

Stavovi psihijatrijskih djelatnika i ostalih zdravstvenih djelatnika prema pacijentima oboljelih od mentalnih bolesti

Hrga, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:351516>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO

Marija Hrga

**STAVOVI PSIHIJATRIJSKIH DJELATNIKA I OSTALIH
ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PREMA PACIJENTIMA
OBOLJELIH OD MENTALNIH BOLESTI**

Završni rad

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ

SESTRINSTVO

Marija Hrga

**STAVOVI PSIHIJSTRIJSKIH DJELATNIKA I OSTALIH
ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PREMA PACIJENTIMA
OBOLJELIH OD MENTALNIH BOLESTI**

**ATTITUDES OF PSYCHIATRIC WORKERS AND OTHER
HEALTH WORKERS TOWARDS PATIENTS SUFFERING
FROM MENTAL DISEASES**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Dijana Blažević, mag. med. techn.

Split, 2023.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstvo

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: Dijana Blažević, mag. med. techn.

STAVOVI PSIHIJSTRIJSKIH DJELATNIKA I OSTALIH ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PREMA PACIJENTIMA OBOLJELIH OD MENTALNIH BOLESTI

Marija Hrga, 70019

Sažetak:

CILJ: Cilj ovog istraživanja je usporediti stavove psihijatrijskih djelatnika i ostalih zdravstvenih djelatnika prema pacijentima oboljelih od mentalnih bolesti.

METODE: U istraživanju je sudjelovalo 167 ispitanika od čega ih je 67 radi na psihijatrijskim odjelima dok 100 ispitanika ne radi na psihijatrijskim odjelima. Istraživanje je provedeno od travnja do srpnja 2023. godine. Korišten je upitnik *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* uz 11 pitanja sociodemografskih karakteristika.

REZULTATI: Nađena je statistički značajna razlika u mišljenju ispitanika o kontinuiranom učenju o duševnim bolestima i čitanju dodatnih materijala gdje ispitanici koji ne rade na psihijatriji rijetko ističu da uče o duševnim bolestima samo kada je to nužno, te da se rijetko trude istraživati dodatne materijale. Nađena je statistički značajna razlika kod zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji koji imaju za jedan bod viši stupanj suglasnosti s tvrdnjom „Rad u području mentalnog zdravlja jednako je vrednovan kao i rad u drugim područjima zdravstva i socijalne skrbi?“ od zdravstvenih djelatnika koji ne rade na psihijatriji. Nije utvrđena statistički značajna razlika kod zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji i onih koji ne rade na njoj u upotrebi riječi kao što su „lud“, „luđak“ i slično za opisivanje osoba s duševnim bolestima koje su susreli u poslu. U našem istraživanju primijetili smo statistički značajne razlike u stavovima zdravstvenih djelatnika prema temama povezanim s duševnim bolestima. Primijetili smo da je razina slaganja s tvrdnjom „Osobe oboljele od duševnih bolesti ne mogu se nikad dovoljno oporaviti kako bi mogle voditi kvalitetniji život“ bila je za jedan bod veća kod zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji u odnosu na one koji ne rade na psihijatriji.

ZAKLJUČAK: Kroz provedeno istraživanje možemo zaključiti da zdravstveni djelatnici iz obje promatrane skupine imaju prisutnu empatiju prema oboljelima od mentalnih bolesti, ali zato zdravstveni djelatnici sa psihijatrijskih odjela u većem postotku smatraju da se mentalno oboljeli pacijenti mogu oporaviti. To ih čini skupinom koja kroz svoje iskustvo drugačije percipira pojam oporavka jer znaju šta ta riječ znači za oboljelog od mentalnih bolesti.

Ključne riječi: mentalne bolesti, pacijent, stigmatizacija, stavovi, zdravstveni djelatnici

Rad sadrži: 41 stranica, 20 tablica, 57 literaturnih referenci

Jezik izvornika: Hrvatski jezik

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
Department of Nursing

Scientific branch: Clinical studies
Scientific field: Clinical medical sciences

Mentor: Dijana Blažević, MN

ATTITUDES OF PSYCHIATRIC WORKERS AND OTHER HEALTH WORKERS TOWARDS PATIENTS SUFFERING FROM MENTAL DISEASES

Marija Hrga, 70019

Summary:

AIM The aim of this research is to compare the attitudes of psychiatric workers and other health workers towards patients suffering from mental illnesses.

METHODS: 167 respondents participated in the research, of which 67 work in psychiatric wards, while 100 respondents do not work in psychiatric wards. The research was conducted from April to July 2023. The questionnaire Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale with 11 questions on sociodemographic characteristics was used.

RESULTS: A statistically significant difference was found in the respondents' opinion about continuous learning about mental illnesses and reading additional materials, where respondents who do not work in psychiatry rarely point out that they learn about mental illnesses only when necessary, and that they rarely bother to research additional materials. A statistically significant difference was found among healthcare professionals who work in psychiatry, who have a one-point higher degree of agreement with the statement "Work in the field of mental health is equally valued as work in other areas of health and social care?" than healthcare professionals who do not work in psychiatry. No statistically significant difference was found between health professionals who work in psychiatry and those who do not in the use of words such as "crazy", "lunatic" and the like to describe people with mental illnesses that they encountered at work. In our research, we noticed statistically significant differences in the attitudes of healthcare workers towards topics related to mental illness. We noticed that the level of agreement with the statement "Persons suffering from mental illnesses can never recover enough to be able to lead a better quality of life" was one point higher among health professionals who work in psychiatry compared to those who do not work in psychiatry.

CONCLUSION: Through the conducted research, we can conclude that healthcare professionals from both observed groups have a present empathy towards patients with mental illnesses, but that is why healthcare professionals from psychiatric wards in a higher percentage believe that mentally ill patients can recover. This makes them a group that, through their experience, perceives the concept of recovery differently because they know what that word means for a person suffering from mental illness

Key words: mental illness, patient, stigmatization, attitudes, health professionals

Thesis contains: 41 pages, 20 tables, 57 literature references

Original in: Croatian language

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. RAZUMIJEVANJE MENTALNIH BOLESTI	2
1.2. MENTALNE BOLESTI I PATOFIZIOLOGIJA	3
1.3. ZNANJE, STAV I POVEZANI ČIMBENICI PREMA MENTALNIM BOLESTIMA	6
1.4. STIGMATIZACIJA MENTALNIH BOLESTI	7
1.5. UTJECAJ STIGME NA KVALITETU PRUŽANJA ZDRAVSTVENE SKRBI ..	8
1.5.1. Posljedice stigme za pristup i kvalitetu skrbi	10
1.6. STAVOVI PSIHIJATRIJSKIH DJELATNIKA PREMA PACIJENTIMA OBOLJELIM OD MENTALNI BOLESTI	11
1.7. STAVOVI OSTALIH ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PREMA PACIJENTIMA OBOLJELIM OD MENTALNIH BOLESTI	13
2. CILJ RADA	15
2.1. SPECIFIČNI CILJEVI ISTRAŽIVANJA	15
2.2. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	15
3. IZVORI PODATAKA I METODE	17
3.1. USTROJ ISTRAŽIVANJA	17
3.2. UZORAK ISPITANIKA	17
3.3. METODE PRIKUPLJANJA PODATAKA	17
3.4. ETIČKO ODOBRENJE ISTRAŽIVANJA	18
3.5. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA	18
4. REZULTATI	19
5. RASPRAVA	29
6. ZAKLJUČAK	34
7. LITERATURA	36
8. ŽIVOTOPIS	41

1. UVOD

Mentalno zdravlje je tema koja se posljednjih godina često pojavljuje u brojnim javnim programima i kampanjama za edukaciju javnosti. Iako je znanje o mentalnim bolestima (MB) bolje, studije su pokazale da ljudi obično percipiraju osobe s MB kao opasne s nepredvidivim ponašanjem i gubitkom kontrole (1). Posljedično, mnoge osobe koje pate od mentalnih poremećaja često su izložene diskriminirajućem i stigmatizirajućem ponašanju u zajednici, unutar svojih obitelji i među prijateljima.

Osobe s MB dolaze u redovit kontakt s nizom liječnika različitih specijalnosti. Doista, u svijetu je zabilježen porast broja pojedinaca koji traže psihološku podršku. Međunarodni naponi trenutačno potiču i jačaju korištenje ostalih specijalista za skrb o mentalnom zdravlju jer je uobičajeno da su oni već uključeni u otkrivanje, liječenje i zbrinjavanje mentalnog zdravlja, osobito u okruženjima s ograničenim resursima gdje su zdravstveni djelatnici ograničeni i/ili neravnomjerno raspoređeni unutar zemlje. Međutim, stavovi ovih zdravstvenih djelatnika nisu uvijek pozitivni i ohrabrujući (2). Znanstvena literatura pokazala je da je zdravstveni sustav, čak i izvaninstitucionalni, okruženje u kojem ljudi koji žive s mentalnim problemima doživljavaju stigmatu (3). Ova negativna iskustva u sustavu zdravstvene skrbi djelomično se mogu pripisati stigmati zdravstvenih djelatnika prema mentalnim bolestima. Stigma prema osobama s mentalnim bolestima ozbiljan je društveni problem, kao i veliki teret za oboljele osobe. Ova stalna izloženost stigmatizirajućim stavovima ima potencijal dovesti do nedostatka pristupa skrbi, nedovoljnog liječenja, društvene marginalizacije i može uništiti odnos između pacijenta i zdravstvenog djelatnika.

Stoga prepoznavanje nedostataka u stavovima zdravstvenih djelatnika prema mentalnim bolestima ima važne kliničke implikacije. Ove se praznine mogu iskoristiti za prilagođavanje sadržaja programa obrazovanja kako bi se podigla svijest o važnosti mentalnog zdravlja kao bitne komponente dobrobiti i učinili ih klinički korisnijima.

1.1. RAZUMIJEVANJE MENTALNIH BOLESTI

Stigmatizirajući stavovi prema osobama s mentalnim bolestima rašireni su u populacijama diljem svijeta (4). Populacijske studije pokazale su da javnost MB-i smatra opasnim i mentalno retardiranim ili opsjednutim zlim duhovima (5). Neke muslimanske obitelji pripisuju mentalnu bolest tome što ih je Bog testirao ili kaznio. MB internaliziraju takve stigmatizirajuće stereotipe s negativnim posljedicama na nekoliko aspekata njihovih života, kao što je traženje plaćenog posla, obrazovanje ili bliski odnosi. Osim samopercepcije da su obezvrijeđeni zbog svoje mentalne bolesti, stigma povezana s mentalnom bolešću također je bila glavna prepreka pristupu uslugama mentalnog zdravlja i pravovremenom liječenju s oko dvije trećine populacije s mentalnim poremećajima ne prima liječenje (4). Neliječeni mentalni poremećaji pridonose teretu bolesti i povezani su s čimbenicima rizika za kronične bolesti kao što su pušenje, smanjena aktivnost, loša prehrana, pretilost i hipertenzija.

Zdravstveni djelatnici također dijele stigmatizirajuće stavove javnosti prema MB-a. Pacijenti su istaknuli stručnjake za mentalno zdravlje kao one koji najviše stigmatiziraju. Takvi stigmatizirajući stavovi mogu utjecati na kvalitetu njihovog odnosa i pružanja skrbi prema MB-a i tako spriječiti mogućnost traženja pomoći od strane pacijenata oboljelih od MB-i. Njihovi stigmatizirajući stavovi također mogu dovesti do duljeg vremena čekanja, skrbi ispod standarda, verbalnog ili fizičkog zlostavljanja i loše prognoze. Ograničeno iskustvo i znanje zdravstvenih djelatnika o mentalnim poremećajima doprinosi njihovim negativnim stavovima (6). Budući da su liječnici često na čelu sustava zdravstvene skrbi kao zdravstveni djelatnici i edukatori, njihovi stigmatizirajući stavovi također mogu utjecati na ostale članove tima i buduće zdravstvene djelatnike (6).

Većina objavljenih istraživanja bila je usredotočena na stavove i percepcije javnosti prema mentalnim bolestima i osobama s doživljenim iskustvom, ali je opseg stigme među zdravstvenim djelatnicima prema istoj populaciji manje proučavan, a nalazi su također mješoviti. Studija u Sjedinjenim Američkim Državama koja je uspoređivala stavove stručnjaka za mentalno zdravlje i opće javnosti pokazala je pozitivnije stavove stručnjaka za mentalno zdravlje (7). Druga studija o stavovima medicinskih sestara u Finskoj pokazala je pozitivne stavove (8). Studija iz Palestine sa stručnjacima za mentalno

zdravlje pokazala je pozitivne i negativne stavove prema MB-a. Anketa među studentima medicine u Kataru pokazala je da mnogi studenti mentalnu bolest doživljavaju kao kaznu Božju, da oboljeli pacijenti ne bi trebali stupiti u brak i da bi se sramili da imaju člana obitelji s mentalnom bolešću (8).

Priroda mentalnih bolesti bila je predmetom strastvenih rasprava kroz povijest. U staroj Grčkoj Platon, promičući mentalističku definiciju duševne bolesti, bio je prvi koji je skovao izraz "mentalno zdravlje", koji je zamišljen kao razum potpomognut temperamentom i vladanje nad strašću (9). Otprilike u isto vrijeme, Hipokrat, koji je imao više fizikalistički pristup, definirao je različita mentalna stanja kao različite neravnoteže između različitih vrsta "humora". Griesinger prije gotovo 2 stoljeća prvi je izjavio da je "duševna bolest, bolest mozga", izraz koji je dao snažan poticaj novijoj medicinskoj koncepciji mentalnih bolesti (10). Značajan napredak postignut u genomici i oslikavanju mozga u posljednjih nekoliko desetljeća učinio je biološku psihijatriju jačom nego ikad i pridonio reifikaciji mentalnih poremećaja kao bolesti mozga. Gotovo isključivo biogenetski konceptualni okvir za razumijevanje mentalnih bolesti stekao je hegemoniju koja je utjecala na praktičare mentalnog zdravlja, a također je utjecala na kampanje osmišljene da poboljšaju stavove javnosti prema mentalno bolesnima. Kao rezultat toga, izjava "duševna bolest je kao i svaka druga bolest" postala je gotovo aksiomska i stoga po definiciji utjelovljuje prihvaćenu istinu kojoj nije potreban dokaz (9).

Ovo gledište o mentalnoj bolesti predstavljeno je radi boljeg prihvaćanja mentalno bolesnih od strane javnosti i liječenja od strane onih koji pate od mentalnih bolesti i doista se temelji na akumuliranom, iako ograničenom, znanju u neurobiologiji mentalnih poremećaja (9).

1.2. MENTALNE BOLESTI I PATOFIZIOLOGIJA

Da bismo razumjeli opravdanost izjednačavanja mentalnih i medicinskih poremećaja, vrijedno je detaljnije ispitati usporedbu koja se često radi između dijabetesa tipa 2 i mentalnih poremećaja, posebno shizofrenije, drugih psihoza i depresije. Dijabetes,

iako vrlo složen, shvaća se kao rezultat disfunkcionalnog metabolizma glukoze povezanog s apsolutnom ili relativnom insuficijencijom inzulinske signalizacije. Ovaj disfunkcionalni metabolizam posljedica je endogenih predispozicija, poput nasljedne dijateze, i okolišnih čimbenika, uključujući osobne izbore, poput loše prehrane i sjedilačkog načina života. Stoga, poboljšanjem metabolizma glukoze, bilo lijekovima, nadomjeskom inzulina ili promjenama načina života, mogu se očekivati pozitivni zdravstveni ishodi (11). Dijabetes se dijagnosticira potvrđivanjem visokih razina glukoze u krvi natašte i drugih povezanih biokemijskih markera metabolizma glukoze. Nadalje, katkada njegovih učinaka na druge sustave (npr. kardiovaskularni, središnji živčani sustav) je, ili bi se mogla, dobro objasniti na temelju fizioloških mehanizama. Također se mogu spriječiti/liječiti boljom i ranom kontrolom dijabetesa (12). Međutim, kroz sve to, pacijent je svjestan prirode svojih problema, uključujući osobne izbore, a dijabetes općenito ne utječe na njegovo ili njezino svakodnevno razmišljanje, ponašanje ili percepciju. Osim komplikacija mentalnog zdravlja uzrokovanih neurološkim bolestima (npr. delirij u kontekstu teških metaboličkih komplikacija, depresija kao posljedica svijesti o životnoj i smrtnoj implikaciji poremećaja, abnormalne percepcije u slučaju nekih neuroloških stanja), može se reći da somatske bolesti, poput dijabetesa, obično ne mijenjaju bitnu srž osobe. Što je još važnije, model pripisivanja koji se prezentira pacijentu u skladu je sa znanstvenim "činjenicama", što olakšava prihvaćanje stanja osobi kao i društvu (12).

Mentalni poremećaji, s druge strane, utječu na samu srž nečijeg bića kroz niz iskustava i fenomena različite težine koji mijenjaju mišljenje, percepciju i svijest pojedinca o sebi, drugima i svijetu. To se u ekstremnoj mjeri vidi kod ozbiljnijih mentalnih poremećaja, kao što su psihoze i bipolarni poremećaji, ali u manjoj, iako značajnoj mjeri, kod anksioznosti, poremećaja raspoloženja, prehrane i drugih psihijatrijskih poremećaja. Emocije, percepcija, mišljenje i djelovanje bit su ljudskog identiteta i koncepta "ja", a to su glavne domene koje se mijenjaju kod mentalnih poremećaja. Precizna definicija onoga što čini „ja“ i je li lokacija stanja „ja“ materijalna stvarnost u mozgu, njegov oblik i čimbenici povezani s mozgom koji na njega utječu duboko su filozofska pitanja (13). Dovoljno je reći da su čimbenici uključeni u povećanje rizika od mentalnih poremećaja endogeni (prepoznato je da genetika uvelike pridonosi većini mentalnih poremećaja) kao i okolišni, poput većine medicinskih poremećaja (13).

Psihološka deprivacija i trauma, društveni poraz i izolacija, siromaštvo i loše obiteljsko okruženje samo su neki od okolišnih čimbenika za koje se navodi da povećavaju rizik od mentalnih poremećaja. Osim promjena na fiziološkoj razini, zajedničkih somatskim i mentalnim poremećajima, potonji obuhvaćaju promjene u nečijoj definiciji "ja" i nisu smješteni izvan "ja". Može se čak tvrditi da u nedostatku bilo kakvog potkrijepljenog biološkog markera za mentalne poremećaje (samo je 1 uključen u nedavni Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, DSM-5: promjena oreksina kod narkolepsije), obilježje koje definira mentalne poremećaje, barem za sada, ostaju promjene u tome kako se pacijenti osjećaju, razmišljaju i djeluju te kako te promjene utječu na njihov odnos prema sebi i drugima (14).

Kao prva posljedica ove definicije, za razliku od medicinskih stanja u kojima je obnavljanje disfunkcionalnih fizioloških mehanizama glavni cilj terapijskih intervencija, ovo je samo jedan dio terapijskih intervencija za mentalne poremećaje. Primarni fokus terapijskih intervencija u mentalnim poremećajima je pomaganje pacijentu da se osjeća bolje i bolje komunicira sa svojim društvenim i fizičkim okruženjem (9). Iako nema sumnje da ova medicinska stanja zahtijevaju psihološku pozornost, intervencije u mentalnom zdravlju prvenstveno su usredotočene na postizanje pozitivne promjene u osjećajima, samopoštovanju, raspoloženju, percepcijama, mislima i djelovanju, sve promjene u "sebi" koje nisu prvenstveno ciljane u liječenju medicinskih stanja.

Druga posljedica ove definicije je činjenica da je mentalno zdravlje vrlo opterećeno vrijednostima, ne zato što nedostaju znanstveni faktori, već zato što vrijednosti postaju od najveće važnosti, više nego za medicinske poremećaje, kada se bavimo sobom i njegovom obnovom. Dok su somatske bolesti kao što je dijabetes primarno definirane i oblikovane biološki uočljivim činjenicama, vrijednosti igraju određenu ulogu, ali ne definiraju poremećaj. Društvene i osobne vrijednosti važne su u liječenju većine medicinskih poremećaja, ali dobivaju najveću važnost u slučaju mentalnih poremećaja (10). Društvene i kulturne vrijednosti čak definiraju varijacije u dijagnozama tijekom vremena i između geografskih lokacija (10).

1.3. ZNANJE, STAV I POVEZANI ČIMBENICI PREMA MENTALNIM BOLESTIMA

Mentalna bolest je pojam koji se koristi za opisivanje širokog spektra mentalnih i emocionalnih poremećaja koji utječu na razmišljanje, osjećanje, donošenje odluka, raspoloženje, svakodnevno funkcioniranje kao i na sposobnost povezivanja s drugima. Uzroci mentalnih bolesti nisu sinonimi, već se uvelike razlikuju, od naslijeđene kemijske neravnoteže koja je odgovorna za razvoj takvih bolesti kao što su depresija i bipolarni poremećaj. Predviđa se da će globalno 450 milijuna ljudi patiti od mentalnih poremećaja (14). Međutim, u našim svakodnevnim aktivnostima mentalno, tjelesno i socijalno zdravlje neophodne su komponente svakog pojedinca. Osim toga, prema izvješću Svjetske zdravstvene organizacije, globalno više od 25% ljudi iskusi mentalnu bolest u nekom trenutku svog života (15). Nacionalni institut za mentalno zdravlje također procjenjuje da bi 1 od 5 ljudi (20%) bilo pogođeno ovim stanjem u nekom trenutku svog života (15).

Trenutno je mentalna bolest javnozdravstveni problem u razvijenim zemljama kao i zemljama u razvoju. Međutim, studije pokazuju da su neki mentalni poremećaji čak česti u zemljama s niskim primanjima nego u razvijenim zemljama, procjenjuje se da će do 2030. godine u manje razvijenim zemljama biti 24,4 milijuna oboljelih od shizofrenije (16).

Prethodne studije su pokazale da postoji nekoliko identificiranih čimbenika povezanih s lošim znanjem i nepovoljnim stavom, nisko obrazovanje, nezaposlenost, dob, spol, niska razina socijalne podrške, niski prihodi, odsutnost članova obitelji s mentalnim poremećajem, povijest mentalnih bolesti koji nemaju bolji pristup informacijama o mentalnim bolestima (17). Oko 14% globalnog tereta bolesti pripisuje se mentalnim i srodnim bolestima, uglavnom kroničnim onesposobljujućim bolestima, depresiji i drugim uobičajenim mentalnim poremećajima poput psihoze (17). Od svih zdravstvenih problema, mentalne bolesti ljudi u zajednici slabo razumiju. Takvo slabo poznavanje i negativan stav prema mentalnim bolestima ugrožava uspjeh njege bolesnika, rehabilitacije, proces ozdravljenja, nemogućnost primjene učinkovitog liječenja, dovodi do stigmatizacije, inhibira ponašanje traženja pomoći i pružanje odgovarajuće holističke

skrbi. Nadalje, negativni stavovi i diskriminacija lišavaju žrtve ljudskog dostojanstva i onemogućuju sudjelovanje u društvu. Ta negativna iskustva smanjuju samopoštovanje i usađuju osjećaje srama i krivnje (15). Unatoč tome što je mentalna bolest značajan globalni problem, posebno i u porastu je povezana s duboko ukorijenjenim nedostatkom znanja i negativnim stavom prema mentalnim bolestima (17).

1.4. STIGMATIZACIJA MENTALNIH BOLESTI

Stigmu je prvi opisao Erving Goffman 1963. godine. On je identificirao stigmu kao bilo koju karakteristiku ili atribut kojim je osoba obezvrijeđena, okaljana ili smatrana sramotnom ili diskreditiranom. Kasniji rad u ovom području bio je pod utjecajem Goffmanova rada, a pojam stigme istražen je u mnogim kontekstima i kulturama (18). Stigma je pod jakim utjecajem kulturnih i kontekstualnih sustava vrijednosti koji se razlikuju tijekom vremena i konteksta. Međutim, većina se autora slaže s Goffmanovom osnovnom definicijom, koja identificira glavne elemente stigme kao što su etiketiranje, stereotipi, društvena izolacija, predrasude, odbacivanje, ignoriranje, gubitak statusa, nisko samopoštovanje, niska samoefikasnost, marginalizacija i diskriminacija (18).

Stigma mentalnog zdravlja definira se kao sramota, društveno neodobravanje ili društvena diskreditacija pojedinaca s problemom mentalnog zdravlja. Literatura identificira višestruke dimenzije ili vrste stigme povezane s mentalnim zdravljem, uključujući samostigmu, javnu stigmu, profesionalnu stigmu i institucionalnu stigmu. Samostigma se odnosi na negativne stavove pojedinca prema vlastitoj duševnoj bolesti i također se naziva internalizirana stigma. Samostigma je povezana s lošim ishodima, kao što je neuspjeh u pristupu liječenju, gubitak moći, smanjena samoučinkovitost i smanjena kvaliteta života. Javna stigma odnosi se na negativne stavove opće javnosti prema osobama s mentalnim bolestima, često temeljene na pogrešnim shvaćanjima, strahu i predrasudama (19). Povezana sa javnom stigmom je i percipirana stigma koja se definira kao uvjerenja pojedinca o stavovima drugih prema mentalnoj bolesti. Istraživanje je pokazalo značajan utjecaj javne stigme kao što je diskriminacija na radnim mjestima i u javnim agencijama. Profesionalna stigma nastaje kada zdravstveni djelatnici imaju

stigmatizirajuće stavove prema svojim pacijentima, koji se često temelje na strahu ili nerazumijevanju uzroka i simptoma mentalnih bolesti, ili kada sami stručnjaci doživljavaju stigmatizam javnosti ili drugih zdravstvenih radnika zbog svog rada i povezanosti stigmatizirane osobe. Profesionalna stigma posebno je zabrinjavajuća jer može utjecati na skrb i tretman koji prima osoba s mentalnim bolestima, uključujući liječenje fizičkih bolesti, čime utječe na njihovu dobrobit i oporavak (4). Konačno, institucionalna stigma odnosi se na politike ili kulturu organizacije negativnih stavova i uvjerenja prema stigmatiziranim pojedincima, kao što su oni s problemima mentalnog zdravlja. Takva stigma također može biti osnažena pravnim okvirima, javnom politikom i profesionalnom praksom, čime postaje duboko ukorijenjena u društvu (19).

U kontekstu zaštite mentalnog zdravlja, stigma je identificirana kao glavni problem za pacijente i obitelji. Stigma otežava pristup odgovarajućem i profesionalnom medicinskom i psihološkom liječenju i može rezultirati pogoršanjem stanja osobe ili višestrukim ponovnim prijemima. Nadalje, utjecaj stigme je toliko velik da pacijenti opisuju stigmatizam i predrasude s kojima se susreću kao gotovo jednako loše kao i simptomi njihovog poremećaja, te kao teret za njihov privatni i javni život (20). Stigma također utječe na obitelji pacijenata i stručnjake koji rade u ustanovama za mentalno zdravlje. Stoga, kako bi se smanjila stigma u zaštiti mentalnog zdravlja i olakšao razvoj odgovarajućih usluga ili kontekstima, važno je da se različite vrste stigme razjasne i razumiju unutar jedinstvenog sustava vrijednosti i kulture (20).

1.5. UTJECAJ STIGME NA KVALITETU PRUŽANJA ZDRAVSTVENE SKRBI

Stigma povezana s mentalnim bolestima, uključujući i onu koja postoji u zdravstvenom sustavu i među zdravstvenim djelatnicima, identificirana je kao glavna prepreka pristupu liječenju i oporavku, kao i lošija kvaliteta zdravstvene skrbi za osobe s mentalnim bolestima (21). Stigma također utječe na ponašanje samih zdravstvenih djelatnika u traženju pomoći i negativno utječe na njihovo radno okruženje.

Razvijena iz Goffmanovog pionirskog rada, stigma je konceptualizirana kao složeni društveni proces označavanja, označavanja drugih, obezvrjeđivanja i diskriminacije koji uključuje međupovezanost kognitivnih, emocionalnih i bihevioralnih komponenti. Stigmatizacija se događa na više razina istovremeno, intrapersonalnoj (npr. samostigma), interpersonalnoj (npr. odnosi s drugima) i strukturnoj (npr. diskriminatorne i/ili isključive politike, zakoni i sustavi) (17). Također je jasno prepoznato da samo moćne društvene skupine mogu stigmatizirati. Takvo razumijevanje je korisno za procjenu načina na koji se stigmatizacija događa na više razina u cijelom zdravstvenom sustavu, uključujući strukturalnu (npr. ulaganje resursa, standardi kvalitete skrbi, organizacijska kultura), međuljudsku (npr. interakcije pacijent-zdravstveni djelatnik, diskriminatorno ponašanje, negativno stavovi) i intraindividualni (npr. samostigma, nevoljkost pacijenta da potraži pomoć, nevoljkost zdravstvenog djelatnika da otkrije mentalnu bolest i/ili potraži pomoć) (22).

Osobe s doživljenim iskustvom mentalne bolesti obično navode da se osjećaju obezvrjeđeno, odbačeno i dehumanizirano od strane mnogih zdravstvenih djelatnika s kojima dolaze u kontakt. Ključne teme uključuju osjećaj isključenosti iz odluka, primanje suptilnih ili otvorenih prijetnji prisilnim liječenjem, predugo čekanje kada se traži pomoć, nedovoljno informacija o nečijem stanju ili mogućnostima liječenja, postupanje na paternalistički ili ponižavajući način, rečeno im je da nikada neće ozdraviti i da im se govori ili o tome koriste stigmatizirajući jezik. Iako istraživanje također naglašava mnoga pozitivna iskustva pacijenata, sveprisutnost s kojom se prijavljuju negativne interakcije sugerira da problem nije izoliran na nekoliko neosjetljivih zdravstvenih djelatnika, ali više je sustavne prirode, da je to problem s načinom na koji zdravstvena kultura daje prioritete i doživljava osobe s mentalnim bolestima (16).

Istraživanja o zdravstvenim djelatnicima u skladu su s ovom idejom, otkrivajući da stigmatizirajući stavovi i ponašanja prema osobama s mentalnim bolestima postoje u cijelom spektru zdravstvene skrbi (22). Također, pacijenti s određenim poremećajima, kao što su poremećaji osobnosti, imaju tendenciju da budu posebno odbačeni od strane zdravstvenih djelatnika i često se osjećaju kao teški, manipulativni i manje zaslužuju skrb. Kanadska kvalitativna studija artikulirana je stigmatizacija među zdravstvenim djelatnicima koja je, barem djelomično, povezana s tendencijom „vidjeti bolest ispred osobe,” što može pridonijeti nekorištenju govora koji je usmjeren na osobu i/ili sklonost

ponašanju koje se može doživjeti kao omalovažavanje ili ponižavanje. Sagorijevanje i umor od suosjećanja identificirani su kao pogoršavajući problemi (22).

1.5.1. Posljedice stigme za pristup i kvalitetu skrbi

Ovi problemi stvaraju prepreke kroz takve putove kao što su kašnjenja u traženju pomoći, prekid liječenja, neoptimalni terapijski odnosi, zabrinutost za sigurnost pacijenata i mentalna i tjelesna skrb lošije kvalitete. Na primjer, očekivana stigma od strane zdravstvenih djelatnika identificirana je kao čimbenik nevoljkosti ljudi da traže pomoć za mentalnu bolest. Posljedice su i kompromitirani odnosi između pacijenta i zdravstvenog djelatnika i rani prekid liječenja. Istraživanje koje je provelo Kanadsko psihijatrijsko udruženje otkrilo je da je 79% izvijestilo o iskustvima diskriminacije pacijenta iz prve ruke, a 53% je promatralo druge liječnike koji su diskriminirali pacijenta na psihijatriji (23). Stigma također ima posljedice za sigurnost pacijenata. Nedavna kanadska studija identificirala je stigmom kao prepreku sigurnosti pacijenata kroz čimbenike kao što su stavovi osoblja i institucionalna kultura te prihvaćena marginalizacija mentalno oboljelih pacijenata koja se javlja kroz stigmatizaciju.

Lošija tjelesna skrb za osobe s duševnim bolestima još je jedna posljedica stigmatizacije. Osobe s iskustvom mentalne bolesti obično prijavljuju prepreke u zadovoljavanju njihovih potreba za fizičkom njegom, uključujući i to da se njihovi simptomi ne shvaćaju ozbiljno kada traže skrb za probleme koji nisu mentalnog zdravlja. Studije također pokazuju da osobe s poviješću mentalnih bolesti dobivaju nekvalitetniju skrb za svoje probleme s fizičkim zdravljem (24). Vjeruje se da se to uglavnom događa kroz proces zasjenjenja dijagnostike i liječenja, pri čemu se fizički simptomi pogrešno pripisuju pacijentovoj mentalnoj bolesti, stvarajući kašnjenja u dijagnozama i mogućnostima liječenja (24).

Stigmatizacija također ima unutarnje utjecaje na vlastitu spremnost zdravstvenih djelatnika da potraže pomoć ili otkriju problem mentalnog zdravlja, što može rezultirati pretjeranim oslanjanjem na samoliječenje, slabom potporom vršnjaka, uključujući izopćenje i osudu suradnika u slučaju otkrivanja događa i povećava rizik od

samoubojstva. S obzirom da su mentalne bolesti povezane s gubicima produktivnosti na radnom mjestu, još je važnije razmotriti utjecaj stigme u ovom kontekstu (25). Na primjer, početno oklijevanje traženja pomoći može rezultirati smanjenom produktivnošću, što može dovesti do potvrđivanja stereotipa i dodatne stigme od strane suradnika, što rezultira daljnjim oklijevanjem traženja pomoći (24).

1.6. STAVOVI PSIHIJATRIJSKIH DJELATNIKA PREMA PACIJENTIMA OBOLJELIM OD MENTALNI BOLESTI

S obzirom na široko rasprostranjeno provođenje i širok raspon ciljeva istraživanja stavova u sestinstvu mentalnog zdravlja, moglo bi se pretpostaviti da su stavovi važni *per se*. Doista, neke studije jednostavno tvrde da su veze između stavova i prakse aksiomske. Na primjer, zdravorazumsko stajalište da medicinske sestre izvještavaju o stavovima prema pacijentima s MB-a koji će vjerojatno imati štetan učinak na terapijski angažman i skrb koju te osobe primaju (26). To može biti točno, ali smatramo važnim artikulirati relevantne teorije o mehanizmima koji leže iza takvih tvrdnji.

Tamo gdje su izraženi, studije o stavovima psihijatrijskih zdravstvenih djelatnika pozivaju se na važnost teorije planiranog ponašanja i teorije vezane uz stigmatu i njezine učinke. Iako se bave donekle različitim pitanjima, prva ima za cilj razumjeti zašto se ljudi ponašaju na način na koji se ponašaju, a druga zašto su neke skupine stigmatizirane, obje teorije su ključne za istraživanje stavova jer obje vide temeljne procese koji su uključeni kao podložni intervenciji. Istraživači se eksplicitno ili implicitno pozivaju na jednu ili na obje teorije kada ocrtavaju razloge za svoja istraživanja (27).

Ponašanje uglavnom proizlazi iz namjere pojedinca da se ponaša na određeni način; međutim, na samu namjeru utječu ključni čimbenici uključujući njezine stavove, percipiranu kontrolu ponašanja (tj. mjeru u kojoj ona vjeruje da ima kontrolu nad ponašanjem) i subjektivne norme (tj. mjeru u kojoj ona percipira da drugi poput vršnjaci ili menadžeri također donose ponašanje). Nadalje, ove determinante namjeravanog ponašanja također mogu biti u interakciji (npr. stavovi djelomično utječu na percipiranu

kontrolu i obrnuto i tako dalje). Iz ove perspektive, stavovi su važni jer su povezani s ponašanjem, otvarajući mogućnost da samo ponašanje može biti podložno modifikacijama ako se njima, kao i drugim determinantama koje doprinose, kao što je znanje, može uspješno pristupiti (27). Kao primjer, usmjerenost medicinskih sestara na agresiju pacijenata pomoću teorije planiranog ponašanja kao teorijski okvir. Teoretizirajući da bi različiti pristupi upravljanju agresijom preko međunarodnih granica mogli odražavati prevladavajuće stavove unutar nacija, i tako djelomično odrediti prirodu radnji potrebnih za uspješno rješavanje ponašanja (27).

Teorija povezana sa stigmom je znatno unaprijeđena u konkretnom slučaju mentalnog poremećaja gdje se tvrdi da je stigma atribut, ponašanje ili reputacija koja je društveno diskreditirajuća na određeni način: ona uzrokuje da drugi mentalno klasificiraju pojedinca kao nepoželjnog, odbačenog stereotipa, a ne kao prihvaćenog člana grupe (28).

Studije o stavovima psihijatrijskih zdravstvenih djelatnika ne razrađuju temeljne teorijske mehanizme; nego jednostavno ukazuju na postojeće empirijske dokaze veze između stavova i prakse. U studiji o stavovima prema suicidalnom ponašanju, ukazuju na dokaze interakcije između specifičnih stavova i stigme namjernog samoozljeđivanja koja ugrožava učinkovitost profesionalnih intervencija. Ističe se niz dokaza koji upućuju na vezu između stavova zdravstvenih djelatnika i iskustva pacijenata s dijagnozom graničnog poremećaja osobnosti. Studije o stavovima psihijatrijskih zdravstvenih djelatnika opravdane su tvrdnjama da je dotični cilj stavova sve veći prioritet politike; da su u empirijskim studijama psihijatrijski zdravstveni djelatnici pokazali negativnije ocjene od ostalih zdravstvenih djelatnika; nedostatkom znanja o usmjerenosti prema određenom cilju u stavovima, na primjer, pristupima smanjenja štete samoozljeđivanja; te da je važno promijeniti stavove ili barem proučavati učinak intervencija na njih (29).

Psihijatrijski zdravstveni djelatnici su educirana skupina stručnjaka koja bi trebala imati razvijenu empatiju prema mentalnim bolestima, trebali bi razumjeti bolesnika oboljelog od MB-i te visoko razvijene komunikacijske vještine. Psihijatrijski zdravstveni djelatnici mogu imati predrasude prema pacijentima oboljelim od mentalnih bolesti, što proizlazi iz društvenih stigmi i stereotipa. Stigmatizacija može utjecati na pristup zdravstvenoj skrbi, dijagnostici, terapiji i rehabilitaciji pacijenata (26). Ključni je element u odnosu psihijatrijskog zdravstvenog djelatnika prema pacijentima razumijevanje

njihovih problema, osjećaja i emocionalnih stanja. Empatičan pristup pomaže u izgradnji povjerenja i suradnje te pozitivno utječe na terapijske ishode. Psihijatrijski djelatnici trebaju pristupiti pacijentima s profesionalnošću, poštovanjem, te poštivanjem etičkih načela, čime se osigurava integritet i povjerenje u zdravstveni sustav (26).

1.7. STAVOVI OSTALIH ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA PREMA PACIJENTIMA OBOLJELIM OD MENTALNIH BOLESTI

Mentalne bolesti i poremećaji ponašanja univerzalni su. Uobičajene su i pogađaju više od 25% svih ljudi u nekom trenutku tijekom života. Prevalencija mentalnih bolesti u odrasloj populaciji u bilo kojem trenutku je oko 10%. Slično tome, oko 20% svih pacijenata koje pregledaju zdravstveni djelatnici ima jedan ili više poremećaja mentalnog zdravlja (30).

Ljudi imaju jaka uvjerenja o mentalno bolesnim osobama, a mnogi od tih koncepata temelje se na prevladavajućim lokalnim sustavima vjerovanja. Mnogi ljudi imaju predrasude prema mentalno bolesnim osobama. Društvena stigma i negativni stavovi mogu utjecati na kvalitetu života osoba s mentalnim bolestima. Mogu postojati različiti razlozi za ovaj negativan stav. Nedostatak točnih informacija o mentalnim bolestima, nedostatak kontakta s osobama s mentalnim bolestima i nedostatak bliskosti mogli bi biti jedan od najvažnijih razloga za to. Studije koje se bave utjecajem obrazovanja ili informacija na stavove ljudi prema mentalnoj bolesti i mentalno oboljelima pokazali su da obrazovanje može imati pozitivan utjecaj na predrasude (31). Takvi negativni stavovi mogu biti štetni ne samo za brigu o pacijentima, već i za stav društva prema psihijatrijskim poremećajima ako su prisutni kod zdravstvenih djelatnika (31).

Poznavanje stava i svijesti zdravstvenih djelatnika prema psihijatriji, mentalnom zdravlju i psihijatrijskim poremećajima od iznimne je važnosti jer će te osobe biti uključene u skrb za te pacijente, bilo izravno ili neizravno te tijekom svoje profesionalne karijere. Smatra se da psihijatrija kao disciplina ima maćehinski tretman na dodiplomskoj razini, što se odražava u broju predavanja iz psihijatrije i broju sati psihijatrijske skrbi.

Kako bi se osiguralo učinkovito pružanje skrbi o mentalnom zdravlju, potrebno je povećati znanje i svijest o psihijatrijskim poremećajima među svim zdravstvenih djelatnicima (32). Negativan stav prema psihijatriji koji gaje zdravstveni djelatnici može se pokazati kao prepreka u pružanju kvalitetne skrbi mentalno oboljelim osobama.

Kada se navodi da negativni stavovi prema psihijatrijskim poremećajima prevladavaju u svim dijelovima društva, nije iznenađujuće da zdravstveni djelatnici sa sobom nose te predrasude kada uđu u medicinsku zajednicu. To treba imati na umu. Uostalom, da su i zdravstveni djelatnici dio društva, a njihove stavove oblikuju i na njih utječu stavovi koji prevladavaju u sociokulturnom miljeu iz kojeg dolaze (33). Međutim, ako se ovi negativni stavovi zanemare i ne promijene tijekom obrazovanja, to se dugoročno može pokazati štetnim.

Znanje, percepcija i stav prema psihijatriji među svim zdravstvenim djelatnicima od ogromnog je značaja, budući da su ti zdravstveni djelatnici isto profesionalci, koji bi u nekom trenutku svoje profesionalne karijere mogli biti uključeni u skrb o psihijatrijskim pacijentima, bilo izravno ili neizravno. Dok su neka istraživanja pokazala da ambiciozni mladi liječnici imaju povoljno mišljenje o psihijatriji kao grani, druga istraživanja sugeriraju da je stav studenata medicine prema psihijatriji nepovoljan (34). Zdravstveni djelatnici skloni su disciplinu psihijatrije promatrati kao neznanstvenu, nepreciznu ili neučinkovitu. Posljedično, njihovo razumijevanje mentalnih poremećaja može biti iskrivljeno, što dovodi do neuspjeha pravodobnog prepoznavanja psihijatrijskih poremećaja, kao i neadekvatnog upućivanja na pacijenata službama za mentalno zdravlje. Štoviše, loše razumijevanje psihijatrijskih poremećaja od strane liječnika može dovesti do nedovoljne psihoedukacije od strane liječnika pacijentima, kao i njihovim skrbnicima, u pogledu prirode psihijatrijske bolesti, tijeka, prognoze i dostupnih mogućnosti liječenja uzrokujući neuspjeh u podizanju svijesti i destigmatizaciji psihijatrijskih poremećaja u društvu, kada su u izravnom kontaktu s pogođenom populacijom (35). Štoviše, zdravstveni djelatnici mogu promatrati psihijatriju kao neprivlačno područje dok biraju svoju specijalizaciju i osjećati se obeshrabrenim za rad u području zaštite mentalnog zdravlja zbog stigme koja ga okružuje, što je nepovoljno u zemlji poput naše u kojoj već postoji manjak stručnjaka za mentalno zdravlje (34).

2. CILJ RADA

Usporediti stavove psihijatrijskih djelatnika i ostalih zdravstvenih djelatnika prema pacijentima oboljelih od mentalnih bolesti.

2.1. SPECIFIČNI CILJEVI ISTRAŽIVANJA

- Utvrditi postoji li statistički značajna razlika u kontinuiranom učenju o duševnim bolestima i čitanju dodatnih materijala između zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji i onih koji ne rade na psihijatriji
- Utvrditi postoji li statistički značajna razlika u percepciji cijenjenosti svog rada između zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji i onih koji ne rade na psihijatriji
- Utvrditi postoji li statistički značajna razlika u učestalosti korištenja izraza poput "lud" ili "luđak" između zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji i onih koji ne rade na psihijatriji
- Kako se stavovi prema oporavku osoba s duševnim bolestima razlikuju između zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji i onih koji ne rade na psihijatriji.

2.2. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

1. **Hipoteza 1:** Zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatriji će vjerojatno pokazati veću sklonost kontinuiranom učenju o duševnim bolestima i čitanju dodatnih materijala u usporedbi s onima koji ne rade na psihijatriji.
2. **Hipoteza 2:** Zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatriji će vjerojatno imati različite percepcije cijenjenosti svog rada u odnosu na zdravstvene djelatnike koji ne rade na psihijatriji

3. **Hipoteza 3:** Zdravstveni djelatnici koji ne rade na psihijatriji vjerojatno će češće koristiti stigmatizirajuće izraze poput "lud" ili "luđak" u usporedbi s onima koji rade na psihijatriji
4. **Hipoteza 4:** Zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatriji će vjerojatno imati manje pesimistične stavove prema oporavku osoba s duševnim bolestima u usporedbi s onima koji ne rade na psihijatriji.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. USTROJ ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je prema ustroju presječno istraživanje.

3.2. UZORAK ISPITANIKA

Uzorak ispitanika je prigodni, a u istraživanju je sudjelovalo 167 ispitanika od čega ih je 67 radi na psihijatrijskim odjelima dok 100 ispitanika ne radi na psihijatrijskim odjelima. Istraživanje je provedeno od travnja do srpnja 2023. godine. U istraživanju su sudjelovali samo punoljetni ispitanici.

3.3. METODE PRIKUPLJANJA PODATAKA

Kao mjerni instrument za ovo istraživanje korišten je *Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale* (MICA). To je ljestvica od 15 čestica koja procjenjuje stavove zdravstvenih djelatnika. Također je prikladan za osoblje i studente iz raznih zdravstvenih profesija. Ljestvica se pokazala pouzdanom, valjanom i osjetljivom na promjene. Ova mjera je instrument samoprocjene. Pitanja su bila zatvorenog tipa. Prvi dio upitnika odnosio se na sociodemografske karakteristike od 1. do 11. pitanja dok se drugi dio upitnika odnosio na ispitivanje stavova putem MICA ljestvice. Ispitanici su na pitanja iz upitnika koji se odnosi na stavove zdravstvenih djelatnika u vezi osoba oboljelih od duševnih bolesti, odgovarali ljestvicom odgovora koji pripada skali Likertovog tipa (ocjenama 1 do 5) gdje su ocjene Likertove skale povezane sa sljedećim stavovima:

1. Uopće se ne slažem
2. Uglavnom se ne slažem

3. Ne znam
4. Uglavnom se slažem
5. U potpunosti se slažem

Kriterij uključenja za ispitanike su svi zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatrijskim odjelima. Svi ispitanici su dobrovoljno pristali sudjelovati u istraživanju i istraživanje je bilo anonimno. Upitnik je distribuiran u online obliku putem Google Forms ankete.

3.4. ETIČKO ODOBRENJE ISTRAŽIVANJA

Za potrebe ovog istraživanja nije bilo potrebno odobrenje Etičkog povjerenstva jer je anketa distribuirana online i nije bilo otkrivanja identiteta ispitanika.

3.5. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Pri obradi podataka koristile su se metode deskriptivne statistike. Kategorijski podaci su prikazani apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podaci prikazani su apsolutnim brojevima i postotcima te su podaci su obrađeni u SPSS programu inačice 26.0.

4. REZULTATI

Najveći broj ispitanika se nalazi u dobnim skupinama 18-30 godina, te 51 i više godina gdje se svaka skupina sastoji od 47 ispitanika (28,14%), te ih je 1,38 puta veći broj u odnosu na zastupljenost ispitanika dobne skupine 41 – 50 godina koji su zastupljeni sa najmanjim brojem ispitanika, dok ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti medicinskih djelatnika prema dobnoj skupini ($\chi^2=2,94$; $P=0,401$).

Tablica 1. Prikaz dobne strukture ispitanika

Koliko imate godina?	n	%	χ^2	p
18-30	47	28,14		
31-40	39	23,35	2,94	0,401
41-50	34	20,36		
51 i više	47	28,14		

Podjela prema spolu uzorkovanih ispitanika prezentira da je u istraživanju sudjelovalo 147 ženskih ispitanika (88,55%), dok je 19 muških ispitanika (11,45%).

Tablica 2. Prikaz strukture ispitanika prema spolu

Spol	N	%
Muški	19	11,45
Ženski	147	88,55

Svi ispitanici su trenutno zaposleni. Prema radnom stažu u struci najveći broj ispitanika ima radni staž u struci > 20 godina, te ih je 10,57 puta veći broj u odnosu na zastupljenost ispitanika sa radnim stažem u struci do jedne godine koji su zastupljeni u najmanje broju ($n=7$; 4,19%), te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti medicinskih djelatnika prema radnom stažu u struci ($\chi^2=100,27$; $P<0,001$).

Tablica 3. Prikaz ispitanika prema godinama radnog staža u struci

Radni staž u struci?	n	%	χ^2	p
<1 god.	7	4,19		
1-5 god.	27	16,17		
6-10 god.	20	11,98	100,27	<0,001
11-15 god.	23	13,77		
16-20 god.	16	9,58		
>20 god.	74	44,31		

Prema mjestu rada veći broj ispitanih zdravstvenih djelatnika ne radi na psihijatriji (n=100; 59,88%), u odnosu na zastupljenost zdravstvenih djelatnika koji rade u struci (n=67; 40,12%).

Tablica 4. Prikaz ispitanika prema mjestu rada

Jeste li zdravstveni djelatnik koji radi na psihijatriji?	n	%
DA	67	40,12
NE	100	59,88

Najveći broj ispitanih zdravstvenih djelatnika koji ne rade na psihijatriji su djelatnici bolničkih odjela (n= 65, 67,01%), dok preostala radna mjesta ispitanika su bolnička ambulanta (n= 8, 8,25%), ambulanta PZZ (n= 3, 3,09%), privatna praksa (n=3, 3,09%), domovi za starije i nemoćne (n= 2, 2,06%), te ostala neklasificirana radna mjesta (n= 16, 16,49%).

Tablica 5. Radno mjesto ispitanika

Ako niste psihijatrijski djelatnik na kojem odjelu radite?	n	%
ambulanta primarne zdravstvene zaštite	3	3,09
bolnička ambulanta	8	8,25
bolnički odjel	65	67,01
domovi za starije i nemoćne	2	2,06
privatna praksa	3	3,09
Ostalo:	16	16,49

Najveći broj ispitanika po strukturi obrazovanja su medicinska sestra/tehničar općeg smjera (n=83; 49,70%), stručni/sveučilišni prvostupnik sestrinstva (n=55,32,93%), diplomirana medicinska sestra/magistar sestrinstva (n=22, 13,17%), liječnici (n=4, 2,4%) te neopredijeljeni za raznu obrazovanja (n=3; 1,8%).

Tablica 6. Prikaz obrazovne strukture ispitanika

Kojeg ste stupnja obrazovanja?	n	%
Medicinska sestra/tehničar općeg smjera	83	49,70
Stručni/sveučilišni prvostupnik sestrinstva	55	32,93
Diplomirana medicinska sestra/magistar sestrinstva	22	13,17
Dr. med	1	0,60
Doktorica	1	0,60
Liječnica	1	0,60
Specijalizant psihijatrije	1	0,60
Ostalo:	3	1,80

Najveći broj ispitanika ocjenjuje svoje znanje o mentalnim bolestima ocjenom dobar (n=55; 33,13%), te ih je 3,93 puta veći broj u odnosu na zastupljenost ispitanika koji svoje znanje o mentalnim bolestima ocjenjuju ocjenom nedovoljan, a zastupljeni su u uzorku u najmanjem broju (n=14; 8,43%), te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti medicinskih djelatnika a obzirom na procjenu vlastitog znanja o mentalnim bolestima ($\chi^2=40,32$; $P<0,001$).

Tablica 7. Prikaz osobne procjene znanja o mentalnim bolestima

Kako procjenjujete svoje znanje o mentalnim bolestima?	n	%	χ^2	p
nedovoljno	14	8,43	40,32	<0,001
dovoljno	27	16,27		
dobro	55	33,13		
vrlo dobro	50	30,12		
izvrsno	20	12,05		

Najveći broj ispitanika procjenjuje svoj socioekonomski status prosječnim (n=102; 61,08%), te ih je 25,50 puta veći broj u odnosu na zastupljenost ispitanika koji svoj

socioekonomski status ocjenjuju ispodprosječnom ocjenom, dok su zastupljeni među ispitanicima u najmanjem broju (n=4; 2,40%), te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti medicinskih djelatnika s obzirom na vlastitu procjenu socioekonomskog statusa ($\chi^2=212,07$; $P<0,001$).

Tablica 8. Prikaz osobne procjene socioekonomskog statusa

Kako biste procijenili svoj socioekonomski status?	n	%	χ^2	p
ispod prosjeka	4	2,40		
malo ispod prosjeka	5	2,99		
prosječan	102	61,08	212,07	<0,001
malo iznad prosjeka	46	27,55		
iznad prosječan	10	5,99		

Za 5,42 puta je veća zastupljenost ispitanika koji su tijekom života imali iskustva rada s osobama koje boluju od mentalnih poremećaja (n=141; 84,43%) u odnosu na zastupljenost ispitanika koji nisu tijekom života imali iskustva rada s osobama koje boluju od mentalnih poremećaja (n=26; 15,57%), te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti medicinskih djelatnika a obzirom na iskustvo rada s osobama koje boluju od mentalnih poremećaja ($\chi^2=79,19$; $P<0,001$).

Tablica 9. Prikaz iskustva u radu sa osobama koje boluju od mentalnih poremećaja

Jeste li tijekom života imali iskustva rada s osobama koje boluju od mentalnih poremećaja?	n	%	χ^2	p
DA	141	84,43	79,19	<0,001
NE	26	15,57		

Najveći broj ispitanika poznaje osobu koja boluje od mentalnih poremećaja (n=151; 90,42%), te ih je 9,44 puta veći broj u odnosu na zastupljenost medicinskih djelatnika koji ne poznaju osobu koja boluje od mentalnih poremećaja (n=16; 9,58%), te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike u zastupljenosti medicinskih djelatnika s obzirom na poznavanje osobe koja boluje od mentalnih poremećaja ($\chi^2=109,13$; $P<0,001$).

Tablica 10. Prikaz kontakata sa osobama koje boluju od mentalnih poremećaja

Poznajete li osobu koja boluje od mentalnih poremećaja?	n	%	χ^2	p
DA	151	90,42	109,13	<0,001
NE	16	9,58		

Hipoteza 1: Zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatriji će vjerojatno pokazati veću sklonost kontinuiranom učenju o duševnim bolestima i čitanju dodatnih materijala u usporedbi s onima koji ne rade na psihijatriji.

Istraživačko pitanje:

Kakva je razlika u čitanju dodatnih materijala između zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji i onih koji ne rade na psihijatriji?

Ispitanici rijetko ističu da uče o duševnim bolestima samo kada je to nužno, te da se rijetko trude istraživati dodatne materijale (medijan 2,00), dok varijacija odgovora pokazuje da se mišljenja znatno razlikuju (IQR 1,00-4,00).

Tablica 11. Deskriptivna statistika stava prema duševnim bolestima

	1		2		3		4		5		Me	IQR
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Učim o duševnim bolestima samo kada trebam i ne trudim se čitati dodatne materijale?	50	30,12	44	26,51	28	16,87	35	21,08	9	5,42	2,00	(1,00-4,00)

Zabilježena je značajno višu srednju razinu stava prema izjavi 'Učim o duševnim bolestima samo kad je potrebno i ne trudim se čitati dodatne materijale' među zdravstvenim djelatnicima koji rade u području psihijatrije u usporedbi s onima koji ne rade u toj oblasti. Ova razlika je statistički značajna ($Z=6,21$; $P<0,001$) prema rezultatima našeg istraživanja.

Tablica 12. Stav prema duševnim bolestima s obzirom na radno mjesto

Čestica	PSIH	N	Me	IQR	RX	U	Z	P
Učim o duševnim bolestima samo kada trebam i ne trudim se čitati dodatne materijale?	da	67	1,00	(1,00-2,00)	(1,00-5,00)			
	ne	99	3,00	(2,00-4,00)	(1,00-5,00)	1488	6,21	<0,001

*Psih = rad na odjelu psihijatrije, N=broj ispitanika, Me=medijan, IQR= interkvartilni raspon, Rx= ukupan raspon, U = U vrijednost Mann-Whitney U testa, Z = testna Z vrijednost Mann-Whitney U testa, P = signifikantnost

Hipoteza 2: Zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatriji će vjerojatno imati različite percepcije cijenjenosti svog rada u odnosu na zdravstvene djelatnike koji ne rade na psihijatriji.

Istraživačko pitanje: Kako se percipirana cijenjenost rada u polju duševnog zdravlja razlikuje između zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji i onih koji ne rade na psihijatriji?

Ispitanici smatraju da rad u području duševnog zdravlja nije jednako priznat kao u drugim zdravstvenim sektorima, s niskom razinom slaganja s tom tvrdnjom (medijan 2,00). Njihova mišljenja su bila vrlo slična, što pokazuje uski raspon odgovora oko medijana (IQR 2,00-3,00).

Tablica 13. Deskriptivna statistika stava prema duševnim bolestima

	1		2		3		4		5		Me	IQR
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Rad u polju duševnog zdravlja je podjednako cijenjen kao i druga polja zdravstva i socijalne skrbi?	37	22,42	49	29,70	39	23,64	20	12,12	20	12,12	2,00	(2,00-3,00)

Zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatriji imaju za jedan bod viši stupanj suglasnosti s tvrdnjom „Rad u području mentalnog zdravlja jednako je vrednovan kao i rad u drugim područjima zdravstva i socijalne skrbi?“ od zdravstvenih djelatnika koji ne rade na psihijatriji. Ova razlika je statistički značajna ($Z=4,05$; $P<0,001$).

Tablica 14. Stav prema duševnim bolestima s obzirom na radno mjesto

Čestica	PSIH	N	Me	IQR	RX	U	Z	P
Rad u polju duševnog zdravlja je podjednako cijenjen kao i druga polja zdravstva i socijalne skrbi?	da	66	2,00	(1,00-3,00)	(1,00-5,00)			
	ne	99	3,00	(2,00-4,00)	(1,00-5,00)			
						1488	6,21	<0,001
						2083	4,05	<0,001

*Psih = rad na odjelu psihijatrije, N=broj ispitanika, Me=medijan, IQR= interkvartilni raspon, Rx= ukupan raspon, U = U vrijednost Mann-Whitney U testa, Z = testna Z vrijednost Mann-Whitney U testa, P = signifikantnost

Hipoteza 3: Zdravstveni djelatnici koji ne rade na psihijatriji vjerojatno će češće koristiti stigmatizirajuće izraze poput "lud" ili "luđak" u usporedbi s onima koji rade na psihijatriji.

Istraživačko pitanje: Postoji li statistički značajna razlika u učestalosti korištenja izraza poput "lud" ili "luđak" između zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji i onih koji ne rade na psihijatriji?

Termini poput „lud“, „luđak“ i slično za opisivanje osoba s duševnim bolestima nisu prihvatljivi za većinu ispitanika (medijan 5,00), koji su se o tome izjasnili vrlo konzistentno (IQR 4,00-5,00).

Tablica 15. Deskriptivna statistika stava prema duševnim bolestima

	1		2		3		4		5		Me	IQR
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nikad ne bih koristio termine „lud“, „luđak“ i slično kako bih opisao kolegama osobe koje pate od duševne bolesti s kojima sam se susreo u poslu?	8	4,82	11	6,63	14	8,43	23	13,86	110	66,27	5,00	(4,00-5,00)

Zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatriji i oni koji ne rade na njoj jednako se slažu da ne bi upotrebljavali riječi kao što su „lud“, „luđak“ i slično za opisivanje osoba s duševnim bolestima koje su susreli u poslu (medijan 5). Ispitivanjem nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($Z=0,50$; $P=0,616$).

Tablica 16. Stav prema duševnim bolestima s obzirom na radno mjesto

Čestica	PSIH	N	Me	IQR	RX	U	Z	P
Nikad ne bih koristio termine „lud“, „luđak“ i slično kako bih opisao kolegama osobe koje pate od duševne bolesti s kojima sam se susreo u poslu?	da	67	5,00	(4,00-5,00)	(1,00-5,00)	1488 3188	6,21 0,50	<0,001 0,616

*Psih = rad na odjelu psihijatrije, N=broj ispitanika, Me=medijan, IQR= interkvartilni raspon, Rx= ukupan raspon, U = U vrijednost Mann-Whitney U testa, Z = testna Z vrijednost Mann-Whitney U testa, P = signifikantnost

Hipoteza 4: Zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatriji će vjerojatno imati manje pesimistične stavove prema oporavku osoba s duševnim bolestima u usporedbi s onima koji ne rade na psihijatriji.

Istraživačko pitanje: Kako se stavovi prema oporavku osoba s duševnim bolestima razlikuju između zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji i onih koji ne rade na psihijatriji?

Postoji niska sklonost ispitanika prema mišljenju da osobe s duševnim bolestima teško mogu voditi kvalitetan život (medijan 2,00), s varijacijom (IQR 1,00-3,00).

Tablica 19. Deskriptivna statistika stava prema duševnim bolestima

	1		2		3		4		5		Me		IQR
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Osobe oboljele od duševnih bolesti ne mogu se nikad dovoljno oporaviti kako bi mogle voditi kvalitetan život?	64	38,32	58	34,73	27	16,17	17	10,18	1	0,60	2	0	(1,00-3,00)

U istraživanju su primijećene statistički značajne razlike u stavovima zdravstvenih djelatnika prema temama povezanim s duševnim bolestima. Primijećeno je da je razina slaganja s tvrdnjom „Osobe oboljele od duševnih bolesti ne mogu se nikad dovoljno oporaviti kako bi mogle voditi kvalitetniji život“ bila je za jedan bod veća kod zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji u odnosu na one koji ne rade na psihijatriji, pri čemu je i ova razlika bila statistički značajna ($Z=2,89$; $P=0,004$).

Tablica 20. Stav prema duševnim bolestima s obzirom na radno mjesto

Čestica	PSIH	N	Me	IQR	RX	U	Z	P
Osobe oboljele od duševnih bolesti ne mogu se nikad dovoljno oporaviti kako bi mogle voditi kvalitetan život?	da	67	1,00	(1,00-2,00)	(1,00-4,00)	1488	6,21	<0,001
	ne	100	2,00	(1,00-3,00)	(1,00-5,00)	2512	2,89	0,004

*Psih = rad na odjelu psihijatrije, N=broj ispitanika, Me=medijan, IQR= interkvartilni raspon, Rx= ukupan raspon, U = U vrijednost Mann-Whitney U testa, Z = testna Z vrijednost Mann-Whitney U testa, P = signifikantnost

5. RASPRAVA

Na temelju analize provedenog istraživanja, došli smo do zaključka da prva postavljena hipoteza, koja se odnosi na potrebu kontinuiranog obrazovanja o mentalnim bolestima i konzultiranje dodatnih izvora za medicinske djelatnike koje radi na psihijatriji, nije potkrepljena rezultatima istraživanja. Rezultati istraživanja ukazuju na negativno stajalište zaposlenih u području psihijatrije prema potrebi kontinuiranog obrazovanja i pretraživanju dodatnih izvora stručne literature. Ovaj negativan trend ne podudara se s preporukama i smjernicama koje se nalaze u dostupnoj literaturi koje naglasak istraživanja stavljaju na povećan interes za korištenje aktivnih formata učenja za uključivanje učenika i djelatnika na promicanje primjene znanja (36). Iz tog razloga, važno je poduzeti napore kako bi se svijest podigla i potaknula potreba za kontinuiranim obrazovanjem u ovoj specifičnoj radnoj organizaciji. Dostupna literatura upravo govori o značaju i važnosti različitih oblika aktivnog učenja u psihijatrijskoj grani medicine jer nove spoznaje potiču kritičko razmišljanje i zadovoljstvo, motivaciju te angažman (37).

Rezultati istraživanja ukazuju na značajne razlike u tome kako se percipira rad zdravstvenih djelatnika na psihijatriji u usporedbi s njihovim kolegama na drugim odjelima. Zdravstveni djelatnici u psihijatriji izražavaju pozitivniji stav prema svom radu i ne osjećaju se manje cijenjenima unutar zdravstvenog sektora. Međutim, opći dojam i stavovi ostalih zdravstvenih djelatnika i šire populacije prema zdravstvenim djelatnicima na psihijatriji zabrinjavaju jer ih percipiraju kao manje vrijedne i manje bitnima unutar zdravstvenog sustava. Ovo zahtijeva dublju analizu i razvoj edukacijskih programa koji bi pridonijeli podizanju svijesti i razumijevanja o radu u psihijatriji. Slično istraživanje koje je provela Tkalčec također potvrđuje da studenti imaju negativniju percepciju rada na psihijatrijskim odjelima u usporedbi s drugim odjelima. Ovo se djelomično može objasniti karakteristikama pacijenata koji se liječe na psihijatriji (s obzirom na učestalost agresivnih bolesnika) i specifičnim izazovima u njihovom liječenju i dijagnostici međutim navedeni trend je zabrinjavajući i zahtjeva edukativne programe sa ciljem podizanjem svijesti opće i ostatka zdravstvene populacije (38). Priznaje se da je rad na području mentalnog zdravlja stresniji od onoga u drugim područjima medicine (39). Djelatnici iz polja mentalnog zdravlja moraju se nositi s teškim pacijentima (40) uključujući neke s višestrukim mentalnim poremećajima i poremećajima ovisnosti o

drogama koji bi mogli biti agresivniji (41) ili nasilniji (42) i pokazati suicidalno ponašanje (43) što zahtijeva ogromne količine vremena i energije iz nekoliko izvora. Ključno je spomenuti i njihovu izloženost kritici rodbine osoba oboljelih od mentalnih poremećaja (44) uz istovremeno prisustvovanje organizacijskih i administrativnih ograničenja (39). Govoreći o cijenjenosti rada u polju mentalnoga zdravlja poražavajuće je da je manje cijenjen (45), što i ovo istraživanje potvrđuje pogotovo iz percepcije djelatnika koji ne rade u polju mentalnoga zdravlja, a nekoliko istraživanja potvrđuje da zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatriji su višestruko izloženi sindromima sagorijevanja, zlorabotrebne droga/alkohola i samoubojstvima (46). Zadovoljstvo poslom također je među ključnim ishodima timskog rada u području zdravstva (47), ali se često procjenjuje zajedno s čimbenicima nezadovoljstva poslom (stresom, izgaranjem i sl.) što se objašnjava osobinama ličnosti (poput izdržljivosti, samopoštovanje, emocionalne inteligencije i sl.) zdravstvenog djelatnika (48).

Rezultati ovog istraživanja pokazala su da zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatrijskim odjelima su jednako osjetljivi na diskriminirajuće i pogrдне nazive za oboljele od mentalnih bolesti u odnosu na one koji rade na ostali radilištima. Za osobe s duševnim bolestima navodi se da su jedna od najosjetljivijih skupina za stigmatizaciju te da su stigmatizirani (49) i izloženi predrasudama društva (50) više nego pojedinci koji imaju tjelesne bolesti (51). Pretpostavlja se da je stigmatizacija mentalnih bolesti rezultat mitova, nesporazuma i negativnih stereotipnih prosudbi i stavova o mentalnim poremećajima (50). Utvrđeno je da stigmatizirajući izrazi izazivaju negativne emocije i prisjećaju se karakteristika poput opasnosti i nepredvidivosti, te stoga uzrokuju veću stigmatizaciju i društvenu izolaciju (52). U borbi protiv stigmatizacije važno je poduzeti potrebne mjere opreza, u suočavanju s uvjerenjima i stavovima društva, u podizanju svijesti o ovoj temi, a posebno u razvijanju stava protiv stigmatizma (50). U tom smislu, naglašeno je da radnici mentalnog zdravlja, uključujući psihijatre, psihijatrijske medicinske sestre, psihologe i socijalne radnike, snose ogromnu odgovornost te postoji potreba za intervencijama i studijama u ovom području (53, 54).

Rezultati istraživanja također ukazuju na činjenicu da su osobe koje nisu zaposlene na psihijatrijskim odjelima sklonije smatrati osobe s mentalnim bolestima opasnijima u usporedbi s pacijentima koji rade na psihijatrijskim odjelima. Međutim, nije uočena statistički značajna razlika u percepciji između ove dvije skupine. Obe ispitane skupine

smatraju da osobe oboljele od mentalnih bolesti nisu inherentno opasnije od drugih pacijenata. Ovi rezultati se mogu usporediti s nalazima drugih istraživanja. Na primjer, istraživanje koje se bavilo stavovima medicinskih sestara na odjelu hitne pomoći pokazalo je najvišu razinu stigme s prosječnom ocjenom od 2,99 na skali MICA. Liječnici koji rade u hitnoj medicini također su imali visoku prosječnu ocjenu MICA, koja je iznosila 2,80. Nasuprot tome, zdravstveni djelatnici u mentalnom zdravlju imali su nižu prosječnu ocjenu od 2,23 (55). Negativni stavovi zdravstvenih djelatnika u hitnoj medicini su zabrinjavajući jer se na tom odjelu prvi put procjenjuju pacijenti koji trebaju akutnu psihijatrijsku skrb. Stavovi zdravstvenih djelatnika mogu ozbiljno utjecati na kvalitetu skrbi pružene pacijentima. Na primjer, tjelesne pritužbe pacijenata na odjelu hitne pomoći često se mogu zanemariti i pripisati njihovoj mentalnoj bolesti. Ovaj oblik dijagnostičkog zasjenjenja povećava rizik od pogoršanja zdravstvenog stanja pacijenata i potencijalne smrtnosti. Takvi negativni stavovi predstavljaju prepreku pravodobnom traženju pomoći i mogu uzrokovati kašnjenja u pružanju potrebne skrbi, što dalje ima negativne učinke na kvalitetu života i dobrobit pacijenata. Meta-analiza percepcije opasnosti od strane pacijenata s mentalnim bolestima zaključila je da zdravstveni djelatnici na psihijatrijskim i tjelesnim odjelima ne pokazuju značajne razlike u percepciji opasnosti pacijenata oboljelih od mentalnih bolesti (55).

Analizirajući stavove sudionika o oporavku pacijenata, rezultati testa ukazuju na statistički značajnu razliku u stavovima prema mogućnosti oporavka osoba s duševnim bolestima između zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatrijskim odjelima i onih koji rade na drugim zdravstvenim odjelima. Razina statističke značajnosti, koja iznosi $\alpha^*=0,6\%$, znači da možemo odbaciti nultu statističku hipotezu. To ukazuje na to da zdravstveni djelatnici koji rade na psihijatriji imaju manje pesimistične stavove prema oporavku osoba s mentalnim bolestima u usporedbi s kolegama koji ne rade na psihijatriji. Ovi rezultati podupiru istraživačku hipotezu koja sugerira da postoji razlika u stavovima između ovih dviju skupina.

Važno je napomenuti da oporavak osoba s mentalnim bolestima nije jednostavan proces poput liječenja infekcija antibioticima, gdje se bolest može izliječiti. Oporavak u kontekstu mentalnih bolesti često se smatra zadovoljavajućom remisijom, gdje pacijent može obavljati svoje svakodnevne aktivnosti bez ozbiljnih poteškoća, a kvaliteta života nije značajno narušena. Važno je istaknuti da pacijenti s mentalnim bolestima često žive

kraće zbog metaboličkih poremećaja i smanjene kvalitete života. Stoga je ključno da svi zdravstveni djelatnici, bez obzira na odjel na kojem rade, surađuju kako bi osigurali visoku kvalitetu života za te pacijente.

U našem istraživanju primijetili smo statistički značajne razlike u stavovima zdravstvenih djelatnika prema temama povezanima s duševnim bolestima. Primijetili smo da je razina slaganja s tvrdnjom „Osobe oboljele od duševnih bolesti ne mogu se nikad dovoljno oporaviti kako bi mogle voditi kvalitetniji život“ bila je za jedan bod veća kod zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji u odnosu na one koji ne rade na psihijatriji, pri čemu je i ova razlika bila statistički značajna

Mentalne bolesti predstavljaju ozbiljan globalni javnozdravstveni izazov, često praćen stigmom i predrasudama koje se često vežu uz ovu skupinu pacijenata. Stavovi psihijatrijskih djelatnika i ostalih zdravstvenih djelatnika prema pacijentima oboljelim od mentalnih bolesti igraju ključnu ulogu u pružanju kvalitetne zdravstvene skrbi i rehabilitaciji. Stavovi psihijatrijskih i ostalih zdravstvenih djelatnika prema pacijentima s mentalnim bolestima direktno utječu na pacijentovo povjerenstvo u stručnjacima i volji za suradnjom. Pozitivni stavovi potiču pacijente da otvoreno komuniciraju o svojim problemima, što je ključno za postavljanje dijagnoze i odabir terapije (56). Negativni stavovi mogu pridonijeti stigmatizaciji pacijenata, što ih dodatno marginalizira i otežava im pristup zdravstvenoj skrbi. Stigmatizacija također može uzrokovati diskriminaciju i smanjenje samopouzdanja kod pacijenata. Cilj ovog istraživanja je bilo usporediti stavove prema pacijentima oboljelim od mentalnih bolesti od strane zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatrijskim odjelima i onih koji rade na drugim radilištima.

Malo se zna o najboljim praksama u programima protiv stigme koji bi se primjenjivali na zemlje s niskim i srednjim dohotkom, gdje živi većina osoba s mentalnim poteškoćama. Nije jasno hoće li se pristupi koji se koriste u zemljama s visokim dohotkom dobro pretočiti u okruženja u kojima nedostaju resursi i infrastruktura za mentalno zdravlje, pismenost o mentalnom zdravlju niža, komorbiditeti s drugim stigmatiziranim stanjima (kao što je Virus humane imunodeficijencije - HIV) veći, a možda ih je manje korištenje društvenih medija. Međutim, Svjetska zdravstvena organizacija i Svjetsko psihijatrijsko udruženje uspješno su proveli programe podizanja svijesti i borbe protiv stigme koji su obuhvatili okruženja s visokim, srednjim i niskim primanjima (57). Važno

za uspjeh ovih inicijativa bilo je postavljanje širokih načela, nadogradnja na aktivnosti lokalnih zajednica i volontera.

Potrebna su buduća istraživanja koja će ispitati prirodu stigme u različitim kulturološkim okruženjima kako bi se razumjelo kako jedinstveni društveni čimbenici mogu utjecati na prirodu stigme te na izvedivost i uspjeh intervencija protiv stigme. Mreže stigme u više zemalja, koji su ispitivali osobna iskustva diskriminacije oboljelih od mentalnih bolesti u 27 zemalja s niskim, srednjim i visokim dohotkom, mnogo obećavaju. Budući da je razmjena znanja dvosmjerna ulica, važno je upamtiti da će istraživanja iz zemalja sa srednjim i niskim dohotkom pomoći zemljama s visokim dohotkom da pruže kulturno prikladnije programe u svojim sve više multikulturalnim sredinama. Smanjenje stigme zdravstvenih i ne zdravstvenih djelatnika povezane s mentalnim bolestima i skrivenog tereta mentalnih bolesti diljem svijeta zahtijevat će zajednički globalni napor. Ograničenja ovog istraživanja su ispitanici koji rade na psihijatrijskim odjelima, samim time imaju više empatije i razumijevanja za mentalne bolesti, dok ostali ispitanici nemaju dovoljno znanja i razumijevanja za osobe oboljele od mentalnih bolesti.

6. ZAKLJUČAK

Istraživanje je provedeno na 167 ispitanika, od čega je 67 bilo sa psihijatrijskih odjela, a 100 sa ostalih odjela. Dobiveni rezultati su potvrdili:

H1 – Nađena je statistički značajna razlika u mišljenju ispitanika o kontinuiranom učenju o duševnim bolestima i čitanju dodatnih materijala gdje ispitanici koji ne rade na psihijatriji rijetko ističu da uče o duševnim bolestima samo kada je to nužno, te da se rijetko trude istraživati dodatne materijale

H2 – Nađena je statistički značajna razlika kod zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji koji imaju za jedan bod viši stupanj suglasnosti s tvrdnjom „Rad u području mentalnog zdravlja jednako je vrednovan kao i rad u drugim područjima zdravstva i socijalne skrbi?“ od zdravstvenih djelatnika koji ne rade na psihijatriji

H3 – Nije utvrđena statistički značajna razlika kod zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji i onih koji ne rade na njoj u upotrebi riječi kao što su „lud“, „luđak“ i slično za opisivanje osoba s duševnim bolestima koje su susreli u poslu

H4 - U našem istraživanju primijetili smo statistički značajne razlike u stavovima zdravstvenih djelatnika prema temama povezanim s duševnim bolestima. Primijetili smo da je razina slaganja s tvrdnjom „Osobe oboljele od duševnih bolesti ne mogu se nikad dovoljno oporaviti kako bi mogle voditi kvalitetniji život“ bila je za jedan bod veća kod zdravstvenih djelatnika koji rade na psihijatriji u odnosu na one koji ne rade na psihijatriji, pri čemu je i ova razlika bila statistički značajna.

Provedeno istraživanje nas je dovelo do zaključka da je inovativno u procjeni stavova zdravstvenih djelatnika iz različitih kliničkih okruženja na našim prostorima, te kao takvo je dalo uvid u profesionalne karakteristike zdravstvenih djelatnika. Vidljivo je da obje promatrane skupine imaju prisutnu empatiju prema oboljelima od mentalnih bolesti, ali zdravstveni djelatnici sa iskustvom rada na psihijatrijskim odjelima, optimističnije gledaju na oporavak bolesnika. To ih čini skupinom koja kroz svoje iskustvo drugačije percipira pojam oporavka jer znaju šta ta riječ znači za oboljelog od mentalnih bolesti.

Stavovi psihijatrijskih djelatnika i ostalih zdravstvenih djelatnika prema pacijentima oboljelim od mentalnih bolesti imaju dubok i kompleksan utjecaj na kvalitetu

skrbi i života samih pacijenata. Edukacija, osvještavanje i promicanje pozitivnih stavova ključni su u procesu smanjenja stigme, poboljšanja suradnje između pacijenata i stručnjaka, te unaprjeđenju ishoda liječenja. Kako bismo stvorili zdravstveni sustav koji pruža jednakopravnu skrb svim pacijentima, potrebno je raditi na razvijanju i promicanju pozitivnih stavova prema osobama s mentalnim bolestima.

7. LITERATURA

1. Duster T. Comparative perspectives and competing explanations: taking on the newly configured reductionist challenge to sociology. *Am Sociol Rev.* 2006;71:1–15.
2. Fulford B, Thornton T, Graham G. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry.* Oxford University Press; 2006. Philosophical outputs in mental health practice and research; pp. 111–38.
3. Jones PB. Adult mental health disorders and their age at onset. *Br J Psychiatry Suppl.* 2013;54:5–10.
4. Kendler KS. The structure of psychiatric science. *Am J Psychiatry.* 2014;171:931–8.
5. Sass LA. ‘Schizophrenic person’ or ‘person with schizophrenia’? An essay on illness and the self. *Theory Psychol.* 2007;17:395–20.
6. Sartorius N. Fighting schizophrenia and its stigma. A new world psychiatric association educational programme. *Br J Psychiatry.* 1997;170:297.
7. Speerforck S, Schomerus G, Pruess S, et al. Different biogenetic causal explanations and attitudes towards persons with major depression, schizophrenia and alcohol dependence: Is the concept of a chemical imbalance beneficial? *J Affect Disord.* 2014;168:224–8.
8. Angermeyer MC, Matschinger H. Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry.* 2005;186:331–4.
9. Dietrich S, Matschinger H, Angermeyer MC. The relationship between biogenetic causal explanations and social distance toward people with mental disorders: results from a population survey in Germany. *Int J Soc Psychiatry.* 2006;52:166–74.
10. Read J, Law A. The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the ‘mentally ill’ *Int J Soc Psychiatry.* 2009;45:216–29.

11. Read J, Haslam N, Sayce L, et al. Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;114:303–18.
12. Rüsç N, Todd AR, Bodenhausen GV, et al. Biogenetic models of psychopathology, implicit guilt, and mental illness stigma. *Psychiatry Res.* 2010;179:328–32.
13. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, et al. "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry.* 2010;167:1321–30.
14. Mehta N, Kassam A, Leese M, et al. Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994–2003. *Br J Psychiatry.* 2009;194:278–84.
15. Davidson L, Strauss JS. Beyond the biopsychosocial model: integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry.* 2015;58:44–55.
16. Whitley R, Drake R. Recovery: a dimensional approach. *Psychiatr Serv.* 2010;61:1248–50.
17. Windell D, Norman R, Malla AK. The personal meaning of recovery among individuals treated for a first episode of psychosis. *Psychiatr Serv.* 2012;63:548–53.
18. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry.* 2008;7:148–56.
19. Malla AK, Norman R, Joober R. First-episode psychosis, early intervention, and outcome: What have we learned? *Can J Psychiatry.* 2005;50:881–91.
20. Harvey PO, Lepage M, Malla A. Benefits of enriched intervention compared with standard care for patients with recent-onset psychosis: a meta-analytic approach. *Can J Psychiatry.* 2007;52:464–72.
21. Nordentoft M, Rasmussen JØ, Melau M, et al. How successful are first episode programs? A review of the evidence for specialized assertive early intervention. *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27:167–72.
22. Carr A. Positive mental health: a research agenda. *World Psychiatry.* 2012;11:100.
23. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry.* 2006;5:71–76.

24. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(2):113–22.
25. Ross C, Goldner E. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2009;16(6):558–67.
26. Schulze B. Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(2):137–55.
27. Wallace JE. Mental health and stigma in the medical profession. *Health (London)*. 2012;16(1):3–8.
28. Adams EF, Lee AJ, Pritchard CW, et al. What stops us from healing the healers: a survey of help-seeking behavior, stigmatisation and depression within the medical profession. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(4):359–70.
29. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27(6):363–385.
30. Corrigan P, Druss B, Perlick D. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest*. 2014;15(2):37–70.
31. Knaak S, Patten S. A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134(446):53–62.
32. Hamilton S, Pinfold V, Cotney J, et al. Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatr Scand*. 2016;134(446):14–22.
33. Horsfall J, Cleary M, Hunt G. Stigma in mental health: clients and professionals. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(7):450–455.
34. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing:' worse physical care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(3):169–171.
35. MacCarthy D, Weinerman R, Kallstrom, Kadlec H, Hollander M, Patten S. Mental health practice and attitudes of family physicians can be changed!. *Perm J*. 2013;17(3):14–17.
36. Snow CE, Torous J, Gordon-Elliott JS, Penzner JB, Meyer F, Boland R. Use of Electronic Resources for Psychiatry Clerkship Learning: A Medical Student Survey. *Acad Psychiatry*. 2017;41(5):656–660.

37. Sandrone S, Berthaud JV, Carlson C, Cios J, Dixit N, Farheen A, Kraker J, Owens JWM, Patino G, Sarva H, Weber D, Schneider LD. Active Learning in Psychiatry Education: Current Practices and Future Perspectives. *Front Psychiatry*. 2020;11:211.
38. Tkalčec P. Stavovi i znanje studenata o radu medicinskih djelatnika na psihijatrijskom odjelu - hitna stanja. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin%3A3904/datastream/PDF/view>.
Pristupljeno 26.10.2023
39. Cottrell S. Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8: 157–164.
40. Melchior ME, Bours GJ, Schmitz P, et al. Burnout in psychiatric nursing: a meta-analysis of related variables. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1997; 4: 193–201.
41. Onyett S. Revisiting job satisfaction and burnout in community mental health teams. *J Ment Health* 2011; 20: 198–209.
42. Cleary M. The realities of mental health nursing in acute inpatient environments. *Int J Ment Health Nurs* 2004; 13: 53–60.
43. Dickens G, Piccirillo M, Alderman N. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 532–544.
44. Dickens G, Piccirillo M, Alderman N. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. *Int J Ment Health Nurs* 2013; 22: 532–544.
45. Alsaraireh F, Quinn Griffin MT, Ziehm SR, et al. Job satisfaction and turnover intention among Jordanian nurses in psychiatric units. *Int J Ment Health Nurs* 2014; 23: 460–467.
46. Volpe U, Luciano M, Palumbo C, et al. Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014; 21: 774–781.
47. Goh YS, Lee A, Chan SW, et al. Profiling nurses' job satisfaction, acculturation, work environment, stress, cultural values and coping abilities: a cluster analysis. *Int J Nurs Pract* 2015; 21: 443–452.

48. Edward KL, Hercelinskyj G, Giandinoto JA. Emotional labour in mental health nursing: an integrative systematic review. *Int J Ment Health Nurs* 2017; 26: 215–225.
49. Ersoy MA, Varan A. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *Turk Psikiyatri Derg* 2007; 18:163-171.
50. Bostanci N. The Stigma Towards to Individual with Mentally ill Patients and Practices About Reducing this Situation. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2005; 18:32-38.
51. Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Wasowski KU, Champion J, Mathisen J, Goldstein H, Bergman M, Gagnon C, Kubiak MA. Stigmatizing attributions about mental illness. *J Community Psychol* 2000; 28:91-102.
52. Szeto AC, Luong D, Dobson KS. Does labeling matter? An examination of attitudes and perceptions of labels for mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48:659-671.
53. Cam O, Bilge A. The process of stigmatization and attitude, belief about mental illness and patient in Turkey: a systematic review. *Journal of Psychiatric Nursing* 2013; 4:91-101.
54. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6:65-72
55. Abi Doumit C, Haddad C, Sacre H, Salameh P, Akel M, Obeid S, et al.. Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national lebanese study. *PLoS ONE*. 2019;14:222-72.
56. Minas H, Zamzam R, Midin M, Cohen A. Attitudes of malaysian general hospital staff towards patients with mental illness and diabetes. *BMC Public Health*. 2011;11:317–26.
57. Jo N, Claire H. Attitudes and stigma held by healthcare and mental health care professionals towards people with mental illness. *Ment Health Today*. 2015:24–27.

8. ŽIVOTOPIS

Marija Hrga, studentica preddiplomskog studija sestrinstva pri Sveučilištu u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija.

Datum i mjesto rođenja: 21. siječnja 1998.

Mjesto rođenja: Šibenik, Hrvatska

Zaposlenje: Opća bolnica Šibenik

Obrazovanje:

2004. – 2012. Osnovna škola Jakova Gotovca, Unešić

2012. – 2017. Medicinska i kemijska škola Šibenik

2020. – 2023. Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Radni staž: 2017. – do danas Opća bolnica Šibenik, odjel Neurologije