



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
**ZDRAVSTVENA NEGA**

**ODNOS ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE  
DO PACIENTOV Z DUŠEVNO BOLEZNIJO**

**ATTITUDES OF NURSING STUDENTS  
TOWARDS PATIENTS WITH MENTAL  
ILLNESS**

Mentorica:  
doc. dr. Simona Hvalič Touzery

Kandidatka:  
Maja Debelak

Jesenice, april, 2018

## **ZAHVALA**

Posebna zahvala gre seveda moji mentorici, doc. dr. Simoni Hvalič Touzery. Hvala za Vaš čas, pomoč, potrpežljivost, usmeritve in podporo, ki sem je bila deležna ves čas priprave in pisanja diplomskega dela. Bilo mi je v veselje sodelovati z Vami.

Zahvaljujem se tudi recenzentu, mag. Miranu Remsu, viš. pred., za hiter odziv in dodatne usmeritve. Prav tako iskrena hvala teti Mirjani Debelak, prof., ki si je z veseljem ukradla čas za lektoriranje diplomskega dela.

Iz srca sem hvaležna partnerju in svoji ter partnerjevi družini, ki so ves čas študija in pisanja diplomskega dela »dihali« z mano, mi bili v podporo, spodbudo in pomoč. Zahvala gre tudi mojemu sinčku, ki mi je bil predvsem zadnje leto posebna motivacija za uspešen zaključek študija.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Pomembno vlogo za kakovostno, enakopravno in spoštljivo obravnavo pacienta z duševno boleznijo je potreben pozitiven, nestigmatizirajoč odnos zdravstvenega delovca. Pri oblikovanju takšnega odnosa ima velik vpliv študij zdravstvene nege. Ker stigmatizacija pacientov z duševno boleznijo vpliva na kakovost zdravstvenih storitev, je zelo pomembno, da že zgodaj ugotovimo, kakšne predsodke, stališča ali znanje imajo dijaki, in kasneje študenti, ki se izobražujejo za poklic.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je ugotoviti odnos študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do pacientov z duševno boleznijo in prisotnost stigme med njimi.

**Metoda:** Uporabljena je bila neeksperimentalna kvantitativna raziskovalna metoda. Empirični podatki so zbrani s pomočjo strukturiranega spletnega vprašalnika. V vzorec smo vključili študente Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. V raziskavo smo vključili 102 vrnjena vprašalnika kar predstavlja 34 % realizacijo vzorca. Podatke smo obdelali in predstavili s statističnim programom SPSS 23.0. Uporabili smo opisno statistiko, za izračun razlik med spremenljivkami pa t-test za neodvisne vzorce in test ANOVA.

**Rezultati:** V raziskavi smo ugotovili pozitiven odnos anketirancev do oseb z duševno boleznijo (PV=3,8; SO = 0,4). Med anketiranci je majhna prisotnost stigme (PV = 2,2; SO = 0,6). Ugotovili smo, da ni razlik v stigmatizaciji do pacientov z duševno boleznijo glede na demografske značilnosti anketirancev ( $p > 0,05$ ). Anketiranci, ki so se osebno srečali z duševno boleznijo, so na lestvici o stigmatizaciji v povprečju dosegli boljši rezultat kot tisti, ki se z duševno boleznijo niso osebno srečali ( $p = 0,024$ ). Glede na srečanje z duševno boleznijo v kliničnem okolju, pa med anketiranimi študenti ni razlik v stigmatizaciji ( $p > 0,05$ ).

**Razprava:** Rezultati kažejo na splošno pozitiven odnos anketiranih študentov zdravstvene nege do oseb z duševnimi boleznimi. Ustrezen odnos do pacientov je s strani zdravstvenih delavcev potreben, saj drugače pride do izključevanja pacientov iz odločanja, površnih obravnav in pomanjkljive zdravstvene oskrbe. Prav zato se pozitiven odnos spodbudi že pri študentih zdravstvene nege z ustreznim izobraževalnim programom.

**Ključne besede:** duševna bolezen, odnos študentov, stigma, zdravstvena nega

## SUMMARY

**Background:** An important role in providing high-quality, equitable and respectful health care to patients with mental illness requires a positive, stigma-free attitude in health work. Nursing studies have a significant impact in building that kind of an attitude. As patient stigmatization affects the quality of health care services, it is very important that we determine early on the possible prejudices, attitudes and knowledge of high school students, and later college students studying to for the profession of a nurse.

**Aims:** The aim of the diploma thesis was to determine the attitudes of students of the Angela Boškin Faculty of Health Care towards patients with mental illness and the presence of stigma among them.

**Methods:** Non-experimental, quantitative research design was employed. Data were obtained through a structured online questionnaire. The study included 102 returned questionnaires, the response rate was 34%. Data were processed and presented with the statistical program SPSS 23.0. Descriptive statistics were used, differences between variables were calculated with the t-test for independent samples and the ANOVA test.

**Results:** Study results revealed a positive attitude of respondents towards people with mental illness ( $M = 3.8$ ,  $SD = 0.4$ ). A small presence of stigma was established ( $M = 2.2$ ;  $SD = 0.6$ ). We found no differences in the stigma towards patients with mental illness according to the demographic characteristics of the respondents ( $p > 0.05$ ). Respondents who had personal experience with mental illness achieved a better result on the stigma scale compared to those with no such experience ( $p = 0.024$ ). There were no differences in stigma between students ( $p > 0.05$ ) according to experience with mental illness in the clinical setting.

**Discussion:** The results revealed a generally positive attitude of nursing student respondents towards people with mental illnesses. Appropriate attitudes towards patients with mental illness by healthcare professionals are necessary to avoid exclusion of patients from decision-making, superficial treatment and inadequate health care. This is why a positive attitude must be encouraged already in nursing students with an appropriate education program.

**Key words:** mental illness, student attitude, stigma, nursing care

# KAZALO

<b>1 UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>3</b>
2.1 DUŠEVNE BOLEZNI.....	3
2.1.1 Odnos družbe do oseb z duševno boleznijo .....	5
2.2 STIGMATIZACIJA OSEB Z DUŠEVNIMI BOLEZNIMI .....	6
2.2.1 Vzroki in znaki stigmatizacije.....	7
2.2.2 Destigmatizacija .....	9
2.3 ODNOS DO PACIENTOV Z DUŠEVNO BOLEZNIJO V KLINIČNEM OKOLJU .....	9
2.3.1 Zdravstveni delavci .....	10
2.3.2 Študenti zdravstvene nege.....	11
<b>3 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>14</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	14
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	14
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	15
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	15
3.3.2 Opis merskega instrumenta .....	16
3.3.3 Opis vzorca.....	17
3.4 REZULTATI .....	18
3.5 RAZPRAVA.....	27
<b>4 ZAKLJUČEK .....</b>	<b>31</b>
<b>5 LITERATURA .....</b>	<b>32</b>
<b>6 PRILOGE</b>	
6.1 INSTRUMENT	

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Opis vzorca (n=102).....	18
Tabela 2: Odnos do oseb z duševnimi boleznimi v skupnosti (CAMI lestvica).....	20
Tabela 3: Prisotnost stigme duševnih bolezni.....	23
Tabela 4: Razlike v stigmati do pacientov z duševno boleznijo glede na demografske značilnosti študentov zdravstvene nege ter glede na stik z duševno boleznijo.....	25
Tabela 5: Razlike v povprečni vrednosti na CAMI lestvici glede na letnik študija.....	27

## **SEZNAM KRAJŠAV**

<b>CAMI</b>	Community Attitudes toward the Mentally Ill
<b>FZAB</b>	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
<b>WHO</b>	World Health Organization

## 1 UVOD

Brez duševnega zdravja ni zdravja na splošno. Za zdravo duševno zdravje pa je ključnih več dejavnikov, kot so pozitiven odnos do sebe in drugih (Jeriček Klanšček, et al., 2009), optimizem in uspešno premagovanje težav, soočanje z izzivi, pozitivno samopodobo in samospoštovanje (Mental health declaration for europe, 2005). Pozitivno duševno zdravje je zelo pomembno za kakovost življenja posameznikov, za splošno dobro počutje, razumevanje in zaznavanje okolice v povezavi s sporazumevanjem z ljudmi okrog nas. Vpliva tudi na druge dajavnike kot so življenjski slog, fizično zdravje, zaposlovanje in medosebni odnosi (Turk & Albreht, 2010).

Med nami ima v tem trenutku približno vsak sedmi vsaj blago duševno bolezen in vsak tretji jo bo imel vsaj enkrat v življenju. Duševno zdravje potemtakem ni tako pogosto, duševne bolezni pa ne tako redke, kakor si predstavljamo. Kakršnekoli težave z duševnim zdravjem pa znižujejo kakovost življenja (Marušič & Temnik, 2009).

Dolga leta se je na duševno zdravje gledalo predvsem kot na bolezen, poudarjali so se negativni vidiki, na ljudi s težavami pa se je gledalo kot na obsedene, nore in nevredne normalnega življenja. Danes, ko vemo, da lahko za duševno boleznijo zboli čisto vsak, je naš pogled malo manj izključujoč in diskriminatoren a še vedno v praksi težko sprejmemo, da je človek z duševno boleznijo lahko ranljivejši, manj učinkovit, drugačen, a prav tako z enakimi pravicami kot vsi ostali (Jeriček Klanšček, et al., 2009).

Kljub temu, da naj bi bila duševna obolenja pogostejša kot rakava (Erzar, 2007), imamo do duševnih bolnikov danes še vedno negativno naravnani pogled, poln predsodkov in stereotipov (Plakolm, 2014).

K takšnemu negativnemu odnosu veliko doprinesejo mediji, saj prikazujejo ljudi z duševnimi boleznimi kot nepredvidljive, velikokrat nevarne, prikazujejo da dojemajo svet kot otroci in da so sami odgovorni za svojo bolezen (Ilic, et al., 2013). Mediji so zaradi takšnih predstav velikokrat krivi za socialno distanco do ljudi z duševno boleznijo, jih stigmatizirajo. Stigma se tako širi po družbi, ter se znajde tudi v zdravstveni negi. Zato je potrebno izobraževati bodoče zdravstveno osebje. Obnavljati in nadgrajevati je potrebno



znanje o zdravju in zdravstveni vzgoji pacienta z duševno boleznijo, da bi s tem pripomogli k boju proti stigmatizaciji in diskriminaciji (Kuklec, 2010). To je potrebno poudariti že v začetku izobraževanja študentom zdravstvene nege, jim prikazati pozitiven odnos do duševne bolezni, a kljub temu je tekom izobraževanja potrebno obravnavati tudi stigmo in njene pasti, saj je v nasprotnem primeru možno, da bodo kasneje kot delavci v zdravstveni negi imeli enak stigmatiziran odnos, kot jih ima splošna populacija, vključno s prepričanji, da osebe z druževnimi boleznimi ne le nadzirajo svojo bolezen, temveč so si jo tudi sami povzročili (Ilic, et al., 2013).

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 DUŠEVNE BOLEZNI

Duševna motnja je oznaka za bolezn, katerim so skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega zaznavanja, mišljenja, čustvovanja, motenega obnašanja (vedenja), in prizadetosti spoznavanja ter spomina. Zaradi omenjenih simptomov je pacient prizadet saj je njegovo funkcioniranje slabše, manj učinkovito rešuje vsakdanje probleme (Lešer, 2010 cited in Žvajkar, 2010). Erzar (2007, p. 35-37) pravi, da duševne bolezn niso nekaj čudaškega in oddaljenega, ampak so prisotne v vseh nivojih naše družbe in jih je v današnjem času že več kot rakastih obolenj. Procentualno namreč duševne bolezn v Sloveniji zavzamejo 15% vseh bolezn. Meni tudi, da duševne bolezn posredno vplivajo še na mnoge druge bolezn tako, da je verjetno ta številka še večja. Na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje ugotavljajo, da za katero od oblik duševne bolezn vsako leto zboli približno 11 % Evropejcev (Jeriček Klanšček, et al., 2009).

Duševne bolezn so uvrščene med ene najstarejših znanih v zgodovini. Z njo povezana diskriminatorno obravnavanje duševnih bolnikov je zakoreninjeno v naši družbi že od časov »čarovnic« dalje (Stavber, 2012). Posameznike z duševno boleznijo najdemo opisane v Svetem Pismu, že stari Grki in Rimljani pa so oblikovali nekakšno klasifikacijo duševnih motenj, v kateri so bile vključene melanhonija, manija, delirij in histerija (Batta, et al., 2011). Težave v duševnem zdravju se lahko pojavljajo kadarkoli v življenju in pri vsakem posamezniku, največ duševnih bolezn se sicer prične med 18. in 30. letom starosti. (Bajt, et al., 2015). Najpogostejše pa se v Evropi pojavljajo anksiozne motnje in depresija. Depresija je ena izmed resnejših duševnih bolezn, ki je v hujši obliki prisotna pri 13 % odrasle populacije, oziroma pri 9 % odraslih moških in 17 % odraslih žensk v Evropi. Vpliv depresije na kakovost življenja se primerja s kakovostjo življenja posameznika s hudo telesno boleznijo, npr. možgansko kapjo (Jeriček Klanšček, et al., 2009).

Sicer danes ključne skupine duševnih bolezn razdelimo na (Bajt, et al, 2015):

**Organske, simtomatske duševne bolezn** - Sem spadajo različne motnje na področju mišljenja, zaznavanja, čustvovanja ali osebnosti, ki so lahko posledica različnih

možganskih boleznih, poškodb ali drugih okvar (različne vrste delirija, demence, amnestične motnje in duševne motnje, ki so posledica splošnega zdravstvenega stanja, npr. različnih infekcij, srčno-žilnih boleznih itd.).

**Duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi** - posledice zlorabe alkohola, psihoaktivnih snovi in odvisnost od le-teh.

**Shizofrenija, shizotipske in blodnjavne motnje** - potekajo različno in imajo različne vzroke, ključno pri njih je, da posameznik izgubi stik z realnostjo (napačno oceni točnost lastnih misli in zaznav, kljub nasprotnim dokazom). Gre za motnje mišljenja (npr. blodnje – preganjalne, nanašalne itd., nejasno povezane misli, razrahljani miselni tok), motnje zaznavanja (prisluhi, prividi, halucinacije telesnih občutkov), motnje čustvovanja (evforična stanja, depresivna stanja, grozavost itd.), motnje hotenja (brezvoljnost, apatija). Psihotični simptomi se pojavljajo tudi pri bipoloarnih motnjah, depresijah in manijah, kratkih psihotičnih epizodah, psihotičnih motnjah zaradi uživanja psihoaktivnih snovi, zaradi organskih boleznih.

**Razpoloženske (afektivne) motnje** - ključna je trajnejša sprememba razpoloženja v obliki depresije, manije, bipolarne motnje, trajnih razpoloženskih motenj.

**Nevrotske, stresne in somatiformne motnje:** predstavljajo sklop motenj, za katere je značilen miselni, čustveni, telesni in vedenjski odgovor na dejansko ali grozečo nevarnost, problematične so predvsem, če so pretirane in neobvladljive.

**Motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi:** vzorci osebnostnih motenj se pojavljajo že v otroštvu in mladostništvu in se nadaljujejo v odraslo dobo. Nanašajo se na skrajno poudarjenost nekaterih osebnostnih lastnosti. So trajne, neprilagodljive, nespremenljive in se kažejo v vedenju, mišljenju in čustvovanju. Vodiijo v težave na socialnem, zaposlitvenem in drugih področjih. Ključne osebnostne motnje so: paranoidna, shizoidna, ekscentrična, disocialna, narcisistična, histrionična, čustveno neuravnovešena, izogibajoča se, anankastična in odvisnostna.

**Vedenjski simptomi, povezani s fiziološkimi motnjami in telesnimi dejavniki:** se pogosteje pojavljajo v obdobju odraščanja in zgodnje odraslosti ter so povezani s težavami v duševnem zdravju. Posebej izpostavljamo motnje hranjenja. Ločimo nekaj ključnih: anoreksija nevroza (motnja v zaznavanju podobe lastnega telesa, močan strah pred debelostjo in pridobivanjem telesne teže kljub podhranjenosti, načrtovana izguba telesne teže, odklanjanje hrane, izogibanje kalorični hrani, bruhanje, pretirana telesna aktivnosti, uporaba zaviralcev apetita ali odvajal, motnje v delovanju telesa), bulimija nevroza (preokupacija s hranjenjem, močno hrepenenje po hrani, epizode pretiranega hranjenja, preprečevanje dviga telesne teže s samopovzročenim bruhanjem, uporaba odvajal, zaviralcev apetita, pretirana telesna dejavnost, vrednotenje sebe po videzu in teži, večkratna ponovitev takšnega vedenja v krajšem času), kompulzivno prenajedanje (pretirano uživanje velikih količin hrane, prenajedanje po malem čez dan ali v epizodah, temu se ne more upreti kljub občutkom krivde), debelost (če so vzrok psihološki dejavniki) (Bajt, et al, 2015).

### 2.1.1 Odnos družbe do oseb z duševno boleznijo

Odnos družbe do ljudi z duševno boleznijo se je skozi čas spreminjal, vedno pa je bil bolj ali manj odklonilen (Bon, 2007). Še vedno so bili ljudje s tovrstno boleznijo v določeni meri obravnavani drugače od oseb z organskimi boleznimi, čeprav so duševne bolezni tudi v današnjem času velik javnozdravstveni problem. Negativen odnos in odziv družbe na drugačnost ljudi z duševno boleznijo imenujemo stigmatizacija (Sočan, 2013). Pogosta posledica stigmatizacije je diskriminacija, ki sodi med hujše kršitve človekovih pravic, saj se s tem kršijo točno določene pravice in ta pravica je pravica do enakega obravnavanja na vseh področjih (Kogovšek & Petković, 2007, str. 12). Škodljiva ni le odkrita diskriminacija ljudi z duševno boleznijo, ampak tudi pokroviteljstvo, ko z odraslim človekom okolica ravna kot z otrokom (Švab, 2009).

Osebe z duševno boleznijo so med najbolj stigmatiziranimi in ranljivimi skupinami bolnikov v zdravstvenem varstvu (Poreddi, et al., 2015). Med najbolj stigmatizirane s področja duševnih bolezni sodi shizofrenija, medtem ko so depresija in anksiozne motnje manj stigmatizirane. Verjetno je razlog za splošnega mnenje družbe, da so omenjene duševne motnje posledica pretiranega stresa, ki ga lahko občuti in s katerim se lahko

poistoveti večina ljudi, zaradi današnjega hitrega tempa življenja, to pa kaže na to, da je odnos družbe do duševne motnje v razvitem svetu deloma odvisen od narave duševne bolezni (MacInnes & Lewis, 2008).

## 2.2 STIGMATIZACIJA OSEB Z DUŠEVNIMI BOLEZNIMI

Stigmatizacija kot pojem, označuje poseben odziv družbe na drugačnost, medtem ko je stigma razpoznavni znak, ki ločuje stigmatizirane ljudi od ostalih in jim družba pripiše negativne lastnosti. Stigmatizacija mnogih bolezni, med katerimi so tudi duševne, so stigmatizirane predvsem, ker se ne ujemajo z v naprej postavljenimi družbenimi normami. Če je bolezen človeka neskladna s socialno normo, tak človek »pade v drugo kategorijo«, kjer čutijo posledice stigme (Kuklec, 2010).

Gnezda (2009) poudarja, da v zdravstveni negi ni prostora za stigmatiziranje. Stigmatizacija pogosto privede do predsodkov, kaznovanja z izogibanjem in celo osamitvijo ljudi z duševno boleznijo (Agović, 2012). Napačne so predvsem predstave o tem, da so ljudje s težavami v duševnem zdravju bolj nasilni ali nepredvidljivi kot ljudje, ki teh težav nimajo (Davey, 2013). S tem pa ljudem z duševno boleznijo delamo krivico in škodo. Posameznik z duševno boleznijo namreč v stanju zadovoljstva lahko realizira svoje sposobnosti in se sooča z normalnimi življenjskimi obremenitvami, tako lahko dobro in produktivno dela, ter je zmožen doprinesti k skupnosti (Erzar, 2007).

Stigma velikokrat postane začaran krog, saj jo nase prenašajo tudi pacienti. Tako marsikdo čuti, da mora svojo bolezen skriti pred družbo, pri nekaterih pa se sčasoma vso ponotranjenje predsodkov izrazi v izogibanju stikov z drugimi ljudmi (Švab, 2009). Nemalokrat se zgodi, da stigmatizacija s strani zdravstvenih delavcev vodi k podcenjevanju človeka samega, nepopolni diagnozi in nezadostnemu zdravljenju. (Kuklec, 2010).

Price in Marzani (2012) navajata, da sploh ni pomembno ali pacienti stigmatiziranost dejansko izkusijo ali pa jo samo predvidevajo, v obeh primerih jim zmanjšuje kakovost njihovega življenja. Stigma se zmanjšuje v obravnavi somatskih bolezni, medtem ko se

stigmatiziranost pacientov z duševnimi boleznimi še vedno ohranja. Najmanj pa so stigmatizirani tisti, ki sploh ne iščejo pomoči, vsaj profesionalne ne (Lamovec, 1998).

### 2.2.1 Vzroki in znaki stigmatizacije

Stigmatizacija črpa vzroke iz različnih kulturno pogojenih odnosov do duševnih bolezni in predvidevanj o njihovih vzrokih (Kuklec, 2010). Zaradi motenj zaznav ali obremenitve z neobičajnimi prepričanji so lahko pri ljudeh z duševno boleznijo njihova čustva neujemajoča z realno situacijo. Tako je lahko njihovo vedenje včasih nepredvidljivo. V današnji družbi pa se stalno pojavlja poteba po tem, da se med bolnimi in zdravimi postavi meja. V družbi obstaja strah, da ni izključeno, da tudi sami nekoč lahko prestopimo to mejo (Bon, 2007). Strah večkrat podkrepijo tudi mediji (Kuklec, 2010), saj ljudje prepogosto sledimo informacijam, ki jih dobimo od drugih ljudi in njihovem prvem vtisu, namesto, da bi si ustvarili svojega. Takšne negativne predstave so dobra osnova predsodkom (Židanik, et al., 2007).

V današnjem času posplošeno velja prepričanje, da se duševne bolezni ne da pozdraviti ter daje le ta neozdravljiva in bo obolelega spremljala do konca življenja, pozabi pa se upoštevati dejstvo, da posamezni pacienti tudi po več let nimajo težav. Stereotipi o duševnih boleznih so po vsem svetu in vsaki kulturi zelo trdoživi in se jih zlepa ne da spremeniti. Da se temelji stereotipov zamajejo najbolj pomagajo lastne izkušnje in osebni odnos s pacientom (Bon, 2007).

Švab (2009) piše, da je v ozadju stigmatizacije »narcistična čustvena zadovoljitev, ki ruši pregrade racionalne samokritike.« Človek s tem potrjuje samega sebe, počuti se močnejšega in s pridružitvijo svojega soglasja privilegirani skupini mišljenikov diskreditira druge. Ti drugi so marginalne skupine, med katerimi so izpostavljeni tudi ljudje z duševno boleznijo.

### 2.3.3 Posledice stigmatizacije

Tretjina vseh duševnih bolezni poteka kronično, to pa pomeni skozi vse življenje (Berger, 2005; cited in Kobentar, 2010). K temu pridružena stigma je pacientu z duševno boleznijo

istočasno tudi »druga bolezen«, saj so njene uničujoče posledice včasih celo hujše kot omejitve duševne bolezni same (Switaj, et al., 2009). Le-ta pomembno vpliva na življenje pacienta, zato oboleli stigmo sčasoma začne dojemati in sprejemati kot normalen družbeni proces in zato zavrača odgovornost zanjo (Kuklec, 2010). S stigmo pridejo tudi številni občutki sramu, brezvoljnosti, ponižanja, jeze in stresa. Pogosto se pojavlja tudi osamljenost in depresija. Človek velikokrat izkubi zaupanje vase, se počuti zapostavljen, drugačen, zaradi občutka nespadanja v okolico. Zaradi tega velikokrat želi bolezen prikriti ali zavrača zdravljenje, kar pa poveča tveganje za relaps. Nemalokrat se zgodi, da pacienti nase začnejo gledati skozi oči družbe in pogosto sprejmejo stereotip, ki jim ga je prinesla njihova bolezen (Crisp, 2004).

Stigmatizacija nosi tudi mnoge sekundarne posledice in ene pomembnejših so na področju družine, partnerstva ter zaposlitve (Švab, 2009). Pojavijo se težave tudi pri skrbi zase in za gospodinjstvo ter na področju sposobnosti navezovanja in vzdrževanja socialnih stikov (Gruden, 2010). Številna partnerstva se prekinejo zaradi teže bolezni, stigme in finančne prikrajšanosti (izguba službe ali »nezmožnost« za delo) (Galynker, 2011).

Tudi svojci obolelega za duševno boleznijo vsako diskriminacijo občutijo, saj se jih ljudje izogibajo in tudi njihove socialne mreže se pomembno skrčijo. Stigma in morebitna diskriminacija zavirata okrevanje osebe z duševno boleznijo, saj podpirata molk, neznanje, sramoto obolelega, odrinjenost od družbe in krivično ravnanje ljudi. Oboleli se tako raje zapre sam vase in v svoj svet. Včasih lahko celo meni, da si izolacijo zasluži ali si sploh ne poišče ustrezne pomoči (Švab, 2009).

Posledica stigmatizacije duševnih bolezni se kaže tudi v večji denarni negotovosti oseb z duševno boleznijo, brezposlnosti, nižjem plačilu za delo, v večji bolniških odsotnosti. Kot ugotavlja Baumann s sodelavci (2010), je duševna bolezen ena od glavnih razlogov za odsotnost z dela in za zgodnjo upokojitev.

### 2.2.2 Destigmatizacija

Osebe z duševno boleznijo, njihove družine, različne nevladne organizacije in nenazadnje tudi zaposleni na področju duševnega zdravja so s svojim vplivom postopoma dosegli, da postajajo potrebe in pravice oseb z duševnimi boleznimi bolj vidne in upoštevane (WHO, 2003).

Proti stigmatizaciji se v zadnjih desetletjih v porastu borijo društva pacientov. Predvsem želijo poskrbeti za upoštevanje pravic, ki jih imajo osebe z duševno boleznijo. Temu se pridružujejo s programi destigmatizacije tudi vedno bolj aktivne nevladne in zdravstvene organizacije, v nekaterih državah prizadete posameznike aktivno spodbujajo, da pripomorejo k spremembi njihovega položaja. V ta namen so tudi nastali nacionalni programi destigmatizacije s ciljem, da se spremeni ožigosanost ljudi, ki trpijo zaradi duševnih bolezni (Bon, 2007).

Eden prvih ukrepov za učinkovito zmanjševanje stigmatizacije je izobraževanje. S tem se želi zdravstvene delavce seznaniti z realnostjo in izkoreniniti mite o duševni bolezni. Izobraževanja se da lotiti na več načinov, bistvo pa je reševanje virov negativnega dojetanja in vseh ostalih problemov stigmatizacije, pri čemer velja upoštevati določene spremenljivke, ki lahko vpravljajo na stigmatizacijo. To so npr. empatija, radodarnost, poznavanje in znanje, socialna oblast, ter zavedanje, da na stigmatizacijo vplivajo tudi spol, etnična pripadnost in mnogi družbeno prisotni dejavniki. Drugi učinkovit ukrep, ki se je izkazal za zelo učinkovitega pa je vzpostavitev kontakta z osebami, ki imajo podobne probleme, saj le ta izboljša odnos ter sprejemanje lastne bolezni. Formalni stiki s pacienti z duševnimi boleznimi so dokazano povečali razumevanje in poznavanje problematike in zmanjšali stigmatizacijo (Watson, et al., 2007).

## **2.3 ODNOS DO PACIENTOV Z DUŠEVNO BOLEZNIJO V KLINIČNEM OKOLJU**

V kliničnem okolju, kjer zdravstveno negovalno osebje dela z ljudmi z duševnimi boleznimi, se pogosto srečujejo s stresnimi situacijami. Posebej obremenjeni so takrat, ko se pacient zaradi bolezni počuti ogroženega in ni pripravljen sodelovati. Zdravstvena nega na psihiatričnem področju temelji na terapevtskem odnosu med medicinsko sestro in



pacientom in s tem usmerjen v prizadevanje za pospeševanje in podpiranje vedenja, katerega cilj je razvoj samostojnosti in osebnosti pacientov. Vendar zaradi poseganja v avtonomijo pacienta je velikokrat porušeno tudi zaupanje, ki je sicer temelj zdravstvene nege (Čuk, 2010).

Tudi s strani (bodočega) strokovnega kadra v zdravstveni negi je stigma povezana z duševnimi boleznimi včasih povezana s predsodki o nevarnosti, nekompetentnosti (ne morejo skrbeti zase) in neodgovornosti (duševna bolezen je »karakterna napaka«) ljudi z duševno boleznijo (Švab, 2009). Tako pacienti lahko verjamejo tudi, da si pomoči ne zaslužijo (Hunter, et al., 2014). Takšni miti, ki stigmatizirajo to populacijo pacientov, so razlog za strah in sram ljudi samih, ter zmanjšujejo kakovost zdravljenja in skrbi za osebe z duševnimi motnjami s strani strokovnega kadra (Švab, 2009). Nobeno od teh prepričanj prav tako ni dobra popotnica študentu zdravstvene nege na njegovi poklicni poti (Hunter, et al., 2014).

### 2.3.1 Zdravstveni delavci

Medicinske sestre kot del negovalno-zdravstvenega tima pomembno vplivajo na krepitev ali zmanjševanje razlik, ki se v zdravstvu lahko pojavijo pri obravnavi pacienta z duševno boleznijo (Morrison, 2011). Predsodki se ukoreninijo v odnose do pacientov z duševno boleznijo, ki se nato kažejo v izključevanju pacientov iz vseh oblik odločanja, pomanjkljivi oskrbi, v površnih obravnavah in pokroviteljstvu. To je vsaj deloma posledica velikokrat prisotne tesnobe osebja, ki dela z ljudmi z duševnimi boleznimi. Primeri, ki bi jih lahko navedli kot pokroviteljski odnos so tikanje, omejevanje samostojnosti, toga struktura dejavnosti na oddelkih (Strbad & Švab, 2005).

Če si osebje v zdravstveni negi razlaga diagnozo s področja psihiatrije kot slabšalno, ne vzbuja empatije. To najpogosteje temelji na predhodnih negativnih izkušnjah s pacienti, ki so imeli podobno diagnozo, kar vnaprej povzroča razvrednotenje posameznika.

Razlike med pacienti se delajo kljub temu, da naj bi bili zaposleni v zdravstvu za delo na tem področju ustrezno usposobljeni in izobraženi. Najbolj zaskrbljujoč je rezultat raziskave v katero so bili vključeni zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre enega od oddelkov Psihiatrične klinike Ljubljana in Reševalne postaje Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (n=69), ki jo navaja Kuklec (2010), kjer je razvidna predvsem izstopajoča stigmatizacija pacientov, odvisnih od alkohola.

Ljudje, ki jim je bila postavljena diagnoza duševne bolezni, pogosto opisujejo izkušnje zavrnitve s strani zdravstvenega osebja v zdravstveni negi (Thornicroft, et al., 2007). Prav tako pacienti niso zadovoljni s količino in informacij, ki jih prejmejo o svojem stanju ter o možnostih zdravljenja. Poudarjajo tudi strah pred prisilnim zdravljenjem v primeru, če se z načinom zdravljenja nebi strinjali (Thornicroft, et al., 2007).

Medicinske sestre bi se morale same zavedati svojega stigmatiziranja, da bi se lahko izognile nehoteni diskriminaciji svojih pacientov, ki se nato lahko kaže z neprimernim distanciranjem, pomanjkljivim učenjem ali drugimi negovalnimi ukrepi, ki temeljijo na strahu. Strah pa je glavni vzrok za diskriminacijo in stigmatizacijo (Morrison, 2011). Zaposleni v zdravstveni negi bi morali imeti vsaj osnovno raven empatije in razumevanja pacientov z duševno boleznijo. Najbolj smiselno bi bilo, da bi bili v tem področju zaposleni le tisti, ki imajo do teh pacientov toleranten odnos in poskušajo razumeti njihov položaj. Medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege namreč svoje delo prevečkrat dojemajo kot depresivno in jalovo, predvsem zaradi dela z nevarnimi pacienti (Kuklec, 2010). Manjša slovenska raziskava (n=215) med zaposlenimi v zdravstveni negi v psihiatričnih bolnišnicah je na primer pokazala, da se je 97,9% vseh anketirancev že srečalo z nasiljem s strani pacientov na delovnem mestu (Trstenjak, 2016).

Avtorja Alexander in Link (2009) sta ugotovila, da osebni ali profesionalni kontakt z osebami z duševno boleznijo zmanjšuje stigmo. Prav tako je opaziti, da imajo osebe, ki imajo družinskega člana ali prijatelja, znanca z duševno boleznijo drugačen pogled na ljudi s podobnimi diagnozami in jih ne označujejo za nevarne, se jih ne izogibajo. Negativnega odnosa je veliko manj tudi pri ljudeh, ki so kdaj prostovoljno delali z osebami z duševno boleznijo.

### 2.3.2 Študenti zdravstvene nege

Vsak del družbe, mlada in stara populacija, ima svoje poglede in svoj prav. Tudi mladi med svojimi sovrstniki imajo zelo različene poglede na duševno bolezen (Sheridan, 2012). Mnenja in odnosi mladih se začnejo izoblikovati že v otroštvu, kasneje pa tudi skozi šolo in v primeru študentov zdravstvene nege, kasnejšo prakso v kliničnem okolju

(Mas & Hatim, 2002). Študenti, ki začenjajo s študijem zdravstvene nege s seboj prinašajo stereotipe in predsodke, ki o duševnih bolnikih krožijo v medijih in splošni populaciji, kar kaže na pomanjkanje znanja o možnostih okrevanja in socialnega življenja (Happell & Gough, 2007). Tekom izobraževanja imajo študentje priložnost, da izoblikujejo vrednote, ki vplivajo na družbo in na kasnejše delo kot strokovni kader v zdravstveni negi, k temu pa pripomorejo izobraževalni programi, ki pripravljajo študente zdravstvene nege na profesionalno vlogo medicinske sestre in spodbujajo pozitiven odnos do duševnih bolezni in do pacientov (Morrison, 2011). Študentje so namreč prihodnja delovna sila na področju zdravstva in da bi izpolnili svojo vlogo, jih je potrebno izobraziti tako, da razvijejo pozitiven odnos do duševnih bolnikov (Happell & Gough, 2007). Strah med študenti zdravstvene nege ali prisotno nelagodje med delom z ljudmi z duševno boleznijo, povzroča slabše zdravstvene izide pri pacientih in nezadovoljstvo študentov z njihovimi izkušnjami na področju duševnega zdravja (Bennett & Stennett, 2015).

Mas in Hatim (2002) na podlagi raziskave, ki sta jo izvedla med 106 študenti prvega letnika in 85 študenti zadnjega letnika medicinske fakultete v Kuala Lumpurju navajata, da kljub domnevni profesionalnosti in strokovnosti ni pravilo, da imajo študenti zdravstvene nege bolj pozitiven odnos do pacientov z duševno boleznijo, kot drugi mladi in študenti. Kljub temu pa sta prišla do ugotovitve, da imajo študenti zdravstvene nege na splošno pozitiven odnos do pacientov z duševno motnjo, bodisi skozi osebno ali profesionalno izkušnjo.

Karimollahi (2012) ugotavlja, da študentje tekom študija še »dozorevajo«, ko pa spoznajo paciente z duševno boleznijo, pa jih veliko pridobi mnenje, da so le-ti enaki ostalim, ki potrebujejo pomoč in oskrbo. Če pa študent v tem času doživi negativno izkušnjo, lahko ta škodljivo vpliva na študentov pogled na področje zdravstvene nege oseb z duševnimi boleznimi, zaradi česar je verjetnost, da bi začel kariero na področju psihiatrije precej manjša (Hunter, et al., 2014).

V raziskavi Hunter s sodelavci (2014) razberemo, da bi s povečanjem obsega klinične prakse na področju psihiatrične zdravstvene nege, verjetno bolj spodbudili razvoj pozitivnega odnosa do pacientov z duševno boleznijo. Avtorja Happell in Gough (2007) pa ugotavljata, da večina diplomantov in študentov zdravstvene nege meni, da so

relativno dobro ozaveščeni in imajo dovolj znanja o duševnih boleznih a se pri nekaterih ravno tako kažejo negativni stereotipi, ki se oklepajo pacientov z duševno boleznijo, kar se pozna tudi pri odnosu do teh pacientov.

Pripovedi in pričevanja ljudi z izkušnjo duševne motnje v procesu izobraževanja so močna orožja proti stigmatizaciji. Izkazala so se za bolj uspešne kot samo izobraževanje, posebej pri premagovanju občutkov strahu (Švab, 2009). Priporočeno je, da ljudje z izkušnjo uspešnega ozdravljenja predstavijo svojo zgodbo, ki je dobrodošla za zdravstvenega delavca, ki lahko tako tudi poklicno prispeva k zmanjševanju stigme (Kluklec, 2010). Hkrati pa takšna izobraževanja sporočajo tudi, da se pacienti zavedajo svoje bolezni, da niso enaki, torej, da imajo neke pomanjkljivosti, za katere pa bi bilo neumno, če jih ne bi sprejeli kot dejstva, hkrati pa je potrebno le malo, da se popolnoma uspešno vključijo v družbo (Švab, 2009).

Kot posamezniki lahko študentje in zdravstveni delavci na stigmo vplivajo tako, da dajejo zgled ter da odkrito nasprotujejo zmotni uporabi stereotipov, ki se žal velikokrat predajajo iz generacije v generacijo in slabšalno označujejo ljudi z duševnimi boleznimi in njihove družinske člane, kar prinese v življenje posledice (Telles Correia, et al., 2015).

S pregledom literature ugotavljamo velik pomen nediskriminatornega odnosa zdravstvenih delavcev do oseb z duševno boleznijo. Zelo pomembno vlogo pri oblikovanju takšnega odnosa ima tudi študij zdravstvene nege. Ker stigmatizacija pacientov z duševno boleznijo vpliva na kakovost zdravstvenih storitev, je zelo pomembno, da že zgodaj ugotovimo, kakšne predsodke, stališča ali znanje imajo dijaki, in kasneje študenti, ki se izobražujejo za poklic tako zdravstvenega tehnika kot diplomirane medicinske sestre/ diplomiranega zdravstvenika (TNS BMRB, 2013). Ti imajo ključno vlogo pri psihiatričnem zdravljenju in varstvu človekovih pravic oseb z duševnimi boleznimi, tako v bolnišnici, kot v splošni skupnosti (Poreddi, et al., 2015).

Ker so študenti zdravstvene nege bodoči zdravstveni delavci in ker so v času študija še v procesu »zorenja«, kot je zapisal Karimollahi (2012), smo se odločili da pogledamo njihov odnos do oseb z duševno boleznijo.

### **3 EMPIRIČNI DEL**

#### **3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je ugotoviti odnos študentov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do oseb z duševno boleznijo in prisotnost stigme med njimi.

Cilj 1: Ugotoviti splošen odnos študentov zdravstvene nege do oseb z duševno boleznijo.

Cilj 2: Ugotoviti prisotnost stigme do oseb z duševno boleznijo pri študentih zdravstvene nege.

Cilj 3: Ugotoviti razlike v stigmati do oseb z duševno boleznijo glede na demografske značilnosti (starost, spol, letnik in vrsta študija, stik z duševno boleznijo).

Cilj 4: Ugotoviti razlike v odnosu do oseb z duševno boleznijo pri študentih zdravstvene nege glede na letnik študija.

Cilj 5: Ugotoviti razlike v prisotnosti stigme duševne bolezni glede na stik z duševno boleznijo.

#### **3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšen je splošen odnos študentov zdravstvene nege do oseb z duševno boleznijo?

Raziskovalno vprašanje 2: V kolikšni meri je prisotna stigma do oseb z duševno boleznijo pri študentih zdravstvene nege?

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšne so razlike v stigmati do oseb z duševno boleznijo glede na demografske značilnosti študentov zdravstvene nege (starost, spol, letnik in vrsta študija, stik z duševno boleznijo)?

Raziskovalno vprašanje 4: Kakšne so razlike v odnosu do oseb z duševno boleznijo pri študentih zdravstvene nege, glede na letnik študija, ki ga obiskujejo?

Raziskovalno vprašanje 5: V kolikšni meri obstajajo razlike v prisotnosti stigma duševne bolezni glede na stik z duševno boleznijo?

### **3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

#### **3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov**

Za zbiranje podatkov smo uporabili neeksperimentalno kvantitativno metodo zbiranja podatkov. Empirični podatki so zbrani s pomočjo strukturiranega spletnega vprašalnika. V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo s pregledom slovenske in tuje strokovne in znanstvene literature.

Literaturo smo iskali od meseca januarja 2016 do oktobra 2017 po različnih podatkovnih bazah in sicer: po mednarodni bazi podatkov Cinahl, Pub Med, Springer Link, in Proquest. Literaturo smo pridobili tudi preko spletnega bibliografskega sistema COBBIS, diplomskih in magistrskih delih, vključili smo tudi vire iz Obzornika zdravstvene nege in Zdravniškega vestnika, ter iz spletnih strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje. Nekaj uporabnih zadetkov nam je uspelo pridobiti tudi preko Google iskalnika. Uporabili smo tudi gradivo iz knjižnic Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in Občinske knjižnice Jesenice.

Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: duševna bolezen, stigma, stigmatizacija, odnos do stigmatiziranih, študenti in stigmatizacija, zdravstveni delavci in stigmatizacija, mental illness, stigma of mental illness, attitudes to mental illness. Omejili smo se na literaturo, ki ni starejša od 10 let, z nekaj izjem, ki so se nam zdele pomembne.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Vprašalnik smo razdelili na tri sklope vprašanj v katere sta vključena dva mednarodno priznana merska instrumenta.

Prvi sklop vsebuje lestvico Community Attitudes toward the Mentally Ill, v nadaljevanju CAMI lestvico (Taylor & Dear, 1981), s katero merimo razumevanje duševne bolezni in odnos ljudi do oseb z duševno boleznijo. Lestvica je bila že prevedena v slovenski jezik, zato smo uporabili prevedeno različico (Hvalič Touzery et al., 2016). Instrument je sestavljen iz dveh predhodno najbolj razširjenih lestvic o odnosu: Opinions about Mental Illness (OMI) in Community Health Ideology (CMHI). Vsebuje 40 trditev s katerimi merimo dvoje odnosov: pozitiven odnos (dobrohotnost, ideologija duševnega zdravja v skupnosti) in negativen odnos: (avtoritarnost, družbena omejenost). Anketiranci označijo stopnjo strinjanja na 5 – stopenjski Likertovi lestvici (1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 - strinjam se, 5- popolnoma se strinjam). Vprašalnik vsebuje štiri dimenzije: avtoritarnost, dobrohotnost, družbeno omejenost, in ideologijo duševnega zdravja v skupnosti. Pri vsaki dimenziji z 10 trditvami je mogoče zbrati od 10 do 50 točk, pri čemer višje število točk pomeni višjo stopnjo strinjanja z osnovnim konceptom dimenzije (Taylor & Dear, 1981).

Ker smo lestvico obravnavali kot celoto, smo ocenili relevantnost trditev in se odločili, da bomo zaradi vsebinske neustreznosti za slovenski proctor izločili zadnji dve trditvi iz izvornih 40-ih.

Vrednost Cronbach alfa je bil 0,90, kar predstavlja visoko zanesljivost (Ferligoj, et al., 1995).

V drugem sklopu smo uporabili vprašalnik iz raziskave »Stigma duševnih bolezni: Primerjava stališč bolnikov in študentov v Sloveniji« (Strbad et al., 2008). Vprašalnik vsebuje 14 trditev s katerimi primerjamo stereotipna in diskriminatorna prepričanja in socialno distanco vključenih anketirancev. V izvornem vprašalniku so se nekatere trditve nanašale specifično na »paciente s shizofrenijo«, kar smo v našem primeru spremenili v »paciente z duševno boleznijo«, saj je to glede na našo raziskavo bolj ustrezno. Avtorji

vprašalnika so izbrali trditve glede na slovensko kulturno ozadje in vsebujejo najpogostejše stereotipe o pacientih z duševno boleznijo. Uporabili so 5 – stopenjsko Likertovo lestvico, na kateri anketiranci označijo stopnjo strinjanja (1 - sploh se ne strinjam, 2 -se ne strinjam, 3 - niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 - strinjam se, 5- popolnoma se strinjam). Višje vrednosti kažejo na bolj negativen odnos do oseb z duševno boleznijo. Vrednost Cronbach alfa je ocenjena z 0,88, pri čemer ugotavljamo visoko zanesljivost instrumenta (Ferligij, et al., 1995).

V tretjem sklopu smo zajeli demografske podatke (spol, letnik študija in srečanje s študijskimi predmeti povezanimi z duševnim zdravjem tekom študja ter samim srečanjem in delom z duševnimi bolniki). Zbrali smo jih na podlagi štetih odprtih in zaprtih vprašanj.

### 3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo nenaključni, namenski vzorec. Vprašalnik je bil namenjen prvim, drugim in tretjim letnikom rednega in izrednega študija, ter absolventom Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

Vprašalnike smo poslali 300 študentom. Nazaj smo dobili 109 rešenih vprašalnikov, vendar pa je bilo nekaj vprašalnikov nepopolno izpolnjenih. V celoti izpolnjenih vprašalnikov, ki smo jih vključili v nadaljno analizo je bilo 102, kar predstavlja 34% realizacijo vzorca. Največ rešenih anket smo dobili od študentov prvega letnika (40%) in rednih študentov (72%). V raziskavi so sodelovali študenti vseh starostnih skupin in sicer od 19 do 42 let. Povprečna starost reševalca ankete je bila 23,6 let (SO = 6,1). Vsi študentje niso podali odgovorov na vsa vprašanja. Odstotni deleži so podani za tiste študente, ki so odgovorili na vsa vprašanja (tabela 1).

**Tabela 1: Opis vzorca (n=102)**

		n	%
SPOL	Moški	15	15
	Ženski	87	85



		n	%
<b>STAROST</b>			
	<b>Do 20 let</b>	37	36
	<b>21 do 30 let</b>	51	50
	<b>31 do 40 let</b>	11	11
	<b>41 do 50 let</b>	3	3
<b>LETNIK ŠTUDIJA</b>	<b>1.letnik</b>	41	40
	<b>2. letnik</b>	20	20
	<b>3. letnik</b>	24	24
	<b>Absolvent</b>	17	17
<b>VRSTA ŠTUDIJA</b>	<b>Redni</b>	73	72
	<b>Izredni</b>	29	28

Legenda: n = število vprašanih, % = odstotek

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala v začetku leta 2017, po predhodni pridobitvi soglasij s strani Komisije za znanstveno- raziskovalno delo in mednarodno sodelovanje Senata Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Vprašalnike smo poslali preko spletne strani 1ka študentom prvega, drugega in tretjega letnika ter absolventom FZAB.

Vse z anketirnjem pridobljene podatke smo obdelali s statističnim računalniškim programom SPSS, verzije 23.0. Uporabili smo metode opisne statistike, tj. odstotke, povprečno vrednost, standardni odklon, frekvence. Prav tako smo uporabili t-test za neodvisne vzorce in ANOVA test. Statistično značilno povezanost in razlike smo preverjali pri 5 % stopnji tveganja. Rezultate smo predstavili pisno in v tabelah s pomočjo računalniških programov Microsoft Word 2007 in 1KA (EnKlikAnketa).

## 3.4 REZULTATI

Glede na zastavljene cilje in raziskovalna vprašanja bomo v nadaljevanju podrobneje

predstavili rezultate naše raziskave.

V tabeli 2 smo s pomočjo CAMI lestvice pridobili podatke o splošnem odnosu študentov FZAB do oseb z duševno boleznijo. Sivo obarvane celice v tabeli označujejo trditve pri katerih višja vrednost pomeni bolj negativen odnos do oseb z duševnimi boleznimi.

**Tabela 2: Odnos do oseb z duševnimi boleznimi v skupnosti (CAMI lestvica)**

TRDITEV	n	Min	Max	PV	SO	Se ne strinjam %	Se strinjam %
Eden od glavnih razlogov za duševno bolezen je pomanjkanje samodiscipline in volje.	109	1	5	2,4	1,1	55,0	22,0
Najboljši način za obravnavo oseb z duševnimi boleznimi je zdravljenje na zaprtem oddelku.	109	1	5	1,9	0,9	78,0	3,7
Na osebah z duševnimi boleznimi je nekaj posebnega, zaradi česar se jih z lahkoto loči od normalnih ljudi.	109	1	5	2,4	1,0	57,8	12,8
Takoj ko nekdo pokaže znake duševne bolezni, bi moral biti hospitaliziran.	109	1	5	2,1	1,0	70,6	10,1
Osebe z duševnimi boleznimi potrebujejo enak nadzor in disciplino kot majhni otroci.	109	1	5	2,6	1,1	50,5	22,0
Duševna bolezen je kot vse druge bolezni.	109	1	5	3,3	1,3	25,7	49,5
Osebe z duševnimi boleznimi nebi smele biti družbeni izobčenci	108	1	5	4,1	1,0	9,3	87,0
Varovanje javnosti pred osebami z duševnimi boleznimi bi moralo biti manj poudarjeno.	106	1	5	3,3	0,9	14,2	42,5
Psihiatrične bolnišnice so zastarel način za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.	107	1	5	2,7	1,1	46,7	28,0
Skoraj vsak lahko zboli za duševno boleznijo.	107	1	5	4,3	0,8	2,8	86,0
Osebe z duševno boleznijo so bile predolgo tarča posmeha.	108	1	5	4,1	0,9	4,6	94,7
Država bi morala nameniti več sredstev za oskrbo in zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.	109	1	5	4,0	0,9	5,5	77,1
Kot družba bi morali biti veliko bolj tolerantni do oseb z duševnimi boleznimi.	108	1	5	4,2	0,8	3,7	88,0

TRDITEV	n	Min	Max	PV	SO	Se ne strinjam %	Se strinjam %
Naše psihiatrične bolnišnice so bolj podobne ječam kot kraju, kjer se osebe z duševnimi boleznimi zdravijo.	108	1	5	2,8	1,2	39,8	30,6
Naša odgovornost je, da nudimo najboljšo oskrbo osebam z duševnimi boleznimi.	109	1	5	4,4	0,9	4,6	92,7
Osebe z duševno boleznijo si ne zaslužijo našega sočutja.	109	1	5	1,5	0,9	88,1	5
Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo breme za našo družbo.	108	1	5	2,2	1,0	86,4	4,6
Povečanje sredstev za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi pomeni trošenje davkoplačevalskega denarja	107	1	5	2,3	1,0	55,1	8,4
Za osebe z duševnimi boleznimi je že na voljo dovolj storitev.	108	1	5	2,5	1,0	51,9	12,0
Najbolje se je izogibati osebam z duševnimi težavami.	108	1	5	1,9	1,0	78,7	8,3
Osebe z duševnimi boleznimi ne bi smele imeti nobene odgovornosti.	108	1	4	2,0	0,8	73,1	3,7
Osebe z duševnimi boleznimi bi morale biti ločene od ostale skupnosti.	109	1	5	1,9	1,0	80,7	7,3
Ženska bi bila neumna, če bi se poročila z moškim, ki je imel duševno bolezen, četudi si je že popolnoma opomogel.	109	1	4	1,7	0,9	79,8	3,7
Za soseda ne bi hotel imeti nekoga, ki je imel duševno bolezen.	109	1	5	2,0	1,1	70,6	13,8
Kdor je imel duševno bolezen, ne bi smel biti v službi.	108	1	5	2,0	0,9	69,4	4,6
Osebam z duševnimi boleznimi ne bi smeli kratiti njihovih osebnih pravic	109	1	5	3,6	1,3	17,4	63,3
Osebe z duševnimi boleznimi je potrebno spodbujati, da prevzamejo odgovornosti običajnega življenja.	107	1	5	4,1	0,8	4,7	83,2
Nihče nima pravice, da izključi osebe z duševnimi boleznimi iz njihove stanovanjske skupnosti.	107	1	5	4,2	0,9	4,7	84,1
Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo veliko manjšo nevarnost, kot misli večina ljudi.	107	1	5	3,8	0,9	7,5	70,1

TRDITEV	n	Min	Max	PV	SO	Se ne strinjam %	Se strinjam %
Večina žensk, ki se je nekoč zdravila v psihiatrični bolnišnici, lahko opravlja delo varuške.	107	1	5	3,0	1,0	27,1	31,8
Občani bi morali sprejeti lokacijo ustanov za duševne bolnike v njihovi soseski, sajte služijo potrebam krajevne skupnosti.	107	1	5	3,3	1,0	18,7	43,9
Najboljša terapija za večino oseb z duševnimi boleznimi je, da so vključeni v skupnost.	107	1	5	4,0	0,8	2,8	78,5
Kolikor je mogoče, bi morali storitve za paciente z duševnimi boleznimi zagotavljati v ustanovah, ki so del skupnosti.	107	1	5	3,8	0,8	3,7	72,9
Če oskrbo oseb z duševnimi boleznimi zagotavljamo v stanovanjskih soseskah, s tem ne ogrožamo drugih stanovalcev.	107	1	5	3,5	0,9	14,0	59,8
Nobenega razloga ni, da bi se stanovalci bali oseb, ki v njihovo sosesko prihajajo zaradi storitev v zvezi z duševnimi boleznimi.	105	1	5	3,8	0,8	7,6	68,6
V stanovanjskih soseskah ne bi smelo biti ustanov za osebe z duševnimi boleznimi.	106	1	5	2,3	1,0	62,3	9,4
Prebivalci krajevne skupnosti se upravičeno upirajo pred tem, da bi zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi omogočili v njihovi skupnosti	107	1	5	2,5	1,0	52,3	13,1
Morda je z vidika terapije res koristno, da osebe z duševnimi boleznimi živijo v krajevnih skupnostih, toda to predstavlja preveliko tveganje za stanovalce.	107	1	5	2,7	1,0	43,9	17,8
<b>CAMI</b>	<b>109</b>	<b>2,5</b>	<b>4,8</b>	<b>3,8</b>	<b>0,4</b>		

Legenda: n = velikost vzorca, MIN = najmanjša vrednost, MAX = najvišja vrednost, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, Se ne strinjam = % odgovorov »sploh se ne strinjam« in »ne strinjam se«; Se strinjam = % odgovorov se strinjam in popolnoma se strinjam. Vrednosti na lestvici: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 - strinjam se, 5 - popolnoma se strinjam.

Pri vsakem študentu smo izračunali povprečje na vseh trditvah lestvice CAMI (pri čemer so negativne trditve obrnjene). Višje povprečje (bližje maksimalni oceni na lestvici, t.j. 5) kaže na bolj pozitiven odnos do oseb z duševno boleznijo. V povprečju je ocena strinjanja s trditvami 3,8 (SO = 0,4) in kaže na splošen pozitiven odnos študentov FZAB do oseb z duševno boleznijo (Tabela 2). Dve negativni trditvi, pri katerih smo ugotovili najvišje strinjanje (22%) sta: "Eden od glavnih razlogov za duševno bolezen je pomanjkanje samodiscipline in volje" in "Osebe

z duševnimi boleznimi potrebujejo enak nadzor in disciplino kot majhni otroci«. Visoko nestrinjanje je bilo opaziti pri trditvi »Psihiatrične bolnišnice so zastarel način za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi« kjer je 46,7 % študentov odgovorilo z nikakor se ne strinjam in se ne strinjam.

V rezultatih je razvidno, da se študenti močno strinjajo s trditvami, ki kažejo na neselektivno tveganje za duševno bolezen pri vseh ljudeh in trditvah, ki spodbujajo vključevanje teh ljudi v skupnost. Tako se je za trditev "Skoraj vsak lahko zboli za duševno boleznijo« 86 % študentov opredelilo s se strinjam in se popolnoma strinjam. Prav tako za trditvi »Najboljša terapija za večino oseb z duševnimi boleznimi je, da so vključeni v skupnost« kjer se je strinjalo ali popolnoma strinjalo 78,5 % anketirancev in »Kolikor je mogoče, bi morali storitve za paciente z duševnimi boleznimi zagotavljati v ustanovah, ki so del skupnosti«, kjer je s se strinjam in se popolnoma strinjam odgovorilo 72,9 % študentov (tabela 2).

V tabeli 3 smo pri študentih FZAB glede na trditve pridobili podatke o stereotipnih in diskriminatornih prepričanjih ter o socialni distanci do ljudi z duševno boleznijo, s čemer smo ugotovili v kolikšni meri je med študenti prisotna stigma duševnih bolezni.

**Tabela 3: Prisotnost stigme duševnih bolezni**

TRDITVE	n	Min	Max	PV	SO	Se ne strinjam (%)	Se strinjam (%)
Ljudje z duševnimi boleznimi so bolj nevarni od drugih ljudi.	101	1	5	2,3	0,8	62,4	7,9
Ljudje z duševno boleznijo lahko koga napadejo.	101	1	5	3,3	0,9	15,8	46,5
Duševna bolezen je nalezljiva.	99	1	4	1,5	0,8	86,9	3,0
Ljudje z duševnimi boleznimi se ne znajo obnašati.	99	1	5	2,2	0,8	62,6	5,1
Ljudje z duševnimi boleznimi so manj sposobni v primerjavi z drugimi ljudmi	100	1	4	2,3	0,9	58,0	7,0
Ljudje z duševnimi boleznimi so sami krivi za svojo bolezen.	100	1	5	1,8	1,0	78,0	6,0
Bojim se živeti v sosedstvu z osebo, ki ima neko duševno bolezen.	101	1	4	2,0	1,0	71,3	10,9

TRDITVE	n	Min	Max	PV	SO	Se ne strinjam (%)	Se strinjam (%)
Če bi imel/a moj/a sostanoval/ec/ka neko duševno bolezen, bi se odselil/a.	100	1	5	2,0	1,0	71,0	5,0
Če bi imel/o moj/e fant/dekle duševno bolezen, bi prekinila/prekinil razmerje.	100	1	5	2,1	0,9	66,0	5,0
Za družbo je bolje, da osebe z duševno boleznijo nimajo otrok.	100	1	5	2,4	1,0	52,0	11,0
Za družbo je bolje, da ljudje z duševno boleznijo ne delajo z otroki in adolescenti.	100	1	5	2,6	1,0	48,0	20,0
Ljudi z duševnimi boleznimi lahko prepoznam že na prvi pogled.	101	1	5	2,3	1,0	63,4	11,9
Če bi lahko odločal/a, bi osebe z duševno boleznijo čim dlje obdržal/a v psihiatrični bolnišnici.	99	1	5	1,9	0,9	74,7	3,0
Počutil/a bi se osramočen/o, če bi moji prijatelji ugotovili, da ima kdo v moji družini duševno bolezen.	98	1	4	1,8	0,9	82,7	7,1
<b>Skupaj</b>	<b>101</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2,2</b>	<b>0,6</b>		

*Se ne strinjam = % odgovorov »sploh se ne strinjam« in »ne strinjam se«; Se strinjam = % odgovorov se strinjam in popolnoma se strinjam. Vrednosti na lestvici: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 - strinjam se, 5 - popolnoma se strinjam.*

Skupno število točk na lestvici, ki meri stigma smo izračunali kot povprečje ocen vseh trditvev za vsakega odgovarjajočega posebej. Skupno število točk kaže na povprečno strinjanje s trditvami, ki merijo stigmato do ljudi z duševno boleznijo. Višje povprečje kaže na višje strinjanje in s tem večjo prisotnost stigme do ljudi z duševno boleznijo pri anketiranih študentih. Vidimo lahko, da je povprečna vrednost odgovorov anketiranih študentov 2,2 (SO = 0,6), kar kaže na to, da se anketiranci v povprečju ne strinjajo s trditvami (tabela 3).

Nekaj manj kot dve tretjini anketiranih študentov, 62,4 % (PV = 2,3, SO = 0,8) se ne stinja s trditvijo, da so ljudje z duševnimi boleznimi bolj nevarni od drugih. Po rezultatih druge trditve pa vidimo, da pri polovici študentov vseeno obstaja strah pred osebami z duševno boleznijo, saj se 46,5 % (PV = 3,3, SO = 0,9), strinja ali popolnoma strinja s trditvijo, da lahko osebe z duševno boleznijo koga napadejo. Prav tako je 20 % (PV = 2,6, SO = 1,0) anketiranih mnenja, da bi bilo bolje za družbo, če ljudje z duševnimi boleznimi nebi delali z otroki in adolescenti. Anketirani študenti kažejo na visoko

nestrinjanje s trditvijo, da je duševna bolezen nalezljiva, z njo se ne strinja 86,9 % študentov (PV = 1,5, SO = 0,8). Hkrati jih je 74,7 % (PV = 1,9, SO = 0,9) mnenja, da zadrževanje oseb z duševno boleznijo v psihiatrični bolnišnici čim daljše časovno obdobje ni potrebno (tabela 3).

V tabeli 4 je podana testna statistika "t" in p-vrednost (t.j. verjetnost, da smo razliko med skupinama opazili po slučajju), ki smo ju dobili z uporabo t- testa. Kadar je  $p \leq 0,05$ , ugotavljamo statistično razliko.

**Tabela 4: Razlike v stigmati do pacientov z duševno boleznijo glede na demografske značilnosti študentov zdravstvene nege ter glede na stik z duševno boleznijo**

	Skupaj sklop o prisotnosti stigme	
	PV <sup>1</sup>	SO <sup>2</sup>
<b>Starost</b>		
< 25 let (n = 80)	2,2	0,6
25 let ali več (n = 21)	2,1	0,5
<b>t (p)<sup>4</sup></b>	1,00 (0,322)	
<b>Spol</b>		
Moški (n= 15)	2,4	0,6
Ženski (n= 86)	2,2	0,6
<b>t (p)<sup>4</sup></b>	1,2 (0,251)	
<b>Letnik študija</b>		
1. letnik (n = 41)	2,3	0,7
2. letnik (n = 20)	2,1	0,6
3. letnik (n = 24)	2,1	0,5

	Skupaj sklop o prisotnosti stigme	
	PV <sup>1</sup>	SO <sup>2</sup>
Absolvent (n = 16)	2,2	0,6
<b>F (p)<sup>3</sup></b>	1,04 (0,378)	
<b>Vrsta študija</b>		
Redni (n = 72)	2,2	0,6
Izredni(n = 29)	2,2	0,6
<b>t (p)<sup>4</sup></b>	0,04 (0,970)	
<b>Stik z duševno boleznijo v kliničnem okolju</b>		
Klinično okolje (odgovor DA) (n = 34)	2,2	0,7
Klinično okolje (odgovor NE)(n = 9)	2,3	0,6
<b>t (p)<sup>4</sup></b>	0,38 (0,708)	
<b>Osebni stik z duševno boleznijo</b>		
Osebno (odgovor DA) (n = 88)	2,1	0,6
Osebno (odgovor NE) (n = 13)	2,6	0,7
<b>t (p)<sup>4</sup></b>	2,29 (0,024)	

1 = povprečna vrednost; 2 = standardni odklon; 3 = eno-faktorska analiza variance (ANOVA); 4 = t-test; Vrednosti na lestvici: 1 - sploh se ne strinjam, 2 - se ne strinjam, 3 - niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 - strinjam se, 5- popolnoma se strinjam.

Pri delitvi demografskih podatkov v tabeli o starosti ugotovimo, da med študenti mlajšimi od 25 let in tistimi starimi 25 let ali več, ni statistično značilne razlike v prisotnosti stigme do oseb z duševno boleznijo ( $p > 0,05$ ). Prav tako v rezultatih ni značilne razlike v stigmati do ljudi z duševno boleznijo glede na letnik študija in vrsto študija ( $p > 0,05$ ). Niti ni vidnih statistično pomembnih razlik glede na izredno ali redno opravljanje študija anketirancev ( $p > 0,05$ ). Ugotavljamo, da ni razlik v stigma do pacientov z duševno boleznijo glede na demografske značilnosti anketiranih študentov (tabela 4).



Glede na rezultate tabele 4, lahko odgovorimo tudi na peto raziskovalno vprašanje “V kolikšni meri sta med seboj povezana stik z duševno boleznijo in prisotnost stigme do duševne bolezni”. Anketirani študenti, ki so se osebno srečali z duševno boleznijo, so na lestvici o stigmi v povprečju dosegli povprečje 2,1 (SO = 0,6), ostali pa 2,6 (SO = 0,7). T-test pokaže da obstaja statistično značilna razlika ( $p = 0,024$ ) med študenti obeh proučevanih skupin (Tabela 4). Boljši rezultat na lestvici so dosegli študenti, ki so se z duševno boleznijo srečali osebno. Glede na srečanje z duševno boleznijo v kliničnem okolju, pa med anketiranimi študenti ni razlik v stigma ( $p > 0,05$ ).

Iz testne statistike “F” in p –vrednost, ki smo ju dobili z uporabo analize variance (ANOVA) uporabimo, ko želimo preveriti ali obstaja razlika v povprečnih vrednostih med več kot dvema skupinama. S pomočjo ANOVA testa v tabeli 5 preverjamo ali obstaja razlika v povprečnih vrednostih na CAMI lestvici med študenti glede na letnik študija.

**Tabela 5: Razlike v povprečni vrednosti na CAMI lestvici glede na letnik študija**

Letnik študija	Skupaj CAMI		F <sup>3</sup>	p <sup>4</sup>
	PV <sup>1</sup>	SO <sup>2</sup>		
1. letnik	3,8	0,5	0,33	0,803
2. letnik	3,7	0,5		
3. letnik	3,9	0,3		
absolvent	3,7	0,5		

Legenda: <sup>1</sup>PV: povprečna vrednost, <sup>2</sup>SO: standardni odklon, <sup>3</sup>F: eno-faktorska analiza variance (ANOVA), <sup>4</sup>p:  $p < 0,05$  - statistična značilnost;  $p > 0,05$  – ni statistično pomembnih razlik med povprečnima vrednostma obeh spremenljivk.

Povprečne vrednosti, ki jih vidimo na CAMI lestvici so med študenti različnih letnikov zelo podobne, nižji SO pri študentih 3.letnika, pa kaže na višjo homogenost odgovorov pri teh študentih. Analiza variance pokaže, da med študenti glede na letnik študija ni statistično značilnih razlik v odnosu do oseb z duševno boleznijo ( $p > 0,05$ ), s čimer odgovorimo še na četrto raziskovalno vprašanje (tabela 5).

### 3.5 RAZPRAVA

Raziskava s katero smo preverjali odnos študentov zdravstvene nege do pacientov z duševno boleznijo je pokazala, da imajo anketirani študenti na splošno pozitiven odnos do oseb z duševno boleznijo. Prav tako med njimi nismo ugotovili prisotnosti stigme do duševne bolezni, kar je skladno z nekaterimi drugimi raziskavami (Happell & Gaskin, 2013; Dawood, 2012; Karimollahi, 2012), kjer tudi ugotavljajo, da imajo študentje zdravstvene nege na splošno pozitiven odnos do oseb z duševno boleznijo, ki pa se po izobraževanju s področja zdravstvene nege psihiatričnega pacienta in mentalnega zdravja ter klinični praksi s tega področja še izboljša.

Križan (2009) piše, da ima ravno zdravstveno osebje največ interakcij s pacienti, zato je zelo pomembno kakšen odnos imajo do njih. Za opravljanje dela medicinskega osebja pa ni dovolj le poznavanje duševnih stanj, potrebno je pridobiti tudi pacientovo zaupanje, empatijo, kjer pa ni prostora za stigmatizacijo.

Med trditvami lestvice CAMI s katero smo ugotavljali odnos do oseb z duševnimi boleznimi je bilo nekaj trditev, ki so bolj izstopale. Skoraj četrtina anketiranih študentov je namreč mnenja, da je eden od glavnih razlogov za duševno bolezen tudi pomanjkanje samodiscipline in volje, podoben odstotek študentov je mnenja, da osebe z duševnimi boleznimi potrebujejo enak nadzor in disciplino kot majhni otroci. Zadnjo trditev lahko povežemo z ugotovitvijo avtorice Švab (2009), saj navaja, da je še bolj kot odkrita diskriminacija ljudi z duševno boleznijo škodljivo pokroviteljstvo, ko z odraslim človekom okolica ravna kot z otrokom. Odgovori na ti dve trditvi rahlo nakazujeta na manj toleranten odnos anketiranih študentov do ljudi z duševno boleznijo. Iz ene od trditev lahko razberemo, da študentje zagovarjajo institucionalno zdravljenje duševnih bolezni, saj je pri trditvi, ki pravi, da so psihiatrične bolnišnice zastarel način za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi skoraj polovica anketirancev odgovorilo, da se s tem ne strinjajo. Do podobne ugotovitve so prišli Jack-Ide et al. (2016), saj se je v njihovi raziskavi (n=122) večina anketiranih študentov zdravstvene nege strinjala z učinkovitostjo zdravljenja v psihiatrični bolnišnici in da le te pomembno prispevajo k zdravljenju duševnih bolezni. Podobno tudi raziskava Balhara in Mathur (2013) o odnosih študentov zdravstvene nege o psihiatrični zdravstveni negi, kjer so anketirani študentje mnenja, da zdravljenje v psihiatrični zdravstveni negi v zadnjih letih napreduje, in je v

bolnišnici na voljo veliko vrst svetovanj, delavnic, socialne podpore za boljše počutje in delovanje pacientov z duševno boleznijo in je takšno zdravljenje v pomoč večini pacientov.

Ugotavljamo, da se anketirani študenti močno strinjajo s trditvami, ki kažejo na neselektivno tveganje za duševno bolezen pri vseh ljudeh, tak primer trditve je, da »skoraj vsak lahko zboli za duševno boleznijo« in trditvah, ki spodbujajo vključevanje teh ljudi v skupnost, kot na primer »najboljša terapija za večino oseb z duševnimi boleznimi je ta, da so vključeni v skupnost«.

Prisotnost stigme smo ugotavljali s prilagojenim vprašalnikom avtorjev Strbad, et al. (2008). Ti so se v svoji raziskavi, v katero so bili vključeni študentje (n=327) šestih različnih študijskih smeri (tudi zdravstvene nege) ter pacienti z duševno boleznijo, osredotočili predvsem na paciente s shizofrenijo. Ugotovili so, da imajo pacienti z duševno boleznijo bolj stigmatizirajoč odnos do oseb z duševno boleznijo kot študenti ter da na splošno med študenti ni bilo zaznati stigme do oseb z duševno boleznijo. Rezultati glede prisotnosti stigme med študenti so podobni našim ugotovitvam in so zanimivi kot primerjava, čeprav raziskavi ne moremo popolnoma enačiti zaradi specifikke vsake od njih.

Eden izmed študentov v raziskavi Karimollahi (2012) je zapisal, da je videl nasilno vedenje osebe z duševno boleznijo v filmih in od tod podzavesten strah pred napadalnostjo oseb z duševno boleznijo, četudi med zdravljenjem ter za vrati psihiatrične ustanove. Iz tega lahko sklepamo, da se lahko ta strah skriva tudi v odgovorih naših anketirancev na trditev, ki se nanaša na potencialno napadalnost oseb z duševno boleznijo, s kateri se je strinjalo skoraj tri četrtine anketiranih študentov. Po drugi strani pa se s trditvijo, da so ljudje z duševnimi boleznimi bolj nevarni od drugih, večina ne strinja. Za razliko od naše raziskave, Poreddi, et al. (2015) v raziskavi, ki je vključevala študente zdravstvene nege zadnjih dveh letnikov z opravljeno klinično prakso s področja psihiatrične zdravstvene nege (n=116) ugotavljajo, da so se anketirani študentje, skoraj enotno strinjali, da so ljudje z duševnimi boleznimi nepredvidljivi, niso sposobni nositi odgovornosti in je bolj verjetno, da bodo nasilni.

V naši raziskavi nismo ugotovili razlik v prisotnosti stigme glede na letnik in vrsto študija anketirancev, podobno smo ugotovili tudi pri delitvi ostalih demografskih podatkov, saj med študenti starimi do 25 let in tistimi starimi 25 let in več ni zaznati pomembnih statističnih razlik o stigmatizirajočem odnosu do ljudi z duševno boleznijo. Raziskava je pokazala, da ni bistvene razlike v stigmati niti glede na spol, čeprav nekaj raziskav (TNS BMRB, 2013; Lowder, 2007) kaže, da ženske neodvisno od starosti kažejo pozitivnejši odnos do oseb z duševnimi boleznimi, medtem ko so moški do njih pokazali manj strpnosti.

V dveh raziskavah (Dawood, 2012; Happell & Gaskin, 2013) smo zasledili ugotovitve, da študenti, ki so že obravnavali predmet s področja psihiatrične zdravstvene nege ali so imeli predhodne izkušnje z ljudmi z duševno boleznijo na te osebe gledajo manj omejevalno, kar kaže na manjši strah in pozitivne rezultate pridobljenega znanja s tega področja. Surgenor, et al. (2005) ugotavljajo, da je odnos do pacientov z duševno boleznijo bistveno bolj pozitiven pri študentih zdravstvene nege v zadnjem letniku, kot v prvem letu študija. Raziskava je potekala na fakulteti v Novi Zelandiji, v kateri je sodelovalo 164 študentov zdravstvene nege. Razlog za to naj bi bil, da so študentje do zadnjega leta študija imeli že veliko priložnosti v kliničnem okolju, kjer so se lahko srečali in delali z osebo z duševno motnjo. Pri anketiranih študentih v naši raziskavi pa glede na letnik študija ni bilo zaznanih statistično značilnih razlik v odnosu do oseb z duševno boleznijo.

Klinična praksa in srečanje z ljudmi z duševno boleznijo imajo še posebej pozitivno in pomembno vlogo za izvajalca zdravstvene nege na tem področju. Raziskava Esmaeili s sodelavci (2013) kaže, da imajo študentje zdravstvene nege, predvsem pred prvimi srečanji s klinično prakso na psihiatričnem področju, strah pred ljudmi z duševno boleznijo, saj jih mediji in družba pogosto predstavlja kot nevarne in strah vzbujajoče. Z našo raziskavo smo prav tako potrdili spoznanja avtorja Esmaeili s sodelavci (2013) in sicer, da anketirani študenti zdravstvene nege, ki se z duševno boleznijo osebno še niso srečali, kažejo višjo stopnjo stigme do oseb z duševno boleznijo kot tisti, ki so se z duševno boleznijo srečali osebno. Podobno je Lowder (2007) v raziskavi med študenti različnih študijskih smeri in starostniki (n=78) ugotovila, da so imele osebe, ki so imele

znanje ali izkušnje z duševno boleznijo, bolj pozitiven odnos do oseb z duševno boleznijo kot anketiranci, ki tovrstnih znanj ali izkušenj niso imeli.

#### *Omejitve raziskave*

Glavna omejitev naše raziskave je njen vzorec, saj ni bil reprezentativen, kar pomeni, da rezultatov ne moremo posploševati na celotno populacijo študentov zdravstvene nege. V raziskavi določeni vzorci primerjav tudi niso bili najbolj uravnoteženi saj je kot prvo na FZAB v populaciji več študentk kot študentov, kot drugo pa je bil tudi zelo različen vzorec prejetih rešenih anket študentov različnih letnikov, največ smo jih prejeli od študentov 1. letnika. Za boljšo verodostojnost podatkov, bi bilo tako najbolj idealno, da bi bilo število anketirancev podobno število v vsaki od skupin. Lahko bi vključili še kakšno fakulteto z istega področja in tako pridobili večji vzorec, morda celo primerjali, če se rezultati od fakultete do fakultete opazno razlikujejo.

## 4 ZAKLJUČEK

Na študente zdravstvene nege in bodoče zdravstvene delavce z vseh strani okolja, družbe, medijev in že iz zgodnje vzgoje preživijo razni stereotipi in stigmatizacija do določenih skupin ljudi. Ena večjih takšnih skupin so prav pacienti z duševnimi boleznimi. Ker se zdravstveni delavci dnevno srečujejo tudi z negativnimi zgodbami posameznikov, je potrebno za nadaljno rast pripraviti že dijake in študente zdravstvene nege. Pa ne le zaradi ustrezne in strokovne obravnave pacientov v kliničnem okolju, temveč tudi zaradi širjenja pozitivne klime in naravnosti v družbo in okolje v katerem živimo, saj stališča študentov zdravstvene nege in kasneje zdravstvenih delovcev odsevajo v splošno populacijo.

Pri zmanjševanju stigme študentov in kasneje zaposlenih v zdravstveni negi se nam zdi glede na tuje in našo raziskavo ključno kontinuirano in kvalitetno izobraževanje, ki so ga študenti na FZAB deležni. Poleg tega pa bi morda obrodilo še kakšne pozitivne sadove predstavljanje izkušenj posameznikov, ki so uspešno premagali duševno motnjo, kar se je v kar nekaj raziskavah izkazalo za zelo pozitivno. Prav tako veliko raznolike prakse v kliničnem okolju, daje študentom - bodočim zdravstvenim delavcem, največjo popotnico za uspešno in kvalitetno delo, pri katerem uživajo in ga opravljajo z veseljem in zavzetostjo za ljudi, predvsem pa pozitivnim odnosom do pacientov.

Vsekakor bi bilo na tem področju zanimivo raziskati ali se podatki razlikujejo od fakultete do fakultete in s tem, ko bi pridobili večji reprezentativen vzorec bi lahko dobili dejansko splošen odnos študentov zdravstvene nege. Prav tako bi bilo zanimivo podobno raziskavo izvesti še med zdravstveni delavci, morda primerjevalno med zdravstveni delavci v psihiatričnih ustanovah in izven njih.

## 5 LITERATURA

Agović, E., 2012. *Stališča študentov zdravstvene nege do ljudi odvisnih od alkohola in do ljudi s shizofrenijo: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Alexander, L. & Link, B., 2009. The impact of contact on stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Journal of Mental Health*, 12(3), pp. 271-289.

Bajt, M., Jeriček Klanšček, H. & Britovšek, K., 2015. *Duševno zdravje na delovnem mestu*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje Ljubljana. Available at: [http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/dz\\_na\\_delovnem\\_mestu.pdf](http://www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/dz_na_delovnem_mestu.pdf) [Accessed 9 Oktober 2015].

Balhara, Y.P.S. & Mathur, S.A., 2013. Comparative Study of Attitudes toward Psychiatry among Nursing Students across Successive Training Years. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35, pp. 159-166.

Batta, M., Bundalo Bočič, M., Čebašek Travnik, Z., Čelan Stropnik, S., Čuček Trifkovič, K., Drakšič, M., Gregorič Kumperščak, H., Koprivšek, J., Kores Plesničar, B., Krajnc, L., Križanec, D., Lilek, V., Mihelič Moločnik, P., Muršec, M., Nunčič, P., Pipuš, B., Pišlar, M., Plesničar, A., Prosnik, A., Pustoslemšek, M., Robar, A., Smovnik, S., Škrila, D., Štiglic, V., Turčin, A., Videčnik, I. & Zidarič, M., 2011. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor, Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Baumann, A., Muijen, M. & Gaebel, W., 2010. *Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Bennett, J. & Stennett, R., 2015. Attitudes towards mental illness of nursing students in a Baccalaureate programme in Jamaica: a questionnaire survey. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(8), pp. 599-603.

Bon, J., 2007. *Destigmatizacija duševnih motenj*. [online] Available at: [http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=229&Itemid=1](http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=229&Itemid=1) [Accessed 7 September 2015].

Crisp, A.H., 2004. *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. Abigdon: Royal Society of Medicine Press.

Čuk V., 2010. Zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), pp. 145-146.

Davey, G., 2013. *Mental health & stigma*. [online] Available at: <http://www.psychologytoday.com/blog/why-we-worry/201308/mental-health-stigma> [Accessed 21 September 2015]

Dawood, E., 2012. Impact of Clinical Placement on Nursing Students' Attitudes towards Psychiatry. *Journal of American Science*, 8, pp. 627-632.

Erzar, T., 2007. Psihopatologija v zakonski in družinski terapiji. In. A. Zorko, ed. *Duševne motnje*. Celje: Celjska Mohorjeva založba, pp. 35-97.

Esmaili, M., Cheraghi, M.A., Salsali, M. & Ghiyasvandian, S., 2013. Nursing students' expectations regarding effective clinical education: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 20, pp. 460-467.

Ferligoj, A. & Leskošek, K. & Kogovšek, T., 1995. *Zanesljivost in veljavnost merjenja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Galynker, I., 2011. *Talking to families about mental illness*. New York; London: W.W. Norton, company.



Gnezda, S., 2009. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: R. Kobentar & P. Pregelj, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 14-18.

Gruden A., 2010. Obravnava pacienta s kronično duševno motnjo - primer dobre prakse. In: T. Štemberger Kotnik, & S. Majcen Dvoršak, eds. *Zbornik predavanj z recenzijo 12. simpozija zdravstvene in babiške nege; Portorož, 12. maj 2010*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic, pp. 107-112.

Happell, B. & Gough, K., 2007. Undergraduate nursing students' attitudes towards mental health nursing: Determining the influencing factors. *Contemporary nurse journal*, 25, pp. 72–81.

Happell, B. & Gaskin, C.J., 2013. The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22, pp. 148-158.

Hunter, L., Webner, T., Shattell, M. & Harris, B., 2014. *Nursing Students' Attitudes about Psychiatric Mental Health Nursing*. Chicago, Illinois, USA: School of Nursing, DePaul University.

Hvalič Touzery, S., Pivač, S. & Skela Savič, B., 2016. Splošno duševno počutje zaposlenih v velikih podjetjih Zgornje Gorenjske in njihov odnos do oseb z duševnimi boleznimi. In: M., Lorber, E. Klemenčič, A. Kvas, S. Mlinar, K. Pesjak, V. Čuk, S. Kadivec, I. Grmek Košnik, V. Tomič, P. Selič, B. Gabrovec, N. Trunk Širca, E. Dornik, A. Robida, J. Ramšak Pajk, B., Bregar, & V., Dermor, eds. *Zbornik predavanj z recenzijo, 9. mednarodna znanstvena konferenca. Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 78-89.

Ilic, M., Reineke, J., Bohner, G., Rottgers, H., Beblo, T., Driessen, M., Frommberger, U. & Corrigan, P.W., 2013. Belittled, avoided, ignored, denied: Assessing forms and consequences of stigma experiences of people with mental illness. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), pp. 31-40.

Jack-Ide, O.I., Amiegheme, E.F. & Ongutubor E.K., 2016. Undergraduate Nursing Students' Mental Health and Psychiatric Clinical Experience and Their Career Choice in Nursing: Perspectives from the Niger Delta Region of Nigeria. *Journal of Mental Disorders and Treatment*, 2(2), pp. 171-177.

Jeriček Klanšček, H., Zorko, M., Bajt, M. & Roškar, S., 2009. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Karimollahi, M., 2012. An investigation of nursing students' experiences in an Iranian psychiatric unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, pp. 738-774.

Kobentar, R., 2010. Ocena dejavnikov zdravja pri pacientih s kroničnim potekom duševne motnje. In: T. Štemberger Kolnik & S. Majcen Dvoršak, eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: 12. simpozij zdravstvene in babiške nege; Portorož, Slovenija*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije- Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic.

Kogovšek, N. & Petkovič, B., 2007. *O diskriminaciji*. Ljubljana: Mirovni inštitut.

Križan, P., 2009. *Poklicno zadovoljstvo medicinskih sester v enoti intenzivne terapije: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede Maribor, pp. 71-78.

Kuklec, V., 2010. Stigmatizacija pacientov z različnimi diagnozami s strani zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), pp. 195-202.

Lamovec, T., 1998. *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Lowder, D.M., 2007. *Examining the stigma of mental illness across the lifespan*, Wilmington: University of North Carolina Wilmington.

MacInnes, DL. & Lewis M., 2008. The evaluation of a short group programme to reduce selfstigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1), pp. 59-65.

Mas, A. & Hatim, A., 2002. *Stigma in Mental Illness: Attitudes of Medical Students Towards Mental Illness*. Kuala Lumpur: Department of Psychological Medicine University Malaya Medical Centre, pp. 433-444.

Marušič, A. & Temnik, S., 2009. *Javno duševno zdravje*. Celje, Celjska Mohorjeva družba, pp. 9-10.

Mental health declaration for europe: facing challenges, building solutions, 2005. *WHO european Conference on mental health*. Helsinki: WHO, pp. 1-6.

Morrison, R., 2011. *Nursing Students' Attitudes toward People with Mental Illness: Do they change after instruction and clinical exposure?* South Florida: College of Nursing.

Plakolm, S., 2014. *Stigma, ki jo ljudje s hudo duševno motnjo pričakujejo in doživijo pri iskanju zaposlitve: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, oddelek za psihologijo.

Price, A. & Marzani, Nissen G., 2012. *Bipolar disorders*. *American Family Physician*, 85(5), pp. 485-490.

Poreddi, V., Thimmaiah, R., Chandra, R. & BadaMath, S., 2015. Bachelor of nursing student' attitude towards people with mental illness and career choices in psychiatric

nursing. An Indian perspective. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), pp. 148-154.

Sheridan, D., 2012. *College Students Attitudes Towards Mental Illness in Relation to Gender, Self-Compassion & Satisfaction with Life*. Dublin: DBS School of Arts.

Sočan, M., 2013. *Javno zdravje: Visokošolski učbenik za študijski program Zdravstvena nega*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Stavber, A., 2012. *Stanovanjska skupina Val: Zadovoljstvo stanovalcev s programom in načinom življenja: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Strbad, M. & Švab, V., 2005. Stigmatizacija in psihiatrija. *Medicinski razgledi*, 44, pp. 147-154.

Strbad, M., Švab, I., Zalar, B. & Švab, V., 2008. Stigma duševne bolezni. Primerjava stališč bolnika in študentov v Sloveniji. *Zdravstveni Vestnik*, 77, p. 482.

Surgenor, L., Dunn, J. & Horn, J., 2005. Nursing student attitudes to psychiatric disorders in New Zealand. *International journal of mental health nursing*, 14(2), pp. 103-108.

Switaj, P., Wciórka J., Smolarska-Switaj J. & Grygiel P., 2009. *Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia*. *European Psychiatry*, 24, pp. 513-520.

Švab, V., 2009. *Duševna bolezen in stigma*. Ljubljana: ŠENT.

Taylor, S.M. & Dear, M.J., 1981. Scaling Community Attitudes Toward The Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), pp. 225-240.

Telles Correia, D., Gama Marques, J., Gramaça, J. & Sampaio, D., 2015. Stigma and attitudes towards psychiatric patients in Portuguese medical students. *Acta medica portuguesa*, 28(6), pp. 715-719.

Thornicroft, G., Rose, D. & Kassam, A., 2007. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), pp. 113-122.

TNS BMRB, 2013. *Attitudes to Mental Illness 2012 Research Report*. London: Rethink Mental Illness, MIND.

Trstenjak, J., 2016. *Dojemnaje varnosti zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Turk, E. & Albreht, T., 2010. Ekonomsko breme duševnih bolezni. *Zdravstveni vestnik*, 79(7/8), pp. 531-536.

Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E. & Sells, M., 2007. Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia bulletin*, 33(6), pp. 1312-1318.

*World health organization*, 2003. *Advocacy for mental health*. Geneva: department of mental health and substance dependence, p. 25.

Židanik, M., Pastir, S & Mrzlekar Svetel, D. Socialne predstave o alkoholikih. *Zdravstveni vestnik*; 76(1), pp. 11-17.

Žvajkar, S., 2010. *Deinstitucionalizacija v psihiatričnih ustanovah: Primer Zavoda Hrastovec: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, pp. 10-11.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 INSTRUMENT**

*Spoštovani!*

*Sem Maja Debelak, absolventka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Pripravljam diplomsko delo z naslovom "Odnos študentov zdravstvene nege do pacientov z duševno boleznijo", pod mentorstvom doc. dr. Simone Hvalič Touzery.*

*Vprašalnik, ki je pred vami, vsebuje različne trditve, ki se nanašajo na paciente z duševno boleznijo, ter na Vaš odnos in pogled do njih. Anketa je anonimna, zato Vas prosim, da iskreno odgovorite na vsa vprašanja. Rezultati raziskave bodo uporabljeni izključno za namene diplomskega dela.*

*V naprej se Vam zahvaljujem za Vaš čas in pomoč.*

Prvi sklop vprašalnika vsebuje trditve o odnosu do oseb z duševno boleznijo v skupnosti (CAMI - Taylor in Dear, 1981). Prosimo pri vsaki trditvi označite odgovor, ki Vam najbolj ustreza: 1 – Sploh se ne strinjam, 2 – Ne strinjam se, 3 – Niti se ne strinjam, niti se strinjam, 4 – Se strinjam, 5 – Popolnoma se strinjam.

	Sploh se ne strinjam 1	Se ne strinjam 2	Niti se ne strinjam, niti se strinjam 3	Se strinjam 4	Popolnoma se strinjam 5
Eden od glavnih razlogov za duševno bolezen je pomanjkanje samodiscipline in volje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Najboljši način za obravnavo oseb z duševnimi boleznimi je zdravljenje na zaprtem oddelku.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na osebah z duševnimi boleznimi je nekaj posebnega, zaradi česar se jih z lahkoto loči od normalnih ljudi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Takoj ko nekdo pokaže znake duševne bolezni, bi moral biti hospitaliziran.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebe z duševnimi boleznimi potrebujejo enak nadzor in disciplino kot majhni otroci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duševna bolezen je kot vse druge bolezni.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebe z duševnimi boleznimi nebi smele biti družbeni izobčenci.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varovanje javnosti pred osebami z duševnimi boleznimi bi moralo biti manj poudarjeno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psihiatrične bolnišnice so zastarel način za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skoraj vsak lahko zbolijo za duševno boleznijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Sploh se ne strinjam 1	Se ne strinjam 2	Niti se ne strinjam, niti se strinjam 3	Se strinjam 4	Popolnoma se strinjam 5
Osebe z duševno boleznijo so bile predolgo tarča posmeha.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Država bi morala nameniti več sredstev za oskrbo in zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kot družba bi morali biti veliko bolj tolerantni do oseb z duševnimi boleznimi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naše psihiatrične bolnišnice so bolj podobne ječam kot kraju, kjer se osebe z duševnimi boleznimi zdravijo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naša odgovornost je, da nudimo najboljšo oskrbo osebam z duševnimi boleznimi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebe z duševno boleznijo si ne zaslužijo našega sočutja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo breme za našo družbo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Povečanje sredstev za zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi pomeni trošenje davkoplačevalskega denarja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Za osebe z duševnimi boleznimi je že na voljo dovolj storitev.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Najbolje se je izogibati osebam z duševnimi težavami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebe z duševnimi boleznimi ne bi smele imeti nobene odgovornosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebe z duševnimi boleznimi bi morale biti ločene od ostale skupnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ženska bi bila neumna, če bi se poročila z moškim, ki je imel duševno bolezen, četudi si je že popolnoma opomogel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Sploh se ne strinjam 1	Se ne strinjam 2	Niti se ne strinjam, niti se strinjam 3	Se strinjam 4	Popolnoma se strinjam 5
Za soseda ne bi hotel imeti nekoga, ki je imel duševno bolezen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kdor je imel duševno bolezen, ne bi smel biti v državni službi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebam z duševnimi boleznimi ne bi smeli kratiti njihovih osebnih pravic.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebe z duševnimi boleznimi je potrebno spodbujati, da prevzamejo odgovornosti običajnega življenja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nihče nima pravice, da izključi osebe z duševnimi boleznimi iz njihove stanovanjske skupnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osebe z duševnimi boleznimi predstavljajo veliko manjšo nevarnost, kot misli večina ljudi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Večina žensk, ki se je nekoč zdravila v psihiatrični bolnišnici, lahko opravlja delo varuške.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Občani bi morali sprejeti lokacijo ustanov za paciente z duševnimi boleznimi v njihovi sooseski, saj te služijo potrebam krajevne skupnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Najboljša terapija za večino oseb z duševnimi boleznimi je, da so vključeni v skupnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kolikor je mogoče, bi morali storitve za paciente z duševnimi boleznimi zagotavljati v ustanovah, ki so del skupnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sploh se ne strinjam 1	Se ne strinjam 2	Niti se ne strinjam, niti se strinjam 3	Se strinjam 4	Popolnoma se strinjam 5
---------------------------------	------------------------	---	---------------------	-------------------------------

Če oskrbo oseb z duševnimi boleznimi zagotavljamo v stanovanjskih sosekah, s tem ne ogrožamo drugih stanovalcev.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Nobenega razloga ni, da bi se stanovalci bali oseb, ki v njihovo soseko prihajajo zaradi storitev v zvezi z duševnimi boleznimi.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

V stanovanjskih sosekah ne bi smelo biti ustanov za osebe z duševnimi boleznimi.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Prebivalci krajevne skupnosti se upravičeno upirajo pred tem, da bi zdravljenje oseb z duševnimi boleznimi omogočili v njihovi skupnosti.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Morda je z vidika terapije res koristno, da osebe z duševnimi boleznimi živijo v krajevnih skupnostih, toda to predstavlja preveliko tveganje za stanovalce.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

V drugem sklopu vprašalnika so napisane trditve o ljudeh z duševno boleznijo, do katerih se prosimo prav tako opredelite z odgovorom, ki Vam najbolj ustreza: 5 – Sploh se ne strinjam, 4 – Ne strinjam se, 3 – Niti se ne strinjam, niti se strinjam, 2 – Se strinjam, 1 – Popolnoma se strinjam. (Strbad M. et al, 2008).

	Sploh se ne strinjam 5	Se ne strinjam 4	Niti se ne strinjam, niti se strinjam 3	Strinjam se 2	Popolnoma se strinjam 1
Ljudje z duševnimi boleznimi so bolj nevarni od drugih ljudi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ljudje z duševno boleznijo lahko koga napadejo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duševna bolezen je nalezljiva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ljudje z duševnimi boleznimi se ne znajo obnašati.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ljudje z duševnimi boleznimi so manj sposobni v primerjavi z drugimi ljudmi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ljudje z duševnimi boleznimi so sami krivi za svojo bolezen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bojim se živeti v sosedstvu z osebo, ki ima neko duševno bolezen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Če bi imel/a moj/a sostanoval/ec/ka neko duševno bolezen, bi se odselil/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Če bi imel/o moj/e fant/dekle duševno bolezen, bi prekinila/prekinil razmerje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Za družbo je bolje, da osebe z duševno boleznijo nimajo otrok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Za družbo je bolje, da ljudje z duševno boleznijo ne delajo z otroki in adolescenti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ljudi z duševnimi boleznimi lahko	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sploh se ne strinjam	5	Se ne strinjam	4	Niti se ne strinjam, niti se strinjam	3	Strinjam se	2	Popolnoma se strinjam	1
----------------------------	---	-------------------	---	--	---	----------------	---	--------------------------	---

prepoznam že na prvi pogled.

Če bi lahko odločal/a, bi osebe z duševno boleznijo čim dlje obdržal/a v psihiatrični bolnišnici.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Počutil/a bi se osramočen/o, če bi moji prijatelji ugotovili, da ima kdo v moji družini duševno bolezen.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Tretji sklop - Demografski podatki

**Spol:**

- Moški
- Ženski

**Starost (v letih):**

**Kateri letnik študija obiskujete?**

- 1. letnik
- 2. letnik
- 3. letnik
- absolvent

**Vrsta študija:**

- Redni
- Izredni

**Ali ste tekom študija že obiskovali predmet povezan s psihiatrijo in/ali mentalnim zdravjem?**

Da

Ne

**Ali ste se že kdaj srečali z osebami z duševnimi boleznimi (klinično okolje in/ali osebno okolje)? Prosim ustrezno označite.**

	Da	Ne
Klinično okolje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osebno okolje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Odgovorili ste na vsa vprašanja v tej anketi. Hvala za Vašo pomoč in sodelovanje.  
Želim Vam lep dan!*

*Maja Debelak*