

STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA PREMA PSIHIJATRIJSKIM PACIJENTIMA

Josipović, Blanka

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:525313>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-29**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO – PROMICANJE I ZAŠTITA
MENTALNOG ZDRAVLJA

Blanka Josipović

**STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA PREMA
PSIHIJATRIJSKIM PACIJENTIMA**

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

UNIVERSITY OF RIJEKA

FACULTY OF HEALTH STUDIES

UNIVERSITY GRADUATE STUDY NURSING - PROMOTION AND PROTECTION OF
MENTAL HEALTH

Blanka Josipović

NURSES ATTITUDES TOWARD PSYCHIATRIC PATIENTS

Master thesis

Rijeka, 2023.

Mentor rada: doc.dr.sc.Gordana Pelčić

Diplomski rad obranjen je dana 26.09.2023.g. na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. doc.dr.sc. Gordana Pelčić
2. doc.dr.sc. Robert Doričić
3. doc.dr.sc. Igor Eterović

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	FZSRI
Studij	DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO – PROMOCIJA I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Blanka Josipović
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA PREMA PSIHIJATRIJSKIM PACIJENTIMA
Ime i prezime mentora	Gordana Peličić
Datum zadavanja rada	10.10.2022.
Datum predaje rada	16.8.2023.
Identifikacijski br. podneska	2149069618
Datum provjere rada	21.8.2023.
Ime datoteke	STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA PREMA PSIHIJATRIJSKIM PACIJENTIMA
Veličina datoteke	151.8K
Broj znakova	47895
Broj riječi	7940
Broj stranica	37

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	14%
Izvori s interneta	
Publikacije	
Studentski radovi	

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	Rad zadovoljava uvjete izvornosti
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum

21.8.2023.

Potpis mentora

SADRŽAJ

1. UVOD	8
2. GLOBALNI TERET BOLESTI MENTALNOG ZDRAVLJA	9
2.1. Stigmatizacija pacijenata s bolestima mentalnog zdravlja	10
2.2. Stigmatizacija pacijenata s bolestima mentalnog zdravlja od strane zdravstvenih djelatnika	12
3. CILJ ISTRAŽIVANJA	14
4. METODE ISTRAŽIVANJA	16
5. REZULTATI	18
6. RASPRAVA	28
7. ZAKLJUČAK	30
LITERATURA	31
PRILOZI	35
ŽIVOTOPIS	35
ZAHVALA	37

SAŽETAK

UVOD: Održavanje mentalnog zdravlja i dobrobiti ključni su za kvalitetu života svih psihijatrijskih pacijenata i produktivnost zajednica, a jedna od glavnih prepreka ostvarenju pozitivnog mentalnog zdravlja i dobrobiti je stigma i diskriminacija, koje mogu utjecati na sve aspekte života pojedinca.

CILJ: Ispitati stavove medicinskih sestara/tehničara o psihijatrijskim pacijentima te iste usporediti obzirom na spol ispitanika i prethodno iskustvo u radu s psihijatrijskim pacijentima.

METODE: U istraživanju su sudjelovale medicinske sestre/ tehničari trenutno zaposleni u zdravstvenoj zaštiti, s minimalno 1 godinom radnog staža. Prikupljanje podataka potrebnih za istraživanje provedeno je pomoću Skale za mjerenje stavova zajednice prema mentalnoj bolesti (CAMI, eng. Community Attitudes Toward the Mentaly Ill). Za statističku obradu podataka koristio se program Statistica 14.0.0.15 (TIBCO Software Inc.), a testiranje hipoteza provedeno je pomoću neparametrijskog Mann Whitney U Testa za nezavisne uzorke i T-testa za nezavisne uzorke. Svi testovi testirani su na razini statističke značajnosti od 0,05 (5%).

REZULTATI: U istraživanju je sudjelovao ukupno 201 ispitanik, od čega je 90,55% bilo ženskog spola, a prosječna dob ispitanika bila je 40,70 godina. Zdravstvenu njegu psihijatrijskom pacijentu u dosadašnjem radu pružalo je 89,05% ispitanika. Prosječni ukupni rezultati ispitanika prema subskalama iznosili su 21,22 za autoritarnost, 42,30 za dobronamjernost, 19,06 za društvenu restriktivnost i 39,08 za stav zajednice, što ukazuje na pozitivne stavove ispitanika prema osobama s mentalnim bolestima. Ispitanici ženskog spola i oni koji su imali prethodno iskustvo u radu s psihijatrijskim pacijentima imali su pozitivnije stavove prema istima, u odnosu na muškarce i one bez prethodnog iskustva s istima.

ZAKLJUČAK: Stavovi medicinskih sestara/tehničara prema psihijatrijskim pacijentima su pozitivni.

Ključne riječi: medicinske sestre/tehničari, mentalne bolesti, negativni stavovi, stigmatizacija
ABSTRACT

INTRODUCTION: Maintaining mental health and well-being is crucial for the quality of life of all psychiatric patients and the productivity of communities, and one of the main obstacles to achieving positive mental health and well-being is stigma and discrimination, which can affect all aspects of an individual's life.

OBJECTIVE: To examine the attitudes of nurses/technicians about psychiatric patients and to compare them regarding the sex of the respondents and previous experience in working with psychiatric patients.

METHODS: Nurses/technicians currently employed in health care, with a minimum of 1 year of work experience, participated in the research. The collection of data required for the research was carried out using the Community Attitudes Toward the Mentally Ill Scale (CAMI). Statistica 14.0.0.15 (TIBCO Software Inc.) was used for statistical data processing, and hypothesis testing was performed using the non-parametric Mann Whitney U Test for independent samples and the T-test for independent samples. All tests were tested at a statistical significance level of 0.05 (5%).

RESULTS: A total of 201 respondents participated in the research, of which 90.55% were female, and the average age of the respondents was 40.70 years. 89.05% of respondents provided health care to psychiatric patients in their previous work. The average total scores of respondents according to subscales were 21.22 for authoritarianism, 42.30 for benevolence, 19.06 for social restrictiveness and 39.08 for community attitude, which indicates positive attitudes of respondents towards people with mental illnesses. Female respondents and those who had previous experience working with psychiatric patients had more positive attitudes towards them, compared to men and those without previous experience with them.

CONCLUSION: The attitudes of nurses/technicians towards psychiatric patients are positive.

Key words: nurses/technicians, mental illness, negative attitudes, stigmatization

1. UVOD

Psihijatrijske bolesti jedne su od glavnih uzročnika globalnog tereta bolesti u 21. stoljeću te je jedna od osam osoba u svijetu živi s nekim mentalnim poremećajem (1). Iako se mentalne bolesti mogu liječiti, gotovo dvije trećine ljudi koji boluju od mentalnih poremećaja ne potražuju pomoć psihijatra ili drugih stručnjaka za mentalno zdravlje, a kao najčešći uzroci istog navode se stigmatizacija, diskriminacija i društvene predrasude (1,2). Stigmatizacija i diskriminacija se javljaju zbog kombinacije neznanja i dezinformacija, predrasuda koje proizlaze iz negativnih stavova i diskriminacije koja proizlazi iz društvene isključenosti ili izbjegavanja (3). Nažalost, dosadašnja istraživanja dokazuju da mnogi psihijatrijski pacijenti doživljavaju diskriminaciju i stigmatizaciju, ne samo od strane opće populacije, već i od strane zdravstvenih radnika (4,5). Medicinske sestre i tehničari će zasigurno, neovisno o odjelu na kojem rade, u svojem radnom vijeku pružati zdravstvenu njegu psihijatrijskim pacijentima pri čemu imaju ključnu ulogu u pružanju sveobuhvatne skrbi usmjerene na oporavak. Međutim, kvaliteta zdravstvene skrbi koju pružaju medicinske sestre i tehničari može biti potkopana zbog stigmatizirajućih stavova (5).

Dosadašnja istraživanja dokazuju da na negativne stavove medicinskih sestara i tehničara prema psihijatrijskim pacijentima značajno utječe prethodno iskustvo s navedenom grupacijom pacijenata, pri čemu medicinske sestre i tehničari koji su već pružali zdravstvenu njegu pacijentima s mentalnim bolestima imaju pozitivniji stav prema istima (6,7). Također, istraživanja dokazuju da medicinske sestre imaju pozitivnije stavove prema psihijatrijskim pacijentima od medicinskih tehničara (8,9), dok dob, dužina radnog staža i stupanj obrazovanja nisu značajno povezani sa stavovima prema pacijentima s mentalnim bolestima (10,11).

Istraživanje ovog tipa može doprinijeti sestrinstvu kao profesiji kroz definiranje razine stigmatizacije i diskriminacije prema pacijentima s mentalnim bolestima od strane medicinskih sestara i tehničara, ali i kroz točnije definiranje varijabli koje su značajno povezane s negativnim stavovima kako bi se moglo utjecati na iste kod specifičnih skupina medicinskih sestara/tehničara.

2. GLOBALNI TERET BOLESTI MENTALNOG ZDRAVLJA

Globalno, jedna od svake tri osobe tijekom života pati od mentalne bolesti koja narušava stanje njihovog mentalnog zdravlja (12). Otprilike, 970 milijuna ljudi imalo je neki poremećaj mentalnog zdravlja 2017. godine, što čini 14,4 % godina proživljenih s invaliditetom (YLDs – eng. *years of healthy life lost due to disability*) iz svih uzroka (13). Stvarni teret narušenog mentalnog zdravlja nedvojbeno je daleko veći, pod pretpostavkom preklapanja između psihijatrijskih i neuroloških poremećaja, pri čemu bi mentalne bolesti činile 32,4 % ukupnih YLD-ova (12). Depresija, anksioznost, bipolarni poremećaj, shizofrenija i druge psihoze, demencija, poremećaji ovisnosti o drogama, poremećaj pažnje i hiperaktivnosti te razvojni poremećaji, uključujući autizam, vodeći su uzročnici bolesti mentalnog zdravlja (13). Iako bolesti mentalnog zdravlja zahvaćaju ljude u svim skupinama društva, siromašni su i dalje neproporcionalno pogođeni, što je posebno zabrinjavajuće u 153 zemlje s niskim i srednjim dohotkom u kojima živi 85 % svjetske populacije i gdje se javlja više od 80 % bolesti mentalnog zdravlja. Do 2030. godine depresija će biti treći i drugi najveći uzrok opterećenja bolestima u zemljama s niskim i srednjim dohotkom (14). Moderator visokog tereta mentalnog zdravlja u mnogim zemljama s niskim dohotkom uključuju siromaštvo, niske socioekonomske statuse, nezaposlenost, niske razine obrazovanja, brzu urbanizaciju, unutarnju migraciju, promjene načina života, mlađu demografiju stanovništva i diskriminirajuće prakse prema određenim podskupinama stanovništva (15).

Ekonomskim troškovi liječenja bolesti mentalnog zdravlja izravno doprinose povećanim izdacima za zdravstvenu skrb, a neizravno smanjenoj produktivnosti pojedinaca, njihovih njegovatelja kod kuće i kolega na radnom mjestu. Izgubljene plaće u kombinaciji s troškovima zdravstvene skrbi mogu imati katastrofalne financijske posljedice za pacijente i njihove obitelji. Obzirom da će se stanovništvo povećavati, ali i stariti tijekom sljedećih desetljeća, trošak liječenja bolesti mentalnog zdravlja više će se nego udvostručiti do 2030. godine s 870 milijardi američkih dolara na 2 bilijuna američkih dolara. Očekivani ekonomski danak liječenja bolesti mentalnog zdravlja u zemljama s niskim dohotkom između 2011. i 2030. godine procjenjuje se na 7,3 bilijuna američkih dolara (16). Međutim, važno je uzeti u obzir i da su poremećaji tjelesnog i mentalnog zdravlja povezani "dvosmjernim" vezama. Kronična stanja kao što su kardiovaskularne bolesti, dijabetes, rak i respiratorne bolesti (nezarazne bolesti) često postoje zajedno s bolestima mentalnog zdravlja, što se pripisuje zajedničkim čimbenicima rizika (17).

SZO procjenjuje da četvrtina svih pacijenata koji koriste zdravstvene usluge pati od najmanje jednog mentalnog, neurološkog ili poremećaja ponašanja, koji su često nedijagnosticirani ili neliječeni (16). Studija Svjetske psihijatrijske udruge (WPA – eng. *World Psychiatric Association*) primijetila je široko rasprostranjene tjelesne komorbiditete kod pacijenata s teškom kliničkom slikom mentalne bolesti, praćene lošom zdravstvenom skrbi i pristupom pacijentima (18). Stigmatizacija osoba s mentalnim bolestima na razini populacije, a posebice na razini sustava zdravstvene skrbi, glavna je prepreka u upravljanju fizičkim komorbiditetima i mentalnim zdravljem te ju je potrebno riješiti kako bi se poboljšalo tjelesno i mentalno zdravlje pacijenata s teškom mentalnom bolešću (18).

2.1. Stigmatizacija pacijenata s bolestima mentalnog zdravlja

Održavanje mentalnog zdravlja i dobrobiti ključni su za kvalitetu života svih psihijatrijskih pacijenata i produktivnost zajednica, a jedna od glavnih prepreka ostvarenju pozitivnog mentalnog zdravlja i dobrobiti je stigma i diskriminacija, koje mogu utjecati na sve aspekte života pojedinca (3). Thornicroft smatra stigmom rezultatom neznanja i dezinformacija zbog nedostatka znanja, predrasuda koje proizlaze iz generalnih negativnih stavova i diskriminacije koja proizlazi iz društvene isključenosti ili izbjegavanja, odnosno definira stigmom kao "znak srama, sramote ili neodobravanja koji rezultira odbacivanjem, diskriminacijom i isključenjem pojedinca iz sudjelovanja u nizu različitih područja društva" (19). Stigmatizacija prema osobama s mentalnim bolestima se može konceptualizirati u smislu stereotipa (negativno uvjerenje o sebi/grupi), predrasuda (slaganje s uvjerenjem i/ili negativna emocionalna reakcija) i diskriminacije (reakcija ponašanja na predrasude, kao što je isključenost iz društvenih i ekonomskih prilika) (15). Ujedinjeni narodi (UN) dali su prioritet mentalnom zdravlju stanovništva u cilju održivog razvoja te načela UN-a za zaštitu osoba s mentalnim bolestima i poboljšanje skrbi o mentalnom zdravlju osuđuju svaku diskriminaciju na temelju mentalnih bolesti i zagovaraju pravo svakog pacijenta da se liječi u svojoj zajednici i da dobije najmanje restriktivan i nametljiv tretman (20).

Međutim, provedba ovih načela i dalje je daleko od zadovoljavajuće te je, u vrijeme kada postoji dosad neviđena količina informacija u javnoj domeni, razina točnog znanja o mentalnim bolestima skromna (21). Primjerice, istraživanje populacije u Engleskoj pokazalo je da većina

ljudi (55%) vjeruje da izjava 'netko tko se ne može smatrati odgovornim za vlastite postupke' opisuje osobu koja je mentalno bolesna. Također, većina (63%) misli da će manje od 10% stanovništva doživjeti mentalnu bolest u nekom trenutku u životu (22). Neke studije su otkrile da čak i u razvijenim zemljama, otprilike četvrtina ljudi prvo ode potražiti pomoć iscjelitelja ili člana svećeničke skupine prije nego što se posavjetuje s psihijatrom ili liječnikom opće prakse (23).

Strah, tjeskoba i izbjegavanje uobičajeni su osjećaji i za ljude koji nemaju mentalne bolesti kada su suočeni s onima koji ih imaju, ali i za osobe s mentalnim bolestima koje očekuju odbacivanje i diskriminaciju i stoga sebi nameću oblik 'autostigme'. Reakcije većine populacije da postupi s predrasudama odbijajući manjinsku skupinu obično ne uključuju samo negativne misli, već i emocije kao što su tjeskoba, ljutnja, neprijateljstvo ili gađenje. Predrasude mogu snažnije predvidjeti diskriminaciju nego stereotipi, a nedavno istraživanje pojmova koji se povezuju sa osobama s mentalnim bolestima, pokazalo je da su koristili 250 riječi i fraza od kojih nijedna nije pozitivna (24). Globalna studija koju su proveli Pescosolido i sur. uključila je podatke iz 16 zemalja i pokazala da javnost ima visoke predrasude prema pacijentima s mentalnim bolestima (25). Studija provedena u Kini također je pokazala da javnost ima negativne stavove prema mentalno oboljelim pacijentima, posebno u pogledu uspostavljanja bližih osobnih odnosa s bivšim psihijatrijskim pacijentima (26). Većina ljudi je imala opće znanje o tome kako postići i održati mentalno zdravlje, ali je imala manje znanja o uzrocima, liječenju i prevenciji mentalnih bolesti te je razina znanja o mentalnim bolestima bila negativno povezana s obezvređivanjem i diskriminacijom osoba s mentalnim problemima (26).

Kulturološki čimbenici igraju značajnu ulogu u određivanju različitih aspekata mentalnog zdravlja, u rasponu od percepcije zdravlja i bolesti, ponašanja u traženju pomoći, stavova pojedinaca i zdravstvenih djelatnika te sustava mentalnog zdravlja. Kulturološki čimbenici kao što su percipirani sram zbog dijagnoze mentalne bolesti, želja za zaštitom obiteljskog ugleda i osobnog dostojanstva značajno definiraju ponašanja traženja liječenja. Osobe s mentalnim bolestima u zemljama niskog dohotka kao što je Indija, češće imaju somatske simptome u usporedbi s kognitivnim simptomima u zapadnim zemljama (27). U zemljama s niskim dohotkom gdje je državna potpora za mentalne bolesti minimalna, nedostatak obiteljske podrške zbog percepcije stigme može dovesti do potpunog zanemarivanja osoba s mentalnim bolestima. Tradicionalni iscjelitelji i zajedničko jedinstvo utemeljeno na vjeri preferiraju se za rješavanje krize mentalnog zdravlja u mnogim nisko razvijenim zemljama, primjerice na Filipinima (27).

U arapskoj kulturi obitelji i zajednice dijele teret pojedinaca s mentalnim bolestima, no rizik od napuštanja pacijenta od strane obitelji i zajednica u nekim slučajevima zbog povezane stigme i praktičnog tereta ostaje visok u tim okruženjima (28). U Pakistanu su djeca s poremećajima u razvoju prijavila visoku razinu samostigmatizacije, koja proizlazi iz tabua mentalnog zdravlja i straha od odbacivanja u zajedničkom obiteljskom sustavu (29). Egipatski pacijenti s mentalnim bolestima imali su veću interpersonalnu stigmiju nego samostigmiju i potvrdili su svoju potrebu za dodatnom pomoći osim psihijatrijske intervencije

(30). Terapijski modeli za liječenje poremećaja ovisnosti u Meksiku istaknuli su važnost spola kao društvenog parametra te se razina stigmatizacije razlikuje za ovisnike koji su žene, muškarci ili osobe s problemima rodnog identiteta. Meksikanke su imale gotovo dvostruko veću vjerojatnost da će prepoznati prisutnost mentalne bolesti i smatrale su psihijatrijske intervencije najadekvatnijim liječenjem simptoma, u usporedbi s muškarcima koji su često razmatrali nepsihijatrijske intervencije. Pripisivanje mentalnih bolesti vjerskim elementima također je prepoznato kao mehanizam suočavanja u meksičkom društvu (31).

2.2. Stigmatizacija pacijenata s bolestima mentalnog zdravlja od strane zdravstvenih djelatnika

Sustav zdravstvene zaštite dijeli složen odnos sa stigmatizacijom, pri čemu su njezini članovi istovremeno stigmatizatori, primatelji stigme i snažni čimbenici destigmatizacije. Zdravstveni djelatnici cijelog spektra doprinose stigmatizaciji kroz svjesnu ili nesvjesnu pristranost na nekoliko načina: iskazivanjem nezainteresiranosti u anamnezu mentalnog zdravlja osobe, društvenim distanciranjem, psihijatrijskim označavanjem, terapijskim pesimizmom, strukturnom diskriminacijom povezanom s nekvalitetnim psihijatrijskim liječenjem ili rehabilitacijskim mjerama i dijeljenjem nedovoljnih informacija o dijagnozi (32). Starija životna dob, viši stupanj obrazovanja i duže radno iskustvo među zdravstvenim djelatnicima su povezani s povoljnijim stavovima prema osobama s mentalnim bolestima (33).

Kašnjenje u postavljanju dijagnoze i pravovremenom liječenju fizičkih bolesti kod osoba s mentalnim bolestima najznačajnija je posljedica stigmatizacije jer zasjenjenje dijagnostike i liječenja dovodi do pogrešnog pripisivanja simptoma koji nisu u domeni mentalnog zdravlja (33). Pacijenti s mentalnim bolestima imaju manju vjerojatnost da će biti podvrgnuti probiru za

kardiovaskularne bolesti, dijabetes, osteoporozu ili će ih se uputiti liječniku specijalistu zbog čimbenika povezanih s liječenjem, znanja psihijataru o komorbiditetima, stavova liječnika i nezadovoljavajuće organizacije zdravstvenih usluga. Nasuprot tome, liječnici zanemaruju i prisutnost komorbidnih mentalnih bolesti u prisutnosti značajne fizičke bolesti (34). U studiji koju su proveli Corrigan i sur. bilo je uključeno 166 pružatelja zdravstvenih usluga (42,2% primarna zdravstvena zaštita, 57,8% praksa mentalnog zdravlja) koji su ispunili mjere karakteristika stigme, očekivanog pridržavanja i naknadnih zdravstvenih odluka o muškom pacijentu sa shizofrenijom koji je tražio pomoć zbog bolova u donjem dijelu leđa zbog artritisa (35). Statistička analiza je pokazala da će ispitanici koji su podržavali stigmatizirajuće karakteristike pacijenta vjerojatnije vjerovati da se isti neće pridržavati liječenja i stoga su ga u manjoj mjeri upućivali liječniku specijalistu zbog bolova u leđima (35).

Istraživanje provedeno u Finskoj koje je uključilo 264 medicinske sestre/tehničara primarne zdravstvene zaštite dokazalo je da su stavovi medicinskih sestara/tehničara prema osobama s mentalnim bolestima općenito bili pozitivni te su ispitanici većinom iskazali spremnost za pomoć te osjećaje zabrinutosti i suosjećanja prema ovim pacijentima (36). Međutim, mlađe medicinske sestre/tehničari i one bez dodatne edukacije o mentalnom zdravlju izrazile su strah od psihijatrijskih pacijenata (36). S druge strane, nekolicina drugih istraživanja dokazuje da su stavovi medicinskih sestara/tehničara prema psihijatrijskim pacijentima generalno negativni, posebno u odnosu na osobe sa zlouporabom supstanci u usporedbi s onima sa shizofrenijom i depresijom (4).

Sari i sur. su ispitivali stavove prema mentalnim bolestima korištenjem upitnika Stavovi zajednice prema mentalno bolesnim osobama kod 317 studenata sestrinstva (37). Rezultati su dokazali da je najviša prosječna ocjena bila u subskali autoritarnosti, zatim društvene restriktivnosti, stavova zajednice i dobronamjernosti, a čimbenici značajno povezani sa stavovima studenata sestrinstva prema mentalnim bolestima bili su dob, godina studija i izravan kontakt s psihijatrijskim pacijentima (37). Dosadašnja istraživanja također potvrđuju da klinička iskustva promiču pozitivne stavove prema pacijentima s bolestima mentalnog zdravlja (38,39), a brojne studije su dokazale da je vjerojatnije da će starije osobe imati pozitivne stavove prema pacijentima s mentalnim bolestima (4,40) dok su druge izvijestile da starije osobe imaju negativnije stavove od mlađih (41,42). Međutim, jedno je istraživanje pokazalo da se s porastom dobi smanjuje totalna autoritarnost i društvena restriktivnost, no unatoč tome je starija

životna dob još uvijek značajan čimbenik u smanjenju negativnih stavova prema psihijatrijskim pacijentima jer je povezana sa zrelošću mišljenja i ponašanja (4).

Uz dob i prethodno iskustvo u radu s psihijatrijskim pacijentima, dosadašnja istraživanja dokazuju da je spol također značajan čimbenik u stavovima zdravstvenih djelatnika i opće populacije prema pacijentima s mentalnim bolestima (40,42). Studija presjeka provedena među 210 medicinskih sestara/tehničara koje rade u bolnici javnog sektora u Indiji dokazala je da su žene imale općenito pozitivniji stav prema pacijentima s mentalnim bolestima (43). Prethodne studije provedene na općoj populaciji su također izvijestile da je manja vjerojatnost da će žene stigmatizirati psihijatrijske pacijente i imati manje negativnih stavova prema njima od muškaraca, što se pripisuje tome što su žene empatičnije, otvorenijeg uma i spremne integrirati osobe s mentalnim bolestima u zajednicu, u odnosu na muškarce (39).

Svaka medicinska sestra/tehničar, bilo da pruža zdravstvenu njegu odraslima ili djeci, vjerojatno će se u nekom trenutku brinuti za osobu koja ima komorbidnu mentalnu bolest uz ono od čega se izravno liječi. Primatelju skrbi bilo bi od velike koristi kada bi se stigma mogla eliminirati, no nažalost većina literature sugerira da medicinske sestre/tehničari u općim medicinskim ustanovama često imaju najnegativnije stavove prema osobama s mentalnim bolestima (44,45). Hawthorne i sur. su istražili razinu stigmatizacije kod studenata svih područja sestrištva i primaljstva na različitim godinama i ispitali utjecaj izloženosti osobama s mentalnim bolestima (46). Rezultati navedenog istraživanja su dokazali da studenti sestrištva mentalnog zdravlja postižu značajno bolje rezultate na svim subskalama stigme, a stigma se pogoršala s malim profesionalnim izlaganjem osobama s mentalnim bolestima pri čemu je zaključeno da osobna i profesionalna izloženost osobama s mentalnim bolestima mijenja percepciju studenata (46).

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

C1: Ispitati stavove medicinskih sestara i tehničara prema psihijatrijskim pacijentima.

C2: Usporediti stavove medicinskih sestara i tehničara prema psihijatrijskim pacijentima, obzirom na prethodno radno iskustvo s istima.

C3: Usporediti stavove medicinskih sestara i tehničara prema psihijatrijskim pacijentima, obzirom na spol.

H1: Medicinske sestre i tehničari imaju negativne stavove prema psihijatrijskim pacijentima.
H2: Medicinske sestre i tehničari koji imaju iskustva u radu s psihijatrijskim pacijentima imaju pozitivnije stavove prema istima, u odnosu na one koji nemaju iskustva u radu s istima. H3: Medicinske sestre imaju pozitivnije stavove prema psihijatrijskim pacijentima, u odnosu na medicinske tehničare.

4. METODE ISTRAŽIVANJA

U istraživanju je sudjelovao prigodan uzorak ispitanika, točnije medicinske sestre/tehničari koji su trenutno zaposleni u zdravstvenoj zaštiti. Kriterij uključenja u istraživanje bili su minimalno 1 godina radnog staža, dok je iz istraživanja bilo isključeno ostalo medicinsko i nemedicinsko osoblje. Prikupljanje podataka potrebnih za istraživanje provedeno je pomoću online upitnika koji je bio objavljen na platformi Google Forms te se poveznica na online upitnik objavila putem Facebook društvene mreže u grupe koje okupljaju medicinske sestre/tehničare diljem Republike Hrvatske. Prvi dio anketnog upitnika sadržavao je 5 pitanja o sociodemografskim podacima ispitanika (spol, dob, stupanj obrazovanja, godine radnog staža i prethodno iskustvo u radu s psihijatrijskim pacijentima), koji su korišteni u statističkoj obradi podataka i za točniji prikaz ispitivanog uzorka.

Za procjenu stavova o psihijatrijskim pacijentima korištena je Skala za mjerenje stavova zajednice prema mentalnoj bolesti - CAMI (eng. *Community Attitudes Toward the Mentally Ill*), koja je za potrebe istraživanja bila prevedena na hrvatski jezik pomoću dvostrukog prijevoda. Skalu su razvili Taylor i Dear 1981. godine (47) te je trenutno najrašireniji alat za procjenu društvenih stavova prema osobama s mentalnim bolestima u općoj populaciji, ali i kod zdravstvenih djelatnika. Skala sadrži 40 tvrdnji koje mjere četiri dimenzije: autoritarnost, dobronamjernost, društvena restriktivnost i stav zajednice prema mentalnom zdravlju. Autoritarnost procjenjuje da li ispitanici osobe s mentalnim bolestima smatraju inferiornima, dobronamjernost je fokusirana na humanističke vrijednosti u skrbi za osobe s mentalnim bolestima, ispituje društvene stavove prema segregaciji ljudi s mentalnim bolestima, dok stav zajednice prema mentalnom zdravlju procjenjuje stavove prema integraciji osoba s mentalnim bolestima u zajednicu. Svakoj subskali pripada 10 tvrdnji, odnosno 5 tvrdnji usmjerenih na procjenu pozitivnih i 5 tvrdnji usmjerenih na procjenu negativnih stavova i to za: autoritarnost (pozitivno - 1, 9, 17, 25, 33/ negativno - 5, 13, 21, 29, 37), dobronamjernost (pozitivno - 2, 10, 18, 26, 34/ negativno - 6, 14, 22, 30, 38), društvenu restriktivnost (pozitivno - 3, 11, 19, 27, 35/ negativno - 7, 15, 23, 31, 39) i stav zajednice (pozitivno - 4, 12, 20, 28, 36/ negativno - 8, 16, 24, 32, 40).

Ispitanici na svaku od navedenih pitanja trebaju odgovoriti prema Likertovoj skali (1 – u potpunosti se ne slažem, 2 – ne slažem se, 3 – niti se ne slažem niti se slažem, 4 – slažem se, 5 – u potpunosti se slažem). Bodovi za tvrdnje koje procjenjuju pozitivne stavove dodjeljuju se

kao:1 bod za odgovor „u potpunosti se ne slažem“ do 5 bodova za odgovor „u potpunosti se slažem“, dok se za tvrdnje koje procjenjuju negativne stavove bodovanje vrši obrnuto. Konačni rezultati za svaki faktor kreću se od 10 do 50 bodova, a viši rezultati ukazuju na veće slaganje s konceptom koji se procjenjuje, odnosno za autoritarnost i društvenu restriktivnost što je viši rezultat to je stav negativniji, a za dobronamjernost i stav zajednice što je viši rezultat to je pozitivniji stav.

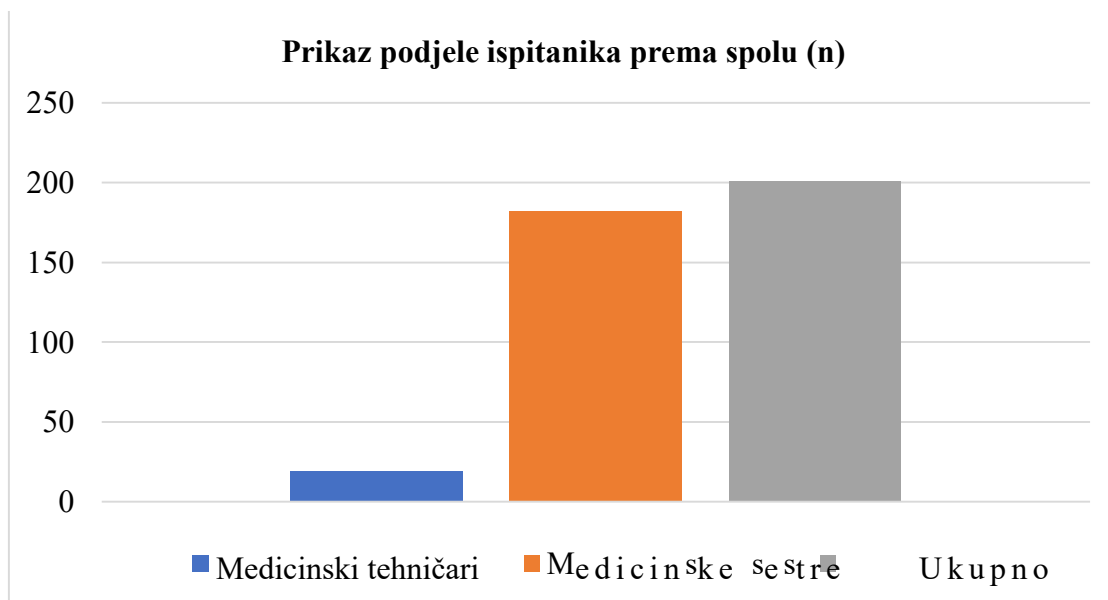
Na početku anketnog upitnika, svim ispitanicima bio je priložen obrazac za informirani pristanak koji je sadržavao informacije o temi i cilju istraživanja za kojeg se prikupljaju podaci. Ispunjavanjem anketnog upitnika, ispitanici su dali suglasnost za korištenje podataka za istraživanje uz poštivanje anonimnosti podataka te su od istog mogli odustati u bilo kojem trenutku.

Za statističku obradu podataka koristio se program Statistica 14.0.0.15 (TIBCO Software Inc.). Pouzdanost korištene ljestvice izračunata je pomoću Cronbach alpha koeficijenta, a tumačenje koeficijenta izvršeno je pomoću tablice koju su napisali George i Mallery 2003. godine, prilikom čega se rezultati dijele na Izvrsnu ($>0,9$), Vrlo dobru (0,8-0,9), Dobru, prihvatljivu (0,7-0,8), Osrednju (0,6-0,7), Lošu (0,5-0,6) i Neprihvatljivu ($<0,5$) unutarnju konzistentnost (48).

Podaci prikupljeni upitnikom grupirani su prema 4 definirane subskale te je se za svaku izračunata aritmetička sredina i standardna devijacija, medijan, mod i raspon. Varijable spol ispitanika i prethodno iskustvo u radu s psihijatrijskim pacijentima izražene su na nominalnoj ljestvici, a razlika u stavovima izražena je numerički za svaku subskalu. Prije testiranja hipoteza provedeno je testiranje normalnosti raspodjele podataka pomoću Kolmogorov-Smirnovljevog testa koji je ukazao kako dobiveni podaci na subskalama upitnika prate normalnu raspodjelu osim subskale Dobronamjernosti. Također ispitivana je i homogenost varijanci pomoću Levenovog testa kojim je dokazano kako varijance nisu homogene u subskali Autoritarnosti. Radi toga testiranje hipoteza navedenih skala je izvršeno pomoću neparametrijskog Mann Whitney U Testa za nezavisne uzorke, dok su skale Društvene restriktivnosti i Stava zajednice ispitane pomoću T-testa za nezavisne uzorke. Svi testovi testirani su na razini statističke značajnosti od 0,05 (5%).

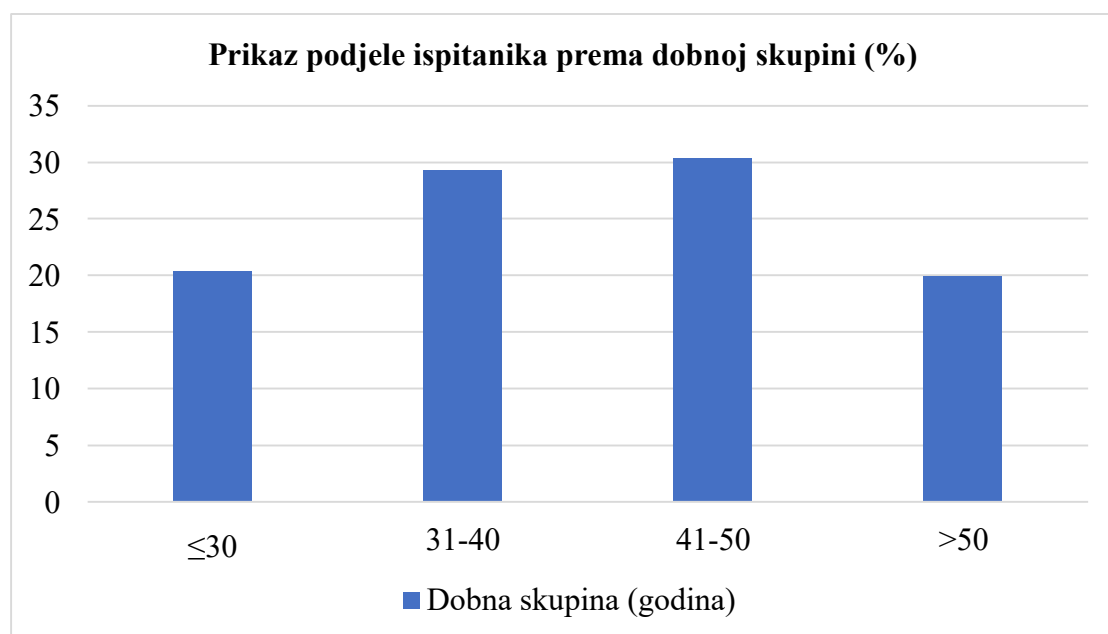
5. REZULTATI

U istraživanju je sudjelovao ukupno 201 ispitanik, od čega je 90,55% (n=182) bilo ženskog spola (Slika 1.).



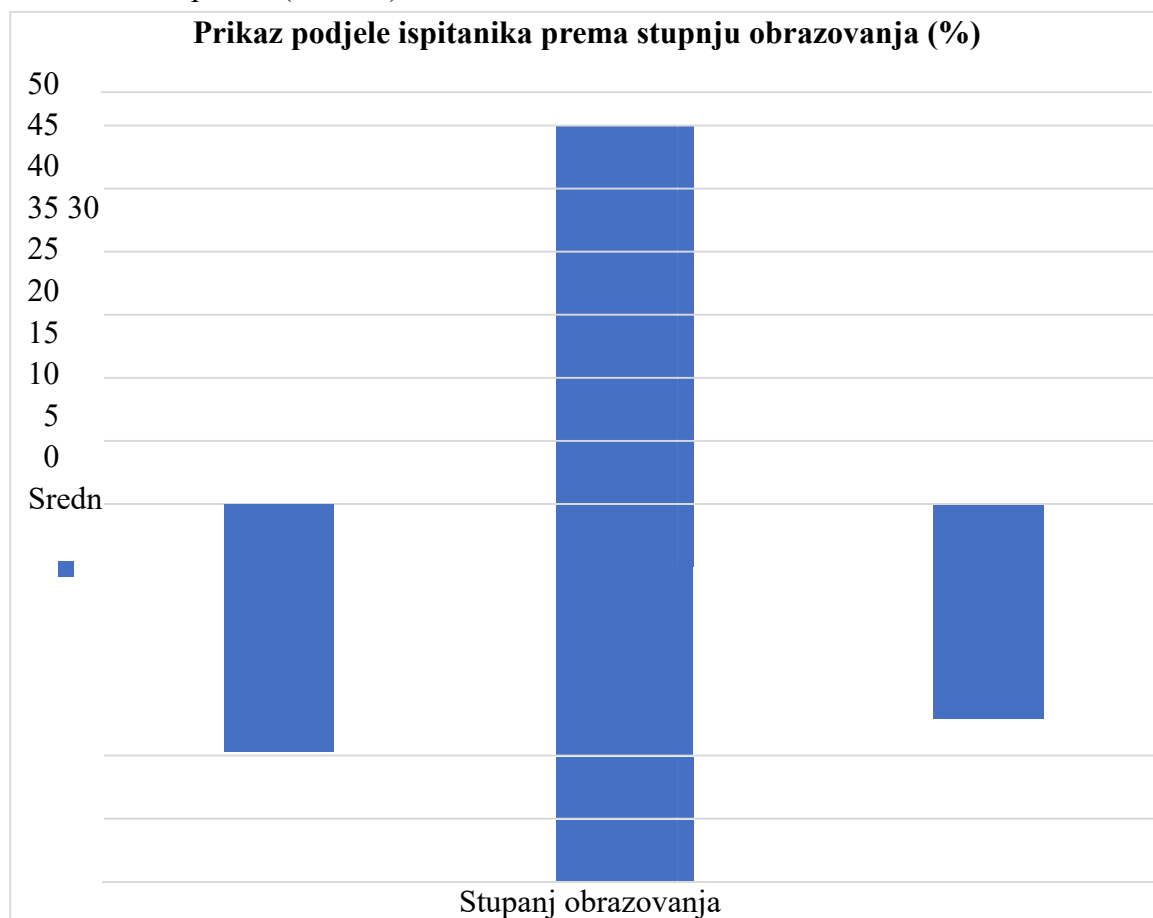
Slika 1 - grafički prikaz podjele ispitanika, obzirom na spol

Ispitanici su u prosjeku imali 40,70 godina, a najviše ispitanika bilo je u dobi od 31 do 40 godina (29,35%) te 41 do 50 godina (30,35%) (Slika 2.).



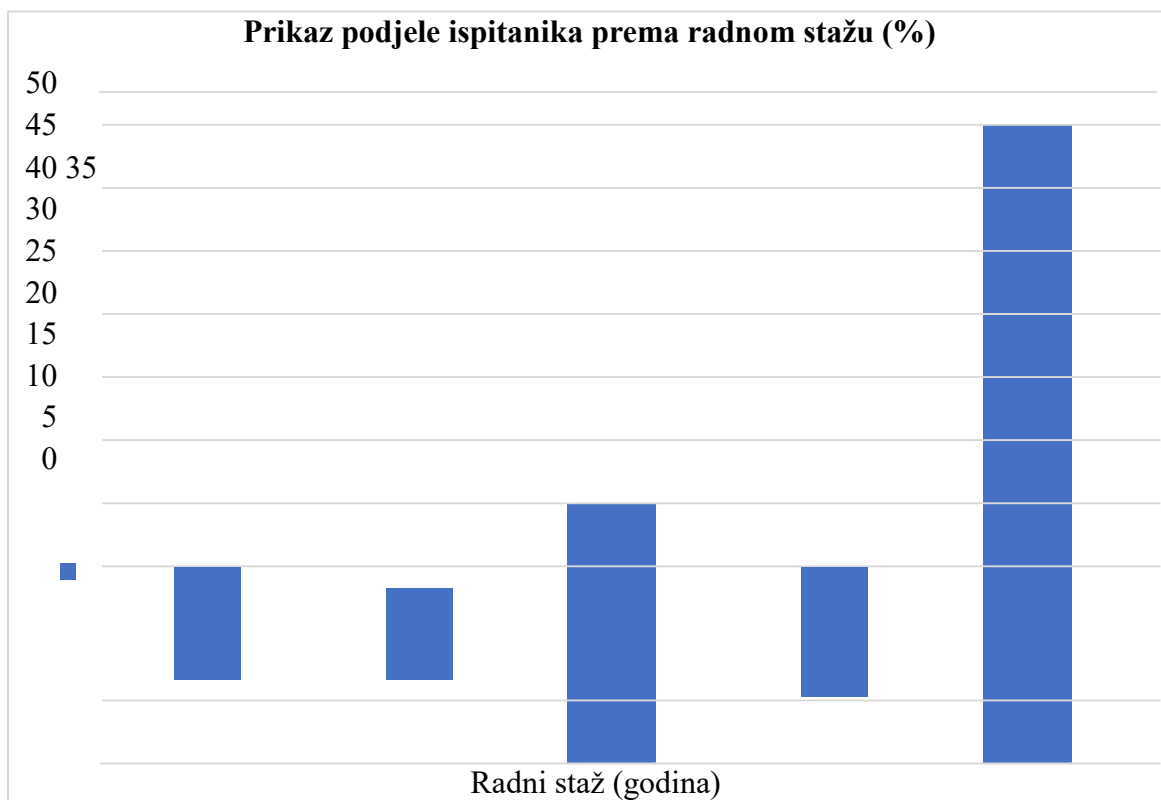
Slika 2 - grafički prikaz podjele ispitanika, obzirom na dobne skupine

Najveći postotak ispitanika (45,27%) ima višu stručnu spremu, a najmanji postotak (25,38%) visoku stručnu spremu (Slika 3.).



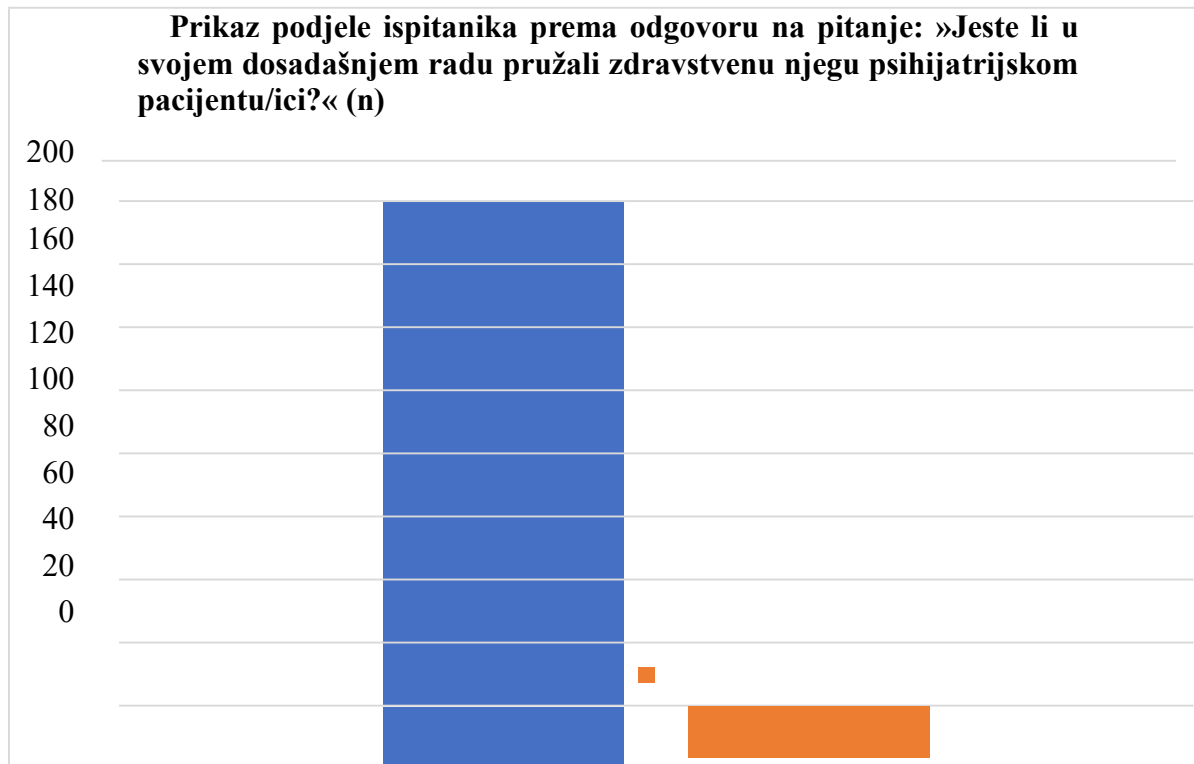
Slika 3 - grafički prikaz podjele ispitanika, obzirom na stupanj obrazovanja

Ispitanici su u prosjeku imali 19,69 godina radnog staža, a najviše ispitanika (45,27%) imalo je više od 20 godina radnog staža (Slika 4.).



Slika 4 - grafički prikaz podjele ispitanika, obzirom na radni staž

Zdravstvenu njegu psihijatrijskom pacijentu u dosadašnjem radu pružalo je 89,05% (n=179) od sveukupnog broja ispitanika (Slika 5.).



Slika 5 - grafički prikaz podjele ispitanika, obzirom na prethodno iskustvo u radu sa psihijatrijskim pacijentima

Unutarnja konzistentnost upitnika ispitivana pomoću Cronbach alpha koeficijenta pokazuje kako je upitnik osrednje unutarnje konzistentnosti (0,654). Cronbach alpha koeficijenta subskale Autoritarnosti (0,501) i Stava zajednice (0,549) ukazuje na lošu unutarnju konzistentnost, dok subskala Dobronamjernosti (0,656) ima osrednju unutarnju konzistentnost. Prihvatljivu, dobru unutarnju konzistentnost ima samo skala Društvene restriktivnosti (0,749).

Tablica 1. Prikaz središnjih vrijednosti subskale Autoritarnosti.

Autoritarnost	Aritmetička sredina ± Std.Dev	Medijan	Mod	Frekvencija moda	Raspon
Pozitivno					
1. Čim osoba pokaže znakove mentalnog poremećaja, trebala bi biti smještena na bolničko liječenje.	1,89 ± 1,12	1	1	104	1-5
9. Lako je razlikovati odrasle osobe s mentalnim poremećajem od ostalih ljudi.	2,52 ± 1,11	3	3	71	1-5
17. Odrasle osobe s mentalnim poremećajima trebaju istu vrstu kontrole i discipline kao i mala djeca.	2,66 ± 1,14	3	3	76	1-5
25. Najbolji način postupanja s odraslim osobama koje imaju mentalni poremećaj jest da se drže iza zaključanih vrata.	1,28 ± 0,62	1	1	158	1-5
33. Jedan od glavnih uzroka mentalnih poremećaja jest nedostatak samodiscipline i snage volje.	2,24 ± 1,26	2	1	78	1-5

Negativno						
5.	Mentalna bolest je bolest kao i svaka druga.	4,03 ± 1,25	5	5	104	1-5
13.	Potrebno je manje naglašavati zaštitu javnosti od odraslih s mentalnim poremećajima.	3,09 ± 1,38	3	3	56	1-5
21.	Odrasle osobe s mentalnim poremećajima ne treba tretirati kao izolirane iz društva.	4,39 ± 0,92	5	5	120	1-5
29.	Psihijatrijske bolnice/odjeli zastarjela su metoda liječenja odraslih s mentalnim poremećajima.	3,13 ± 1,25	3	3	72	1-5
37.	Gotovo svatko može oboljeti od mentalnog poremećaja.	4,71 ± 0,79	5	5	168	1-5

Ispitanici u najvećoj mjeri ne smatraju da bi osoba čim pokaže znakove mentalnog poremećaja, trebala biti smještena na bolničko liječenje i ne slažu se da je najbolji način postupanja s odraslim osobama koje imaju mentalni poremećaj da se drže iza zaključanih vrata. S druge strane, ispitanici se slažu da je mentalna bolest kao i svaka druga bolest, da od istih može oboljeti gotovo svaka osoba te da osobe koje boluju od istih ne bi trebale izolirati iz društva (Tablica 1.).

Tablica 2. Prikaz središnjih vrijednosti subskale Dobronamjernosti.

Dobronamjernost	Aritmetička sredina ± Std.Dev	Medijan	Mod	Frekvencija moda	Raspon	
Pozitivno						
2.	Više novca poreznih obveznika se treba izdvajati za njegu i tretman odraslih s mentalnim poremećajem.	3,93 ± 1,19	4	5	86	1-5
10.	Odrasle osobe s mentalnim poremećajima predugo su bile predmet ismijavanja.	4,34 ± 1,10	5	5	123	1-5

18.	Moramo biti mnogo tolerantniji prema odraslima s mentalnim poremećajima u našem društvu.	4,33 ± 0,91	5	5	108	1-5
26.	Naše psihijatrijske bolnice/odjeli više izgledaju kao zatvori nego kao mjesta gdje se odrasle osobe s mentalnim poremećajima mogu liječiti.	3,32 ± 1,29	3	3	67	1-5
34.	Naša odgovornost je osigurati najbolju moguću brigu odraslima s mentalnim poremećajima.	4,53 ± 0,84	5	5	135	1-5
Negativno						
6.	Odrasle osobe s mentalnim poremećajem teret su društvu.	1,88 ± 1,06	2	1	97	1-5
14.	Povećana potrošnja na usluge iz dijela mentalnog zdravlja gubitak je poreznog novca.	1,53 ± 0,87	1	1	128	1-5
22.	Trenutno postoji dovoljan broj usluga za osobe sa mentalnim poremećajima	1,75 ± 0,91	2	1	99	1-5
30.	Odrasle osobe s mentalnim poremećajima	1,39 ± 0,82	1	1	150	1-5 ne zaslužuju našu milost.
38.	Najbolje je izbjeći bilo koga tko ima	1,56 ± 0,82	1	1	119	1-5 mentalnih problema.

Ispitanici ne smatraju da su osobe s mentalnim poremećajem teret društvu te da je potrošnja na usluge iz dijela mentalnog zdravlja gubitak poreznog novca, štoviše ispitanici su se složili da se više novca poreznih obveznika treba izdvajati za njegu i tretman odraslih s mentalnim poremećajem (Tablica 2.).

Tablica 3. Prikaz središnjih vrijednosti subskale Društvene restriktivnosti

Društvena restriktivnost	Aritmetička sredina ± Std.Dev	Medijan	Mod	Frekvencija moda	Raspon
Pozitivno					

3.	Odrasla osoba s mentalnim poremećajem treba biti izolirana od ostatka zajednice.	1,53 ± 0,94	1	1	135	1-5
11.	Žena bi bila nepromišljena da se uda za čovjeka koji je bolovao od mentalnog poremećaja, iako se čini da se potpuno oporavio.	2,30 ± 1,10	2	3	71	1-5
19.	Ne bih želio/la živjeti u naselju s nekim tko ima mentalni poremećaj.	1,92 ± 1,03	2	1	92	1-5
27.	Svatko s iskustvom mentalnih poremećaja treba biti isključen iz obavljanja neke javne funkcije.	1,91 ± 1,08	2	1	97	1-5
35.	Odrasloj osobi s mentalnim poremećajem ne treba davati nikakvu odgovornost.	1,90 ± 1,00	2	1	90	1-5
<hr/> Negativno <hr/>						
7.	Odrasle osobe s mentalnim poremećajem daleko su manje opasne nego što većina ljudi pretpostavlja.	3,75 ± 1,08	4	5	64	1-5
15.	Nitko nema pravo isključiti odrasle osobe s mentalnim poremećajem iz njihovih zajednica.	4,38 ± 1,00	5	5	128	1-5
23.	Odrasle osobe s mentalnim poremećajima treba ohrabrivati da prihvate uobičajene životne obveze.	4,51 ± 0,72	5	5	123	1-5
31.	Odrasloj osobi s mentalnim poremećajem ne smiju biti uskraćena njezina osobna prava.	4,49 ± 1,03	5	5	146	1-5
39.	Većini žena koje su jednom bile pacijentice u psihijatrijskoj bolnici mogu se povjeriti djeca na čuvanje.	3,37 ± 1,06	3	3	101	1-5

Većina ispitanika ne slaže se da bi osobe s mentalnim poremećajem trebale biti izolirane niti da bi svatko s iskustvom mentalnih poremećaja trebao biti isključen iz obavljanja neke javne funkcije. Ispitanici su se u najvećoj mjeri složili da su osobe s mentalnim poremećajem daleko

manje opasne nego što većina ljudi pretpostavlja te da ih treba ohrabrivati da prihvate uobičajene životne obveze (Tablica 3.).

Tablica 4. Prikaz središnjih vrijednosti subskale Stav zajednice.

Stav zajednice	Aritmetička sredina ± Std.Dev	Medijan	Mod	Frekvencija moda	Raspon	
Pozitivno						
Najbolja terapija za mnoge odrasle osobe s						
4.	mentalnim poremećajem jest da budu dio zajednice.	4,27 ± 1,03	5	5	114	1-5
Usluge vezane za mentalno zdravlje trebaju						
12.	biti što dostupnije u ustanovama u zajednici.	4,71 ± 0,78	5	5	164	1-5
Stanovnici bi trebali prihvatiti smještanje						
ustanova za mentalno zdravlje u njihovu						
20.	naselju, koje će služiti potrebama lokalne zajednice.	4,02 ± 1,00	4	5	80	1-5
Smještanje ustanova za mentalno zdravlje						
28.	u stambena naselja ne ugrožava lokalno stanovništvo.	3,57 ± 1,21	4	4	57	1-5
Lokalno stanovništvo ne treba se plašiti						
36.	osoba koje dolaze u njihovo naselje po usluge iz dijela mentalnog zdravlja.	4,09 ± 1,03	4	5	89	1-5
Negativno						
Smještanje ustanova za mentalno zdravlje u						
8.	stambeno naselje čini zajednicu manje privlačnom za življenje.	2,41 ± 1,10	2	3	70	1-5
Osobama s mentalnim poremećajima život u						
16.	stambenim naseljima može biti dobra terapija, ali su preveliki rizici za druge stanovnike.	2,37 ± 1,10	2	3	67	1-5

24.	Lokalno stanovništvo odbilo bi da se ustanove za mentalno zdravlje smjeste u njihovo naselje.	3,14 ± 1,04	3	3	96	1-5
32.	Ustanove za mentalno zdravlje trebaju biti udaljene od stambenih naselja.	2,05 ± 1,03	2	1	81	1-5
40.	Zastrašujuće je pomisliti da ljudi s mentalnim poremećajima žive u naselju.	1,60 ± 0,92	1	1	122	1-5

Većina ispitanika se nije složila s tvrdnjom da ustanove za mentalno zdravlje trebaju biti udaljene od stambenih naselja te da je zastrašujuće pomisliti da ljudi s mentalnim poremećajima žive u naselju. Naime, većina ispitanika se slaže da je najbolja terapija za mnoge odrasle osobe s mentalnim poremećajem da budu dio zajednice te da usluge vezane za mentalno zdravlje trebaju biti što dostupnije u zajednici (Tablica 4.).

Tablica 5. Prikaz središnjih vrijednosti subskale u ovisnosti o spolu ispitanika.

	Aritmetička sredina ± Std.Dev.	Medijan	Mod	Frekvencija moda	Raspon	p
Autoritarnost						
Ukupno	21,22 ± 4,73	22	22	28	10-35	0,319 ¹
Medicinske sestre	21,10 ± 4,84	22	22	23	10-35	
Medicinski tehničari	22,37 ± 3,39	22	22	5	18-30	
Dobronamjernost						
Ukupno	42,30 ± 4,89	43	44	21	17-50	0,514 ¹
Medicinske sestre	42,33 ± 5,04	43	44	18	17-50	
Medicinski tehničari	42,00 ± 3,25	43	Višestruk	3	36-47	
Društvena restriktivnost						

Ukupno	19,06 ± 5,61	18	18	19	10-41	
Medicinske sestre	19,03 ± 5,56	19	Višestruk	14	10-35	0,876 ²
Medicinski tehničari	19,32 ± 6,16	18	18	5	12-41	
Stav zajednice						
Ukupno	39,08 ± 5,62	40	42	19	23-50	
Medicinske sestre	39,26 ± 5,68	40	42	18	23-50	0,179 ²
Medicinski tehničari	37,42 ± 4,83	38	40	3	23-43	

Uspoređujući podatke prema spolu, vidljivo je da su medicinske sestre u prosjeku postizale manji rezultat od medicinskih tehničara na subskali Autoritarnosti i skali Društvene restriktivnosti. S druge strane, medicinske sestre su postigle u prosjeku viši rezultat na subskalama Dobronamjernosti i Stava zajednice, no razlike u svim skalama obzirom na spol nisu statistički značajne (Tablica 5.).

Tablica 6. Prikaz središnjih vrijednosti subskale u ovisnosti o iskustvu rada s psihijatrijskim pacijentima.

Iskustvo rada s psihijatrijskim pacijentima	Aritmetička sredina ± standardna	Medijan	Mod	Frekvencija moda	Raspon	p
Autoritarnost						
Imaju	21,10 ± 4,63	22	22	25	10-34	0,381 ¹
Nemaju	22,22 ± 5,51	22	Višestruk	3	12-35	
Dobronamjernost						
Imaju	42,49 ± 4,67	43	44	21	26-50	0,214 ¹
Nemaju	40,73 ± 6,33	41	40	3	17-49	
Društvena						

restriktivnost						
Imaju	18,83 ± 5,61	18	18	18	10-41	0,093 ²
Nemaju	20,95 ± 5,36	21	20	3	12-31	
Stav zajednice						
Imaju	39,15 ± 5,68	40	42	17	23-50	0,663 ²
Nemaju	38,60 ± 5,27	40	40	4	23-46	

Ispitanici koji su imali iskustvo rada s psihijatrijskim pacijentima u prosjeku su postigli manji rezultat na subskali Autoritarnosti i Društvene restriktivnosti, a veći rezultat na subskalama Dobronamjernosti i Stava zajednice, u usporedbi s onim ispitanicima koji nemaju to iskustvo. Međutim, za sve četiri subkale razlike u rezultatima istih obzirom na iskustvo u radu s psihijatrijskim pacijentima nisu statistički značajne (Tablica 6.).

6. RASPRAVA

U istraživanju je sudjelovao ukupno 201 ispitanik, od čega je većina (90,55%) bila ženskog spola i prosječna dob je iznosila 40,7 godina. Ispitanici su u najvećoj mjeri očekivano imali višu stručnu spremu, obzirom da su u istraživanje uključene medicinske sestre/tehničari zaposleni na svim razinama zdravstvene zaštite diljem Republike Hrvatske. Podjelom ispitanika na skupine prema radnom stažu vidljivo je kako najviše ispitanika ima više od 20 godina radnog staža pa na temelju istog nije iznenađujuće da 89,05% ispitanika ima prethodno iskustvo u radu s psihijatrijskim pacijentima.

Analizirajući podatke na pojedine tvrdnje prema subskalama, uočljivo je da je većina ispitanika svjesna da gotovo svaka osoba može oboljeti od mentalne bolesti, da iste nisu

nedostatak samodiscipline i snage volje te da bolesti mentalnog zdravlja treba tretirati kao i svaku drugu bolest. U skladu s time, većina ispitanika se nije složila sa time da se osobe s mentalnim bolestima trebaju izolirati iz zajednice ni sa time da je povećana potrošnja na liječenje mentalnog zdravlja gubitak novaca. Ispitanici su u najvećoj mjeri bili podijeljeni u slaganju/ne slaganju s tvrdnjom da psihijatrijske bolnice/odjeli više izgledaju kao zatvori nego kao mjesta gdje se odrasle osobe s mentalnim poremećajima mogu liječiti i složili su se sa time da se više novaca treba izdvajati za njegu i tretman osoba s mentalnim bolestima. Iako je većina ispitanika izrazila da odraslim osobama s mentalnim poremećajima ne smiju biti uskraćena osobna prava te kako smatraju da su odrasle osobe s mentalnim poremećajem daleko manje opasne nego što većina ljudi pretpostavlja, najveći broj ispitanika bio je nesiguran prema tvrdnjama da bi žena bila nepromišljena da se uda za čovjeka koji je bolovao od mentalnog poremećaja iako se čini da se potpuno oporavio te da se većini žena koje su jednom bile pacijentice u psihijatrijskoj bolnici mogu povjeriti djeca na čuvanje. Analizom tvrdnji iz subskale Stav zajednice može se zaključiti da ispitanici ne smatraju da ustanove za mentalno zdravlje trebaju biti udaljene od stambenih naselja, već da trebaju biti što dostupnije u zajednici jer je najbolja terapija za mnoge odrasle osobe s mentalnim poremećajem da budu dio zajednice.

Prosječni ukupni rezultati ispitanika prema subskalama iznosili su 21,22 za autoritarnost, 42,30 za dobronamjernost, 19,06 za društvenu restriktivnost i 39,08 za stav zajednice. Obzirom da je najveći mogući ukupni rezultat za svaku subskalu 50, te da za autoritarnost i društvenu restriktivnost viši rezultat ukazuje na negativniji stav, a za dobronamjernost i stav zajednice viši rezultat na pozitivniji stav, može se zaključiti da su stavovi ispitanika prema osobama s mentalnim bolestima generalno pozitivni. Niži rezultat na subskali autoritarnosti sugerira da medicinske sestre/tehničari ne smatraju osobe s mentalnim bolestima inferiornima naspram drugih, niži rezultat na skali društvene restriktivnosti ukazuje na odobravanje prema mentalno bolesnim osobama koje žive u neposrednom susjedstvu, viši rezultat subskale dobronamjernosti ukazuje da ispitanici gaje empatične poglede prema osobama koje imaju problema s mentalnim zdravljem, a viši rezultat subskale stav zajednice ukazuje na njihovu tendenciju da prihvate prisutnost mentalno bolesnih u susjedstvu. Navedeni podaci se u potpunosti razlikuju s podacima dobivenim istraživanjem koje su proveli Al-Awadhi i sur. koje je dokazalo značajno negativnije stavove prema osobama s mentalnim bolestima, kao i većina dosadašnjih istraživanja (3,4,44,45).

Statističkom obradom prosječnih rezultata prema subskalama obzirom na spol nisu pronađene statistički značajne razlike, ali je uočeno da su žene postigle niže rezultate na subskalama autoritarnosti i društvene restriktivnosti te više rezultate na subskalama dobronamjernosti i stava zajednice. Iz navedenog se može zaključiti da žene generalno imaju pozitivnije stavove prema osobama s mentalnim bolestima, što je u skladu s dosadašnjim istraživanjima (39,40,42,43).

Ispitanici koji su imali iskustvo rada s psihijatrijskim pacijentima u prosjeku su postigli manji rezultat na subskalama autoritarnosti i društvene restriktivnosti, a viši rezultat na subskalama dobronamjernosti i stava zajednice, u usporedbi s onima koji nisu imali prethodno iskustvo u radu s psihijatrijskim pacijentima. Iako razlike nisu statistički značajne, rezultati su u skladu s dosadašnjim istraživanjima koja potvrđuju da osobno i radno iskustvo s osobama koje imaju mentalne bolesti značajno mijenja percepciju prema navedenim osobama i dovodi do razvoja pozitivnijeg stava prema istima (37,38,39).

7. ZAKLJUČAK

Rezultati ovog istraživanja dokazuju da su stavovi medicinskih sestara/tehničara prema psihijatrijskim pacijentima pozitivni te se na temelju istog odbacuje H1 istraživanja koja glasi: Medicinske sestre i tehničari imaju negativne stavove prema psihijatrijskim pacijentima. Iako je statistička obrada podataka dokazala da žene imaju pozitivnije stavove prema psihijatrijskim pacijentima u odnosu na muškarce, te da ispitanici s prethodnim iskustvom u radu s psihijatrijskim pacijentima imaju pozitivnije stavove prema istima u odnosu na one bez prethodnog iskustva, razlike nisu statistički značajne i odbacuju se H2 i H3 istraživanja.

U dosadašnjim istraživanjima višestruko je dokazana značajna povezanost pozitivnog stava prema psihijatrijskim pacijentima i prethodnog iskustva s istima, stoga bi kliničke vježbe na području psihijatrije trebale biti ključan dio obrazovanja medicinskih sestara/tehničara. Neovisno o odjelu na kojem rade, svaka medicinska sestra/tehničar će se za vrijeme svojeg radnog vijeka susresti s psihijatrijskim pacijentima pa bi podizanje razine znanja i svijesti kod studenata sestrinstva te omogućavanje rada s istima, moglo prevenirati razvoj negativnih stavova prema istima.

LITERATURA

1. World Health Organization, Mental disorders, 2022. Dostupno na <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> , pristupljeno 10.05.2023.
2. Hansson L, Stjernswärd S, Svensson B. Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness--an interview study. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(2):100-6.
3. Al-Awadhi A, Atawneh F, Alalyan MZY, Shahid AA, Al-Alkhadhari S, Zahid MA. Nurses' Attitude Towards Patients with Mental Illness in a General Hospital in Kuwait. *Saudi J Med Med Sci*. 2017;5(1):31-7.
4. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(3):272-280.
5. Flaskerud JH. Stigma and Psychiatric/Mental Health Nursing. *Issues Ment Health Nurs*. 2018;39(2):188-91.
6. Mårtensson G, Jacobsson JW, Engström M. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(9):782-88.
7. Henderson C, Evans-Lacko S, Flach C, Thornicroft G. Responses to mental health stigma questions: the importance of social desirability and data collection method. *Can J Psychiatry*. 2012;57(3):152-160.
8. Grover S, Sharma N, Mehra A. Stigma for Mental Disorders among Nursing Staff in a Tertiary Care Hospital. *J Neurosci Rural Pract*. 2020;11(2):237-44.

9. Ihalainen-Tamlander N, Vähäniemi A, Löyttyniemi E, Suominen T, Välimäki M. Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2016;23(6-7):427-37.
10. Addison SJ, Thorpe SJ. Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39(3):228-34.
11. Girma E, Tesfaye M, Froeschl G, Möller-Leimkühler AM, Müller N, Dehning S. Public stigma against people with mental illness in the Gilgel Gibe Field Research Center (GGFRC) in Southwest Ethiopia. *PLoS One.* 2013;8(12):82116.
12. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(2):171-8.
13. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1789-858.
14. Rathod S, Pinninti N, Irfan M, et al. Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries. *Health Serv Insights.* 2017;10:1178632917694350.
15. Javed A, Lee C, Zakaria H, et al. Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries. *Asian J Psychiatr.* 2021;58:102601.
16. Bloom DE, Chen S, McGovern ME. The economic burden of noncommunicable diseases and mental health conditions: results for Costa Rica, Jamaica, and Peru. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:18.
17. Stein DJ, Benjet C, Gureje O, et al. Integrating mental health with other noncommunicable diseases. *BMJ.* 2019;364:l295.
18. De Hert M, Cohen D, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry.* 2011;10(2):138-51.
19. Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *Int J Ment Health Syst.* 2008;2(1):3.
20. UN. The Sustainable Development Goals. Goal 3: Ensure Healthy Lives and Promote Well-Being for All at All Ages. 2015.

21. Economou M, Bechraki A, Charitsi M. *Psychiatriki*. 2020;31(1):36-46.
22. Wright A, McGorry PD, Harris MG, Jorm AF, Pennell K. Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign - The Compass Strategy. *BMC Public Health*. 2006;6:215.
23. Wang PS, Berglund PA, Kessler RC. Patterns and correlates of contacting clergy for mental disorders in the United States. *Health Serv Res*. 2003;38(2):647-73.
24. Freţian AM, Graf P, Kirchhoff S, et al. The Long-Term Effectiveness of Interventions Addressing Mental Health Literacy and Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Public Health*. 2021;66:1604072.
25. Pescosolido BA, Medina TR, Martin JK, Long JS. The "backbone" of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *Am J Public Health*. 2013;103(5):853-60.
26. Yin H, Wardenaar KJ, Xu G, Tian H, Schoevers RA. Mental health stigma and mental health knowledge in Chinese population: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):323.
27. Gopalkrishnan N. Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and Practice. *Front Public Health*. 2018;6:179.
28. Javed A, Herrman H. Involving patients, carers and families: an international perspective on emerging priorities. *BJPsych Int*. 2017;14(1):1-4.
29. Khalil A, Gondal F, Imran N, Azeem MW. Self-Stigmatization in children receiving mental health treatment in Lahore, Pakistan. *Asian J Psychiatr*. 2020;47:101839.
30. Sidhom E, Abdelfattah A, Carter JM, El-Dosoky A, El-Islam MF. Patients' Perspectives on Stigma of Mental Illness (an Egyptian Study in a Private Hospital). *Front Psychiatry*. 2014;5:166.
31. Robles-García R, Fresán A, Berlanga C, Martínez N. Mental illness recognition and beliefs about adequate treatment of a patient with schizophrenia: association with gender and perception of aggressiveness-dangerousness in a community sample of Mexico City. *Int J Soc Psychiatry*. 2013;59(8):811-8.
32. Heim E, Kohrt BA, Koschorke M, Milenova M, Thornicroft G. Reducing mental health-related stigma in primary health care settings in low- and middle-income countries: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;29:3.

33. Henderson C, Noblett J, Parke H, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(6):467-82.
34. Sharma MP. Comorbidity of mental and physical disorders. *Indian J Med Res*. 2016;144(5):786-7.
35. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res*. 2014;218(1-2):35-8.
36. Ihalainen-Tamlander N, Vähäniemi A, Löyttyniemi E, Suominen T, Välimäki M. Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: a cross-sectional study in primary settings in Finland. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(6-7):427-37.
37. Sari SP, Yuliasuti E. Investigation of attitudes toward mental illness among nursing students in Indonesia. *Int J Nurs Sci*. 2018;5(4):414-8.
38. Happell B, Gaskin CJ. The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: a systematic review. *J Clin Nurs*. 2013;22(1-2):148-58.
39. Schafer T, Wood S, Williams R. A survey into student nurses' attitudes towards mental illness: implications for nurse training. *Nurse Educ Today*. 2011;31(4):328-32.
40. Ewalds-Kvist B, Högberg T, Lützn K. Impact of gender and age on attitudes towards mental illness in Sweden. *Nord J Psychiatry*. 2013;67(5):360-8.
41. Bedaso A, Yeneabat T, Yohannis Z, Bedasso K, Feyera F. Community Attitude and Associated Factors towards People with Mental Illness among Residents of Worabe Town, Silte Zone, Southern Nation's Nationalities and People's Region, Ethiopia. *PLoS One*. 2016;11(3):0149429.
42. Markström U, Gyllensten AL, Bejerholm U, et al. Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities--a follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Educ Today*. 2009;29(6):660-5.
43. Grover S, Sharma N, Mehra A. Stigma for Mental Disorders among Nursing Staff in a Tertiary Care Hospital. *J Neurosci Rural Pract*. 2020;11(2):237-44.
44. Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C, Livaditis M. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(8):658-65.

45. Rao H, Mahadevappa H, Pillay P, Sessay M, Abraham A, Luty J. A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(3):279-84.
46. Hawthorne A, Fagan R, Leaver E, Baxter J, Logan P, Snowden A. Undergraduate nursing and midwifery student's attitudes to mental illness. *Nurs Open*. 2020;7(4):1118-28
47. Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*. 1981;7(2):225-40.
48. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon; 2003.

PRILOZI

Slika 1 - grafički prikaz podjele ispitanika, obzirom na spol	18
Slika 2 - grafički prikaz podjele ispitanika, obzirom na dobne skupine	18
Slika 3 - grafički prikaz podjele ispitanika, obzirom na stupanj obrazovanja	19
Slika 4 - grafički prikaz podjele ispitanika, obzirom na radni staž	19
Slika 5 - grafički prikaz podjele ispitanika, obzirom na prethodno iskustvo u radu sa psihijatrijskim pacijentima	20
Tablica 1. Prikaz središnjih vrijednosti subskale Autoritarnosti.....	21
Tablica 2. Prikaz središnjih vrijednosti subskale Dobronamjernosti.....	22
Tablica 3. Prikaz središnjih vrijednosti subskale Društvene restriktivnosti.....	23
Tablica 4. Prikaz središnjih vrijednosti subskale Stav zajednice.....	24
Tablica 5. Prikaz središnjih vrijednosti subskale u ovisnosti o spolu ispitanika.....	26
Tablica 6. Prikaz središnjih vrijednosti subskale u ovisnosti o iskustvu rada s psihijatrijskim pacijentima.....	27

ŽIVOTOPIS

Blanka Josipović rođena 24.06.1986 godine u Banja Luci, Bosna i Hercegovina.

Svoje djetinjstvo provodim u Hrvatskoj u gradu Bakru u kojem ujedno završavam i Osnovnu školu.

Po završetku iste upisujem Medicinsku školu u Rijeci i stječem zvanje medicinske sestre srednje stručne spreme.

Prvo radno iskustvo ostvarujem u Kliničkom bolničkom centru u Rijeci na Odjelu Internističke intenzivne njege te nakon tri godine rada prebacujem se na Odjel za hepatologiju i pankreatologiju na kojem radim sve do danas.

Udana, majka troje djece, uz posao sam završila i Višu medicinsku školu i time stekla zvanje prvostupnice sestrinstva.

U nadi da ću svojim znanjem i iskustvom poboljšati rad sa oboljelima odlučujem se na upis magisterija ,smjer Promocija i zaštita mentalnog zdravlja.

ZAHVALA

Zahvaljujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Gordani Pelčić na podršci, razumijevanju i strpljenju prilikom pisanja ovoga rada.

Profesorici Saši Uljančić koja me je podržavala sve ove godine mog školovanja.

Bez obitelji koja je osnovni stup svega mog uspjeha to ništa ne bi bilo moguće.

Hvala mojim roditeljima, suprugu i djeci na razumijevanju ,ljubavi i podršci.