Sherman, 1996). Ja indivīdam ir neliela pieredze saistībā ar profesiju, piemēram, gadījumā ar jaunu vai specifisku profesiju, tiek aktivizētas viņa/ viņas stereotipiskās zināšanas, kas parasti ir balstītas uz spilgtiem piemēriem. Bet gadījumā ar labi zināmu profesiju, tiek aktivizēti sabiedrībā vispārpieņemtie stereotipi. Tātad profesijas atšķiras no tām piedēvēto stereotipu popularitātes, ir profesijas, kurām tiek vairāk piedēvēti stereotipi un kas ir spilgtāki un ir profesijas, kam mazāk tiek piedēvēti stereotipi. Tomēr, kā pētnieki norāda, pat neitrāli amatu nosaukumi ir saistīti ar stereotipiem (Lipton, O'Connor, Terry, & Bellamy, 1991). Līdz ar to kaut kādā mērā katra profesija ir saistīta ar stereotipiem.

Balstoties uz stereotipu satura modeli, vispārīgā līmenī profesionāļiem tiek piedēvēta kompetence, taču ne emocionālais siltums, kur pretī grupām, kas saistītas ar bezdarbu, galvenokārt tiek piedēvēta nekompetence, piemēram, māsaiemniecēm, bezpajumtniekiem un bezdarbniekiem (sk. Fiske et al., 2002). Taču, salīdzinot konkrētas profesijas, to piedēvētais emocionālā siltuma un kompetences līmenis atšķiras. Piemēram, stereotipi parāda, ka politiķiem, inženieriem un juristiem vairāk tiek piedēvēta kompetence, salīdzinot ar mācītājiem, psihologiem un pirmsskolas skolotājiem, kuriem savukārt vairāk tiek piedēvēts emocionālais siltums (Asuncion & Mackie, 1996; Brambilla et al., 2010; Carlsson & Bjorklund, 2010; Sherman, 1996). Palīdzošās profesijas pēc būtības ir vairāk saistītas ar emocionālā siltumu, jo tas ir nepieciešams to mērķu sasniegšanā, līdz ar to arī ar emocionālo siltumu saistītās īpašības tām tiek piedēvētas.

Profesiju uztverē liela nozīme ir statusam. Balstoties uz iepriekšējā nodaļā minēto, profesijām ar augstāku statusu sabiedrībā vairāk tiek piedēvēta kompetence (Fiske et al., 2002; Russell & Fiske, 2008). Bet, jāņem vērā, ka attiecībā uz profesijām, kurās emocionālā siltuma īpašības ir nepieciešamas to mērķu sasniegšanā, statuss var prognozēt arī uztverto emocionālo siltumu (Brambilla et al., 2010). Tā kā šī saistība līdz šim vēl ir maz pētīta zinātniskajā literatūrā, ir nepieciešami jauni pētījumi, kas palīdzētu labāk saprast palīdzējo profesiju statusu un stereotipus, un to savstarpējās saistības.

Viens no būtiskākajiem faktoriem profesiju stereotipos ir dzimums (Lipton et al., 1991). Dzimumu stereotipu piedēvēšana ir balstīta uz priekšstatiem par sociālajām normām un attiecīgām gaidām no konkrētā dzimuma (Skelly & Johnson, 2011). Tradicionāli tāds darbs, kas saistīts ar individuālu kontaktu un klienta emociju regulēšanu, kam nepieciešama speciāla apmācība, tiek asociēts ar sievietes dzimumu, turpretī darbs, kas saistīts ar fizisko slodzi, tiek

asociēts ar vīriešu dzimumu (Gray, 2010). Tā rezultātā vairākas profesijas ir izteiktas tikai sievietes vai vīriešu dzimtē. Piemēram, latviešu valodā tādas profesijas kā vecmāte, aukle un medmāsa ir tikai sievietes dzimtē un līdz ar to tiek saistītas ar sievietēm. Savukārt karavīrs, zemessargs un apsargs ir vīriešu dzimtes profesijas, kas tiek saistītas galvenokārt ar vīriešiem. Līdz ar to šīm profesijām tiek piedēvētas tradicionālās dzimumam raksturīgās īpašības.

Pētījumi apstiprina, ka profesijas izvēle tiek noteikta kultūras dzimumu stereotipu kontekstā (Oswald, 2008). Tā rezultātā pastāv tendence, ka sievietes un vīrieši vairāk izvēlas sava dzimuma stereotipam atbilstošās profesijas. Līdz ar to būtisks vairākums palīdzošo profesiju pārstāvju garīgās veselības aprūpē ir sievietes. Balstoties uz iepriekš minēto, stereotipiskajām sievietes profesijām ir tendence tikt augstāk vērtētām emocionāla siltuma skalā, bet nenovērtētām kompetences skalā, kas savukārt sekmē zemu ekonomisko vērtību profesijai.

Emocionālais darbs ir neatņemama veselības aprūpes sastāvdaļa. Kā jau minēts, piemēram, medmāsa tradicionāli tiek uztverta kā sievietes profesija. Medmāsām tiek piedēvētas dabiskas aprūpētājas spējas un no viņām tiek sagaidīts emocionālais siltums (Gray, 2010). Interesanti, ka atšķirīgas ir gaidas no vīriešiem šajā profesijā. No viņiem ne tik lielā mērā tiek sagaidīts siltums kā tieši fiziskā spēka potenciāls. It sevišķi garīgās veselības slimnieku kopējiem tiek piedēvēts fiziskais spēks un pat agresija. Tātad atšķiras stereotipi par vienu no to pašu profesiju atkarībā no tās pārstāvja dzimuma. Tas ļauj prognozēt, ka stereotipi par konkrētu profesiju ir saistīti ar attiecīgajā kultūrā esošo dzimumu sadalījumu starp šajā profesijā strādājošajiem.

Profesijas atšķiras emocionālā siltuma un kompetences vērtējumos, kā arī atkarībā no tām piedēvētā statusa. Tāpat atšķiras uztvere par profesijas pārstāvi atkarībā no dzimuma. Profesiju stereotipi ir nozīmīgi daudzējādā ziņā, jo īpaši raugoties no klientu redzespunkta attiecībā uz vispārēju attieksmi pret profesiju un noteiktu pakalpojumu sniedzēju izvēli.

1.2.2. Stereotipi par psihologiem

Šajā darbā tiek apskatīti stereotipi par psihologiem, ar to domājot tieši praktizējošus psihologus garīgās veselības aprūpes jomā. Pēc APA datiem (American Psychological Association [APA], 2011) praktizējošs psihologs ir profesionālis ar doktora grādu psiholoģijā, kas nozīmē profesionālu apmācību un spējas, lai palīdzētu cilvēkiem iemācīties efektīvāk tikt galā ar dzīves likstām un garīgās veselības problēmām. Taču daudzās citās valstīs, tostarp Latvijā psihologam nepieciešama profesionālā maģistra grāda izglītība. Psihologi sniedz klientiem palīdzību mentālo, emocionālo un uzvedības problēmu gadījumos, veicina viņu psiholoģisko labklājību un emocionālo dzīves spēku.

Stereotipi par psihologiem salīdzinājumā ar atšķirīgas jomas profesiju pārstāvjiem parāda, ka psihologi tiek uztverti kā emocionāli siltāki, taču ar zemāku statusu (Brambilla et al., 2010). Psihologu profesija ir izteikti vērsta uz palīdzības sniegšanu, līdz ar to ar emocionālo siltumu saistītās īpašības ir ļoti nepieciešamas, lai sasniegtu tās mērķus. Izvērtējot dažādos raksturojumos, psihologi galvenokārt tiek raksturoti kā izpalīdzīgi, gādīgi, draudzīgi un labi klausītāji (Wollersheim & Walsh, 1993). Diemžēl ļoti negatīvs rādītājs ir psihologu statusa nepietiekama novērtēšana, ņemot vērā augsto izglītības līmeni, kas ir nepieciešams, lai kļūtu par psihologu.

Daudzi pētījumi apstiprina, ka kopumā psihologi tiek raksturoti diezgan pozitīvi (Firmin et al., 2012; Webb & Speer, 1986). Piemēram, pētījums, kas veikts Amerikas ziemeļu reģiona privātā universitātē studentu izlasē, parāda, ka vairums respondentu pozitīvi novērtēja psihologu kompetenci darbā ar klientiem (Firmin et al., 2012). Tostarp 82% pozitīvi novērtēja psihologu efektivitāti personības novērtēšanā, 74% pozitīvi novērtēja psihologu efektivitāti garīgās veselības novērtēšanā un 69% novērtēja psihologus kā efektīvus intelekta testēšanā. Tam, ka psihologi ir labi izglītoti, piekrita 84% studentu, kā arī 82% psihologus novērtēja kā kompetentus un 64% uzskatīja, ka psihologi ir uzticami.

Pētot psihologu publisko tēlu, pētnieki secinājuši, ka gadu gaitā tas uzlabojas (von Sydow & Reimer, 1998), tomēr vēl aizvien ir problemātisks. Kā nozīmīgākās problēmas tiek akcentēta neizpratne par psihologu darbu, jaukšana ar citām pēc nosaukuma līdzīgām profesijām, kā arī negatīvo stereotipu un aizspriedumu piedēvēšana (Farberman, 1997; Firmin et al., 2012; von Sydow & Reimer, 1998). Kā parāda Amerikā veiktas nacionāla mēroga aptaujas rezultāti, sabiedrība nav informēta par izglītības prasībām attiecībā uz psihologiem (Farberman, 1997). Kā arī lielai daļai cilvēku trūkst izpratnes, kādos gadījumos tad īsti būtu jāvērsas pēc profesionālās palīdzības.

Amerikā psiholoģisko palīdzību var iegūt gan no konsultanta, kam ir maģistra grāds, gan no klīniskā psihologa, kam ir doktora grāds psiholoģijā. Taču pētnieki norāda, ka šāds sadalījums sabiedrībā veicina neizpratni, kuru profesionāli izvēlēties, un ka cilvēkiem nav skaidra klīnisko psihologu profesija (piemēram, Bremer et al., 2001; Wollersheim & Walsh, 1993). Psihologi tiek jaukti ne tikai ar konsultantiem, bet arī psihoterapeitiem un psihiatriem (Farberman, 1997; Firmin et al., 2012; von Sydow & Reimer, 1998). Īpaši negatīvi vērtējama ir psihologu un psihiatru jaukšana, jo tādā veidā negatīvie stereotipi un aizspriedumi par psihiatriem tiek attiecināti arī uz psihologiem, lai gan arī psihologu darba specifika pati par sevi ir saistīta ar mītiem. 1948. gadā publicētā pētījuma rezultāti parāda, ka 26% respondentu uzskatīja, ka psihologi spēj lasīt citu cilvēku domas, savukārt 38% respondentu uzskatīja, ka psihologi ir dīvaināki nekā, piemēram, ķīmiķi vai inženieri (Guest, 1948). Kaut arī var prognozēt, ka minētie

procenti krietni vien ir samazinājušies sakarā ar psihologu profesijas attīstību, tomēr šie un vēl citi negatīvi stereotipi un aizspriedumi aizvien pastāv mūsdienu sabiedrībā.

Pētot stereotipus un attieksmi pret psihologiem, jāņem vērā pētāmās kultūras specifika, ar to saistītie vēsturiskie faktori, kā arī sociālie, ekonomiskie un politiskie faktori. Daudzās Eiropas valstīs un Amerikas Savienotajās Valstīs, kā arī citviet pasaulē psihologa profesija ir nostabilizējusies ātrāk nekā, piemēram, postpadomju valstīs. Latvijā psiholoģijas studijas varēja apgūt, tikai sākot ar 1989. gadu un līdz tam laikam valstī bija tikai daži desmiti psihologu (ne vairāk kā 40) (Reņģe, 2003). Tā rezultātā psihologu profesijas attīstība Latvijā ir bijusi būtiski aizkavēta. Līdz ar iespēju apgūt psiholoģiju, sākās arī tās strauja attīstība. Diemžēl Latvijā salīdzinoši maz ir pētīta sabiedrības attieksme un izpratne par psihologu profesiju. Salīdzinoši nesēnā pilotpētījumā secināts, ka galvenie iemesli, kas nosaka jauniešu nevēlēšanos meklēt psihologu palīdzību, ir šādas sadarbības tradīcijas trūkums ģimenē un sabiedrībā kopumā, nepietiekams priekšstats un izpratne par psihologu darbu, kā arī neuzticēšanās psihologa profesionālajām zināšanām un prasmēm (Vorobjovs un Ostrovska, 2010). Savukārt, analizējot Latvijas populāros psiholoģijas izdevumus, tika secināts, ka psiholoģija lielā mērā tiek atainota kā psihoterapija (Reņģe un Austers, 2008). Pie tam ievērojams publikāciju daudzums veltīts rakstiem saistībā ar ezotēriku, transpersonālo psiholoģiju, astroloģiju u. tml., kas neatbilst psiholoģijas zinātnes izpratnei. Balstoties uz iepriekš minēto, tiek prognozēts, ka Latvijā varētu būt izteikti aizspriedumi un neskaidrība par psihologu profesiju.

Apskatītie pētījumi parāda, ka kopumā psihologi sabiedrībā tiek uztverti pozitīvi (Firmin et al., 2012; Webb & Speer, 1986). Psihologiem tiek īpaši piedēvētas ar emocionālo siltumu saistītas īpašības (Wollersheim & Walsh, 1993). Taču salīdzinoši maz ir jaunu stereotipu pētījumu. Kā arī jāatzīmē, ka trūkst pētījumu par Latvijas sabiedrības stereotipiem. Kā nozīmīgākās problēmas attiecībā uz profesijas tēlu sabiedrībā tiek izcelta nepietiekama izpratne par psihologu darbu, jaukšana ar citām pēc nosaukuma līdzīgām profesijām un negatīvo stereotipu piedēvēšana (Farberman, 1997; Firmin et al., 2012; von Sydow & Reimer, 1998).

1.2.3. Stereotipi par psihiatriem

Psihiatri ir medicīnas profesionāļi, kas nodarbojas ar pacientu psihisko traucējumu diagnosticēšanu, ārstēšanu un garīgās veselības profilaksi (American Psychiatric Association [APA], n.d.). Atkarībā no valsts izglītības sistēmas tiek noteiktas profesijas izglītības prasības. Parasti pretendenti vispirms iegūst izglītību medicīnā un tad specializējas psihiatrijā. Šajā darbā tiek apskatīti stereotipi par praktizējošiem psihiatriem.

Līdzīgi kā par psihologiem, arī attieksme pret psihiatriem un psihiatriju kopumā laikā gaitā ir uzlabojusies, tomēr aizvien psihiatru tēls sabiedrībā lielā mērā raksturojams negatīvi (Sartorius et al., 2010). Cilvēki neizprot psihiatru profesiju – tās mērķus, unikālo apmācību un profesionāļu zināšanu jomas. Līdz ar šo neizpratni psihiatru profesijas statuss un prestižs tiek zemu vērtēts medicīnas profesionāļu kontekstā. Tas, ka psihiatri ir medicīnas profesionāļi, nav sabiedrībā vispārzināma lieta. Psihiatru profesija ir viena no visvairāk ar mītiem un sabiedrības neizpratni saistītajām profesijām veselības aprūpē.

Negatīvi stereotipi un aizspriedumi ir vērsti gan pret pašiem psihiatriem, viņu darbu, tostarp izmantotajām ārstēšanas metodēm, gan pret esošajiem un bijušajiem pacientiem (Kishore, Gupta, Chander, & Bantman, 2011; Sartorius et al., 2010; Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2009; Schultze, 2007). Mīti, negatīvie stereotipi un aizspriedumi veicina to, ka ārstēšanās pie psihiatra tiek uztverta kā apkaunojums un negods, un tā rezultātā vārds „psihiatrs” tiek saistīts ar negatīvu nozīmi.

Pētnieki īpaši uzsver sabiedrībā valdošos aizspriedumus pret psihiskajām slimībām un cilvēkiem ar šādām problēmām (Kishore et al., 2011; Sartorius et al., 2010; Schomerus et al., 2009; Schultze, 2007). Piemēram, pētījumā, kas veikts Indijā, trešdaļa aptaujāto atzina, ka nejostos komfortabli, runājot ar psihiski slimu cilvēku (Kishore et al., 2011). Šīs negatīvās attieksmes ir veidojušās ne tikai no neziņas un neiecietības, bet arī no reālas bīstamības, neprognozējamības un neadekvātuma iespējamības (Guimon, 2010). Psihiskie traucējumi cilvēkus biedē un viss, kas ar to saistīts, šķiet biedējošs. Viens no psihiatru pienākumiem ir diagnosticēt traucējumus, kas indivīdam rada bailes, ka viņam/-ai tiks diagnosticēti psihiskie traucējumi. Psihiatriem arī tiek piedēvēta vara kontrolēt sabiedrību, proti, nosakot to, kas ir normāli un kas nav, kas atbilst realitātei un kas neatbilst (Schultze, 2007).

Attiecībā uz psihiatrisko ārstēšanu ievērojamā meta-analītiskā pētījumā secināts, ka kopumā sabiedrībā par to pastāv dažādi viedokļi (Sartorius et al., 2010). Tā tiek uzskatīta gan kā palīdzīga, gan kā neefektīva vai pat kaitīga. Cilvēki par zemu novērtē psihotropo medicīnu, izteikti akcentējot tās negatīvos efektus, bet ne pozitīvos. Īpaši negatīvi tiek uztverta elektrokonvulsīvā terapija. Pastāv stereotipi, ka ir tikai viena standarta psihiatriskā ārstēšana visiem, kas galvenokārt ietver eksperimentēšanu ar cilvēku, ieslēgšanu un nozāļošanu (Schultze, 2007). Un tas ir vēl viens no iemesliem, kas var radīt bailes no psihiatriem.

Sabiedrībā dominē negatīvi stereotipi par psihiatriem (Sartorius et al., 2010, Schultze, 2007). Piemēram, psihiatri bieži tiek uztverti kā traki un dīvaini vai pat bīstami. To papildinot, var pieminēt, ka pētījumā, kas veikts Indijā, secināts, ka 46% aptaujāto lauku iedzīvotāju uzskatīja, ka psihiatri ir ekscentriski (Kishore et al., 2011). Stereotips par psihiatru bīstamību ir saistīts ar neizpratni par psihiatrisko ārstēšanu. Sabiedrība psihiatriem mēdz piedēvēt ļaunus

nodomus, proti, pacientu ieslēgšanu, nozāļošanu un eksperimentēšanu ar viņiem, jo netiek izprastas psihiatriskās ārstēšanas metodes un aizvien sabiedrībā valda novecojuši uzskati (Sartorius et al., 2010, Schultze, 2007). Tai pat laikā psihiatriem tiek piedēvētas arī spējas „redzēt cauri” un viņi tiek uztverti kā dziedinātāji un glābēji. Stereotipi īpaši tiek veicināti un uzturēti ar mediju starpniecību (Gharaibeh, 2005). Nesens pētījums parāda, ka psihiatri medijus uzskata par vienu no būtiskākajiem profesionālisma draudiem (Bhugra, Gupta, Smyth, & Webber, 2010).

Medijiem ir liela ietekme sabiedrības attieksmju un uzskatu veidošanā. Pētnieki, analizējot amerikāņu filmas, secinājuši, ka attēlotais psihiatrs vairumā gadījumu ir vīrietis pusmūža gados, draudzīgs, bet vairāk nekompetents nekā kompetents (Gharaibeh, 2005). Īpaši jāvērs uzmanība tam, ka daudzos gadījumos attēlotie psihiatri pārkāpj ētikas robežas. Tā kā medijos paustajai informācijai un dezinformācijai vislielākais iespaids ir uz cilvēkiem, kam par attiecīgo tēmu nav izveidojusies konkrēta attieksme, tad šajā gadījumā veidot negatīvas attieksmes īpaši tiek iespaidoti tie cilvēki, kam nav bijusi pieredze ar psihiatriem vai šī pieredze bijusi nepietiekama. Un tā kā saskare ar psihiatru parasti nav cilvēku ikdienas sastāvdaļa, tad mediju ietekme ir kritiska attiecībā uz lielāko sabiedrības daļu.

Lai varētu veicināt psihiatru profesijas tēla uzlabošanu sabiedrībā, tiek veikts daudz pētījumu. Tai skaitā, tiek izziņātas pacientu vēlmes, kas parāda, ka labs psihiatrs tiek raksturots kā kompetents, godīgs, pieejams un labs klausītājs (Bhugra et al., 2010). Šis raksturojums ir saskaņā ar psihiatru profesionālajām vērtībām. Psihiatri profesionālismu galvenokārt saista ar klīniskajām zināšanām un spējām un apkalpošanas standartu (Bhugra et al., 2010). Par pamata vērtībām ir noteikts pacients ar savu individualitāti un unikalitāti, pacientu aizstāvēšana, rūpīgi izstrādāta un visaptveroša izpratne par pacientu un viņa vidi un refleksija ievākto datu, personīgās pieredzes, teorētiskās bāzes un citu saistīto faktoru ietekmē (Robertson, Kerridge, & Walter, 2009). Diemžēl iepriekš minētie pētījumi skaidri parāda, ka sabiedrības pārliecības šajā jautājumā var būt pat ļoti atšķirīgas.

Psihiatru profesijas tēls sabiedrībā tiek vērtēts negatīvi (Sartorius et al., 2010). Ļoti aktuāli ir negatīvie stereotipi un aizspriedumi. Tā kā psihiatriskās palīdzības meklēšanā pirmais solis parasti ir visgrūtākais, tad negatīvie stereotipi un aizspriedumi vēl jo vairāk apgrūtina šo procesu, kā rezultāts var būt palīdzības neizmantošana un ilgstošas cilvēka ciešanas, saslimstība vai pat nāve (Gharaibeh, 2005). Līdz ar to sabiedrības attieksmju pētīšana ir īpaši nozīmīga un nepieciešama, lai veicinātu psihiatru pakalpojumu izmantošanu.

1.2.4. Stereotipi par ģimenes ārstiem

Ārsti ir liela un visiem labi zināma profesionālā grupa, kas ietver dažādas apakšspecializācijas. Ārsti, kas veic primāro cilvēka veselības aprūpi, atkarībā no valsts veselības aprūpes politikas var tikt dēvēti atšķirīgi, biežāk kā vispārējās prakses ārsti, primārās aprūpes ārsti un ģimenes ārsti. Pēc Latvijas normatīvajiem aktiem vispārējās prakses ārsts ir profesionālis ar medicīnisko izglītību, kas nodrošina pacientu primāro veselības aprūpi: izpēti, diagnostiku, ārstēšanu un profilaksi (Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumi Nr.461, 2010). Ģimenes ārsta definīcija pēc būtības ir līdzīga, vienīgi akcentējot aprūpes sniegšanu ģimenes kontekstā. Balstoties uz Pasaules vispārējās prakses ārstu/ ģimenes ārstu nacionālo koledžu, akadēmiju un akadēmisko asociāciju organizācijas definīciju, ģimenes medicīna tiek saprasta kā personiskas aprūpes sniegšana indivīdam ģimenes, sabiedrības un kultūras kontekstā (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians for the European Region [Wonca Europe], 2011). Ģimenes ārstu sistēma ir ieviesta daudzās valstīs, tostarp Latvijā. Latvijā pacientiem ir tiesības individuāli izvēlēties savu ģimenes ārstu. Šajā darbā tiek apskatīti stereotipi par praktizējošiem ģimenes ārstiem.

Ārstus kā jau labi sabiedrībā zināmu grupu neizbēgami raksturo dažādi stereotipi. Kopumā ārsti tiek uzskatīti kā augsta statusa profesija (Bogart, 2001; Chang, Bair, & Pai, 2013; von Sydow & Reimer, 1998). Tomēr, ja salīdzina dažādas ārstu profesijas, stereotipi par tām atšķiras. Īpaši augsts statuss tiek piedēvēts nepsihiatriskās ārstēšanas ārstiem, kuru tēls sabiedrībā tiek vērtēts pozitīvi (von Sydow & Reimer, 1998). Piemēram, pētījumā, kurā piedalījās veselības un sociālās aprūpes jomas studenti, ārstiem tika piedēvēti augsti rādītāji akadēmiskajās spējās, līderībā, lēmumu pieņemšanā, pašpaļāvībā un profesionālajā kompetencē, bet salīdzinoši zemāki rādītāji interpersonālajās spējās un komandas spēlētāju lomā (Hean, Clark, Adams, & Humphris, 2006). Jāakcentē, ka ģimenes ārstu darbam ir sava specifika. Līdz ar to minēto pētījumu atziņas nevar viennozīmīgi attiecināt uz ģimenes ārstiem.

Ārstu profesijai sabiedrība lielā mērā piedēvē profesionālismu un kompetenci (Chang et al., 2013). Attiecīgi, salīdzinot kompetences un emocionālā siltuma kategorijās, ārsti vairāk tiek raksturoti ar kompetenci saistītām īpašībām, kas arī ir atbilstoši augsta statusa grupām, bet mazāk ar emocionālo siltumu (Bogart, 2001). Tomēr pētnieki secinājuši, ka laika gaitā mainās sabiedrības attieksme pret ārstu profesiju (Chang et al., 2013; Sousa, 2007). Tradicionāli ārstiem tiek piedēvēta vara, jo viņi ir pacienta veselības problēmu risinātāji, nereti pat dzīvības glābēji (Sousa, 2007). Ārsts, tai skaitā ģimenes ārsts, tiek uzskatīts kā lēmējs, bet pacients – lēmuma saņēmējs. Taču pamazām līdz ar labāku informācijas pieejamību un apmaiņu un pieaugšu skepsi

šīs varas attiecības starp ģimenes ārstu un pacientu mainās. Tāpat pētnieki akcentē, ka līdz ar veselības aprūpes pieaugošo komercializēšanos ārstiem vairāk tiek piedēvētas personiskās intereses un labuma gūšana un uztvertā kompetence pamazām krītas, bet aizvien saglabājas augstā līmenī (Chang et al., 2013).

Kā jau iepriekš norādīts, stereotipi par ārstiem kopumā nevar viennozīmīgi tikt attiecināti uz ģimenes ārstiem, jo ģimenes ārsti veido atsevišķu stereotipu kategoriju. Pētnieki norāda, ka attieksme pret ārstiem ir atkarīga no tā, vai tiek pētīti vispārīgi stereotipi vai atsevišķa pieredze (Conroy et al., 2002). Proti, pētījumā, kas veikts Īrijā, secināts, ka, raksturojot ārstus kopumā, sievietes sniedza daudz negatīvākus vērtējumus nekā tad, ja tika jautāts konkrēti par ģimenes ārstu. Atšķirībā no ārstiem (vispārīgā nozīmē) ģimenes ārsti tika raksturoti pozitīvi. Proti, 40% respondentu piekrita apgalvojumam, ka visi ārsti ir labi ārsti, kur pretī 85% uzskatīja, ka viņu ģimenes ārsts ir labs ārsts. Tā kā ģimenes ārsts ir speciālists, pie kura cilvēki vēršas visdažādāko veselības problēmu gadījumā, un palīdzības sniegšana parasti pie viena speciālista tiek nodrošināta ilgstošā laika posmā, tad personiskais faktors ārsta – pacienta attiecībās spēlē ļoti lielu lomu.

Starptautiskā pētījumā par vispārējās veselības aprūpi Eiropas valstīs secināts, ka tā kopumā tiek vērtēta kā ļoti pozitīva (Grol et al., 2000). Proti, vairāk nekā 80% respondentu lielāko daļu no izvērtējamajiem aprūpes aspektiem bija novērtējuši labā vai izcilā līmenī, jo īpaši konfidencialitāti attiecībā uz medicīniskajiem datiem, ārstu klausīšanās spējas, konsultēšanās laiku un ātru pakalpojumu pieejamību steidzamu problēmu gadījumos. Savukārt negatīvākie vērtējumi attiecās uz organizatoriskiem jautājumiem, piemēram, par gaidīšanas laiku uzgaidāmajā telpā un iespēju telefoniski sazināties ar ārstu. Apskatot pacientu demogrāfiskos rādītājus, secināts, ka ārstu aprūpi pozitīvāk vērtē gados vecāki cilvēki salīdzinājumā ar jaunākiem, taču starp dzimumiem atšķirības neparādījās, kā arī atšķirības neparādījās starp respondentiem ar atšķirīgu veselības stāvokli. Līdzīgi secinājumi iegūti arī pētījumā, kas veikts Pakistānā (Ali, Khuwaja, Kausar, & Nanji, 2012). Rezultāti parādīja, ka Pakistānas respondenti kopumā ir apmierināti ar ģimenes ārstu praksi, īpaši augsti vērtējot ārstu klausīšanās spējas, pamatīgumu darba izpildē un pareizu fizisko izmeklēšanu.

Pacientu apmierinātība ar ģimenes ārstu un vispārējo veselības aprūpi ir viens no galvenajiem sabiedrības attieksmes rādītājiem. Tas ir sarežģīts, daudz dimensiju koncepts, kas ietver vairākus ļoti būtiskus aspektus, tostarp ārsta – pacienta mijiedarbību, veselības stāvokļa uzlabošanu un pacienta gaidu apstiprināšanu (Marcinowicz, Chlabicz, & Grebowski, 2010). Pētnieki norāda, ka pacienti nespēj tik labi spriest par ārstu tehnisko kompetenci kā par interpersonālajām spējām. Tieši uzticība ārstam tiek akcentēta par vienu nozīmīgākajiem

prognozētājiem pacientu apmierinātībā ar konsultēšanos ar ārstu (Baker, Mainous 3rd, Gray, & Love, 2003).

Kaut arī kopumā sabiedrības attieksme pret ģimenes ārstiem ir pozitīva, tomēr vairāki pētījumi izceļ arī negatīvos aspektus, kurus vajadzētu uzlabot veselības aprūpes nodrošināšanā. Piemēram, pētījuma, kas veikts Polijā, rezultāti parādīja, ka respondenti mijiedarbību ar ārstiem novērtējuši neviennozīmīgi, pozitīvie komentāri vairāk tika veltīti ārstu personiskajām īpašībām, bet tikai ar nelielu pārsvaru pār negatīvajiem komentāriem tie tika attiecināti uz ārstu kompetenci (Marcinowicz, Chlabicz, & Grebowski, 2009). Pētnieki norāda, ka īpaši nepieciešams uzlabot ārstu – pacientu mijiedarbību (Marcinowicz et al., 2009; Sousa, 2007). Pacienti ir ļoti svarīgas labas ārsta sociālās mijiedarbības spējas (Marcinowicz et al., 2009). Tās ir pamatkomponents ārstēšanas procesā, lai izzinātu un saprastu pacientu problēmas (Ali et al., 2012). Ārstu – pacientu mijiedarbības uzlabošana ir arī izvirzīta par vienu no galvenajiem ģimenes ārstu darbības mērķiem (WONCA EUROPE, 2011).

Ārsti tiek uzskatīti kā augsta statusa profesija (Bogart, 2001; Chang et al., 2013; von Sydow & Reimer, 1998), kam sabiedrība lielā mērā piedēvē profesionālismu un kompetenci (Chang et al., 2013). Jāņem vērā, ka atšķiras stereotipi par ģimenes ārstiem un ārstu profesiju kopumā. Vispārīgā līmenī ģimenes ārsti tiek uztverti labvēlīgāk (Conroy et al., 2002). Līdz šim veiktie pētījumi parāda, ka sabiedrībā dominē pozitīva attieksme pret ģimenes ārstiem (Ali et al., 2012; Grol et al., 2000). Tomēr, jāakcentē, ka salīdzinoši maz ir veikti profesijas stereotipu pētījumi, bet vairāk pētīta ir veselības aprūpe kopumā.

1.2.5. Stereotipi par garīdzniekiem

Pēc Latvijas Republikas profesiju klasifikatora garīdznieki pieder pie profesionāliem garīgi praktiskās palīdzības sniedzējiem, kas attīsta ticības praksi, aktualizē tās vērtības un simbolus un praktizē to darbā ar klientiem – viņu dzīves problēmu risināšanā un grūtību pārvarēšanā (Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumu Nr.461 1.pielikums, 2010). Pēc latviešu valodas skaidrojošās vārdnīcas garīdznieks tiek definēts kā iesvētīts reliģiskā kulta kalpotājs; arī mācītājs, un mācītājs tiek saprasts kā tieši kristīgo garīdznieks (Latviešu valodas vārdnīca, 2006). Latvijā ir pārstāvētas dažādas reliģiskās konfesijas, no kurām vadošās ir kristiešu konfesijas: evaņģēliski luterisko, Romas katoļu un pareizticīgo (Latvijas Zinātņu akadēmijas Ekonomikas institūts, 2010-2011). Šajā nodaļā tiek apskatīti stereotipi par praktizējošiem garīdzniekiem.

Lai gan garīgie līderi ir darbojušies jau krietni senā pagātnē pretstatā tādiem garīgās veselības aprūpes speciālistiem kā psihologi un psihiatri, tomēr ir ļoti maz pētījumu par stereotipiem attiecībā uz garīdzniekiem. Līdzīgi kā par psihologiem, sabiedrībā pastāv stereotipi

par mācītājiem, kur, salīdzinot ar atšķirīgu profesiju pārstāvjiem, piemēram, inženieriem, mācītāji tiek novērtēti kā laipnāki, bet ne tik gudri (Sherman, 1996). Tāpat mācītājiem tiek piedēvēts līdzjūtīgums (Asuncion & Mackie, 1996). Pētījumā, kas veikts Amerikā, izmantojot nacionālā mēroga pieaugušo izlases datus, kur salīdzināti katoļu, metodistu un luterāņu mācītāji, secināts, ka kaut arī katras konfesijas mācītāji tiek raksturoti atšķirīgi, tomēr kopumā visi minētie garīdznieki novērtēti pozitīvi – raksturoti kā izteikti draudzīgi un izpalīdzīgi (Johnstone, 1972). Tātad sabiedrībā dominē stereotips, ka garīdznieki ir emocionāli silti.

Zinātniskajā literatūrā atrodami maz pētījumu par stereotipiem attiecībā uz garīdzniekiem. Tā kā garīdznieki var pārstāvēt ļoti dažādus reliģiskos virzienus, tad stereotipi arī var atšķirties starp dažādu konfesiju garīdzniekiem. Pieejamie pētījumi apliecina stereotipu, ka garīdznieki lielā mērā tiek uztverti kā emocionāli silti (Asuncion & Mackie, 1996; Johnstone, 1972; Sherman, 1996). Tomēr šīs tēmas labākai izpratnei būtu nepieciešams veikt jaunus pētījumus.

1.2.6. Stereotipi par astrologiem

Paranormālās pārliecības ir pārliecības, kas ir ārpus zinātniskās izpratnes un skaidrojuma. Tās var tikt dalītas divās grupās: pārliecībās, kas ir saistītas ar reliģiju, un pārējās pārdabiskajās pārliecībās kā piemēram, ticība astroloģijai (sk. Rice, 2003). Astroloģiskās nostādnes ir vienas no populārākajām paranormālajām pārliecībām. Astrologu profesija ir iekļauta Latvijas Republikas profesiju klasifikatorā (Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumu Nr.461 1.pielikums, 2010). Astrologs ir persona ar speciālām zināšanām astroloģijā, kas, balstoties uz planētu un kosmisko ietekmi, sastāda horoskopus un konsultē klientus – skaidro personību, prognozē nākotni u.tml. Neraugoties uz astrologu popularitāti sabiedrībā, pieejamajā zinātniskajā literatūrā nav atrodami tieši empīriski pētījumi par sabiedrības stereotipiem par astrologiem, tāpēc šī nodaļa apskatīta vispārēju sabiedrības attieksmju kontekstā.

Pētījumi parāda, ka ļoti liela daļa sabiedrības tic astroloģijai vai kaut kādā mērā piekrīt tās principiem (Kallery, 2001; Rice, 2003; Robertis & Delaney, 1993). Piemēram, nacionāla mēroga aptaujā, kas veikta ASV, tika secināts, ka 33% pieaugušo tic astroloģijai (Rice, 2003). Tostarp, kā parāda Kanādā veikta pētījuma rezultāti, astroloģijas principiem lielā mērā piekrita studenti, t.i., 45% respondentu – mākslas studentu un 37% dabas zinātņu studentu (Robertis & Delaney, 1993). Turklāt astroloģijai tic arī tādu profesiju pārstāvji, kuru darbs vistiešākajā veidā ir saistīts ar citu cilvēku izglītošanu. Te var minēt pētījumu, kas veikts Grieķijā, kur secināts, ka lielākā daļa (60%) pētījuma dalībnieču – pirmsskolas audzinātāju piekrita astroloģijas principiem (Kallery, 2001).

Attiecībā uz astrologiem viena no tendencēm, kas vērojama sabiedrībā un izpētīta pētījumos, ir zinātniskuma piedēvēšana. Astroloģija bieži tiek jaukta ar astronomiju, un daudzi cilvēki astroloģiju uzskata par zinātni (Kallery, 2001; Robertis & Delaney, 1993). Jau pieminētajā pētījumā par pirmsskolas audzinātājiem secināts, ka 59% respondentu uzskatīja gan astronomiju, gan astroloģiju kā zinātne, un tātad nesaskatīja atšķirības starp zinātne un pseidozinātne (Kallery, 2001). Salīdzinoši mazākā daļa audzinātāju (38%) zināja, ka tikai astronomija ir zinātne. Un pētījums par studentiem parāda, ka 55% mākslas studentu un gandrīz 44% dabas zinātņu studentu neatšķir astronomiju no astroloģijas (Robertis & Delaney, 1993).

Pētnieki norāda, ka ticību astroloģijai var skaidrot ar Forera jeb Barnuma efektu (Komath, 2009). Forers eksperimentālā pētījumā pierādīja, ka ir iespējams bez īpašām spējām veiksmīgi aprakstīt cilvēka raksturu, proti, piedāvājot diezgan vispārīgu raksturojumu, kas atbilstošs šķiet lielākajai daļai cilvēku. Tas izskaidro fenomenu, ka astroloģiskā informācija, kas tiek piedāvāta cilvēkam, viņam/ viņai var šķist atbilstoša un personīga rakstura. Tā kā astroloģija ir tik populāra sabiedrībā, par to ir veikti vairāki eksperimenti ar mērķi pārbaudīt astroloģijas nostādnes. Secinājumi viennozīmīgi norāda uz to, ka astroloģija nav zinātnē balstīta (sk. Komath, 2009). Nevienā pētījumā nav izdevies pierādīt, ka astroloģija būtu balstīta zinātnē. Astrologi nav spējīgi pareģot vairāk nekā to var izdarīt nejaušības rezultātā. Tomēr ir grūti mainīt sabiedrības viedokli šajā jautājumā.

Pētījumā par māņticības noteicējiem secināts, ka nozīmīgu lomu spēlē dažādi sociāli demogrāfiskie un sociāli ekonomiskie faktori (Torgler, 2007). Piemēram, rezultāti parāda, ka sievietes ir māņticīgākas nekā vīrieši un gados jaunāki cilvēki ir māņticīgāki nekā gados vecāki cilvēki. Cilvēkiem ar augstāku izglītību ir zemāki māņticības rādītāji salīdzinājumā ar tiem, kam ir zemāks izglītības līmenis. Kā arī secināts, ka īpaši augsti māņticības rādītāji ir bijušajās komunisma valstīs, tai skaitā Latvijā, kur izteikti raksturīga ticība horoskopiem un nākotnes pareģotājiem.

Astrologi viennozīmīgi ir populāra profesija sabiedrībā, kurai pie tam tiek piedēvēts zinātniskums – astroloģija tiek uzskatīta kā zinātne un jaukta ar astronomiju (Kallery, 2001; Rice, 2003; Robertis & Delaney, 1993). Varētu prognozēt, ka tiem, kas piekrīt astroloģijas principiem, ir arī labvēlīgāka attieksme pret profesiju, t.sk., raksturīgi pozitīvi stereotipi. Tā kā sabiedrības attieksme pret astrologiem ir nepietiekami pētīta, ir liela nepieciešamība pēc jauniem empīriskiem pētījumiem, lai gūtu labāku priekšstatu par profesijas tēlu sabiedrībā, konkrētām attieksmēm un stereotipiem.

1.2.7. Profesiju stereotipu salīdzinājums par garīgās veselības aprūpes sniedzējiem

Šajā apakšnodaļā salīdzināti stereotipi par iepriekš apskatītajām palīdzošajām profesijām. Stereotipu izpēte ir svarīga attiecībā uz sabiedrības potenciālo nodomu un palīdzības meklēšanas uzvedības prognozēšanu. Garīgās veselības problēmu gadījumos cilvēkiem ir pieejami dažādi speciālisti, kuri varētu palīdzēt šo problēmu risināšanā. Katra profesija ir saistīta ar noteiktiem stereotipiem. Lai labāk saprastu to kopainu, nepieciešams profesijas salīdzināt.

Pētījumos secināts, ka sabiedrība nesaskata izteiktas atšķirības starp garīgās veselības aprūpes speciālistiem (von Sydow & Reimer, 1998). Īpaši tiek akcentēta psihologu, psihoterapeitu un psihiatru profesiju jaukšana (Farberman, 1997; Firmin et al., 2012; Webb & Speer, 1986). Visas trīs minētās profesijas ir garīgās veselības profesijas, kuras pie tam vēl ir līdzīgas pēc nosaukuma, kas rada īpašu apjukumu cilvēkiem, kuri nav pazīstami ar tām. Tieši psihiatru profesija visvairāk tiek saistīta ar negatīviem stereotipiem garīgās veselības aprūpes profesiju kontekstā (Schultze, 2007). Nereti profesiju jaukšana un neizpratne par tām sekmē negatīvo stereotipu piedēvēšanu visām garīgās veselības aprūpes profesijām.

Tomēr, neraugoties uz garīgās veselības aprūpes profesiju jaukšanu, stereotipi par tām atšķiras. Psihiatri, salīdzinot ar psihologiem, tiek raksturoti kā izglītotāki, kompetentāki, taču emocionāli vēsāki (Schindler, Berren, Hannah, Beigel, & Santiago, 1987; von Sydow & Reimer, 1998; Wollersheim & Walsh, 1993). Psihiatriem vairāk tiek piedēvēti tādi raksturojumi kā gudri, un zinoši, bet viņi arī vairāk tiek raksturoti kā emocionāli auksti, neieinteresēti, intraverti un dīvaini, kā arī komandējoši, naidīgi, mantkāriģi un egoistiski (Wollersheim & Walsh, 1993). Savukārt psihologiem vairāk piedēvēts emocionālais siltums un gādīgums (Schindler et al., 1987; Wollersheim & Walsh, 1993). Citā pētījumā secināts, ka tieši konsultanti tiek raksturoti vispozitīvāk garīgās veselības profesiju salīdzinājumā, īpaši viņiem piedēvējot ar emocionālo siltumu un gādību saistītās īpašības (Bremer et al., 2001).

Maz ir pētījumu, kur psihologi un psihiatri tiek salīdzināti ar citiem palīdzošo profesiju pārstāvjiem. 1987.g. publicētā pētījumā, kas veikts Amerikā, izlasē aptverot respondentus no dažādām vietām, secināts, ka psihologi un psihiatri tiek vērtēti kā spējīgāki un ar lielāku pieredzi palīdzēt dažādu psiholoģisko traucējumu ārstēšanā nekā ārsti un garīdznieki (Schindler et al., 1987). Garīgās veselības profesionāļu kompetences novērtēšana ir īpaši nozīmīga, ņemot vērā šo profesiju izglītības un kvalifikācijas prasības. Salīdzinoši, ārsti novērtēti ar ievērojami zemākiem rādītājiem spējās strādāt ar pacientu emocionālajām un citām psiholoģiskām problēmām, tomēr, kā autori norāda, tai pat laikā ārsti bieži vien ir pirmā un vienīgā profesionālā palīdzība pacienta garīgās veselības problēmu gadījumos. Salīdzinot ar ārstiem, garīgās veselības profesionāļiem arī vairāk piedēvēts emocionālais siltums un gādīgums, bet visvairāk tas piedēvēts garīdzniekiem.

Taču ārsti tiek augstāk novērtēti izglītības un profesionālisma rādītājos. Pētnieki arī secinājuši, ka ārstu prestižs un statuss sabiedrībā tiek vērtēts augstāk nekā garīgās veselības profesionāļu prestižs un statuss (von Sydow & Reimer, 1998).

Kopumā pētījumi par garīgās veselības aprūpes palīdzošo profesiju pārstāvjiem kā būtisku problēmu iezīmē nepietiekamo profesiju diferencēšanu, nepilnīgo izpratni par tām un līdz ar to nepieciešamību sabiedrību izglītot (Bremer et al., 2001; Firmin et al., 2012; Schultze, 2007; von Sydow & Reimer, 1998). Tomēr galvenās atšķirības parāda, ka psihologi, konsultanti un garīdznieki vairāk tiek raksturoti ar emocionālo siltumu saistītām īpašībām, kur pretī psihiatri tiek novērtēti kā emocionāli vēsāki, taču kompetentāki un izglītotāki (Schindler et al., 1987; von Sydow & Reimer, 1998; Wollersheim & Walsh, 1993). Savukārt ārstiem papildus augstākam izglītības līmenim vēl arī īpaši tiek piedēvēts augstāks profesijas statuss un prestižs (Schindler et al., 1987; von Sydow & Reimer, 1998).

1.3. Palīdzības meklēšanas nodomi garīgās veselības problēmu gadījumos

1.3.1. Nodomi dažādu palīdzošo profesiju pārstāvju palīdzības meklēšanā

Katrs cilvēks kādreiz dzīvē saskaras ar psiholoģiskajām problēmām. Ir labi, ja tās var atrisināt paša spēkiem, taču ne vienmēr tas ir iespējams. Bieži vien nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā nepieciešams meklēt citu palīdzību. Šajā kontekstā palīdzības meklēšana tiek definēta kā aktīva uzvedība, kas vērsta uz citu cilvēku palīdzības iegūšanu (Rickwood et al., 2005). Lai iegūtu priekšstatu par sabiedrības palīdzības meklēšanas tendencēm garīgās veselības problēmu gadījumos, pētījumos plaši tiek pētīti cilvēku nodomi (piem., Kovess-Masféty et al., 2007; Nam et al., 2010; ten Have et al., 2010). Šajā nodaļā tiek apskatīti nodomi dažādu palīdzošo profesiju pārstāvju palīdzības meklēšanā.

Palīdzības meklēšana ir process, kas sastāv no vairākām fāzēm (Rickwood et al., 2005). Pirmā no tām ir problēmas simptomu apzināšanās. Neapzinoties problēmu, nevar runāt par palīdzības meklēšanu. Otro fāzi raksturo spēja izpaust problēmu, izteikt vārdos, padarot to saprotamu citiem. Trešā fāze ir saistīta ar palīdzētāju pieejamību, kas nosaka, vai un kādi palīdzētāji drīzāk tiks izvēlēti, un ceturtā fāze ietver paša palīdzības meklētāja gatavību un spēju atklāt savu iekšējo stāvokli. Palīdzības meklēšana ir cieši saistīta ar komunikāciju ar citiem, jo tās mērķis ir iegūt vispārēju atbalstu, sapratni un risinājumu, kā piemēram, konkrētus padomus vai ārstēšanu. Ņemot vērā iepriekš minēto, par palīdzības meklēšanu var runāt tikai tad, kad indivīds pats ir apzinājies savu problēmu un ir gatavs un spējīgs to atklāt kādam citam. Savukārt palīdzības meklēšanas nodomi attiecas uz nākotnes plāniem esošas vai iespējamās problēmas gadījumā.

Pētījumi par palīdzības meklēšanas nodomiem garīgās veselības problēmu gadījumos parāda, ka cilvēki visās vecuma grupās dod priekšroku neformālajiem palīdzības sniedzējiem (Mackenzie et al., 2006; Rickwood et al., 2005; Smith & Simmonds, 2006). Tie ir ģimenes locekļi un draugi, kas tiek izvēlēti kā pirmie, pie kuriem vērsties pēc palīdzības. Tas arī ir loģiski, jo vispirms tiek izmantoti tuvākie un pieejamākie resursi. Ģimenes locekļi un draugi parasti ir tie, kam var uzticēties un kas grūtā brīdī sniegs atbalstu un palīdzēs, tomēr ne vienmēr ar to ir līdzēts.

Vairāki pētījumi parāda, ka, izvēloties starp dažādiem profesionāļiem, psiholoģisko problēmu gadījumos cilvēki priekšroku dod tieši vispārējās aprūpes ārsta padomiem (Dupree et al., 2010; Kovess-Masféty et al., 2007; Rickwood et al., 2005). Piemēram, pētījumā, kas veikts Francijā, 57,8% respondentu deva priekšroku vispārējās aprūpes ārsta apmeklēšanai psiholoģisko problēmu gadījumā (Kovess-Masféty et al., 2007). Tomēr citos pētījumos secināts, ka vairāk tiek izvēlēti garīgās veselības profesionāļi (piemēram, Mackenzie et al., 2006).

Atšķirībā no garīgās veselības aprūpes profesijām vispārējās aprūpes ārsta apmeklēšana nav saistīta ar apkaunojuma piedēvēšanu, tāpēc cilvēkiem tā šķiet pieņemamāka (Kovess-Masféty et al., 2007). Bet šeit arī jāņem vērā citi faktori, kas iespaido profesionāļu izvēli, proti, vispārējās aprūpes ārsti parasti ir daudz pieejamāki nekā garīgās veselības profesionāļi, kā arī viņu funkcija ir izvērtēt pacienta veselības stāvokli un nepieciešamības gadījumā nosūtīt pie attiecīgā speciālista. Tā sakarā, piemēram, pētījumā, kas veikts ASV, secināts, ka puse pētījuma respondentu norādījuši, ka viņi lūgtu ģimenes ārstam nosūtījumu pie garīgās veselības aprūpes sniedzēja (Faberman, 1997). Ņemot vērā šādu veselības aprūpes politiku, kur vispārējās aprūpes ārsti ir deleģēti nosūtīt pacientus pie citiem profesionāļiem, pētnieki iesaka vairāk izglītēt ārstus par garīgās veselības problēmām un aicināt viņus motivēt cilvēkus nepieciešamības gadījumā izmantot konsultantu, psihologu un psihiatru pakalpojumus (Kovess-Masféty et al., 2007). Balstoties uz šo sistēmu, vispārējās aprūpes ārsta apmeklēšana tiek uzskatīta kā pirmais solis garīgās veselības aprūpē.

Ģimenes ārstam kā pirmajam garīgās veselības profesionālim ir kritiska nozīme pacienta garīgās veselības sekmēšanā. Diemžēl nereti pacients var arī netikt nosūtīts tālāk un nesaņemt nekādu palīdzību vai saņemt tikai ģimenes ārsta palīdzību. Piemēram, pētījuma, kas veikts Igaunijā, rezultāti parāda, ka 58% respondentu – ģimenes ārstu uzskata, ka ir spējīgi risināt pacientu attiecību problēmas ģimenē (Oona, Kalda, Lember, & Maaros, 2004). To risināšanā vairums aptaujāto ārstu izmantotu konsultēšanu un padomu došanu. Jāatzīmē, ka ģimenes ārsti minēja arī sadarbošanos ar tādiem speciālistiem kā psihoterapeits, psihiatrs un sociālais darbinieks. Veselības aprūpes uzlabošanā pētnieki īpaši izceļ speciālistu komandas darbu (Chomienne et al., 2011; Moodley & Sutherland, 2010). Proti, pētnieki secinājuši, ka, vienā

praksē strādājot un sadarbojoties ģimenes ārstam ar psihologu, ieguvēji ir gan speciālisti, gan pacienti (Chomienne et al., 2011). Ģimenes ārstam šāda sadarbība ietaupa laiku un ļauj agrīnāk un ātrāk diagnosticēt pacientu veselības problēmas. Pacientiem tas sekmē veselības problēmu simptomu mazināšanos un dzīves kvalitātes uzlabošanos. Pieminēšanas vērts ir arī tas, ka pacienti, kas piedalījās pētījumā, nejutās apkaunoti izmantot psihologa palīdzību, iespējams, tādēļ ka pieeja palīdzībai bija pazīstamā vidē.

Attieksme pret garīgās veselības profesionāļu palīdzības meklēšanu iezīmē gan pozitīvas, gan negatīvas tendences. Ievērojamā pētījumā, kas aptver pieaugušo populāciju sešās Eiropas valstīs, secināts, ka 71% respondentu nopietnu emocionālo problēmu gadījumā drīzāk vai noteikti vērstos pēc profesionālās palīdzības, 59% justos diezgan komfortabli, runājot par personiskajām problēmām ar profesionāli, un 80% nejustos apkaunoti, ja draugi uzzinātu, ka viņi saņem profesionālu palīdzību emocionālo problēmu gadījumā (ten Have et al., 2010). Pētnieki norāda, ka attieksme pret garīgās veselības palīdzības meklēšanu ir nozīmīgi saistīta ar reālu tās izmantošanu. Līdz ar to rezultātus varētu vērtēt pozitīvi tajā ziņā, ka lielākā daļa respondentu norāda tendenci izmantot profesionālo palīdzību. Tomēr pārējā daļa, kas sastāda 29% un kas noteikti vai drīzāk nevērstos pēc profesionālas palīdzības, tomēr ir pietiekami liela daļa sabiedrības, ko nevar ignorēt. Līdzīgā pētījumā, kas veikts ASV nacionālā mērogā, secināts, ka 84% respondentu vērstos pēc palīdzības nopietnu emocionālo problēmu gadījumā, 79% justos komfortabli runāt ar garīgās veselības profesionāli un 67% nejustos apkaunoti, ja par palīdzības izmantošanu uzzinātu draugi (Gonzalez et al., 2011).

Garīgās veselības aprūpes neizmantošana ir būtiska problēma daudzās valstīs, pat ekonomiski attīstītajās, tāpēc pētnieki cenšas izprast faktorus, kas saistīti ar palīdzības neizmantošanu, un rast ieteikumus situācijas uzlabošanā. Kā parāda iepriekš minētais pētījums par Eiropas valstīm, šokējoši ir uztvertās profesionālās palīdzības efektivitātes rezultāti (ten Have et al., 2010). Proti, 32% respondentu uzskata, ka palīdzības efektivitāte ir ļoti zema vai pat vienlīdzīga palīdzības nesaņemšanai, 33% to novērtē kā nedaudz labāku, 26% – kā ievērojami labāku un tikai 9% respondentu to novērtē kā daudz labāku nekā palīdzības nesaņemšanu. Iespējams, ka šie rezultāti arī izskaidro zemos rādītājus garīgās veselības pakalpojumu izmantošanā un augstos rādītājus garīgās veselības traucējumu izplatībā. Uztvere par profesionālās palīdzības neefektivitāti ir būtisks drauds sabiedrības garīgās veselības veicināšanā.

Tomēr ne tikai garīgās veselības profesionāļu palīdzības efektivitātes vērtējums ir satraucošs rādītājs. Amerikas nacionāla mēroga aptaujas rezultāti parāda, ka apmēram pusei pētījuma dalībnieku trūkst izpratnes par to, kad būtu jāmeklē garīgās veselības aprūpes profesionāļa palīdzība un 75% norādījuši, ka vēlas gūt labāku izpratni šajā jautājumā

(Farberman, 1997). Kaut arī šis pētījums veikts pirms daudziem gadiem un iespējams, ka situācija ir krietni uzlabojusies, tomēr tas sniedz ieskatu iespējamā garīgās veselības aprūpes pakalpojumu neizmantošanas skaidrošanā. Šie rezultāti varētu būt lielā mērā saistīti ar dažādo līdzīga nosaukuma profesiju jaukšanu, kas cilvēkiem rada grūtības diferencēt, kādos gadījumos un pie kura profesionāļa jāvēršas un kas sekmē uztveri par palīdzības meklēšanu kā apkaunojošu.

Kā jau šajā darbā apskatīts, sabiedrības attieksme pret psihologiem kopumā ir pozitīvāka nekā pret psihietriem. Attieksme pret psihiatru palīdzības meklēšanu tiek vērtēta kā negatīva (Sartorius et al., 2010). Psihiatru profesija ir izteikti saistīta ar negatīviem stereotipiem un aizspriedumiem, un jo īpaši apkaunojuma piedēvēšanu (Schultze, 2007). Apkaunojuma piedēvēšana attiecībā uz garīgās veselības jomu veicina to, ka cilvēki nemeklē profesionālo palīdzību. Pētnieki akcentē, ka bailes no apkaunojuma ir viens no būtiskākajiem iemesliem psihiatru palīdzības nemeklēšanā (Sartorius et al., 2010). Piemēram, pētījumā, kas veikts Vācijā, secināts, ka 68% respondentu uzskatīja, ka, apmeklējot psihiatru, viņi tiks diskriminēti, piesakoties darbā; 42% gaidīja necienīgus komentārus no citu puses; 34% atzina, ka būtu pret to, ka cilvēks, kas apmeklē psihiatru, rūpētos par viņu bērniem; 19% nevēlētos šādam cilvēkam izīrēt istabu un 17% nerekomendētu viņu darbam (Schomerus et al., 2009). Attiecīgi neviens negrib kļūt par tādu, kam vajadzīga psihiatriskā palīdzība.

Cilvēki vienmēr ir saskārušies ar fiziskās un garīgās veselības problēmām. Tā rezultātā jau no seniem laikiem tiek izmantotas dažādas to risināšanas metodes. Katru kultūru raksturo savas noteiktas tradīcijas, kas tiek izmantotas veselības aizsardzībā. Mūsdienās līdz ar zinātnes sasniegumiem un kultūru sajaukšanos tiek praktizētas ļoti atšķirīgas veselības aprūpes metodes – gan tādas, kas balstītas uz zinātnes sasniegumiem, gan tādas, kuru popularitāte gadsimtiem ilgi iesakņojusies tautu tradīcijās. Diemžēl pētījumos salīdzinoši maz ir apskatīti nodomi zinātnē nebalstīto pieeju izmantojošo profesiju pārstāvju palīdzības meklēšanā.

Garīgās veselības problēmu gadījumos cilvēki mēdz izvēlēties arī garīdzniecības pārstāvju palīdzību. Kopumā pētījumi parāda, ka attieksme pret garīdzniecības pārstāvju palīdzības izmantošanu garīgās veselības problēmu gadījumos ir ļoti atkarīga no kultūras un pētāmo respondentu reliģiskās piederības (Kane & Williams, 2000; Sheikh & Furnham, 2000; Smith & Simmonds, 2006). Piemēram, pētījumā, kas veikts Austrālijā, kur salīdzinātas trīs grupas atkarībā no respondentu reliģiskās piederības: respondenti ar reliģisku piederību galvenajiem virzieniem (kristietība, jūdaisms, islāms), respondenti bez reliģiskās piederības un respondenti ar piederību alternatīvajai reliģijai (piem., spirituālā ticība, pagānisms, “Jaunais Laikmets”), secināts, ka reliģiozie respondenti vairāk izvēlējās garīdzniecības pārstāvju atbalstu, cilvēki bez reliģiskas piederības savukārt vairāk izvēlējās draugu un radnieku atbalstu, bet cilvēki ar piederību alternatīvajai reliģijai nozīmīgi vairāk izvēlējās alternatīvā virziena profesionāļu

palīdzību nekā abas pārējās grupas (Smith & Simmonds, 2006). Tātad atkarībā no savas pārlicības cilvēks izvēlas noteiktu profesiju pārstāvju palīdzību.

Zinātnē nebalstīto profesiju pakalpojumu izmantošana garīgās veselības problēmu gadījumos var tikt vērtēta negatīvi, jo tā nereti aizstāj garīgās veselības profesionāļu pakalpojumu izmantošanu, kas var novest pie problēmas neatrisināšanas, saasinājuma vai pat letāla iznākuma. Tomēr tai ir arī savi pozitīvie efekti, kas izskaidro tās pievilcību lielai sabiedrības daļai. Līdzīgi kā reliģiskā arī alternatīvā paranormālā uzskatu sistēma piedāvā jēgu un nozīmi cilvēka dzīvei (Smith & Simmonds, 2006). Īpaši smagos vai negaidītos dzīves notikumos cilvēkiem ir nepieciešams izskaidrojums un nozīmes piešķiršana, lai spētu šos notikumus integrēt savā pasaules skatījumā un adekvāti reaģēt uz tiem. Pētnieki skaidro, ka vieniem tās ir alternatīvās paranormālās pārlicības, otriem – reliģiskās, bet trešajiem – situācijas racionalizācija, kas sniedz mierinājumu un personisku nozīmi pēc traģēdijas vai smaga dzīves notikuma. Līdz ar to, skatoties no šī viedokļa, nav tik svarīgi, kam cilvēks tic, bet svarīgi ir, ko tas viņam/ viņai dod problēmas risināšanā.

Arī astrologi ir viena no profesijām, kas var tikt izvēlēta garīgās veselības problēmu risināšanā. Kaut arī šī profesija ir ļoti populāra sabiedrībā, tomēr pētījumi par nodomiem astrologu palīdzības meklēšanā praktiski nav veikti. Pētnieki astroloģijas popularitāti skaidro ar to, ka tā apmierina cilvēkam svarīgo vajadzību izprast sevi un pasauli (Lillqvist & Lindeman, 1998). Astroloģiskā informācija piedāvā jēgpilnu izskaidrojumu negaidītiem vai negatīviem dzīves notikumiem. Ticība astroloģijai darbojas kā ideoloģija, kas palīdz stresa situācijās cilvēkam saprast, kas notiek. Tā sekmē indivīda pārlicību par sevi raksturojošām īpašībām un paškontroli. Astrologu piedāvātie pakalpojumi ir plaši pieejami medijos (piemēram, Latvijā): laikrakstos, televīzijā un interneta vietnēs, kas sekmē to popularitāti un pieejamību.

Vēl kā nozīmīga nezinātnisko metožu priekšrocība ir tā, ka ar tām bieži vien var strādāt ar cilvēku kā vienotu sistēmu, aptverot ķermeni, prātu un garu. Piemēram, tradicionālā dziedināšana iesaista personu vienā kompleksā pieejā (Moodley & Sutherland, 2010). Tieši to arī cilvēki bieži vien vēlas, lai vienotā sistēmā tiktu strādāts ar viņu ķermeni, prātu un garu par spīti pastāvošajai tendencei uzskatīt, ka medicīnas profesionāļiem jāatbild par medicīnas lietām, psihologiem – par kognitīvajiem, emocionālajiem un uzvedības aspektiem, un garīgajiem līderiem – par garīgajām, reliģiozajām lietām (Smith & Simmonds, 2006).

Kopumā iepriekšējie pētījumi par nodomiem palīdzības meklēšanā garīgās veselības problēmu gadījumos lielākoties ir fokusēti uz garīgās veselības aprūpes profesijām un vispārējās aprūpes ārstiem, daudz mazāk tiek apskatīti garīdznieki un citas profesijas, kas nav zinātnē balstītas. Rezultāti par sabiedrības nodomiem garīgās veselības profesionāļu palīdzības meklēšanā iezīmē gan pozitīvas, gan negatīvas tendences, bet īpaši akcentēta tiek nepieciešamība

izglītot sabiedrību par profesiju atšķirībām un uzlabot attieksmi pret garīgās veselības profesionāļu palīdzības meklēšanu. Liela loma garīgās veselības aprūpes sekmēšanā ir ģimenes ārstiem, kas bieži vien tiek izvēlēti kā pirmie palīdzības sniedzēji. Lai piesaistītu cilvēkus izmantot garīgās veselības aprūpes pakalpojumus, ir svarīgi ņemt vērā viņu pārlicības un uzskatus, tāpēc būtu nepieciešams attīstīt profesionāļu komandas darbu. Ir nepieciešams pētīt palīdzības nodomus plašākā profesiju kontekstā, lai gūtu labāku priekšstatu tēmas izpratnē un attīstītu praktiskas metodes garīgās veselības problēmu risināšanā.

1.3.2. Ar palīdzības meklēšanas nodomiem galvenie saistītie faktori

Šajā nodaļā tiek apskatīti līdz šim izpētītie galvenie faktori, kas saistīti ar palīdzības meklēšanas nodomiem. Tie ietver gan sociāli demogrāfiskos faktoros, gan iepriekšēju palīdzības meklēšanu un garīgās veselības problemātiku.

Dzimums

Sociāli demogrāfisko faktoru loma palīdzības meklēšanas nodomos ir plaši pētīta. Pētnieki secinājuši, ka dzimums ir viens no nozīmīgākajiem profesionālas palīdzības meklēšanas prognozētājiem (Andrews, Stefurak, & Mehta, 2011; Jackson et al., 2007; Mackenzie et al., 2006; Masuda et al., 2005; Nam et al., 2010). Aptverot plašu respondentu loku, kas pārstāv dažādas valstis un kultūras, pētījumi parāda, ka sievietēm ir pozitīvāka attieksme gan tieši psiholoģiskās palīdzības meklēšanā (Andrews et al., 2011; Chang, 2007; Hamid, Simmonds, & Bowles, 2009; Koydemir-Ozden, 2010; Nam et al., 2010; Turkum, 2005), gan arī kopumā – garīgās veselības profesionāļu palīdzības meklēšanā, kas attiecas gan uz psihologu, gan psihiatru palīdzību (Mackenzie et al., 2006; ten Have et al., 2010).

Salīdzinoši negatīvo vīriešu attieksmi pret profesionālās palīdzības meklēšanu var skaidrot ar dzimumu lomām un normām. Pētnieki secinājuši, ka feminīniem studentiem ir pozitīvāka attieksme psiholoģiskās palīdzības meklēšanā nekā maskulīniem studentiem (Turkum, 2005). Lielāka atbilstība maskulinitātes normām ir saistīta ar negatīvāku attieksmi profesionālas psiholoģiskās palīdzības meklēšanā (Levant, Wimer, Williams, Smalley, & Noronha, 2009). Tas nozīmē to, ka, jo vairāk vīrietis tieksies atbilst vīrišķīguma ideālam, jo mazāk izmantos psihologu palīdzību. Tradicionālā vīriešu dzimuma loma nosaka, ka vīrietim jābūt veiksmīgam, neatkarīgam, neievainojamam un ar augstu paškontroli (Moller-Leimkuhler, 2002). Rietumu sabiedrībā vīrietim atbilstoši šai tradicionālajai dzimuma lomai nav pieņemts izrādīt garīgās veselības problēmas un attiecīgi nav arī pieņemts meklēt palīdzību pie profesionāļiem, taču tai pat laikā uztvertais spiediens atbilst maskulinitātes normām var šādas problēmas tieši veicināt.

Vīriešu pārliecība par spēju saviem spēkiem kontrolēt garīgās veselības problēmas ir saistīta ar mazāku varbūtību garīgās veselības pakalpojumu izmantošanā (Vanheusden et al., 2009). Pētnieki secinājuši, ka tieši baltās rases vīriešiem ir raksturīga lielāka pārliecība par spēju kontrolēt savu veselību, kā arī viņiem ir raksturīgi riskus novērtēt kā nozīmīgi zemākus, nekā tas ir raksturīgs sievietēm un citu rasu vīriešiem (Finucane, Slovic, Mertz, Flynn, & Satterfield, 2000). Šie rezultāti tiek skaidroti ar to, ka baltās rases vīrieši kopumā ieņem vairāk varas un kontroles pozīcijas, kā rezultātā viņi izjūt lielāku kontroli gan attiecībā uz sevi, tostarp savu veselību, gan vispārējiem politiskiem un tehnoloģiskās attīstības procesiem, kas notiek pasaulē. Tātad, ņemot vērā vīriešu tiekšanos atbilst vīrišķīguma ideālam un riska nenovērtēšanu attiecībā uz savu veselību, pirmkārt, vīrieši var nesaskatīt veselības riskus un attiecīgi vajadzību pēc palīdzības meklēšanas un, otrkārt, to uztvert kā savas dzimuma lomas apdraudējumu, proti, kontroles pār sevi zaudēšanu, vājuma izpausmi un atkarību no citiem.

Ja netiek meklēta profesionāla palīdzība, tā vietā tiek izmantoti citi problēmu risināšanas veidi. Piemēram, pētījumā par aktivitātēm, kas cilvēkiem palīdz justies laimīgākiem, secināts, ka sievietes salīdzinājumā ar vīriešiem ir vairāk orientētas uz attiecībām ar citiem cilvēkiem, kas ir būtisks laimes avots, pasīvām aktivitātēm (piemēram, filmu skatīšanos un iepirkšanos), dzīves mērķu sasniegšanu (studēšanu, virzīšanos karjerā) un reliģiskām aktivitātēm, kur pretī vīrieši vairāk izmanto aktīvo atpūtu un garīgā stāvokļa kontrolēšanu, kas izpaužas kā negatīvo domu apspiešana vai tieši otrādi – fokusēšanās uz negatīvo (Tkach & Lyubomirsky, 2006). Jāatzīmē, ka augstāki rādītāji garīgā stāvokļa kontrolēšanā ir saistīti ar zemākiem laimes izjūtas rādītājiem. Ne fokusēšanās uz negatīvo, ne arī negāciju apspiešana nepalīdz justies labāk. Toties aktīvā atpūta gan būtiski veicina labsajūtu. Tomēr jāatzīmē, ka aktīvā atpūta var ietvert arī riskantu uzvedību, piemēram, ātru un pārgalvīgu braukšanu, kas, tieši otrādi, var apdraudēt veselību un pat dzīvību.

Vīrieši salīdzinājumā ar sievietēm ir vairāk tendēti uz asu izjūtu meklēšanu, un jo īpaši pēc nāves draudu aktualizēšanas vīriešiem raksturīga riskanta uzvedība (Hirschberger, Florian, Mikulincer, Goldenberg, & Pyszczynski, 2002). Garīgās veselības problēmas var tikt uztvertas kā drauds dzīvībai vai efektīvai funkcionēšanai un tādejādi īpaši veicināt riskantu uzvedību. Riskanta uzvedība pretstatā profesionāļu palīdzības meklēšanai netiek uzskatīta kā apdraudējums dzimuma lomai, jo tā ļauj vīrietim saglabāt neatkarības izjūtu un paša kontroli pār savu dzīvi.

Vīriešu negatīvo palīdzības meklēšanas attieksmi izteikti atspoguļo negatīvie statistikas dati. Proti, vīrieši gandrīz četras reizes vairāk nekā sievietes izdara pašnāvību (WHO, 2001a). Līdz ar to nepietiekama palīdzības meklēšana vīriešu vidū ir ļoti būtiska problēma. Tā kā vīriešu attieksme pret palīdzības meklēšanu ir pozitīvi saistīta ar augstāku izglītības līmeni, tad vīriešu izglītošana par palīdzošajām profesijām un negatīvo stereotipu un aizspriedumu mazināšana ir

ļoti nepieciešama (Mackenzie et al., 2006). Interesanti secinājumi iegūti pētījumā, kas veikts ASV, kas parāda, ka vīriešiem, kuri ir vairāk izmantojuši garīgās veselības profesionāļu palīdzību, ir izteikti pozitīvāka palīdzības meklēšanas attieksme (Gonzalez et al., 2011). Sievietēm šī sakarība nav tik izteikta. Tātad garīgās veselības aprūpes izmantošanas veicināšana vīriešiem sekmētu pozitīvāku attieksmi pret turpmāku palīdzības meklēšanu.

Lai sekmētu vīriešus vairāk izmantot profesionāļu palīdzību garīgās veselības problēmu gadījumos, ir jāņem vērā viņu gaidas un vajadzības. Vīriešu dzimuma loma nosaka to emociju un psiholoģisko problēmu apspiešanu un neizrādīšanu, kas ir pretrunā tradicionālajam stereotipam, līdz ar to vīrieši var atšķirīgi uztvert, vērtēt un izpaust savas veselības problēmas (Moller-Leimkuhler, 2002). Piemēram, dusmu paušana ir atbilstoša vīriešu dominances lomai, savukārt skumjas un bēdas nav atbilstošas vīriešu tradicionālai dzimuma lomai, tāpēc vīrieši tās tiecas neizrādīt un apspiest. Pētījums, kas veikts Lielbritānijā un kurā piedalījās respondenti ar depresijas pieredzi, parāda, ka vīrieši veselības aprūpes profesionāļos augstāk novērtē spējas, kas palīdz viņiem runāt, bet sievietes vairāk novērtē profesionāļu klausīšanās spējas (Emslie, Ridge, Ziebland, & Hunt, 2007). Atbilstoši dzimumu stereotipiem sievietēm ir vieglāk izpaust savas emocijas, bet vīriešiem grūtāk. Līdz ar to veselības aprūpes profesionāļiem ir svarīgi apzināties dzimumu stereotipus un tos ņemt vērā darbā ar klientiem.

Savukārt pētījumā, kas veikts Francijā, secināts, ka sievietes vairāk izvēlas psihologu, kur pretī vīrieši – psihiatru palīdzību, ko pētnieki skaidro ar izteiktāku sieviešu vēlmi pārrunāt savas problēmas un izteiktāku vīriešu vēlmi pēc medicīniskas pieejas (Kovess-Masféty et al., 2007). Dzimumu atšķirības personības iezīmēs parāda, ka sievietes sevi novērtē ar augstākiem rādītājiem atvērtībā jūtām, turpretī vīrieši – atvērtībā idejām (Costa, Terracciano, & McCrae, 2001). Sievietes savu veselību vairāk vērtē kā emocionālo un sociālo labklājību, kur pretī vīrieši to uztver kā efektīvu funkcionēšanu (Moller-Leimkuhler, 2002). Tas varētu izskaidrot sieviešu tendenci pārrunāt problēmas, bet vīriešu fokusēšanos uz risinājumu.

Iespējams, ka liela daļa vīriešu uzskata, ka nesaņems savām problēmām atbilstošu un efektīvu palīdzību un ka pieejamie palīdzības veidi ir orientēti uz viņu dzimuma lomas un identitātes apdraudēšanu. Iespējams arī, ka profesionāļi atšķirīgi strādā ar katru dzimumu. Piemēram, vīriešu kārtas profesionāļi varētu būt tendēti nesaskatīt vīriešu emocionālās problēmas (Moller-Leimkuhler, 2002). Savukārt darbā ar sievietēm profesionāļi varētu būt vairāk vērsti uz emocionālu siltu un atbalstošu pieeju. Piemēram, pētījumā, kas veikts Zviedrijā, secināts, ka sievietes salīdzinājumā ar vīriešiem novērtē veselības aprūpes profesionāļus kā atbalstošākus (Ostlund, Borg, Wide, Hensing, & Alexanderson, 2003). Tas, vai gadījumā profesionāļi arī tiešām nav atbalstošāki pret sievietēm, ir pētāms jautājums.

Palīdzības meklēšanas nodomi galvenokārt pētīti attiecībā uz psiholoģisko palīdzību, tomēr, kā minēts iepriekš, cilvēks var izvēlēties dažādu profesiju pārstāvju palīdzību. Vairāki pētījumi apstiprina, ka sievietes nozīmīgi vairāk nekā vīrieši piekrīt paranormālajiem uzskatiem (Baker & Draper, 2010; Rice, 2003; Torgler, 2007), tostarp tic astroloģijai (Rice, 2003), kas ļauj domāt, ka viņām ir arī pozitīvāka nostāja astrologu un citu paranormālo uzskatu sistēmu profesiju pārstāvju pakalpojumu izmantošanā.

Tāpat iepriekšējie pētījumi parāda, ka sievietēm, salīdzinot ar vīriešiem, ir pozitīvāka attieksme pret psiholoģiskās palīdzības meklēšanu (piem., Jackson et al., 2007; Mackenzie et al., 2006; Nam et al., 2010). Negatīvāku attieksmi vīriešu grupā var skaidrot ar tradicionālo vīriešu dzimuma lomu, kas nosaka neatkarību un paškontroli (Moller-Leimkuhler, 2002), kā arī ar veselības risku nepietiekamo saskatīšanu un ņemšanu vērā (Finucane et al., 2000). Tā kā sievietēm ir vairāk raksturīga ticība pārdabiskajam, piem., astroloģijai (Baker & Draper, 2010; Rice, 2003; Torgler, 2007), tas ļauj prognozēt pozitīvākus nodomus meklēt palīdzību pie dažādiem alternatīvajiem palīdzības sniedzējiem. Ir nepieciešams sabiedrību kopumā izglītot par garīgās veselības aprūpi, tomēr īpaši nepieciešams izstrādāt programmas un pasākumus, kas būtu efektīvi tieši vīriešu grupā.

Vecums

Daudzi pētnieki palīdzības meklēšanas nodomu izpētē apskatījuši vecumgrupu atšķirības. Vairumā pētījumu secināts, ka vecāka gada gājuma cilvēki, salīdzinot ar jaunākiem, psiholoģisko problēmu gadījumā nozīmīgi vairāk izvēlas vērsties pēc vispārējās aprūpes ārstu jeb ģimenes ārstu palīdzības (Dupree et al., 2010; Kovess-Masféty et al., 2007; Mackenzie et al., 2006). Attiecīgi viņi mazāk izvēles meklēt palīdzību pie garīgās veselības profesionāļiem – psihologiem un psihietriem (Dupree et al., 2010; ten Have et al., 2010). Kaut arī daži pētījumi norāda uz līdzvērtīgiem rādītājiem vecāku un jaunāku pieaugušo gatavībā meklēt psiholoģisko palīdzību (Segal, Coolidge, Mincic, & O'Riley, 2005) un arī kopumā garīgās veselības profesionāļu palīdzību (Mackenzie et al., 2006), tomēr reālie dati par palīdzības izmantošanu saskan ar negatīvākām attieksmēm vecāka gada gājuma cilvēku grupā (Jackson et al., 2007).

Vecāka gada gājuma cilvēku palīdzības meklēšanas uzvedība var būt saistīta ar dažādiem nozīmīgiem šķēršļiem, piemēram, nokļūšanu līdz speciālistiem un pakalpojumu izmaksām (Dupree et al., 2010). Tāpat kā šķērslis identificēta izplatītā pārliecība vecāku cilvēku vidū, ka ir tikai fiziskas problēmas un ar savām personiskajām problēmām katram pašam jātiek galā. Daži pētnieki nonākuši pie secinājuma, ka kopumā vecāka gada gājuma cilvēki neuztver profesionālo palīdzību negatīvi, taču viņiem raksturīgi ir noliegt psiholoģiskās problēmas, attiecīgi viņiem ir grūti atzīt un pieņemt to, ka palīdzība ir nepieciešama (Westerhof, Maessen, de Bruijn, & Smets, 2008).

Atšķirības attieksmē pret palīdzības meklēšanu dažādu vecumgrupu pārstāvjiem nosaka vecumam raksturīgās vērtības. Gados vecākiem cilvēkiem ir vairāk raksturīgas konservatīvas vērtības, kur pretī gados jaunākiem cilvēkiem – atvērtība pārmaiņām (Schwartz, 2003). Vecākiem cilvēkiem ir lielākas rūpes par savu veselību, kas arī saskan ar novecošanās aspektiem, piemēram, fiziskā spēka pavājināšanos un kustību traucējumiem. Taču šīs rūpes bieži vien ir tiešu par fizisko veselību, jo tās problēmas ir jūtāmākas. Vecāka gada gājuma cilvēki ir vairāk orientēti uz tradīciju ievērošanu. Līdz ar to priekšrokas došana ģimenes ārsta apmeklēšanai var tikt skaidrota ar ieradumu un līdzšinējo pieredzi. Savukārt atvērtība pārmaiņām ietver jaunas pieredzes gūšanu, jaunu aktivitāšu izmēģināšanu. Garīgās veselības kontekstā vēršanās pēc garīgās veselības profesionāļu palīdzības var tikt skatīta kā uzdrīkstēšanas un jaunas pieredzes gūšana. Un tā ir vairāk raksturīga gados jaunākiem cilvēkiem. Tātad gan dažādi fiziskie simptomi (veselības stāvoklis, pārvietošanās grūtības), gan pieejamības faktori, gan arī attieksme un vērtības būtiski iespaido vecāku cilvēku nodomus meklēt palīdzību. Pētnieki īpaši uzsver, ka nepieciešams izglītēt vecāka gada gājuma cilvēkus par garīgās veselības problēmām un šīs jomas profesionāļu pakalpojumiem (Dupree, et al., 2010; Mackenzie et al., 2006), kā arī nepieciešams radīt šos pakalpojumus pieejamākus.

Iepriekš minētajos pētījumos salīdzināti jaunāki un vecāki pieaugušie un akcentēti šķēršļi gados vecāku cilvēku nodomos meklēt profesionālo palīdzību. Bet pētnieki, kas pēta pusaudžu un jauniešu nodomus palīdzības meklēšanā, akcentē nozīmīgas problēmas arī šajā vecuma grupā. Piemēram, pētījumā, kas veikts Austrālijā, secināts, ka augstāki rādītāji jauniešu domās par pašnāvību bija nozīmīgi saistīti ar zemākiem nodomiem visu veidu palīdzības meklēšanā un augstākiem nodomiem nemeklēt neviena palīdzību (Wilson, Deane, & Ciarrochi, 2005). Kā viens no būtiskākajiem šķēršļiem palīdzības meklēšanas nodomos identificētas bailes no apkaunojuma (Gilchrist & Sullivan, 2006; Rickwood et al., 2005; Vogel & Wade, 2009). Bieži vien jaunieši negrib, lai vienaudži uzzina par viņu problēmām, īpaši, ja viņiem ir domas par pašnāvību. Noraidījums no vienaudžu puses var būt ļoti kritisks faktors, lai nemeklētu palīdzību. Tāpat pētnieki akcentē, ka ticība palīdzības efektivitātei ir ļoti būtiska jaunu pieaugušo attieksmē pret palīdzības meklēšanu (Rickwood et al., 2005; Vanheusden et al., 2009). Pārlicība, ka profesionālā palīdzība nebūs efektīva, sekmē palīdzības nemeklēšanu. Pie tam, ja jauniešiem ir bijusi negatīva palīdzības meklēšanas pieredze, tas ir būtisks drauds nākotnes palīdzības meklēšanas nodomos (Rickwood et al., 2005).

Apskatītie pētījumi kopumā parāda, ka vecumam ir nozīme attieksmē pret psiholoģiskās palīdzības meklēšanu (Dupree et al., 2010; Kovess-Masféty et al., 2007; Mackenzie et al., 2006; ten Have et al., 2010). Psiholoģisko problēmu gadījumā vecāka gada gājuma cilvēki bieži izvēlas meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta (Dupree et al., 2010; Kovess-Masféty et al., 2007; Mackenzie

et al., 2006), ko var skaidrot gan kā izmaksu ziņā lētāku izvēli, gan ar uzskatiem, piemēram, ka ir tikai fiziskas problēmas (Dupree et al., 2010), gan ar konservatīvisma vērtībām, proti, orientāciju uz tradīciju ievērošanu (Schwartz, 2003). Kaut arī jauniešiem ir pozitīvāka attieksme pret palīdzības izmantošanu, tomēr arī šajā grupā raksturīgi nozīmīgi šķēršļi, kā piemēram, uztvere par palīdzības meklēšanu kā apkaunojošu un neefektīvu (Gilchrist & Sullivan, 2006; Rickwood et al., 2005; Vanheusden et al., 2009; Vogel & Wade, 2009). Ir nepieciešams īpaši izglītot vecāka gada gājuma cilvēkus par garīgās veselības problēmām un veicināt viņus izmantot šīs jomas profesionāļu pakalpojumus, padarot tos pieejamākus. Savukārt jauniešu vidū īpaši nepieciešams mazināt uztverto publisko apkaunojumu.

Izglītības līmenis

Izglītības līmenis kā faktors, kas potenciāli varētu būt saistīts ar palīdzības meklēšanas nodomiem, ietverts daudzos pētījumos (Andrews et al., 2011; Jackson et al., 2007; Kovess-Masféty et al., 2007; ten Have et al., 2010). Tā izpētē iegūtie rezultāti nav viennozīmīgi. Pētījumā, kas veikts Eiropas valstīs, secināts, ka augstāka izglītība nav saistīta ar labvēlīgāku attieksmi garīgās veselības profesionāļu palīdzības meklēšanā (ten Have et al., 2010). Tāpat pētījums parāda, ka cilvēki ar augstāku un zemāku izglītības līmeni pauž līdzvērtīgu attieksmi profesionālās palīdzības meklēšanā.

Taču vairāki citi pētījumi parāda, ka izglītības līmenim ir nozīme (sk. Andrews et al., 2011; Kovess-Masféty et al., 2007; Rice, 2003; Sheikh & Furnham, 2000). Piemēram, pētījumā, kas veikts ASV dienvidaustrumu Alabamas izlasē, secināts, ka respondentiem ar augstāku izglītību bija pozitīvāka psiholoģiskās palīdzības meklēšanas attieksme nekā respondentiem ar zemāku izglītību (Andrews et al., 2011). Pētījumā, kas veikts Francijā, secināts, ka respondenti ar zemāku izglītību priekšroku deva ģimenes ārsta apmeklēšanai pretstatā garīgās veselības profesionāļu palīdzības meklēšanai (Kovess-Masféty et al., 2007). Tostarp pozitīvāku attieksmi pret psihiatriem puda respondenti ar augstāko izglītību nekā vidējo. Pētnieki izvirza pieņēmumu, ka cilvēki ar zemāku izglītības līmeni varētu vairāk uztvert psihiatru apmeklēšanu kā apkaunojošu un tāpēc paust negatīvāku palīdzības meklēšanas attieksmi. Toties ģimenes ārsti parasti ir pieejamāki un viņu palīdzības izmantošana netiek saistīta ar tādu apkaunojumu. Kā arī ģimenes ārsta apmeklēšana ir saskaņā ar konformitātes un tradīciju vērtībām, kas ir vairāk raksturīgākas cilvēkiem ar zemāku izglītības līmeni (Schwartz, 2003). Savukārt cilvēkiem ar augstāku izglītības līmeni ir vairāk raksturīga atvērtība pārmaiņām, kas nozīmē tiekšanos pēc jaunas pieredzes un eksperimentēšanu ar jaunām lietām.

Starpkultūru pētījumā, aptverot Āzijas izcelsmes britu, rietumeiropiešu un pakistāniešu izlasi, secināts, ka cilvēkiem bez izglītības vai ar pamatizglītību ir mazāk pozitīvi nodomi profesionālās palīdzības meklēšanā, kā arī vairāk raksturīga ticība pārdabiskiem psiholoģisko

problēmu cēloņiem (Sheikh & Furnham, 2000). Līdzīgi pētījumā, kas veikts ASV, secināts, ka izglītības līmenim ir saistība ar cilvēka pārliecībām (Rice, 2003). Proti, cilvēki ar augstāku izglītību vairāk tic ekstrasensorajai uztverei, psihiskai dziedināšanai un „deja vu”, savukārt cilvēki ar zemāku izglītību vairāk piekrīt kristietības un astroloģijas principiem. Gan kristietība, gan arī astroloģija ir ilgā laikā nostiprinājušies un sabiedrībā populāri fenomeni, kas piedāvā tai saprotamu skaidrojumu par pamatnostādņēm, kur pretī tādi fenomeni kā ekstrasensorā uztvere ir grūtāk aptverami, iespējams, tāpēc vairāk saistoši cilvēkiem ar augstāku nekā zemāku izglītību.

Tāpat apskatītie pētījumi ļauj secināt, ka izglītības līmenis spēlē noteiktu lomu palīdzības meklēšanas nodomos (sk. Andrews et al., 2011; Kovess-Masféty et al., 2007; Rice, 2003; Sheikh & Furnham, 2000). Bet šī saistība var nebūt tieša, proti, izglītības līmenis var būt vairāk saistīts ar cilvēku pārliecībām un vērtībām (Rice, 2003; Schwartz, 2003; Sheikh & Furnham, 2000), kas tad savukārt iespaido palīdzības meklēšanas nodomus. Atšķirīgos pētījumu rezultātus var arī skaidrot ar izglītības līmeņa lielāku vai mazāku lomu noteiktās izlasēs, tāpēc būtu nepieciešams veikt reprezentatīvus pētījumus, kas ietver dažādus sociāli demogrāfiskos rādītājus un attieksmes faktorus, kā arī to mijiedarbību attiecībā uz palīdzības meklēšanas nodomiem un uzvedību.

Ienākumu līmenis

Ienākumu līmenis ir viens no rādītājiem, kas var būt saistīts ar palīdzības meklēšanu. Piemēram, pētījumi parāda, ka finansiālie resursi ir viens no būtiskākajiem šķēršļiem palīdzības meklēšanā (Downs & Eisenberg, 2012). Profesionālā palīdzība parasti maksā noteiktu naudas summu, kas to padara ne visiem cilvēkiem pieejamu.

Pētījumā, kas veikts Eiropas valstīs, secināts, ka ienākumiem ir saistība ar profesionālās palīdzības meklēšanas nodomiem (ten Have et al., 2010). Salīdzinot ar zemāku ienākumu grupām, cilvēkiem ar augstākiem ienākumiem raksturīgāka pozitīvāka attieksme pret palīdzības meklēšanu. Viņiem ir pozitīvāki rādītāji nodomos izmantot garīgās veselības profesionāļu palīdzību psiholoģisko problēmu gadījumā, viņi vairāk piekrīt apgalvojumam, ka justos komfortabli, runājot par personīgām problēmām ar profesionāli un ka nejustos apkaunoti, ja par to uzzinātu draugi. Cilvēkiem ar augstiem ienākumiem finansiālie resursi visdrīzāk nav šķērslis, lai vērstos pēc palīdzības, kā rezultātā profesionālā palīdzība ir pieejamāka.

Pētnieki ir izpētījuši, ka cilvēkiem ar augstākiem ienākumiem ir labāki fiziskās veselības rādītāji (Johnson & Krueger, 2005). Šos rezultātus var skaidrot dažādi. No vienas puses, cilvēkiem ar augstākiem ienākumiem ir labākas iespējas rūpēties par savu veselību, piemēram, iegādāties un lietot uzturā kvalitatīvāku pārtiku un saņemt labāku veselības aprūpi. No otras puses, veselības saistību ar ienākumiem var skaidrot arī ar to, ka labāka veselība sekmē iespēju gūt augstākus ienākumus. Fiziskā veselība nav saistīta tikai ar ienākumiem, tā ir saistīta arī ar indivīda uztverto kontroli pār savu dzīvi. Proti, cilvēkiem, kuri izjūt lielāku kontroli pār savu

dzīvi, ir labāka veselība. Arī šī saistība skaidrojama divējādi. Gan lielāka uztvertā kontrole var sekmēt labāku veselību, jo tā sekmē nepieciešamo priekšnoteikumu ievērošanu, piemēram, veselīgu un sabalansētu uzturu, gan arī otrādi – labāka veselība palīdz nodrošināt lielāku kontroli dzīvē. Abos variantos lielāka pieeja finansiālajiem resursiem sekmē šīs sakarības. Turpretī zemi ienākumi un zema uztvertā kontrole veicina negatīvo stresu, kas negatīvi iespaido cilvēka veselību. Iespējams, ka cilvēki ar zemākiem ienākumiem mazāk saskata iespējas, ka varētu kontrolēt savu veselību paši vai ar kāda cita palīdzību, tāpēc kopumā pauž negatīvāku attieksmi pret profesionālās palīdzības meklēšanu.

Tāpat ienākumu līmenis var iespaidot palīdzības meklēšanu (Downs & Eisenberg, 2012; ten Have et al., 2010). Tiem, kam ir vairāk pieejami finansu resursi, ir arī vairāk pieejama profesionāļu palīdzība. Taču jāņem vērā, ka ienākumu līmenis var būt saistīts arī ar citiem nozīmīgiem rādītājiem, piemēram, izglītības līmeni, dzīvesvietu, veselības stāvokli u.tml. Tāpat arī augstāks ienākumu līmenis var sekmēt palīdzības izmantošanas pieredzi, kas savukārt var veicināt pozitīvāku attieksmi pret turpmāku palīdzības meklēšanu. Līdz ar to ienākumu līmenis jāskatās plašākā kontekstā, lai labāk saprastu tā lomu attieksmē pret palīdzības meklēšanu.

Reliģiskā piederība

Reliģiskajai piederībai ir nozīme profesionālās palīdzības meklēšanā (Sheikh & Furnham, 2000; Smith & Simmonds, 2006). Reliģiozi cilvēki, salīdzinot ar nereliģioziem, vairāk izvēlas garīdzniecības pārstāvju atbalstu palīdzības nepieciešamības gadījumā (Smith & Simmonds, 2006). Garīdzniecības pārstāvju palīdzība var būt pat ļoti vērtīga un efektīva garīgās veselības problēmu risināšanā, taču ne vienmēr ar to ir līdzēts.

Baznīcas apmeklēšana var sniegt ne tikai pozitīvus efektus, kas iegūstami, konsultējoties ar garīdznieku, bet arī daudzus citus. Piemēram, ir secināts, ka cilvēkiem, kuri ik nedēļu apmeklēja reliģiskos pasākumus, ilgtermiņā sekmējās veselību veicinoša uzvedība, uzlabojās garīgā veselība un sociālās attiecības (Strawbridge, Shema, Cohen, & Kaplan, 2001). Viņi kļuva fiziski aktīvāki, mazāk jutās depresīvi, vairāk veidoja sociālās attiecības, tai skaitā, uzsāka un saglabāja stabilu laulību. Līdzīgi citā pētījumā secināts, ka iesaistīšanās reliģiskās aktivitātēs sekmē laimes izjūtu (Tkach & Lyubomirsky, 2006). Reliģiskās aktivitātes veicina sociālo piederību un saskarsmi ar citiem, kas ir ļoti būtisks laimes avots, kā arī reliģija piešķir cilvēka dzīvei jēgu.

Savukārt citi pētnieki secinājuši, ka reliģioziem cilvēkiem, salīdzinot ar nereliģioziem, ir mazāk pozitīva attieksme profesionālās palīdzības meklēšanā. Piemēram, pētījumā par gados vecākiem cilvēkiem Singapūrā secināts, ka, salīdzinot cilvēkus ar piederību kādai reliģijai un bez tās, respondentiem ar reliģisko piederību tika atklāta lielāka garīgās veselības problēmu izplatība un retāka ārstēšanās pie veselības aprūpes profesionāļiem (Ng et al., 2011). Arī pārlicība, ka profesionāļi var tikai ļoti mazā mērā palīdzēt, bija vairāk izplatīta tieši starp reliģiozo grupu

respondentiem. Lai gan iesaistīšanās reliģijā var būt saistīta ar ļoti daudziem nozīmīgiem pozitīviem efektiem, kas attiecas uz indivīda labklājību, tomēr tā var arī netieši veicināt cilvēkus neizmantot veselības aprūpes profesionāļu pakalpojumus.

Ir vērts pieminēt arī to, ka noteiktās reliģiskajās grupās to autoritātēm var būt kritiska loma attiecībā uz cilvēka veselības problēmu risināšanu (Coleman-Brueckheimer & Dein, 2011). Reliģisko uzskatu motivēti cilvēki var atteikties no dzīvībai svarīgas veselības aprūpes. Reliģiozitāte ir saistīta ar tradīciju ievērošanu un pakļaušanos autoritātei (Schwartz, 2003). Tas nozīmē, ka reliģiozi cilvēki piešķir lielāku vērtību sava reliģiskā virziena uzskatu un pārliecību ievērošanai, bet mazāk ir gatavi pieņemt kaut ko jaunu, it īpaši, ja tas neatbilst viņu reliģisko uzskatu sistēmai.

Nevar apgalvot, ka reliģiozie cilvēki kopumā parāda negatīvāku attieksmi profesionālās palīdzības meklēšanā. Šīs attieksmes atšķiras starp noteiktu reliģisko virzienu pārstāvjiem. Piemēram, pētnieki secinājuši, ka vismazāk pozitīvā attieksme profesionālās palīdzības meklēšanā raksturīga tieši musulmaņiem, kas tiek skaidrots ar to, ka viņi palīdzības nepieciešamības gadījumā īpaši izmanto lūgšanas (Sheikh & Furnham, 2000). Citā pētījumā par palīdzības sniedzēju izvēli tika secināts, ka Floridā dzīvojošie angļu izcelsmes katoļi morālo konfliktu, garīgo traucējumu un sadzīves problēmu gadījumos priekšroku deva personai ar izglītību kādā no garīgās veselības aprūpes palīdzošajām profesijām, kur pretī spāņu izcelsmes katoļi vairāk izvēlējās priesteru palīdzību (Kane & Williams, 2000). Pie tam tikai 13% spāņu izcelsmes katoļu atzīmēja, ka izvēlētos palīdzību no profesionāļa, kurš nav vienlaikus arī priesteris. Pamatojoties uz šiem rezultātiem, pētnieki īpaši uzsver reliģisko pārliecību lomu attieksmē pret palīdzības meklēšanu.

Lai risinātu problēmu, kur reliģiskie uzskati tiek pretstatīti zinātniski atzītajai garīgās un fiziskās veselības aprūpei, pētnieki rosina garīgās veselības aprūpes profesionāļus cienīt cilvēku reliģiskos uzskatus un izmantot to pozitīvo efektu darbā ar klientiem (Coleman-Brueckheimer & Dein, 2011). Reliģija daudziem cilvēkiem ir neatņemama dzīves sastāvdaļa, tā darbojas kā shēma, kas piedāvā noteiktu pasaules redzējumu, palīdzot indivīdiem piešķirt jēgu savai pieredzei. Tāpēc ir svarīgi ņemt vērā cilvēku attieksmi, iesaistīt reliģiju ārstēšanas procesā un nepieciešamības gadījumā sadarboties ar reliģiskajām un garīgajām apvienībām (Ng et al., 2011).

Apskatītie pētījumi parāda, ka reliģiskajai piederībai ir nozīme attiecībā uz palīdzības meklēšanas nodomiem un uzvedību (Sheikh & Furnham, 2000; Smith & Simmonds, 2006; Strawbridge et al., 2001). Ir skaidrs, ka reliģiozie cilvēki vairāk izvēlas garīdzniecības pārstāvju palīdzību. Bet nav skaidra un ir nepieciešams vairāk pētīt palīdzības meklēšanu, salīdzinot dažādu reliģisko piederību pārstāvju dažādu sabiedrības pārliecību un attieksmju kontekstā.

Ģimenes stāvoklis un sociālās attiecības

Vairāku pētījumu analīzē secināts, ka ģimenes stāvoklis ir saistīts ar palīdzības meklēšanas attieksmi un uzvedību (Jackson et al., 2007). Augstāki palīdzības meklēšanas rādītāji ir cilvēkiem, kas dzīvo vieni, ir šķīrušies vai atraitņi, ko var skaidrot ar atbalsta trūkumu. To cilvēku grupā, kam trūkst sociālais atbalsts un pozitīvas attiecības, var būt raksturīga lielāka garīgās veselības problēmu izplatība.

Plaša mēroga pētījumā par ASV studentiem secināts, ka tiem, kuri bija nopietni apsvēruši pašnāvību, bija mazāk emocionāli siltu un uzticamu attiecību ar citiem cilvēkiem nekā studentiem bez pašnāvības domām (Downs & Eisenberg, 2012). Attiecīgi, tie, kuriem bija vairāk emocionāli siltas un uzticamas attiecības, mazāk izmantoja garīgās veselības aprūpes pakalpojumus. Pētnieki skaidro, ka pozitīvas attiecības ar citiem varētu mazināt stresa līmeni un sniegt atbalstu, kā rezultātā netiek uztverta tāda nepieciešamība pēc profesionālās palīdzības. Tā saistībā vērtību pētnieki ir secinājuši, ka tie cilvēki, kuri par sev raksturīgām vairāk uzskata vērtības, kas saistītas ar saskarsmi ar citiem, uztver arī lielāku atbalstu no citiem (Goodwin, Costa, & Adonu, 2004). Tātad tie cilvēki, kuri ir vairāk vērsti uz attiecībām ar citiem, vairāk arī iegūst no tām, iespējams, tādā veidā mazinot garīgās veselības problēmu attīstību un nepieciešamību pēc profesionālas palīdzības. Līdzīgi, pētnieki, kas pētījuši laimes izjūtu, secinājuši, ka tā ir izteikti saistīta ar sociālo piederību (Tkach & Lyubomirsky, 2006). Proti, tādi sociālie procesi kā, piemēram, komunikācija ar draugiem un palīdzēšana citiem, dara cilvēkus laimīgākus. Tātad pozitīva saskarsme ar citiem cilvēkiem ir gan garīgās veselības problēmu attīstības mazinātājs, gan arī avots pozitīvām emocijām un psiholoģiskajai labklājībai kopumā.

Vairumā gadījumu indivīds nolemj un meklē palīdzību, balstoties uz saviem nodomiem, tomēr bieži vien tieši pamudinājums no citu puses ir izšķirošs. Piemēram, jau pieminētajā pētījumā par studentiem ar pašnāvības domām secināts, ka 67% studentu meklējuši palīdzību saviem spēkiem un 64% apstiprināja, ka citu cilvēku iedrošinājums bijis būtisks pamudinājums palīdzības meklēšanā (Downs & Eisenberg, 2012). Iedrošinātāji lielākoties bija tuvi cilvēki – ģimenes locekļi un draugi, krietni mazākā mērā – citi cilvēki. No tiem respondentiem, kas atbildēja, ka nav meklējuši palīdzību saviem spēkiem, 89% apgalvoja, ka saņēmuši palīdzību citu cilvēku ietekmē. Līdz ar to vispārēja sabiedrības izglītošana par garīgās veselības problēmām un palīdzības meklēšanu varētu sekmēt palīdzības izmantošanas motivēšanas un iedrošināšanas efektu starp līdzcivīkiem.

Līdz šim veiktie pētījumi parāda, ka attiecības ar citiem cilvēkiem spēlē noteiktu lomu palīdzības meklēšanā (Downs & Eisenberg, 2012; Jackson et al., 2007). Tuvas attiecības var sekmēt atbalstu un indivīda problēmu mazināšanos. Tāpat tuvinieki var arī veicināt indivīdu vērsties pēc profesionālas palīdzības. Bet ir nepieciešami turpmāki pētījumi, lai labāk saprastu

ģimenes stāvokļa un sociālo attiecību lomu attiecībā uz palīdzības meklēšanas nodomiem un reālu uzvedību.

Kultūra un dzīvesvieta

Šajā sadaļā kultūra tiek skatīta kā pārliecību, attieksmes, uzvedības un tradīciju kopums, kas raksturīgs noteiktai cilvēku grupai, kuru vieno kopīga izcelsme. Kultūrai ir nozīmīga loma garīgās veselības profesionāļu palīdzības meklēšanā (Chen & Mak, 2008). Pozitīvāka attieksme pret profesionālās palīdzības meklēšanu garīgās veselības jomā saistāma ar rietumu ietekmi. Šādi secinājumi iegūti, salīdzinot dažādu grupu respondentus. Garīgās veselības profesionāļu palīdzība vairāk tika izmantota un bija pozitīvāki nodomi tās izmantošanā rietumu kultūras respondentiem, tostarp rietumos dzīvojošiem austrumu izcelsmes respondentiem, salīdzinot ar austrumu kultūras respondentiem. Šīs atšķirības var skaidrot ar kultūrai raksturīgajām pārliecībām par garīgās veselības traucējumiem, kā arī iestrādātāku garīgās veselības aprūpes sistēmu rietumu valstīs.

Pielāgošanās citai kultūrai iespaido attieksmi pret palīdzības meklēšanu (Chen & Mak, 2008; Hamid, Simmonds, & Bowles, 2009). Piemēram, pētījumā, kas veikts Austrālijā, secināts, ka augstāki piemērošanās rādītāji austrāliešu kultūrai ir saistīti ar pozitīvāku Āzijas izcelsmes austrāliešu attieksmi profesionālās psiholoģiskās palīdzības meklēšanā (Hamid et al., 2009). Savukārt izteiktāka Āzijas kultūras vērtību ievērošana ir saistīta ar mazāk pozitīvu attieksmi profesionālās psiholoģiskās palīdzības meklēšanā. Psiholoģiskā palīdzība parasti ir orientēta uz emociju izpaušanu un atklāšanu, taču tas ir pretrunā ar kultūras vērtībām, kas akcentē emociju ierobežošanu, sava publiskā tēla uzturēšanu, tiekšanos uz harmoniju un izvairīšanos no konfliktiem attiecībās ar citiem (Quek & Storm, 2012).

Līdzīgi pētījumā par poļu imigrantiem Skotijā secināts, ka tie, kuriem bija izteiktāka identifikācija ar tradicionālajām poļu kultūras normām, kas ir pretrunā ar profesionālās palīdzības pakalpojumu izmantošanu emocionālo problēmu gadījumos, bija noraidošāki pret šādu psiholoģisko palīdzību, kur pretī tie, kam bija mazāk izteikta identifikācija, bija atvērtāki pret to (Selkirk, Quayle, & Rothwell, 2012). Pētnieki skaidro, ka palīdzības meklēšana skatāma indivīda identitātes kontekstā, ko iespaido kultūras normas un vērtības, attiecības ģimenē un pieredze ar palīdzošajām institūcijām. Tradicionālās poļu kultūras vērtības sekmē profesionālās palīdzības neizmantošanu.

Palīdzības meklēšanas attieksmes atšķiras starp dažādām valstīm. Piemēram, 6 Eiropas valstu salīdzinājumā Spānijā un Itālijā dzīvojošiem ir pozitīvāka attieksme vērsties pēc garīgās veselības profesionāļu palīdzības (ten Have et al., 2010). Attiecīgi tie bija 88% un 81% respondentu, kas noteikti vai drīzāk vērstos pēc palīdzības nepieciešamības gadījumā, kur pretī Beļģijā tie bija tikai 57%. Šīs atšķirības varētu būt skaidrojamas kultūras kontekstā, ko raksturo

noteiktas attieksmes, pārliecības un nostiprinājušās tradīcijas katrā valstī, kā arī dažādu sociāli demogrāfisko rādītāju kontekstā.

Latvijā praktiski nav pētīti palīdzības meklēšanas nodomi. Latvija neatkarību atguva 1991.gadā un ar to sākās būtiskas pārmaiņas valstī. Politiskā sistēma tika kardināli pārveidota. Kā jau minēts nodaļā par stereotipiem par psihologiem, psihologu profesija Latvijā ir salīdzinoši jauna. Latvijā nav tādas iestrādes garīgās veselības jomā kā tas ir, piemēram, attīstītajās Eiropas valstīs. Līdz ar to varētu prognozēt, ka salīdzinājumā ar vidējiem Eiropas valstu rādītājiem Latvijas sabiedrībā pastāv negatīvāka attieksme pret garīgās veselības palīdzības meklēšanu un tā arī retāk tiek izmantota, īpaši tas varētu būt raksturīgs vecāka gada gājuma cilvēku vidū, kuri savā dzīvē varbūt nekad nav saskārušies un nav arī izglītoti par psihologu pakalpojumiem.

Attiecībā uz dzīvesvietu kā noteicošu faktoru palīdzības meklēšanas nodomos tiek salīdzināti arī pilsētu un lauku iedzīvotāji. Laukos dzīvojošajiem cilvēkiem ir negatīvāka attieksme un zemāki rādītāji palīdzības meklēšanā nekā pilsētās dzīvojošajiem (Jackson et al., 2007). Tā skaidrošanā jāsaprot, ka laukos bieži vien ir mazāk pieejama profesionālā palīdzība. Nereti vispārējās aprūpes ārsts lauku iedzīvotājiem ir arī vienīgais garīgās veselības profesionālis. Pēc Pasaules Veselības organizācijas datiem attīstības valstīs ir viens psihiatrs uz 200 000 iedzīvotājiem (WHO, 2013a). Līdz ar to ļoti daudziem cilvēkiem nemaz nav iespējams saņemt psihiatru palīdzību un līdz ar šādas palīdzības nepieejamību, var skaidrot arī tās nepopularitāti. Pētījumi parāda, ka lauku iedzīvotāji ir īpaši negatīvi noskaņoti attiecībā pret psihiatra apmeklēšanu (Jackson et al., 2007; Kishore et al., 2011). Bez iepriekš minētajiem šķēršļiem jāmin arī attieksmes un psiholoģiskās barjeras, piemēram, laukos dzīvojošajiem ir raksturīgs uzskats par to, ka psihiatra apmeklēšana ir apkaunojoša. Piemēram, pētījumā, kas veikts Indijā, secināts, ka 34,4% pilsētas iedzīvotāju atbildējuši, ka dotos pie psihiatra gadījumā, ja justos garīgi nekontrolējami, bet no lauku iedzīvotājiem tā atbildēja tikai 15,6% (Kishore et al., 2011). Šie rezultāti skaidrojami arī ar vietējai kultūrai raksturīgiem uzskatiem un pārliecībām, proti, pastāv dažādi mīti par psihisko slimību cēloņiem – tie var būt pagātnes grēki, dieva sods, ļauna acs u.tml. Balstoties uz šiem mītiem, cilvēki nepieņem medicīniskos risinājumus psihisko traucējumu ārstēšanā. Piemēram, ja cilvēks domā, ka viņam uzlikta ļauna acs, viņš drīzāk vērsīsies pie profesionāļa, kas nodarbojas ar ļaunas acs noņemšanu.

Atkarībā no kultūras un dzīvesvietas palīdzības meklēšanas nodomi tiek pētīti vairākos kontekstos: rietumu kultūra pretstatā austrumu kultūrai, izcelsmes un dzīvesvietas mijiedarbībā, atšķirībās starp noteiktām valstīm un atšķirībās starp pilsētu un lauku iedzīvotājiem. Visiem šiem aspektiem ir nozīme attieksmē pret palīdzības meklēšanu (piem., Chen & Mak, 2008; Jackson et al., 2007; Kishore et al., 2011; ten Have et al., 2010) un turpmākos pētījumos nepieciešams tos ņemt vērā.

Iepriekšēja profesionālās palīdzības izmantošana

Palīdzības meklēšanas nodomu un uzvedības pētīšanā viens no svarīgākajiem faktoriem, ko nepieciešams kontrolēt, ir iepriekšēja palīdzības izmantošana. Pētījumi parāda, ka tā ir viena no nozīmīgākajiem nodomu prognozētājiem (Andrews et al., 2011; Gonzalez et al., 2011). Iepriekšēja profesionālās psiholoģiskās palīdzības izmantošana ir saistīta ar pozitīvāku attieksmi palīdzības meklēšanas nodomos (Andrews et al., 2011; Masuda et al., 2005; Turkum, 2005; Woodward & Pachana, 2009).

Pētnieki secinājuši, ka tiem respondentiem, kam ir pieredze profesionālās psiholoģiskās palīdzības meklēšanā, ir ne tikai pozitīvāka palīdzības meklēšanas attieksme, bet viņi arī labāk identificē vajadzību pēc palīdzības un vairāk uzticas profesionāļiem nekā tie, kas nekad nav vērsušies pēc palīdzības (Masuda et al., 2005). Arī, pētot saistību starp attieksmi pret palīdzības meklēšanu un pēdējā gada laika garīgās veselības aprūpes izmantošanas pieredzei, secināts, ka augstāki palīdzības meklēšanas nodomu rādītāji un uztvertās palīdzības efektivitātes rādītāji raksturīgi palīdzības izmantotājiem pretstatā tiem, kas pēdējo 12 mēnešu laikā nav izmantojuši palīdzību (ten Have, 2010). Tāpat palīdzības izmantotāji arī vairāk piekrita apgalvojumam, ka justos komfortabli, runājot par personīgajām problēmām ar profesionāli, un nejustos apkaunoti, ja par to zinātu draugi.

Pozitīvāku palīdzības meklēšanas attieksmi to respondentu vidū, kam ir palīdzības meklēšanas pieredze, pētnieki skaidro divējādi. Iespējams, ka šiem cilvēkiem jau sākotnēji bijusi pozitīvāka attieksme un tāpēc viņi vērsušies pēc palīdzības, tāpat iespējams, ka pietiekami pozitīvas konsultēšanās pieredzes rezultātā viņiem izveidojusies pozitīvāka attieksme pret turpmāku palīdzības meklēšanu (Turkum, 2005). Garīgās veselības aprūpes izmantošanas pieredze iespaido cilvēku attieksmi pret turpmāku palīdzības meklēšanu, bet ir nepieciešami longitudināli pētījumi, lai varētu pilnībā apstiprināt arī to, ka attieksme ietekmē uzvedību (ten Have et al., 2010).

Pozitīvākas attieksmes veidošanās pret palīdzības meklēšanu var tikt skaidrota arī ar iemācīšanās teoriju. Pētnieki izpētījuši, ka pēc pozitīva video noskatīšanās par psihoterapiju respondentiem bija pozitīvāka attieksme pret garīgās veselības aprūpi nekā kontroles grupas respondentiem, kas skatījās cita veida video (Buckley & Malouff, 2005). Šis pozitīvās informācijas iegūšana no video materiāla veidoja respondentiem jaunu pieredzi psihoterapijā, kas sekmēja attieksmes maiņu pret palīdzības meklēšanu. Tātad viens no veidiem, kā uzlabot sabiedrības attieksmi, ir tās akcentēšana sabiedrības informācijas telpā.

Balstoties uz minētajiem pētījumiem, iepriekšēja palīdzības izmantošana ir atslēgas elements palīdzības meklēšanai nākotnē. Saņemot profesionālo palīdzību, cilvēks iegūst jaunu

pieredzi garīgās veselības problēmu risināšanā. Pozitīva pieredze ir pamats attieksmes maiņai pret garīgās veselības aprūpi un turpmākai palīdzības izmantošanai.

Garīgās veselības problēmas

Garīgās veselības problēmām ir būtiskas negatīvas sekas gan indivīda labklājībā, gan sabiedrības labklājībā kopumā. Cilvēki ar garīgajiem traucējumiem piedzīvo nozīmīgu nespēju realizēt savu potenciālu, strādāt, un nereti šie traucējumi ir saistīti ar priekšlaicīgu nāvi (WHO, 2013a). Personas ar garīgiem traucējumiem ir ievainojamākas – pakļautas kaunināšanai un aizspriedumiem, sociāli un ekonomiski neaizsargātas un pakļautas nabadzības riskam. Garīgās veselības traucējumiem ir arī būtiskas negatīvas sekas pasaules ekonomikā.

Garīgās veselības problēmas un traucējumi ir izplatīti visur pasaulē – visos reģionos, valstīs un sabiedrībās (WHO, 2004). Tomēr, neraugoties uz to lielo izplatību, visur pasaulē garīgās veselības aprūpes pakalpojumi tiek izmantoti daudz par maz. Aprēķini parāda, ka zemu un vidēju ienākumu valstīs 76-85% cilvēku ar nopietniem garīgās veselības traucējumiem nesaņem ārstēšanu, taču arī augstu ienākumu valstīs šis skaitlis ir liels, proti, 35-50% cilvēku nesaņem ārstēšanu (WHO, 2013a). Viena no problēmām ir palīdzības nepieejamība, piemēram, statistika parāda, ka gandrīz puse pasaules populācijas dzīvo reģionā, kur vidēji ir viens psihiatrs uz 200 000 cilvēku. Otra problēma ir palīdzības neizmantošana gadījumos, kad tā ir pieejama.

Daudzos palīdzības meklēšanas pētījumos apskatīta garīgās veselības problēmu loma (Jackson et al., 2007; ten Have et al., 2010). Lai to pētītu, izmantotas gan pašatskaites, gan objektīvi diagnostikas testi. Apskatot plašu pētījumu klāstu, Džeksons un kolēģi (Jackson et al., 2007) secinājuši, ka slimības un traucējumi ir saistīti ar palīdzības meklēšanu.

Augsti stresa rādītāji, fiziskie traucējumi, kā arī ilgtermiņa invaliditāte un viens vai vairāki garīgās veselības traucējumi, tostarp pašnāvības mēģinājumi, ir saistīti ar augstākiem palīdzības meklēšanas rādītājiem (Jackson et al., 2007). Tendence vērsties pēc palīdzības šo problēmu gadījumā vērtējama ļoti pozitīvi. Tomēr, ņemot vērā, ka garīgās veselības aprūpe tiek izmantota pārāk maz (WHO, 2013a), ir skaidrs, ka palīdzības meklēšana ir nepietiekama. Tāpat jāņem vērā, ka atšķiras dažādu pacientu grupu attieksme pret profesionālās palīdzības meklēšanu (ten Have et al., 2010). Piemēram, pētījuma rezultāti parāda, ka respondentiem ar garastāvokļa traucējumiem bija pozitīvāka attieksme profesionālās palīdzības meklēšanā nekā respondentiem bez šādiem traucējumiem. Bet attiecībā uz trauksmes un emocionālās sfēras traucējumiem netika konstatēta nozīmīga saistība ar attieksmi pret palīdzības meklēšanu. Savukārt respondenti ar alkohola radītiem traucējumiem pretstatā respondentiem bez šādiem traucējumiem retāk piekrita apgalvojumam, ka meklētu palīdzību nopietnu emocionālo problēmu gadījumā.

Tas, ka garīgās veselības problēmu esamība bieži vien ir saistīta tieši ar zemākiem nodomiem profesionālās palīdzības meklēšanā, ir ļoti negatīvs aspekts. Piemēram, pētījumā, kas

veikts Taivānā, piedaloties ķīniešu studentiem, secināts, ka augstāki depresijas simptomu rādītāji bija saistīti ar lielāku respondentu pretestību palīdzības meklēšanā (Chang, 2007). Pētījumā, kas veikts Austrālijā, secināts, ka smagāki vispārējā distresa simptomi pusaudžiem bija saistīti ar zemākiem nodomu rādītājiem palīdzības meklēšanā, kas attiecas gan uz neformālajiem, gan formālajiem palīdzības sniedzējiem, un augstākiem nodomu rādītājiem nemeklēt palīdzību ne no viena (Wilson & Deane, 2011).

Attiecībā uz pašnāvību kā garīgās veselības problēmu veidu noteikti ir vērts pieminēt šokējošos statistikas datus, kas parāda, ka katru gadu gandrīz miljons cilvēku iet bojā pašnāvības rezultātā; rupji rēķinot, tas ir viens nāves gadījums katrās 40 sekundēs (WHO, 2013b). Pašnāvība ir otrs izplatītākais nāves cēlonis jaunu cilvēku vidū visā pasaulē. Kā rāda ASV dati, tad pat vairāk nekā 90% gadījumos pašnāvība ir saistīta ar vienu vai vairākām garīgajām slimībām vai apreibinošo vielu lietošanu (Institute of Medicine of the National Academies, 2002). Nacionāla mēroga pētījuma, kas veikts ASV, rezultāti par studentiem parāda, ka gandrīz 7% studentu bija nopietni apsvēruši pašnāvību, gandrīz 2% bija izplānojuši pašnāvību un 0,5% bija veikuši pašnāvības mēģinājumu pēdējā gada laikā (Downs & Eisenberg, 2012). Šie skaitļi ir ļoti iespaidīgi, ņemot vērā, ka tie attiecas uz ļoti šauru laika posmu – pēdējo gadu. Pašnāvība ir viena no lielākajām garīgās veselības problēmām visā pasaulē.

Apskatot iepriekš minētā pētījuma rezultātus plašāk, secināts, ka lielākā daļa no studentiem (82%) ar domām par pašnāvību apzinājās vajadzību pēc palīdzības garīgās veselības problēmu risināšanā (Downs & Eisenberg, 2012). Taču, salīdzinot ar studentiem bez pašnāvības domām, viņi mazāk ticēja tam, ka garīgās veselības aprūpes pakalpojumi varētu palīdzēt. Vairāk nekā trešdaļa uzskatīja, ka terapija nepalīdzētu un vairāk nekā puse uzskatīja, ka medikamenti nepalīdzētu. Rezultāti arī parādīja, ka tikai nedomā vairāk nekā puse studentu ar pašnāvības domām saņēma ārstēšanu. Pētnieki secinājuši, ka galvenie iemesli palīdzības neizmantošanā ir izvēle pašam tikt galā ar problēmu, kas raksturīga 73% studentu, savukārt 52% raksturīgs uzskats, ka stress ir normāls stāvoklis koledžā, un 52% raksturīga vajadzības nopietnības apšaubīšana. Laika trūkumu minēja gandrīz puse respondentu (47%), savukārt gandrīz 40% minēja finansiālos resursus kā šķērsli palīdzības meklēšanā. Uztvere, ka citi to uzskatītu par apkaunojumu, bija raksturīga 35%, tāpat 35% atklāja satraukumu par palīdzības efektivitāti un nedomā vairāk nekā piektdaļai jeb 22% bija raksturīga problēmas neatzīšana.

Garīgās veselības problēmas var tikt risinātas arī citos destruktīvos veidos, piemēram, ar riskantu uzvedību, kas var būt atkarību izraisošo vielu lietošana, pārdroša braukšana, pārēšanās u.c. Tāpat riskanta uzvedība var būt cēlonis garīgās veselības problēmām (Schwarzer, 2001). Lai indivīds spētu objektīvi izvērtēt savas rīcības sekas un veselības riskus un sāktu risināt problēmas, vispirms ir nepieciešama motivācija. Ralfs Švarcers uzsver, ka tieši motivācijas fāzē

indivīds attīsta rīcības nodomu. Viņš norāda, ka riska uztvere par veselības apdraudējumu pati par sevi nav pietiekams dzinējspēks, lai indivīdam veidotos nodoms rīkoties konstruktīvi. Rīcības nodomu veido komplekss modelis, kas ietver gan riska uztveri, gan gaidas par rīcības iznākumu, gan uztverto pašefektivitāti.

Pētnieki ir secinājuši, ka respondentu pārlicība par to, ka garīgās veselības problēmām var būt negatīvas sekas un ka ārstēšana var palīdzēt, ir nozīmīgi prognozētāji garīgās veselības pakalpojumu izmantošanā (Vanheusden et al., 2009). Līdz ar to izglītošana par garīgās veselības profesionāļu darbu un rezultātiem ir īpaši svarīga un nepieciešama. Džeksons ar kolēģiem (Jackson et al., 2007) akcentē, ka ir svarīgi sekmēt, lai visi cilvēki ar veselības problēmām un traucējumiem meklētu palīdzību pēc iespējas ātrāk, negaidot problēmu attīstību. Līdz ar to ir svarīgi pētīt visas sabiedrības attieksmi pret palīdzības meklēšanu, jo jebkurš var būt pakļauts garīgās veselības traucējumiem.

Vērtību pētnieki ir secinājuši, ka labāka subjektīvā garīgā veselība ir tiem cilvēkiem, kas ir neatkarīgi un vērsti uz darbību, tiecas uz jaunām lietām un izaicinājumiem savā dzīvē pretstatā tiem cilvēkiem, kas vairāk vērsti uz kultūras tradīciju un paradumu ievērošanu (Sagiv & Schwartz, 2000). Iespējams, ka cilvēki, kas ir vērsti uz izaicinājumiem un jaunām lietām, arī vairāk meklē un atrod palīdzības iespējas un efektīvus risinājumus garīgās veselības problēmām pretstatā tiem, kas vērsti uz tradīcijām, kas var būt pretrunā ar garīgās veselības profesionāļu palīdzības meklēšanu. Lai sekmētu profesionālās palīdzības izmantošanu, tā jāintegrē kultūras tradīcijās un jāattīsta par noteiktu ieradumu.

Balstoties uz apskatītajiem pētījumiem, var secināt, ka saistība starp garīgās veselības problēmām un palīdzības meklēšanu vai attieksmi pret to ir neviennozīmīga. Dažos gadījumos tā ir pozitīva, citos – negatīva vai arī vispār nepastāv. Jāņem vērā, ka pētījumi būtiski atšķiras pēc tajos izmantotajām metodēm, aptvertajām izlasēm un apskatītajām garīgās veselības problēmām. Ņemot vērā garīgās veselības problēmu radītās negatīvās sekas, ir nepieciešams turpmākos pētījumos padziļināti izpētīt šo tēmu.

Kopumā apskatītie pētījumi parāda, ka sociāli demogrāfiskie rādītāji, iepriekšēja palīdzības izmantošana un dažādas garīgās veselības problēmas spēlē nozīmīgu lomu palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā. Daudzos pētījumos īpaši izcelta dzimuma, vecuma un iepriekšējas psiholoģiskās palīdzības izmantošanas loma (Andrews et al., 2011; Mackenzie et al., 2006; Nam et al., 2010; ten Have et al., 2010). Ir nepieciešami turpmāki pētījumi, lai labāk saprastu pārējo apskatīto faktoru lomu nodomu prognozēšanā.

1.4. Saistība starp palīdzošo profesiju pārstāvju raksturojumiem un palīdzības meklēšanas nodomiem

Nozīmīga pētījumu tēma sociālajā psiholoģijā ir grupas stereotipu saistība ar izturēšanās veidu (sk. Cuddy et al., 2007). Šī saistība ir pamatota dažādu sabiedrībā populāru grupu izpētē (nabadzīgie, bagātie, mājsaimnieces, bezpajumtnieki, studenti utt.). Tomēr līdz šim tai nav pievērsta pietiekama uzmanība veselības aprūpes kontekstā. Ļoti maz pētījumu apskata saistību starp profesiju pārstāvju raksturojumiem un veselību veicinošu uzvedību vai attieksmi pret palīdzības meklēšanu.

Jau 1978.gada pētījumā secināts, ka tam, kā klienti uztver konsultanta īpašības, ir nozīme viņu attieksmē pret psiholoģiskās palīdzības meklēšanu (Cash, Kehr, & Salzbach, 1978). Tie respondenti, kas novērtēja konsultantus pozitīvāk raksturojumos, kas saistīti ar eksperta spējām un uzticamību, bija arī pozitīvāk noskaņoti pret palīdzības meklēšanu nekā tie, kas deva negatīvākus vērtējumus. Līdzīgi arī citos pētījumos tiek akcentēta terapeita īpašību nozīme attiecībā uz terapeitisko sadarbību ar klientiem (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Hersoug, Hoglend, Havik, von der Lippe, & Monsen, 2009). Piemēram, pētnieki secinājuši, ka terapeita emocionālais vēsums/ norobežošanās negatīvi iespaido sadarbības kvalitāti ar klientiem (Hersoug et al., 2009), kur pretī uztvertās pozitīvās terapeita īpašības kā piemēram, eksperts, atraktīvs un uzticams, sekmē terapijas turpināšanu (Alcázar Olán, Deffenbacher, Hernández Guzmán, Sharma, & de la Chaussée Acuña, 2010).

Attiecībā uz stereotipu saistību ar palīdzības meklēšanas uzvedību ir veikti pētījumi ārstu profesijas ietvaros (Bogart, 2001; Bogart, Bird, Walt, Delahanty, & Figler, 2004). Tajos secināts, ka respondenti, kuri uztvēra ārstus kopumā pozitīvi, gan kā kompetentus, gan emocionāli siltus, bija vairāk izmantojuši ārstu palīdzību nesenā pagātnē un bija vairāk apmierināti ar veselības aprūpi. Kaut arī netika atrastas nozīmīgas saistības starp profesijas stereotipiem un nodomiem meklēt palīdzību (Bogart, 2001), tomēr rezultāti ļauj secināt, ka potenciālo pacientu uztverei par profesionāli ir nozīme neatkarīgi no viņu veselības stāvokļa. Pozitīvs vērtējums par profesionāli sekmē palīdzības izmantošanu, taču negatīvs vērtējums kavē vēlēšanos pēc palīdzības. Taču līdz šim nav pētīta emocionālā siltuma un kompetences loma palīdzības meklēšanas nodomos un uzvedībā garīgās veselības problēmu gadījumos.

Apskatītie pētījumi ļauj prognozēt, ka veselības aprūpes speciālista novērtējums ir nozīmīgs attiecībā uz attieksmi un uzvedību, kas saistīta ar profesionālās palīdzības meklēšanu, tomēr nav skaidra stereotipu loma palīdzības meklēšanas nodomos garīgās veselības problēmu gadījumos. Šīs saistības izpēte ir ļoti svarīga, lai labāk saprastu un veicinātu cilvēku palīdzības

meklēšanas nodomus, ņemot vērā kritisko garīgās veselības problēmu un traucējumu izplatību (sk. WHO, 2004).

1.5. Kopsavilkums

Sociālajā psiholoģijā plaši tiek pētīti stereotipi, par ko ir attīstītas dažādas teorijas un izpētes metodes (Cox et al., 2012; Fiske et al., 2002; McGarty et al., 2002). Šajā pētījumā tiek izmantots stereotipu satura modelis, kas ir teorija, kuras pamatā ir pētījumos gūts secinājums, ka stereotipu saturs veido divas kategorijas – emocionālo siltumu un kompetenci (Fiske et al., 2002). Stereotipu satura modelis ir viena no aktuālākajām stereotipu pētīšanas metodēm, tas tiek plaši izmantots jaunākajos pētījumos par stereotipiem attiecībā uz dažnedažādām grupām, tai skaitā arī profesijām (Brambilla et al., 2010; Carlsson & Bjorklund, 2010; Cuddy et al., 2004). Pētījumos pierādīta SSM validitāte un ticamība, kas ļauj metodi daudzveidīgi izmantot (piem., Cuddy et al., 2009; Fiske et al., 2002).

Pētījumi par dažādām sabiedrībā populārām grupām parāda, ka profesionāļiem tiek piedēvēta kompetence (Cuddy et al., 2009; Fiske et al., 2002), kas arī ir loģiski ņemot vērā, ka katrai profesijai nepieciešamas noteiktas spējas un prasmes. Palīdzošās profesijas ir tās profesijas, kurām bieži vien tiek piedēvēts emocionālais siltums (Asuncion & Mackie, 1996; Brambilla et al., 2010; Carlsson & Bjorklund, 2010; Sherman, 1996). Taču tas, cik šī profesionālā grupa tiek uztverta kā kompetenta vai emocionāli silta ir lielā mērā atkarīgs no salīdzināšanas konteksta. Diemžēl bieži vien, salīdzinot ar citām profesijām, palīdzošās profesijas tiek par zemu novērtētas kompetences rādītājos (Asuncion & Mackie, 1996; Brambilla et al., 2010; Carlsson & Bjorklund, 2010; Sherman, 1996).

Apskatot stereotipus par psihologiem, pētījumi parāda, ka kopumā psihologu publiskais tēls tiek raksturots pozitīvi (Firmin et al., 2012; Webb & Speer, 1986). Psihologiem tiek piedēvētas gan tādas īpašības, kas atspoguļo emocionālo siltumu (Wollersheim & Walsh, 1993), gan arī kompetence darbā ar klientiem (Firmin et al., 2012). Pētījumi par šo tēmu lielākoties ir veikti pirms daudziem gadiem un ir salīdzinoši maz jaunu pētījumu. Salīdzinot sabiedrības attieksmi gadu gaitā, tai ir tendence uzlaboties (von Sydow & Reimer, 1998), tomēr aizvien tiek akcentēta problemātika, piemēram, izpratnes trūkums par psihologu profesiju un tās jaukšana ar psihiatru profesiju (Farberman, 1997; Firmin et al., 2012; von Sydow & Reimer, 1998).

Kā jau pieminēts, psihologi lielā mērā tiek jaukti ar psihiatriem, kuru tēls sabiedrībā kopumā raksturojams negatīvi (Sartorius et al., 2010). Negatīvie stereotipi ir vērsti gan pret psihiatriem, gan pret viņu pacientiem (Kishore, Gupta, Chander, & Bantman, 2011; Sartorius et al., 2010; Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2009; Schultze, 2007). Bieži sastopama ir

apkaunojuma un negoda uztvere par ārstēšanos pie psihiatra. Profesijas neizpratnes rezultātā sabiedrība mēdz psihiatriem piedēvēt ļaunus nodomus, proti, pacientu ieslēgšanu, nozāļošanu un eksperimentēšanu ar viņiem (Sartorius et al., 2010, Schultze, 2007). Sabiedrības attieksmju pērtīšana ir īpaši nozīmīga un nepieciešama, lai veicinātu psihiatru pakalpojumu izmantošanu.

Ģimenes ārsti sabiedrībā kopumā tiek uzverti pozitīvi (Ali et al., 2012; Conroy et al., 2002; Grol et al., 2000). Ārstiem lielā mērā tiek piedēvēta kompetence un profesionālisms (Bogart, 2001; Chang et al., 2013). Apskatot negatīvos aspektus, vairākos pētījumos akcentēta nepieciešamība uzlabot ārstu – pacientu mijiedarbību (Marcinowicz et al., 2009; Sousa, 2007). Tā ir definēta kā veselības aprūpes pamatkomponents (WONCA EUROPE, 2011). Kopumā iepriekšējie pētījumi ir vairāk orientēti uz veselības aprūpes novērtējumu, stereotipu tēma par ģimenes ārstiem ir maz apskatīta, bet ir nepieciešams veikt pētījumus šajā jomā.

Palīdzošo profesiju kontekstā var izdalīt divus galvenos virzienus, t.i., profesijas, kuru apmācība un prakse ir balstīta uz zinātnes sasniegumiem, un profesijas, kas balstītas uz pārdabisko uzskatu sistēmu. Kaut arī reliģiskās profesijas ir pārdabisko uzskatu sistēmas piemērs, tomēr tās parasti tiek atdalītas no citām pārdabisko uzskatu sistēmas profesijām, tādām kā piemēram, astrologi, zīlnieki, pareģi u.c. Apskatot stereotipus par garīdzniekiem, pētījumi parāda, ka kristiešu garīdznieki tiek vērtēti pozitīvi, t.i., raksturoti ar emocionālo siltumu saistītām īpašībām (Asuncion & Mackie, 1996; Johnstone, 1972). Šeit jāņem vērā, ka garīdznieki var pārstāvēt pat ļoti atšķirīgus virzienus, tāpēc emocionālā siltuma stereotipus nevar viennozīmīgi attiecināt uz visiem garīdzniekiem. Jāpiemetina, ka par garīdzniekiem ir maz empīrisku stereotipu pētījumu, taču vēl mazāk ir pētīti stereotipi par citām pārdabisko uzskatu sistēmas profesijām, kā piemēram, astrologiem. Taču to, ka būtu nepieciešami šādi pētījumi, norāda fakts, ka astroloģija ir ļoti populāra sabiedrībā (Kallery, 2001; Rice, 2003; Robertis & Delaney, 1993). Pētījumi ļauj secināt, ka astroloģijas piekritēji varētu būt pat gandrīz puse rietumu sabiedrības.

Salīdzinot stereotipus par garīgās veselības aprūpes sniedzējiem, var secināt, ģimenes ārstiem, psihologiem un garīdzniekiem kopumā ir pozitīvs tēls sabiedrībā (Firmin et al., 2012; Grol et al., 2000; Schindler et al., 1987; von Sydow & Reimer, 1998; Webb & Speer, 1986), kur pretī psihiatriem tas vairāk raksturojams kā negatīvs, īpaši piedēvējot emocionālu aukstumu un pat dažkārt ļaunprātību (Sartorius et al., 2010; von Sydow & Reimer, 1998; Wollersheim & Walsh, 1993). Ja salīdzina emocionālā siltuma un kompetences kategorijās, tad iepriekšējie pētījumi parāda, ka psihologiem un garīdzniekiem īpaši tiek piedēvēts emocionālais siltums, bet ģimenes ārstiem un psihiatriem – kompetence (Bogart, 2001; Schindler et al., 1987; von Sydow & Reimer, 1998; Wollersheim & Walsh, 1993). Taču pilnīgākai tēmas izpētei trūkst jaunu stereotipu pētījumu par palīdzošajām profesijām, īpaši to salīdzināšanā, aptverot dažādas

profesijas, tai skaitā tās, kas balstītas uz pārdabisko uzskatu sistēmu. Trūkst arī pētījumu par sociāli demogrāfisko un citu nozīmīgu faktoru lomu attiecībā uz stereotipiem par palīdzozo profesiju pārstāvjiem.

Nodomi palīdzozo profesiju pārstāvju palīdzības meklēšanā ir diezgan plaši izpētīta tēma. Tomēr tās izpētē aizvien ir neskaidri un neatbildēti jautājumi. Lai ilustrētu palīdzības meklēšanas nodomu tendenci, ir vērts atsaukties uz pētījumu, kas veikts ASV nacionālā mērogā, kas parāda, ka 84% respondentu atzīmēja, ka vērstos pēc garīgās veselības profesionāļu palīdzības nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā (Gonzalez et al., 2011), tai pat laikā no Eiropas valstīs dzīvojošajiem 71% parādīja līdzīgu attieksmi (ten Have et al., 2010). Ņemot vērā vēsturisko un ekonomisko situāciju Latvijā, var prognozēt, ka palīdzības meklēšanas nodomu rādītāji būs zemāki. Līdz šim šāds pētījums Latvijā nav veikts, tāpēc tas ir ļoti nepieciešams.

Nodomi profesionāļu palīdzības meklēšanā var būt saistīti ar dažādiem faktoriem un tie atšķiras noteiktās sabiedrības grupās. Psiholoģisko problēmu gadījumā cilvēki bieži izvēlas meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta (Dupree et al., 2010; Kovess-Masféty et al., 2007; Rickwood et al., 2005), īpaši tas raksturīgs vecāka gada gājuma cilvēkiem (Dupree et al., 2010; Kovess-Masféty et al., 2007; Mackenzie et al., 2006). Savukārt sievietēm salīdzinājumā ar vīriešiem kopumā ir pozitīvāka attieksme garīgās veselības profesionāļu palīdzības meklēšanā (Mackenzie et al., 2006; ten Have et al., 2010), taču viņām arī vairāk raksturīga ticība pārdabiskajam (Baker & Draper, 2010; Rice, 2003; Torgler, 2007), t.sk., astroloģijai (Rice, 2003), kas ļauj prognozēt augstākus nodomu rādītājus arī zinātnē nebalstīto profesiju pārstāvju palīdzības meklēšanā. Ir nepieciešams izpētīt un salīdzināt nodomus dažādu palīdzozo profesiju pārstāvju palīdzības meklēšanā, tostarp iekļaujot zinātnē nebalstītās, bet populārās profesijas, piemēram, astrologus, jo līdz šim pieejamajā zinātniskajā literatūrā tas ir nepietiekami pētīts. Skaidrs ir tas, ka cilvēki, kas vairāk piekrīt pārdabiskajiem uzskatiem, arī lielākā mērā izvēlas šādu profesiju pārstāvju palīdzību (Smith & Simmonds, 2006). Tāpat reliģiozi cilvēki, salīdzinot ar nereliģioziem, vairāk izvēlas garīdzniecības pārstāvju atbalstu palīdzības nepieciešamības gadījumā.

Iepriekšējos pētījumos apskatīta arī izglītības līmeņa saistība ar palīdzības meklēšanas nodomiem, taču iegūtie rezultāti nav viennozīmīgi (Andrews et al., 2011; Jackson et al., 2007; Kovess-Masféty et al., 2007; ten Have et al., 2010). Savukārt attiecībā uz ienākumu līmeni pētnieki secinājuši, ka cilvēkiem ar augstākiem ienākumiem ir pozitīvāka attieksme pret palīdzības meklēšanu (ten Have et al., 2010). Vēl ir vērts pieminēt ģimenes stāvokļa lomu, proti, iepriekšējo pētījumu rezultāti parāda, ka cilvēkiem, kas dzīvo vieni, ir šķīrušies vai atraitņi, ir augstāki palīdzības meklēšanas rādītāji, ko var skaidrot ar atbalsta trūkumu (Jackson et al., 2007). Bez sociāli demogrāfiskajiem faktoriem būtisku lomu spēlē iepriekšēja palīdzības izmantošana. Proti, cilvēki, kuri iepriekš ir izmantojuši profesionālo psiholoģisko palīdzību,

parāda pozitīvākus nodomus tās turpmākā izmantošanā (Andrews et al., 2011; Masuda et al., 2005; Turkum, 2005; Woodward & Pachana, 2009). Kopumā palīdzības meklēšanas nodomu pētījumos daudz ir pētīta sociāli demogrāfisko faktoru un iepriekšējas palīdzības izmantošanas loma, kur pretī ļoti maza uzmanība pievērsta dažādiem attieksmes un psiholoģiskajiem faktoriem.

Cilvēku uzvedības prognozēšana ir īpaši aktuāla, bet sarežģīta tēma psiholoģijas pētījumos. Stereotipu pētnieki īpaši akcentē saistību starp stereotipiskajiem uzskatiem un tiem atbilstošu izturēšanos, kas atklāta dažādu sabiedrībā populāro grupu pētīšanā (Cuddy et al., 2007). Tātad stereotipu izpēte ļautu prognozēt sabiedrības izturēšanos. Pētījumi par sabiedrības uzvedības prognozēšanu ir ļoti aktuāli garīgās veselības aprūpes jomā. Iepriekšējie pētījumi ļauj prognozēt, ka profesionāla novērtējums varētu būt saistīts ar palīdzības meklēšanas nodomiem. Piem., pētnieki ir secinājuši, ka ārstu novērtējums ir saistīts ar veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu (Bogart, 2001; Bogart et al., 2004). Bet līdz šim nav pētīta stereotipu loma dažādu palīdzozo profesiju palīdzības meklēšanas nodomos garīgās veselības problēmu gadījumos.

Balstoties uz pētījumu trūkumu un neskaidrību tēmā par stereotipu par palīdzozo profesiju pārstāvjiem saistību ar palīdzības meklēšanas nodomiem garīgās veselības problēmu gadījumos, tiek izvirzīts sekojošs galvenais pētījuma jautājums:

1) Kā sociāldemogrāfiskie faktori, iepriekšēja palīdzības izmantošana, uztvertās sabiedrības attieksmes un emocionālā siltuma un kompetences stereotipi par noteiktu palīdzošās profesijas pārstāvi prognozē nodomus attiecīgā profesionāla palīdzības meklēšanā garīgās veselības problēmu gadījumos?

Pētījumā tiek izvirzīti sekojoši papildus jautājumi:

2) Vai modificētās SSM aptaujas latviešu versija veido ticamas skalas apskatīto profesiju vērtēšanā?

3) Kā atšķiras emocionālā siltuma un kompetences vērtējumi par katru profesijas pārstāvi un kā atšķiras katras skalas vērtējumi starp dažādiem profesiju pārstāvjiem?

2. Metode

2.1. Pētījuma dalībnieki

Pētījumā tika izmantoti 338 respondentu dati, kas iegūti, izmantojot elektronisku aptauju ar uzstādījumu, atspoguļot tikai to respondentu datus, kuri ir izpildījuši aptauju līdz beigām. Visi 338 dalībnieki bija pieaugušie vecumā no 18 līdz 87 gadiem ($M = 41,01$, $SD = 16,25$), no kuriem 180 (53,3%) bija sievietes ($M = 38,12$, $SD = 16,57$) un 158 (46,7%) bija vīrieši ($M = 44,30$, $SD = 15,27$). Attiecībā uz izglītības līmeni 40,2% respondentu bija augstākā izglītība, 20,1% bija

nepabeigta (arī iesākta) augstākā izglītība, 37,0% bija vidējā vai vidējā profesionālā un tikai 2,7% bija pamatizglītība.

Nedaudz vairāk nekā puse (50,6%) respondentu identificēja sevi kā piederīgus kādai no reliģijām. Visvairāk pārstāvēti tika kristieši, t.i., 43,2%, savukārt citu reliģisko piederību norādīja tikai 7,4%. Kā nereliģiozus sevi identificēja 36,4%, bet 13,0% nenorādīja atbildi šajā jautājumā. Pēc laulību statusa 44,3% dalībnieku bija neprecējušies, 37,3% – precējušies un 18,3% iepriekš bijuši precējušies. Informācija par respondentu ienākumiem parādīja, ka 56,2% dalībnieku ienākumu bija zem 426,86 *euro* (300,00 Ls) mēnesī pēc nodokļu nomaksas uz vienu mājsaimniecības locekli, 31,4% bija vismaz 426,86 *euro* (300,00 Ls) un 12,4% nenorādīja ienākumu līmeni. Informācija par dzīvesvietu parādīja, ka 76,7% respondentu dzīvoja pilsētā, 13,6% dzīvoja ciematā un 9,8% laukos. Pēc tautības 92,3% bija latviešu tautības, 3,8% krievu un 3,8% cittautiešu. Respondenti tika uzaicināti piedalīties pētījumā brīvprātīgi, nesauņemot par to atlīdzību.

2.2. Mērījumi

Stereotipu satūra modelis

Stereotipu vērtēšanai tika izmantota emocionālā siltuma un kompetence skala, kas veido stereotipu satūra modeli (Fiske et al., 1999). Modelī var tikt ietverts arī uztvertais grupas statuss un sacensība (sk. Fiske et al., 2002). Modelis pētījuma ietvaros tika nedaudz modificēts, pielāgojot to palīdzošo profesiju vērtēšanai un Latvijas kultūrvidei. Šajā pētījumā dalībnieki vērtēja piecas palīdzošās profesijas (ģimenes ārsts, psihiatrs, psihologs, garīdznieks un astrologs), katru divās perspektīvās – tipisks profesionālis un ideāls profesionālis. Astrologs tika iekļauts kā zinātnē nebalstītas profesijas pārstāvis, lai gūtu plašāku priekšstatu sabiedrības stereotipos un palīdzības izvēlē. Sākotnēji pētījumā tika iekļautas trīs stereotipu skalas: emocionālais siltums, kompetence un statuss. Konkurences vērtējumi šajā pētījumā nebija aktuāli.

Skalu panti tika aizgūti no iepriekšējiem SSM pētījumiem (Fiske et al., 2002; Russel & Fiske, 2008) un pārtulkoti latviski. Katrā skalā tika izmantoti četri panti. Emocionālā siltuma skala ietvēra: sirsnīgs, laipns, uzticams un ar labiem nodomiem; kompetences skala ietvēra: kompetents, spējīgs, prasmīgs un gudrs; statusa skala ietvēra: dara prestižu darbu, finansiāli nodrošināts, ar labu izglītību un cienījams (šī īpašība tika papildus pievienota, lai iegūtu četrus pantus līdzīgi kā citās skalās).

Visi panti tika ietverti matricā 12x7, kur pantu skaits – 12, izmantojot 6-punktu Likerta tipa skalu (1 – nemaz līdz 6 – ļoti izteikti, ietverot papildus atbilžu variantu „nevaru pateikt”). Kopā stereotipu vērtēšanai tika izveidotas 10 matricas (piecas profesijas, katra tipiskajos un

ideālajos vērtējumos). Ideālie vērtējumi promocijas darba ietvaros tālāk netika analizēti un izmantoti. Oriģinālajā SSM respondentiem tika lūgts novērtēt, kā attiecīgā grupa tiek uztverta sabiedrībā. Šajā pētījumā tika pētīti indivīdu personīgie uzskati, tāpēc instrukcija tika nomainīta uz „novērtējiet, kādam, Jūsaprāt, vajadzētu būt ideālam *profesijas pārstāvim*” un „neatkarīgi no tā, vai esat apmeklējis/-usi vai nē, novērtējiet, kāds Jums šķiet tipisks *profesijas pārstāvis*”. Pirms katras vērtēšanas matricas tika piedāvāta īsa attiecīgā profesijas pārstāvja definīcija, lai izvairītos no iespējamiem pārpratumiem.

Palīdzības meklēšanas nodomi

Palīdzības meklēšanas nodomu mērīšanai tika izmantoti četri jautājumu veidi, kas tika īpaši izstrādāti šim pētījumam. Tie balstīti uz iepriekšējiem pētījumiem par palīdzības meklēšanas attieksmēm un uzvedību: aptauju par attieksmi pret garīgās veselības palīdzības meklēšanu (*Attitudes toward mental health help-seeking*, Gonzalez et al., 2011; ten Have et al., 2010), aptauju „Garīgās veselības aprūpes izvēle” (*Mental health care preferences*, Dupree et al., 2010), aptauju par palīdzības sniedzēja izvēli nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā (Mackenzie et al., 2006) un „Vispārējās palīdzības meklēšanas aptauju” (*General Help-Seeking Questionnaire [GHSQ]*, Wilson & Deane, 2011; Wilson et al., 2005). Respondentiem tika lūgts novērtēt palīdzības meklēšanas nodomus trīs garīgās veselības problēmu gadījumos. Par katru no tiem tika piedāvāts īss scenārijs ar piemēriem. Lai padarītu rezultātu aprakstu saprotamāku, garīgās veselības problēmu gadījumi tika kategorizēti trīs grupās: 1) vieglas emocionālās problēmas, kas ietver tādas emocionālās grūtības, ar kurām cilvēki saskaras ikdienā, 2) nopietnas psiholoģiskās problēmas, kas ietver, pēc smaguma intensitātes vērtējot, būtiskas, nopietnas emocionālās grūtības un uzvedības problēmas un 3) pašnāvības domas, kas ir specifisks, konkrēts garīgās veselības problēmu veids.

Pirmais jautājums attiecās uz nodomiem palīdzības meklēšanā vieglu emocionālo problēmu gadījumā. Balstoties uz aptauju „Garīgās veselības aprūpes izvēle” (*Mental health care preferences*, Dupree et al., 2010), respondentiem tika piedāvāts sekojošs scenārijs: „*Ir zināms, ka vairums cilvēku laiku pa laikam izjūt bailes, ir nervozi, jūtas nomākti, bezspēcīgi utt. Ja Jums būtu šādas izjūtas, kādā mērā Jūs izvēlētos meklēt palīdzību pie zemāk minētajiem profesiju pārstāvjiem?*” Otrais jautājums attiecās uz nodomiem palīdzības meklēšanā nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Tā scenārijs balstīts uz aptauju par palīdzības sniedzēja izvēli nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā (Mackenzie et al., 2006) un aptauju par attieksmi pret garīgās veselības palīdzības meklēšanu (*Attitudes toward mental health help-seeking*, Gonzalez et al., 2011; ten Have et al., 2010) un papildināts ar piemēriem: „*Ja Jūs piedzīvotu nopietnas psiholoģiskas problēmas (piem., ilgstošas depresīvas izjūtas, ļoti nomācošas un negatīvas domas, pārmērīgu nervozitāti/ trauksmi, ļoti konfliktējošas attiecības ar tuvu cilvēku, nespēju tikt*

galā ar ikdienas pienākumiem utt.), kādā mērā Jūs izvēlētos meklēt palīdzību pie zemāk minētajiem profesiju pārstāvjiem?” Trešais jautājums attiecās uz ieteikumiem palīdzības meklēšanā drauga/ draudzenes nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Promocijas darba ietvaros tas netika tālāk izmantots rezultātu analīzē. Ceturtais jautājums attiecās uz nodomiem palīdzības meklēšanā pašnāvības domu gadījumā. Tā scenārijs balstīts uz „Vispārējas palīdzības meklēšanas aptauju” (GHSQ, Wilson & Deane, 2011; Wilson et al., 2005): „Ja Jums būtu domas par pašnāvību, cik lielā mērā Jūs izvēlētos par to runāt ar [profesijas pārstāvi]?”

Tātad katrs jautājums tika fokusēts uz atšķirīgu garīgās veselības problēmu veidu (1. vieglas emocionālās problēmas, 2. nopietnas psiholoģiskās problēmas un 3. pašnāvības domas). Visos šajos jautājumos respondentiem bija jānovērtē, kādā mērā viņi izvēlētos meklēt palīdzību pie katra no pieciem profesiju pārstāvjiem Likerta skalā no 1 – 4, kur 1 – noteikti nē, 2 – drīzāk nē, 3 – drīzāk jā, 4 – noteikti jā. Skala no 1 līdz 4 balstīta uz aptauju par attieksmi pret garīgās veselības palīdzības meklēšanu (Gonzalez et al., 2011; ten Have et al., 2010). Minētās profesijas tika izvēlētas, pamatojoties uz pētījuma mērķi, temata aktualitāti un novitāti (sk. ievadu). Visiem jautājumiem, izņemot par pašnāvības domām, tika iekļauts papildus jautājums (b), kur lūgts sarindot minētos profesiju pārstāvjus no 1 – 5, sākot ar to, pie kura meklētu palīdzību vispirms (1), līdz tam, pie kura ietu kā pēdējā (5). Promocijas darba ietvaros šie papildjautājumu dati rezultātu analīzē netika izmantoti. Palīdzības meklēšanas nodomu mainīgos lielumus nebija plānots veidot kā vienotu skalu, jo pētījuma mērķis bija izpētīt respondentu palīdzības meklēšanas nodomus attiecībā uz katru palīdzības sniedzēju atsevišķi.

Iepriekšēja palīdzības izmantošana

Respondentiem tika uzdoti divi jautājumi par iepriekšēju palīdzības izmantošanu. Vispirms tika jautāts, vai respondents/ -e iepriekš ir konsultējies pie katra no pieciem profesiju pārstāvjiem. Pēc tam tika jautāts, vai respondents/ -e kādreiz ir apspriedis/ -usi tieši psiholoģiskas problēmas (piem., nomāktība, nervozitāte, trauksme, depresīvas izjūtas, attiecību problēmas utt.) ar kādu no minētajiem profesiju pārstāvjiem. Šis jautājums balstīts uz aptauju par iepriekšēju garīgās veselības pakalpojumu izmantošanu (sk. Mackenzie et al., 2006). Abos jautājumos tika piedāvāti atbildes varianti – jā un nē.

Uztvertās sabiedrības attieksmes

Respondentiem tika uzdoti divi jautājumi par uztvertajām sabiedrības attieksmēm pret katru no piecām profesijām. Vispirms tika prasīts novērtēt Likerta skalā no 1 (noteikti nav nepieciešams) – 4 (noteikti ir nepieciešams), cik sabiedrībai ir nepieciešams attiecīgais profesionālis (ģimenes ārsts, psihiatrs, psihologs, mācītājs un astrologs). Pēc tam tika prasīts novērtēt Likerta skalā no 1 (ļoti nepieņemami) – 4 (ļoti pieņemami), kā sabiedrībā tiek uzskatīts, cik lielā mērā ir pieņemami meklēt palīdzību pie katra no profesiju pārstāvjiem. Tā kā tika

prognozēts, ka katra attieksme rada neatkarīgu devumu palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā, balstoties uz to atšķirīgo saturu un kopējas skalas neapstiprināšanos, tad rezultātā tās netika apvienotas un tika atsevišķi izmantotas rezultātu analīzē.

Sociāli demogrāfiskie rādītāji

Aptaujā tika izveidota atsevišķa sadaļa sociāli-demogrāfiskajai informācijai. Tajā tika lūgts norādīt dzimumu, vecumu, izglītību – līmeņos un gadus, dzīvesvietu, reliģisko piederību, ģimenes stāvokli, tautību un ienākumu līmeni mēnesī vidēji uz vienu mājsaimniecības locekli pēc nodokļu nomaksas.

2.3. Procedūra

Pētījuma aptauja tika izveidota un publicēta interneta vietnē www.visidati.lv. Dati tika ievākti elektroniski, piesaistot dalībniekus ar dažādu sociālo tīklu palīdzību un e-pastu aicinājumiem. Aptaujas aizpildīšana bija individuāla, bez laika limita. Sākumā pētījuma dalībnieki tika īsumā iepazīstināti ar pētījuma tēmu un informēti par konfidencialitātes nodrošināšanu.

Aptauja sastāvēja no trīs daļām: 1) stereotipi, 2) iepriekšēja palīdzības izmantošana, palīdzības meklēšanas nodomi, uztvertās sabiedrības attieksmes, 3) sociāli-demogrāfiskā informācija (sk. 4. pielikumu). Stereotipu daļā respondentiem tika prasīts vērtēt piecus profesiju pārstāvjus, katru – ideālajos un tipiskajos vērtējumos. Vispirms bija jānovērtē ideālais profesijas pārstāvis, pēc tam tipiskais, un tā – par katru profesiju. Stereotipu vērtēšanā profesijas tika piedāvātas atšķirīgā secībā.

Aptaujas otrajā daļā dalībniekiem tika lūgts izvērtēt katras profesijas nepieciešamību sabiedrībai un atbildēt uz diviem jautājumiem par iepriekšēju palīdzības izmantošanu. Tad tika prasīts novērtēt palīdzības meklēšanas nodomus dažādu garīgās veselības problēmu gadījumos. Beigās tika prasīts novērtēt uztverto pieņemamību meklēt palīdzību pie katra no profesiju pārstāvjiem.

Aptaujas trešajā daļā tika lūgts atzīmēt sociāli-demogrāfisko informāciju. Beigās tika izteikta pateicība par dalību pētījumā, dota vieta komentāriem un norādīti pētījuma autores kontakti jautājumu vai neskaidrību gadījumā.

Pētījuma aptaujā tika ievākta plašāka informācija, balstoties uz sākotnējiem mērķiem. Taču darba attīstībā vairāki jautājumi tika izņemti no turpmākas analīzes, tāpēc rezultātos nav apskatīti visi pētījuma dati. Proti, pētījumā netiek analizēti ievāktie dati par profesiju pārstāvju ideālajiem vērtējumiem, netiek apskatīti profesiju statusa vērtējumi, kā arī ieteikumi palīdzības meklēšanā drauga/ draudzenes nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā.

2.4. Datu apstrāde un analīze

Datu apstrādei un analīzei izmantota SPSS programmas 21.versija. Galvenās izmantotās metodes ir: galveno komponentu analīze SSM modificētās versijas pārbaudei, regresiju analīze un atkārtoto mērījumu dispersijas analīze. Visi nozīmīgie rezultāti tika apskatīti pie $p < 0,05$, $p < 0,01$ un $p < 0,001$ nozīmības līmeņa.

3. Rezultāti

3.1. SSM modifikācija

Lai varētu īstenot pētījuma mērķi, bija nepieciešams izveidot SSM skalas, kas būtu derīgas attiecībā uz katru profesiju atsevišķi un turklāt būtu vienādas visām piecām profesijām. Balstoties uz SSM izstrādē un iepriekšējos pētījumos izmantotajām metodēm (Fiske et al., 2002; Fiske et al., 1999; Russell & Fiske, 2008), tika aprēķinātas 10 atsevišķas (5x2, kur piecas profesiju grupas katra tipiskajā un ideālajā vērtējumā) galveno komponentu analīzes. Ideālie vērtējumi netika tālāk analizēti. Tika pielietota *oblimin* rotācija ar deltu -0,10 un pantu koeficientu robežu 0,40. Respondentu datu skaits, kas tika izmantots analīzēs, bija atšķirīgs katrai skalai katras profesijas gadījumā, jo dati ietvēra trūkstošās vērtības, ko veido atbilžu variants „nevaru pateikt”. Trūkstošās vērtības emocionālā siltuma skalās ir 1 – 37 un kompetences skalās 6 – 34.

Katrā skalā sākotnēji tika izmantoti 12 panti, prognozējot trīs skalas: emocionālo siltumu, kompetenci un statusu. Emocionālais siltums ietvēra: sirsnīgs, laipns, uzticams un ar labiem nodomiem; kompetence: kompetents, spējīgs, prasīgs un gudrs; statuss: ar labu izglītību, dara prestižu darbu, finansiāli nodrošināts un cienījams. Tā kā statusa panti lielākoties piederēja pie vairāk nekā viena komponenta un kopumā neveidoja atsevišķu skalu, tie tika izklāuti no turpmākas analīzes. Tāpat izklāuti tika divi emocionālā siltuma panti (uzticams un ar labiem nodomiem), kas vairākumam grupu izkārtojās pie kompetences skalas vai pārklājās starp kompetenci un emocionālo siltumu, un visbeidzot tika izklāuta viena kompetences īpašība (gudrs), lai nodrošinātu vienādus un ticamus skalu pantus visām 10 grupām. Rezultātā tika iegūta emocionālā siltuma skala ar divām īpašībām (laipns un sirsnīgs) un kompetences skala ar trīs īpašībām (kompetents, spējīgs un prasmīgs).

Modificētais SSM piecu profesiju tipiskajiem vērtējumiem izskaidro 84,07 – 86,00% dispersijas. Detalizēti galveno komponentu analīzes rezultātus var apskatīt 1. pielikumā 1. – 5. tabulās. Kompetences pantu koeficienti (*pattern matrix*) ir robežās no 0,71 līdz 0,99, emocionālā siltuma pantu koeficienti ir no 0,59 līdz 0,98. Kompetencei Kronbaha alfa ir no 0,88 līdz 0,92 un

emocionālajam siltumam no 0,78 līdz 0,87 profesiju tipiskajos vērtējumos (sk. 1. pielikuma 6. tabulu).

3.2. Emocionālā siltuma un kompetences stereotipi

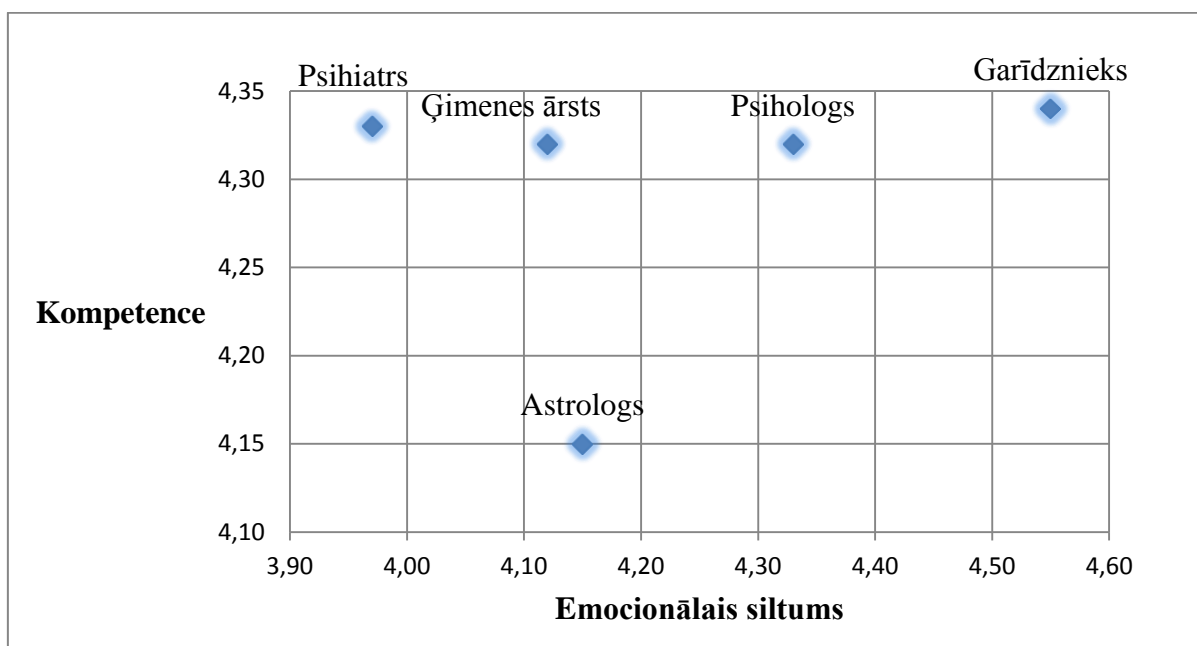
Emocionālā siltuma un kompetences stereotipu salīdzināšanai starp piecām palīdzošajām profesijām tika izmantota atkārtoto mērījumu dispersijas analīze, kur atkārtoto mērījumu mainīgie ir piecu profesiju (ģimenes ārsts, psihiatrs, psihologs, garīdznieks un astrologs) emocionālā siltuma un kompetences stereotipu skalas. Trūkstošās vērtības, kuras veido atbilžu variants „nevaru pateikt”, emocionālā siltuma skalās ir 1 – 37 un kompetences skalās 6 – 34, kur vismazāk trūkstošo vērtību ir tipiska ģimenes ārsta vērtēšanā, bet visvairāk – astrologa vērtēšanā. Tā kā trūkstošās vērtības uz kopējā skaita sastāda salīdzinoši nelielu daļu (0,3 – 10,9%), tās netika atsevišķi analizētas. Tika izmantoti to respondentu dati, kam nebija trūkstošo vērtību nevienā no profesiju stereotipu skalām ($n = 260$); taču tika veikti aprēķini arī citos veidos, kas parādīja, ka rezultāti būtiski neatšķiras. Visi nozīmīgie rezultāti tika apskatīti pie $p < 0,05$, $p < 0,01$ un $p < 0,001$ nozīmības līmeņa.

Dispersijas rezultāti parāda, ka pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības starp profesiju stereotipu vērtējumiem ($F(9, 250) = 10,17$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,04$), to efekts ir neliels. Salīdzinot emocionālā siltuma rādītājus starp profesijām, *Post-hoc* tests (*LSD*) parāda, ka visaugstākais emocionālā siltuma vērtējums tiek piedēvēts tipiskam garīdzniekam ($M = 4,55$, $SD = 1,04$) un tas ir nozīmīgi augstāks nekā nākamais augstākais emocionālā siltuma vērtējums, kas piedēvēts tipiskam psihologam ($M = 4,33$, $SD = 0,98$). Psihologa rādītāji emocionālajā siltumā ir nozīmīgi augstāki nekā astrologam ($M = 4,15$, $SD = 1,05$). Tad seko ģimenes ārsta rādītāji ($M = 4,12$, $SD = 1,05$), kas statistiski nozīmīgi neatšķiras no astrologa rādītājiem. Psihiatra rādītāji emocionālā siltuma skalā ir viszemākie ($M = 3,97$, $SD = 1,11$) un tie statistiski nozīmīgi atšķiras no visām pārējām profesijām. Emocionālā siltuma vidējos rādītājus ilustratīvi var apskatīt arī 1. attēlā.

Salīdzinot kompetences rādītājus starp profesijām, *Post-hoc* tests (*LSD*) parāda, ka visaugstākais vērtējums tiek piedēvēts tipiskam garīdzniekam ($M = 4,34$, $SD = 1,06$), bet tas statistiski nozīmīgi neatšķiras no psihiatra ($M = 4,33$, $SD = 0,97$), psihologa ($M = 4,32$, $SD = 1,00$) un ģimenes ārsta ($M = 4,32$, $SD = 0,96$) vērtējumiem. Viszemākais kompetences vērtējums piedēvēts astrologam ($M = 4,15$, $SD = 1,14$), kura rādītāji statistiski nozīmīgi atšķiras no pārējām profesijām. Kompetences vidējos rādītājus ilustratīvi var apskatīt arī 1. attēlā.

Salīdzinot emocionālā siltuma rādītājus ar kompetences rādītājiem profesijas ietvaros, *Post-hoc* tests (*LSD*) parāda, ka augstāki kompetences nekā emocionālā siltuma rādītāji tiek piedēvēti ģimenes ārstiem un psihiatriem, savukārt augstāki emocionālā siltuma rādītāji tiek

piedēvēti garīdzniekiem. Statistiski nozīmīgas atšķirības nav starp SSM skalām psihologiem un astrologiem.



1. attēls. Emocionālā siltuma un kompetences vidējie rādītāji piecām palīdzošajām profesijām ($n = 260$)

3.3. Palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji

Iepriekšēja palīdzības izmantošana

Praktiski visi respondenti iepriekš ir konsultējušies ar ģimenes ārstu (99%), vairāk nekā trešdaļa ir konsultējušies ar garīdznieku (37%), tad seko konsultēšanās ar psihologu (30%), astrologu (21%) un vismazāk respondentu ir konsultējušies ar psihiatru (15%) (sk. 1. tabulu). Psiholoģiskas problēmas visvairāk respondenti ir apsprieduši ar ģimenes ārstu (34%), tad seko konsultēšanās ar psihologu (23%), garīdznieku (14%), psihiatru (12%) un astrologu (10%).

1. tabula. Relatīvie biežumi (%) iepriekšējai konsultēšanās pie zemāk apskatītajām profesijām ($N = 338$)

Konsultēšanās veids	Ģimenes ārsts	Psihiatrs	Psihologs	Garīdznieks	Astrologs
<i>Iepriekš konsultējies</i>					
Nē	1,2	84,9	70,4	63,3	79,3
Jā	98,8	15,1	29,6	36,7	20,7
<i>Kādreiz apspriedis psiholoģiskas problēmas</i>					
Nē	66,0	87,6	76,9	85,8	90,5
Jā	34,0	12,4	23,1	14,2	9,5

Attieksmes pret palīdzības meklēšanu

Tam, ka sabiedrībai noteikti vai drīzāk ir nepieciešams ģimenes ārsts, piekrīt praktiski visi respondenti (98%), par psihiatru tam piekrīt 86%, par psihologu – 81%, garīdznieku – 72% un

par astrologu – 38% (sk. 2. tabulu). Tam, ka sabiedrībai drīzāk vai noteikti ir pieņemami meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta, piekrīt 89% respondentu, pie psihologa – 83%, pie garīdznieka – 60%, pie psihiatra – 54% un pie astrologa – 46%. Uztverto sabiedrības attieksmju vidējie rādītāji attēloti 3. tabulā.

2. tabula. Relatīvie biežumi (%) uztvertajām sabiedrības attieksmēm pret zemāk apskatītajām profesijām (N = 338)

Attieksmes veids	Ģimenes ārsts	Psihiatrs	Psihologs	Garīdznieks	Astrologs
<i>Nepieciešams sabiedrībai</i>					
Noteikti nav	0,6	2,1	2,7	8,0	18,6
Drīzāk nav	1,8	12,4	16,3	19,5	43,2
Drīzāk ir	8,0	42,9	39,6	39,9	31,4
Noteikti ir	89,6	42,6	41,4	32,5	6,8
<i>Pieņemami meklēt palīdzību</i>					
Noteikti nē	3,6	8,3	3,6	8,9	20,4
Drīzāk nē	7,7	38,2	13,3	31,4	33,7
Drīzāk jā	33,4	37,9	55,9	42,3	34,6
Noteikti jā	55,3	15,7	27,2	17,5	11,2

3. tabula. Uztverto sabiedrības attieksmju pret piecām palīdzošajām profesijām aprakstošās statistikas rādītāji (N = 338)

Problēmas veids	Ģimenes ārsts		Psihiatrs		Psihologs		Garīdznieks		Astrologs	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	3,87	0,43	3,26	0,75	3,20	0,80	2,97	0,92	2,26	0,84
2. Palīdzības meklēšanas pieņemamība	3,41	0,78	2,61	0,85	3,07	0,74	2,68	0,86	2,37	0,93

Nodomi palīdzības meklēšanā

Pie psihologa vieglu emocionālo problēmu gadījumā drīzāk vai noteikti vērstos 63% respondentu, pie ģimenes ārsta 49%, pie garīdznieka 35%, pie psihiatra 32% un pie astrologa 18% (sk. 4. tabulu). Nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā drīzāk vai noteikti pie psihologa vērstos 74% respondentu, pie ģimenes ārsta 56%, pie psihiatra 50%, pie 33% garīdznieka un pie astrologa 21%. Pašnāvības domu gadījumā pie psihologa vērstos 69%, pie psihiatra 55%, pie garīdznieka 45%, pie ģimenes ārsta 28% un pie astrologa 16%. Palīdzības meklēšanas nodomu vidējie rādītāji prezentēti 5. tabulā.

4. tabula. Relatīvie biežumi (%) nodomiem meklēt palīdzību pie piecu palīdzošo profesiju pārstāvjiem garīgās veselības problēmu gadījumos ($N = 338$)

<i>Problēmas veids</i>	<i>Ģimenes ārsts</i>	<i>Psihiatrs</i>	<i>Psihologs</i>	<i>Garīdznieks</i>	<i>Astrologs</i>
<i>Vieglu emocionālo problēmu gadījumā</i>					
Noteikti nē	22,2	27,8	13,0	38,2	53,3
Drīzāk nē	29,3	40,5	23,7	26,9	28,4
Drīzāk jā	24,0	21,9	43,2	25,7	15,7
Noteikti jā	24,6	9,8	20,1	9,2	2,7
<i>Nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā</i>					
Noteikti nē	15,4	18,3	9,5	34,0	52,1
Drīzāk nē	28,7	32,0	16,3	32,8	26,9
Drīzāk jā	33,1	36,1	42,9	22,8	17,8
Noteikti jā	22,8	13,6	31,4	10,4	3,3
<i>Pašnāvību domu gadījumā</i>					
Noteikti nē	42,9	23,4	19,2	33,4	60,9
Drīzāk nē	29,0	22,2	11,5	21,9	23,4
Drīzāk jā	17,2	30,5	34,3	26,3	11,2
Noteikti jā	10,9	24,0	34,9	18,3	4,4

5. tabula. Nodomu meklēt palīdzību pie piecām palīdzošajām profesijām aprakstošās statistikas rādītāji ($N = 338$)

<i>Problēmas veids</i>	<i>Ģimenes ārsts</i>		<i>Psihiatrs</i>		<i>Psihologs</i>		<i>Garīdznieks</i>		<i>Astrologs</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. Vieglu emocionālo problēmu gadījumā	2,51	1,09	2,14	0,93	2,70	0,93	2,06	1,00	1,68	0,83
2. Nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā	2,63	1,00	2,45	0,94	2,96	0,93	2,09	0,99	1,72	0,87
3. Pašnāvību domu gadījumā	1,96	1,02	2,55	1,09	2,85	1,10	2,30	1,12	1,59	0,86

Hierarhiskās regresijas analīze

Vairāki neatkarīgie mainīgie no ievāktajiem datiem tika pārkodēti tā, lai tos varētu iekļaut regresijas analīzē. Vecums tika atstāts tā, kā respondenti to norādījuši, proti, pilnos gados. Dihotomie mainīgie kodēti sekojoši: dzimums (sievietes = 1/ vīrieši = 0), izglītības līmenis (vismaz iesākta augstākā izglītība = 1/ zemāka = 0), reliģiozitāte (reliģiozs = 1/ nereliģiozs = 0), attiecību statuss (precējies = 1/ neprecējies vai iepriekš bijis precējies (šķīries, atraitnis) = 0), ienākumi (vismaz 426,86 euro jeb 300,00 Ls neto mēnesī uz vienu mājsaimniecības locekli pēc nodokļu nomaksas = 1/ zem 426,86 euro = 0) un iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisko problēmu gadījumā (jā = 1/ nē = 0). Lai iekļautu ienākumu līmeni datu analīzē, respondenti tika sagrupēti divās grupās, izvēloties 426,86 euro (300,00 Ls) kā robežas šķirtni starp ienākumiem virs vidējā un vidējiem – zemiem ienākumiem. Šāds sadalījums izvēlēts, pamatojoties uz Centrālās statistikas pārvaldes datiem, kas parādīja, ka datu vākšanas laikā Latvijā ienākumi mēnesī vidēji uz vienu mājsaimniecības locekli pēc nodokļu nomaksas bija 321 euro jeb 225 Ls

(Centrālā statistikas pārvalde, 2014). Sākotnēji ienākumi tika kodēti arī citos veidos, tomēr būtiskas atšķirības rezultātos tas neradīja.

Emocionālā siltuma un kompetences skalas izveidotas galveno komponentu analīzes rezultātā (sk. SSM modifikācijas aprakstu). Abu skalu indeksi aprēķināti kā vidējie aritmētiskie rādītāji no skalu pantiem. Uztvertā profesijas nepieciešamība sabiedrībai un pieņemamība meklēt palīdzību pie konkrēta profesijas pārstāvja regresijas analīzē iekļautas kā viena panta skalas. Gan stereotipu skalām, gan uztverto sabiedrības attieksmju skalām augstāki rādītāji nozīmē pozitīvāku novērtējumu.

Respondentu skaits katras profesijas gadījumā (237 - 262) atbilst 11 neatkarīgiem mainīgajiem, kas iekļauti regresijas analīzē (sk. Tabachnick & Fidell, 2001). Skaits atšķiras katras profesijas gadījumā, jo regresijas analīzēs tika izmantoti to respondentu dati, kas bija atbildējuši uz visiem jautājumiem vismaz vienas profesijas ietvaros. Dati ietver trūkstošās vērtības, ko veido atbildes „nevaru pateikt” emocionālā siltuma skalās (1 – 37) un kompetences skalās (6 – 34) un „nevēlos atbildēt” ienākumu (42) un reliģiskās piederības vērtēšanā (44). Minētie atbilžu varianti netika atsevišķi analizēti.

Ir ievēroti pieņēmumi par viendabīgumu, jo neviens no neatkarīgiem mainīgiem (dzimums, vecums, izglītības līmenis, reliģiozitāte, ģimenes stāvoklis, ienākumu līmenis, iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisko problēmu gadījumā, uztvertais emocionālais siltums un kompetence, uztvertā profesijas nepieciešamība sabiedrībai un pieņemamība meklēt palīdzību pie konkrēta profesijas pārstāvja) nav citu neatkarīgo mainīgo kombinācija. Kolinearitātes statistika (t.i., tolerance un VIF) ir pieņemtajās robežās, balstoties uz tradicionālajiem kritērijiem¹ (sk. Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003). Visām profesijām VIF < 3.

Tika veiktas 15 četru soļu hierarhiskās regresijas analīzes, kur apskatīti palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji trīs garīgās veselības problēmu gadījumos (vieglu/ nopietnu psiholoģisko problēmu/ pašnāvības domu) attiecībā pret piecām palīdzošajām profesijām: ģimenes ārstu, psihiatru, psihologu, garīdznieku un astrologu. Katrā analīzē pirmajā solī tika iekļauti sociāli demogrāfiskie faktori un otrajā solī – iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisko problēmu gadījumā, jo šie faktori ir plaši pētīti iepriekšējos pētījumos un pierādīta to nozīme palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā. Trešajā solī tika iekļauti stereotipi un ceturtajā solī – uztvertās sabiedrības attieksmes, kas iepriekšējos pētījumos šādā kontekstā nav pētītas. Regresijas analīzes skatīt 2. pielikumā. Korelācijas starp mainīgajiem skatīt 3. pielikumā.

1. Vieglu emocionālo problēmu gadījumā

Pirmā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta vieglu emocionālo problēmu gadījumā (sk. 6. tabulu). Sociāli demogrāfiskie faktori izskaidro 9%

¹ VIF < 10, Tolerance > 0,1

palīdzības meklēšanas nodomu variācijas, $F(6, 255) = 5,37, p < 0,001$. Augstāki nodomu rādītāji meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta ir gados vecākiem cilvēkiem. Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie ģimenes ārsta psiholoģisku problēmu gadījumā, tā izskaidro papildus 11% variācijas, $F(1, 254) = 37,15, p < 0,001$. Respondenti ar konsultēšanās pieredzi ir augstāki palīdzības meklēšanas nodomu rādītāji. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais ģimenes ārsta emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 3% variācijas, $F(2, 252) = 4,93, p < 0,01$, taču ne viens, ne otrs nesasniedz statistiskās nozīmības līmeni. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju faktori, kas izskaidro 4% variācijas, $F(2, 250) = 8,04, p < 0,001$. Augstāks uztvertais ģimenes ārsta nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums ir saistīts ar augstākiem palīdzības meklēšanas nodomu rādītājiem. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 27% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

Otrā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie psihiatra vieglu emocionālo problēmu gadījumā. Pirmais solis, kuru veido sociāli demogrāfiskie faktori, nav statistiski nozīmīgs, $F(6, 237) = 1,66, p > 0,05$. Otrajā solī pie sociāli demogrāfiskajiem faktoriem tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie psihiatra psiholoģisko problēmu gadījumā, tā izskaidro 12% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas, $F(1, 236) = 34,63, p < 0,001$. Iepriekšēja konsultēšanās pie psihiatra prognozē augstākus turpmākas palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 8% variācijas, $F(2, 234) = 12,64, p < 0,001$. Augstāks uztvertais tipiska psihiatra emocionālais siltums prognozē pozitīvākus palīdzības meklēšanas nodomus. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju faktori, kas izskaidro 5% variācijas, $F(2, 232) = 10,10, p < 0,001$. Augstāki uztvertās profesijas nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības rādītāji ir saistīti ar augstākiem nodomu rādītājiem meklēt psihiatru palīdzību. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 27% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

Trešā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie psihologa vieglu emocionālo problēmu gadījumā. Pirmajā solī sociāli demogrāfiskie faktori izskaidro 10% variācijas, $F(6, 241) = 5,75, p < 0,001$. Augstāki nodomu rādītāji meklēt psihologa palīdzību ir sievietēm, reliģioziem un gados jaunākiem respondentiem. Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie psihologa, tā izskaidro papildus 14% variācijas, $F(1, 240) = 44,08, p < 0,001$. Līdzīgi kā iepriekš apskatītajām profesijām, konsultēšanās pieredze prognozē augstākus palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Savukārt dzimums un reliģiozitāte vairs nav statistiski nozīmīgi prognozētāji. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 3% variācijas, $F(2, 238) = 6,45, p < 0,01$, taču ne viens, ne otrs nesasniedz statistiskās nozīmības līmeni. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztvertie sabiedrības attieksmju rādītāji par psihologu profesiju, tie izskaidro 6% variācijas, $F(2, 236) =$

11,61, $p < 0,001$. Augstāki respondentu palīdzības meklēšanas nodomu rādītāji ir saistīti ar augstāku uztverto psihologu palīdzības meklēšanas pieņemamību un profesijas nepieciešamību sabiedrībai. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 33% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

Ceturta analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie garīdznieka vieglu emocionālo problēmu gadījumā. Pirmajā solī iekļauti sociāli demogrāfiskie faktori, kas izskaidro 17% variācijas, $F(6, 240) = 9,24, p < 0,001$. Augstāki nodomu rādītāji meklēt garīdznieka palīdzību ir reliģiozajiem respondentiem. Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie garīdznieka psiholoģisko problēmu gadījumos, tā izskaidro papildus 15% variācijas, $F(1, 239) = 55,95, p < 0,001$. Iepriekšēja konsultēšanās prognozē augstākus palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 6% variācijas, $F(2, 237) = 11,43, p < 0,001$. Augstāka uztvertā tipiska garīdznieka kompetence ir saistīta ar augstākiem nodomu rādītājiem meklēt palīdzību. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju rādītāji par garīdzniekiem, tie izskaidro 8% variācijas, $F(2, 235) = 18,06, p < 0,001$. Augstāks uztvertais garīdznieku nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums ir saistīts ar pozitīvākiem palīdzības meklēšanas nodomiem. Pēdējā solī uztvertā garīdznieku kompetence vairs neprognozē palīdzības meklēšanas nodomus. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 46% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

Piektā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie astrologa vieglu emocionālo problēmu gadījumā. Sociāli demogrāfiskie faktori izskaidro tikai 3% variācijas, $F(6, 230) = 2,35, p < 0,05$ (sk. 1.soli). Augstāki nodomu rādītāji meklēt astrologa palīdzību ir sievietēm. Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie astrologa psiholoģisko problēmu gadījumos, tā izskaidro papildus 15% variācijas, $F(1, 229) = 40,68, p < 0,001$. Iepriekšēja konsultēšanās prognozē augstākus nodomu rādītājus. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 2% variācijas, $F(2, 227) = 4,08, p < 0,05$. Augstāka uztvertā tipiska astrologa kompetence ir saistīta ar augstākiem nodomu rādītājiem. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju rādītāji par astrologiem, tie izskaidro 8% variācijas, $F(2, 225) = 14,80, p < 0,001$. Tāpat kā pārējām profesijām, arī astrologiem augstāks uztvertais profesijas nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums saistīts ar augstākiem palīdzības meklēšanas nodomu rādītājiem. Pēdējā modelī uztvertā kompetence vairs nav nozīmīgs prognozētājs. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 28% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

6. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību vieglu emocionālo problēmu gadījumā pie zemāk apskatītajiem profesiju pārstāvjiem*

Soļi un prognozētāji	β				
	Ģimenes ārsts (n = 262)	Psihiatrs (n = 244)	Psihologs (n = 248)	Garīdznieks (n = 247)	Astrologs (n = 237)
<i>1.solis</i>					
Dzimums	0,11	0,04	0,16*	0,08	0,17*
Vecums	0,32***	0,11	-0,19**	-0,01	-0,07
Izglītība	-0,08	0,03	0,02	-0,12	0,02
Reliģiozitāte	0,02	0,09	0,14*	0,41***	0,08
Ģimenes stāvoklis	-0,02	-0,17*	-0,10	-0,06	-0,05
Ienākumu līmenis	-0,01	-0,05	-0,04	0,01	-0,02
R^2 (pielāgotais)	0,09***	0,02	0,10***	0,17***	0,03*
<i>2.solis</i>					
Dzimums	0,06	0,01	0,11	0,05	0,15*
Vecums	0,21**	0,02	-0,20**	-0,03	-0,08
Izglītība	-0,02	0,05	0,01	-0,09	0,01
Reliģiozitāte	-0,02	0,03	0,11	0,33***	0,06
Ģimenes stāvoklis	-0,02	-0,11	-0,09	-0,07	-0,02
Ienākumu līmenis	-0,04	-0,05	-0,09	-0,01	-0,05
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,36***	0,37***	0,38***	0,40***	0,38***
ΔR^2 (pielāgotais)	0,11***	0,12***	0,14***	0,15***	0,15***
<i>3.solis</i>					
Dzimums	0,05	-0,02	0,09	0,02	0,12
Vecums	0,20**	0,01	-0,18**	-0,01	-0,07
Izglītība	0,01	0,04	0,05	-0,07	0,05
Reliģiozitāte	-0,02	0,03	0,11	0,30***	0,07
Ģimenes stāvoklis	0,02	-0,08	-0,06	-0,03	-0,02
Ienākumu līmenis	-0,03	-0,06	-0,07	-0,01	-0,03
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,34***	0,35***	0,37***	0,36***	0,35***
Emocionālais siltums	0,05	0,35***	0,06	0,05	-0,04
Kompetence	0,14	-0,11	0,16	0,22**	0,20*
ΔR^2 (pielāgotais)	0,03**	0,08***	0,03**	0,06***	0,02*
<i>4.solis</i>					
Dzimums	0,02	-0,01	0,09	0,02	0,12*
Vecums	0,20**	0,00	-0,17**	-0,04	-0,08
Izglītība	0,00	-0,01	0,03	-0,07	0,03
Reliģiozitāte	0,00	-0,01	0,07	0,22***	0,02
Ģimenes stāvoklis	0,03	-0,04	-0,04	-0,02	-0,01
Ienākumu līmenis	-0,01	-0,02	-0,05	0,02	-0,02
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,29***	0,35***	0,29***	0,30***	0,25***
Emocionālais siltums	0,05	0,31***	0,06	0,05	0,00
Kompetence	0,10	-0,10	0,10	0,11	0,08
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,13*	0,19**	0,24***	0,26***	0,27***
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,18**	0,17**	0,12*	0,14**	0,18**
ΔR^2 (pielāgotais)	0,04***	0,05***	0,06***	0,08***	0,08***

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

2. Nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā

Sestā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā (sk. 7. tabulu). Pirmajā solī iekļauti sociāli demogrāfiskie faktori, kas izskaidro 10% variācijas, $F(6, 255) = 5,94, p < 0,001$. Augstāki nodomu rādītāji meklēt ģimenes ārsta palīdzību ir sievietēm un gados vecākiem cilvēkiem. Otrajā solī iepriekšēja konsultēšanās (pie ģimenes ārsta psiholoģisku problēmu gadījumā) rada nozīmīgu pienesumu modelim, izskaidrojot papildus 12% variācijas, $F(1, 254) = 38,24, p < 0,001$, tā ir pozitīvi saistīta ar augstākiem nodomu rādītājiem. Trešajā solī, pievienojot uztverto emocionālo siltumu un kompetenci, tiek vēl papildus izskaidroti 3% variācijas, $F(2, 252) = 7,14, p < 0,01$. Augstāks tipiska ārsta kompetences novērtējums saistīts ar pozitīvākiem palīdzības meklēšanas nodomiem. Bet dzimums šajā modelī vairs nav statistiski nozīmīgs prognozētājs. Ceturtajā solī, pievienojot uztverto sabiedrības attieksmju rādītājus, tiek izskaidroti vēl 5% variācijas, $F(2, 250) = 9,04, p < 0,001$. Augstāks uztvertais ģimenes ārsta nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums ir saistīts ar augstākiem palīdzības meklēšanas nodomu rādītājiem. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 30% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

Septītā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie psihiatra nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Līdzīgi kā vieglu psiholoģisko problēmu gadījumā sociāli demogrāfiskie faktori nav nozīmīgi palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji, $F(6, 237) = 1,93, p > 0,05$ (sk. 1. soli). Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie psihiatra psiholoģisku problēmu gadījumā, kas izskaidro 8% nodomu variācijas, $F(1, 236) = 21,65, p < 0,001$. Atkal, tie respondenti, kas iepriekš ir konsultējušies, parāda augstākus palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 4% variācijas, $F(2, 234) = 6,42, p < 0,01$. Augstāki rādītāji par uztverto tipiska psihiatra emocionālo siltumu prognozē pozitīvākus palīdzības meklēšanas nodomus. Ceturtajā solī, iekļaujot uztvertās sabiedrības attieksmes pret psihiatriem, tiek izskaidroti vēl 7% variācijas, $F(2, 232) = 11,20, p < 0,001$. Augstāki uztvertās profesijas nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības rādītāji ir saistīti ar augstākiem psihiatru palīdzības meklēšanas nodomu rādītājiem. Pēdējā modelī emocionālā siltuma stereotips vairs nav nozīmīgs prognozētājs. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 21% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

7. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā pie zemāk apskatītajiem profesiju pārstāvjiem*

Soļi un prognozētāji	β				
	Ģimenes ārsts (n = 262)	Psihiatrs (n = 244)	Psihologs (n = 248)	Garīdznieks (n = 247)	Astrologs (n = 237)
<i>1.solis</i>					
Dzimums	0,17*	0,02	0,07	0,08	0,22**
Vecums	0,34***	0,03	-0,17*	0,05	-0,03
Izglītība	-0,09	0,00	0,09	-0,04	0,03
Reliģiozitāte	0,02	0,17*	0,15*	0,40***	0,02
Ģimenes stāvoklis	-0,03	-0,15*	-0,11	-0,07	-0,04
Ienākumu līmenis	0,06	0,00	-0,08	-0,06	-0,03
R^2 (pielāgotais)	0,10***	0,02	0,09***	0,16***	0,04*
<i>2.solis</i>					
Dzimums	0,12*	0,00	0,04	0,06	0,20**
Vecums	0,23***	-0,04	-0,18**	0,04	-0,04
Izglītība	-0,03	0,02	0,09	-0,02	0,03
Reliģiozitāte	-0,02	0,12	0,14*	0,34***	0,00
Ģimenes stāvoklis	-0,03	-0,11	-0,10	-0,08	-0,01
Ienākumu līmenis	0,03	0,00	-0,11	-0,07	-0,06
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,36***	0,30***	0,25***	0,29***	0,40***
ΔR^2 (pielāgotais)	0,12***	0,08***	0,05***	0,08***	0,16***
<i>3.solis</i>					
Dzimums	0,09	-0,04	0,02	0,02	0,17**
Vecums	0,21**	-0,04	-0,15*	0,06	-0,03
Izglītība	-0,01	0,02	0,12	0,00	0,06
Reliģiozitāte	-0,02	0,11	0,13*	0,30***	0,01
Ģimenes stāvoklis	0,02	-0,08	-0,07	-0,04	0,00
Ienākumu līmenis	0,04	0,01	-0,08	-0,08	-0,04
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,34***	0,28***	0,25***	0,25***	0,37***
Emocionālais siltums	-0,10	0,18*	-0,03	0,09	-0,02
Kompetence	0,28**	0,05	0,24**	0,21**	0,17*
ΔR^2 (pielāgotais)	0,03**	0,04**	0,04**	0,07***	0,01*
<i>4.solis</i>					
Dzimums	0,07	-0,04	0,02	0,02	0,17**
Vecums	0,22**	-0,05	-0,13*	0,02	-0,04
Izglītība	-0,02	-0,05	0,10	0,01	0,03
Reliģiozitāte	0,00	0,07	0,09	0,21***	-0,05
Ģimenes stāvoklis	0,02	-0,04	-0,06	-0,02	0,01
Ienākumu līmenis	0,06	0,05	-0,06	-0,04	-0,03
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,28***	0,27***	0,16**	0,18**	0,26***
Emocionālais siltums	-0,10	0,14	-0,06	0,09	0,02
Kompetence	0,24**	0,06	0,17*	0,08	0,04
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,15**	0,25***	0,25***	0,31***	0,28***
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,18**	0,13*	0,21***	0,19***	0,22***
ΔR^2 (pielāgotais)	0,05***	0,07***	0,09***	0,12***	0,11***

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Astotā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie psihologa nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Pirmajā solī sociāli demogrāfiskie faktori izskaidro 9% variācijas, $F(6, 241) = 4,86, p < 0,001$. Augstāki nodomu rādītāji meklēt psihologa palīdzību ir reliģioziem un gados jaunākiem respondentiem. Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie psihologa, kas izskaidro papildus 5% variācijas, $F(1, 240) = 17,05, p < 0,001$. Iepriekšēja konsultēšanās prognozē augstākus palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 4% variācijas, $F(2, 238) = 6,52, p < 0,01$, uztvertā tipiska psihologa kompetence saistīta ar pozitīvākiem palīdzības meklēšanas nodomiem. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju rādītāji par psihologu profesiju, tie izskaidro 9% variācijas, $F(2, 236) = 16,08, p < 0,001$. Augstāki respondentu palīdzības meklēšanas nodomu rādītāji ir saistīti ar augstāku uztverto psihologu palīdzības meklēšanas pieņemamību un profesijas nepieciešamību sabiedrībai. Pēdējā modelī reliģiozitāte vairs nav nozīmīgs prognozētājs. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 27% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

Devītā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie garīdznieka nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Pirmajā solī sociāli demogrāfiskie faktori izskaidro 16% variācijas, $F(6, 240) = 8,90, p < 0,001$. Augstāki nodomu rādītāji meklēt palīdzību pie garīdznieka ir reliģioziem respondentiem. Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie garīdznieka psiholoģisko problēmu gadījumos, tā izskaidro papildus 8% variācijas, $F(1, 239) = 26,68, p < 0,001$. Iepriekšēja konsultēšanās prognozē augstākus palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 7% variācijas, $F(2, 237) = 13,00, p < 0,001$. Augstāka uztvertā garīdznieka kompetence ir saistīta ar augstākiem nodomu rādītājiem meklēt palīdzību. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju rādītāji par garīdzniekiem, tie izskaidro 12% variācijas, $F(2, 235) = 25,95, p < 0,001$. Augstāks uztvertais garīdznieku nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums ir saistīts ar pozitīvākiem palīdzības meklēšanas nodomiem. Pēdējā solī uztvertā garīdznieku kompetence vairs neprognozē palīdzības meklēšanas nodomus. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 43% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

Desmitā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie astrologa nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Pirmajā solī sociāli demogrāfiskie faktori izskaidro 4% variācijas, $F(6, 230) = 2,66, p < 0,05$. Augstāki nodomu rādītāji meklēt astrologa palīdzību ir sievietēm. Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie astrologa psiholoģisko problēmu gadījumos, tā izskaidro papildus 16% variācijas, $F(1, 229) = 45,67, p < 0,001$. Iepriekšēja palīdzības meklēšana prognozē augstākus turpmākas palīdzības meklēšanas nodomu

rādītājus. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 1% variācijas, $F(2, 227) = 3,23, p < 0,05$. Augstāka uztvertā astrologa kompetence ir saistīta ar augstākiem nodomu rādītājiem meklēt palīdzību. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju rādītāji par astrologiem, tie izskaidro 11% variācijas, $F(2, 225) = 19,42, p < 0,001$. Augstāks uztvertais astrologu nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums ir saistīts ar pozitīvākiem palīdzības meklēšanas nodomiem. Pēdējā solī kompetences stereotips vairs nav nozīmīgs prognozētājs. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 32% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

3. Pašnāvības domu gadījumā

Vienpadsmitā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta pašnāvības domu gadījumā (sk. 8. tabulu). Pirmajā solī sociāli demogrāfiskie faktori izskaidro 6% variācijas, $F(6, 255) = 3,53, p < 0,01$. Augstāki nodomu rādītāji meklēt ģimenes ārsta palīdzību ir gados vecākiem cilvēkiem. Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie ģimenes ārsta psiholoģisku problēmu gadījumā, tā izskaidro papildus 5% variācijas, $F(1, 254) = 15,88, p < 0,001$. Iepriekšēja konsultēšanās prognozē augstākus palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 2% variācijas, $F(2, 252) = 4,01, p < 0,05$. Augstāks ārsta kompetences novērtējums saistīts ar pozitīvākiem palīdzības meklēšanas nodomiem. Vecums šajā modelī vairs nav nozīmīgs prognozētājs. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju rādītāji par ģimenes ārstiem, tie izskaidro 4% variācijas, $F(2, 250) = 7,13, p < 0,01$. Augstāks uztvertais ģimenes ārsta palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums saistīts ar augstākiem palīdzības meklēšanas nodomu rādītājiem. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 17% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

Divpadsmitā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie psihiatra pašnāvības domu gadījumā. Sociāli demogrāfiskie faktori nav nozīmīgi palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji, $F(6, 237) = 1,44, p > 0,05$ (sk. 1.soli). Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie psihiatra psiholoģisku problēmu gadījumā, tā izskaidro 4% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas, $F(1, 236) = 9,83, p < 0,01$. Iepriekšēja konsultēšanās prognozē augstākus palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Trešajā solī pievienotie emocionālā siltuma un kompetences stereotipi izskaidro vēl papildus 2% variācijas, $F(2, 234) = 3,49, p < 0,05$, taču neviens no tiem neprognozē palīdzības meklēšanas nodomus. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju rādītāji par psihiatriem, tie izskaidro 3% variācijas, $F(2, 232) = 5,76, p < 0,01$. Augstāks uztvertais psihiatra nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums ir saistīts ar pozitīvākiem palīdzības meklēšanas nodomiem. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 10% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

8. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pašnāvības domu gadījumā pie zemāk apskatītajiem profesiju pārstāvjiem*

Soļi un prognozētāji	β				
	Ģimenes ārsts (n = 262)	Psihiatrs (n = 244)	Psihologs (n = 248)	Garīdznieks (n = 247)	Astrologs (n = 237)
<i>1.solis</i>					
Dzimums	0,10	0,15*	0,06	0,04	0,05
Vecums	0,22**	0,01	-0,13	0,06	-0,05
Izglītība	-0,08	0,00	0,03	-0,11	0,04
Reliģiozitāte	0,09	0,06	0,11	0,39***	0,10
Ģimenes stāvoklis	0,01	-0,08	-0,09	-0,04	-0,11
Ienākumu līmenis	-0,04	0,02	0,01	0,02	0,02
R^2 (pielāgotais)	0,06**	0,01	0,03*	0,14***	0,01
<i>2.solis</i>					
Dzimums	0,07	0,13	0,05	0,03	0,04
Vecums	0,14*	-0,04	-0,13	0,05	-0,06
Izglītība	-0,04	0,02	0,02	-0,09	0,03
Reliģiozitāte	0,05	0,03	0,10	0,35***	0,08
Ģimenes stāvoklis	0,01	-0,05	-0,09	-0,05	-0,08
Ienākumu līmenis	-0,06	0,02	0,00	0,01	0,00
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,25***	0,21**	0,12	0,21***	0,33***
ΔR^2 (pielāgotais)	0,05***	0,04**	0,01	0,04***	0,12***
<i>3.solis</i>					
Dzimums	0,04	0,10	0,03	0,00	0,01
Vecums	0,12	-0,04	-0,11	0,07	-0,05
Izglītība	-0,03	0,01	0,06	-0,07	0,06
Reliģiozitāte	0,06	0,02	0,10	0,31***	0,09
Ģimenes stāvoklis	0,04	-0,03	-0,06	-0,01	-0,08
Ienākumu līmenis	-0,06	0,02	0,03	0,00	0,01
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,23***	0,19**	0,12	0,17**	0,29***
Emocionālais siltums	-0,14	0,16	-0,05	0,08	0,02
Kompetence	0,25**	0,01	0,23*	0,20*	0,15
ΔR^2 (pielāgotais)	0,02*	0,02*	0,03*	0,06***	0,01*
<i>4.solis</i>					
Dzimums	0,02	0,12	0,03	-0,01	0,01
Vecums	0,13	-0,05	-0,10	0,04	-0,05
Izglītība	-0,04	-0,03	0,04	-0,07	0,04
Reliģiozitāte	0,08	-0,01	0,07	0,23***	0,03
Ģimenes stāvoklis	0,05	0,01	-0,05	0,01	-0,07
Ienākumu līmenis	-0,03	0,05	0,04	0,04	0,02
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,18**	0,19**	0,07	0,11	0,19**
Emocionālais siltums	-0,15	0,12	-0,06	0,08	0,06
Kompetence	0,22*	0,02	0,19*	0,09	0,03
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,11	0,15*	0,17*	0,27***	0,26***
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,19**	0,15*	0,14*	0,14*	0,23***
ΔR^2 (pielāgotais)	0,04**	0,03**	0,04**	0,08***	0,11***

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Trīspadsmitā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie psihologa pašnāvības domu gadījumā. Pirmajā solī sociāli demogrāfiskie faktori izskaidro 3% variācijas, $F(6, 241) = 2,44, p < 0,05$, bet neviens no iekļautajiem faktoriem statistiski nozīmīgi neprognozē palīdzības meklēšanas nodomus. Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie psihologa, tā izskaidro papildus 1% variācijas, $F(1, 240) = 3,62, p > 0,05$, bet statistiski nozīmīgi neprognozē palīdzības meklēšanas nodomus. Trešajā solī tiek pievienoti emocionālā siltuma un kompetences stereotipi, tie izskaidro vēl papildus 3% variācijas, $F(2, 238) = 4,73, p < 0,05$, uztvertā psihologa kompetence saistīta ar pozitīvākiem palīdzības meklēšanas nodomiem. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju rādītāji par psihologiem, tie izskaidro 4% variācijas, $F(2, 236) = 5,59, p < 0,01$. Augstāks uztvertais psihologu nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums saistīts ar augstākiem palīdzības meklēšanas nodomu rādītājiem. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 11% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

Četrpadsmitā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie garīdznieka pašnāvības domu gadījumā. Pirmajā solī sociāli demogrāfiskie faktori izskaidro 14% variācijas, $F(6, 240) = 7,90, p < 0,001$. Augstāki nodomu rādītāji meklēt garīdznieka palīdzību ir reliģioziem respondentiem. Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie garīdznieka psiholoģisko problēmu gadījumos, tā izskaidro papildus 4% variācijas, $F(1, 239) = 12,51, p < 0,001$. Iepriekšēja konsultēšanās prognozē augstākus palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 6% variācijas, $F(2, 237) = 10,25, p < 0,001$. Augstāka uztvertā garīdznieka kompetence ir saistīta ar augstākiem nodomu rādītājiem meklēt palīdzību. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto sabiedrības attieksmju rādītāji par garīdzniekiem, tie izskaidro 8% variācijas, $F(2, 235) = 14,59, p < 0,001$. Augstāks uztvertais garīdznieka nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums saistīts ar pozitīvākiem palīdzības meklēšanas nodomiem. Pēdējā solī iepriekšēja konsultēšanās un kompetences stereotips vairs nav nozīmīgi prognozētāji. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 32% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

Piecpadsmitā analīze ietver respondentu nodomus meklēt palīdzību pie astrologa pašnāvības domu gadījumā. Sociāli demogrāfiskie rādītāji nav nozīmīgi palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji, $F(6, 230) = 1,44, p > 0,05$ (sk. 1.soli). Otrajā solī tiek pievienota iepriekšēja konsultēšanās pie astrologa psiholoģisko problēmu gadījumos, tā izskaidro papildus 12% variācijas, $F(1, 229) = 27,93, p < 0,001$. Iepriekšēja konsultēšanās prognozē augstākus palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Trešajā solī tiek pievienots uztvertais emocionālais siltums un kompetence, tie izskaidro vēl papildus 1% variācijas, $F(2, 227) = 3,48, p < 0,05$, taču neviens no tiem nav statistiski nozīmīgs prognozētājs. Ceturtajā solī tiek pievienoti uztverto

sabiedrības attieksmju rādītāji par astrologiem, tie izskaidro 11% variācijas, $F(2, 225) = 16,67, p < 0,001$. Augstāks uztvertais astrologa nepieciešamības sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamības novērtējums saistīts ar pozitīvākiem palīdzības meklēšanas nodomiem. Kopumā visi prognozētāji izskaidro 24% palīdzības meklēšanas nodomu variācijas.

4. Iztirzājums

Pētījuma mērķis bija izpētīt stereotipus par palīdzošo profesiju pārstāvjiem un nodomus palīdzības meklēšanā garīgās veselības problēmu gadījumos. Līdz šim profesiju stereotipu loma nebija pētīta palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā garīgās veselības problēmu gadījumos. Pētījuma papildus pievienotā vērtība ir arī dažādo profesiju un garīgās veselības problēmu veidu iekļaušana, kas sniedz dziļāku ieskatu tēmas izpratnei.

Emocionālā siltuma un kompetences stereotipi par palīdzošajām profesijām

Atbildot uz pētījuma pirmo papildus jautājumu, modificētās SSM aptaujas latviešu valodas versija veido ticamas skalas. Otrā papildus jautājuma mērķis bija noskaidrot, kā atšķiras emocionālā siltuma un kompetences stereotipi par katru profesijas pārstāvi un kā atšķiras katras skalas vērtējumi starp dažādiem profesiju pārstāvjiem. Salīdzinot SSM skalas rādītājus starp profesijām, rezultāti par emocionālo siltumu atbilst iepriekšējiem pētījumiem (Schindler et al., 1987; von Sydow & Reimer, 1998; Wollersheim & Walsh, 1993). Proti, garīdzniekiem un psihologiem vairāk nekā pārējām profesijām tiek piedēvēts emocionālais siltums, pie tam garīdznieki tiek uztverti kā emocionāli siltāki nekā psihologi. Savukārt psihiatru profesija ir tā, kas šajā skalā tiek novērtēta viszemāk. Papildus iepriekšējiem pētījumiem rezultāti parāda, ka astrologiem līdzīgi kā ģimenes ārstiem tiek piedēvēti salīdzinoši zemi emocionālā siltuma rādītāji, tomēr ne tik zemi kā psihiatriem.

Kompetences stereotipi parāda, ka ģimenes ārsti, psihiatri, psihologi un garīdznieki tiek novērtēti līdzīgi. Iepriekšējos pētījumos izcelta kompetences lielāka piedēvēšana psihiatriem un ārstiem (von Sydow & Reimer, 1998; Wollersheim & Walsh, 1993), taču šis pētījums to neapstiprina. Kaut arī katrai profesijai ir noteiktas atšķirīgas profesionālās spējas un prasmes, tomēr kopumā tās tiek uztvertas līdzvērtīgi spējās realizēt to mērķus. Izņēmums ir astrologi, kam piedēvēti viszemākie kompetences rādītāji. Negatīvais kompetences novērtējums visdrīzāk ir raksturīgs tai sabiedrības daļai, kas nepiekrīt astroloģijas principiem un uzskata astrologus par krāpniekiem. Iespējams, ka šī negatīvā attieksme veido kopēju negatīvu priekšstatu par profesiju, piedēvējot tai arī zemu kompetences līmeni.

Salīdzinot emocionālā siltuma vērtējumus ar kompetences vērtējumiem par katru profesiju atsevišķi, rezultāti parāda, ka tipisks ģimenes ārsts un psihiatrs augstāk tiek novērtēti

kompetences nekā emocionālā siltuma skalā, kas atbilst iepriekšējiem pētījumiem par to, ka medicīnas profesijām vairāk tiek piedēvēta kompetence (Bogart, 2001; von Sydow & Reimer, 1998). Pretējs efekts novērojams attiecībā uz tipisku garīdznieku, kas arī atbilst iepriekšējiem pētījumiem (Johnstone, 1972; Sherman, 1996). Garīdzniekiem vairāk tiek piedēvēts emocionālais siltums nekā kompetence. Savukārt tipisks psihologs tiek vērtēts līdzīgi emocionālā siltuma un kompetences skalā. Zinātniskajā literatūrā līdz šim tika īpaši izcelts emocionālā siltuma stereotips par psihologiem, kas tika akcentēts, salīdzinot psihologus ar citām profesijām (Schindler et al., 1987; Wollersheim & Walsh, 1993). Taču pētnieki secinājuši, ka psihologi kopumā tiek uztverti arī kā kompetenti (Firmin et al., 2012). Arī attiecībā uz astrologu profesiju novērojams līdzīgs vērtējums abās skalās, tomēr, salīdzinot ar citām profesijām, tas ir zems. Tā kā trūkst stereotipu pētījumu par šo profesiju, tad pētījuma rezultāti veido izpratni par emocionālā siltuma un kompetences piedēvēšanu astrologiem. Izlasē dominē negatīvi stereotipi par astrologu profesiju.

Attieksmju un profesiju stereotipu loma palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā

Pētījuma galvenais jautājums bija izpētīt, kā sociāli demogrāfiskie rādītāji, iepriekšēja palīdzības izmantošana, profesiju stereotipi un attieksmes prognozē palīdzības meklēšanas nodomus. Galvenā novitāte ir emocionālā siltuma un kompetences stereotipu un uztverto sabiedrības attieksmju pret palīdzošajām profesijām lomas izpēte palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā. Regresijas analīzes rezultāti parāda, ka uztvertā profesijas nepieciešamība sabiedrībai un uztvertā pieņemamība meklēt palīdzību pie konkrēta profesijas pārstāvja ir nozīmīgi palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji garīgās veselības problēmu gadījumos attiecībā uz visām apskatītajām profesijām. Arī uztvertais emocionālais siltums un kompetence par tipisku profesijas pārstāvi ir nozīmīgi saistīti ar palīdzības meklēšanas nodomiem, bet to loma atšķiras dažādu profesiju un problēmu veidu kontekstā.

Korelācijas koeficienti parāda, ka pozitīvāki stereotipi par visu pētījumā apskatīto profesiju pārstāvju emocionālo siltumu un kompetenci ir nozīmīgi saistīti ar augstākiem palīdzības meklēšanas nodomu rādītājiem garīgās veselības problēmu gadījumos. Tikai pašnāvības domu gadījumā emocionālā siltuma vērtējums par ģimenes ārstu nav saistīts ar palīdzības meklēšanas nodomiem. Kopumā rezultāti saskan ar iepriekšējo pētījumu rezultātiem par SSM komponentu saistību ar noteiktu izturēšanās veidu (Cuddy et al., 2007). Tie respondenti, kas uztver profesijas pārstāvi kā emocionāli siltāku, parāda pozitīvākus nodomus vērsties pēc palīdzības, kur pretī tie respondenti, kas novērtē profesijas pārstāvi kā emocionāli vēsāku, parāda negatīvākus nodomus vērsties pēc palīdzības vai pat vispār to neapsver. Tāpat arī attiecībā uz kompetenci – tie respondenti, kas uztver profesijas pārstāvi kā spējīgāku palīdzēt un efektīvāku problēmu risinātāju, ir vairāk gatavi meklēt palīdzību, bet tie, kas uztver profesijas pārstāvi kā

nekompetentu, ir negatīvāk noskaņoti pret palīdzības meklēšanu. Līdz šim šāda veida saistības nebija pētītas garīgās veselības aprūpes profesiju kontekstā.

No vienas puses, tā kā SSM komponenti šajā pētījumā tiek pētīti attiecībā uz profesionāļiem, tas ļauj prognozēt nozīmīgu kompetences lomu palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā, jo profesionāļiem īpaši tiek piedēvēta kompetence (Cuddy et al., 2009; Fiske et al., 2002). No otras puses, tā kā pētījumā apskatītas tieši palīdzošās profesijas, tas ļauj prognozēt nozīmīgu emocionālā siltuma lomu, jo palīdzošajām profesijām īpaši tiek piedēvēts emocionālais siltums (Asuncion & Mackie, 1996; Brambilla et al., 2010; Carlsson & Bjorklund, 2010; Sherman, 1996). Tomēr, neraugoties uz nozīmīgajām korelācijām starp visu profesiju stereotipiem un palīdzības meklēšanas nodomiem, regresijas analīzes rezultāti parāda, ka emocionālais siltums ir nozīmīgs prognozētājs nodomos meklēt palīdzību tikai pie psihiatra vieglu un nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Pārsteidzoši, ka emocionālais siltums neprognozē palīdzības meklēšanas nodomus attiecībā uz pārējām profesijām. Tomēr, lai pareizi interpretētu rezultātus, jāņem vērā, ka korelāciju koeficienti starp emocionālo siltumu un kompetenci parāda vidēju līdz stipru saistību atkarībā no profesijas. Tātad respondentiem ir tendence profesijas pārstāvi vērtēt līdzīgi emocionālā siltuma un kompetences skalās, tādā veidā demonstrējot vairāk pozitīvu vai vairāk negatīvu kopējo attieksmi. Līdz ar to, analizējot regresijas analīzes rezultātus, jāņem vērā, ka šīs stiprās saistības starp SSM komponentiem aizēno to atsevišķo lomu nodomu prognozēšanā, tādejādi nozīmīgs prognozētājs ir tikai stiprākais komponents. Attiecībā uz psihiatru profesiju tas ir emocionālais siltums.

Augstāki uztvertā emocionālā siltuma rādītāji par tipisku psihiatru ir saistīti ar pozitīvāku palīdzības meklēšanas attieksmi. Kā jau minēts, psihiatriem palīdzošo profesiju kontekstā visvairāk tiek piedēvēts emocionālais vēsums. Tieši psihiatru profesija ir tā, par kuru sabiedrībā valda visnegatīvākie stereotipi un aizspriedumi (Kishore et al., 2011; Sartorius et al., 2010; Schomerus et al., 2009; Schultze, 2007). Izdzīvošanas kontekstā emocionālais siltums tiek uzskatīts par primāro aspektu, kas novērtējams svešniekā (Fiske et al., 2007). Psihiatrs šajā gadījumā tiek uztverts kā svešnieks, kura darbs nereti ir tiešā veidā saistīts ar pacienta izdzīvošanas veicināšanu, taču negatīvu stereotipu gadījumā tas var tikt uztverts pilnīgi pretēji – kā apzināta kaitēšana pacientam, piemēram, nozāļošana un eksperimentēšana (Schultze, 2007). Negatīvie stereotipi nosaka izvairīšanās uzvedību, bet pozitīvie – tuvošanās uzvedību un sadarbošanos (Fiske et al., 2007). Var secināt, ka tie respondenti, kas nav pakļauti negatīvajam stereotipam par psihiatriem, ir gatavi nepieciešamības gadījumā vērsties pēc palīdzības. Līdz ar to sabiedrības izglītošana un pozitīva priekšstata radīšana par psihiatriem ir ļoti svarīga garīgās veselības traucējumu un problēmu risināšanas kontekstā. Lai vērstos pēc palīdzības pie psihiatra

un pastāstītu par savām problēmām, cilvēkam bieži vien nepieciešams liels atbalsts, sapratne un pieņemšana. Uztvertais psihiatra siltums viennozīmīgi tam ir pamudinājums.

Attiecībā uz pārējām profesijām uztvertā kompetence prognozē palīdzības meklēšanas nodomus noteiktu problēmu gadījumos. Proti, augstāki kompetences rādītāji ir saistīti ar augstākiem nodomu rādītājiem meklēt palīdzību pie garīdznieka visu apskatīto problēmu gadījumos, pie astrologa – vieglu un nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā, pie ģimenes ārsta un psihologa – nopietnu problēmu un pašnāvības domu gadījumā. Kompetence parāda, cik profesionālis ir spējīgs palīdzēt – atrisināt problēmu (sk. Fiske et al., 2002). Tā ir kardināli svarīga gan profesionāla, gan klienta/ pacienta mērķa sasniegšanā. Interesanti, ka kompetences loma nodomu prognozēšanā katrai profesijai atšķiras atkarībā no apskatītā garīgās veselības problēmu veida. Turpmāki pētījumi ir nepieciešami, lai labāk saprastu profesiju stereotipu nozīmi sabiedrības nodomu un uzvedības prognozēšanā dažādu problēmu gadījumos.

Kā jau iepriekš minēts, uztverto sabiedrības attieksmju rādītāji ir nozīmīgi palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji. Uztvertās attieksmes – gan tas, cik katra profesija ir nepieciešama sabiedrībai, gan tas, cik pieņemami ir meklēt palīdzību pie konkrētā profesijas pārstāvja, nozīmīgi prognozē palīdzības meklēšanas nodomus visu apskatīto profesiju gadījumos. Pozitīvākas attieksmes ir saistītas ar augstākiem nodomu rādītājiem. Šīs attieksmes atklāj indivīdu pārliecības par to, kādi uzskati dominē sabiedrībā. Attieksmē pret garīgās veselības aprūpes palīdzības meklēšanu būtisku lomu spēlē apkaunojuma uztvere (Sartorius et al., 2010; Schomerus et al., 2009; Schultze, 2007; von Sydow & Reimer, 1998), kuras rezultātā palīdzības meklēšana var tikt uztverta kā nepieņemama. Savukārt uztvere par profesijas nepieciešamību ir skatāma saistībā ar vispārēju izpratni par tās lomu. Kā parāda iepriekšējie pētījumi, sabiedrībā nepietiekami tiek diferencētas un izprastas garīgās veselības aprūpes profesijas (Firmin et al., 2012; von Sydow & Reimer, 1998). Profesijas nepieciešamības nesaskatīšana sekmē negatīvu attieksmi pret palīdzības meklēšanu.

Tikai pašnāvības domu gadījumā uztvertā ģimenes ārsta nepieciešamība sabiedrībai neprognozē palīdzības meklēšanas nodomus, kaut arī korelācijas koeficients parāda nozīmīgu saistību. Lai to skaidrotu, jāņem vērā, ka izlasē minimāli tika pārstāvēti respondenti, kas apšaubītu ģimenes ārsta nepieciešamību sabiedrībai, jo praktiski katrs ir saņēmis ģimenes ārsta palīdzību.

Interesanti, ka vairākos gadījumos pēc abu uztverto sabiedrības attieksmju rādītāju iekļaušanas analizē, profesiju stereotipi vairs nebija nozīmīgi palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji, kas parāda, ka emocionālā siltuma un kompetences stereotipi ir saistīti ar vispārēju attieksmi pret profesiju. Visu apskatīto profesiju un problēmu gadījumos emocionālais siltums, kompetence, uztvertā profesijas nepieciešamība un pieņemamība meklēt palīdzību pie profesijas

pārstāvja – visi šie faktori ir pozitīvi saistīti savā starpā. Izņēmums ir tas, ka uztvertais ģimenes ārsta emocionālais siltums nav saistīts ar uztverto profesijas nepieciešamību sabiedrībai un uztvertā psihiatra kompetence nav saistīta ar uztverto pieņemamību meklēt palīdzību pie psihiatra. Tātad neatkarīgi no tā, cik ģimenes ārsts tiek uztverts kā emocionāli silts vai auksts, šī profesija viennozīmīgi tiek vērtēta kā nepieciešama sabiedrībai. Un neatkarīgi no tā, cik kompetents tiek uztverts psihiatrs, tas būtiski neveicina uzskatus par pieņemamību meklēt psihiatrisko palīdzību. Līdz šim attieksmju faktori palīdzības meklēšanas kontekstā zinātniskajā literatūrā nav bijuši pietiekami apskatīti, taču pētnieki ir norādījuši uz to izpētes nepieciešamību (sk. Jackson et al., 2007). Turpmākos pētījumos nepieciešams padziļināti izpētīt dažādas attieksmes pret garīgās veselības aprūpes sniedzējiem un to saistību ar konkrētiem stereotipiem.

Apskatot detalizēti attieksmju rādītājus, var secināt, ka ir ļoti nepieciešams uzlabot sabiedrības attieksmes pret garīgās veselības aprūpes profesijām, izglītojot par to nozīmi un palīdzības efektivitāti un mazinot aizspriedumus. Piemēram, tam, ka ģimenes ārsts noteikti ir nepieciešams sabiedrībai, piekrīt 90% respondentu, turpretī tam, ka psihiatrs noteikti ir nepieciešams, piekrīt tikai 43% un par psihologu – 41%. Tam, ka noteikti ir pieņemami meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta, piekrīt 55% respondentu, bet par psihiatru profesiju tā domā tikai 16% un psihologu profesiju – 27%. Pētnieki uzsver, ka attieksmes mainīšana ir galvenais veids, kā veicināt tās sabiedrības daļas palīdzības meklēšanu, kurai ir raksturīga negatīva attieksme (Gonzalez et al., 2011).

Sociāli demogrāfisko rādītāju un iepriekšējās konsultēšanās loma palīdzības meklēšanas nodomos

Šajā pētījumā tika izpētīta arī sociāli demogrāfisko rādītāju un iepriekšējās konsultēšanās loma attiecībā uz palīdzības meklēšanas nodomiem. Kaut arī palīdzības meklēšanas nodomi ir plaši pētīti pasaules kontekstā (piem., Gonzalez et al., 2011; Ng et al., 2011; ten Have et al., 2010), rezultāti par sociāli demogrāfisko rādītāju un iepriekšējās palīdzības izmantošanas lomu palīdzības meklēšanas nodomos ir ļoti nozīmīgi Latvijas kontekstā, jo trūkst šādu pētījumu. Rezultāti parāda atšķirīgu ainu par katru apskatīto profesiju un katras problēmas ietvaros.

Iepriekšējie pētījumi īpaši izceļ dzimuma lomu psiholoģiskās palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā (Andrews et al., 2011; Jackson et al., 2007; Mackenzie et al., 2006; Masuda et al., 2005; Nam, et al., 2010). Šī pētījuma rezultāti parāda, ka tikai vieglu emocionālo problēmu gadījumā dzimums prognozē nodomus meklēt psihologu palīdzību. Sievietes ir atvērtākas pret palīdzības izmantošanu. Iepriekšējos pētījumos īpaši izcelta tradicionālā vīriešu dzimuma loma (Levant et al., 2009) un veselības risku nenovērtēšana (Finucane et al., 2000), kas sekmē palīdzības nemeklēšanu vīriešu grupā. Palīdzības meklēšana var glābt dzīvības, tāpēc ir svarīgi panākt, lai abi dzimumi, bet it īpaši vīrieši vērstos pēc palīdzības.

Apskatot dzimuma lomu pārējo profesiju pārstāvju palīdzības meklēšanas nodomos, rezultāti parāda, ka dzimums ir nozīmīgs prognozētājs nodomos meklēt palīdzību pie astrologa vieglu un nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Tas, ka sievietēm ir pozitīvāka attieksme astrologu pakalpojumu izmantošanā nav pārsteidzošs rezultāts, ņemot vērā, ka sievietes salīdzinājumā ar vīriešiem nozīmīgi vairāk tic astroloģijai (Rice, 2003). Kopumā rezultāti par dzimuma saistību ar palīdzības meklēšanas nodomiem parāda, ka sievietēm ir pozitīvāki nodomi vērsties pēc palīdzības un izmantot dažādas palīdzības iespējas.

Vecums ir nozīmīgs prognozētājs attiecībā uz divām pētījumā iekļautajām profesijām – ģimenes ārstu un psihologu. Līdzīgi kā iepriekšējos pētījumos apstiprinās tendence gados vecākiem cilvēkiem vieglu un nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumos vairāk izvēlēties ģimenes ārstu palīdzību un mazāk psihologu palīdzību (Dupree et al., 2010; Kovess-Masféty et al., 2007; Mackenzie et al., 2006; ten Have et al., 2010). Pie tam arī pašnāvības domu gadījumā vecāka gada gājuma cilvēki parāda pozitīvākus nodomus tieši ģimenes ārsta palīdzības meklēšanā. Kā vienu no skaidrojumiem pētnieki atklāj, ka vecākiem cilvēkiem vairāk raksturīga pārliecība, ka visas veselības problēmas ir fiziskas un ar tām jātiek galā paša spēkiem (Dupree et al., 2010), kur pretī jaunāki pieaugušie ir vairāk informēti un izglītoti par psihologu palīdzību un palīdzības meklēšanas iespējām. Zemākus psiholoģiskās palīdzības meklēšanas rādītājus vecāku cilvēku vidū izskaidro arī konservatīvisma vērtības (Schwartz, 2003), kur pretī gados jaunākiem pieaugušajiem raksturīgā atvērtība pārmaiņām sekmē pozitīvāku attieksmi pret palīdzības meklēšanu.

Kā jau varēja sagaidīt, reliģiozitāte ir nozīmīgs nodomu prognozētājs garīdznieku palīdzības meklēšanā visu apskatīto problēmu gadījumos. Respondenti ar piederību kādai no reliģijām ir pozitīvāk noskaņoti vērsties pēc garīdznieku palīdzības pretstatā respondentiem, kas sevi neuzskata par reliģioziem. Tas atbilst iepriekšējiem pētījumiem (piem., Smith & Simmonds, 2006). Tomēr pārsteidzoši, ka reliģioziem respondentiem ir arī pozitīvāka attieksme psihologu palīdzības meklēšanā vieglu un nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Iespējams, ka līdzīgie stereotipi starp psihologiem un garīdzniekiem, jo īpaši emocionālā siltuma piedāvēšana, sekmē pozitīvākas attieksmes pret vienu profesiju saistību ar pozitīvāku attieksmi pret otru profesiju.

Ne ģimenes stāvoklis, ne izglītības un ienākumu līmenis nav nozīmīgi palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji. Attiecībā uz ģimenes stāvokli korelācijas koeficienti parāda, ka respondentiem, kas nav precējušies, ir šķīrušies vai atraitņi, salīdzinot ar precētajiem respondentiem, ir augstāki nodomi meklēt psihologu palīdzību visu problēmu gadījumos un psihiatru palīdzību vieglu un nopietnu problēmu gadījumos, kas atbilst iepriekšējiem pētījumiem (Jackson et al., 2007). Tuvu un emocionāli siltu attiecību trūkums var veicināt garīgās veselības problēmas. Tā kā tas nozīmē atbalsta trūkumu no neformālajiem palīdzības sniedzējiem, tad

cilvēkam var būt lielāka vajadzība pēc formālo palīdzības sniedzēju atbalsta. Korelācijas koeficienti arī parāda, ka respondentiem, kas nav precējušies, ir šķīrušies vai atraitņi, ir pozitīvāki nodomi astrologu palīdzības meklēšanā pašnāvības domu gadījumā, ko arī varētu skaidrot ar atbalsta trūkumu. Savukārt precētajiem respondentiem ir augstāki nodomu rādītāji meklēt ģimenes ārsta palīdzību nopietnu problēmu gadījumā. Turpmākos pētījumos nepieciešams apskatīt ģimenes stāvokļa lomu mijiedarbībā ar citiem sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem nodomu prognozēšanā.

Kā jau aprakstīts teorētiskajā daļā, iepriekšējos pētījumos iegūtie rezultāti par izglītības līmeni nav viennozīmīgi (Andrews et al., 2011; Kovess-Masféty et al., 2007; ten Have et al., 2010). Iespējams, ka izlases izglītības līmeņu sadalījums ir sekmējis šādus rezultātus, jo praktiski netika pārstāvēti dalībnieki ar zemu izglītības līmeni. Korelācijas koeficienti parāda, ka pastāv nozīmīgas saistības starp izglītības līmeni un nodomiem meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta visu trīs problēmu gadījumos, kā arī pie garīdznieka pašnāvības domu gadījumos. Pozitīvāki nodomi ir respondentiem ar zemāku izglītības līmeni. Šos rezultātus varētu skaidrot ar to, ka respondentiem, kam ir zemāks izglītības līmenis, ir lielāka orientācija uz tradīcijām (Schwartz, 2003), proti, ģimenes ārsta apmeklēšana ir ierasta, pakalpojuma saņemšana ir pazīstama un saprotama.

Attiecībā uz ienākumu rādītājiem iepriekšējos pētījumos secināts, ka augstāki ienākumi ir saistīti ar pozitīvāku palīdzības meklēšanas attieksmi (ten Have et al., 2010). Tas, ka šajā pētījumā tas neapstiprinājās kā nozīmīgs prognozētājs, iespējams, ir saistīts ar noteiktiem izlases rādītājiem, piemēram, dati parāda, ka lielai daļai respondentu ienākumi ir salīdzinoši zemi un maz ir turīgu respondentu. Kaut arī visu apskatīto sociāli demogrāfisko rādītāju kontekstā ienākumu līmenis nespēlē izšķirošu lomu, tomēr to ir nepieciešams arī turpmāk iekļaut pētījumos un kontrolēt. Pastāv saistības starp ienākumu līmeni un nodomiem meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta vieglu emocionālo problēmu un pašnāvības domu gadījumā. Pozitīvāki nodomi ir respondentiem ar zemākiem ienākumiem, kas varētu būt saistīts ar lielāku garīgās veselības problēmu izplatību šajā grupā (Johnson & Krueger, 2005), kā arī ar to, ka ģimenes ārsta apmeklēšana ir lētāka nekā garīgās veselības aprūpes profesionāļu apmeklēšana un tāpēc pieejamāka respondentiem ar zemāku ienākumu līmeni.

Pētījuma rezultāti parāda, ka iepriekšēja konsultēšanās garīgās veselības problēmu gadījumos pie visiem pieciem profesiju pārstāvjiem prognozē augstākus palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus. Attiecībā uz garīgās veselības aprūpes profesijām šie rezultāti saskan ar iepriekšējo pētījumu rezultātiem (Masuda et al., 2005; Turkum, 2005; Woodward & Pachana, 2009). Profesionālās palīdzības izmantošana var veidot pozitīvu iemācīšanās pieredzi, kas sekmē pozitīvāku attieksmi pret to (Buckley & Malouff, 2005). Izņēmums ir pašnāvības domas, kuru

gadījumā iepriekšēja konsultēšanas neprognozē nodomus meklēt palīdzību pie psihologa, tomēr korelācijas analīze parāda nozīmīgu saistību arī šajā gadījumā. Ir nepieciešams īpaši pētīt palīdzības meklēšanas nodomus un uzvedību pašnāvību domu gadījumā, lai saprastu potenciālos palīdzības meklēšanas šķēršļus un resursus. Pētnieki norāda, ka aizvien pastāv neskaidrtība par palīdzības meklēšanu ietekmējošiem faktoriem šīs problēmas gadījumā (Downs & Eisenberg, 2012). Tā kā iepriekšēja konsultēšanās par psiholoģiskām problēmām arī pie pārējām četrām profesijām prognozē augstākus palīdzības meklēšanas nodomus, tad tas nozīmē, ka arī cita veida atbalsts, uzklauššana un izrunāšanās, ne tikai psiholoģiska konsultēšana, tiek sabiedrībā uztverta kā palīdzīga.

Palīdzības meklēšanas nodomi

Apskatot palīdzības meklēšanas nodomu rādītājus garīgās veselības problēmu gadījumos, var secināt, ka respondenti parāda krietni pozitīvākus nodomus nekā atspoguļo statistikas dati par reālo palīdzības meklēšanas uzvedību. Proti, nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā 74% respondentu apgalvo, ka noteikti vai drīzāk izmantotu psihologu palīdzību un 50% izmantotu psihiatru palīdzību. Salīdzinoši, Eiropas valstu respondentu rādītāji parāda, ka vidēji 71% nopietnu problēmu gadījumā vērstos pēc palīdzības pie garīgās veselības profesionāļiem (sk. ten Have et al., 2010). Balstoties uz statistikas datiem, nopietnu garīgās veselības problēmu gadījumā palīdzību saņem 50-65% cilvēku augsto ienākumu valstīs un 15-24% zemo un vidējo ienākumu valstīs (WHO, 2013a). Tā kā Latvija pētījuma datu vākšanas laikā, 2012. gada nogalē un 2013. gada sākumā, tika klasificēta kā vidēji augstu ienākumu valsts un drīz pēc tam kā augstu ienākumu valsts (2013. g. vidū) (The World Bank, 2013), tad uz to drīzāk ir attiecināms intervāls starp pirmo un otro variantu. Pozitīvākus nodomus salīdzinājumā ar uzvedību varētu skaidrot gan ar tendenci paust sociāli vēlamas atbildes, gan arī ar tendenci domāt, ka garīgās veselības problēmas nepiemeklēs un pilnīgu vai daļēju esošo problēmu noliegšanu. Jāatzīmē, ka tieši problēmas apzināšanās tiek uzskatīta par pirmo soli ceļā uz palīdzības meklēšanu (Rickwood et al., 2005).

Pētnieki secinājuši, ka saistība starp palīdzības meklēšanas nodomiem un uzvedību ir nozīmīga (Gonzalez et al., 2011; ten Have et al., 2010). Tomēr jāņem vērā, ka tā atšķiras starp dažādiem palīdzības sniedzējiem, un vairāki pētījumi parāda, ka tā kopumā ir vāja (sk. Rickwood et al., 2005). Pastāv būtiski šķēršļi, kas aizkavē nodomu īstenošanos uzvedībā. Nodomi ir daļa no cilvēku attieksmes, kurā var atspoguļoties sociālā vēlamība, proti, darīt, kā ir pareizi, kā vajadzētu darīt. Saskaņoties ar reālām problēmām, cilvēks apzinās patiesos šķēršļus, kas tad ir aktualizējušies un iepriekš varbūt pat nav ienākuši prātā.

Kā jau minēts, pētījuma rezultāti parāda, ka 74% respondentu drīzāk vai noteikti meklētu psihologu palīdzību nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā un 50% jeb katrs otrais meklētu

psihiatru palīdzību. Kaut arī meklēt psihologu palīdzību izvēlas vislielākais respondentu skaits, tomēr ievērojama daļa respondentu apsver arī izmantot citu profesiju pārstāvju palīdzību, kas nav garīgās veselības aprūpes profesionāļi. Proti, 56% respondentu meklētu ģimenes ārsta palīdzību. Pēc būtības garīgās veselības problēmu risināšana un ārstēšana nav ģimenes ārstu kompetencē. Ģimenes ārsta izvēle tiek pamatota ar vieglāku pieejamību, mazāk negatīviem stereotipiem un aizspriedumiem, un tā parasti ir krietni lētāka un ērtāka izvēle (sk. Kovess-Masféty et al., 2007). Savukārt katrs trešais respondents izvēlas garīdznieku atbalstu. Garīdznieka atbalsts var būt ļoti nozīmīgs un palīdzošs, tomēr svarīgi būtu izglītot un aicināt garīdzniekus ieteikt cilvēkiem izmantot arī garīgās veselības profesionāļu pakalpojumus. Pētnieki izceļ profesionāļu komandas darbu kā ļoti efektīvu palīdzības sniegšanā (Moodley & Sutherland, 2010; Smith & Simmonds, 2006). Bet katrs piektais respondents nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā izvēlas vērsties pēc palīdzības pie astrologa. Šie rezultāti nav pārsteidzoši, balstoties uz augstajiem māņticības rādītājiem Latvijā (Torgler, 2007). Tomēr, ja astrologa palīdzība ir vienīgā palīdzība, ko cilvēks apsver, tas jau iezīmē būtiskus draudus garīgās veselības aprūpē.

4.1. Secinājumi

Palīdzības meklēšanas nodomus ir ļoti svarīgi pētīt, ņemot vērā lielo garīgās veselības problēmu izplatību (WHO, 2004). Tā kā vērsšanās pēc palīdzības ir sociālās mijiedarbības process, tad tas ir neizbēgami saistīts ar stereotipiem. Sociālā mijiedarbība nosaka, kā indivīds tiks uztverts un novērtēts, balsoties uz stereotipiskajām zināšanām (Fiske, 2012). Transformējot SSM pētījumu atziņas (sk. Cuddy et al., 2007) palīdzošo profesiju kontekstā, profesijas uztvere nosaka izturēšanos pret to. Pētījuma galvenā novitāte un devums ir fundamentālo stereotipu satura kategoriju par palīdzošajām profesijām lomas izpēti un integrēšana palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā garīgās veselības problēmu gadījumos. Rezultāti parāda, ka attiecībā uz visām piecām pētījumā apskatītajām profesijām, profesiju stereotipi ir saistīti ar respondentu nodomiem palīdzības meklēšanā, bet kopumā saistības raksturojamas kā vājas līdz vidējas.

Pētījuma galvenie secinājumi ir sekojoši:

- 1) SSM modificētā versija veido ticamas skalas latviešu valodā palīdzošo profesiju vērtēšanai. Stereotipu vērtējumi par palīdzošajām profesijām kopumā atbilst iepriekšējiem pētījumiem (Bogart, 2001; Johnstone, 1972; Schindler et al., 1987; Sherman, 1996; von Sydow & Reimer, 1998; Wollersheim & Walsh, 1993), parādot, ka augstāks kompetences nekā emocionālā siltuma vērtējums tiek piedēvēts tipiskam ģimenes ārstam un psihiatram, savukārt garīdzniekam – augstāks siltuma rādītājs. Bet rezultāti atklāj, ka gan par tipisku psihologu, gan astrologu respondentu vērtējumi starp emocionālā siltuma un kompetences rādītājiem nav

nozīmīgi atšķirīgi. Izlasē dominē diezgan pozitīvs kompetences stereotips par tipisku ģimenes ārstu, psihiatru, psihologu un garīdznieku, bet salīdzinoši negatīvs kompetences stereotips par tipisku astrologu. Visaugstākais emocionālā siltuma rādītājs tiek piedēvēts tipiskam garīdzniekam, kam seko psihologs, tad ģimenes ārsts un astrologs, bet viszemākais rādītājs piedēvēts psihiatram.

2) Kontrolējot sociāli demogrāfiskos rādītājus un iepriekšēju palīdzības izmantošanu, tikai emocionālā siltuma stereotips par tipisku psihiatru prognozē nodomus meklēt psihiatru palīdzību vieglu un nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumos. Salīdzinot ar citām apskatītajām profesijām, par psihiatru profesiju vairāk dominē negatīvs emocionālā siltuma stereotips, kas nosaka nevēlēšanos meklēt psihiatrisko palīdzību. Taču tiem respondentiem, kuri nav pakļauti šim negatīvajam stereotipam, ir pozitīvāka palīdzības meklēšanas attieksme, kas ļauj secināt, ka negatīvo stereotipu mazināšana par psihiatru profesiju ir ļoti svarīga, lai veicinātu cilvēku nodomus izmantot profesionālo palīdzību.

3) Uztvertā kompetence prognozē nodomus meklēt palīdzību pie garīdznieka, ģimenes ārsta, psihologa un astrologa. Augstāki uztvertās profesionāla kompetences rādītāji ir saistīti ar augstākiem palīdzības meklēšanas nodomu rādītājiem. Jāakcentē, ka kompetences loma ir atkarīga no apskatītā garīgās veselības problēmu veida. Turpmāki pētījumi ir nepieciešami, lai to labāk saprastu. Kompetence ir fundamentāli svarīgs rādītājs, kas atspoguļo profesionāla spējas un prasmes problēmas risināšanā vai ārstēšanā, no tās vistiešākajā veidā ir atkarīga mērķa sasniegšana un procesa iznākums. Daudzos pētījumos akcentēts, ka uztvertā palīdzības efektivitāte un pārliecība par profesionāla iespējām palīdzēt problēmas risināšanā ir saistīta ar palīdzības meklēšanu (Jackson et al., 2007; Rickwood et al., 2005; Vanheusden et al., 2009). Uztvertā profesionāla kompetence ir skatāma saistībā ar uztverto palīdzības efektivitāti. Veicinot kompetences stereotipus, varētu panākt arī augstākus uztvertās garīgās veselības aprūpes efektivitātes rādītājus un otrādi.

4) Pētījums atklāj, ka uztvertā sabiedrības attieksme pret profesijas nepieciešamību un pieņemamību meklēt konkrēta profesijas pārstāvja palīdzību ir ļoti nozīmīgi palīdzības meklēšanas prognozētāji visu apskatīto profesiju un problēmu gadījumos. Pozitīvākas attieksmes ir saistītas ar augstākiem nodomu rādītājiem. Sabiedrības stereotipi un uztvertās attieksmes ir būtisks pamats individuālo attieksmju veidošanā. Lai veicinātu palīdzības meklēšanu, ir jāuzlabo gan kopējā sabiedrības attieksme, gan katra cilvēka attieksme individuāli.

Tā kā stereotipi ir pozitīvi saistīti ar uztvertajām sabiedrības attieksmēm, respondentu vērtējumos par palīdzošajām profesijām var novērot oreola efektu (sk. Nisbett & DeCamp Wilson, 1977), kas parāda vairāk pozitīvu vai negatīvu kopēju attieksmi pret profesiju. Varētu pieņemt, ka oreola efekts iespaido palīdzības meklēšanas nodomus, tomēr, lai to pierādītu,

nepieciešami turpmāki pētījumi. Emocionālā siltuma un kompetences stereotipi skatāmi uztverto sabiedrības attieksmju kontekstā. To mijiedarbības izpēte ļautu labāk saprast stereotipu dabu, vai vispārēja attieksme iespaido stereotipus vai stereotipi veido vispārējo attieksmi. Pētījums arī atklāj katra problēmas veida atšķirīgo kontekstu. Cilvēki palīdzības meklēšanu vērtē caur noteiktās problēmas prizmu. Tātad turpmākos pētījumos palīdzības meklēšana jāskata konkrētu problēmu kontekstā. Būtu vērtīgi izpētīt garīgās veselības problēmu smaguma moderācijas efektu saistībā ar attieksmēm, stereotipiem un palīdzības meklēšanas nodomiem.

5) Kopumā rezultāti par sociāli demogrāfisko rādītāju un iepriekšējas palīdzības izmantošanas lomu palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā atbilst iepriekšējiem pētījumiem (Dupree et al., 2010; Kovess-Masféty et al., 2007; Mackenzie et al., 2006; Masuda et al., 2005; Smith & Simmonds, 2006). Sievietes ir pozitīvāk noskaņotas pret psihologu palīdzības meklēšanu vieglu emocionālo problēmu gadījumā, kā arī pret astrologu palīdzības meklēšanu vieglu un nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Gados vecāki cilvēki parāda pozitīvāku attieksmi pret ģimenes ārsta apmeklēšanu, kur pretī jaunāki pieaugušie – pret psihologu palīdzības meklēšanu. Reliģiozie respondenti parāda augstākus nodomus meklēt gan garīdznieku, gan psihologu palīdzību. Respondenti, kuri iepriekš ir izmantojuši palīdzību, ir pozitīvāki noskaņoti pret palīdzības meklēšanu nākotnē attiecībā uz visām apskatītajām palīdzošajām profesijām.

Tātad pētījuma galvenie rezultāti ļauj secināt, ka tam, kā indivīds uztver profesijas pārstāvi, ir nozīmīga loma, viņa/ -as nodomos meklēt palīdzību. Indivīda stereotipi par palīdzošajām profesijām ir saistīti ar vispārējām sabiedrības attieksmēm. Fundamentālais citu cilvēku novērtējums kategorijās – draugs vai ienaidnieks, spējīgs vai nespējīgs – iespaido indivīda plānoto uzvedību, tomēr tas ir skatāms komplicēti katras profesijas un problēmas kontekstā, ņemot vērā, kā tipisks profesijas pārstāvis tiek novērtēts emocionālā siltuma un kompetences skalā.

4.2. Praktiskais izmantojums

Pētījuma rezultātiem ir praktiska nozīme. Pirmkārt, tie kalpo kā pamats turpmāku pētījumu veikšanai par palīdzības meklēšanu, ieskicējot emocionālā siltuma un kompetences atšķirīgo lomu dažādu profesiju un problēmu kontekstā, kā arī atklājot uztverto sabiedrības attieksmju nozīmīgumu. Otrkārt, pētījuma rezultāti palīdz labāk saprast cilvēku palīdzības meklēšanas nodomus, ļaujot noteikt prioritāros virzienus sabiedrības attieksmju uzlabošanā pret garīgās veselības profesijām un palīdzības meklēšanas veicināšanā. Balstoties uz iegūtajiem rezultātiem, var izvirzīt sekojošus priekšlikumus:

1) Uzlabot sabiedrības attieksmi pret garīgās veselības aprūpes profesijām, izglītojot par to lomām, profesionālajām kompetencēm, palīdzības iespējām un efektivitāti, kā arī par savstarpējām profesiju atšķirībām. Vispārēja sabiedrības attieksmes uzlabošana ir ļoti nepieciešama, lai sekmētu indivīda uztveri par profesionāļu nepieciešamību sabiedrībai un palīdzības meklēšanas pieņemamību un mazinātu uztveri par apkaunojumu. Iepriekšējie pētījumi parāda, ka mediji spēlē lielu lomu sabiedrības attieksmes veidošanā (Gharaibeh, 2005), līdz ar to ar mediju palīdzību varētu arī sekmēt pozitīva tēla veidošanu par psihologu un psihiatru profesiju;

2) Mazināt stereotipu par psihiatru kā emocionāli aukstu profesionāli, gan izglītojot sabiedrību par psihiatru pakalpojumiem, iepazīstinot sabiedrību ar psihiatriem (piem., publicējot intervijas, rādot izglītojošus sižetus), gan aicinot pašus psihiatrus vairāk demonstrēt atbalstošu un emocionāli siltu pieeju;

3) Attīstīt profesionāļu komandas darbu, piemēram, piesaistīt psihologus un psihiatrus ģimenes ārstu praksēm, tādā veidā sekmējot gan palīdzības pieejamību, gan mazinot aizspriedumus, gan veicinot ātrāku un efektīvāku problēmu diagnosticēšanu un ārstēšanu;

4) Īpaši izglītot vīriešus, attīstot ideju par palīdzības meklēšanu kā drosmīgu rīcību, kas demonstrē paškontroli un neatkarību;

5) Īpaši izglītot gados vecākus cilvēkus, radīt viņiem pieejamākus psihologu un psihiatru pakalpojumus un veicināt, ka to izmantošana ar laiku kļūst par tradīciju;

6) Sekmēt palīdzības meklēšanas iemācīšanos, veicinot garīgās veselības aprūpes pakalpojumu pieejamību un pazīstamību ar tiem, piemēram, organizējot lekcijas, seminārus, darbnīcas un citas aktivitātes, kas būtu plaši pieejamas sabiedrībai. Pazīstamība ar profesijas pārstāvjiem varētu mazināt negatīvos stereotipus un sekmēt pozitīvāku attieksmi. Rezultāti parāda, ka netiek apšaubīta ģimenes ārstu nepieciešamība sabiedrībai, jo praktiski katrs ir apmeklējis ārstu un ir saņēmis palīdzību. Līdzīgs princips varētu darboties arī attiecībā uz attieksmes mainīšanu citu profesiju gadījumos;

7) Veicināt dalīšanos pieredzē par palīdzības meklēšanu, kas netiešā veidā arī sekmē iemācīšanos un izglītošanos par profesionāļu darbu un tā efektivitāti. Sabiedrībā augsti vērtētu cilvēku dalīšanās pieredzē varētu būt īpaši iedarbīga.

4.3. Pētījuma ierobežojumi

Pētījumam ir vairāki ierobežojumi. Iegūtie rezultāti nav vispārināmi uz kopējo Latvijas populāciju, jo pētījuma izlase nebija reprezentatīva. Secinājumi, kas balstīti uz pētījuma rezultātiem, iegūti no respondentiem – latviešu valodas un interneta lietotājiem. Pētījumā arī

praktiski nepiedalījās respondenti ar pamatizglītību vai zemāku. Iespējams, ka tādu respondentu iekļaušana pētījumā arī parādītu izglītības līmeņa nozīmību attiecībā uz palīdzības meklēšanas nodomiem. Kaut arī respondentu vecums aptvēra plašu diapazonu, tomēr pētījumā vairāk piedalījās gados jaunāki pieaugušie, kas varēja iespaidot kopējos rezultātus, jo, kā jau minēts, vecumam ir nozīme palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā. Tāpat jāņem vērā, ka aptaujas aizpildīšana bija brīvprātīga, līdz ar to nav zināma to cilvēku attieksme, kas nolēma nepiedalīties pētījumā vai arī nepabeidza aptauju. Pētījumā arī netika apskatīta analizē iekļauto neatkarīgo mainīgo savstarpējā mijiedarbība un tās loma palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā, kas palīdzētu labāk izskaidrot rezultātus.

Pētījumā netika ņemts vērā respondentu garīgās veselības stāvoklis. Pētījuma mērķis bija balstīts uz respondentu nodomu izpēti iespējamās problēmas gadījumā, ņemot vērā, ka katrs ir pakļauts garīgās veselības problēmām. Tomēr pašreizējais veselības stāvoklis varēja iespaidot respondentu attieksmi pret iespējamo palīdzības meklēšanu. Kā vēl viens ierobežojums jāmin izpratne par garīgās veselības problēmām. Lai pēc iespējas izvairītos no pārpratumiem, respondentiem nodomu vērtēšanā tika piedāvāti psiholoģisko problēmu scenāriji ar piemēriem, tomēr, neraugoties uz to, vispārēja izpratne par psiholoģiskās problēmām un tieši savu grūtību un problēmu apzināšanās līmenis varēja iespaidot rezultātus. Kā arī piedāvātie problēmu piemēri varēja radīt ierobežotu izpratni par katru vērtējamo problēmu veidu.

Kaut arī pētījums atklāj nozīmīgas saistības, tas neatklāj cēloņsakarības. Saistība starp stereotipiem un palīdzības meklēšanas nodomiem varētu būt komplicēta. Nav skaidrs, kā rezultātā ir veidojušies stereotipi un attieksmes pret profesijām un kas ir būtiskākie faktori, kas to ir ietekmējuši. Tāpat nav skaidrs, kāda loma ir stereotipiem attiecībā uz reālu palīdzības meklēšanas uzvedību. Iespējams, ka attiecībā uz uzvedību tiem varētu būt pat lielāka loma nekā uz nodomiem, jo uzvedība saistīta jau ar konkrēta profesionāļa apmeklēšanu, par kuru tiek aktualizēti noteikti stereotipi, kur pretī nodomi attiecas uz iedomātu, tipisku profesijas pārstāvi. Tomēr, lai to saprastu, nepieciešams veikt turpmākus pētījumus profesiju stereotipu lomas izpētē. Stereotipi varētu iespaidot palīdzības meklēšanu, gan arī tikt mainīti palīdzības meklēšanas rezultātā.

4.4. Turpmāko pētījumu virzieni

Rezultāti iezīmē nepieciešamību turpmāk pētīt:

- 1) Profesiju stereotipu lomu palīdzības meklēšanas uzvedības prognozēšanā;
- 2) Dažādas sabiedrības attieksmes pret garīgās veselības aprūpes sniedzējiem;

3) Garīgās veselības problēmu smaguma moderācijas efektu palīdzības meklēšanas nodomu un uzvedības prognozēšanā;

4) Sociāli demogrāfisko rādītāju, profesiju stereotipu un attieksmju mijiedarbības efekta lomu palīdzības meklēšanas nodomu un uzvedības prognozēšanā.

Nobeigums

Šī pētījuma galvenā novitāte ir palīdzošo profesiju stereotipu un attieksmju lomas izpēte attiecībā uz palīdzības meklēšanas nodomiem, kas iepriekš nav pētīta. Tika izvirzīts pētījuma galvenais jautājums, kā sociāldemogrāfiskie faktori, iepriekšēja palīdzības izmantošana, uztvertās sabiedrības attieksmes un emocionālā siltuma un kompetences stereotipi par noteiktu palīdzošās profesijas pārstāvi prognozē nodomus attiecīgā profesionāļa palīdzības meklēšanā garīgās veselības problēmu gadījumos.

Iepriekšējie pētījumi atklāj stereotipu saistību ar izturēšanās veidiem pret indivīdiem vai grupām (Cuddy et al., 2007). Šī pētījuma mērķis bija pārbaudīt šo saistību garīgās veselības aprūpes kontekstā. Pētījums piedāvā novatorisku skatījumu palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā, izceļot profesiju stereotipu lomu. Lai atbildētu uz galveno pētījuma jautājumu, tika modificēts SSM, kas ir pierādīts kā ticams un valīds instruments emocionālā siltuma un kompetences stereotipu pētīšanā (Cuddy et al., 2009; Fiske et al., 2002). Palīdzības meklēšanas nodomu pētīšanā tika modificētas iepriekšējos pētījumos izmantotas metodes (Dupree et al., 2010; Gonzalez et al., 2011; Mackenzie et al., 2006; ten Have et al., 2010; Wilson & Deane, 2011; Wilson et al., 2005).

Negatīvie statistikas dati par garīgās veselības traucējumu izplatību un zemie rādītāji palīdzības izmantošanā (WHO, 2004; WHO, 2013a) iezīmē izteiktu nepieciešamību pētīt palīdzības meklēšanas nodomus. Tie ir daudz pētīti pasaules kontekstā (Gonzalez et al., 2011; Kovess-Masféty et al., 2007; Nam, et al., 2010; ten Have et al., 2010), taču vairums iepriekšējo pētījumu ir fokusēti uz sociāli demogrāfisko faktoru lomas izpēti nodomu prognozēšanā (Gonzalez et al., 2011; Mackenzie et al., 2006; Nam, et al., 2010; ten Have et al., 2010), tāpat daudzos pētījumos apskatīta iepriekšēja palīdzības izmantošana saistībā ar palīdzības meklēšanas nodomiem un uzvedību (Andrews et al., 2011; Gonzalez et al., 2011; Masuda et al., 2005; Turkum, 2005; Woodward & Pachana, 2009). Bet tie nav apskatīti saistībā ar profesiju stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm.

Pētījuma rezultāti parāda, ka stereotipi par palīdzošajām profesijām ir saistīti ar palīdzības meklēšanas nodomiem, bet atšķiras to loma dažādu profesiju un garīgās veselības problēmu gadījumos. Kontrolējot sociāli demogrāfiskos rādītājus un iepriekšēju palīdzības izmantošanu,

uztvertais emocionālais siltums prognozē nodomus meklēt palīdzību pie psihiatra vieglu un nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā. Negatīvie stereotipi par psihiatru profesiju ir izplatīti sabiedrībā (Sartorius et al., 2010, Schultze, 2007; von Sydow & Reimer, 1998). Psihiatri citu palīdzošo profesiju kontekstā tiek novērtēti ar viszemākajiem rādītājiem emocionālā siltuma skalā. Iepriekšējie pētījumi parāda, ka psihiatriem vairāk tiek piedēvēts emocionāls aukstums (von Sydow & Reimer, 1998; Wollersheim & Walsh, 1993). Cilvēki, kuru uzskati saskan ar šiem stereotipiem, parāda zemu nodomus meklēt psihiatru palīdzību. Psihiatra emocionālais siltums ir viena no svarīgākajām kompetencēm, kas jāveicina sabiedrības uztverē. Savukārt uztvertā kompetence prognozē nodomus meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta, psihologa, garīdznieka un astrologa. Kompetences novērtējums atspoguļo uztveri par profesionāļa spējīgumu veikt savu darbu (Fiske et al., 2002) un attiecīgi arī efektivitāti problēmas risināšanā. Jo vairāk cilvēki būs pārliecināti par profesionāļu kompetenci, jo vairāk izmantos viņu palīdzību.

Tika secināts, ka uztvertā profesijas nepieciešamība sabiedrībai un pieņemamība meklēt palīdzību ir būtiski palīdzības meklēšanas nodomu prognozētāji. Profesiju stereotipi ir skatāmi vispārēju sabiedrības attieksmju kontekstā. Balstoties uz to, izglītojoši un informatīvi pasākumi ir ļoti nepieciešami, lai mainītu vispārēju sabiedrības attieksmi pret garīgās veselības aprūpes profesionāļu palīdzību un veicinātu palīdzības meklēšanu.

Šī pētījuma ietvaros tika sasaistītas sociālās un veselības psiholoģijas atziņas, atklājot palīdzošo profesiju stereotipu lomu palīdzības meklēšanas nodomu prognozēšanā dažādu garīgās veselības problēmu gadījumos. Profesionāļu uztvere ir saistīta ar attieksmi pret palīdzības meklēšanu. Uztvertā emocionālā siltuma un kompetences loma nodomu prognozēšanā ir komplicēta, turpmāki pētījumi ir nepieciešami, lai saprastu šo stereotipu lomu palīdzības meklēšanas uzvedības prognozēšanā.

Izmantotās literatūras saraksts

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(2), 171-185.
- Alcazar Olan, R. J., Deffenbacher, J. L., Hernandez Guzman, L., Sharma, B., & de la Chaussee Acuna, M. E. (2010). The impact of perceived therapist characteristics on patients decision to return or not return for more sessions. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 10*, 415-426.
- Ali, N. S., Khuwaja, A. K., Kausar, S., Nanji, K. (2012). Patients' evaluations of family practice care and attributes of a good family physician. *Quality in Primary Care, 20*, 375–383.
- American Psychiatric Association (n.d.). *About psychiatry. What is a psychiatrist?* Iegūts 2013.gada 2.martā no Amerikas Psihiatru asociācijas interneta vietnes:
<http://www.psychiatry.org/about-apa--psychiatry/more-about-psychiatry>
- American Psychological Association (2011). *What do practicing psychologists do?* Iegūts 2013.gada 2.martā no Amerikas Psihologu asociācijas interneta vietnes:
<http://www.apa.org/helpcenter/about-psychologists.aspx>
- Amichai-Hamburger, Y. (2008). The contact hypothesis reconsidered: Interacting via internet: Theoretical and practical aspect. In A. Barak (Ed.), *Psychological aspects of cyberspace: Theory, research, applications* (pp. 209-227). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Andrews, S. L., Stefurak, J. T., & Mehta, S. (2011). Between a rock and a hard place? Locus of control, religious problemsolving and psychological help-seeking. *Mental Health, Religion & Culture, 14*, 855-876.
- Asuncion, A. G., & Mackie, D. M. (1996). Undermining social stereotypes: Impact of affect-relevant and behavior relevant information. *Basic and Applied Social Psychology, 18*, 367-386.
- Baker, J. O., & Draper, S. (2010). Diverse supernatural portfolios: Certitude, exclusivity, and the curvilinear relationship between religiosity and paranormal beliefs. *Journal for the Scientific Study of Religion, 49*(3), 413-424.
- Baker, R., Mainous 3rd, A. G., Gray, D. P., & Love, M. M. (2003). Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 21*, 27-32.

- Bāliņa, R., Ēdelmane, I., Grase, I., Guļevska, D., Rozenštrauha, I., Skujiņa, V., un Šnē, D. (2006). *Latviešu valodas vārdnīca: 30 000 pamatvārdu un to skaidrojumu*. Rīga: Avots.
- Bergsieker, H. B., Leslie, L. M., Constantine, V. S., & Fiske, S. T. (2012). Stereotyping by omission: Eliminate the negative, accentuate the positive. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*, 1214-1238.
- Bhugra, D., Gupta, S., Smyth, G., & Webber, M. (2010). Through the prism darkly: How do others see psychiatrists? *Australasian Psychiatry, 18*, 7-11.
- Bogart, L. M. (2001). Relationship of stereotypic beliefs about physicians to health care-relevant behaviors and cognitions among African American women. *Journal of Behavioral Medicine, 24*, 573-586.
- Bogart, L. M., Bird, S. T., Walt, L. C., Delahanty, D. L., & Figler, J. L. (2004). Association of stereotypes about physicians to health care satisfaction, help-seeking behavior, and adherence to treatment. *Social Science & Medicine, 58*, 1049-1058.
- Brambilla, M., Sacchi, S., Castellini, F., & Riva, P. (2010). The effects of status on perceived warmth and competence: Malleability of the relationship between status and stereotype content. *Social Psychology, 41*, 82-87.
- Bremer, B. A., Foxx, R. M., Lee, M., Lykins, D., Mintz, V. R., & Stine, E. (2001). Potential clients' beliefs about the relative competency and caring of psychologists: Implications for the profession. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 1479-1488.
- Buckley, G. I., & Malouff, J. M. (2005). Using modeling and vicarious reinforcement to produce more positive attitudes toward mental health treatment. *The Journal of Psychology, 139*(3), 197-209.
- Carlsson, R., & Bjorklund, F. (2010). Implicit stereotype content: Mixed stereotypes can be measured with the implicit association test. *Social Psychology, 41*, 213-222.
- Cash, T. F., Kehr, J., & Salzbach, R. F. (1978). Help-seeking attitudes and perceptions of counselor behavior. *Journal of Counseling Psychology, 25*, 264-269.
- Centrālā statistikas pārvalde (2014). *Mājsaimniecību ienākumi gada laikā auguši par 5,3% un 2012.gadā sasniedza 321 eiro mēnesī*. Iegūts 2014.g. 2.februārī no Centrālās statistikas pārvaldes interneta vietnes: <http://www.csb.gov.lv/notikumi/majsaimniecibu-ienakumi-gada-laika-augusi-par-53-un-sasniedza-321-eiro-2012gada-39571.html>
- Chang, H. (2007). Psychological distress and help-seeking among Taiwanese college students: role of gender and student status. *British Journal of Guidance & Counselling, 35*, 347-355.
- Chang, Y. M., Bair, H., & Pai, J-Y. (2013). The changing image of physician in Taiwan. *Asian Social Science, 9*, 32-41.

- Chen, S. X., & Mak, W. W. S. (2008). Seeking professional help: Etiology beliefs about mental illness across cultures. *Journal of Counselling Psychology, 55* (4), 442-450.
- Chomienne, M-H., Grenier, J., Gaboury, I., Hogg, W., Ritchie, P. & Farmanova-Haynes, E. (2011). Family doctors and psychologists working together: Doctors' and patients' perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17*, 282-287.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. Third edition.* Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Coleman-Brueckheimer, K., & Dein, S. (2011). Health care behaviours and beliefs in Hasidic Jewish populations: A systematic review of the literature. *Journal of Religion and Health, 50*, 422-436.
- Conroy, R. M., Teehan, M., Siriwardena, R., Smyth, O., McGee, H. M., & Fernandes, P. (2002). Attitudes to doctors and medicine: The effect of setting and doctor – patient relationship. *British Journal of Health Psychology, 7*, 117-125.
- Costa, J. P., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001.). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*(2), 322-331.
- Cox, W. T. L., Abramson, L. Y., Devine, P. G., & Hollon, S. D. (2012). Stereotypes, prejudice, and depression: The integrated perspective. *Perspectives on Psychological Science, 7*, 427-449.
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2004). When professionals become mothers, warmth doesn't cut the ice. *Journal of Social Issues, 60*, 701-718.
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., & Glick, P. (2007). The BIAS map: Behaviors from intergroup affect and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 631-648.
- Cuddy, A. J. C., Fiske, S. T., Kwan, V. S. Y., Glick, P., Demoulin, S., Leyens, J-P., Bond, M. H., Croizet, J-C., Ellemers, N., Sleebos, E., Htun T. T., Kim, H-J., Maio, G., Perry, J., Petkova, K., Todorov, V., Rodriguez-Bailon, R., Morales, E., Moya, M., Palacios, M., Smith, V., Perez, R., Vala, J., & Ziegler, R. (2009). Stereotype content model across cultures: Towards universal similarities and some differences. *British Journal of Social Psychology, 48*, 1-33.
- Downs, M. F., & Eisenberg, D. (2012). Help Seeking and Treatment Use Among Suicidal College Students. *Journal of American College Health, 60*(2), 104-114.
- Dupree, L. W., Herrera, J. R., Martinez-Tyson, D., Jang, Y., & King-Kallimanis, B. L. (2010). Age group differences in mental health care preferences and barriers among Latinos: Implications for research and practice. *Best Practices in Mental Health, 6*, 47-59.

- Durante, F. (2008). *Testing and extending the Stereotype Content Model*. Iegūts 2014.gada 5.janvārī no http://paduaresearch.cab.unipd.it/341/1/F.Durante_Dissertation.pdf
- Emslie, C., Damien R., Ziebland, S. & Hunt, K. (2007). Exploring men's and women's experiences of depression and engagement with health professionals: More similarities than differences? A qualitative interview study. *BMC Family Practice*, 8, 1-10.
- Eurostat (2012). *Causes of death statistics*. Iegūts 2013.gada 10.decembrī no “Eurostat” interneta vietnes:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics
- Farberman, R. K. (1997). Public attitudes about psychologists and mental health care: Research to guide the American Psychological Association public education campaign. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28, 128-136.
- Finucane, M. L., Slovic, P., Mertz, C. K., Flynn, J. & Satterfield, T. A. (2000). Gender, race, and perceived risk: The ‘white male’ effect. *Health, Risk & Society*, 2(2), 159-172.
- Firmin, M. W., Wantz, R. A., Holmes, H. J., Stoltzfus, M., Ray, B. N., & Geib, E. F. (2012). Undergraduate college students’ perceptions of psychologists. *North American Journal of Psychology*, 14(2), 371-382.
- Fiske, S. T. (2012). Warmth and Competence: Stereotype content issues for clinicians and researchers. *Canadian Psychology*, 53, 14-20.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., & Glick, P. (2007). Universal dimensions of social cognition: Warmth and competence. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 11(2), 77-83.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
- Fiske, S. T., Xu, J., Cuddy, A. C., & Glick, P. (1999). (Dis)respecting versus (dis)liking: Status and interdependence predict ambivalent stereotypes of competence and warmth. *Journal of Social Issues*, 55(3), 473–489.
- Gharaibeh, N. M. (2005). The psychiatrist’s image in commercially available American movies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 316-319.
- Gilchrist, H. & Sullivan, G. (2006). Barriers to help-seeking in young people: Community beliefs about youth suicide. *Australian Social Work*, 59(1), 73-85.
- Gonzalez, J. M., Alegria, M., Prihoda, T. J., Copeland, L. A., & Zeber, J. E. (2011). How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 45-57.

- Goodwin, R., Costa, P., & Adonu, J. (2004). Social support and its consequences: 'Positive' and 'deficiency' values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, *43*, 465-474.
- Gray, B. (2010). Emotional labour, gender and professional stereotypes of emotional and physical contact, and personal perspectives on the emotional labour of nursing. *Journal of Gender Studies*, *19*, 349-360.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H. P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M., Szecsenyi, J., & European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP) (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: An international comparison. *British Journal of General Practice*, *50*, 882-887.
- Guest, L. (1948). The public's attitudes toward psychologists. *American Psychologist*, *3*, 135-139.
- Guimon, J. (2010). Prejudice and Realities in Stigma. *International Journal of Mental Health*, *39*, 20-43.
- Hamburger, Y. (1994). The Contact Hypothesis. *Journal of Basic and Applied Social Psychology*, *15*, 339-358.
- Hamid, P. D., Simmonds, J. G., Bowles, T. V. (2009). Asian Australian acculturation and attitudes toward seeking professional psychological help. *Australian Journal of Psychology*, *61*, 69-76.
- Hean, S., Clark, J., Adams, K., & Humphris, D. (2006). Will opposites attract? Similarities and differences in students' perceptions of the stereotype profiles of other health and social care professional groups. *Journal of Interprofessional Care*, *20*, 162-181.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Havik, O. E., von der Lippe, A., & Monsen, J. T. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *16*, 100-110.
- Hirschberger, G., Florian, V., Mikulincer, M., Goldenberg, J. L., & Pyszczynski, T. (2002). Gender differences in the willingness to engage in risky behaviour: A terror management perspective. *Death Studies*, *26*, 117-141.
- Institute of Medicine of the National Academies (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Iegūts 2014.gada 21.maijā no http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10398&page=R1
- Jackson, H., Judd, F., Komiti, A., Fraser, C., Murray, G., Robins, G., Pattinson, P., & Wearing, A. (2007). Mental health problems in rural contexts: What are the barriers to seeking help from professional providers? *Australian Psychologist*, *42*(2), 147-160.

- Johannesen-Schmidt, M.C., & Eagly, A.H. (2002). Another look at sex differences in preferred mate characteristics: The effects of endorsing the traditional female gender role. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 322–328.
- Johnson, W., & Krueger, R. F. (2005). Higher perceived life control decreases genetic variance in physical health: Evidence from a national twin study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), 165-173.
- Johnstone, R. L. (1972). *Public images of protestant ministers and catholic priests: An empirical study of anti-clericalism in the U.S. Sociology of Religion*, 33(1), 34-49.
- Kallery, M. (2001). Early-years educators' attitudes to science and pseudo-science: The case of astronomy and astrology. *European Journal of Teacher Education*, 24(3), 329-342.
- Kane, M. N., & Williams, M. (2000). Perceptions of south Florida Hispanic and Anglo Catholics: From whom would they seek help? *Journal of Religion & Health*, 39, 107-123.
- Kishore, J., Gupta, A., Jiloha, R. C., & Bantman, P. (2011). Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking behavior in Delhi, India. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4), 324-329.
- Komath, M. (2009). Testing astrology. *Current Science*, 96(12), 1568-1572.
- Kovess-Masféty, V., Saragoussi, D., Sevilla-Dedieu, C., Gilbert, F., Suchocka, A., Arveiller, N., Gasquet, I., Younes, N., & Hardy-Bayle, M-C. (2007). What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 7(188).
- Koydemir-Ozden, S. (2010). Self-aspects, perceived social support, gender, and willingness to seek psychological help. *International Journal of Mental Health*, 39, 44-60.
- Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumi Nr.461 (2010). *Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību*. Iegūts 2013.gada 3.martā no Latvijas Republikas tiesību aktu interneta vietnes: <http://likumi.lv/doc.php?id=210806>
- Latvijas Republikas Ministru kabineta noteikumu Nr.461 1.pielikums (2010). *Noteikumi par Profesiju klasifikatoru, profesijai atbilstošiem pamatuzdevumiem un kvalifikācijas pamatprasībām un Profesiju klasifikatora lietošanas un aktualizēšanas kārtību. Profesiju klasifikators*. Iegūts 2013.gada 3.martā no Labklājības ministrijas interneta vietnes: http://www.lm.gov.lv/upload/darba_devejiem/profesiju_klasifikators.pdf
- Latvijas Zinātņu akadēmijas Ekonomikas institūts (2010-2011). *Latvijas reģionu ekonomikas attīstības perspektīvas un virzieni*. Iegūts 2013.gada 2.februāri no http://www.google.lv/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.varam.gov.lv%2Fin_site%2Ftools%2Fdownload.php%3Ff

ile%3Dfiles%2Ftext%2Fpublikacijas%2F%2FRegEkonAttPersp_10_11.pdf&ei=2At-U9n0KIHsygPk-YHgCQ&usg=AFQjCNG_eFSyYuBNjGFZeCaIHhAnvV1XOw&bvm=bv.67229260,d.bGQ

- Levant, R. F., Wimer, D. J., Williams, C. M., Smalley, K. B., & Noronha, D. (2009). The relationships between masculinity variables, health risk behaviors and attitudes toward seeking psychological help. *International Journal of Men's Health, 8*, 3-21.
- Lillqvist, O., & Lindeman, M. (1998). Belief in astrology as a strategy for self-verification and coping with negative life-events. *European Psychologist, 3*, 202-208.
- Lippmann, W. (1921). *Public opinion*. New York: Macmillan Company.
- Lipton, J., O'Connor, M., Terry, C., & Bellamy, E. (1991). Neutral job titles and occupational stereotypes: When legal and psychological realities conflict. *Journal of Psychology, 125*(2), 129-151.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health, 10*, 574-582.
- Marcinowicz, L., Chlabicz, S., & Grebowski, R. (2009). Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: Primary dimensions and an attempt at typology. *BMC Health Services Research, 9*(63).
- Marcinowicz, L., Chlabicz, S., & Grebowski, R. (2010). Understanding patient satisfaction with family doctor care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16*, 712-715.
- Masuda, A., Suzumura, K., Beauchamp, K. L., Howells, G. N., Clay, C. (2005). United States and Japanese college students' attitudes toward seeking professional psychological help. *International Journal of Psychology, 40*, 303-313.
- McGarty, C., Yzerbyt, V. Y., & Spears, R. (2002). *Stereotypes as explanations: The formation of meaningful beliefs about social groups*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Moller-Leimkuhler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders, 71*, 1-9.
- Moodley, R., & Sutherland, P. (2010). Psychic retreats in other places: Clients who seek healing with traditional healers and psychotherapists. *Counselling Psychology Quarterly, 23*, 267-282.
- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. K., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A meta-analysis of gender differences in attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of American College Health, 59*, 110-116.

- Ng, T. P., Nyunt, M. S., Chiam, P. C., & Kua, E. H. (2011). Religion, health beliefs and the use of mental health services by the elderly. *Aging and Mental Health, 15*(2), 143-159.
- Nisbett, R. E., & DeCamp Wilson, T. (1977). The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgments. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*(4), 250-256.
- Oona, M., Kalda, R., Lember, M., & Maaros, H-I. (2004). Family doctors' involvement with families in Estonia. *BMC Family Practice, 5*, (24).
- Ostlund, G. M., Borg, K. E., Wide, P., Hensing, G. K.E., & Alexanderson, K. A. E. (2003). Clients' perceptions of contact with professionals within healthcare and social insurance offices. *Scandinavian Journal of Public Health, 31*, 275-283.
- Oswald, D. L. (2008). Gender stereotypes and women's reports of liking and ability in traditionally masculine and feminine occupations. *Psychology of Women Quarterly, 32*, 196-203.
- Quek, K. M. T., & Storm, C. L. (2012). Chinese values in supervisory discourse: Implications for culturally sensitive practices. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 34*(1), 44-56.
- Renge, V. (2003). Development of the science of psychology in Latvia after regaining of independence. *Baltic Journal of Psychology, 4*(1), 5-14.
- Reņģe, V., Austers, I. (2008). Sociālie priekšstati par psiholoģiju populāros un zinātniskos psiholoģijas žurnālos. *Latvijas Universitātes Raksti, 729. sēj., Psiholoģija* (53.-69.lpp.). Latvijas Universitātes Akadēmiskais apgāds.
- Rice, T. W. (2003). Believe it or not: Religious and other paranormal beliefs in the United States. *Journal for the Scientific Study of Religion, 42*(1), 95-106.
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian eJournal for the Advancement of Mental Health, 4*(3) Supplement.
- Robertis, M. M., & Delaney, P. A. (1993). A survey of the attitudes of university students to astrology and astronomy. *Journal of the Royal Astronomy Society of Canada, 87*(1), 34-50.
- Robertson, M., Kerridge, I., & Walter, G. (2009). Ethnomethodological study of the values of Australian psychiatrists: towards an empirically derived RANZCP Code of Ethics. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(5), 409-419.
- Russell A. M. T., & Fiske, S. T. (2008). It's all relative: Competition and status drive interpersonal perception. *European Journal of Social Psychology, 38*, 1193-1201.
- Sagiv, L., & Schwartz, S. H. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity. *European Journal of Social Psychology, 30*, 177-198.

- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H-R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Florez, J., Baumann, A. J., Gureje, O., Jorge, M. R., Kastrup, M., Suzuki, Y., & Tasman, A. (2010). *WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists*. Iegūts 2013.gada 3.martā no Pasaules Psihiatru asociācijas interneta vietnes: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=7&content_id=922
- Schindler, F., Berren, M. R., Hannah, M. T., Beigel, A., & Santiago, J. M. (1987). How the public perceives psychiatrists, psychologists, nonpsychiatric physicians, and members of the clergy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 371-376.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 259, 298-306.
- Schultze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19, 137-155.
- Schwartz, S. H. (2003). A proposal for measuring value orientations across nations. In *Questionnaire Development Package of the European Social Survey* (pp. 259-319). Iegūts 2014.gada 1.novembrī no http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/core_ess_questionnaire/ESS_core_questionnaire_human_values.pdf
- Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behaviors. *Current Directions in Psychological Science*, 10(2), 47-51.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Mincic, M. S., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging & Mental Health*, 9(4), 363-367.
- Selkirk, M., Quayle, E., & Rothwell, N. (2012). Influences on Polish migrants' responses to distress and decisions about whether to seek psychological help. *Counselling Psychology Review*, 27, 40-54.
- Sheikh, S., & Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 326-334.
- Sherman, J. W. (1996). Development and mental representation of stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1126-1141.
- Skelly, J. J., & Johnson, J. B. (2011). Glass ceiling and great expectations: Gender stereotype impact on female professionals. *Southern Law Journal*, 21, 59-70.

- Smith, A. F., & Simmonds, J. G. (2006). Help-seeking and paranormal beliefs in adherents of mainstream religion, alternative religion, and no religion. *Counselling Psychology Quarterly*, *19*(4), 331–341.
- Sousa, L. (2007). Beliefs and values of family doctors and multi-problem poor clients. *Quality in Primary Care*, *15*, 277-283.
- Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Cohen, R. D., & Kaplan, G. A. (2001). Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Annals of Behavioral Medicine*, *23*, 68-74.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. 5th edition. Iegūts 2014.gada 2.februārī no <http://www.scribd.com/doc/52469427/Using-Multivariate-Statistics-Barbara-Tabachnick-5th-Edition>
- Taylor, S. E., Fiske, S. T., Etoff, N. L., & Ruderman, A. J. (1978). Categorical and contextual bases of person memory and stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, *36*, 778-793.
- ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J., & the ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European study of epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*, 153-163.
- The World Bank (2013). *New Country Classifications*. Iegūts 2014.gada 20.februārī no Pasaules Bankas interneta vietnes: <http://data.worldbank.org/news/new-country-classifications>
- Tkach, C., & Lyubomirsky, S. (2006). How do people pursue happiness? Relating personality, happiness-increasing strategies, and well-being. *Journal of Happiness Studies*, *7*, 183-225.
- Torgler, B. (2007). Determinants of superstition. *The Journal of Socio-Economics*, *36*, 713–733.
- Trope, Y., & Thompson, E. P. (1997). Looking for truth in all the wrong places? Asymmetric search of individuating information about stereotyped group members. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*, 229-241.
- Turkum, A. S. (2005). Who seeks help? Examining the differences in attitude of Turkish university students toward seeking psychological help by gender, gender roles, and help-seeking experiences. *The Journal of Men's Studies*, *13*, 389-401.
- Vanheusden, K., van der Ende, J., Mulder, C. L., van Lenthe, F. J., Verhulst, F. C., & Mackenbach, J. P. (2009). Beliefs about mental health problems and help-seeking behavior in Dutch young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*, 239-246.
- Vogel, D.L. & Wade, N.G. (2009). Stigma and seeking help: Its not just about what others think. *The Psychologist*, *22*, 20-23.

- von Sydow, K., & Reimer, C. (1998). Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. A meta-content analysis of 60 studies published between 1948 and 1995. *American Journal of Psychotherapy*, 52, 463-488.
- Vorobjovs, A., Ostrovska, I. (2010). Psihologs mūsdienā sabiedrībā. „*Psiholoģija Latvijā: attīstība, izaicinājumi un perspektīvas*”. Prezentācija no Pirmā Apvienotā Latvijas psihologu kongresa. Rīga.
- Walker, K. F. (1958). A study of occupational stereotypes. *Journal of Applied Psychology*, 42, 122-124.
- Webb, A., & Speer, J. R. (1986). Prototype of a profession: Psychology's public image. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 5-9.
- Westerhof, G. J., Maessen, M., de Bruijn, R., & Smets, B. (2008). Intentions to seek (preventive) psychological help among older adults: An application of the theory of planned behaviour. *Aging & Mental Health*, 12, 317-322.
- Wilson, C. J., & Deane, F. P. (2011). Predicting adolescents' future intentions to seek help for mental health problems. *Youth Studies Australia*, 30, 27-33.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., & Ciarrochi, J. (2005). Can hopelessness and adolescents' beliefs and attitudes about seeking help account for help negation? *Journal of Clinical Psychology*, 61(12), 1525-1539.
- Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J. & Rickwood, D. (2005). Measuring help-seeking intentions: Properties of the General Help-seeking Questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, 9(1), 15-28.
- Wojciszke, B. (2005). Affective concomitants of information on morality and competence. *European Psychologist*, 10, 60-70.
- Wollersheim, D. M., & Walsh, J. A. (1993). Clinical psychologists: Professionals without a role? *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 171-175.
- Woodward, R., & Pachana, N. A. (2009). Attitudes toward psychological treatment among older Australians. *Australian Psychologist*, 44(2), 86-93.
- World Health Organization (2001a). *The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Iegūts 2013.gada 3.martā no Pasaules Veselības organizācijas interneta vietnes: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- World Health Organization (2001b). *Gender disparities in mental health*. Iegūts 2014.gada 21.maijā no Pasaules Veselības organizācijas interneta vietnes: http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf
- World Health Organization (2004). *Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report*. Iegūts 2013.gada 15.aprīlī no Pasaules Veselības

organizācijas interneta vietnes:

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

World Health Organization (2013a). *Mental health action plan 2013-2020*. Iegūts 2013.gada

9.decembrī no Pasaules Veselības organizācijas interneta vietnes:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

World Health Organization (2013b). *Suicide prevention*. Iegūts 2013.gada 8.decembrī no

Pasaules Veselības organizācijas interneta vietnes:

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General

Practitioners/Family Physicians for the European Region (2011). *The European definition of general practice/family medicine*. Iegūts 2014.gada 22.maijā no

http://www.unige.ch/medecine/umpr/Enseignement/stage3ememaster/Definition_wonca_tr ee.pdf

Summary

It is estimated that every fourth person will have to deal with one or more mental health and behavioural disorders during their lifetime (WHO, 2004). But an even larger number of people have mental health problems. Seeking help from a professional is a social interaction process, which is related to the perception of the help provider. Therefore, studies on attitudes toward mental health providers and help-seeking intentions are of great importance. The aim of this study was to explore stereotypes about mental health care providers and help-seeking intentions in the case of mental health problems.

Social stereotypes are viewed as certain beliefs about groups or an individual (Cox et al., 2012), which usually are common and accepted by a large part of society (McGarty et al., 2002). In recent years the SCM has become very popular for comparing different groups in society: the poor, the rich, housewives, businessmen, etc. (Fiske et al., 2002). The SCM combines the theory of two fundamental stereotype categories: warmth and competence (Fiske et al., 1999). Using this model, researchers have found that the stereotypes about the group are related to behavioural tendencies toward this group (Cuddy et al., 2007). However, the SCM has barely been explored in the health care setting. Therefore, the main novelty of this study was the integration of the SCM categories in the prediction of help-seeking intentions. Help-seeking intentions are defined as planned behaviour (Rickwood et al., 2005).

The main research question was to explore how socio-demographic variables, previous counselling, perceived public attitudes, and warmth and competence stereotypes about helping professionals predict the intentions to seek help from each of the five professionals in the case of mental health problems. In this study, 338 respondents participated, aged 18 to 87; 53% were women and 47% were men. The SCM was modified for exploration of warmth and competence stereotypes concerning five helping professionals: psychologists, psychiatrists, family doctors, clergymen, and astrologers. For help-seeking intentions, the instruments used in previous studies (Dupree et al., 2010; Gonzalez et al., 2011; Mackenzie et al., 2006; ten Have et al., 2010; Wilson & Deane, 2011; Wilson et al., 2005) were modified. The respondents evaluated their intentions to seek help in the case of: 1) mild emotional problems, 2) serious psychological problems, and 3) suicidal thoughts. The data was collected through the internet site www.visidati.lv.

The results showed that stereotypes about helping professionals were related to help-seeking intentions. Controlling for socio-demographic variables and previous counselling, higher perceived warmth predicted more favourable intentions to seek help from a psychiatrist in the case of mild emotional and serious psychological problems. Conversely, higher perceived competence predicted more favourable intentions to seek help from a family doctor,

psychologist, clergyman, and astrologer in the case of certain problems. Higher perceived need for the profession to the public, and perceived acceptability of seeking help predicted higher intentions to seek help.

The main results allowed for concluding that how individuals perceive the professional plays an important role in his/her intentions to seek help. The fundamental evaluation of others into categories – friend or foe, capable or incapable – impact the planned behaviour, however this should be seen in the complicated context of each of the professions and problem types. The findings of this study contribute to future studies exploring attitudes toward mental health care providers and help-seeking, as well as providing valuable recommendations for improving help-seeking. The information and education campaigns about mental health care professionals are needed. The role of stereotypes about mental health care providers on help-seeking behaviour should be explored in future research.

Keywords: stereotypes, warmth, competence, helping professionals, help-seeking intentions, perceived public attitudes, mental health problems, reliability of the warmth and competence scales.

1. Pielikums

SSM komponentu analīzes tabulas

1. tabula. SSM aptaujas apstiprinošās komponentu analīzes rezultāti tipiska ģimenes ārsta vērtēšanā

Aptaujas panti	Komponentu koeficienti	
	Kompetence	Emocionālais siltums
Kompetents	0,99	-0,10
Spējīgs	0,88	0,05
Prasmīgs	0,71	0,27
Laipns	-0,01	0,97
Sirsniņš	0,39	0,59
Īpašvērtība	3,70	0,53
% no dispersijas	73,95	10,67
% no dispersijas kopsummā	84,62	

Piezīme. Respondentu skaits ir 334 – 337. Treknajā drukā attēloti pantu koeficienti (*pattern matrix*) virs 0,40. Komponenti izgūti, izmantojot galveno komponentu metodi, piemērojot *oblīmīn* rotāciju ar $\Delta = -0,10$.

2. tabula. SSM aptaujas apstiprinošās komponentu analīzes rezultāti tipiska psihiatra vērtēšanā

Aptaujas panti	Komponentu koeficienti	
	Kompetence	Emocionālais siltums
Spējīgs	0,96	-0,06
Kompetents	0,92	0,01
Prasmīgs	0,76	0,22
Laipns	0,04	0,92
Sirsniņš	0,04	0,91
Īpašvērtība	3,60	0,70
% no dispersijas	72,05	13,95
% no dispersijas kopsummā	86,00	

Piezīme. Respondentu skaits ir 311 – 314. Treknajā drukā attēloti pantu koeficienti (*pattern matrix*) virs 0,40. Komponenti izgūti, izmantojot galveno komponentu metodi, piemērojot *oblīmīn* rotāciju ar $\Delta = -0,10$.

3. tabula. SSM aptaujas apstiprinošās komponentu analīzes rezultāti tipiska psihologa vērtēšanā

Aptaujas panti	Komponentu koeficienti	
	Kompetence	Emocionālais siltums
Spējīgs	0,93	0,01
Kompetents	0,93	0,01
Prasmīgs	0,87	0,06
Laipns	-0,04	0,97
Sirsniņš	0,17	0,79
Īpašvērtība	3,70	0,60
% no dispersijas	74,02	11,90
% no dispersijas kopsummā	85,92	

Piezīme. Respondentu skaits ir 319 – 325. Treknajā drukā attēloti pantu koeficienti (*pattern matrix*) virs 0,40. Komponenti izgūti, izmantojot galveno komponentu metodi, piemērojot *oblīmīn* rotāciju ar $\Delta = -0,10$.

4. tabula. SSM aptaujas apstiprinošās komponentu analīzes rezultāti tipiska garīdznieka vērtēšanā

<i>Aptaujas panti</i>	<i>Komponentu koeficienti</i>	
	<i>Kompetence</i>	<i>Emocionālais siltums</i>
Kompetents	0,98	-0,09
Spējīgs	0,85	0,07
Prasmīgs	0,71	0,22
Laipns	-0,03	0,98
Sirsnīgs	0,23	0,76
Īpašvērtība	3,65	0,55
% no dispersijas	72,99	11,08
% no dispersijas kopsummā	84,07	

Piezīme. Respondentu skaits ir 316 – 321. Treknajā drukā attēloti pantu koeficienti (*pattern matrix*) virs 0,40. Komponenti izgūti, izmantojot galveno komponentu metodi, piemērojot *oblmin* rotāciju ar $\delta = -0,10$.

5. tabula. SSM aptaujas apstiprinošās komponentu analīzes rezultāti tipiska astrologa vērtēšanā

<i>Aptaujas panti</i>	<i>Komponentu koeficienti</i>	
	<i>Kompetence</i>	<i>Emocionālais siltums</i>
Kompetents	0,95	-0,05
Spējīgs	0,95	-0,03
Prasmīgs	0,78	0,19
Laipns	-0,07	0,97
Sirsnīgs	0,26	0,73
Īpašvērtība	3,36	0,85
% no dispersijas	67,23	16,93
% no dispersijas kopsummā	84,17	

Piezīme. Respondentu skaits ir 303 – 309. Treknajā drukā attēloti pantu koeficienti (*pattern matrix*) virs 0,40. Komponenti izgūti, izmantojot galveno komponentu metodi, piemērojot *oblmin* rotāciju ar $\delta = -0,10$.

6. tabula. Stereotipu aptaujas komponentu aprakstošās statistikas un iekšējās saskaņotības rādītāji

<i>Profesija un skala</i>	<i>n</i>	<i>Panti</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Diskriminācijas indekss</i>	<i>Kronbaha alfa</i>
<i>Ģimenes ārsts</i>						
Kompetence	332	Kompetents	4,30	1,08	0,81	0,90
		Spējīgs	4,27	1,11	0,80	
		Prasmīgs	4,27	1,01	0,80	
Emocionālais siltums	337	Laipns	4,13	1,12	0,70	0,82
		Sirsnīgs	4,05	1,25	0,70	
<i>Psihiatrs</i>						
Kompetence	306	Kompetents	4,39	1,11	0,83	0,90
		Spējīgs	4,34	1,09	0,79	
		Prasmīgs	4,30	1,03	0,80	
Emocionālais siltums	311	Laipns	4,05	1,12	0,77	0,87
		Sirsnīgs	3,94	1,20	0,77	
<i>Psihologs</i>						
Kompetence	314	Kompetents	4,35	1,12	0,84	0,92
		Spējīgs	4,25	1,13	0,85	
		Prasmīgs	4,31	1,07	0,82	
Emocionālais siltums	320	Laipns	4,41	1,06	0,72	0,84
		Sirsnīgs	4,23	1,11	0,72	
<i>Garīdznieks</i>						
Kompetence	308	Kompetents	4,44	1,19	0,79	0,88
		Spējīgs	4,38	1,15	0,76	
		Prasmīgs	4,31	1,14	0,75	
Emocionālais siltums	318	Laipns	4,56	1,05	0,77	0,87
		Sirsnīgs	4,56	1,09	0,77	
<i>Astrologs</i>						
Kompetence	304	Kompetents	4,07	1,32	0,83	0,91
		Spējīgs	4,09	1,30	0,83	
		Prasmīgs	4,00	1,20	0,77	
Emocionālais siltums	301	Laipns	4,20	1,16	0,64	0,78
		Sirsnīgs	4,00	1,20	0,64	

2. Pielikums

Hierarhiskās regresijas analīzes tabulas

1. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta vieglu emocionālo problēmu gadījumā* ($n = 262$)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,23	0,14	0,11	1,63
Vecums	0,02	0,01	0,32***	4,81
Izglītība	-0,17	0,14	-0,08	-1,20
Reliģiozitāte	0,05	0,14	0,02	0,40
Ģimenes stāvoklis	-0,05	0,15	-0,02	-0,34
Ienākumu līmenis	-0,02	0,15	-0,01	-0,15
R ² (pielāgotais)	0,11 (0,09)			
F pie ΔR ²	5,37***			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,13	0,13	0,06	0,99
Vecums	0,01	0,00	0,21**	3,22
Izglītība	-0,04	0,14	-0,02	-0,33
Reliģiozitāte	-0,05	0,13	-0,02	-0,40
Ģimenes stāvoklis	-0,03	0,14	-0,02	-0,24
Ienākumu līmenis	-0,09	0,14	-0,04	-0,63
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,83	0,14	0,36***	6,10
R ² (pielāgotais)	0,23 (0,20)			
F pie ΔR ²	37,15***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,11	0,13	0,05	0,79
Vecums	0,01	0,00	0,20**	3,02
Izglītība	0,03	0,14	0,01	0,19
Reliģiozitāte	-0,05	0,13	-0,02	-0,42
Ģimenes stāvoklis	0,05	0,14	0,02	0,39
Ienākumu līmenis	-0,06	0,14	-0,03	-0,46
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,78	0,14	0,34***	5,77
Emocionālais siltums	0,06	0,09	0,05	0,63
Kompetence	0,15	0,10	0,14	1,53
R ² (pielāgotais)	0,26 (0,23)			
F pie ΔR ²	4,93**			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,05	0,13	0,02	0,40
Vecums	0,01	0,00	0,20**	3,23
Izglītība	0,00	0,13	0,00	-0,02
Reliģiozitāte	-0,01	0,12	0,00	-0,04
Ģimenes stāvoklis	0,07	0,14	0,03	0,49
Ienākumu līmenis	-0,02	0,13	-0,01	-0,12
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,66	0,14	0,29***	4,93
Emocionālais siltums	0,05	0,09	0,05	0,57
Kompetence	0,11	0,10	0,10	1,09
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,31	0,13	0,13*	2,32
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,25	0,08	0,18**	3,24
R ² (pielāgotais)	0,30 (0,27)			
F pie ΔR ²	8,04***			

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

2. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie psihiatra vieglu emocionālo problēmu gadījumā* (n = 244)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,07	0,13	0,04	0,52
Vecums	0,01	0,00	0,11	1,56
Izglītība	0,05	0,13	0,03	0,40
Reliģiozitāte	0,17	0,13	0,09	1,39
Ģimenes stāvoklis	-0,33	0,14	-0,17*	-2,41
Ienākumu līmenis	-0,09	0,13	-0,05	-0,70
R ² (pielāgotais)	0,04 (0,02)			
F pie ΔR ²	1,66			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,03	0,12	0,01	0,21
Vecums	0,00	0,00	0,02	0,35
Izglītība	0,10	0,12	0,05	0,83
Reliģiozitāte	0,06	0,12	0,03	0,55
Ģimenes stāvoklis	-0,22	0,13	-0,11	-1,74
Ienākumu līmenis	-0,11	0,13	-0,05	-0,84
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,99	0,17	0,37***	5,88
R ² (pielāgotais)	0,16 (0,14)			
F pie ΔR ²	34,63***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	-0,04	0,12	-0,02	-0,35
Vecums	0,00	0,00	0,01	0,21
Izglītība	0,08	0,12	0,04	0,71
Reliģiozitāte	0,05	0,11	0,03	0,48
Ģimenes stāvoklis	-0,15	0,12	-0,08	-1,18
Ienākumu līmenis	-0,12	0,12	-0,06	-1,00
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,96	0,16	0,35***	5,92
Emocionālais siltums	0,30	0,07	0,35***	4,62
Kompetence	-0,11	0,08	-0,11	-1,39
R ² (pielāgotais)	0,25 (0,22)			
F pie ΔR ²	12,64***			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	-0,01	0,12	-0,01	-0,08
Vecums	0,00	0,00	0,00	-0,02
Izglītība	-0,02	0,12	-0,01	-0,18
Reliģiozitāte	-0,02	0,11	-0,01	-0,18
Ģimenes stāvoklis	-0,07	0,12	-0,04	-0,59
Ienākumu līmenis	-0,04	0,12	-0,02	-0,35
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,94	0,16	0,35***	6,04
Emocionālais siltums	0,26	0,06	0,31***	4,09
Kompetence	-0,10	0,07	-0,10	-1,33
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,24	0,07	0,19**	3,34
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,18	0,06	0,17**	2,89
R ² (pielāgotais)	0,31 (0,27)			
F pie ΔR ²	10,10***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

3. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie psihologa vieglu emocionālo problēmu gadījumā* (n = 248)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,29	0,12	0,16*	2,39
Vecums	-0,01	0,00	-0,19**	-2,81
Izglītība	0,04	0,12	0,02	0,34
Reliģiozitāte	0,26	0,12	0,14*	2,22
Ģimenes stāvoklis	-0,20	0,13	-0,10	-1,54
Ienākumu līmenis	-0,09	0,13	-0,04	-0,69
R ² (pielāgotais)	0,13 (0,10)			
F pie ΔR ²	5,75***			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,21	0,11	0,11	1,85
Vecums	-0,01	0,00	-0,20**	-3,26
Izglītība	0,03	0,11	0,01	0,24
Reliģiozitāte	0,21	0,11	0,11	1,95
Ģimenes stāvoklis	-0,18	0,12	-0,09	-1,49
Ienākumu līmenis	-0,18	0,12	-0,09	-1,55
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,83	0,13	0,38***	6,64
R ² (pielāgotais)	0,26 (0,24)			
F pie ΔR ²	44,08***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,17	0,11	0,09	1,54
Vecums	-0,01	0,00	-0,18**	-2,86
Izglītība	0,09	0,11	0,05	0,76
Reliģiozitāte	0,21	0,11	0,11	1,94
Ģimenes stāvoklis	-0,11	0,12	-0,06	0,95
Ienākumu līmenis	-0,13	0,11	-0,07	-1,15
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,81	0,12	0,37***	6,54
Emocionālais siltums	0,06	0,07	0,06	0,75
Kompetence	0,14	0,07	0,16	1,95
R ² (pielāgotais)	0,30 (0,27)			
F pie ΔR ²	6,45**			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,16	0,11	0,09	1,49
Vecums	-0,01	0,00	-0,17**	-2,83
Izglītība	0,05	0,11	0,03	0,48
Reliģiozitāte	0,14	0,10	0,07	1,38
Ģimenes stāvoklis	-0,08	0,11	-0,04	-0,72
Ienākumu līmenis	-0,10	0,11	-0,05	-0,92
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,63	0,12	0,29***	5,11
Emocionālais siltums	0,05	0,07	0,06	0,73
Kompetence	0,09	0,07	0,10	1,25
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,29	0,07	0,24***	4,27
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,16	0,07	0,12*	2,13
R ² (pielāgotais)	0,36 (0,33)			
F pie ΔR ²	11,61***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

4. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie garīdznieka vieglu emocionālo problēmu gadījumā* (n = 247)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,16	0,13	0,08	1,24
Vecums	0,00	0,00	-0,01	-0,13
Izglītība	-0,24	0,13	-0,12	-1,89
Reliģiozitāte	0,85	0,12	0,41***	6,92
Ģimenes stāvoklis	-0,12	0,13	-0,06	-0,91
Ienākumu līmenis	0,03	0,13	0,01	0,21
R ² (pielāgotais)	0,19 (0,17)			
F pie ΔR ²	9,24***			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,10	0,12	0,05	0,86
Vecums	0,00	0,00	-0,03	-0,49
Izglītība	-0,18	0,12	-0,09	-1,55
Reliģiozitāte	0,70	0,11	0,33***	6,16
Ģimenes stāvoklis	-0,14	0,12	-0,07	-1,18
Ienākumu līmenis	-0,02	0,12	-0,01	-0,16
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	1,11	0,15	0,40***	7,48
R ² (pielāgotais)	0,34 (0,32)			
F pie ΔR ²	55,95***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,04	0,11	0,02	0,36
Vecums	0,00	0,00	-0,01	-0,20
Izglītība	-0,14	0,11	-0,07	-1,26
Reliģiozitāte	0,62	0,11	0,30***	5,68
Ģimenes stāvoklis	-0,07	0,12	-0,03	-0,57
Ienākumu līmenis	-0,03	0,11	-0,01	-0,26
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	1,01	0,14	0,36***	6,97
Emocionālais siltums	0,05	0,08	0,05	0,65
Kompetence	0,21	0,07	0,22**	2,96
R ² (pielāgotais)	0,40 (0,38)			
F pie ΔR ²	11,43***			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,03	0,11	0,02	0,31
Vecums	0,00	0,00	-0,04	-0,76
Izglītība	-0,14	0,10	-0,07	-1,31
Reliģiozitāte	0,45	0,11	0,22***	4,25
Ģimenes stāvoklis	-0,04	0,11	-0,02	-0,35
Ienākumu līmenis	0,05	0,11	0,02	0,46
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,83	0,14	0,30***	5,98
Emocionālais siltums	0,05	0,07	0,05	0,73
Kompetence	0,11	0,07	0,11	1,52
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,29	0,07	0,26***	4,48
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,17	0,06	0,14**	2,77
R ² (pielāgotais)	0,48 (0,46)			
F pie ΔR ²	18,06***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

5. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie astrologa vieglu emocionālo problēmu gadījumā* (n = 237)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,28	0,12	0,17*	2,39
Vecums	0,00	0,00	-0,07	-0,97
Izglītība	0,03	0,12	0,02	0,26
Reliģiozitāte	0,14	0,11	0,08	1,27
Ģimenes stāvoklis	-0,09	0,12	-0,05	-0,72
Ienākumu līmenis	-0,04	0,12	-0,02	-0,36
R ² (pielāgotais)	0,06 (0,03)			
F pie ΔR ²	2,35*			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,25	0,11	0,15*	2,30
Vecums	0,00	0,00	-0,08	-1,23
Izglītība	0,02	0,11	0,01	0,20
Reliģiozitāte	0,11	0,10	0,06	1,05
Ģimenes stāvoklis	-0,03	0,11	-0,02	-0,29
Ienākumu līmenis	-0,08	0,11	-0,05	-0,74
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	1,01	0,16	0,38***	6,38
R ² (pielāgotais)	0,20 (0,18)			
F pie ΔR ²	40,68***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,20	0,11	0,12	1,84
Vecums	0,00	0,00	-0,07	-1,03
Izglītība	0,08	0,11	0,05	0,74
Reliģiozitāte	0,12	0,10	0,07	1,16
Ģimenes stāvoklis	-0,03	0,11	-0,02	-0,28
Ienākumu līmenis	-0,06	0,11	-0,03	-0,50
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,92	0,16	0,35***	5,77
Emocionālais siltums	-0,03	0,06	-0,04	-0,46
Kompetence	0,14	0,06	0,20*	2,51
R ² (pielāgotais)	0,23 (0,20)			
F pie ΔR ²	4,08*			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,20	0,10	0,12*	1,97
Vecums	0,00	0,00	-0,08	-1,25
Izglītība	0,05	0,11	0,03	0,51
Reliģiozitāte	0,03	0,10	0,02	0,33
Ģimenes stāvoklis	-0,01	0,11	-0,01	-0,10
Ienākumu līmenis	-0,03	0,11	-0,02	-0,26
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,67	0,16	0,25***	4,20
Emocionālais siltums	0,00	0,06	0,00	0,02
Kompetence	0,05	0,06	0,08	0,96
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,27	0,07	0,27***	4,14
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,17	0,06	0,18**	3,08
R ² (pielāgotais)	0,32 (0,28)			
F pie ΔR ²	14,80***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

6. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā* (n = 262)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,33	0,13	0,17*	2,58
Vecums	0,02	0,00	0,34***	5,15
Izglītība	-0,19	0,13	-0,09	-1,44
Reliģiozitāte	0,05	0,12	0,02	0,40
Ģimenes stāvoklis	-0,07	0,13	-0,03	-0,52
Ienākumu līmenis	0,12	0,13	0,06	0,90
R ² (pielāgotais)	0,12 (0,10)			
F pie ΔR ²	5,94***			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,24	0,12	0,12*	1,99
Vecums	0,01	0,00	0,23***	3,55
Izglītība	-0,07	0,12	-0,03	-0,57
Reliģiozitāte	-0,05	0,12	-0,02	-0,41
Ģimenes stāvoklis	-0,05	0,12	-0,03	-0,44
Ienākumu līmenis	0,06	0,12	0,03	0,49
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,76	0,12	0,36***	6,18
R ² (pielāgotais)	0,24 (0,22)			
F pie ΔR ²	38,24***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,19	0,12	0,09	1,57
Vecums	0,01	0,00	0,21**	3,27
Izglītība	-0,01	0,12	-0,01	-0,11
Reliģiozitāte	-0,04	0,11	-0,02	-0,34
Ģimenes stāvoklis	0,03	0,12	0,02	0,28
Ienākumu līmenis	0,08	0,12	0,04	0,69
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,70	0,12	0,34***	5,81
Emocionālais siltums	-0,09	0,08	-0,10	-1,14
Kompetence	0,28	0,09	0,28**	3,22
R ² (pielāgotais)	0,28 (0,25)			
F pie ΔR ²	7,14**			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,14	0,12	0,07	1,16
Vecums	0,01	0,00	0,22**	3,52
Izglītība	-0,04	0,12	-0,02	-0,33
Reliģiozitāte	0,01	0,11	0,00	0,07
Ģimenes stāvoklis	0,05	0,12	0,02	0,39
Ienākumu līmenis	0,13	0,12	0,06	1,06
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,59	0,12	0,28***	4,93
Emocionālais siltums	-0,09	0,08	-0,10	-1,22
Kompetence	0,24	0,09	0,24**	2,77
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,32	0,12	0,15**	2,69
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,23	0,07	0,18**	3,25
R ² (pielāgotais)	0,33 (0,30)			
F pie ΔR ²	9,04***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

7. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie psihiatra nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā* (n = 244)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,03	0,13	0,02	0,21
Vecums	0,00	0,00	0,03	0,38
Izglītība	0,00	0,13	0,00	-0,01
Reliģiozitāte	0,31	0,12	0,17*	2,61
Ģimenes stāvoklis	-0,29	0,13	-0,15*	-2,19
Ienākumu līmenis	0,01	0,13	0,00	0,06
R ² (pielāgotais)	0,05 (0,02)			
F pie ΔR ²	1,93			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	-0,01	0,12	0,00	-0,06
Vecums	0,00	0,00	-0,04	-0,63
Izglītība	0,04	0,12	0,02	0,30
Reliģiozitāte	0,23	0,12	0,12	1,95
Ģimenes stāvoklis	-0,21	0,13	-0,11	-1,62
Ienākumu līmenis	0,00	0,12	0,00	-0,02
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,78	0,17	0,30***	4,65
R ² (pielāgotais)	0,13 (0,10)			
F pie ΔR ²	21,65***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	-0,08	0,12	-0,04	-0,67
Vecums	0,00	0,00	-0,04	-0,50
Izglītība	0,03	0,12	0,02	0,26
Reliģiozitāte	0,21	0,12	0,11	1,85
Ģimenes stāvoklis	-0,15	0,13	-0,08	-1,21
Ienākumu līmenis	0,01	0,12	0,01	0,09
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,73	0,16	0,28***	4,46
Emocionālais siltums	0,15	0,07	0,18*	2,30
Kompetence	0,05	0,08	0,05	0,66
R ² (pielāgotais)	0,17 (0,14)			
F pie ΔR ²	6,42**			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	-0,07	0,12	-0,04	-0,57
Vecums	0,00	0,00	-0,05	-0,70
Izglītība	-0,08	0,12	-0,05	-0,71
Reliģiozitāte	0,14	0,11	0,07	1,23
Ģimenes stāvoklis	-0,08	0,12	-0,04	-0,62
Ienākumu līmenis	0,09	0,12	0,05	0,78
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,70	0,16	0,27***	4,45
Emocionālais siltums	0,12	0,06	0,14	1,86
Kompetence	0,06	0,07	0,06	0,79
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,30	0,07	0,25***	4,12
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,14	0,06	0,13*	2,19
R ² (pielāgotais)	0,25 (0,21)			
F pie ΔR ²	11,20***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

8. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie psihologa nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā* (n = 248)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,13	0,12	0,07	1,07
Vecums	-0,01	0,00	-0,17*	-2,48
Izglītība	0,17	0,12	0,09	1,44
Reliģiozitāte	0,28	0,11	0,15*	2,49
Ģimenes stāvoklis	-0,21	0,12	-0,11	-1,66
Ienākumu līmenis	-0,14	0,12	-0,08	-1,16
R ² (pielāgotais)	0,11 (0,09)			
F pie ΔR ²	4,86***			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,08	0,12	0,04	0,65
Vecums	-0,01	0,00	-0,18**	-2,69
Izglītība	0,16	0,12	0,09	1,40
Reliģiozitāte	0,25	0,11	0,14*	2,28
Ģimenes stāvoklis	-0,19	0,12	-0,10	-1,61
Ienākumu līmenis	-0,20	0,12	-0,11	-1,69
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,53	0,13	0,25***	4,13
R ² (pielāgotais)	0,17 (0,14)			
F pie ΔR ²	17,05***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,04	0,12	0,02	0,35
Vecums	-0,01	0,00	-0,15*	-2,28
Izglītība	0,22	0,11	0,12	1,96
Reliģiozitāte	0,25	0,11	0,13*	2,28
Ģimenes stāvoklis	-0,13	0,12	-0,07	-1,13
Ienākumu līmenis	-0,15	0,12	-0,08	-1,23
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,53	0,13	0,25***	4,17
Emocionālais siltums	-0,03	0,07	-0,03	-0,40
Kompetence	0,21	0,08	0,24**	2,82
R ² (pielāgotais)	0,21 (0,18)			
F pie ΔR ²	6,52**			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,03	0,11	0,02	0,32
Vecums	-0,01	0,00	-0,13*	-2,15
Izglītība	0,17	0,11	0,10	1,59
Reliģiozitāte	0,16	0,10	0,09	1,56
Ģimenes stāvoklis	-0,11	0,11	-0,06	-0,99
Ienākumu līmenis	-0,12	0,11	-0,06	-1,06
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,34	0,13	0,16**	2,74
Emocionālais siltums	-0,05	0,07	-0,06	-0,69
Kompetence	0,15	0,07	0,17*	2,12
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,29	0,07	0,25***	4,26
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,27	0,07	0,21***	3,66
R ² (pielāgotais)	0,31 (0,27)			
F pie ΔR ²	16,08***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

9. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie garīdznieka nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā* (n = 247)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,15	0,13	0,08	1,20
Vecums	0,00	0,00	0,05	0,77
Izglītība	-0,08	0,13	-0,04	-0,65
Reliģiozitāte	0,82	0,12	0,40***	6,66
Ģimenes stāvoklis	-0,15	0,13	-0,07	-1,15
Ienākumu līmenis	-0,12	0,13	-0,06	-0,92
R ² (pielāgotais)	0,18 (0,16)			
F pie ΔR ²	8,90***			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,11	0,12	0,06	0,91
Vecums	0,00	0,00	0,04	0,56
Izglītība	-0,04	0,12	-0,02	-0,31
Reliģiozitāte	0,71	0,12	0,34***	5,94
Ģimenes stāvoklis	-0,17	0,13	-0,08	-1,32
Ienākumu līmenis	-0,16	0,13	-0,07	-1,24
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,81	0,16	0,29***	5,17
R ² (pielāgotais)	0,26 (0,24)			
F pie ΔR ²	26,68***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,05	0,12	0,02	0,42
Vecums	0,00	0,00	0,06	0,93
Izglītība	0,01	0,12	0,00	0,05
Reliģiozitāte	0,63	0,12	0,30***	5,48
Ģimenes stāvoklis	-0,08	0,12	-0,04	-0,65
Ienākumu līmenis	-0,17	0,12	-0,08	-1,45
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,69	0,15	0,25***	4,56
Emocionālais siltums	0,09	0,08	0,09	1,20
Kompetence	0,21	0,08	0,21**	2,74
R ² (pielāgotais)	0,34 (0,31)			
F pie ΔR ²	13,00***			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,05	0,11	0,02	0,43
Vecums	0,00	0,00	0,02	0,40
Izglītība	0,01	0,11	0,01	0,13
Reliģiozitāte	0,43	0,11	0,21***	3,91
Ģimenes stāvoklis	-0,05	0,11	-0,02	-0,43
Ienākumu līmenis	-0,08	0,11	-0,04	-0,74
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,49	0,14	0,18**	3,45
Emocionālais siltums	0,10	0,07	0,09	1,33
Kompetence	0,08	0,07	0,08	1,11
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,34	0,07	0,31***	5,08
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,23	0,06	0,19***	3,68
R ² (pielāgotais)	0,46 (0,43)			
F pie ΔR ²	25,95***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

10. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie astrologa nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā* (n = 237)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,39	0,13	0,22**	3,13
Vecums	0,00	0,00	-0,03	-0,44
Izglītība	0,06	0,13	0,03	0,44
Reliģiozitāte	0,04	0,12	0,02	0,33
Ģimenes stāvoklis	-0,07	0,13	-0,04	-0,57
Ienākumu līmenis	-0,06	0,13	-0,03	-0,49
R ² (pielāgotais)	0,07 (0,04)			
F pie ΔR ²	2,66*			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,36	0,12	0,20**	3,12
Vecums	0,00	0,00	-0,04	-0,67
Izglītība	0,05	0,12	0,03	0,40
Reliģiozitāte	0,00	0,11	0,00	0,02
Ģimenes stāvoklis	-0,01	0,12	-0,01	-0,10
Ienākumu līmenis	-0,11	0,12	-0,06	-0,91
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	1,13	0,17	0,40***	6,76
R ² (pielāgotais)	0,22 (0,20)			
F pie ΔR ²	45,67***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,31	0,12	0,17**	2,70
Vecums	0,00	0,00	-0,03	-0,49
Izglītība	0,10	0,12	0,06	0,86
Reliģiozitāte	0,01	0,11	0,01	0,12
Ģimenes stāvoklis	-0,01	0,12	0,00	-0,06
Ienākumu līmenis	-0,08	0,12	-0,04	-0,71
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	1,04	0,17	0,37***	6,18
Emocionālais siltums	-0,02	0,06	-0,02	-0,24
Kompetence	0,13	0,06	0,17*	2,15
R ² (pielāgotais)	0,24 (0,21)			
F pie ΔR ²	3,23*			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,31	0,11	0,17**	2,94
Vecums	0,00	0,00	-0,04	-0,67
Izglītība	0,06	0,11	0,03	0,58
Reliģiozitāte	-0,09	0,10	-0,05	-0,88
Ģimenes stāvoklis	0,01	0,11	0,01	0,08
Ienākumu līmenis	-0,05	0,11	-0,03	-0,49
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,74	0,16	0,26***	4,52
Emocionālais siltums	0,02	0,06	0,02	0,26
Kompetence	0,03	0,06	0,04	0,48
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,30	0,07	0,28***	4,49
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,22	0,06	0,22***	3,83
R ² (pielāgotais)	0,35 (0,32)			
F pie ΔR ²	19,42***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

11. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta pašnāvības domu gadījumā* (n = 262)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,21	0,14	0,10	1,52
Vecums	0,01	0,00	0,22**	3,17
Izglītība	-0,17	0,14	-0,08	-1,28
Reliģiozitāte	0,18	0,13	0,09	1,39
Ģimenes stāvoklis	0,01	0,14	0,01	0,08
Ienākumu līmenis	-0,09	0,14	-0,04	-0,68
R ² (pielāgotais)	0,08 (0,06)			
F pie ΔR ²	3,53**			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,14	0,13	0,07	1,06
Vecums	0,01	0,00	0,14*	2,01
Izglītība	-0,09	0,13	-0,04	-0,69
Reliģiozitāte	0,11	0,13	0,05	0,88
Ģimenes stāvoklis	0,02	0,14	0,01	0,16
Ienākumu līmenis	-0,14	0,14	-0,06	-1,00
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,54	0,14	0,25***	3,99
R ² (pielāgotais)	0,13 (0,11)			
F pie ΔR ²	15,88***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,09	0,13	0,04	0,69
Vecums	0,01	0,00	0,12	1,76
Izglītība	-0,06	0,13	-0,03	-0,42
Reliģiozitāte	0,12	0,13	0,06	0,98
Ģimenes stāvoklis	0,09	0,14	0,04	0,63
Ienākumu līmenis	-0,12	0,13	-0,06	-0,90
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,49	0,13	0,23***	3,67
Emocionālais siltums	-0,13	0,09	-0,14	-1,46
Kompetence	0,26	0,10	0,25**	2,69
R ² (pielāgotais)	0,16 (0,13)			
F pie ΔR ²	4,01*			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,04	0,13	0,02	0,33
Vecums	0,01	0,00	0,13	1,93
Izglītība	-0,09	0,13	-0,04	-0,65
Reliģiozitāte	0,16	0,12	0,08	1,33
Ģimenes stāvoklis	0,10	0,14	0,05	0,71
Ienākumu līmenis	-0,07	0,13	-0,03	-0,56
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,39	0,13	0,18**	2,87
Emocionālais siltums	-0,14	0,09	-0,15	-1,60
Kompetence	0,22	0,10	0,22*	2,32
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,25	0,13	0,11	1,84
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,25	0,08	0,19**	3,27
R ² (pielāgotais)	0,20 (0,17)			
F pie ΔR ²	7,13**			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

12. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie psihiatra pašnāvības domu gadījumā* (n = 244)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,31	0,15	0,15*	2,10
Vecums	0,00	0,01	0,01	0,09
Izglītība	0,01	0,15	0,00	0,05
Reliģiozitāte	0,13	0,14	0,06	0,92
Ģimenes stāvoklis	-0,18	0,16	-0,08	-1,15
Ienākumu līmenis	0,05	0,15	0,02	0,30
R ² (pielāgotais)	0,04 (0,01)			
F pie ΔR ²	1,44			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,29	0,15	0,13	1,94
Vecums	0,00	0,01	-0,04	-0,60
Izglītība	0,04	0,15	0,02	0,26
Reliģiozitāte	0,06	0,14	0,03	0,43
Ģimenes stāvoklis	-0,11	0,16	-0,05	-0,73
Ienākumu līmenis	0,04	0,15	0,02	0,25
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,64	0,20	0,21**	3,14
R ² (pielāgotais)	0,07 (0,05)			
F pie ΔR ²	9,83**			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,23	0,15	0,10	1,51
Vecums	0,00	0,01	-0,04	-0,54
Izglītība	0,03	0,15	0,01	0,21
Reliģiozitāte	0,05	0,14	0,02	0,35
Ģimenes stāvoklis	-0,06	0,16	-0,03	-0,39
Ienākumu līmenis	0,04	0,15	0,02	0,29
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,60	0,20	0,19**	2,97
Emocionālais siltums	0,16	0,08	0,16	1,93
Kompetence	0,02	0,09	0,01	0,17
R ² (pielāgotais)	0,10 (0,07)			
F pie ΔR ²	3,49*			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,26	0,15	0,12	1,76
Vecums	0,00	0,01	-0,05	-0,74
Izglītība	-0,07	0,15	-0,03	-0,45
Reliģiozitāte	-0,02	0,14	-0,01	-0,16
Ģimenes stāvoklis	0,01	0,15	0,01	0,07
Ienākumu līmenis	0,12	0,15	0,05	0,80
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,59	0,20	0,19**	2,97
Emocionālais siltums	0,12	0,08	0,12	1,44
Kompetence	0,02	0,09	0,02	0,26
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,22	0,09	0,15*	2,38
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,19	0,08	0,15*	2,34
R ² (pielāgotais)	0,14 (0,10)			
F pie ΔR ²	5,76**			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

13. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie psihologa pašnāvības domu gadījumā* ($n = 248$)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,13	0,15	0,06	0,91
Vecums	-0,01	0,01	-0,13	-1,82
Izglītība	0,06	0,15	0,03	0,39
Reliģiozitāte	0,24	0,14	0,11	1,72
Ģimenes stāvoklis	-0,20	0,15	-0,09	-1,35
Ienākumu līmenis	0,03	0,15	0,01	0,20
R ² (pielāgotais)	0,06 (0,03)			
F pie ΔR^2	2,44*			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,10	0,15	0,05	0,70
Vecums	-0,01	0,01	-0,13	-1,89
Izglītība	0,05	0,15	0,02	0,36
Reliģiozitāte	0,22	0,14	0,10	1,60
Ģimenes stāvoklis	-0,20	0,15	-0,09	-1,30
Ienākumu līmenis	-0,01	0,15	0,00	-0,03
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,31	0,16	0,12	1,90
R ² (pielāgotais)	0,07 (0,04)			
F pie ΔR^2	3,62			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,07	0,14	0,03	0,45
Vecums	-0,01	0,01	-0,11	-1,53
Izglītība	0,12	0,14	0,06	0,82
Reliģiozitāte	0,21	0,14	0,10	1,57
Ģimenes stāvoklis	-0,14	0,15	-0,06	-0,91
Ienākumu līmenis	0,06	0,15	0,03	0,38
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,31	0,16	0,12	1,94
Emocionālais siltums	-0,05	0,09	-0,05	-0,55
Kompetence	0,24	0,09	0,23*	2,53
R ² (pielāgotais)	0,11 (0,07)			
F pie ΔR^2	4,73*			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,06	0,14	0,03	0,42
Vecums	-0,01	0,01	-0,10	-1,40
Izglītība	0,08	0,14	0,04	0,55
Reliģiozitāte	0,15	0,14	0,07	1,10
Ģimenes stāvoklis	-0,12	0,15	-0,05	-0,80
Ienākumu līmenis	0,08	0,15	0,04	0,53
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,16	0,16	0,07	1,00
Emocionālais siltums	-0,07	0,09	-0,06	-0,70
Kompetence	0,19	0,09	0,19*	2,05
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,23	0,09	0,17*	2,54
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,21	0,10	0,14*	2,12
R ² (pielāgotais)	0,15 (0,11)			
F pie ΔR^2	5,59**			

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

14. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie garīdznieka pašnāvības domu gadījumā* (n = 247)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,10	0,14	0,04	0,67
Vecums	0,00	0,01	0,06	0,89
Izglītība	-0,25	0,14	-0,11	-1,73
Reliģiozitāte	0,88	0,14	0,39***	6,43
Ģimenes stāvoklis	-0,09	0,15	-0,04	-0,61
Ienākumu līmenis	0,05	0,15	0,02	0,37
R ² (pielāgotais)	0,17 (0,14)			
F pie ΔR ²	7,90***			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,06	0,14	0,03	0,45
Vecums	0,00	0,01	0,05	0,74
Izglītība	-0,21	0,14	-0,09	-1,51
Reliģiozitāte	0,79	0,14	0,35***	5,82
Ģimenes stāvoklis	-0,10	0,14	-0,05	-0,71
Ienākumu līmenis	0,03	0,14	0,01	0,19
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,63	0,18	0,21***	3,54
R ² (pielāgotais)	0,21 (0,18)			
F pie ΔR ²	12,51***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,00	0,14	0,00	-0,02
Vecums	0,01	0,00	0,07	1,07
Izglītība	-0,17	0,14	-0,07	-1,23
Reliģiozitāte	0,71	0,13	0,31***	5,36
Ģimenes stāvoklis	-0,01	0,14	-0,01	-0,09
Ienākumu līmenis	0,01	0,14	0,00	0,07
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,51	0,18	0,17**	2,93
Emocionālais siltums	0,09	0,09	0,08	0,99
Kompetence	0,22	0,09	0,20*	2,50
R ² (pielāgotais)	0,27 (0,24)			
F pie ΔR ²	10,25***			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	-0,01	0,13	-0,01	-0,10
Vecums	0,00	0,00	0,04	0,62
Izglītība	-0,16	0,13	-0,07	-1,26
Reliģiozitāte	0,52	0,13	0,23***	4,01
Ģimenes stāvoklis	0,02	0,13	0,01	0,14
Ienākumu līmenis	0,10	0,13	0,04	0,74
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,32	0,17	0,11	1,87
Emocionālais siltums	0,09	0,09	0,08	1,09
Kompetence	0,10	0,09	0,09	1,16
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,33	0,08	0,27***	4,11
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,18	0,08	0,14*	2,38
R ² (pielāgotais)	0,35 (0,32)			
F pie ΔR ²	14,59***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

15. tabula. Hierarhiskā regresijas analīze atkarīgam mainīgam *nodomi meklēt palīdzību pie astrologa pašnāvības domu gadījumā* (n = 237)

<i>Soļi un prognozētāji</i>	<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
<i>1.solis</i>				
Dzimums	0,09	0,13	0,05	0,74
Vecums	0,00	0,00	-0,05	-0,62
Izglītība	0,07	0,13	0,04	0,52
Reliģiozitāte	0,17	0,12	0,10	1,45
Ģimenes stāvoklis	-0,20	0,13	-0,11	-1,57
Ienākumu līmenis	0,03	0,13	0,02	0,22
R ² (pielāgotais)	0,04 (0,01)			
F pie ΔR ²	1,44			
<i>2.solis</i>				
Dzimums	0,07	0,12	0,04	0,55
Vecums	0,00	0,00	-0,06	-0,80
Izglītība	0,06	0,12	0,03	0,48
Reliģiozitāte	0,14	0,11	0,08	1,27
Ģimenes stāvoklis	-0,15	0,12	-0,08	-1,25
Ienākumu līmenis	-0,01	0,12	0,00	-0,06
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,92	0,17	0,33***	5,28
R ² (pielāgotais)	0,14 (0,12)			
F pie ΔR ²	27,93***			
<i>3.solis</i>				
Dzimums	0,02	0,12	0,01	0,14
Vecums	0,00	0,00	-0,05	-0,65
Izglītība	0,11	0,12	0,06	0,90
Reliģiozitāte	0,16	0,11	0,09	1,42
Ģimenes stāvoklis	-0,14	0,12	-0,08	-1,13
Ienākumu līmenis	0,01	0,12	0,01	0,10
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,83	0,18	0,29***	4,71
Emocionālais siltums	0,02	0,07	0,02	0,31
Kompetence	0,11	0,06	0,15	1,88
R ² (pielāgotais)	0,17 (0,13)			
F pie ΔR ²	3,48*			
<i>4.solis</i>				
Dzimums	0,02	0,11	0,01	0,17
Vecums	0,00	0,00	-0,05	-0,76
Izglītība	0,07	0,11	0,04	0,60
Reliģiozitāte	0,06	0,11	0,03	0,57
Ģimenes stāvoklis	-0,13	0,12	-0,07	-1,11
Ienākumu līmenis	0,04	0,11	0,02	0,33
Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,54	0,17	0,19**	3,12
Emocionālais siltums	0,05	0,06	0,06	0,75
Kompetence	0,02	0,06	0,03	0,39
Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,27	0,07	0,26***	3,88
Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,23	0,06	0,23***	3,85
R ² (pielāgotais)	0,27 (0,24)			
F pie ΔR ²	16,67***			

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

3. pielikums

Korelācijas koeficientu tabulas

1. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta vieglu emocionālo problēmu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,01	--									
2. Vecums	0,33***	-0,19***	--								
3. Izglītība	-0,12*	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,05	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	0,10	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,12*	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,42***	0,05	0,30***	-0,15**	0,14*	0,11	-0,03	--			
8. Emocionālais siltums	0,18**	-0,02	0,04	-0,21***	0,02	-0,10	-0,06	0,14**	--		
9. Kompetence	0,24***	0,04	0,05	-0,17**	0,03	-0,16**	-0,08	0,19**	0,77***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,19**	0,14*	-0,03	-0,03	-0,06	-0,07	-0,02	0,12*	0,07	0,18**	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,26***	0,07	0,04	-0,01	-0,02	0,01	-0,11	0,13*	0,14*	0,17**	0,12*

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta vieglu emocionālo problēmu gadījumā).

2. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,07	--									
2. Vecums	0,31***	-0,19***	--								
3. Izglītība	-0,11*	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,06	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	0,11*	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,06	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,45***	0,05	0,30***	-0,15**	0,14*	0,11	-0,03	--			
8. Emocionālais siltums	0,14*	-0,02	0,04	-0,21***	0,02	-0,10	-0,06	0,14**	--		
9. Kompetence	0,25***	0,04	0,05	-0,17**	0,03	-0,16**	-0,08	0,19**	0,77***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,22***	0,14*	-0,03	-0,03	-0,06	-0,07	-0,02	0,12*	0,07	0,18**	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,27***	0,07	0,04	-0,01	-0,02	0,01	-0,11	0,13*	0,14*	0,17**	0,12*

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā).

3. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta pašnāvības domu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,02	--									
2. Vecums	0,21***	-0,19***	--								
3. Izglītība	-0,12*	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,09	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	0,06	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,12*	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,33***	0,05	0,30***	-0,15**	0,14*	0,11	-0,03	--			
8. Emocionālais siltums	0,10	-0,02	0,04	-0,21***	0,02	-0,10	-0,06	0,14**	--		
9. Kompetence	0,18**	0,04	0,05	-0,17**	0,03	-0,16**	-0,08	0,19**	0,77***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,14*	0,14*	-0,03	-0,03	-0,06	-0,07	-0,02	0,12*	0,07	0,18**	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,22***	0,07	0,04	-0,01	-0,02	0,01	-0,11	0,13*	0,14*	0,17**	0,12*

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie ģimenes ārsta pašnāvības domu gadījumā).

4. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie psihiatra vieglu emocionālo problēmu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,09	--									
2. Vecums	0,03	-0,19***	--								
3. Izglītība	0,03	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,04	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,18**	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,06	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,30***	0,01	0,16**	-0,08	0,12*	-0,01	-0,06	--			
8. Emocionālais siltums	0,29***	0,19**	-0,10	0,06	0,03	-0,15**	-0,01	0,06	--		
9. Kompetence	0,17**	0,21***	-0,20***	0,04	0,07	-0,15**	-0,05	0,07	0,66***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,25***	0,23***	-0,04	0,13*	0,08	-0,09	-0,08	0,05	0,15**	0,16**	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,24***	-0,05	0,03	0,03	0,05	-0,09	-0,03	-0,04	0,19**	0,10	0,11*

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie psihiatra vieglu emocionālo problēmu gadījumā).

5. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie psihiatra nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanās, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,06	--									
2. Vecums	0,00	-0,19***	--								
3. Izglītība	0,02	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,09	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,14**	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	0,01	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,25***	0,01	0,16**	-0,08	0,12*	-0,01	-0,06	--			
8. Emocionālais siltums	0,23***	0,19**	-0,10	0,06	0,03	-0,15**	-0,01	0,06	--		
9. Kompetence	0,21***	0,21***	-0,20***	0,04	0,07	-0,15**	-0,05	0,07	0,66***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,26***	0,23***	-0,04	0,13*	0,08	-0,09	-0,08	0,05	0,15**	0,16**	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,20***	-0,05	0,03	0,03	0,05	-0,09	-0,03	-0,04	0,19**	0,10	0,11*

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie psihiatra nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā).

6. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie psihiatra pašnāvības domu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,15**	--									
2. Vecums	-0,08	-0,19***	--								
3. Izglītība	0,00	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,06	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,09	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,02	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,14*	0,01	0,16**	-0,08	0,12*	-0,01	-0,06	--			
8. Emocionālais siltums	0,19**	0,19**	-0,10	0,06	0,03	-0,15**	-0,01	0,06	--		
9. Kompetence	0,16**	0,21***	-0,20***	0,04	0,07	-0,15**	-0,05	0,07	0,66***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,18**	0,23***	-0,04	0,13*	0,08	-0,09	-0,08	0,05	0,15**	0,16**	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,18**	-0,05	0,03	0,03	0,05	-0,09	-0,03	-0,04	0,19**	0,10	0,11*

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie psihiatra pašnāvības domu gadījumā).

7. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie psihologa vieglu emocionālo problēmu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,22***	--									
2. Vecums	-0,27***	-0,19***	--								
3. Izglītība	0,07	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,14*	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,22***	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,02	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,34***	0,09	-0,03	0,07	0,08	-0,06	0,11	--			
8. Emocionālais siltums	0,25***	0,12*	-0,16**	-0,06	0,02	-0,20***	-0,05	0,11	--		
9. Kompetence	0,25***	0,11*	-0,20***	-0,12*	0,01	-0,22***	-0,12*	0,03	0,72***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,40***	0,17**	-0,11	-0,03	0,13*	-0,09	-0,07	0,23***	0,15**	0,22***	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,28***	0,08	-0,14*	0,02	0,12*	-0,08	0,07	0,07	0,24***	0,21***	0,20***

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie psihologa vieglu emocionālo problēmu gadījumā).

8. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie psihologa nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,18**	--									
2. Vecums	-0,26***	-0,19***	--								
3. Izglītība	0,06	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,14*	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,17**	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,02	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,23***	0,09	-0,03	0,07	0,08	-0,06	0,11	--			
8. Emocionālais siltums	0,21***	0,12*	-0,16**	-0,06	0,02	-0,20***	-0,05	0,11	--		
9. Kompetence	0,27***	0,11*	-0,20***	-0,12*	0,01	-0,22***	-0,12*	0,03	0,72***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,37***	0,17**	-0,11	-0,03	0,13*	-0,09	-0,07	0,23***	0,15**	0,22***	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,35***	0,08	-0,14*	0,02	0,12*	-0,08	0,07	0,07	0,24***	0,21***	0,20***

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie psihologa nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā).

9. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie psihologa pašnāvības domu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,12*	--									
2. Vecums	-0,21***	-0,19***	--								
3. Izglītība	0,00	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,10	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,16**	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	0,02	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,15**	0,09	-0,03	0,07	0,08	-0,06	0,11	--			
8. Emocionālais siltums	0,15**	0,12*	-0,16**	-0,06	0,02	-0,20***	-0,05	0,11	--		
9. Kompetence	0,24***	0,11*	-0,20***	-0,12*	0,01	-0,22***	-0,12*	0,03	0,72***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,29***	0,17**	-0,11	-0,03	0,13*	-0,09	-0,07	0,23***	0,15**	0,22***	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,28***	0,08	-0,14*	0,02	0,12*	-0,08	0,07	0,07	0,24***	0,21***	0,20***

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie psihologa pašnāvības domu gadījumā).

10. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie garīdznieka vieglu emocionālo problēmu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,12*	--									
2. Vecums	0,05	-0,19***	--								
3. Izglītība	-0,07	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,40***	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,06	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,02	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,43***	0,02	0,06	-0,02	0,21***	0,02	0,04	--			
8. Emocionālais siltums	0,31***	0,06	-0,10	-0,03	0,06	-0,14*	0,06	0,13*	--		
9. Kompetence	0,39***	0,15**	-0,12*	-0,04	0,16**	-0,13*	-0,02	0,17**	0,74***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,55***	0,17**	0,12*	-0,03	0,37***	-0,05	-0,15*	0,29***	0,28***	0,42***	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,33***	-0,03	0,02	-0,07	0,17**	0,02	0,03	0,08	0,22***	0,25***	0,36***

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie garīdznieka vieglu emocionālo problēmu gadījumā).

11. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie garīdznieka nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,11*	--									
2. Vecums	0,05	-0,19***	--								
3. Izglītība	-0,05	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,40***	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,05	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,08	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,36***	0,02	0,06	-0,02	0,21***	0,02	0,04	--			
8. Emocionālais siltums	0,30***	0,06	-0,10	-0,03	0,06	-0,14*	0,06	0,13*	--		
9. Kompetence	0,39***	0,15**	-0,12*	-0,04	0,16**	-0,13*	-0,02	0,17**	0,74***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,55***	0,17**	0,12*	-0,03	0,37***	-0,05	-0,15*	0,29***	0,28***	0,42***	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,38***	-0,03	0,02	-0,07	0,17**	0,02	0,03	0,08	0,22***	0,25***	0,36***

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie garīdznieka nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā).

12. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie garīdznieka pašnāvības domu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,04	--									
2. Vecums	0,06	-0,19***	--								
3. Izglītība	-0,11*	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,37***	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	0,01	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,03	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,29***	0,02	0,06	-0,02	0,21***	0,02	0,04	--			
8. Emocionālais siltums	0,28***	0,06	-0,10	-0,03	0,06	-0,14*	0,06	0,13*	--		
9. Kompetence	0,34***	0,15**	-0,12*	-0,04	0,16**	-0,13*	-0,02	0,17**	0,74***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,44***	0,17**	0,12*	-0,03	0,37***	-0,05	-0,15*	0,29***	0,28***	0,42***	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,33***	-0,03	0,02	-0,07	0,17**	0,02	0,03	0,08	0,22***	0,25***	0,36***

Piezīme. Respondentu skaits no 264 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie garīdznieka pašnāvības domu gadījumā).

13. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie astrologa vieglu emocionālo problēmu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,20***	--									
2. Vecums	-0,08	-0,19***	--								
3. Izglītība	0,04	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,10	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,08	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,02	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,39***	0,04	0,00	0,04	0,06	-0,06	0,08	--			
8. Emocionālais siltums	0,13*	0,09	-0,07	-0,01	-0,08	-0,12*	0,00	0,10	--		
9. Kompetence	0,24***	0,14*	-0,10	-0,14*	-0,03	-0,08	-0,08	0,16**	0,59***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,44***	0,08	0,04	-0,09	0,09	-0,07	-0,10	0,28***	0,13*	0,35***	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,28***	0,12*	-0,08	0,08	0,08	0,00	0,05	0,16**	0,15**	0,13*	0,19***

Piezīme. Respondentu skaits no 262 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie astrologa vieglu emocionālo problēmu gadījumā).

14. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie astrologa nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,21***	--									
2. Vecums	-0,10	-0,19***	--								
3. Izglītība	0,06	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,07	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,09	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	-0,03	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,40***	0,04	0,00	0,04	0,06	-0,06	0,08	--			
8. Emocionālais siltums	0,12*	0,09	-0,07	-0,01	-0,08	-0,12*	0,00	0,10	--		
9. Kompetence	0,24***	0,14*	-0,10	-0,14*	-0,03	-0,08	-0,08	0,16**	0,59***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,42***	0,08	0,04	-0,09	0,09	-0,07	-0,10	0,28***	0,13*	0,35***	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,31***	0,12*	-0,08	0,08	0,08	0,00	0,05	0,16**	0,15**	0,13*	0,19***

Piezīme. Respondentu skaits no 262 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie astrologa nopietnu psiholoģisko problēmu gadījumā).

15. tabula. Pīrsona korelācijas koeficienti starp nodomiem meklēt palīdzību pie astrologa pašnāvības domu gadījumā, sociāli demogrāfiskajiem rādītājiem, iepriekšēju konsultēšanos, stereotipiem un uztvertajām sabiedrības attieksmēm

Mainīgie	AM ^a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dzimums	0,11*	--									
2. Vecums	-0,11	-0,19***	--								
3. Izglītība	0,04	0,25***	-0,17**	--							
4. Reliģiozitāte	0,08	0,13*	0,02	0,04	--						
5. Ģimenes stāvoklis	-0,11*	-0,11*	0,37***	-0,05	0,08	--					
6. Ienākumu līmenis	0,02	-0,10	-0,24***	0,17**	-0,02	-0,02	--				
7. Iepriekšēja konsultēšanās psiholoģisku problēmu gad.	0,34***	0,04	0,00	0,04	0,06	-0,06	0,08	--			
8. Emocionālais siltums	0,13*	0,09	-0,07	-0,01	-0,08	-0,12*	0,00	0,10	--		
9. Kompetence	0,21***	0,14*	-0,10	-0,14*	-0,03	-0,08	-0,08	0,16**	0,59***	--	
10. Profesijas nepieciešamība sabiedrībai	0,37***	0,08	0,04	-0,09	0,09	-0,07	-0,10	0,28***	0,13*	0,35***	--
11. Pieņemamība meklēt palīdzību pie profesionāļa	0,30***	0,12*	-0,08	0,08	0,08	0,00	0,05	0,16**	0,15**	0,13*	0,19***

Piezīme. Respondentu skaits no 262 līdz 338.

^a AM – atkarīgais mainīgais (nodomi meklēt palīdzību pie astrologa pašnāvības domu gadījumā).

4. Pielikums

Aptauja

Pētījums par palīdzošo profesiju pārstāvju raksturojumiem un palīdzības meklēšanas nodomiem

Lūdzu Jūs piedalīties pētījumā par palīdzošo profesiju pārstāvju raksturojumiem un palīdzības meklēšanas nodomiem. Pētījumu veic Latvijas Universitātes doktorante Lāsma Katšena.

Aptauja sastāv no trīs daļām: 1. daļā jānovērtē pieci praktizējoši profesiju pārstāvji, 2. daļā jāatbild uz 8 jautājumiem un 3. daļā jāaizpilda demogrāfiskās informācijas lauki.

Aptaujas aizpildīšana aizņems apmēram 15-20 minūtes. Anonimitāte tiek garantēta. Paldies par atsaucību!

1. daļa

1. Novērtējiet, kādam, Jūsprāt, vajadzētu būt ideālam ĢIMENES ĀRSTAM!

(Ģimenes ārsts ir speciālists ar medicīnisko izglītību, kas nodrošina pacientu primāro veselības aprūpi: profilaksi, diagnostiku un ārstēšanu.)

Atbilžu variantu „nevaru pateikt” centieties izmantot pēc iespējas mazāk!

	IDEĀLS ģimenes ārsts						NEVARU PATEIKT
	1 – nemaz	2 – nedaudz	3 – gandrīz viduvēji	4 – vairāk nekā viduvēji	5 – izteikti	6 – ļoti izteikti	
laipns							
prasmīgs							
dara prestižu darbu							
ar labiem nodomiem							
kompetents							
cienījams							
sirsnīgs							
gudrs							
finansiāli nodrošināts							
uzticams							
spējīgs							
ar labu izglītību							

Neatkarīgi no tā, vai esat apmeklētājs/-usi vai nē, novērtējiet, kāds Jums šķiet tipisks ĢIMENES ĀRSTS!

Atbilžu variantu „nevaru pateikt” centieties izmantot pēc iespējas mazāk!

	TIPISKS ģimenes ārsts						
	1 – nemaz	2 – nedaudz	3 – gandrīz viduvēji	4 – vairāk nekā viduvēji	5 – izteikti	6 – ļoti izteikti	NEVARU PATEIKT
laipns							
prasmīgs							
dara prestižu darbu							
ar labiem nodomiem							
kompetents							
cienījams							
sirsnīgs							
gudrs							
finansiāli nodrošināts							
uzticams							
spējīgs							
ar labu izglītību							

2. Novērtējiet, kādam, Jūsaprāt, vajadzētu būt ideālam PSIHATRAM!

(**Psichiātrs** ir speciālists ar medicīnisko izglītību, kas nodarbojas ar pacientu psihisko traucējumu un slimību cēloņu izpēti, diagnostiku, ārstēšanu un profilaksi.)

Atbilžu variantu „nevaru pateikt” centieties izmantot pēc iespējas mazāk!

	IDEĀLS psihiātrs						
	1 – nemaz	2 – nedaudz	3 – gandrīz viduvēji	4 – vairāk nekā viduvēji	5 – izteikti	6 – ļoti izteikti	NEVARU PATEIKT
laipns							
prasmīgs							
dara prestižu darbu ar labiem nodomiem							
kompetents							
cienījams							
sirsniņgs							
gudrs							
finansiāli nodrošināts							
uzticams							
spējīgs							
ar labu izglītību							

Neatkarīgi no tā, vai esat apmeklētājs/-usi vai nē, novērtējiet, kāds Jums šķiet tipisks PSIHATRS!

Atbilžu variantu „nevaru pateikt” centieties izmantot pēc iespējas mazāk!

	TIPISKS psihiātrs						
	1 – nemaz	2 – nedaudz	3 – gandrīz viduvēji	4 – vairāk nekā viduvēji	5 – izteikti	6 – ļoti izteikti	NEVARU PATEIKT
laipns							
prasmīgs							
dara prestižu darbu ar labiem nodomiem							
kompetents							
cienījams							
sirsniņgs							
gudrs							
finansiāli nodrošināts							
uzticams							
spējīgs							
ar labu izglītību							

3. Novērtējiet, kādam, Jūsaprāt, vajadzētu būt ideālam PSIHOLOGAM!

(**Psihologs** ir speciālists ar izglītību psiholoģijā, kas palīdz klientiem izprast, mazināt un novērst psiholoģiskās grūtības un emocionālos, uzvedības traucējumus, kā arī veicināt psiholoģisko labklājību un personisko izaugsmi.)

Atbilžu variantu „nevaru pateikt” centieties izmantot pēc iespējas mazāk!

	IDEĀLS psihologs						NEVARU PATEIKT
	1 – nemaz	2 – nedaudz	3 – gandrīz viduvēji	4 – vairāk nekā viduvēji	5 – izteikti	6 – ļoti izteikti	
laipns							
prasmīgs							
dara prestižu darbu							
ar labiem nodomiem							
kompetents							
cienījams							
sirsniņgs							
gudrs							
finansiāli nodrošināts							
uzticams							
spējīgs							
ar labu izglītību							

Neatkarīgi no tā, vai esat apmeklējis/-usi vai nē, novērtējiet, kāds Jums šķiet tipisks PSIHOLOGS!

Atbilžu variantu „nevaru pateikt” centieties izmantot pēc iespējas mazāk!

	TIPISKS psihologs						NEVARU PATEIKT
	1 – nemaz	2 – nedaudz	3 – gandrīz viduvēji	4 – vairāk nekā viduvēji	5 – izteikti	6 – ļoti izteikti	
laipns							
prasmīgs							
dara prestižu darbu							
ar labiem nodomiem							
kompetents							
cienījams							
sirsniņgs							
gudrs							
finansiāli nodrošināts							
uzticams							
spējīgs							
ar labu izglītību							

4. Novērtējiet, kādam, Jūsaprāt, vajadzētu būt ideālam GARĪDZNIEKAM!

(**Garīdznieks** ir persona ar izglītību teoloģijā (t.i., mācītājs, priesteris), kas atbalsta, vada un izglīto savas kopienas locekļus, notur dievkalpojumus, ceremonijas, lasa sprediķus, uzklausu grēksūdzes u.tml.)

Atbilžu variantu „nevaru pateikt” centieties izmantot pēc iespējas mazāk!

	IDEĀLS garīdznieks						NEVARU PATEIKT
	1 – nemaz	2 – nedaudz	3 – gandrīz viduvēji	4 – vairāk nekā viduvēji	5 – izteikti	6 – ļoti izteikti	
laipns							
prasmīgs							
dara prestižu darbu							
ar labiem nodomiem							
kompetents							
cienījams							
sirsnīgs							
gudrs							
finansiāli nodrošināts							
uzticams							
spējīgs							
ar labu izglītību							

Neatkarīgi no tā, vai esat apmeklētājs/-usi vai nē, novērtējiet, kāds Jums šķiet tipisks GARĪDZNIEKS!

Atbilžu variantu „nevaru pateikt” centieties izmantot pēc iespējas mazāk!

	TIPISKS garīdznieks						NEVARU PATEIKT
	1 – nemaz	2 – nedaudz	3 – gandrīz viduvēji	4 – vairāk nekā viduvēji	5 – izteikti	6 – ļoti izteikti	
laipns							
prasmīgs							
dara prestižu darbu							
ar labiem nodomiem							
kompetents							
cienījams							
sirsnīgs							
gudrs							
finansiāli nodrošināts							
uzticams							
spējīgs							
ar labu izglītību							

5. Novērtējiet, kādam, Jūsaprāt, vajadzētu būt ideālam ASTROLOGAM!

(**Astrologs** ir persona ar speciālām zināšanām astroloģijā, kas, balstoties uz planētu un kosmisko ietekmi, sastāda horoskopus un konsultē klientus – skaidro personību, prognozē nākotni u.tml.)

Atbilžu variantu „nevaru pateikt” centieties izmantot pēc iespējas mazāk!

	IDEĀLS astrologs						NEVARU PATEIKT
	1 – nemaz	2 – nedaudz	3 – gandrīz viduvēji	4 – vairāk nekā viduvēji	5 – izteikti	6 – ļoti izteikti	
laipns							
prasmīgs							
dara prestižu darbu							
ar labiem nodomiem							
kompetents							
cienījams							
sirsniņgs							
gudrs							
finansiāli nodrošināts							
uzticams							
spējīgs							
ar labu izglītību							

Neatkarīgi no tā, vai esat apmeklējis/-usi vai nē, novērtējiet, kāds Jums šķiet tipisks ASTROLOGS!

Atbilžu variantu „nevaru pateikt” centieties izmantot pēc iespējas mazāk!

	TIPISKS astrologs						NEVARU PATEIKT
	1 – nemaz	2 – nedaudz	3 – gandrīz viduvēji	4 – vairāk nekā viduvēji	5 – izteikti	6 – ļoti izteikti	
laipns							
prasmīgs							
dara prestižu darbu							
ar labiem nodomiem							
kompetents							
cienījams							
sirsniņgs							
gudrs							
finansiāli nodrošināts							
uzticams							
spējīgs							
ar labu izglītību							

2. daļa

1. Lūdzu, novērtējiet no 1 – 4, cik sabiedrībai ir nepieciešams attiecīgais profesionālis!

	1 – noteikti nav nepieciešams	2 – drīzāk nav nepieciešams	3 – drīzāk ir nepieciešams	4 – noteikti ir nepieciešams
Ģimenes ārsts				
Psihiatrs				
Psihologs				
Garīdznieks				
Astrologs				

2. Vai iepriekš esat konsultējies/-usies pie (šādiem profesiju pārstāvjiem)?

Pie ģimenes ārsta	nē	jā
Pie psihiatra	nē	jā
Pie psihologa	nē	jā
Pie garīdznieka	nē	jā
Pie astrologa	nē	jā

3. Vai Jūs kādreiz esat apspriedis/ -usi psiholoģiskas problēmas (piem., nomāktība, nervozitāte, trauksme, depresīvas izjūtas, attiecību problēmas utt.) ar ... ?

Ģimenes ārstu	nē	jā
Psihiatru	nē	jā
Psihologu	nē	jā
Garīdznieku	nē	jā
Astrologu	nē	jā

4. a) Ir zināms, ka vairums cilvēku laiku pa laikam izjūt bailes, ir nervozi, jūtas nomākti, bezspēcīgi utt. Ja Jums būtu šādas izjūtas, kādā mērā Jūs izvēlētos meklēt palīdzību pie zemāk minētajiem profesiju pārstāvjiem?

	1 – noteikti nē	2 – drīzāk nē	3 – drīzāk jā	4 – noteikti jā
Pie ģimenes ārsta				
Pie psihiatra				
Pie psihologa				
Pie garīdznieka				
Pie astrologa				

b) Sarindojiet zemāk minētos profesiju pārstāvjus no 1 – 5, no tā, pie kura Jūs meklētu palīdzību vispirms (1), līdz tam, pie kura Jūs ietu kā pēdējā (5) iepriekš minēto izjūtu gadījumos!

_ Ģimenes ārsts
 _ Psihiatrs
 _ Psihologs
 _ Garīdznieks
 _ Astrologs

5. a) Ja Jūs piedzīvotu nopietnas psiholoģiskas problēmas (piem., ilgstošas depresīvas izjūtas, ļoti nomācošas un negatīvas domas, pārmērīgu nervozitāti/ trauksmi, ļoti konfliktējošas attiecības ar tuvu cilvēku, nespēju tikt galā ar ikdienas pienākumiem utt.), kādā mērā Jūs izvēlētos meklēt palīdzību pie zemāk minētajiem profesiju pārstāvjiem?

	1 – noteikti nē	2 – drīzāk nē	3 – drīzāk jā	4 – noteikti jā
Pie ģimenes ārsta				
Pie psihiatra				
Pie psihologa				

	1 – noteikti nē	2 – drīzāk nē	3 – drīzāk jā	4 – noteikti jā
Pie garīdznieka				
Pie astrologa				

b) Sarindojiet zemāk minētos profesiju pārstāvjus no 1 – 5, no tā, pie kura Jūs meklētu palīdzību vispirms (1), līdz tam, pie kura Jūs ietu kā pēdējā (5) iepriekš minēto problēmu gadījumos!

- _ Ģimenes ārsts
- _ Psihiatrs
- _ Psihologs
- _ Garīdznieks
- _ Astrologs

6. a) Iztēlojieties sekojošu situāciju! Tuvs Jūsu draugs/ draudzene stāsta, ka pēdējos pāris mēnešus pastāvīgi jūtas nomākts/ -a, nervozs/ -a, ir grūti koncentrēties darbam un arī attiecības ar tuviem cilvēkiem kļuvušas saspīlētas. Pie kā Jūs viņam/ -ai ieteiktu vērsties pēc palīdzības?

	1 – noteikti neieteiktu	2 – drīzāk neieteiktu	3 – drīzāk ieteiktu	4 – noteikti ieteiktu
Pie ģimenes ārsta				
Pie psihiatra				
Pie psihologa				
Pie garīdznieka				
Pie astrologa				

b) Sarindojiet zemāk minētos profesiju pārstāvjus no 1 – 5, no tā, kuru Jūs ieteiktu vispirms (1), līdz tam, kuru Jūs ieteiktu kā pēdējo (5) iepriekš minēto drauga/ draudzenes problēmu gadījumā!

- _ Ģimenes ārsts
- _ Psihiatrs
- _ Psihologs
- _ Garīdznieks
- _ Astrologs

7. Ja Jums būtu domas par pašnāvību, cik lielā mērā Jūs izvēlētos par to runāt ar ...?

	1 – noteikti nē	2 – drīzāk nē	3 – drīzāk jā	4 – noteikti jā
Ģimenes ārstu				
Psihiatru				
Psihologu				
Garīdznieku				
Astrologu				

8. Novērtējiet skalā no 1 – 4, kā sabiedrībā tiek uzskatīts, cik lielā mērā ir pieņemami meklēt palīdzību pie sekojošiem profesiju pārstāvjiem?

	1 – ļoti nepieņemami	2 – vairāk nepieņemami nekā pieņemami	2 – vairāk pieņemami nekā nepieņemami	4 – ļoti pieņemami
Pie ģimenes ārsta				
Pie psihiatra				
Pie psihologa				
Pie garīdznieka				
Pie astrologa				

Demogrāfiskā informācija

- 1) Dzimums: sieviete
 vīrietis
- 2) Vecums: ____ (gados)
- 3) Izglītība: Pamata
 Vidējā vai vidējā profesionālā
 Nepabeigta augstākā (arī, ja šobrīd studējat)
 Augstākā
- 3b) Izglītība gados: 9 gadi
 10-11 gadi
 12-13 gadi
 14-16 gadi
 17 un vairāk
- 4) Dzīvesvieta: lielpilsēta
 mazpilsēta
 ciemats
 lauki
- 5) Reliģiskā piederība:
 kristietis/-e
 cita reliģiskā piederība
 neesmu reliģiozs/-a
 nevēlos atbildēt
- 6) Ģimenes stāvoklis:
 neprecējies/-usies un nav partnera
 neprecējies/-usies, ir partneris/-e, bet nedzīvojam kopā
 neprecējies/-usies, dzīvoju kopā ar partneri
 precējies/-usies
 šķīries/-usies
 atraitnis/-e
- 7) Tautība: latviešu
 krievu
 cita
- 8) Ienākumu līmenis mēnesī vidēji uz vienu Jūsu mājsaimniecības locekli (pēc nodokļu nomaksas): Līdz 100 Ls 600 – 700 Ls
 100 – 200 Ls 700 – 800 Ls
 200 – 300 Ls 800 – 900 Ls
 300 – 400 Ls 900 – 1000 Ls
 400 – 500 Ls 1000 Ls un vairāk
 500 – 600 Ls nevēlos atbildēt

Vieta komentāriem: _____

Paldies par piedalīšanos! ☺

(Neskaidrību vai jautājumu gadījumā rakstiet uz Iklasma@inbox.lv!)