



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POVEZAVA KLINIČNE PRAKSE
DODIPLOMSKIH ŠTUDENTOV
ZDRAVSTVENE NEGE S
STIGMATIZACIJO DUŠEVNIH MOTENJ**

**CONNECTION BETWEEN
UNDERGRADUATE NURSING STUDENTS'
CLINICAL TRAINING AND THE
STIGMATIZATION OF PSYCHOLOGICAL
DISORDERS**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar
Somentor: Urban Bole, asist.

Kandidat: Aleksander Maglič

Jesenice, julij, 2025

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorju doc. dr. Branku Bregarju za strokovno vodenje, somentorju Urbanu Boletu, pred., za podporo in pomoč pri nastajanju diplomskega dela ter recenzentki doc. dr. Katji Pesjak za pregled diplomskega dela.

Zahvaljujem se mag. Nataša Koražija, prof. slov. (UN) za skrbno lektoriranje diplomskega dela in Admiri Terzić za tehnični pregled diplomskega dela.

Največja zahvala gre moji družini, predvsem ženi Aleksandri, ki mi je ves čas študija stala ob strani, me spodbujala in verjela vame.

Zahvaljujem se tudi prijateljem za vso podporo, spodbudo in prijetne trenutke, ki so mi pomagali lažje prebroditi študijske izzive.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Namen diplomskega dela je raziskati mnenja študentov dodiplomskega študijskega programa zdravstvene nege do duševnih motenj ter s tem povezane stigme na področju opravljanja kliničnega usposabljanja.

Cilj: Raziskati stopnjo stigme dodiplomskih študentov do duševnih motenj pred opravljenim kliničnim usposabljanjem.

Metoda: Uporabljena je bila kvantitativna presečna raziskava. V raziskavo je bilo vključenih 144 študentov zdravstvene nege, ki so izpolnili vprašalnik prvi in zadnji dan kliničnega usposabljanja na področju duševnega zdravlja.

Rezultati: Študenti so že pred kliničnim usposabljanjem izražali visoko raven pozitivnih stališč, zlasti glede pomena strokovne pomoči, upanja in izobraževanja oseb z duševnimi motnjami. Po kliničnem usposabljanju so se stališča dodatno izboljšala, kar potrjuje statistično značilno povečanje strinjanja s trditvijo, da se osebe z duševno motnjo ne razlikujejo od drugih (povprečna vrednost se je zvišala s 3,9 na 4,2; $p = 0,003$), ter zmanjšanje stereotipa o njihovi prepoznavnosti (povprečna vrednost se je znižala z 2,7 na 2,5; $p = 0,033$). Analiza je pokazala tudi povezave med stališči in izbranimi demografskimi dejavniki.

Razprava: Klinično usposabljanje lahko okrepi pozitivna stališča do oseb z duševnimi motnjami, zlasti če temelji na refleksiji in neposrednem stiku. Osebne izkušnje in demografski kontekst pomembno vplivajo na razvoj stigmatizirajočih ali vključujočih pogledov.

Ključne besede: empatija, predsodki, duševno zdravje, zdravstvena nega

SUMMARY

Theoretical background: The purpose of the thesis was to explore the opinions of undergraduate nursing students towards mental disorders and the related stigma occurring during the course of their clinical training.

Objective: To explore the level of stigma among undergraduate nursing students towards mental disorders before completing clinical training.

Method: A non-experimental, cross-sectional quantitative study design was used. A total of 144 undergraduate nursing students completed self-report questionnaires on the first and last days of their clinical placement in mental health settings.

Results: Even before clinical training, students expressed high levels of positive attitudes, especially regarding the importance of professional help, hope, and educational opportunities for people with mental illness. After clinical placement, attitudes improved further, as evidenced by a statistically significant increase in agreement with the statement that people with mental illness are no different from others (mean score increased from 3.9 to 4.2; $p = 0.003$), and a reduction in the stereotype that they are easily recognizable (mean score decreased from 2.7 to 2.5; $p = 0.033$). Correlation analysis also revealed associations between attitudes and selected demographic variables.

Discussion: Clinical training can strengthen positive attitudes towards individuals with mental illness, particularly when it involves reflection and direct interaction. Personal experience and social context play an important role in shaping either stigmatizing or inclusive views.

Keywords: empathy, prejudice, mental health, nursing

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL.....	4
2.1 STIGMA.....	4
2.2 STIGMA DUŠEVNE MOTNJE PRI ZDRAVSTVENIH DELAVCIH IN ŠTUDENTIH ZDRAVSTVENE NEGE	9
3 EMPIRIČNI DEL	13
3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA	13
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	13
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	13
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	14
3.3.2 Opis merskega instrumenta	14
3.3.3 Opis vzorca.....	15
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	16
3.4 REZULTATI	17
3.4.1 Opisna statistika	17
3.5 RAZPRAVA	25
3.5.1 Omejitve raziskave.....	30
3.5.2 Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	31
4 ZAKLJUČEK.....	33
5 LITERATURA.....	34
6 PRILOGE	
6.1	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Pregled vzorca glede na demografske podatke.....	15
Tabela 2: Prikaz vsebinskih trditev pred nastopom kliničnega usposabljanja	17
Tabela 3: Prikaz vsebinskih trditev po zaključku kliničnega usposabljanja	18
Tabela 4: Razlike v povprečnih vrednostih med prvim in drugim merjenjem.....	20
Tabela 5: Statistično pomembne razlike med prvim in drugim merjenjem	21
Tabela 6: Povezava med spolom anketirancev in stigmatizacijo duševnih motenj dodiplomskih študentov.....	22
Tabela 7: Povezava med načinom študija in stigmatizacijo duševnih motenj dodiplomskih študentov.....	23
Tabela 8: Povezava med predhodno izobrazbo in stigmatizacijo duševnih motenj pri dodiplomskih študentih	23
Tabela 9: Povezava med krajem bivanja in stigmatizacijo duševnih motenj pri dodiplomskih študentih	24
Tabela 10: Povezava med prisotnostjo duševnih motenj pri družinskih članih in stigmatizacijo duševnih motenj pri dodiplomskih študentih	25
Tabela 11: Povezava med oceno strahu pred kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja ter stigmatizacijo duševnih motenj	25

1 UVOD

Duševne motnje predstavljajo širok in raznolik spekter stanj, ki pomembno vplivajo na posameznikovo mišljenje, zaznavanje, čustvovanje in vedenje. Svetovna zdravstvena organizacija definira duševne motnje kot skupino različnih psiholoških in vedenjskih stanj, ki vključujejo motnje zaradi uživanja psihoaktivnih snovi, shizofrenije, shizotipske in blodnjave motnje, razpoloženske motnje, nevrotične, stresne in somatoformne motnje, vedenjske sindrome ter osebnostne motnje (American Psychiatric Association, n.d.). Po ocenah Svetovne zdravstvene organizacije naj bi bilo globalno približno 970 milijonov ljudi prizadetih z vsaj eno obliko duševne motnje, kar pomeni približno 13 % svetovnega prebivalstva. Najpogostejše motnje vključujejo anksiozne motnje, depresijo in motnje, povezane z uživanjem psihoaktivnih snovi. Obseg teh stanj predstavlja resen družbeno-ekonomski izziv, saj se ocenjuje, da prizadenejo vsakega tretjega Evropejca (World Health Organization (WHO), 2022).

Duševne motnje pomembno vplivajo tudi na delovne procese, kar se odraža v številnih bolniških odsotnostih. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje Republike Slovenije so duševne in vedenjske motnje drugi najpogostejši razlog za začasno odsotnost z dela, takoj za mišično-skeletnimi obolenji. Leta 2022 je bilo zaradi duševnih motenj izgubljenih več kot milijon delovnih dni, kar predstavlja pomembno gospodarsko obremenitev (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023). Podobne trende opazamo tudi v tujini. Svetovna zdravstvena organizacija poroča, da se vsako leto zaradi depresije in anksioznosti na globalni ravni izgubi približno 12 milijard delovnih dni, kar pomeni več kot bilijon ameriških dolarjev izgube produktivnosti (WHO, 2022). V Združenem kraljestvu so leta 2022 duševne motnje predstavljale 7,9 % vseh primerov bolniške odsotnosti (Mental Health Foundation, n.d.), v Združenih državah Amerike pa se je število odsotnosti zaradi duševnih težav v enem letu povečalo za 33 %, pri čemer so bile prizadete predvsem ženske zlasti mlajše generacije (Society for Human Resource Management, 2023). Ti podatki poudarjajo globalni vpliv duševnih motenj na produktivnost ter pomen mednarodnega pristopa k preprečevanju in podpori duševnemu zdravju na delovnem mestu.

Zdravljenje duševnih motenj običajno vključuje več medsebojno dopolnjujočih se pristopov, med katerimi so najpogostejše uporaba zdravil (farmakoterapija), psihoterapija in psihosocialna podpora. Farmakoterapija pomeni zdravljenje z zdravili, kot so antidepressivi, pomirjevala (anksiolitiki) ali antipsihotiki, ki pomagajo uravnati simptome duševnih motenj (Leichsenring, et al., 2022). Psihoterapija vključuje različne pristope, kot so kognitivno-vedenjska terapija, psihoanaliza ali sistemska terapija. Ti pristopi posamezniku pomagajo bolje razumeti sebe, se učinkoviteje spoprijemati s težavami in izboljšati kakovost življenja. Še posebej učinkovita je kognitivno-vedenjska terapija pri zdravljenju depresije in anksioznih motenj (Minjie, et al., 2023).

Najboljši rezultati zdravljenja duševnih motenj so običajno doseženi z interdisciplinarnim pristopom, ki vključuje sodelovanje različnih strokovnjakov – kot so psihiatri, psihologi, medicinske sestre, socialni delavci in delovni terapevti – saj takšen celostni pristop omogoča bolj usklajeno in učinkovito obravnavo posameznika (Durand & Fleury, 2021). Poleg farmakoterapije in psihoterapije predstavljajo psihosocialne intervencije tretji temeljni steber obravnave. Te intervencije celovito naslavlja širše življenjske okoliščine posameznika in pomembno prispevajo k njegovi rehabilitaciji ter dolgoročnemu okrevanju. Mednje sodijo podpora v skupnosti, programi zaposlovanja, učenje socialnih veščin ter telesna aktivnost. Skupnostne oblike podpore izboljšujejo občutek pripadnosti, zmanjšujejo izolacijo in krepijo socialno vključenost (Kleijburg, et al., 2022). Programi zaposlovanja dokazano prispevajo k večji samozavesti, zmanjšanju simptomov depresije in izboljšani kakovosti življenja (Modini, et al., 2016). Prav tako je učenje socialnih veščin ključno za vzpostavljanje in ohranjanje medosebnih odnosov, kar pomembno vpliva na subjektivno dobrobit (Aruldass, et al., 2022). Poleg tega telesna dejavnost pozitivno vpliva na simptome depresije in anksioznosti, saj spodbuja sproščanje nevrotransmiterjev, povezanih z dobrim počutjem (Kandola & Osborn, 2022).

Vizija sodobnega duševnega zdravja temelji na celostnem pristopu, ki zajema krepitev preventive, zgodnje prepoznavanje težav in pravočasno ukrepanje ter zagotavljanje dostopnih in kakovostnih storitev za vse posameznike. Osrednji cilj takšne vizije je oblikovanje družbe, v kateri bo duševno zdravje enakovredno obravnavano kot telesno zdravje ter priznано kot ključni dejavnik celostnega dobrega počutja. Pomemben del te

vizije predstavlja tudi integracija storitev duševnega zdravja v primarno zdravstveno oskrbo, kar omogoča zgodnje odkrivanje simptomov in hitro usmerjanje k ustrezni strokovni pomoči. Tak pristop zmanjšuje tveganje za dolgotrajne posledice duševnih motenj in izboljšuje dostopnost pomoči že na prvi ravni zdravstvenega sistema. Posebno pozornost pa zasluži destigmatizacija duševnih motenj, saj stigma ostaja ena največjih ovir pri iskanju pomoči in vključevanju oseb z duševno motnjo v družbo. Zmanjšanje stigme prispeva k večji ozaveščenosti, večjemu sprejemanju in ustvarjanju okolja, v katerem posameznik z duševno motnjo ne bo občutil sramu ali izključenosti. Destigmatizacija tako ni le podporni element vizije, temveč njen ključni temelj (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018; WHO, 2022).

2 TEORETIČNI DEL

Stigma ima pomemben vpliv na življenje posameznikov z duševnimi motnjami, saj otežuje njihovo vključevanje v družbo ter dostop do pomoči. Zaradi negativnih predsodkov, stereotipov in diskriminacije se ti posamezniki pogosto srečujejo s socialno izolacijo, znižano samopodobo ter težavami pri vzpostavljanju in vzdrževanju medosebnih odnosov. Stigmatizacija duševnih motenj pomembno prispeva tudi k odlašanju iskanja strokovne pomoči ali celo izogibanju zdravljenju, kar vodi do slabših zdravstvenih izidov in podaljšanega trajanja bolezni. Notranja stigma je povezana z nižjo adherenco k zdravljenju, kar zmanjšuje učinkovitost terapevtskih intervencij in povečuje tveganje za ponovitve bolezni. Sodobne raziskave zato poudarjajo pomen odpravljanja stigme kot enega ključnih dejavnikov za uspešnejše okrevanje oseb z duševnimi motnjami in izboljšanje njihove kakovosti življenja (Ansari, et al., 2020; Weimand, et al., 2024).

2.1 STIGMA

Stigma je zapleten in večplasten družbeni pojav, ki pomeni negativno označevanje posameznikov ali skupin zaradi določene lastnosti, vedenja ali zdravstvenega stanja. Takšno označevanje vodi v predsodke, socialno izključenost in diskriminacijo. Izraz stigma izvira iz antične Grčije, kjer je pomenil fizično znamenje – kot so brazgotine ali opekline – s katerimi so označevali sužnje, zločince ali druge ljudi, ki jih je družba imela za manjvredne. Takšne oznake so posameznikom odvzele čast, dostojanstvo in družbeni status ter jih izključile iz skupnosti. V srednjem veku je stigma pogosto pomenila tudi moralno ali versko zaznamovanost. Ljudje z določenimi boleznimi, kot je bila gobavost, so veljali za "nečiste" in so bili izločeni iz družbenega življenja. Duševne motnje so bile skozi zgodovino še posebej močno stigmatizirane. V srednjem veku so jih pogosto razlagali kot božjo kazen ali obsedenost s hudičem. Posledice so bile hude – ljudje z duševnimi motnjami so bili mučeni, zažgani na grmadi ali zaprti v ustanove, kjer so jih pogosto nečloveško obravnavali. Stigma je dosegla svoj vrhunec v nacistični Nemčiji, kjer so bili posamezniki z duševnimi motnjami množično sterilizirani ali celo usmrčeni kot del politike »rasne čistosti« (Rössler, 2016).

Sociolog Erving Goffman je leta 1963 med prvimi preučil koncept stigme in jo opredelil kot proces, pri katerem je posameznik zaradi določene lastnosti, ki jo družba dojema kot neželjeno ali nesprejemljivo, diskreditiran, označen in izključen iz običajnih družbenih odnosov. Po Goffmanu stigma neposredno vpliva na socialno identiteto posameznika ter otežuje njegovo vključevanje in interakcijo z drugimi. Goffman je razlikoval med dvema vrstama stigme, in sicer diskreditirano stigmatizacijo, tj. vidno lastnost, ki posameznika takoj izpostavi (npr. vedenjske posebnosti), in diskreditabilno stigmatizacijo, tj. skrito lastnost, ki jo posameznik lahko prikriva (npr. duševna motnja) (Goffman, 1963).

Sodobno razumevanje stigme se je od Goffmanove opredelitve razširilo in poglobilo. Danes jo pojmujejo kot večdimenzionalen pojav, ki se izraža na različne komponente. Komponente stigme vključujejo zavestno (eksplicitno) in nezavedno (implicitno) delovanje. Eksplicitna stigma je očitna, zavedna in lažje prepoznavna, kar omogoča neposredno izražanje predsodkov, stereotipov in diskriminatornih vedenj do stigmatiziranih posameznikov. Po drugi strani implicitna stigma deluje bolj prikrito in nezavedno, zaradi česar jo je težje identificirati, čeprav lahko povzroča prav tako resne posledice. Osebe, ki so podvržene implicitni stigmatizaciji, lahko doživljajo subtilne oblike diskriminacije, kot so manj prijazna obravnava, nižja pričakovanja in omejen dostop do storitev. Zaradi implicitne stigme se stigmatizirane osebe pogosto srečujejo s predsodki in neenakostmi tudi v zdravstvenem sistemu, kar zmanjšuje kakovost zdravstvene oskrbe, ovira zaupanje v zdravstvene delavce in negativno vpliva na adherenco k zdravljenju (Thornicroft, et al., 2022).

V družbi se srečujemo z različnimi vrstami stigme, ki lahko negativno vplivajo na posameznike in skupine. Najpogosteje ločujemo socialno stigmatizacijo (oz. stigmatizacijo na mezo ravni), strukturno stigmatizacijo (oz. stigmatizacijo na makro ravni) in samostigmatizacijo (oz. stigmatizacijo na mikro ravni). Socialna stigma se nanaša na negativno označevanje posameznikov ali skupin zaradi njihovih lastnosti ali okoliščin, kot so telesne bolezni, duševne motnje, invalidnost, revščina, brezdomstvo ali kriminalna preteklost. Pogosto se izraža skozi predsodke, stereotipe in diskriminatorno vedenje, kar vodi do družbene izolacije stigmatiziranih posameznikov. Posledice socialne stigme so obsežne in vključujejo poslabšano duševno zdravje, občutke manjvrednosti, brezupnosti in omejen dostop do pomembnih virov. Ena

izmed pogostih posledic stigme se kaže na področju duševnega zdravja. Stigmatizirani posamezniki pogosto doživljajo kroničen stres, občutke zavrnitve in socialne izključenosti, kar lahko vodi v depresijo, anksioznost, nizko samozavest ter poveča tveganje za samomorilna vedenja (Hatzenbuehler, 2016).

Stigma ne vpliva zgolj na psihološko počutje, temveč ima tudi pomembne posledice za fizično zdravje posameznikov. Kroničen stres, ki ga povzroča dolgotrajna izpostavljenost stigmati, vodi do aktivacije hipotalamusno-hipofizno-nadledvične osi (HPA), kar povečuje raven kortizola v telesu. Povišan kortizol oslabi imunski sistem, poveča vnetne procese in s tem znatno poveča tveganje za razvoj številnih telesnih bolezni (Straiton, et al., 2019). Raziskave kažejo, da je stigma povezana s povečanim tveganjem za razvoj kardiovaskularnih bolezni (Lewis, et al., 2014), sladkorne bolezni tipa 2 (Beatty Moody, et al., 2018), debelosti (Tomiyaama, 2014) in hipertenzije (Forde, et al., 2020). Raziskava Sutton, et al. (2021) je preučevala zaznano diskriminacijo pri belih in temnopoltih ženskah, ki so bile diagnosticirane z rakom dojk. Ugotovitve so pokazale, da temnopolte ženske pogosteje poročajo o občutkih diskriminacije v kontekstu zdravstvene oskrbe kot bele ženske. Temnopolte ženske so izpostavile več primerov, ko so se počutile manj slišane, spoštovane ali vključene v proces odločanja o svojem zdravljenju. Te izkušnje so bile povezane z večjim čustvenim stresom in manjšim zadovoljstvom z zdravstveno oskrbo. Po drugi strani so belopolte ženske poročale o bistveno nižjih ravneh zaznane diskriminacije in so se v večji meri počutile vključenih in podprtih s strani zdravstvenih delavcev.

Stigma močno vpliva na kakovost socialnih odnosov posameznikov z duševnimi motnjami. Zaradi strahu pred zavrnitvijo, nerazumevanjem ali negativnimi sodbami se mnogi umikajo iz družbenih interakcij, kar vodi v zmanjšano vključenost in občutek osamljenosti. Ta umik pogosto pomeni izgubo pomembnih podpornih mrež, ki bi sicer lahko služile kot zaščitni dejavnik pred nadaljnjim poslabšanjem duševnega zdravja. Slabi socialni odnosi so povezani z večjo ranljivostjo, večjo stopnjo psihološke stiske in težavami pri iskanju ali ohranjanju socialne in ekonomske stabilnosti (Straiton, et al., 2019).

Negativni učinki stigme pa presegajo posameznikovo raven in se razširjajo na celotno družbo. Na ravni skupnosti in družbenih sistemov stigma spodbuja vzpostavljanje in ohranjanje družbenih razlik, pogloblja socialno neenakost ter krepi predsodke, ki vodijo k diskriminatornim praksam. Vpliva tudi na oblikovanje politik in zakonodaje, ki pogosto ne vključujejo potreb oseb z duševnimi motnjami, kar prispeva k nadaljnji marginalizaciji. Družbe, v katerih je stigma močno prisotna, so pogosto manj solidarne, bolj razdeljene in manj odprte za raznolikost. Zaradi nizke družbene kohezije je zmanjšana pripravljenost za kolektivno reševanje družbenih izzivov in podpora ranljivim skupinam. Posledično takšne družbe težje gradijo vključujoča okolja, kar zavira socialni napredek, zmanjšuje medsebojno zaupanje in otežuje doseganje ciljev družbene pravičnosti (Hatzenbuehler, 2016).

Ekonomske posledice stigme se kažejo v zmanjšanih zaposlitvenih možnostih stigmatiziranih oseb, višji stopnji brezposelnosti, nižjih dohodkih ter manjših možnostih za poklicni razvoj in napredovanje. Raziskave kažejo, da posamezniki z duševnimi motnjami pogosteje naletijo na zavrnitve pri zaposlitvenih razgovorih in so manj verjetno zaposleni, ne glede na njihovo izobrazbo ali delovno usposobljenost (Thornicroft, et al., 2022). Ena od raziskav je na primer pokazala, da je bil v več kot 30 % primerov razlog za zavrnitev kandidata v delovnem okolju povezan prav z razkritjem njegove duševne diagnoze (Brohan, et al., 2014). V drugi raziskavi so posamezniki z izkušnjo depresije poročali o skoraj 40 % nižji možnosti, da bodo dobili delo v primerjavi z osebami brez takšne zgodovine (McGrath, et al., 2023).

Dolgotrajna izpostavljenost stigmatizaciji pogosto sproži samo vzdrževalni psihološki proces, znan kot samo stigmatizacija, pri katerem posamezniki notranje ponotranjijo negativne stereotipe, predsodke in sodbe, ki jih družba pripisuje osebami z duševnimi motnjami. Takšno ponotranjenje vodi do občutkov sramu, manjvrednosti, krivde in izgube samozaupanja. Raziskave kažejo, da samo stigmatizacija pomembno vpliva na zmanjšanje osebne učinkovitosti, motivacije za delo in pripravljenosti za vključevanje v delovno okolje (Corrigan, et al., 2016). Poleg tega je bilo ugotovljeno, da posamezniki, ki doživljajo visoko stopnjo samo stigme, redkeje poiščejo strokovno pomoč in pogosteje opustijo iskanje zaposlitve, kar neposredno vpliva na njihovo zaposlenost in socialno-

ekonomski položaj. Samo stigma tako ne vpliva zgolj na duševno zdravje, temveč deluje kot zaviralni dejavnik pri doseganju osebnega in poklicnega razvoja, kar dolgoročno vodi v večjo družbeno neenakost in marginalizacijo (Caqueo-Uríza, et al., 2022).

Poleg socialne in psihološke stigmatizacije poznamo tudi strukturno stigmatizacijo, ki predstavlja sistemsko in dolgotrajno obliko diskriminacije, integrirano v delovanje družbenih institucij, zakonodajo in oblikovanje javnih politik. Strukturna stigma se kaže v zakonskih in administrativnih omejitvah, ki posameznikom z duševnimi motnjami zmanjšujejo dostop do kakovostnega izobraževanja, pravičnih zaposlitvenih priložnosti, zdravstvenega varstva ter stanovanjskih in socialnih storitev. Primer takšne stigmatizacije so na primer politike zaposlovanja, ki posredno izključujejo posameznike z duševnimi težavami – denimo s pomanjkanjem spodbud za zaposlovalce, ki bi jih najeli, ali z neustreznim prilagajanjem delovnega okolja. Primeri strukturne stigmatizacije so prisotni tudi na stanovanjskem področju. Posamezniki z duševnimi motnjami se lahko soočajo z zavračanjem najema stanovanj, stigmatizacijo s strani sosedov ali pa jim zaradi oznake v zdravstveni kartoteki ni omogočeno bivanje v določenih podpornih skupnostih. Pogosto so izključeni iz socialnih stanovanjskih programov, saj so ti bodisi neprilagojeni za osebe z duševnimi težavami bodisi jih spremljajo pogoji, ki jih ti težko izpolnijo. Takšna stanovanjska negotovost dodatno vpliva na njihovo psihološko stanje, varnost in splošno kakovost življenja. Strukturna stigma je lahko prisotna tudi v zdravstvenih sistemih, kjer osebje nima dovolj znanja ali usposabljanja za obravnavo oseb z duševnimi motnjami, kar vodi v slabšo obravnavo ali zanemarjanje njihovih telesnih težav. Nedavna raziskava je pokazala, da pomanjkanje politik, ki bi naslovile potrebe oseb z duševnimi motnjami, ter institucionalna neodzivnost prispevata k poglobljanju že obstoječih socialno-ekonomskih neenakosti. Strukturna stigma ne vpliva le na posameznike, temveč zavira celotne skupnosti, saj zmanjšuje produktivnost, znižuje družbeno kohezijo in obremenjuje sisteme javnih storitev. Posledično se v družbi krepijo razlike med skupinami prebivalstva, zmanjšuje se medsebojno zaupanje, povečuje tveganje za socialno izključenost in dolgoročno upočasnjuje trajnostni razvoj (Tsai, et al., 2014; Caqueo-Urízar, 2022; Van Bortel, et al., 2024).

Sodobni pristopi k preprečevanju stigme temeljijo na različnih, vendar medsebojno dopolnjujočih se strategijah, ki jih podpirajo številne raziskave iz zadnjih let. Program »Opening Minds« v Kanadi (Stuart, et al., 2014) predstavlja učinkovit primer kontaktne intervencije, kjer neposreden stik zdravstvenih delavcev z osebami z izkušnjo duševne motnje zmanjšuje predsodke. Podobno kažejo rezultati raziskave Kleijburg, et al. (2022), ki potrjujejo, da študenti zdravstvene nege po izkušnjah z neposredno komunikacijo in stikom z osebo z duševno motnjo razvijejo več empatije in sprejemanja. Vzporedno se razvijajo tudi digitalna orodja, kot so aplikacije, ki uporabnikom omogočajo anonimen dostop do psihološke podpore; raziskava Tan, et al. (2023) potrjuje njihovo učinkovitost pri zmanjševanju simptomov duševne motnje in samostigme. Mediji imajo pri tem dvojno vlogo – lahko bodisi krepijo bodisi zmanjšujejo stigmo, kar dokazuje raziskava Tam, et al. (2024), ki izpostavlja pomen pozitivnih reprezentacij oseb z duševnimi motnjami. Na sistemski ravni Shahwan, et al. (2022) poudarja, da najboljši rezultati izhajajo iz kombinacije zakonodajnih sprememb, javnih kampanj in izboljšane dostopa do podpornih storitev, kot kažejo primeri uspešnih držav, kot so Kanada, Avstralija in Nizozemska.

2.2 STIGMA DUŠEVNE MOTNJE PRI ZDRAVSTVENIH DELAVCIH IN ŠTUDENTIH ZDRAVSTVENE NEGE

Zdravstveni delavci, nasprotno pričakovanjem, niso imuni na negativna in stigmatizirajoča stališča ter vedenja družbe do ljudi z duševnimi motnjami. Stigma, ki jo zdravstveni delavci nosijo do pacientov z duševnimi motnjami, predstavlja resno oviro v zagotavljanju ustrezne, učinkovite in sočutne zdravstvene oskrbe. Zaradi prisotnosti takšnih predsodkov zdravstveni delavci pogosto nevede ali zavestno zmanjšujejo kakovost svojih interakcij z bolniki, kar vodi v neustrezno obravnavo in celo opuščanje določenih zdravstvenih aktivnosti, ki bi bile za paciente ključnega pomena (Knaak, et al., 2017).

Stigma zdravstvenih delavcev vpliva na interakcijo s pacienti z duševnimi motnjami na različne načine. Pogosto se izraža kot pomanjkanje podpore, sprejemanja in empatije do pacientov, kar negativno vpliva na njihov občutek varnosti in zaupanja v zdravstvene

delavce. To lahko vodi do občutka izoliranosti pacientov in do njihovega izogibanja nadaljnji zdravstveni obravnavi, kar poslabša njihovo zdravstveno stanje (Ghuloum, et al., 2022).

Kakovost zdravstvene obravnave pacientov z duševnimi motnjami je neposredno povezana s stališči, ki jih zdravstveni delavci imajo do njih. Pozitivna in sprejemajoča stališča predstavljajo pomemben predpogoj za učinkovito in kakovostno zdravstveno oskrbo. Raziskave kažejo, da zdravstveni delavci s pozitivnimi stališči bistveno bolje komunicirajo s pacienti, lažje prepoznajo njihove potrebe in se nanje ustrezno odzovejo. Prav tako so bolj dovzetni za uporabo raziskovalnih dognanj pri svojem delu in so pripravljeni vlagati več časa in truda v obravnavo teh pacientov (Hsiao, et al., 2015).

Vzroki za stigmo med zdravstvenimi delavci so večplastni. Eden pomembnejših vzrokov je neustrezno znanje ali pomanjkanje specifičnega izobraževanja na področju duševnega zdravja. Pogosto se zdravstveni delavci srečujejo z omejenimi informacijami in pomanjkljivim razumevanjem narave duševnih motenj, kar lahko vodi v napačne predstave, strah in posledično stigmo. Prav tako pomembno vlogo igrajo tudi kulturne norme in predsodki, ki se nezavedno prenašajo v zdravstvene ustanove ter vplivajo na vedenje zdravstvenega osebja (Li, et al., 2023).

Raziskave so pokazale, da stigma zdravstvenih delavcev pogosto izhaja tudi iz lastnih osebnih predsodkov in stisk, povezanih z njihovimi profesionalnimi obremenitvami (Negarandeh, et al., 2024). Stres, preobremenjenost in pomanjkanje ustrezne podpore v delovnem okolju lahko dodatno okrepijo negativne stereotipe in stališča do pacientov z duševnimi motnjami. Zdravstveni delavci, ki se počutijo preobremenjene ali nezadostno podprte, pogosteje izražajo stigmatizirajoče vedenje, saj se na ta način nezavedno branijo pred dodatnimi zahtevami in emocionalnimi izzivi, ki jih predstavlja obravnavo duševnih motenj (Šolar, 2023).

Za zmanjševanje stigme med zdravstvenimi delavci so ključnega pomena različne intervencije, ki ciljajo na izobraževanje, ozaveščanje in spreminjanje kulture znotraj zdravstvenih ustanov. Programi izobraževanja, ki temeljijo na sodobnih znanstvenih

ugotovitvah in vključujejo neposredno interakcijo z osebami, ki imajo izkušnje z duševnimi motnjami, dokazano učinkovito zmanjšujejo stigmo. Takšni programi povečajo znanje, empatijo in razumevanje zdravstvenih delavcev ter pripomorejo k razbijanju predsodkov in stereotipov (Dschaak & Juntunen, 2018).

Študenti, zlasti tisti na področjih medicine in zdravstvene nege, prav tako niso imuni na negativna in stigmatizirajoča stališča ter vedenja družbe do ljudi z duševnimi motnjami. Stigma, ki jo študenti nosijo do oseb z duševnimi motnjami, predstavlja oviro pri njihovem profesionalnem razvoju in lahko negativno vpliva na kakovost njihove prihodnje strokovne prakse. Zaradi prisotnosti predsodkov študenti pogosto nezavedno ali zavestno razvijejo distanco, zmanjšajo empatijo in se izogibajo interakcijam z osebami z duševnimi motnjami, kar lahko vodi do slabše zdravstvene oskrbe v njihovi prihodnji poklicni karieri (Giralt Palou, et al., 2022).

Stigma med študenti se pogosto izraža kot socialna distanca, pomanjkanje sprejemanja in strah pred osebami z duševnimi motnjami. Te negativne percepcije vplivajo na interakcije in odnose, ki jih študenti oblikujejo s posamezniki z duševnimi težavami, ter zmanjšujejo možnosti za razvoj podpornih in empatičnih pristopov pri zdravstveni negi in medicinski obravnavi (Fernandes, et al., 2022).

Raziskave kažejo, da lahko stigma med študenti pomembno vpliva na njihovo sposobnost prepoznavanja in odzivanja na potrebe pacientov. Študenti z manj stigmatizirajočimi prepričanji lažje razvijejo pozitivne, konstruktivne odnose s pacienti, kar izboljšuje komunikacijo in učinkovitost njihovega strokovnega dela. Poleg tega so študenti z bolj pozitivnimi stališči dovzetnejši za integracijo znanstvenih in raziskovalnih dognanj v svoje delo ter bolj pripravljeni vlagati v kakovostno zdravstveno oskrbo oseb z duševnimi motnjami (Masedo, et al., 2021).

Vzroki stigme med študenti so raznoliki in kompleksni. Ključen dejavnik je pogosto pomanjkljivo znanje ali neustrezno izobraževanje o duševnih motnjah, kar lahko povzroči napačne predstave, predsodke in strahove. Dodiplomski študenti zdravstvene nege pogosto delijo napačne predstave o osebah z duševnimi motnjami, kar se izraža v

nelagodju, tesnobi in strahu ob stiku s pacienti v kliničnih okoljih, kar bistveno vpliva na kakovost zdravstvene nege (Hunter, et al., 2015; Thongpriwan, et al., 2015).

Za zmanjšanje stigme med študenti so ključni pristopi, ki vključujejo ozaveščanje, praktične izkušnje in izobraževalne programe, temelječe na dokazih. Intervencije, ki študentom omogočajo neposreden stik z osebami z duševnimi motnjami, spodbujajo empatijo, razumevanje in zmanjšujejo socialno distanco. Raziskave so potrdile učinkovitost programov, kjer študenti neposredno komunicirajo s pacienti, poslušajo njihove osebne izkušnje in sodelujejo v simuliranih situacijah, saj taki pristopi bistveno zmanjšajo negativna stališča in predsodke (Masedo, et al., 2021; Fernandes, et al., 2022).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je raziskati mnenja študentov dodiplomskega študijskega programa Zdravstvene nege do duševnih motenj ter s tem povezane stigme na področju opravljanja kliničnega usposabljanja.

Cilji raziskave so bili:

1. Raziskati stopnjo stigme dodiplomskih študentov do duševnih motenj pred opravljenim kliničnim usposabljanjem.
2. Analizirati demografske dejavnike, ki so povezani s stigmatizirajočimi stališči do oseb z duševnimi motnjami pri študentih zdravstvene nege.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za proučevanja stigme pri dodiplomskih študentih smo si v okviru diplomskega dela postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- RV1: Kakšna je stopnja stigme dodiplomskih študentov do duševnih motenj pred kliničnim usposabljanjem na tem področju?
- RV2: Kateri so dejavniki, ki učinkujejo na stigmo dodiplomskih študentov do duševnih motenj?
- RV3: Kolikšna je stopnja stigme dodiplomskih študentov do duševnih motenj po opravljenem kliničnem usposabljanju na področju Zdravstvena nega in duševno zdravje?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je bila zasnovana kot neeksperimentalna kvantitativna empirična raziskava s presečno raziskovalno zasnovjo. Teoretični okvir raziskave je temeljil na sistematičnem pregledu aktualne domače in mednarodne strokovne ter znanstvene literature.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za izvedbo raziskave je bila uporabljena deskriptivna raziskovalna metoda, ki omogoča sistematično zbiranje, obdelavo in interpretacijo podatkov. Pregled strokovne in znanstvene literature je bil izveden s pomočjo priznanih podatkovnih baz, kot so CINAHL, ProQuest Dissertations & Theses Global, SpringerLink, WILEY, PUBMED in COBISS. Pri iskanju relevantnih virov so bile uporabljene ključne besede v slovenskem jeziku: študent, zdravstvena nega, stigma, duševne motnje, klinično usposabljanje. Za iskanje literature v angleškem jeziku pa so bile uporabljene ključne besede: student, nursing, mental disorders, clinical practice.

Za zbiranje empiričnih podatkov smo uporabili kvantitativno deskriptivno metodo, podatke za empirični del smo zbirali z anketiranjem.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno metodo raziskovanja. Podatke smo zbirali z anketiranjem, kot instrument pa uporabili strukturiran vprašalnik, v katerem smo uporabili odvisne in neodvisne spremenljivke. Merski instrument je sestavljen iz treh delov. Prvi in zadnji del predstavljata vprašalnik Attitudes towards Severe Mental Illness (ASMI), ki so ga razvili Madianos, et al. (2012) v Grčiji. Instrument je pokazal visoko stopnjo notranje zanesljivosti (Cronbachova alfa $\alpha = 0,88$). Lestvica meri prepričanja in odnose posameznikov do oseb z duševnimi motnjami. Vprašalnik vsebuje 30 trditev, ocenjenih na 5-stopenjski Likertovi lestvici, kjer ocena 1 pomeni »popolnoma se ne strinjam«, 2 »se ne strinjam«, 3 »delno se strinjam«, 4 »se strinjam« in 5 »popolnoma se strinjam«. Lestvica zajema naslednje štiri dejavnike:

- Stereotipizacija (11 trditev) – meri stopnjo podpore stereotipnim prepričanjem o duševnih motnjah.
- Optimizem (6 trditev) – ocenjuje pozitivna prepričanja in stališča glede možnosti zdravljenja in okrevanja oseb z duševnimi motnjami.
- Spoprijemanje (7 trditev) – zajema strategije soočenja z boleznijo in stigmo, povezano z duševnimi motnjami.

- Razumevanje (6 trditev) – vključuje zaznavo in razumevanje občutkov ter razmišljanj oseb z duševnimi motnjami.

V naši raziskavi je bila preverjena zanesljivost instrumenta, pri čemer je vrednost Cronbachove alfe znašala $\alpha = 0,743$, kar pomeni dobro notranjo skladnost oziroma zanesljivost uporabljenega merskega instrumenta.

Drugi del vprašalnika vsebuje demografske podatke, med katere spadajo: spol, način študija (redni ali izredni), predhodna izobrazba zdravstvene smeri, kraj bivanja, prisotnost duševnih motenj v socialnem krogu anketiranca, povprečna ocena opravljenih izpitov na dodiplomskem študiju ter prisotnost strahu pred opravljanjem kliničnega usposabljanja na področju duševnega zdravja.

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo priročen vzorec, ki je obsegal 144 študentov tretjega letnika Fakultete za zdravstveno nego, ki so opravljali klinično usposabljanje v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Večina udeležencev v raziskavi (tabela 1) je bila ženskega spola ($n = 127$; 87,6 %). Večina jih je študirala redno ($n = 105$; 72,9 %), pri čemer je bilo največ študentov z zdravstveno predhodno izobrazbo ($n = 96$; 66,7 %). Več kot polovica anketiranih živi na podeželju ($n = 88$; 60,7 %). Prisotnost duševnih motenj v družini je navedlo 20,7 % udeležencev. Velika večina študentov ni izrazila strahu pred opravljanjem kliničnega usposabljanja na področju duševnega zdravja ($n = 137$; 95,1 %). Pri posameznih spremenljivkah so se pojavili manjkajoči odgovori, zato so bile analize opravljene na podvzorcju tistih, ki so na posamezno vprašanje odgovorili. Zaradi preglednosti so absolutne številke in deleži izračunani na podlagi veljavnih odgovorov.

Tabela 1: Pregled vzorca glede na demografske podatke

Demografski podatki	Kategorije	Frekvenca	Odstotek (%)
Spol	Moški	18	12,4
	Ženski	127	87,6
Način študija	Redni	105	72,9
	Izredni	39	27,1
Predhodna izobrazba	Zdravstvena smer	96	66,7
	Ostale smeri	48	33,3

Demografski podatki	Kategorije	Frekvenca	Odstotek (%)
Kraj bivanja	Mesto	57	39,3
	Vas	88	60,7
Duševne motnje v družini	Da	30	20,7
	Ne	115	79,3
Strah pred kliničnim usposabljanjem	Da	7	4,9
	Ne	137	95,1

Legenda: f = frekvenca, f (%) = odstotek

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Po odobritvi raziskave s strani vodstva Psihiatrične bolnišnice Begunje je bil vprašalnik razdeljen vsem študentom visokošolskega študijskega programa Zdravstvena nega, ki so opravljali klinično usposabljanje v obdobju od leta 2016 do leta 2019 na področju psihiatrije in duševnega zdravja. Vprašalnik so študentje izpolnili prvi in zadnji dan kliničnega usposabljanja. Med kliničnim usposabljanjem so študenti poleg neposrednega dela s pacienti z duševnimi motnjami sodelovali tudi na edukativnih srečanjih, kjer so bile obravnavane naslednje teme: zdravstvena nega pacienta s psihozo, vloga medicinske sestre pri akutnih stanjih v psihiatriji, posebni varovalni ukrepi (PVU), zdravstvena nega pacienta z demenco in bazalna stimulacija, zdravstvena nega pacienta z bipolarno motnjo, obravnava pacienta z odvisnostjo od alkohola, delo s svojci na področju duševnega zdravja, deeskalacijske tehnike komunikacije ter pomen zdravstvene vzgoje pri pacientih z duševno motnjo. Anketirance smo seznanili z možnostjo zavrnitve sodelovanja in anonimnostjo.

Za analizo empiričnih podatkov smo uporabili metode opisne in bivariatne statistike. Z opisno statistiko smo povzeli osnovne značilnosti podatkovnega niza mere srednje vrednosti, standardni odklon, maksimum, minimum. V okviru bivariatne statistične analize smo za preverjanje razlik srednjih vrednosti med prvim in drugim merjenjem uporabili Wilcoxonov test, za preučevanje povezanosti med dvema spremenljivkama pa Spearmanov koeficient korelacije. Za statistično pomembne rezultate smo upoštevali vrednosti, kjer je $p < 0,05$. V analizo smo vključili tudi vprašalnike z manjkajočimi podatki, saj smo ocenili, da delna nepopolnost ne vpliva bistveno na zanesljivost rezultatov. Pri obravnavi manjkajočih vrednosti smo uporabili pristop analize po principu "validnih odgovorov", kar pomeni, da smo pri posamezni analizi upoštevali le tiste enote, ki so imele relevantne podatke za obravnavano spremenljivko. Tak pristop nam je

omogočil ohranitev čim večjega števila podatkov in s tem večjo reprezentativnost vzorca.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Opisna statistika

Rezultati analize vprašalnika kažejo različne stopnje strinjanja s trditvami glede duševnih motenj med študenti zdravstvene nege ($n = 145$). Povprečne vrednosti ocen posameznih trditev so se gibale od 1,7 (SO = 0,7) do 4,9 (SO = 0,7). Tri trditve z najvišjimi povprečnimi ocenami so bile: »Osebe z duševno motnjo morajo poiskati pomoč pri specialistu« (PV = 4,9; SO = 0,7), »Osebe z duševno motnjo ne smejo obupati« (PV = 4,7; SO = 0,9) in »Osebe z duševno motnjo se lahko izšolajo za določen poklic« (PV = 4,6; SO = 0,8). Tri trditve z najnižjimi povprečnimi ocenami pa so bile: »Osebe z duševno motnjo ne morejo pridobiti novih znanj« (PV = 1,7; SO = 0,7), »Bolje je skriti duševne težave, da se izognemo težavam« (PV = 1,7; SO = 1,3) in »Za osebe z duševno motnjo je bolje, da se izogibajo ljudem« (PV = 1,8; SO = 1,4) (tabela 2).

Tabela 2: Prikaz vsebinskih trditev pred nastopom kliničnega usposabljanja

Trditve	n	Min	Max	Me	Mo	PV	SO
Če nekdo zboli za duševno motnjo, se bo z njo boril vse življenje.	144	1	5	3	2	3,3	1,2
Osebe z duševno motnjo v življenju niso uspešne.	145	1	4	2	2	1,7	0,7
Ne glede na trud osebe z duševno motnjo ne bodo nikoli podobni ljudem brez duševne motnje.	145	1	5	2	2	2,0	0,8
Osebe z duševno motnjo morajo jemati zdravila vse življenje.	145	1	5	3	3	3,4	1,3
Osebe z duševno motnjo so videti bolne.	145	1	5	2	2	2,2	1,1
Osebe z duševno motnjo niso kot vsi ostali ljudje.	143	1	5	2	2	2,1	1,1
Osebe z duševno motnjo je lahko prepoznati.	144	1	5	3	3	2,7	1,2
Osebe z duševno motnjo ne morejo pridobiti novih znanj.	144	1	5	2	1	1,7	0,7
Osebe z duševno motnjo so nevarne.	145	1	5	2	2	2,3	0,9
Za duševno motnjo osebe zbolijo »po nesreči«.	145	1	5	2	2	2,1	1,1
Zdravila za zdravljenje duševne motnje povzročajo odvisnost.	143	1	5	3	4	3,2	1,3
Osebe z duševno motnjo so sposobne za delo.	145	1	5	5	5	4,3	1,0
Osebe z duševno motnjo se lahko izobražujejo za določen poklic.	145	1	5	5	5	4,6	0,8
Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi.	145	1	5	4	5	3,9	1,0
Osebe z duševno motnjo se lahko spoprijemajo z vsakodnevnimi težavami.	145	1	5	4	4	3,8	1,0

Trditve	n	Min	Max	Me	Mo	PV	SO
Jemanje psihiatrične terapije ne razlikuje posameznika od ostalih.	145	1	5	4	5	3,7	1,2
Osebe z duševno motnjo se lahko pozdravijo.	144	1	5	5	5	4,2	1,0
Osebe z duševno motnjo ne smejo obupati.	145	1	5	5	5	4,7	0,9
Osebe z duševno motnjo mora poiskati pomoč pri specialistu.	145	1	5	5	5	4,9	0,7
Za ljudi z duševno motnjo je bolje, če se družijo samo s prijatelji, ki imajo duševno motnjo.	144	1	5	1	1	2,1	1,4
Bolje je skriti duševne težave, da se izognemo težavam.	145	1	5	1	1	1,7	1,3
Prijatelji ne bi smeli pustiti »na cedilu« osebe, kadar zbolijo za duševno motnjo.	144	1	5	5	5	4,3	1,4
Za osebe z duševno motnjo je bolje, da se izogibajo ljudi.	144	1	5	1	1	1,8	1,4
Osebe z duševno motnjo ne bi smele skrivati svojih težav pred prijatelji in družino.	143	1	5	5	5	4,5	1,2
Osebe z duševno motnjo mislijo, da so v breme svoji družini.	143	1	5	4	5	4,0	1,1
Osebe z duševno motnjo se počutijo ničvredne.	145	1	5	4	5	3,9	1,1
Osebe z duševno motnjo so navadno obravnavane drugače kot ostali pacienti.	145	1	5	4	5	3,8	1,2
Osebe z duševno motnjo so navadno krive za težave v družini.	144	1	5	3	2	2,9	1,3
Osebe z duševno motnjo se počutijo odgovorne za svoje težave.	145	1	5	4	4	3,7	1,1
Ostali težko razumejo težave, s katerimi se ukvarjajo osebe z duševno motnjo.	145	1	5	5	5	4,4	0,9

Legenda: n – število anketirancev; PV – povprečna vrednost; Me – mediana (srednja vrednost); Mo – modus (najpogostejša vrednost); SD – standardni odklon; Min – minimum (najnižja vrednost); Max – maksimum (najvišja vrednost).

Rezultati drugega merjenja vprašalnika kažejo različne stopnje strinjanja študentov zdravstvene nege (n = 140–145). Povprečne vrednosti ocen so se gibale med 1,7 (SO = 0,8) in 4,8 (SO = 0,7). Tri trditve z najvišjimi povprečnimi ocenami so bile: »Osebe z duševno motnjo morajo poiskati pomoč pri specialistu« (PV = 4,8; SO = 0,7), »Osebe z duševno motnjo se lahko izšolajo za določen poklic« (PV = 4,7; SO = 0,7) in »Osebe z duševno motnjo ne smejo obupati« (PV = 4,7; SO = 0,7). Tri trditve z najnižjimi povprečnimi ocenami pa: »Osebe z duševno motnjo v življenju niso uspešne« (PV = 1,7; SO = 0,8), »Ne glede na trud osebe z duševno motnjo ne bodo nikoli podobni ljudem brez duševne motnje« (PV = 1,9; SO = 0,9) in »Za osebe z duševno motnjo je bolje, da se izogibajo ljudi« (PV = 1,9; SO = 1,4) (tabela 3).

Tabela 3: Prikaz vsebinskih trditev po zaključku kliničnega usposabljanja

Trditve	n	Min	Max	Me	Mo	PV	SO
Če nekdo zbolijo za duševno motnjo, se bo z njo boril vse življenje.	143	1	5	4	5	3,4	1,4
Osebe z duševno motnjo v življenju niso uspešne.	144	1	5	2	1	1,7	0,8

Trditve	n	Min	Max	Me	Mo	PV	SO
Ne glede na trud osebe z duševno motnjo ne bodo nikoli podobni ljudem brez duševne motnje.	144	1	5	2	2	1,9	0,9
Osebe z duševno motnjo morajo jemati zdravila vse življenje.	144	1	5	3,5	5	3,5	1,3
Oseba z duševno motnjo je videti bolna.	144	1	5	2	2	2,2	1,1
Osebe z duševno motnjo niso kot vsi ostali ljudje.	144	1	5	2	3	2,3	1,1
Osebe z duševno motnjo je lahko prepoznati.	145	1	5	2	2a	2,5	1,1
Osebe z duševno motnjo ne morejo pridobiti novih znanj.	144	1	5	1	1	1,7	0,9
Osebe z duševno motnjo so nevarne.	143	1	5	2	2	2,1	1,0
Za duševno motnjo osebe zbolijo »po nesreči«.	141	1	5	2	1a	2,3	1,2
Zdravila za zdravljenje duševne motnje povzročajo odvisnost.	144	1	5	3	4	3,1	1,3
Osebe z duševno motnjo so sposobne za delo.	142	1	5	5	5	4,4	1,0
Osebe z duševno motnjo se lahko izšolajo za določen poklic.	143	1	5	5	5	4,7	0,7
Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi.	144	1	5	4	5	4,2	1,0
Osebe z duševno motnjo se lahko spoprijemajo z vsakodnevnimi težavami.	144	1	5	4	4	3,9	1,0
Jemanje psihiatrične terapije ne razlikuje posameznika od ostalih.	144	1	5	4	5	3,8	1,2
Osebe z duševno motnjo se lahko pozdravijo.	142	1	5	5	5	4,3	0,9
Osebe z duševno motnjo ne smejo obupati.	143	1	5	5	5	4,7	0,7
Osebe z duševno motnjo morajo poiskati pomoč pri specialistu.	143	1	5	5	5	4,8	0,7
Za ljudi z duševno motnjo je bolje, če se družijo samo s prijatelji, ki imajo duševno motnjo.	144	1	5	1	1	2,0	1,4
Bolje je skriti duševne težave, da se izognemo težavam.	144	1	5	1	1	1,8	1,3
Prijatelji ne bi smeli pustiti »na cedilu« oseb, kadar zbolijo za duševno motnjo	144	1	5	5	5	4,5	1,3
Za osebe z duševno motnjo je bolje, da se izogibajo ljudem.	139	1	5	1	1	1,9	1,4
Osebe z duševno motnjo ne bi smele skrivati svojih težav pred prijatelji in družino.	139	1	5	5	5	4,4	1,2
Osebe z duševno motnjo mislijo, da so v breme svoji družini.	141	1	5	4	5	4,1	1,1
Osebe z duševno motnjo se počutijo ničvredne.	140	1	5	4	5	4,0	1,1
Osebe z duševno motnjo so navadno obravnavane drugače kot ostali pacienti.	140	1	5	4	5	3,8	1,2
Osebe z duševno motnjo so navadno krive za težave v družini.	138	1	5	3	3	2,9	1,3
Osebe z duševno motnjo se počutijo odgovorne za svoje težave.	139	1	5	4	5	3,9	1,1
Ostali težko razumejo težave, s katerimi se ukvarjajo osebe z duševno motnjo.	140	2	5	5	5	4,6	0,8

Legenda: n – število anketirancev; PV – povprečna vrednost; Me – mediana (srednja vrednost); Mo – modus (najpogostejša vrednost); SD – standardni odklon; Min – minimum (najnižja vrednost); Max – maksimum (najvišja vrednost).

Rezultati primerjave kažejo, da so se stališča študentov zdravstvene nege po opravljenem kliničnem usposabljanju izboljšala. Pri trditvi »Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi« se je povprečna vrednost od prvega do drugega merjenja povečala s

PV = 3,9 (SO = 1,0) na PV = 4,2 (SO = 1,0), kar pomeni, da študenti po izvedbi kliničnega usposabljanja osebe z duševno motnjo v večji meri zaznavajo kot enakovredne drugim ljudem. Pri trditvi »Osebe z duševno motnjo so nevarne« se je povprečna vrednost zmanjšala s PV = 2,3 (SO = 0,9) na PV = 2,1 (SO = 1,0), kar kaže na zmanjšanje negativnih stereotipov oziroma strahu pred osebami z duševnimi motnjami. Pri trditvi »Prijetelji ne bi smeli pustiti 'na cedilu' oseb, kadar zbolijo za duševno motnjo« se je povprečna vrednost povečala s PV = 4,3 (SO = 1,4) na PV = 4,5 (SO = 1,3), kar odraža, da so študenti po usposabljanju še bolj prepričani o potrebi po podpori in pomoči osebam z duševnimi motnjami (tabela 4).

Tabela 4: Razlike v povprečnih vrednostih med prvim in drugim merjenjem

Trditve	2. merjenje (PV / SO)	1. merjenje (PV / SO)
Osebe z duševno motnjo ne morejo pridobiti novih znanj.	1,7 / 0,9	1,7 / 0,7
Osebe z duševno motnjo v življenju niso uspešne.	1,7 / 0,8	1,7 / 0,7
Bolje je skriti duševne težave, da se izognemo težavam.	1,8 / 1,3	1,7 / 1,3
Za osebe z duševno motnjo je bolje, da se izogibajo ljudi.	1,9 / 1,4	1,8 / 1,4
Ne glede na trud osebe z duševno motnjo ne bodo nikoli podobni ljudem brez duševne motnje.	1,9 / 0,9	2,0 / 0,8
Za ljudi z duševno motnjo je bolje, če se družijo samo s prijatelji, ki imajo duševno motnjo.	2,0 / 1,4	2,1 / 1,4
Osebe z duševno motnjo so nevarne.	2,1 / 1,0	2,3 / 0,9
Osebe z duševno motnjo niso kot vsi ostali ljudje.	2,3 / 1,1	2,1 / 1,1
Osebe z duševno motnjo je videti bolna.	2,2 / 1,1	2,2 / 1,1
Za duševno motnjo osebe zbolijo »po nesreči«.	2,3 / 1,2	2,1 / 1,1
Osebe z duševno motnjo je lahko prepoznati.	2,5 / 1,1	2,7 / 1,2
Osebe z duševno motnjo so navadno krive za težave v družini.	2,9 / 1,3	2,9 / 1,3
Zdravila za zdravljenje duševne motnje povzročajo odvisnost.	3,1 / 1,3	3,2 / 1,3
Če nekdo zbolijo za duševno motnjo, se bo z njo boril vse življenje.	3,4 / 1,4	3,3 / 1,2
Osebe z duševno motnjo morajo jemati zdravila vse življenje	3,5 / 1,3	3,4 / 1,3
Osebe z duševno motnjo so navadno obravnavane drugače kot ostali pacienti..	3,8 / 1,2	3,8 / 1,2
Jemanje psihiatrične terapije ne razlikuje posameznika od ostalih.	3,8 / 1,2	3,7 / 1,2
Osebe z duševno motnjo se počutijo odgovorne za svoje težave.	3,9 / 1,1	3,7 / 1,1
Osebe z duševno motnjo se lahko spoprijemajo z vsakodnevnimi težavami.	3,9 / 1,0	3,8 / 1,0
Osebe z duševno motnjo se počutijo ničvredne.	4,0 / 1,1	3,9 / 1,1
Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi	4,2 / 1,0	3,9 / 1,0
Osebe z duševno motnjo mislijo, da so v breme svoji družini.	4,1 / 1,1	4,0 / 1,1
Osebe z duševno motnjo se lahko pozdravijo.	4,3 / 0,9	4,2 / 1,0
Osebe z duševno motnjo so sposobne za delo.	4,4 / 1,0	4,3 / 1,0

Trditve	2. merjenje (PV / SO)	1. merjenje (PV / SO)
Prijatelji ne bi smeli pustiti »na cedilu« oseb, kadar zbolijo za duševno motnjo.	4,5 / 1,3	4,3 / 1,4
Osebe z duševno motnjo ne bi smele skrivati svojih težav pred prijatelji in družino.	4,4 / 1,2	4,5 / 1,2
Ostali težko razumejo težave, s katerimi se ukvarjajo osebe z duševno motnjo.	4,6 / 0,8	4,4 / 0,9
Osebe z duševno motnjo se lahko izšolajo za določen poklic.	4,7 / 0,7	4,6 / 0,8
Osebe z duševno motnjo ne smejo obupati.	4,7 / 0,7	4,7 / 0,9
Osebe z duševno motnjo mora poiskati pomoč pri specialistu.	4,8 / 0,7	4,9 / 0,7

Legenda: PV – povprečna vrednost

Rezultati Wilcoxonovega testa (tabela 5) kažejo statistično pomembne razlike med prvim in drugim merjenjem pri naslednjih trditvah: Pri trditvi »Osebe z duševno motnjo je lahko prepoznati« je prišlo do statistično pomembne spremembe ($Z = -2,136$; $p = 0,033$), kar pomeni, da so se stališča študentov glede prepoznavanja oseb z duševnimi motnjami po kliničnem usposabljanju statistično pomembno spremenila. Pri trditvi »Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi« prav tako ugotavljamo statistično pomembno razliko ($Z = -2,977$; $p = 0,003$).

Tabela 5: Statistično pomembne razlike med prvim in drugim merjenjem

	Osebe z duševno motnjo je lahko prepoznati – 2. merjenje / Osebe z duševno motnjo je lahko prepoznati – 1. merjenje	Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi – 2. merjenje / Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi – 1. merjenje
Z	-2,136	-2,977
p	0,033	0,003

Legenda: Z – vrednost Wilcoxonovega testa; statistična značilnost – $p < 0,05$.

Analiza (tabela 6) je pokazala statistično značilne povezave med spolom in posameznimi trditvami, povezanimi z duševnimi motnjami. Pri prvi trditvi, tj. »Zdravila za zdravljenje duševne motnje povzročajo odvisnost«, je bila ugotovljena pozitivna korelacija ($r = 0,202$; $p = 0,016$), kar pomeni, da se s to trditvijo v večji meri strinjajo ženske. Pri trditvi »Osebe z duševno motnjo so sposobne za delo« je bila ugotovljena negativna korelacija ($r = -0,211$; $p = 0,011$), kar kaže, da se s to trditvijo bolj strinjajo moški. Podobno velja za trditev »Osebe z duševno motnjo se lahko spoprijemajo z vsakodnevnimi težavami« pri prvem merjenju ($r = -0,236$; $p = 0,004$) in drugem merjenju ($r = -0,222$; $p = 0,007$), kjer so višjo stopnjo strinjanja izrazili moški. Pozitivna korelacija je bila ugotovljena tudi pri trditvi »Za ljudi z duševno motnjo je bolje, če se družijo samo z dvema prijateljema,

ki imata duševno motnjo« ($r = 0,232$; $p = 0,005$), kar pomeni, da se s to trditvijo v večji meri strinjajo ženske. Enako velja za trditvi »Osebe z duševno motnjo ne morejo pridobiti novih znanj« ($r = 0,223$; $p = 0,007$) ter »Osebe z duševno motnjo so nevarne« ($r = 0,247$; $p = 0,003$), kjer se prav tako s trditvama v večji meri strinjajo ženske. Na podlagi teh rezultatov lahko zaključimo, da obstajajo razlike v stopnji strinjanja z določenimi stališči glede na spol.

Tabela 6: Povezava med spolom anketirancev in stigmatizacijo duševnih motenj dodiplomskih študentov

		1	2	3	4	5	6
Spol	r	0,202*	-0,211*	-0,236**	0,232**	0,223**	0,247**
	p	0,016	0,011	0,004	0,005	0,007	0,003
	n	143	145	145	144	144	143

Legenda: r – Koeficient korelacije; statistična značilnost – $p < 0,05$; n – število anketirancev; 1 – Zdravila za zdravljenje duševne motnje povzročajo odvisnost; 2 – Osebe z duševno motnjo so sposobne za delo; 3 – Osebe z duševno motnjo se lahko spoprijemajo z vsakodnevnimi težavami; 4 – Za ljudi z duševno motnjo je bolje, če se družijo samo s prijatelji, ki imajo duševno motnjo; 5 – Osebe z duševno motnjo ne morejo pridobiti novih znanj; 6 – Osebe z duševno motnjo so nevarne; *Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja nižji od 0,05; **Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja nižji od 0,01.

Analiza je pokazala statistično značilne povezave med načinom študija in strinjanjem s posameznimi trditvami o osebah z duševno motnjo (tabela 7). Pozitivna korelacija kaže, da se s trditvijo v večji meri strinjajo študenti rednega študija, negativna korelacija pa, da se z njo bolj strinjajo študenti izrednega študija. Pri trditvi »Ne glede na trud osebe z duševno motnjo ne bodo nikoli podobni ljudem brez duševne motnje« je bila ugotovljena pozitivna korelacija ($r = 0,172$; $p = 0,040$), kar kaže, da se s to trditvijo v večji meri strinjajo redni študenti. Pri trditvi »Za duševno motnjo osebe zbolijo po nesreči« je bila ugotovljena negativna korelacija ($r = -0,252$; $p = 0,002$), kar kaže, da se s to trditvijo v večji meri strinjajo izredni študenti. Prav tako je bila negativna korelacija ugotovljena pri trditvah »Osebe z duševno motnjo so sposobne za delo« ($r = -0,191$; $p = 0,022$) in »Osebe z duševno motnjo se lahko pozdravijo« ($r = -0,181$; $p = 0,031$), kar pomeni, da se z njima v večji meri strinjajo izredni študenti.

Tabela 7: Povezava med načinom študija in stigmatizacijo duševnih motenj dodiplotmskih študentov

		1	2	3	4
Način študija	r	0,172*	-0,252**	-0,191*	-0,181*
	p	0,040	0,002	0,022	0,031
	n	144	144	144	143

Legenda: r – Koeficient korelacije statistična značilnost – $p < 0,05$; n – število anketirancev; 1 – Ne glede na trud osebe z duševno motnjo ne bodo nikoli podobni ljudem brez duševne motnje; 2 – Za duševno motnjo osebe zbolijo »po nesreči«; 3 – Osebe z duševno motnjo so sposobne za delo; 4 – Osebe z duševno motnjo se lahko pozdravijo; *Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja nižji od 0,05; **Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja nižji od 0,01.

Analiza (tabela 8) je pokazala statistično značilne povezave med predhodno izobrazbo in stopnjo strinjanja s posameznimi trditvami o osebah z duševno motnjo. Pozitivne korelacije kažejo na večje strinjanje pri študentih s predhodno zdravstveno izobrazbo, negativne korelacije pa na večje strinjanje pri študentih z nezdravstveno predhodno izobrazbo. Študenti s predhodno zdravstveno izobrazbo so se v večji meri strinjali z naslednjima trditvama: »Za osebe z duševno motnjo je bolje, da se izogibajo ljudi« ($r = 0,185$; $p = 0,027$) in »Osebe z duševno motnjo mislijo, da so v breme svoji družini« ($r = 0,212$; $p = 0,011$). Študenti z nezdravstveno predhodno izobrazbo pa so se v večji meri strinjali z naslednjimi trditvami: »Če nekdo zbolí za duševno motnjo, se bo z njo boril vse življenje« ($r = -0,201$; $p = 0,016$), »Ne glede na trud osebe z duševno motnjo ne bodo nikoli podobni ljudem brez duševne motnje« ($r = -0,185$; $p = 0,027$), »Osebe z duševno motnjo niso kot vsi ostali ljudje« ($r = -0,222$; $p = 0,008$) »Osebe z duševno motnjo so nevarne« ($r = -0,206$; $p = 0,014$) in »Osebe z duševno motnjo se lahko pozdravijo« ($r = -0,203$; $p = 0,015$).

Tabela 8: Povezava med predhodno izobrazbo in stigmatizacijo duševnih motenj pri dodiplotmskih študentih

		1	2	3	4	5	6	7
Predhodna izobrazba	r	-0,201*	-0,185*	-0,222**	-0,206*	-0,203*	0,185*	0,212*
	p	0,016	0,027	0,008	0,014	0,015	0,027	0,011
	n	143	144	142	143	144	143	143

Legenda: r – Koeficient korelacije; statistična značilnost – $p < 0,05$; n – število anketirancev; 1 – Če nekdo zbolí za duševno motnjo, se bo z njo boril vse življenje; 2 – Ne glede na trud osebe z duševno motnjo ne bodo nikoli podobni ljudem brez duševne motnje; 3 – Osebe z duševno motnjo niso kot vsi ostali ljudje; 4 – Osebe z duševno motnjo so nevarne; 5 – Osebe z duševno motnjo se lahko pozdravijo; 6 – Za osebe z duševno motnjo je bolje, da se izogibajo ljudi; 7 – Osebe z duševno motnjo mislijo, da so v breme svoji družini; *Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja nižji od 0,05; **Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja nižji od 0,01.

Analiza je pokazala statistično značilne povezave med krajem bivanja in stališči do oseb z duševnimi motnjami. Negativne korelacije kažejo na večje strinjanje s posameznimi

trditvami pri študentih iz ruralnega okolja, pozitivne korelacije pa na večje strinjanje pri študentih iz mestnega okolja. Študenti iz mestnega okolja so se v večji meri strinjali z naslednjimi trditvami: »Za duševno motnjo osebe zbolijo »po nesreči« (r = 0,223; p = 0,007), »Osebe z duševno motnjo se lahko izšolajo za določen poklic« (r = 0,186; p = 0,025), »Osebe z duševno motnjo se lahko spoprijemajo z vsakodnevnimi težavami« (r = 0,199; p = 0,016) in »Jemanje psihiatrične terapije ne razlikuje posameznika od ostalih« (r = 0,181; p = 0,029). Študenti iz perifernega okolja pa so se v večji meri strinjali z naslednjima trditvama: »Osebe z duševno motnjo se počutijo ničvredne« (r = -0,199; p = 0,017) in »Osebe z duševno motnjo so navadno obravnavane drugače kot ostali pacienti« (r = -0,345; p = 0,000) (tabela 9).

Tabela 9: Povezava med krajem bivanja in stigmatizacijo duševnih motenj pri dodiplomskih študentih

		1	2	3	4	5	6
Kraj bivanja	r	0,223**	0,186*	0,199*	0,181*	-0,199*	-0,345**
	p	0,007	0,025	0,016	0,029	0,017	0,000
	n	145	145	145	145	143	145

Legenda: r – Koeficient korelacije; statistična značilnost – p < 0,05; n – število anketirancev; 1 – Za duševno motnjo osebe zbolijo »po nesreči; 2 – Osebe z duševno motnjo se lahko izšolajo za določen poklic; 3 – Osebe z duševno motnjo se lahko spoprijemajo z vsakodnevnimi težavami; 4 – Jemanje psihiatrične terapije ne razlikuje posameznika od ostalih; 5 – Osebe z duševno motnjo se počutijo ničvredne; 6 – Osebe z duševno motnjo so navadno obravnavane drugače kot ostali pacienti; *Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja nižji od 0,05; **Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja nižji od 0,01.

Analiza je pokazala (tabela 10) statistično značilne povezave med prisotnostjo duševne motnje v družini in stališči do oseb z duševnimi motnjami. Negativne korelacije kažejo na večje strinjanje s posameznimi trditvami pri študentih, ki se v družini srečujejo z duševnimi motnjami, pozitivne korelacije pa na večje strinjanje pri študentih, ki nimajo teh izkušenj. Študenti, ki nimajo izkušenj z duševno motnjo v družini, so se v večji meri strinjali s trditvijo:

»Osebe z duševno motnjo se lahko izšolajo za določen poklic« (r = 0,164; p = 0,049). Študenti, ki imajo izkušnje z duševno motnjo v družini, pa so se v večji meri strinjali s trditvijo: »Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi« (r = -0,182; p = 0,029).

Tabela 10: Povezava med prisotnostjo duševnih motenj pri družinskih članih in stigmatizacijo duševnih motenj pri dodiplomskih študentih

		1	2
Duševne motnje pri družinskih članih	R	0,164*	-0,182*
	p	0,049	0,029
	n	145	145

Legenda: r – Koeficient korelacije; statistična značilnost – $p < 0,05$; n – število anketirancev; 1 – Osebe z duševno motnjo se lahko izsolajo za določen poklic; 2 – Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi; *Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja, nižji od 0,05; **Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja, nižji od 0,01.

Analiza je pokazala (tabela 11) statistično značilne povezave med prisotnostjo strahu pred opravljanjem kliničnega usposabljanja na področju duševnega zdravja in stališči do oseb z duševno motnjo. Pozitivne korelacije kažejo na večje strinjanje s posameznimi trditvami pri študentih, ki jih je strah kliničnega usposabljanja, negativne korelacije pa na večje strinjanje pri študentih, ki tega strahu nimajo. Študenti, ki jih je strah kliničnega usposabljanja, so se v večji meri strinjali z naslednjimi trditvami: »Osebe z duševno motnjo v življenju niso uspešne« ($r = 0,166$; $p = 0,047$), »Osebe z duševno motnjo je lahko prepoznati« ($r = 0,164$; $p = 0,049$) in »Osebe z duševno motnjo mislijo, da so v breme svoji družini« ($r = 0,213$; $p = 0,012$). Študenti, ki jih ni strah kliničnega usposabljanja, pa so se v večji meri strinjali s trditvijo: »Osebe z duševno motnjo se lahko izsolajo za določen poklic« ($r = -0,185$; $p = 0,027$).

Tabela 11: Povezava med oceno strahu pred kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja ter stigmatizacijo duševnih motenj

		1	2	3	4
Ali vas je strah opravljati klinično usposabljanje na področju duševnega zdravja	r	-0,185*	0,166*	0,164*	0,213*
	p	0,027	0,047	0,049	0,012
	n	142	144	144	140

Legenda: r – Koeficient korelacije; statistična značilnost – $p < 0,05$; n – število anketirancev; 1 – Osebe z duševno motnjo se lahko izsolajo za določen poklic; 2 – Osebe z duševno motnjo v življenju niso uspešne; 3 – Osebe z duševno motnjo je lahko prepoznati; 4 – Osebe z duševno motnjo mislijo, da so v breme svoji družini; *Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja nižji od 0,05; **Razlike so statistično značilne pri stopnji tveganja nižji od 0,01.

3.5 RAZPRAVA

Namen naše raziskave je bil preučiti povezavo kliničnega usposabljanja na področju duševnega zdravja na stališča dodiplomskih študentov zdravstvene nege do oseb z duševnimi motnjami. Ugotovili smo, da študenti že pred začetkom kliničnega usposabljanja izražajo visoka pozitivna stališča glede nujnosti iskanja strokovne pomoči,

kar se je pokazalo tudi v raziskavi Ciydem in Avci (2022), kjer klinično usposabljanje ni bistveno spremenilo pozitivnih stališč medicinskih študentov. Takšna ugotovitev potrjuje, da imajo študenti zdravstvene nege dobro ozaveščenost o pomenu strokovnega pristopa pri obravnavi duševnih motenj, kar je skladno tudi z raziskavo Fernandes, et al. (2022), ki ugotavljajo, da neposredna izpostavljenost kliničnemu okolju ne spremeni bistveno že obstoječih pozitivnih stališč, ampak jih le še dodatno utrdi. V nadaljevanju smo s pomočjo razprave naših ugotovitev ter že izvedenih raziskav drugih avtorjev poskušali podrobneje predstaviti ugotovitve, povezane s kontekstom naših ciljev.

Trditvi »Osebe z duševno motnjo ne smejo obupati« in »Osebe z duševno motnjo morajo poiskati pomoč pri specialistu« sta dosegli zelo enotne in visoke povprečne vrednosti odgovorov med študenti. To pomeni, da študenti izražajo pozitivna stališča glede pomena upanja in strokovne pomoči pri okrevanju oseb z duševno motnjo. Takšna stabilnost in ne stigmatiziranje, kaže na dobro razumevanje študentov zdravstvene nege o vlogi strokovne podpore v procesu zdravljenja. Rezultate naše raziskave potrjuje tudi raziskava Giralt Palou, et al. (2022), kjer so študenti prav tako izražali visoko raven pozitivnih stališč. Avtorji (Giralt Palou, et al. 2022) te visoke rezultate pripisujejo vplivom predhodnega izobraževanja ter večji družbeni ozaveščenosti o duševnem zdravju. Naše ugotovitve so dodatno potrdile pozitiven pomen kliničnega usposabljanja na zmanjšanje stereotipov, kar se je najbolj izrazito pokazalo pri trditvah, povezanih z enakopravnostjo oseb z duševnimi motnjami in njihovo sposobnostjo opravljanja različnih del. Izboljšanje ocene pri trditvi »Osebe z duševno motnjo se lahko izšolajo za določen poklic« jasno prikazuje praktični učinek neposrednih izkušenj študentov. Podobne pozitivne spremembe zaradi neposredne izpostavljenosti kliničnemu usposabljanju potrjuje tudi Fernandes, et al. (2022), ki navajajo, da neposredna klinična interakcija spodbuja zmanjševanje stereotipov z izboljšanjem razumevanja dejanskih zmožnosti in potenciala oseb z duševnimi motnjami. Takšni rezultati dodatno podpirajo pomembnost praktičnega izobraževanja, ki ne le krepi strokovne kompetence, ampak lahko tudi pomembno vpliva na razvoj empatičnih in realističnih stališč študentov do oseb z duševnimi motnjami.

Trditev »Ostali težko razumejo težave, s katerimi se ukvarjajo osebe z duševno motnjo« odraža pomembno izboljšanje empatije pri študentih. To nakazuje, da neposredne

klinične izkušnje omogočajo študentom boljše razumevanje notranjega doživljanja oseb z duševnimi motnjami. Podobno ugotavlja tudi raziskava Hunter, et al. (2015), ki poudarja, da se z neposrednimi interakcijami študentov s pacienti izboljša njihovo zaznavanje in razumevanje specifičnih težav, s katerimi se soočajo osebe z duševnimi motnjami. Empatično razumevanje težav pacientov je ključno za razvoj kakovostnega odnosa med zdravstvenimi delavci in pacienti, kar pomembno lahko vpliva na učinkovitost zdravstvene obravnave in zadovoljstvo pacientov. Naša raziskava dodatno potrjuje, da je klinično usposabljanje povezano s krepitvijo ključnih kompetence, saj so študenti skozi praktično izobraževanje lahko neposredno občutili in razumeli stiske, s katerimi se soočajo pacienti z duševnimi motnjami. Trditve, povezane s pomembnostjo socialne podpore in odprte komunikacije, kot sta »Osebe z duševno motnjo ne bi smele skrivati svojih težav« in »Prijatelji ne bi smeli pustiti na cedilu oseb z duševno motnjo«, kažejo stabilno pozitivno stališče študentov že pred kliničnim usposabljanjem. To nakazuje, da imajo študenti že pred praktično izkušnjo visoko raven zavedanja o pomenu odprtosti in socialne podpore v procesu okrevanja oseb z duševnimi motnjami. Takšno zavedanje lahko pripišemo splošni družbeni ozaveščenosti, izobraževanju, pa tudi osebnim izkušnjam študentov z osebami, ki imajo duševne motnje. Thongpriwan, et al. (2015) potrjujejo ključno vlogo socialne podpore in odprte komunikacije pri zmanjševanju stigme, saj poudarjajo, da študenti, ki že pred kliničnim usposabljanjem izražajo pozitivna stališča, med usposabljanjem še dodatno poglobijo svoje razumevanje in sprejemanje oseb z duševnimi motnjami. Podobno Fernandes, et al. (2022) ugotavljajo, da neposredne izkušnje z osebami z duševnimi motnjami še okrepijo že obstoječa pozitivna stališča, kar dodatno potrjuje pomembnost vključevanja praktičnih izkušenj v študijske programe za nadaljnje zmanjševanje stigme. Trditve, kot sta »Osebe z duševno motnjo so sposobne za delo« in »Osebe z duševno motnjo se lahko pozdravijo«, so po kliničnem usposabljanju zabeležile pozitivno spremembo, kar potrjuje, da so neposredne izkušnje povezane z izboljšanjem realističnega razumevanja sposobnosti in potenciala oseb z duševnimi motnjami. Te spremembe kažejo, da študenti zdravstvene nege skozi klinično usposabljanje pridobijo bolj realistično in objektivno dojemanje dejanskih zmožnosti posameznikov z duševnimi motnjami, kar pomembno prispeva k zmanjševanju stigme in predsodkov. Ugotovitve Abdelmonaem, et al. (2024) dodatno potrjujejo te rezultate, saj poudarjajo, da se študenti, ki imajo neposredne izkušnje z osebami z

duševnimi motnjami, bolj zavedajo potenciala teh oseb in njihovo sposobnost integracije v vsakdanje življenje in delovno okolje. Tudi Fernandes, et al. (2022) poudarjajo, da je praktična izpostavljenost povezana z izboljšanjem percepcije študentov o možnosti okrevanja in integracije oseb z duševnimi motnjami, kar dodatno potrjuje naše ugotovitve in kaže na pomembnost vključevanja poglobljenega kliničnega usposabljanja v študijske programe.

Skupno gledano rezultati naše raziskave potrjujejo, da klinično usposabljanje na področju duševnega zdravja pozitivno vpliva na zmanjšanje stigme, stereotipov in predsodkov pri študentih zdravstvene nege. Pomembno je poudariti, da so študenti že pred začetkom usposabljanjem imeli pozitivna stališča, kar lahko pripišemo sistematičnemu izobraževanju, ozaveščenosti družbe in širši dostopnosti informacij o duševnem zdravju. Tudi raziskave Abdelmonaem, et al. (2024), Fernandes, et al. (2022) ter Giralt Palou, et al. (2022) potrjujejo, da študenti, ki prihajajo v klinično okolje z že oblikovanimi pozitivnimi stališči, svoje razumevanje in empatijo do oseb z duševnimi motnjami še dodatno poglobijo skozi neposredno delo s pacientom. Prav zato je pomembno nadaljevati ozaveščevalne aktivnosti že v zgodnji fazi izobraževanja ter razmišljati o razširitvi in poglobitvi kliničnih izkušenj v študijskem programu zdravstvene nege. Podrobnejše in poglobljene izkušnje v realnem okolju bodo omogočile študentom razvoj še močnejših empatičnih sposobnosti, kar je ključno za kakovostno in učinkovito zdravstveno obravnavo oseb z duševnimi motnjami. Vendar je treba poudariti, da so študenti že pred začetkom usposabljanja imeli pozitivna stališča, kar lahko pripišemo izobraževalnemu sistemu in splošni ozaveščenosti družbe. Za dodatno zmanjševanje stigme in izboljšanje kakovosti obravnave oseb z duševnimi motnjami pa bi bilo koristno razmisliti o razširitvi in poglobitvi kliničnih izkušenj v študijskem programu zdravstvene nege.

Rezultati analize kažejo na pomembne statistično značilne povezave med različnimi dejavniki (spol, način študija, predhodna izobrazba, kraj bivanja, prisotnost duševne motnje v družini in strah pred kliničnim usposabljanjem) ter stališči do oseb z duševno motnjo.

Rezultati raziskave kažejo, da obstajajo razlike v stališčih glede na spol. Ženske so izražale večjo podporo izjavam, ki nakazujejo previdnost, distanco ali povečano zaznavanje nevarnosti v povezavi z osebami z duševnimi motnjami, medtem ko so moški bolj izražali stališča, ki poudarjajo sposobnost in funkcionalnost teh oseb. To potrjuje tudi raziskava Atienza-Carbonell, et al. (2024), ki je pokazala, da ženske pogosteje izražajo večjo čustveno odzivnost in previdnost pri zaznavanju oseb z duševnimi motnjami. Podobno so v raziskavi Kaitz, et al. (2022) ugotovili, da moški izkazujejo večjo odprtost za vključevanje oseb z duševnimi težavami v delovno okolje, medtem ko so ženske izražale večji dvom glede varnosti in učinkovitosti njihovega vključevanja. Poleg spola se razlike v stališčih do oseb z duševnimi motnjami kažejo tudi glede na način študija. Redni študenti so pogosteje izražali bolj izrazita in včasih tudi bolj kritična stališča, medtem ko so izredni študenti kazali več razumevanja in sprejemanja. Ugotovitve raziskave Tu, et al. (2019) podpirajo to opažanje, saj avtorji navajajo, da študenti z več življenjskimi izkušnjami – kar pogosto velja za izredne študente – izražajo višjo stopnjo empatije do ranljivih skupin. Podobno Worsley, et al. (2021) ugotavljajo, da kombinacija dela in študija ter bolj prilagodljivi učni modeli pozitivno vplivajo na oblikovanje bolj vključujočih stališč do oseb z duševno motnjo.

Stališča študentov glede oseb z duševno motnjo so se razlikovala tudi glede na predhodno izobrazbo. Študenti s predhodno zdravstveno izobrazbo so v večji meri izražali stališča, ki nakazujejo večjo previdnost, profesionalno distanco ali pomisleke glede vključevanja oseb z duševno motnjo v različne družbene vloge. Po drugi strani so študenti z nezdravstveno izobrazbo izražali stališča, ki so pogosto bolj črno-bela ali čustveno obarvana – bodisi s poudarkom na nevarnosti ali na nepopravljivosti duševnih motenj. Raziskava Shim, et al. (2022) je pokazala, da imajo študenti nezdravstvenih smeri manj stika z osebami z duševno motnjo, zato se njihova stališča pogosteje oblikujejo pod vplivom stereotipov in družbenih predsodkov. Stališča študentov do oseb z duševno motnjo se razlikujejo tudi glede na kraj bivanja. Študenti iz mestnega okolja so pogosteje izražali bolj vključujoča in pozitivna stališča, ki poudarjajo sposobnosti oseb z duševno motnjo ter nevtralnost terapevtskega procesa. Nasprotno pa so študenti iz ruralnega okolja pogosteje izražali stališča, povezana z nižjo samopodobo oseb z duševnimi motnjami in zaznavano diskriminacijo. Ta razlika je skladna z raziskavo da Silva, et al. (2020), ki

ugotavlja, da v urbanih okoljih obstaja večja dostopnost do informacij in storitev s področja duševnega zdravja, kar pozitivno vpliva na oblikovanje stališč. Poleg tega so v raziskavi CHP 2 Depression Group (Guttikonda, et al., 2019) poročali, da so stigmatizirajoča prepričanja izrazitejša v manjših skupnostih, kjer so družbene norme bolj toge, osebne izkušnje z duševnimi motnjami pa redkejšje.

Prisotnost izkušenj z duševno motnjo v družinskem krogu ima pomemben vpliv na oblikovanje stališč do oseb z duševno motnjo. Študenti, ki so imeli v družini neposreden stik z duševno motnjo, so pogosteje izražali vključujoča stališča, ki poudarjajo enakost in sprejemanje. Nasprotno so tisti brez teh izkušenj večkrat izpostavili vlogo izobraževanja kot osrednjega orodja za vključevanje. V raziskavi Campbell in Patrick (2023) so ugotovili, da neposredna izpostavljenost duševnim motnjam zmanjšuje socialno distanco in spodbuja empatijo. Tudi Goldberg, et al. (2023) poročajo, da študenti z izkušnjami v družini redkeje izražajo stigmatizirajoča prepričanja.

Strah pred opravljanjem kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja je pomemben dejavnik, ki vpliva na oblikovanje stališč do oseb z duševno motnjo. Študenti, ki so izražali strah, so v večji meri podpirali trditve, ki nakazujejo dvom v sposobnosti in vrednost teh oseb. Tisti brez strahu pa so pogosteje izražali bolj spodbudna stališča glede možnosti vključevanja oseb z duševno motnjo v izobraževanje. V skladu z raziskavo Martin, et al. (2020) strah in negotovost pred kliničnim delom pogosto vodita v povečano zaznavanje nevarnosti in manjšo pripravljenost za interakcijo z osebami z duševnimi motnjami. Raziskava Waqas, et al. (2020) in Sweeney, et al. (2015) pa potrjuje, da izobraževalni programi, ki vključujejo neposreden stik z uporabniki, pomembno zmanjšujejo občutek strahu in povečujejo odprtost študentov.

Ti rezultati nakazujejo, da osebne značilnosti, izkušnje in kontekst posameznika pomembno vplivajo na oblikovanje stališč do oseb z duševno motnjo.

3.5.1 Omejitve raziskave

Raziskava je imela več omejitev, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji rezultatov.

Prva omejitev je velikost vzorca. Ker je bila raziskava izvedena na relativno majhnem številu študentov zdravstvene nege, so rezultati težje posplošljivi na celotno populacijo študentov zdravstvene nege. Druga omejitev je kratko trajanje kliničnega usposabljanja. Študenti so bili vključeni v klinično usposabljanje relativno kratek čas, kar lahko pomeni, da niso imeli dovolj priložnosti za razvoj poglobljenega razumevanja ali dolgotrajnih sprememb v njihovih stališčih in percepcijah. Daljše trajanje kliničnega usposabljanja bi omogočilo bolj poglobljeno spremljanje razvoja stališč in sprememb v dojemanju oseb z duševnimi motnjami. Tretja omejitev raziskave izhaja iz subjektivnih okoliščin, saj sem prvič izvajal raziskovalno delo. Neizkušenost pri načrtovanju in izvedbi raziskave je lahko vplivala na določene vidike postopka zbiranja, analiziranja in interpretacije podatkov. Četrta omejitev se nanaša na samoocenjevalni pristop zbiranja podatkov. Odgovori študentov so lahko podvrženi pristranskosti zaradi socialno zaželenega odgovarjanja, kar lahko vpliva na objektivnost rezultatov. Peta omejitev je povezana z enotnostjo vzorca. V raziskavo so bili vključeni le študenti enega študijskega programa in ene institucije, kar dodatno omejuje možnost generalizacije rezultatov na širšo populacijo študentov različnih študijskih programov ali institucij. Kljub tem omejitvam, raziskava predstavlja pomemben korak pri razumevanju vpliva kliničnega usposabljanja na stigmatizacijo duševnih motenj med študenti zdravstvene nege in ponuja uporabne usmeritve za nadaljnje raziskovanje.

3.5.2 Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Na podlagi rezultatov raziskave, ki kažejo na pozitiven vpliv kliničnega usposabljanja na zmanjševanje stigmatizacije duševnih motenj med študenti zdravstvene nege, predlagamo uvedbo več ukrepov, ki bi lahko dolgoročno prispevali k večjemu razumevanju in zmanjševanju stigme oseb z duševno motnjo. Ključno je, da se neposredni stik študentov z osebami z duševno motnjo omogoči že v zgodnjih fazah študijskega procesa. Neposreden stik se je izkazal kot eden najučinkovitejših pristopov k zmanjševanju stereotipov in predsodkov. V ta namen bi bilo smiselno v študijski program vključiti kontaktne intervencije, kot so srečanja z osebami z lastno izkušnjo duševne motnje, ki skozi svojo osebno zgodbo predstavijo vidik življenja z motnjo, izzive in pozitivne izide

zdravljenja. Takšne oblike srečanj omogočajo študentom razvoj empatije in razumevanje psihosocialne dimenzije bolezni.

Ugotovitve dela dodatno potrjujejo, da študenti že pred kliničnim usposabljanjem izražajo relativno visoko raven pozitivnih stališč, kar nakazuje na učinkovitost teoretičnega izobraževanja. Kljub temu predlagamo razširitev vsebin, povezanih z duševnim zdravjem, v zgodnejših letnikih. Uvajanje dodatnih tematik, kot so stigma, samostigma, diskriminacija v zdravstvu ter načini ustrezne komunikacije, bi še dodatno okrepilo študentovo ozaveščenost o pomenu človeškega dostojanstva in pravic pacientov z duševno motnjo. Uporaba simulacijskih metod (npr. igranje vlog) ter analiza primerov iz prakse bi omogočili bolj poglobljeno razumevanje vedenjskih odzivov in lastnih stališč.

Fakultete bi lahko dodatno prispevale k destigmatizaciji s pripravo javnih dogodkov, kot so tematski tedni duševnega zdravja, razstave, pogovorni večeri ali delavnice, ki bi vključevale tako strokovnjake kot osebe z izkušnjo duševne motnje. S tem bi se okrepila odprtost študentskega okolja in razširil prostor za dialog. Poseben poudarek je priporočljivo nameniti tudi digitalnim pristopom – študentske iniciative na družbenih omrežjih lahko s pomočjo kratkih video vsebin, intervjujev in ozaveščevalnih objav prispevajo k zmanjševanju stigme v najširšem smislu, zlasti med mladimi generacijami.

V smeri dolgoročne strateške spremembe je smiselno razmisliti o rednem spremljanju stališč študentov s pomočjo standardiziranih orodij, kot je ASMI, in vključitvi meril o stigmati v evalvacijo kakovosti študijskih programov. Na ta način bi bilo mogoče sistematično spremljati učinke posameznih vsebinskih ali organizacijskih sprememb in ustrezno prilagajati študijski proces. Ne nazadnje predlagamo okrepitev sodelovanja med fakultetami za zdravstveno nego in psihiatričnimi ustanovami pri pripravi skupnih projektov, praktičnih vsebin in raziskav. Takšna partnerstva omogočajo večjo integracijo akademskega in kliničnega znanja ter širjenje dobrih praks. Na ta način bi lahko zagotovili nadaljnje zmanjševanje stigme in boljšo pripravo prihodnjih zdravstvenih delavcev na delo z osebami z duševnimi motnjami.

4 ZAKLJUČEK

Rezultati opravljene raziskave kažejo, da imajo dodiplomski študenti zdravstvene nege že pred začetkom kliničnega usposabljanja pozitivna in razumevajoča stališča do oseb z duševnimi motnjami, kar lahko pripišemo učinkovitemu teoretičnemu izobraževanju in širši družbeni ozaveščenosti. Stigma, ki sicer predstavlja pomembno oviro pri obravnavi oseb z duševnimi motnjami, se pri študentih zdravstvene nege ni izkazala kot izrazito prisotna. Nasprotno, naši izsledki kažejo, da se je med kliničnim usposabljanjem stopnja stigme dodatno zmanjšala, študenti pa so razvili še bolj empatičen in razumevajoč odnos do pacientov.

Pomembna ugotovitev raziskave je bila visoka stabilnost pozitivnih stališč študentov glede pomena iskanja strokovne pomoči, podpore in socialne vključenosti oseb z duševnimi motnjami. Študenti so jasno prepoznali, da so osebe z duševnimi motnjami sposobne opravljati delo, se izobraževati ter aktivno sodelovati v družbi, kar kaže na zrelo in ozaveščeno dojemanje potencialov teh posameznikov.

Raziskava potrjuje ključno vlogo, ki jo ima kakovostno teoretično in praktično izobraževanje pri oblikovanju profesionalnih, empatičnih in pozitivnih stališč prihodnjih zdravstvenih delavcev. Glede na rezultate priporočamo razmislek o razširitvi in poglobitvi kliničnega usposabljanja na področju duševnega zdravja v študijskih programih zdravstvene nege, saj tak pristop pomembno prispeva k nadaljnjemu zmanjševanju stigme, izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe in boljšemu razumevanju oseb z duševnimi motnjami.

5 LITERATURA

American Psychiatric Association, n.d. *What is mental illness?* [online] Available at: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness> [Accessed 19 February 2015].

Ansari, E., Mishra, S., Tripathi, A., Kar, S.K. & Dalal, P.K., 2020. Cross-sectional study of internalised stigma and medication adherence in patients with obsessive compulsive disorder. *General psychiatry*, 33(2), p. e100180. 10.1136/gpsych-2019-100180.

Aruldass, P., Sekar, T.S., Saravanan, S., Samuel, R. & Jacob, K.S., 2022. Effectiveness of Social Skills Training Groups in Persons with Severe Mental Illness: A Pre-Post Intervention Study. *Indian journal of psychological medicine*, 44(2), pp. 114-119. 10.1177/02537176211024146.

Atienza-Carbonell, B., Balanzá-Martínez, V., Bermejo-Franco, A. & Carrascosa-Iranzo, L., 2024. Stigmatizing Attitudes towards Mental Illness among University Students: a Comparative Study with the General Population. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 46, p. e20230708. 10.47626/2237-6089-2023-0708.

Abdelmonaem, Y.M.M., Osman, M.A. & Karim, N.A.H.A., 2024. Mental health stigma and internship nursing students' attitudes toward seeking professional psychological help: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23(1), p. 275. 10.1186/s12912-024-01910-3.

Beatty Moody, D.L., Chang, Y., Brown, C., Bromberger, J.T. & Matthews, K.A., 2018. Everyday Discrimination and Metabolic Syndrome Incidence in a Racially/Ethnically Diverse Sample: Study of Women's Health Across the Nation. *Psychosomatic medicine*, 80(1), pp. 114-121. 10.1097/PSY.0000000000000516.

Brohan, E., Evans-Lacko, S., Henderson, C., Murray, J., Slade, M. & Thornicroft, G., 2014. Disclosure of a mental health problem in the employment context: qualitative study

of beliefs and experiences. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 23(3), pp. 289-300. 10.1017/S2045796013000310.

Campbell, C. & Patrick, P., 2023. Adult children of parents with mental illness: Family stigma and coping on sense of self. *Child & Family Social Work*, 28(3), pp. 622-634. 10.1111/cfs.12989.

Caqueo-Urizar, A., Ponce-Correa, F. & Urzúa, A., 2022. Effects of recovery measures on internalized stigma in patients diagnosed with schizophrenia. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(6), pp. 3339-3355. 10.1007/s11469-022-00847-5.

Ciydem, E. & Avci, D., 2022. Effects of the psychiatric nursing course on students' beliefs toward mental illness and psychiatric nursing perceptions in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(1), pp. 348-354. 10.1111/ppc.12796.

Corrigan, P.W., Bink, A.B., Schmidt, A., Jones, N. & Rüsch, N., 2016. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. *Journal of mental health*, 25(1), pp. 10-15. 10.3109/09638237.2015.1021902.

Da Silva, A.G., Baldaçara, L., Cavalcante, D.A., Fasanella, N.A. & Palha, A.P., 2020. The Impact of Mental Illness Stigma on Psychiatric Emergencies. *Frontiers in psychiatry*, 11, p. 573. 10.3389/fpsyt.2020.00573.

Dschaak, Z.A. & Juntunen, C.L., 2018. Stigma, substance use, and help-seeking attitudes among rural and urban individuals. *Journal of Rural Mental Health*, 42(3-4), pp. 184-195. 10.1037/rmh0000097.

Durand, F. & Fleury, M.J., 2021. A multilevel study of patient-centered care perceptions in mental health teams. *BMC health services research*, 21(1), p. 44. 10.1186/s12913-020-06054-z.

Fernandes, J.B., Família, C., Castro, C. & Simões, A., 2022. Stigma towards People with Mental Illness among Portuguese Nursing Students. *Journal of personalized medicine*, 12(3), p. 326. 10.3390/jpm12030326.

Forde, A.T., Sims, M., Muntner, P., Lewis, T., Onwuka, A., Moore, K. & Diez Roux, A.V., 2020. Discrimination and Hypertension Risk Among African Americans in the Jackson Heart Study. *Hypertension*, 76(3), pp. 715-723. 10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.14492.

Ghuloum, S., Mahfoud, Z.R., Al-Amin, H., Marji, T. & Kehyayan, V., 2022. Healthcare Professionals' Attitudes Toward Patients With Mental Illness: A Cross-Sectional Study in Qatar. *Frontiers in psychiatry*, 13(1), p. 884947. 10.3389/fpsyt.2022.884947.

Giralt Palou, R., Prat Vigué, G., Romeu-Labayen, M. & Tort-Nasarre, G., 2022. Analysis of Stigma in Relation to Behaviour and Attitudes towards Mental Health as Influenced by Social Desirability in Nursing Students. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), p. 3213. 10.3390/ijerph1906321.

Goffman, E., 1963. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Upper Saddle River: Prentice-Hall.

Goldberg, J.O., McKeag, S. A., Rose, A.L., Lumsden-Ruegg, H. & Flett, G.L., 2023. Too Close for Comfort: Stigma by Association in Family Members Who Live with Relatives with Mental Illness. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), p. 5209. 10.3390/ijerph20065209.

Guttikonda, A., Shajan, A.M., Hephzibah, A., Jones, A.S., Susanna, J., Neethu, S., Poornima, S., Jala, S.M., Arputharaj, D., John, D., Natta, N., Fernandes, D., Jeyapaul, S., Jamkhandi, D., Prashanth, H.R. & Oommen, A.M., 2019. Perceived Stigma Regarding Mental Illnesses among Rural Adults in Vellore, Tamil Nadu, South India. *Indian journal of psychological medicine*, 41(2), pp. 173-177. 10.4103/IJPSYM.IJPSY.

Hatzenbuehler, M.L., 2016. Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *The American psychologist*, 71(8), pp. 742-751. 10.1037/amp0000068.

Hsiao, C.Y., Lu, H.L. & Tsai, Y.F., 2015. Attitudes towards mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), pp. 272-280. 10.1111/inm.12129.

Hunter, L., Weber, T., Shattell, M. & Harris, B.A., 2015. Nursing students' attitudes about psychiatric mental health nursing. *Issues in mental health nursing*, 36(1), pp. 29-34. 10.3109/01612840.2014.935901.

Kaitz, J.E., Steinhilber, K.M. & Harris, J.I., 2022. Influence of Provider Gender on Mental Health Stigma. *Community mental health journal*, 58(3), pp. 536-540. 10.1007/s10597-021-00849-y.

Kandola, A.A. & Osborn, D.P.J., 2022. Physical activity as an intervention in severe mental illness. *BJPsych Advances*, 28(2), pp. 112-121. 10.1192/bja.2021.33.

Kleijburg, A., Wijnen, B., Evers, S.M.A.A., Kroon, H. & Lokkerbol, J., 2022. (Cost)-effectiveness and implementation of integrated community-based care for patients with severe mental illness: a study protocol. *BMC psychiatry*, 22(1), p. 697. 10.1186/s12888-022-04346-8.

Knaak, S., Mantler, E. & Szeto, A., 2017. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, 30(2), pp. 111-116. 10.1177/0840470416679413.

Leichsenring, F., Steinert, C., Rabung, S. & Ioannidis, J.P.A., 2022. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(1), pp. 133-145. 10.1002/wps.20941.

Lewis, T.T., Williams, D.R., Tamene, M. & Clark, C.R., 2014. Self-Reported Experiences of Discrimination and Cardiovascular Disease. *Current cardiovascular risk reports*, 8(1), p. 365. 10.1007/s12170-013-0365-2.

Li, L., Lu, S., Xie, C. & Li, Y., 2023. Stigmatizing attitudes toward mental disorders among non-mental health nurses in general hospitals of China: A national survey. *Frontiers in Psychiatry*, 14(1), p. 1180034. 10.3389/fpsyt.2023.1180034.

Martin, A., Krause, R., Chilton, J., Jacobs, A. & Amsalem, D., 2020. Attitudes to psychiatry and to mental illness among nursing students: Adaptation and use of two validated instruments in preclinical education. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(3), pp. 308-317. 10.1111/jpm.12580.

Masedo, A., Grandón, P., Saldivia, S., Vielma-Aguilera, A., Castro-Alzate, E. S., Bustos, C., Romero-López-Alberca, C., Pena-Andreu, J.M., Xavier, M. & Moreno-Küstner, B., 2021. A multicentric study on stigma towards people with mental illness in health sciences students. *BMC medical education*, 21(1), p. 324. 10.1186/s12909-021-02695-8.

Madianos, M., Economou, M., Peppou, L., Kallergis, G. & Rogakou, Efi & Alevizopoulos, G., 2012. Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *The European Journal of Psychiatry*, 26(1), pp. 55-67. 10.4321/S0213-61632012000100006.

McGrath, M.O., Krysinaka, K., Reavley, N.J., Andriessen, K. & Pirkis, J., 2023. Disclosure of Mental Health Problems or Suicidality at Work: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 20(8), p. 5548. 10.3390/ijerph20085548.

Mental Health Foundation, n.d. *Mental health and work: Statistics*. [online] Available at: <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/statistics/mental-health-work-statistics> [Accessed 6 February 2025].

Minjie, Z., Zhijuan, X., Xinxin, S., Xinzhu, B. & Shan, Q., 2023. The effects of cognitive behavioral therapy on health-related quality of life, anxiety, depression, illness perception, and in atrial fibrillation patients: a six-month longitudinal study. *BMC psychology*, 11(1), p. 431. 10.1186/s40359-023-01457-z.

Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A. & Harvey, S.B., 2016. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 209(1), pp. 14-22. 10.1192/bjp.bp.115.165092.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023. *Bolniška odsotnost v letu 2022*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/05/Bolniska-odsotnost-v-letu-2022.pdf> [Accessed 6 February 2025].

Negarandeh, R., Shahmari, M. & Zare, L., 2024. Stigmatization experiences of healthcare workers in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. *BMC health services research*, 24(1), p. 823. 10.1186/s12913-024-11300-9.

Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018. *Uradni list Republike Slovenije*, št. 34/2018.

Rössler, W., 2016. The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO reports*, 17(9), pp. 1250-1253. 10.15252/embr.201643041.

Shahwan, S., Goh, C.M.J., Tan, G.T.H., Ong, W.J., Chong, S.A. & Subramaniam, M., 2022. Strategies to Reduce Mental Illness Stigma: Perspectives of People with Lived Experience and Caregivers. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), p. 1632. 10.3390/ijerph1903163.

Shim, Y., Eaker, R. & Park, J., 2022. Mental health education, awareness and stigma regarding mental illness among college students. *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, 6(2), pp. 6-15. 10.29245/2578-2959/2022/2.1258.

Society for Human Resource Management, 2023. *Mental health absences surge in workplace*. [online] Available at: <https://www.shrm.org/topics-tools/news/benefits-compensation/mental-health-absences-surge-workplace-compsych> [Accessed 6 February 2025].

Straiton, M.L., Aambø, A.K. & Johansen, R., 2019. Perceived discrimination, health and mental health among immigrants in Norway: The role of moderating factors. *BMC Public Health*, 19(1), p. 325. 10.1186/s12889-019-6649-9.

Stuart, H., Chen, S.P., Christie, R., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., Koller, M., Krupa, T., Lauria-Horner, B., Luong, D., Modgill, G., Patten, S.B., Pietrus, M., Szeto, A. & Whitley, R., 2014. Opening minds in Canada: targeting change. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(1), pp. 13-18. 10.1177/070674371405901s05.

Sutton, A.L., Hagiwara, N., Perera, R.A., Cukor, S., Eggly, S. & Penner, L.A., 2021. Assessing perceived discrimination as reported by Black and White women diagnosed with breast cancer. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 8, pp. 589-595. 10.1007/s40615-020-00817-4.

Sweeney, A., Gillard, S., Wykes, T. & Rose, D., 2015. The role of fear in mental health service users' experiences: a qualitative exploration. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(7), pp. 1079-1087. 10.1007/s00127-015-1028-z.

Šolar, A., 2023. *Stereotipi in predsodki v zdravstvu – pregled literature: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Tam, M.T., Wu, J.M., Zhang, C.C., Pawliuk, C. & Robillard, J.M., 2024. A systematic review of the impacts of media mental health awareness campaigns on young people. *Health Promotion Practice*, 25(5), pp. 907-920. 10.1177/15248399241232646.

Tan, S., Ismail, M.A.B., Daud, T.I.M., Hod, R. & Ahmad, N., 2023. A randomized controlled trial on the effect of smartphone-based mental health application among outpatients with depressive and anxiety symptoms: A pilot study in Malaysia. *Indian journal of psychiatry*, 65(9), pp. 934-940. 10.4103/indianjpsychia.

Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., el Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P.C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., Hosny, N., Huang, F.X., Kline, S., Kohrt, B.A., Lempp, H., Li, J., London, E., Ma, N., Mak, W. W.S., Makhmud, A., Maulik, P.K., Milenova, M., Morales Cano, G., Ouali, U., Parry, S., Rangaswamy, T., Rüsch, N., Sabri, T., Sartorius, N., Schulze, M., Stuart, H., Taylor Salisbury, T., Vera San Juan, N., Votruba, N. & Winkler, P., 2022. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), pp. 1438-1480. 10.1016/S0140-6736(22)01470-2.

Thongpriwan, V., Leuck, S.E., Powell, R.L., Young, S., Schuler, S.G. & Hughes, R.G., 2015. Undergraduate nursing students' attitudes toward mental health nursing. *Nurse education today*, 35(8), pp. 948-953. 10.1016/j.nedt.2015.03.011.

Tomiyama, A.J., 2014. Weight stigma is stressful. A review of evidence for the Cyclic Obesity/Weight-Based Stigma model. *Appetite*, 82, pp. 8-15. 10.1016/j.appet.2014.06.108.

Tsai, J., Rosenheck, R.A., Kaspro, W.J. & McGuire, J.F., 2014. Homelessness in a national sample of incarcerated veterans in state and federal prisons. *Administration and policy in mental health*, 41(3), pp. 360-367. 10.1007/s10488-013-0483-7.

Tu, W.M., Watts, J., Yang, C., Li, Q., Umucu, E. & Marini, I., 2019. The effect of empathy on stigma toward students with substance use disorders in college settings. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 50(4), pp. 311-330. 10.1891/0047-2220.50.4.311.

Van Bortel, T., Wickramasinghe, N. D., Treacy, S., Khan, N., Ouali, U., Sumathipala, A., Svab, V., Nader, D., Kadri, N., Monteiro, M.F., Knifton, L., Quinn, N., Van Audenhove, C., Lasalvia, A., Bonetto, C., Thornicroft, G., van Weeghel, J., Brouwers, E. & ASPEN-INDIGO Study Group Credit, 2024. Anticipated and experienced stigma and discrimination in the workplace among individuals with major depressive disorder in 35 countries: qualitative framework analysis of a mixed-method cross-sectional study. *BMJ open*, 14(6), p. e077528. 10.1136/bmjopen-2023-077528.

Waqas, A., Malik, S., Fida, A., Abbas, N., Mian, N., Miryala, S., Amray, A.N., Shah, Z. & Naveed, S., 2020. Interventions to Reduce Stigma Related to Mental Illnesses in Educational Institutes: a Systematic Review. *The Psychiatric quarterly*, 91(3), pp. 887-903. 10.1007/s11126-020-09751-4.

Weimand, B., Johansson, A., Sjöström, N., Waern, M. & Ewertzon, M., 2024. A Vicious Circle of Hope and Despair: Stigma Experienced by Relatives of Persons with Severe Mental Illness. *Issues in mental health nursing*, 45(4), pp. 409-416. 10.1080/01612840.2024.2308551.

World Health Organization (WHO), 2022. *Mental health at work*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work> [Accessed 6 February 2025].

Worsley, J.D., Harrison, P. & Corcoran, R., 2021. The role of accommodation environments in student mental health and wellbeing. *BMC public health*, 21(1), p. 573. 10.1186/s12889-021-10602-5.

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Spoštovani!

Pred vami je anketni vprašalnik, ki je del raziskave z naslovom »Vpliv kliničnega usposabljanja na področju duševnega zdravja na pojavnost stigme duševnih motenj pri študentih zdravstvene nege«. Izpolnjevanje vprašalnika vam bo vzelo nekaj časa, vendar nam bodo odgovori ter rezultati pripomogli k ugotovitvi pojavnost stigmatiziranosti duševnih motenj pri študentih zdravstvene nege. Pred Vami sta dva enaka vprašalnika, prvega rešite prvi dan kliničnega usposabljanja zadnjega pa ob zaključku kliničnega usposabljanja v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Zagotavljamo Vam anonimnost vaših podatkov, saj bodo uporabljeni izključno za namen raziskave. Za vaše sodelovanje in pomoč se Vam že vnaprej zahvaljujem.

Q1 - V spodnji tabeli je validiran vprašalnik ASMI (Attitudes to Severe Mental Illness)

Pozorno preberite vsako vprašanje na seznamu.

	1 – Popolnoma se ne strinjam	2 – Se ne strinjam	3 – Delno se strinjam	4 – Se strinjam	5 – Popolnoma se strinjam
Če nekdo zboli za duševno motnjo, se bo z njo boril vse življenje.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo v življenju niso uspešne.	☐	☐	☐	☐	☐
Ne glede na trud osebe z duševno motnjo ne bodo nikoli podobni ljudem brez duševne motnje.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo morajo jemati zdravila vse življenje.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo so videti bolne.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo niso kot vsi ostali ljudje.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo je lahko prepoznati.	☐	☐	☐	☐	☐

	1 – Popolnoma se ne strinjam	2 – Se ne strinjam	3 – Delno se strinjam	4 – Se strinjam	5 – Popolnoma se strinjam
Osebe z duševno motnjo ne morejo pridobiti novih znanj.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo so nevarne.	☐	☐	☐	☐	☐
Za duševno motnjo osebe zbolijo »po nesreči«.	☐	☐	☐	☐	☐
Zdravila za zdravljenje duševne motnje povzročajo odvisnost.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo so sposobne za delo.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se lahko izšolajo za določen poklic.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se lahko spoprijemajo z vsakodnevnimi težavami.	☐	☐	☐	☐	☐
Jemanje psihiatrične terapije ne razlikuje posameznika od ostalih.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se lahko pozdravijo.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo ne smejo obupati.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo mora poiskati pomoč pri specialistu.	☐	☐	☐	☐	☐
Za ljudi z duševno motnjo je bolje, če se družijo samo s prijatelji, ki imajo duševno motnjo.	☐	☐	☐	☐	☐
Bolje je skriti duševne težave, da se izognemo težavam.	☐	☐	☐	☐	☐
Prijatelji ne bi smeli pustiti »na cedilu« osebe, kadar zbolijo za duševno motnjo.	☐	☐	☐	☐	☐
Za osebe z duševno motnjo je bolje, da se izogibajo ljudem.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo ne bi smele skrivati svojih težav pred prijatelji in družino.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo mislijo, da so v breme svoji družini.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se počutijo ničvredne.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo so navadno obravnavane drugače kot ostali pacienti.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo so navadno krive za težave v družini.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se počutijo odgovorne za svoje težave.	☐	☐	☐	☐	☐
Ostali težko razumejo težave, s katerimi se ukvarjajo osebe z duševno motnjo,	☐	☐	☐	☐	☐

Q2 – Spol

- ☐ Moški.
- ☐ Ženski.

Q3 – Način študija

- ☐ Redni.
- ☐ Izredni.

Q4 – Predhodna izobrazba

- ☐ Zdravstvena smer.
- ☐ Ostale smeri.

Q5 – Kraj bivanja

- ☐ Mesto.
- ☐ Vas.

Q6 – Duševne motnje v družini

- ☐ Da.
- ☐ Ne.

Q9 – Ali vas je strah opravljati klinično usposabljanje na področju duševnega zdravja

- ☐ Da.
- ☐ Ne.

Q11 – ANKETA PO OPRAVLJENEM KLINIČNEM USPOSABLJANJU ASMI
(Attitudes to Severe Mental Illness)

	1 – Popolnoma se ne strinjam	2 – Se ne strinjam	3 – Delno se strinjam	4 – Se strinjam	5 – Popolnoma strinjam
Če nekdo zboli za duševno motnjo, se bo z njo boril vse življenje.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo v življenju niso uspešne.	☐	☐	☐	☐	☐
Ne glede na trud osebe z duševno motnjo ne bodo nikoli podobni ljudem brez duševne motnje.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo morajo jemati zdravila vse življenje.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo je videti bolna.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo niso kot vsi ostali ljudje.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo je lahko prepoznati.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo ne morejo pridobiti novih znanj.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo so nevarne.	☐	☐	☐	☐	☐
Za duševno motnjo osebe zbolijo »po nesreči«.	☐	☐	☐	☐	☐
Zdravila za zdravljenje duševne motnje povzročajo odvisnost.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo so sposobne za delo.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se lahko izšolajo za določen poklic.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se ne razlikujejo od drugih ljudi.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se lahko spoprijemajo z vsakodnevnimi težavami.	☐	☐	☐	☐	☐
Jemanje psihiatrične terapije ne razlikuje posameznika od ostalih.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se lahko pozdravijo.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo ne smejo obupati.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo mora poiskati pomoč pri specialistu.	☐	☐	☐	☐	☐
Za ljudi z duševno motnjo je bolje, če se družijo samo s prijatelji, ki imajo duševno motnjo.	☐	☐	☐	☐	☐
Bolje je skriti duševne težave, da se izognemo težavam.	☐	☐	☐	☐	☐
Prijatelji ne bi smeli pustiti »na cedilu« osebe, kadar zbolijo za duševno motnjo.	☐	☐	☐	☐	☐

	1 – Popolnoma se ne strinjam	2 – Se ne strinjam	3 – Delno se strinjam	4 – Se strinjam	5 – Popolnoma strinjam
Za osebe z duševno motnjo je bolje, da se izogibajo ljudi.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo ne bi smele skrivati svojih težav pred prijatelji in družino.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo mislijo, da so v breme svoji družini.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se počutijo ničvredne.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo so navadno obravnavane drugače kot ostali pacienti.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo so navadno krive za težave v družini.	☐	☐	☐	☐	☐
Osebe z duševno motnjo se počutijo odgovorne za svoje težave.	☐	☐	☐	☐	☐
Ostali težko razumejo težave, s katerimi se ukvarjajo osebe z duševno motnjo.	☐	☐	☐	☐	☐