

STAVOVI STUDENATA SESTRINSTVA PREMA PSIHIJATRIJSKIM BOLESNICIMA

Šarić, Matea

Master's thesis / Diplomski rad

2015

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:176:729325>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-30**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[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

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Matea Šarić

**STAVOVI STUDENATA SESTRINSTVA PREMA
PSIHIJATRIJSKIM BOLESNICIMA**

Diplomski rad

Split, 2015.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Matea Šarić

**STAVOVI STUDENATA SESTRINSTVA PREMA
PSIHIJATRIJSKIM BOLESNICIMA / NURSING STUDENTS'
ATTITUDES TOWARDS PSYCHIATRIC PATIENTS**

Diplomski rad/ Master`s thesis title

Mentor:

Doc. dr. sc. Ana Jerončić

Split, 2015.

Zahvala

Pri izradi ovog diplomskog rada pomogli su mi mnogi dragi ljudi te im se ovim putem zahvaljujem. Veliko hvala mojoj mentorici, doc. dr. sc. Ani Jerončić, koja me je stručno vodila kroz temu te mi pomagala literaturom i savjetima. Hvala doc. dr. sc. Vesni Antičević na stručnim savjetima i usmjeravanju.

Veliko hvala „mojim“ studentima koji su se odazvali mom pozivu i sudjelovali u provođenju istraživanja. Hvala i djelatnicima Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, na potpori, vjeri i prilici.

Hvala svim ljudima koji su uz mene, koji me razumiju, vjeruju u mene i čine moje jučer, danas, sutra...

„Mržnja je najveća opasnost po zdravlje i kvalitetu života. Zdravstveni radnici i zdravstvo svih država i u svim zajednicama odgovorne su informirati ljude o zdravstvenim posljedicama mržnje i poticati ih na toleranciju i pomirenje – pomirenje je također potrebno među ljudima i prirodnoj okolini kojoj oni duguju svoje održanje.

Svaka analiza našeg svijeta danas pokazuje golemu prisutnost i širenje mržnje kao vodeće snage razaranja, stradavanja i smrti. Također pokazuje koliko je slaba snaga zdravlja i drugih sektora da izliječe mržnju jednom kada je ona oslobođena. Ako mržnja raste i dalje, jaz između potreba i mogućnosti zdravlja će se povećati.“

Slobodan Lang

Jakovljević M, Sartorius N, Cifrić I, Letica S, Nikić M, Gabrić N, Lang S.

Duševno zdravlje, kultura i život: psihijatrija pred izazovima. Zagreb: Pro Mente, 2014. p. 175

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Stavovi.....	3
1.1.1. Dimenzije stavova.....	4
1.1.2. Čimbenici formiranja stavova.....	4
1.2. Predrasude ili stigme.....	6
1.3. Psihičke bolesti.....	7
1.4. Stigmatiziranje psihijatrijskih bolesnika.....	8
1.5. Zdravstveni djelatnici u radu s psihijatrijskim bolesnicima.....	11
1.6. Zaštita psihijatrijskih bolesnika do stigmatizacije.....	13
2. CILJEVI RADA	15
3. IZVORI PODATAKA I METODE.....	16
3.1. Uzorak ispitanika.....	16
3.2. Metode istraživanja.....	16
3.3. Analiza podataka.....	17
3.4. Etička pitanja.....	18
4. REZULTATI.....	19
5. RASPRAVA.....	25
6. ZAKLJUČCI.....	30

7. LITERATURA.....	31
8. SAŽETAK.....	34
9. SUMMARY.....	37
10. ŽIVOTOPIS.....	39
PRILOG 1.....	54

1. UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je psihičko zdravlje kao stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, nosi se s normalnim životnim stresom, može raditi produktivno i plodno te pridonositi zajednici (1). Psihičko zdravlje predstavlja temelj za individualnu dobrobit pojedinca i djelotvorno funkcioniranje cijele zajednice. Brojni socijalni, psihološki i biologijski faktori utječu na razinu psihičkog zdravlja pojedine osobe u pojedinom trenutku. Siromaštvo i niski stupanj educiranosti, najčešći su rizični čimbenici za razvoj psihičkih poremećaja. Uz njih, brze društvene promjene, stres na poslu, spolna i rodna diskriminacija, socijalna izoliranost, nezdravi stilovi života, nasilje, somatske bolesti i povrjeđivanje ljudskih prava također su česti predisponirajući faktori za narušavanje psihičkog zdravlja. Specifični psihološki faktori i struktura ličnosti mogu učiniti osobu podložnijom razvoju psihičkih poremećaja. Naravno, biologijska predisponiranost, uključujući genetsko nasljeđe i neravnotežu na razini neurotransmitora imaju nepobitnu ulogu.

Više od 450 milijuna ljudi u svijetu boluje od neke psihičke bolesti, dok još veći postotak pati od lakših psihičkih poremećaja. Na godišnjoj razini procijenjeno je da više od trećine stanovništva Europe boluje od nekog oblika psihičkog poremećaja. U Republici Hrvatskoj (RH) skupina psihičkih bolesti i poremećaja ponašanja godinama sudjeluje s udjelom 6 – 7% u ukupnom bolničkom pobolu. Najveći broj hospitalizacija je u dobi od 20-59 godina što svrstava ovu skupinu poremećaja u vodeće uzroke bolničkog pobola u radno aktivnoj dobi. Svaki četvrti ili peti dan bolničkog liječenja koristi se za liječenje psihičkih poremećaja te su oni i vodeća skupina bolničkog pobola prema korištenju dana bolničkog liječenja. Psihički poremećaji uzrokovani alkoholom i shizofrenija godinama su vodeće dijagnostičke kategorije u ukupnom bolničkom pobolu zbog psihičkih poremećaja.

U posljednja dva desetljeća u bolničkom pobolu zbog psihičkih poremećaja bilježi se izrazitiji trend rasta broja i stopa hospitalizacija na 100 000 stanovnika. U djelatnosti primarne zdravstvene zaštite u RH također se zapaža uzlazni trend pobola zbog

psihičkih poremećaja. Vidljiv je i uzlazni trend incidencije klinički razvijenih psihičkih poremećaja kod djece i adolescenata (2).

Učestalost psihičkih poremećaja i specifično problema ovisnosti u modernom društvu opravdava potrebu da se sustavno pristupi poboljšavanju programa prevencije i/ili liječenja ovih problema, a da bi takav program bio potpun valja se pobrinuti i za osiguranje kvalitetne reintegracije psihički bolesne osobe u okolinu. Naime, suvremena psihijatrijska znanost daje prednost liječenju osoba s psihičkim poremećajima u zajednici, što uključuje i ostanak u obitelji, na radnom mjestu i u susjedstvu, a današnje metode dijagnostike i liječenja psihičkih poremećaja, u najvećem broju slučajeva, to i omogućuju. Preduvjet za što bezbolniji povratak psihičkog bolesnika u zajednicu jest djelovanje na zajednicu u smislu mijenjanja negativnih stavova javnosti putem pružanja točne informacije, senzibilizacije i postizanja tolerancije. U svijetu je stoga danas pokrenut niz različitih projekata borbe protiv stigmatizacije osoba s psihičkim poremećajima koji uključuju sljedeće intervencije: kontakt s oboljelim osobama, edukaciju opće populacije, protestne akcije putem medija i drugo, a upravo se identifikacija stavova društva smatra prvim korakom u borbi protiv njihovih negativnih posljedica (3).

„Duševno oboljeti znači i doživjeti društvenu negaciju vrijednosti. Stigma duševne bolesti, a to znači i strah od duševnog bolesnika, najjače su izraženi u srednje i više socijalne klase. Duševna bolest dvostruko djeluje na individualni i socijalni uspjeh pripadnika srednjih i društvenih slojeva. Utvrđeno je da rođaci duševno bolesne osobe u višoj socioekonomskoj klasi izražavaju osjećaj srama i krivnje, a oni u nižoj osjećaj straha i ljutnje. Čovjek najčešće nije svjestan straha od psihijatrijskih bolesti dok se ne susretne s osobom koja je oboljela i simbolizira sve što se čovjeku može dogoditi. U tom smislu, taj se strah može shvatiti i kao svijest da čovjek ne može pobjeći ni od jedne od svojih mogućnosti pa tako ni od mogućnosti da duševno oboli.

Živimo u veoma globaliziranom, kompetitivnom i nesigurnom, a sve umreženjem svijetu velikih izazova i tehnoloških čuda. Čini se kako se život sve više ubrzava, svakodnevni pritisci sve su veći, osobne i globalne krize sve češće i dublje, a nesigurnost, tjeskoba, depresija, egzistencijalna frustracija i ispraznost u silnom su porastu. Stara i poznata rješenja ne samo da više nisu prikladna i djelotvorna, već su

izvor novih i sve većih problema. Premda je prorokovanje u znanosti uvijek nezahvalno, po svemu sudeći u vremenima koja dolaze psihijatrija bi, možda i pod drugim imenom, mogla i trebala igrati važniju ulogu u oblikovanju medicine i zdravijeg društva u cjelini (4).

1.1. Stavovi

Definicija stava razlikuje se ovisno o autorima. Prema D.C. Penningtonu stav je jedan od temeljnih pojmova za razumijevanje društvenog života, te jedan od temeljnih pojmova socijalne psihologije uopće (5). Stavovi nam omogućuju da steknemo standarde za svoje prosuđivanje i svoje postupke. Na taj način lakše ocjenjujemo i klasificiramo objekte i situacije što nam omogućuje lakše i brže snalaženje i djelovanje (6).

Prema N. Rotu stavovi predstavljaju trajnu tendenciju da se prema nekom objektu reagira na pozitivan ili negativan način (7). Suvremenija definicija određuje stav kao "stečenu, relativno trajnu i stabilnu organizaciju pozitivnih ili negativnih emocija, vrednovanja i reagiranja prema nekom objektu".

Stavovi su složena organizacija nekoliko komponenata: kognitivne, emocionalne i bihevioralne. Kognitivna komponenta sadrži znanja i informacije o objektima prema kojima postoji stav. Određena znanja i shvaćanja pretpostavka su za vrednovanje objekta prema kojem se zauzima stav. To znanje može biti vrlo usko i ograničeno, toliko da tek dozvoljava razlikovanje jedne pojave od drugih, a može se raditi i o cijelom sustavu znanja i informacija. Emocionalna komponenta uključuje osjećaje u vezi s objektom ili situacijom prema kojoj postoji stav. Neki objekt nam se može sviđati ili ne sviđati, biti ugodan ili neugodan. Moguće je dobiti i fiziološke dokaze mjerenja ove komponente stava, npr. registracijom elektrodermalne reakcije pri čemu za objekte koji su nam ugodni Bihevioralna komponenta se očituje u spremnosti na akciju i djelovanju prema objektu stava. Pozitivan stav uključuje tendenciju da se objekt stava podrži, pomogne i zaštiti; a negativan stav da se izbjegava i onemogući.

1.1.1. Dimenzije stavova

Stavovi različitih pojedinaca prema različitim objektima međusobno se razlikuju po kvalitativnim i kvantitativnim obilježjima odnosno dimenzijama stavova (7).

Glavne dimenzije stavova su smjer (tzv valencija ili "predznak") koja označava je li odnos prema objektu stava pozitivan ili negativan. Uz ovaj kvalitativan podatak, uvijek se javlja i njegova kvantitativna mjera, tj. stupanj pozitivnosti ili negativnosti. To je stupanj intenziteta (ekstremnosti) stava. Važnu dimenziju stava predstavlja i složenost stava, a odnosi se na vrstu i količinu saznanja o predmetu stava, te čuvstva i tendencije ka akciji uključenih u stav. Usklađenost komponenti stava ukazuje na stupanj u kojem sve tri komponente stava imaju istu ili sličnu valenciju, stupanj ekstremnosti i složenosti.

Dosljednost je dimenzija koja govori o tome je li se prilikom susreta s istim objektom stava zauzima isti stav, a snaga stava predstavlja stupanj otpornosti stava na promjenu pri susretu sa sadržajima koji su u neskladu sa stavom. Otvorenost stava očituje se u spremnosti da se on javno izrazi. Osim što postoje razlike u spremnosti iznošenja svojih stavova kod različitih pojedinaca, postoje i razlike u spremnosti iznošenja različitih stavova istog pojedinca. U istraživanjima se najčešće ispituju smjer i intenzitet stava. Dimenzijom valencije izražava se vrednovanje objekta stava kao najbitnija karakteristika.

1.1.2. Čimbenici formiranja stavova

Društvene i/ili kulturalne norme odgovorne su za određenu razinu suglasnosti stavova u pojedinaca dok različitost iskustava pojedinaca značajno doprinosi različitosti njihovih stavova prema istom objektu. Naime, stav prema nekom objektu može biti formiran na osnovu bihevioralnog odnosno direktnog iskustva pojedinca s objektom stava ali i na indirektan način, bez bihevioralnog iskustva. Brojni autori (8) smatraju da razlika u stavovima između direktnog i indirektnog iskustva predstavlja kontinuum. Na jednom kraju tog kontinuuma nalaze se stavovi formirani kroz direktno iskustvo s objektom stava, tj. stav je potpuno formiran na osnovu ranijeg ponašanja prema objektu

stava. Kada se radi o dodirljivom fizičkom objektu, takvo iskustvo znači manipulaciju tim objektom ili interakciju s njim. Kada objekt stava postoji samo u psihološkom svijetu osobe ili u njenom socijalnom realitetu, tada se direktno iskustvo odnosi na sva ranija ponašanja u vezi s objektom stava. Na drugom kraju kontinuuma nalaze se stavovi formirani na osnovu informacija koje nisu povezane s direktnim iskustvom pojedinca (npr. informacija iz pročitanih knjiga, novinskih članaka, s televizije, slušanjem o iskustvima od strane roditelja, prijatelja itd.). Dakle, za stav formiran na takav način kažemo da je formiran na osnovu indirektnog iskustva s objektom stava. U brojnim radovima (8) utvrđeno je da, kada stav proizlazi iz direktnog iskustva s objektom stava, postoji veća usklađenost između stava i ponašanja, veća održivost takvog stava u vremenu, te otpornost takvog stava na promjenu, u odnosu na stav formiran indirektnim iskustvom s objektom stava.

Formiranje stavova počinje rođenjem pojedinca i temelji se na raznolikim iskustvima koja se međusobno potkrepljuju i nezaobilazno rezultiraju predispozicijom da se reagira na određeni način u svakoj sličnoj podražajnoj situaciji. Dakle, stavovi predstavljaju rezultat socijalizacije i usvajaju se socijalnim učenjem. U procesu formiranja i mijenjanja stava, veliku ulogu igra i aktualna motivacija pojedinca, te obilježja njegove ličnosti. Na razvoj stavova osim znanja utječu još ova tri čimbenika: motivacija i potkrepljenje, crte ličnosti, te socijalna okolina. Čimbenik motivacije i potkrepljenja odnosi se na razvijanje reakcije u kojoj osobni motivi, uvjetovani spoznajama proizašlim iz vlastitog iskustva, utječu na obilježje stava koji će se razviti. Crte ličnosti su također dijelom uvjetovane saznanjima, što opet utječe na obilježje stava koji će osoba naposljetku usvojiti. Socijalna okolina ograničava učenje iskustava na ona kojima smo izloženi u toj specifičnoj sredini, pa i ona ima svojevrstan utjecaj na stjecanje stavova. Zauzimanje nekog stava ovisno je od njegove instrumentalne vrijednosti za ostvarenje određenih ciljeva pojedinca. Pozitivan stav obično imamo prema objektima koji doprinose zadovoljenju naših motiva, dok prema objektu koji ometa ostvarenje naših ciljeva, obično zauzimamo negativan stav. Jedan od procesa koji može djelovati na formiranje stava je proces socijalne komparacije. Socijalna komparacija se definira kao proces u kojem su druge osobe, odnosno njihovi stavovi, sposobnosti i oblici reagiranja, osnova za procjenu osobnih znanja, stavova, sposobnosti, emocionalnih i drugih stanja. Prema teoriji socijalne komparacije L.

Festingera postoji potreba za evaluacijom osobnih znanja, stavova, sposobnosti, načina ponašanja i doživljavanja, te ocjenom njihove ispravnosti i prikladnosti. U nedostatku informacija iz “objektivne realnosti” osoba se procjenjuje usporedbom s drugim ljudima čije ponašanje predstavlja “socijalnu realnost” (9). Socijalna usporedba može rezultirati pojavom empatije u pojedinca. Empatija se smatra uživljavanjem u emocionalno stanje druge osobe i razumijevanjem njenog položaja, npr. patnje ili ugroženosti, na osnovu percipirane ili zamišljene situacije u kojoj se ta osoba nalazi. Također u literaturi nalazimo tumačenje da naše postavljanje u psihički okvir druge osobe zahtjeva prepoznavanje i identificiranje sa sadašnjim osjećajima, mislima i reakcijama osobe koja pati, te simultano razumijevanje tih reakcija u smislu njihove važnosti, odnosno značajnosti za budućnost te osobe.

1.2. Predrasude ili stigme

Predrasude se mogu definirati kao pretežno negativni stavovi prema nekoj skupini ili prema pojedincima, kao neopravdane ili pretjerane generalizacije u vezi s tih skupina ili osoba. Predrasude su stavovi doneseni unaprijed, prije nego što imamo dovoljno informacija o predmetu našeg stava. One su naučene, odnosno stečene na isti način na koji smo u životu učili i usvajali ostale stavove i uvjerenja. Najčešće se stječu u djetinjstvu, prema učenju roditelja, odgajatelja, skrbnika, odnosno socijalnih skupina u kojima se odrasta. Predrasude su vrlo tvrdokorne jer se uče po modelu, odnosno od osoba ili socijalnih skupina koje predstavljaju autoritet i vjerodostojnost (10).

Stigma je znak srama i diskreditacije prema kojem neku osobu opisujemo kao nesposobnu, a njeno ponašanje kao neprimjereno i nepoželjno. Drugim riječima, stigmatizirane osobe su oni članovi socijalnih kategorija o kojima značajni dijelovi društva imaju negativne stavove i vjerovanja.

Stigmatiziranje osoba oboljelih od psihičkog poremećaja temelji se upravo na predrasudama. U ovom slučaju, one nastaju na temelju nedovoljnog znanja o psihičkoj bolesti. Predrasude su često temelj raznih oblika nepravednog i diskriminirajućeg ponašanja prema osobama na koje se odnose. Neka istraživanja (11) o stavovima zajednice prema osobama s psihičkim poremećajima pokazala su da osobe nižeg stupnja

obrazovanja, nižeg društvenog položaja, osobe s djecom i one koje pripadaju etničkim manjinama u nekoj sredini imaju negativnije stavove prema osobama s psihičkim poremećajima. Međutim, izvor stigmatizacije nije samo u okolini. Neke od oboljelih osoba i same to odobravaju, pa takav stav o samome sebi vodi općenito nižoj kvaliteti njihovog života. Čini se da su te osobe uvjerenе da su socijalno prihvaćene stigme ispravne, te stoga same sebe procjenjuju nesposobnima za samostalan život. Zbog širokih posljedica negativnih stavova društva na kvalitetu života osoba s psihičkim poremećajima, liječnici ponekad dvoje treba li uopće reći dijagnozu pacijentu, pogotovo kada se radi o poremećaju koji ne pokazuje dobru prognozu za ozdravljenje. Jedna je studija pokazala da 75% članova obitelji oboljele osobe vjeruje da je stigmatizacija pridonijela smanjenju samopouzdanja oboljelog, stvorila teškoće u sklapanju prijateljstava i umanjila uspješnost u obavljanju različitih svakodnevnih aktivnosti (11). Osoba s mentalnim poremećajem mora voditi borbu za svoje zdravlje i borbu da bude prihvaćena u okolini. Kao odgovor na reakciju okoline, psihički bolesne osobe mogu izgubiti samopoštovanje i nadu u dobru integraciju u okolinu, te se i same povlačiti i izolirati. Nadalje, negativni stavovi prema psihičkim bolesnicima mogu imati za posljedicu nepovoljan ishod liječenja psihičkog poremećaja, iako sam psihijatrijski tretman najčešće vodi uspješnom smanjenju simptoma i boljem funkcioniranju u svakodnevnom životu. Naime, ekspresija simptoma je uvjetovana kulturološki, a kulturalna sredina često stigmatizira osobe s psihičkim poremećajima, bez obzira na vrstu poremećaja, što može rezultirati poricanjem bolesti i potiskivanjem simptoma. Nerijetko senzacionalističko prikazivanje psihičke bolesti („ludila“) i ustanove u kojoj se liječi („ludnica“) u medijima također djeluje kao svojevrsan poticaj za razvoj i potvrdu negativnih, stigmatizirajućih stavova. Utjecaj negativnih stavova društva nije ograničen samo na osobu koja pati od nekog psihičkog poremećaja, već se efekt primjećuje i kod ostalih članova obitelji u vidu nižeg samopouzdanja i promijenjenih obiteljskih odnosa.

1.3. Psihičke bolesti

Psihička bolest se definira se kao poremećaj na planu doživljavanja i/ili ponašanja, funkcionalnog ili organskog porijekla, koji zahtjeva psihijatrijsku

intervenciju, a najčešće i hospitalizaciju (9). Osoba koja pokazuje ponašanje koje ne odgovara okolnostima, a koje se ispoljava određeno vrijeme, smatra se psihički oboljelom. Za sam koncept psihičke bolesti, kao i za mnoge druge koncepte u medicini i, općenito znanosti, ne postoji konzistentna operativna definicija koja bi pokrila sve moguće situacije. Psihička bolest pojmovno se određuje kao klinički sindrom koji uključuje psihološko doživljavanje i ponašanje koje se u pojedinca javlja u svezi s nekim poremećajem (npr. bolni simptom), nesposobnošću (npr. pogoršanje na jednom ili više područja funkcioniranja) ili značajno povišenim rizikom od smrti, boli, nesposobnosti ili gubitka slobode. Pritom treba isključiti sve očekivane ili specifično kulturološki prihvaćene odgovore na određeni događaj, primjerice gubitak voljene osobe. Psihičke bolesti se prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje Američke psihijatrijske udruge (12) klasificiraju u: razvojne poremećaje, kognitivne poremećaje, poremećaje vezane uz psihoaktivne tvari, psihotične poremećaje, poremećaje raspoloženja, anksiozne poremećaje, somatoformne poremećaje, umišljeni poremećaj, disocijativne poremećaje, poremećaje spolnog identiteta, poremećaje hranjenja, spavanja, kontrole poriva, prilagodbe i poremećaje ličnosti. Kad je riječ o psihičkoj bolesti ne postoji jedan uzrok kojim bi se ona mogla objasniti već se radi o nekoliko uzroka koji mogu pridonijeti njenom razvoju: nasljednost, organsko oboljenje, kemijski i fizički utjecaji, te okolišni faktori. Psihička bolest, ne poznajući granice, pogađa ljude svih dobi, ekonomskih, socijalnih, religijskih ili etničkih porijekla, a suvremena istraživanja pokazuju da pogađa najmanje 20 od 100 ljudi (11). Obilježeni osebujućom simptomatskom i upadljivo smanjenom sposobnošću zadovoljavanja uobičajenih životnih zahtjeva, te socijalnog i radnog djelovanja, najuočljiviji od psihičkih poremećaja su svakako šizofrenija i ostali psihotični poremećaji. Stavovi društva prema psihičkim poremećajima nisu se značajno promijenili kroz povijest, premda je dijagnostika i mogućnost njihova liječenja bitno napredovala.

1.4. Stigmatiziranje psihijatrijskih bolesnika

Stigmatizacija osoba s psihijatrijskim bolestima temelji se na unaprijed oblikovanim negativnim stavovima koje nazivamo predrasudama. Stigmatizirane su sve

osobe s psihijatrijskim poremećajima, bez obzira na dijagnozu, i to mnogo više od bolesnika koji boluju od tjelesnih bolesti (11), dok su bolesnici koji boluju od psihoze mnogo jače stigmatizirani od onih koji boluju od depresije i anksioznih poremećaja (13). Zanimanje za stav prema psihijatrijskim bolesnicima počelo se javljati sredinom dvadesetog stoljeća. Prvi rezultati istraživanja stavova upućivali su na odbojnost – od toga što su ljudi izražavali strah do toga da se ne bi zarazili neracionalnim načinom razmišljanja, do izražavanja nepovjerenja i mržnje prema oboljelima. Osnovni zaključak ranih istraživanja je da osobe koji boluju od psihijatrijskih bolesti u ljudima izazivaju gnušanje i želju za bijegom, a ne osjećaj simpatije i želju da pomognu. Istraživanja šezdesetih godina pokazala su da su ljudi bez obzira na dob i izobrazbu, smatrali da su oboljeli relativno opasni, prljavi, odbojni, nepredvidljivi i bezvrijedni. Isto je ispitivanje osamdesetih godina, dalo neznatno bolje rezultate te je pokazalo koliko je neznanje javnosti o psihijatrijskim bolesnicima (14). Stav društva jest faktor koji može pospješiti ili omesti ostvarivanje uključenosti osobe s mentalnim poremećajem u društvo (15), a na stupanj njezine socijalne funkcionalnosti utječe niz socijalno-psiholoških faktora na koje djeluju različiti oblici društvenih predrasuda vezanih za mentalne poremećaje (15). Rezultati mnogih istraživanja ukazuju na to da su psihički poremećaji i njihovo liječenje manje socijalno prihvaćeni od poremećaja organske prirode. Za razliku od osoba s organskim poremećajima, osobe s psihičkim poremećajima smatraju se nesposobnima za suočavanje i nošenje sa promjenjivim uvjetima svakodnevnog života. J. Yucker navodi pregled literature koji pokazuje da postoji hijerarhija prihvatljivosti različitih poremećaja ovisno o tome radi li se o socijalnoj, radnoj ili rehabilitacijskoj situaciji. Tako su osobe sa psihičkim poremećajima srednje prihvaćene u rehabilitacijskoj situaciji, nisko što se tiče zapošljavanja, te vrlo nisko prihvaćene u socijalnoj okolini, dok su npr. slijepo osobe visoko prihvaćene u socijalnoj okolini, srednje prihvaćene kad se radi o rehabilitaciji, a nisko kad se radi o zapošljavanju. Neka istraživanja stavova društva o osobama sa psihičkim poremećajima pokazuju da su one smatrane neodgovornima i nesposobnima za donošenje odluka i samostalan život, pa im se pripisuje nepredvidivo i djetinjasto ponašanje (17). Općenito, možemo reći da je prosječan stav prema osobama s psihičkim poremećajima povezan sa strahom i prezirom, odnosno socijalna ih okolina u mnogim slučajevima stigmatizira (3). Stigmatizacija osoba koje boluju od psihičke bolesti definira se kao negativno

obilježavanje, marginaliziranje i izbjegavanje osoba zato što imaju psihičku bolest. Bolesnici koji boluju od, primjerice, šizofrenije i sličnih poremećaja puno su jače stigmatizirani od onih koji boluju od depresije ili anksioznih poremećaja. Stigmi su snažno izloženi i ovisnici. Prema istraživanjima (18), bolesne od psihičke bolesti okolina doživljava:

- 1) opasnima (najčešće vezano za dijagnozu šizofrenije i liječenje u psihijatrijskoj bolnici);
- 2) nesposobnima za samostalan život, donošenje odluka, nesposobnima za život i zarađivanje (šizofrenija i liječenje u psihijatrijskoj bolnici);
- 3) slabićima koji su sami krivi za svoju bolest (depresija i anksiozni poremećaji);
- 4) neizlječivima (dementni, mentalno ograničeni, šizofreni i liječeni u ustanovama socijalne skrbi).

Često se događa da se stigma proširi i na obitelj oboljelog. Obitelj može postati opterećena osjećajem krivnje, pitanjima vezanim uz nasljeđivanje bolesti, osjećajem odgovornosti za pojavu mentalne bolesti unutar obitelji. Stigma vrlo često rezultira i samo-stigmatizacijom. Osobe izložene stigmi često imaju osjećaj niskog samopoštovanja i strah od odbacivanja, zbog čega se povlače u sebe, izbjegavaju komunikaciju i na taj način ulaze u „začarani krug“ izolacije, pasivnosti, niskog samopoštovanja s posljedicom neostvarivanja u brojnim životnim područjima što dodatno snižava osjećaj samopoštovanja i autonomnosti. Rezultat ovog procesa često je i „dokaz“ okolini koja stigmatizira da je u pravu u svojim prosudbama. Dakle, značajan utjecaj na stanje bolesnika i tijek bolesti ima, zapravo, stigma i njezine posljedice. Iz tog razloga važno je stalno naglašavati koliko je bitna psihosocijalna komponenta liječenja te borba protiv stigme (19). Stigma povezana s duševnom bolešću može dovesti do toga da osoba odgađa traženje pomoći ili pokušava prikriti bolest kako bi izbjegla sram, izolaciju, diskriminaciju i omalovažavanje.

Psihijatrijskog pacijenta se, sukladno stigmi, gleda kao nerazumnog, nepredvidljivog i opasnog. Stigma predstavlja karakteristiku ili poremećaj koji određenog pojedinca čini neprihvatljivo različitim (o neprihvatljivosti sudi društvo) u

odnosu na većinu. Ukupna osobnost stigmatiziranog čovjeka, sve njegove osobine, poistovjećuju se i gledaju kroz prizmu određene osobine koja je društvu neprihvatljiva. Nažalost, često takav stigmatiziran pojedinac i sam sebe počinje gledati kroz stigm, dodatno gubeći samopoštovanje i samopouzdanje. Kao što je već spomenuto, najstigmatiziraniji su oboljeli od shizofrenije i ovisnici o drogama i alkoholu. Uz navedenu „opasnost po društvo“, na stigm bolesnika svakako utječe činjenica da društvo ne vidi isplativost ulaganja u tretman psihijatrijskih težih bolesnika, budući da se u najvećem broju slučajeva oni ne uspijevaju rehabilitirati do razine radne i uspješne socijalne funkcionalnosti te stoga društvo smanjuje izlaganja za njihovu terapiju. Prve žrtve bilo koje „uloženo - dobiveno“ analize na razini pojedine zemlje su nažalost teži psihijatrijski bolesnici. Upravo stoga, načelo uvažavanja različitosti, humani i socijalni pristup i što ravnopravnija društvena pozicija psihijatrijskih bolesnika trebali bi barem dijelom amortizirati smanjenje izdvajanja sredstava za funkcioniranje cjelokupnog psihijatrijskog tretmana.

1.5. Zdravstveni djelatnici u radu s psihijatrijskim bolesnicima

Etičke smjernice zdravstvenih djelatnika naglašavaju da svakog bolesnika treba tretirati s poštovanjem, integritetom i autonomijom, da on ima pravo na potpunu informiranost o svom stanju, o preporučenim dijagnostičkim i terapijskim metodama, uključujući alternative te pravo izbora između ponuđenih metoda. Stigmatizirajući stavovi osoblja koje liječi bolesnika mogu grubo narušavati ova prava i dovesti do manjka suradnje bolesnika, odbijanja pomoći i lošijeg ishoda liječenja. Liječnici, posebno psihijatri i medicinske sestre koje rade na psihijatrijskim klinikama i odjelima, imaju ključnu ulogu u uspostavljanju poštovanja i ljudskih prava, odnosno prava bolesnika. U svjetlu etičkih smjernica važno je poštivanje autonomije bolesnika, odnos zasnovan na povjerenju i poštovanju i zaštita interesa bolesnika, Suvremena psihijatrija treba voditi računa o jednakoj važnosti biološke, psihološke i socijalne dimenzije u liječenju i rehabilitaciji. Moralna obveza liječnika i medicinskih sestara, kao i drugih zdravstvenih djelatnika je raditi na programima borbe protiv stigme. Prema etičkim principima zdravstveni djelatnici dužni su pružiti najbolje liječenje koje je na

raspolaganju prema najnovijim stručnim i znanstvenim spoznajama; ono danas svakako uključuje rad sa stigmom i predrasudama vezanim uz psihičku bolest (19).

Stigma nije usmjerena samo na psihijatrijskog bolesnika već vrlo često i na psihijatriju kao struku, psihijatrijske institucije pa i same stručnjake. Najčešća je predodžba da se u psihijatrijskim ustanovama liječe samo „luđaci”. Stigma prema psihijatriji kao struci očituje se u lošim smještajnim kapacitetima, problemima u financiranju i omalovažavanju rezultata liječenja. Psihijatri se često doživljavaju kao neučinkoviti i nekonkretni jer se bolest doživljava neizlječivom ili se psihijatrijske bolesti doživljavaju kao „slabost karaktera“, lijenost, „ludost“, i dr..

Terapijska komunikacija, osim što za medicinsku sestru predstavlja izazov u radu s bolesnikom, sastavni je dio njene radne svakodnevice. Međutim, kvalitetna komunikacija je preduvjet sigurne i učinkovite zdravstvene njege, a uvjetovana je samom vještinom komunikacije i iskustvom ali i mnogim drugim čimbenicima, kao što su radna okolina, uvjeti rada te usmjerenost na određeni koncept zdravstvene njege (20). Učinkovita terapijska komunikacija između zdravstvenih djelatnika i psihičkog bolesnika temeljni je pristup u ublažavanju psihičkih tegoba tijekom procesa skrbi i pozitivno utječe na oporavak bolesnika. Iskustvo je pokazalo da su studenti sestrinstva zabrinuti u svezi s komunikacijom s bolesnicima koji se bore s psihičkim poremećajima, a tjeskoba studenta može ometati otvorenu komunikaciju i empatiju. Studenti osjećaju strah da ne bi rekli nešto pogrešno ili da ih bolesnici pogrešno ne shvate te da se to ne odrazi na samu kvalitetu oporavka i života bolesnika. Cilj kolegija „Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika“ koji se izvodi na preddiplomskim studijima sestrinstva je naučiti studenta da razumije važnost promocije mentalnog zdravlja i pomoći osobama i njihovim obiteljima u suočavanju s psihičkim poremećajima; osposobiti ga za vještine potrebne za prikupljanje podataka, planiranje i provođenje zdravstvene njege te evaluaciju ishoda u takvih bolesnika; dati mu osnovno teoretsko znanje i razumijevanje tehnika pregovaranja, grupne terapije i specifičnih intervencija u kriznim stanjima te ga osposobiti da funkcionira kao kompetentni član multidisciplinarnog tima koji skrbi o psihičkim bolesnicima. Ishodi učenja koji se trebaju postići su:

1. razviti stav o važnosti promocije mentalnog zdravlja i pomoć osobama i njihovim obiteljima u suočavanju s psihičkim poremećajima;

2. procijeniti međusobni utjecaj bioloških, psiholoških, socijalnih i duhovnih čimbenika;
3. reproducirati i razumjeti temeljne pojmove koji se odnose na promociju mentalnog zdravlja i pomoći osobama i njihovim obiteljima u suočavanju sa psihičkim poremećajima;
4. sudjelovati u unapređenju duševnog zdravlja i procjeni mentalnoga statusa kao kompetentni članovi multidisciplinarnog tima;
5. prikupljati podatke, planirati i provoditi zdravstvenu njegu te evaluaciju ishoda zdravstvene njege;
6. razumjeti osnovne tehnike pregovaranja, grupne terapije i specifičnih intervencija u kriznim stanjima.
7. demonstrirati znanje za rad u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti mentalnog zdravlja;
8. razviti humaniji odnos prema bolesnicima s mentalnim poremećajima i tako pridonijeti antistigmi.

1.6. Zaštita psihijatrijskih bolesnika do stigmatizacije

Međunarodni instrumenti zaštite mentalnog zdravlja uključuju Načela Ujedinjenih naroda za zaštitu osoba s duševnom bolešću i poboljšanje skrbi o duševnom zdravlju koja predstavljaju Smjernice SZO za unaprjeđenje ljudskih prava osoba s duševnim poremećajima te deset temeljnih Načela o skrbi za mentalno zdravlje i Madridsku deklaraciju koju je usvojila Svjetska psihijatrijska udruga te deklaracija iz Karakasa.

U Helsinkiju, 2005. godine, u organizaciji SZO u partnerstvu s Europskom komisijom, održana je Ministarska konferencija na kojoj je prihvaćena Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje za Europu. Suprotstavljanje stigmi i socijalnoj isključenosti jedno je od pet prioriternih područja djelovanja u zaštiti mentalnog zdravlja Europskog pakta za mentalno zdravlje i dobrobit iz 2008. godine.

Prema Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje 2011-2016 donesenoj na 79. sjednici Vlade Republike Hrvatske, tjelesno i mentalno zdravlje imaju ključnu ulogu u životu ljudi i razvoju društva. Obzirom na težinu problema koju u suvremenom svijetu danas imaju poremećaji duševnog zdravlja, podcjenjivanje značaja problema, kao i specifičnost mjera koje se mogu poduzeti u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja, nacionalne politike usmjerene su na donošenje specifičnih strategija zaštite mentalnog zdravlja. Osobe koje boluju od mentalnih poremećaja ne smijemo poistovjećivati s njihovom bolešću.

Bolovati od mentalne bolesti jednoznačno je kao bolovati od bilo koje druge bolesti (primjerice šećerne bolesti). Bez obzira na to jesmo li zdravi ili bolesni, svi imamo jednaka ljudska prava i moramo imati pravo na jednake mogućnosti u ostvarivanju svih životnih potreba. A kao odgovorni članovi društva i profesionalci, svi smo dužni boriti se protiv stigme mentalnog poremećaja, kršenja ljudskih prava i diskriminacije (10).

2. CILJEVI

Ciljevi ovog istraživanja su:

- 1) Utvrditi najčešće predrasude prema psihijatrijskim bolesnicima studenata sestrinstva treće godine koji program prate pri Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu.
- 2) Ispitati dovodi li edukacija studenata sestrinstva do smanjenja njihovih predrasuda prema psihičkim bolesnicima.

Hipoteza istraživanja:

Nakon provedene formalne edukacije o zdravstvenoj njezi psihičkih bolesnika u sklopu kolegija Zdravstvena njega II studenti 3. godine preddiplomskog studija sestrinstva koji obrazovni program prate pri Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu imat će pozitivnije stavove prema psihijatrijskim bolesnicima u odnosu na njihove stavove prije provođenja edukacije.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. Uzorak ispitanika

Uzorak ispitanika sačinjavaju studenti/ce sestrinstva 3. godine preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, N=39. Uvjeti uključivanja bili su odslušan i položen kolegiji „Psihijatrija“ koji se izvodio u mjesecu studeni te popunjavanje oba upitnika. Svi su studenti zadovoljili kriterije uključivanja. Istraživanju se nisu odazvala dva studenta.

3.2. Metoda istraživanja

Istraživanje je provedeno na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu u prosincu 2014. godine.. Za istraživanje su korišteni sljedeći upitnici (Prilog 1):

- 1) Upitnik sociodemografskih podataka kojim se prikupljaju sociodemografske karakteristike ispitanika (spol, dob, stupanj obrazovanja, mjesto boravka, socioekonomski status) te podatci o direktnom iskustvu s ljudima oboljelima od psihičkih bolesti.
- 2) Upitnik sa šesnaest tvrdnji koje se odnose na stavove ispitanika prema oboljelima od psihijatrijskih bolesti i poremećaja, mjerenima na Likertovoj ljestvici od 1 (uopće se ne slažem), 2 (uglavnom se ne slažem), 3 (ne znam), 4 (uglavnom se slažem) i 5 (u potpunosti se slažem). Upitnik s tvrdnjama ispitanici popunjavaju na samom početku nastave kolegija „Zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika“, te na zadnjem satu nastave, nakon što je održana sva teorijska i klinička nastava istog kolegija. Rezultati na ljestvici upitnika prikazani su kao suma odgovora na svih 16 tvrdnji pri čemu veći rezultat označava negativniji stav prema osobama oboljelima od psihičkih bolesti i poremećaja. Teorijski raspon tako formiranih rezultata je od 16 do 80.

Planirano je uključiti sve studente 3. godine preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu te provesti istraživanje na prvom i zadnjem satu (nakon održane teorijske i kliničke nastave) kolegija „Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika“. Istraživanje je bilo dobrovoljno i anonimno, a upitnik koji se koristio je nevalidirani upitnik koji je prvi puta sastavljen u svrhu provođenja ovog istraživanja. Upitnici su sastavljeni u suradnji s doc. dr. sc. Vesnom Antičević i Anom Stipčić, mag.soc.

Intervencije koje će biti provedene nad ispitanicima su: predavanje teorijskog dijela kolegija s prikazima bolesnika (40 sati), kliničko usavršavanje u Kliničkom bolničkom centru Split na Klinici za psihijatriju (55 h) gdje su studenti imali obvezu praćenja jednog bolesnika po obrascima službene sestrinske dokumentacije kako bi osigurali cjeloviti (holistički) pristup bolesniku, te seminari (19 sati) na kojima su studenti jedni drugima prezentirali klinički prikaz slučaja uz pomoć službene sestrinske dokumentacije („Narodne novine“ broj 121/03, 117/08 i 57/11 http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1692.html). Svaki student je pratio po jednog bolesnika, ali je odslušao 40 prikaza kliničkih slučajeva. Najčešće medicinske dijagnoze koje su bile zastupljene u kliničkoj obradi slučajeva su: šizofrenija (36%), depresija (22%), bipolarni poremećaj (16%), bolesti ovisnosti (4%), bolesti ovisnosti (4%), kombinirani poremećaji (18%).

3.3. Analiza podataka

Za analizu podataka korišten je program SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Kvalitativni podatci opisani su apsolutnim frekvencijama i postotcima. Za opis razdiobe sume bodova na ljestvici kojom su se procjenjivali stavovi prema osobama oboljelima od psihičkih bolesti i poremećaja korištene su aritmetička sredina i standardna devijacija. Razdiobe bodova za pojedinačna pitanja opisane su također aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, te medijanom i interkvartnim rasponom. Uz te mjere korišteni su i postotci ispitanika koji su dali pojedini odgovor za svaku tvrdnju. Normalitet razdiobi provjeren je Kolmogorov-Smirnovljevim testom. Za analizu razlika u stavu prije i poslije intervencije upotrijebljen je Wilcoxonov test kao

neparametrijska alternativa t-testu za zavisne uzorke i pripadajući indeks veličine efekta prema formuli $r=Z/\sqrt{2N}$. Prvo prikazujemo rezultate po česticama. Za svaku česticu prikazuju se aritmetička sredina i standardna devijacija, kao i postotci ispitanika za svaki odgovor.

3.4. Etička pitanja

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu (Kl. 602-04/14-11/00001, Ur. 2181-228-06-15-0006).

4. REZULTATI

Uzorak ispitanika bio je relativno homogen (Tablica 1). Sačinjavale su ga uglavnom žene, a srednjoškolsko obrazovanje ispitanika je bilo uglavnom strukovno, zdravstvenog usmjerenja. Ispitanici su imali prosječni socio-ekonomski status. Sukladno procjenama o učestalosti psihičkih oboljenja u općoj populaciji čak 20% ispitanika imalo je iskustva s psihičkim bolesnicima u obitelji.

Tablica 1. Sociodemografska obilježja ispitanika, N=39

Varijabla	Grupa	N	%
Spol ispitanika	Muški	6	15,4
	Ženski	33	84,6
	Ukupno	39	100,0
Dob ispitanika	20-25	28	71,8
	26-30	2	5,1
	31-35	4	10,3
	>35	5	12,8
	Ukupno	39	100,0
Srednjoškolsko obrazovanje	Opće (gimnazije)	7	17,9
	Zdravstveno	32	82,1
	Ostale strukovne škole	0	0
	Ukupno	39	100,0
Socio-ekonomski status	Lošiji od ostalih	3	7,7
	Prosječan	33	84,6
	Bolji od ostalih	3	7,7
	Ukupno	39	100,0
Vlastito bolovanje od psihičkih bolesti	Da	1	2,6
	Ne	38	97,4
	Ukupno	39	100,0
Bolovanje od psihičkih bolesti člana obitelji	Da	8	20,5
	Ne	31	79,5
	Ukupno	39	100,0

Prikazani su podatci za pojedine čestice upitnika o stavovima studenata prema psihijatrijskim bolesnicima prije i nakon odslušanog kolegija (Tablica 2).

Tablica 2. Rezultati stavova ispitanika o psihijatrijskim bolesnicima po česticama (N=39)

Tvrdnja	Mjerenje	Ukupno			Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne znam	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
		N	M	SD	%	%	%	%	%
Psihički bolesnici su slabiji, sami su krivi za svoju bolest.	1	39	1,3	0,7	74	20,5	0,0	5,1	0
	2	39	1,0	0,2	97	2,6	0,0	0,0	0
Psihički bolesnici su opasni sami za sebe.	1	39	3,4	0,8	0	15,4	35,9	43,6	5
	2	39	3,3	0,7	0	12,8	46,2	41,0	0
Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su.	1	39	3,0	0,8	0	23,1	56,4	15,4	5
	2	39	2,0	0,7	21	51,3	28,2	0,0	0
Svaki shizofreni bolesnik je opasan.	1	39	2,3	1,0	28	30,8	30,8	5,1	5
	2	39	1,6	0,6	56	35,9	7,7	0,0	0
Dementni ljudi su teret društva.	1	39	1,7	0,8	49	30,8	20,5	0,0	0
	2	39	2,1	1,1	39	28,2	12,8	20,5	0
Psihički bolesnici su nesposobni za samostalan život.	1	39	2,7	1,2	15	38,5	23,1	10,3	13
	2	39	2,4	1,1	21	41,0	23,1	7,7	8
Ljudi s poremećajima svijesti (delirijum, katatonija...) nisu svjesni događanja okolo sebe.	1	39	3,9	0,7	0	0,0	30,8	51,3	18
	2	39	3,2	1,1	13	7,7	33,3	35,9	10
Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme.	1	39	3,4	1,0	8	10,3	23,1	51,3	8
	2	39	2,1	1,0	33	30,8	25,6	10,3	0
Ovisnosti nisu bolesti.	1	39	1,5	0,9	64	25,6	2,6	7,7	0
	2	39	1,5	0,9	72	15,4	5,1	7,7	0,0
Depresivna osoba je luda osoba.	1	39	1,4	0,8	71,8	20,5	5,1	0,0	2,6
	2	39	1,3	0,6	79,5	17,9	0,0	2,6	0,0

Tvrdnja	Mjerenje	Ukupno			Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Ne znam	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
		N	M	SD	%	%	%	%	%
Osoba s manijom je zabavna, smiješna. Čovjek se zabavi s njom.	1	39	2,7	1,1	25,6	12,8	30,8	30,8	0,0
	2	39	2,9	1,2	17,9	15,4	41,0	15,4	10,3
Psihički bolesnici su nesposobni za samostalno donošenje odluka (liječenje, financije...), život i zarađivanje.	1	39	3,0	1,0	7,7	25,6	33,3	28,2	5,1
	2	39	2,5	0,9	12,8	43,6	28,2	15,4	0,0
Veliki broj ljudi glumi psihičke bolesti.	1	39	2,8	1,0	7,7	35,9	33,3	15,4	7,7
	2	37	2,0	0,9	35,1	32,4	29,7	2,7	0,0
Najčešće se glumi PTSP.	1	39	3,8	1,1	7,7	5,1	12,8	51,3	23,1
	2	39	3,7	1,3	12,8	5,1	12,8	43,6	25,6
Voljela/o bih više bolovati od maligne bolesti nego od psihičke.	1	39	0,0	1,2	17,9	12,8	35,9	23,1	10,3
	2	39	3,3	1,1	12,8	5,1	30,8	41,0	10,3
Psihičke bolesti su neizlječive.	1	39	2,7	1,2	17,9	38,5	12,8	23,1	7,7
	2	39	2,7	1,1	20,5	20,5	33,3	23,1	2,6

Provedene analize pokazuju kako su **čestice s najvećom prosječnom ocjenom u prvom mjerenju**: „Ljudi s poremećajima svijesti (delirijum, katatonija...) nisu svjesni događanja oko sebe“ (aritmetička sredina \pm SD, $3,87 \pm 0,7$), „Najčešće se glumi PTSP“ ($3,77 \pm 1,1$) te „Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme“ ($3,41 \pm 1,0$).

Tvrdnje koje su dobile **najmanju prosječnu ocjenu u prvom mjerenju** su „Psihički bolesnici su slabići, sami su krivi za svoju bolest“ ($1,36 \pm 0,7$), „Depresivna osoba je luda osoba“ ($1,41 \pm 0,8$) te „Ovisnosti nisu bolesti“ ($1,54 \pm 0,9$).

Najveću ujednačenost u odgovorima ispitanici iskazuju za tvrdnje „Ljudi s poremećajima svijesti (delirijum, katatonija...) nisu svjesni događanja oko sebe.“ (SD=0,7), „Psihički bolesnici su slabići, sami su krivi za svoju bolest“ (SD=0,74) te „Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su“ (SD=0,78). Ispitanici se **najmanje slažu u odgovorima** za tvrdnje „Psihičke bolesti su neizlječive“ (SD=1,25), „Psihički bolesnici su nesposobni za samostalan život“ (SD=1,24) te „Voljela/o bih više bolovati od maligne bolesti nego od psihičke“ (SD=1,23).

U drugom mjerenju tvrdnje s **najvećom prosječnom ocjenom** su „Najčešće se glumi PTSP“ ($3,64 \pm 1,3$), „Voljela/o bih više bolovati od maligne bolesti nego od psihičke“ ($3,31 \pm 1,1$) te „Psihički bolesnici su opasni sami za sebe“ ($3,28 \pm 0,7$).

Najnižim rezultatima ocijenjene su tvrdnje „Psihički bolesnici su slabići, sami su krivi za svoju bolest“ ($1,03 \pm 0,2$), „Depresivna osoba je luda osoba“ ($1,26 \pm 0,6$) te „Ovisnosti nisu bolesti“ ($1,49 \pm 0,9$).

Ispitanici su se **najviše slagali u odgovorima** kod tvrdnji „Psihički bolesnici su slabići, sami su krivi za svoju bolest.“ (SD=0,16), „Depresivna osoba je luda osoba“ (SD=0,595) te „Svaki shizofreni bolesnik je opasan“ (SD=0,64). **Najmanje slaganje u odgovorima** ispitanika dobiveno je za tvrdnje „Voljela/o bih više bolovati od maligne bolesti nego od psihičke“ (SD=1,29), „Osoba s manijom je zabavna, smiješna. Čovjek se zabavi s njom“ (SD=1,20) te „Dementni ljudi su teret društva“ (SD=1,16).

Tvrdnje kod kojih je dobivena **najveća razlika između prvog i drugog mjerenja**, odnosno kod kojih je najveća promjena stava su „Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme“ ($\Delta M=1,28$), „Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su“ ($\Delta M=1,28$) te „Veliki broj ljudi glumi psihičke bolesti“ ($\Delta M=1,28$). **Najmanja razlika između dva mjerenja**, odnosno najmanja

promjena stava dobivena je za tvrdnje „Psihičke bolesti su neizlječive“ ($\Delta M = -0,03$), „Ovisnosti nisu bolesti“ ($\Delta M = 0,05$) te „Psihički bolesnici su opasni sami za sebe“ ($\Delta M = 0,10$).

Opisni podatci za sumu bodova na ljestvici upitnika prikazani su u Tablici 3.

Tablica 3. Opisni podatci za sumu bodova na ljestvici (od 16 do 80) upitnika o stavovima prema psihičkim bolestima, N=39

Mjerenje	C*	Q1	Q3	Min	Max
Prije intervencije	43	35	44	30	66
Poslije intervencije	37	32	43	28	50

C – medijan

Q1 – prva kvartila

Q3 – treća kvartila

Min – minimum

Max – maksimum

*podatci su opisani medijanom i interkvartilnim rasponom budući je Kolmogorov-Smirnovljev test pokazao odstupanja od normalne razdiobe kod oba mjerenja ($p \leq 0,024$).

Kako su rezultati provjere normaliteta razdiobi za prvo i drugo mjerenje pokazali da razdiobe sume ostvarenih bodova značajno odstupaju od normalne razdiobe, za analizu razlika drugog mjerenja u odnosu na prvo mjerenje korišten je Wilcoxonov test. Rezultati su pokazali značajnu razliku u stavovima prije i nakon provođenja edukacije ($p < 0,001$) pri čemu su rezultati nakon provedene edukacije manje negativno orijentirani prema psihičkim bolesnicima.

5. RASPRAVA

Rezultati našeg istraživanja u prvom mjeranju (prije provedene edukacije i izravnog kontakta s oboljelima) pokazuju najveću ujednačenost studenata sestrištva za tvrdnje da su oboljeli sami krivi za svoje stanje te da su opasni za okolinu u svezi s agresivnošću. U skladu s tim su i druga istraživanja koja pokazuju da su uobičajeni stereotipi o ljudima s mentalnim poremećajima da su ti ljudi opasni, nepredvidivi, nesposobni i sami krivi za svoj poremećaj (11) te neizlječivi (dementni, retardirani, shizofreni i liječeni u ustanovama socijalne skrbi) (21).

Uzrok takvog stava je prema brojnim autorima i djelomična posljedica negativnog utjecaja masovnih medija na stavove o psihičkim bolesnicima. Premda tijekom života ljudi dolaze u dodir s medicinskom koncepcijom mentalnog poremećaja i imaju drugačije interpretacije težine i dubine nečijeg poremećaja nego profesionalci (22), sredstva masovne komunikacije kao najjači determinatori većine naših stavova svakodnevno podržavaju i učvršćuju stereotipnu predodžbu o duševno poremećenom čovjeku kao čudnom, nepredvidivom i opasnom. Mediji svojim djelovanjem, pisanjem i prikazivanjem na televiziji i filmovima, najčešće podržavaju stigmatu opasnosti jer prikazuju većinom loše vijesti, a to čine i nedokazanom ili neopravdanom potrebom metafore „šizofreničar“ ili „luđak“ u novinskim člancima (22). Prikazi osoba s psihijatrijskim oboljenjima na televiziji i u drugim sredstvima javnog informiranja su važni jer predstavljaju glavni, a za neke ljude i jedini izvor informacija o psihijatrijskim bolestima. Istraživanje u Sjedinjenim Američkim državama pokazalo je da za 87% ljudi televizija glavni izvor informacija, u odnosu na informacije dobivene od prijatelja (51%) i medicinskih stručnjaka (29%). Rezultati australijskog istraživanja pokazuju da su u više od polovine analiziranih novinskih članaka na temu osoba s psihijatrijskim bolestima, prikazivanje oboljelih kao opasnih (61%), izvršilaca kriminalnih radnji (47%) i kao nepredvidljivih (24%). Analiza reprezentativnog broja dokumentarnih emisija je pokazala da većina njih (66%) govori o povredama koje su osobe s psihijatrijskim bolestima nanijele drugim ljudima, a mali broj govori o tretmanu i oporavku oboljelih (18%). Opsežan pregled međunarodne literature vezano za medije i njihovo izvještavanje o psihičkom zdravlju i psihičkim poremećajima napravljen je 2001. godine (23). Rezultati istraživanja provedenog u Južnoafričkoj Republici od 2002.

do 2006. godine, pokazali su da oboljeli od shizofrenije doživljavaju visok stupanj stigmatizacije te da su bili diskriminirani u nekom obliku. Obrazovaniji ispitanici izjavili su da mediji imaju negativan utjecaj na percepciju javnosti o psihijatrijskim poremećajima. Studija iz Ujedinjenog Kraljevstva (23) koja se bavila pregledom novinskih prikaza o psihijatrijskim poremećajima zagovara „kvadriranje“ kao način na koji zdravstveni sistem može izazvati dominantni koncept i samim tim politike da se fenomen promjeni iz osobnog u društveni problem. Studija rađena u Njemačkoj pokazala je da studenti koji su čitali negativne članke o psihijatrijskim poremećajima ispoljavaju negativnije stavove prema ljudima s psihijatrijskim poremećajima. Također, autori su uočili trend povećanja želje za socijalnom distancom od strane studenata koji su više vremena provodili gledajući televiziju. Njemačka studija koja je istraživala vezu između konzumiranja medija i željene socijalne distance prema osobama s psihijatrijskim poremećajima u općoj populaciji pokazala je priče o ljudima koji dobro žive i funkcioniraju s psihijatrijskim oboljenjima trebaju biti učestalije u medijskim izvještavanjima jer mogu imati pozitivan utjecaj na stavove čitatelja prema oboljelim osobama (23).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju umjerenu razliku u stavovima prije i nakon provođenja edukacije pri čemu su rezultati nakon provedene edukacije manje negativno orijentirani prema psihičkim bolesnicima što je pokazatelj pozitivnog utjecaja edukacije na smanjenje predrasuda prema psihijatrijskim bolesnicima. Tvrdnje kod kojih je najveća promjena stava su „*Ljudi s ovisnostima su sami krivi za svoje stanje i probleme*“, „*Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su*“, „*Veliki broj ljudi glumi psihičke poremećaje*“.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju da su studenti sestrinstva u prvom mjerenju smatrali da su ljudi s bolestima ovisnosti (droga, kocka, alkohol) sami krivi za svoje stanje i probleme, dok su u drugom mjerenju pokazali veće neslaganje s ovim tvrdnjom. Da direktno iskustvo s psihički bolesnom osobom može promijeniti stav prema manje negativnom pokazano je nizom istraživanja. Tako su rezultati istraživanja koje je provelo Federalno ministarstvo zdravstva, Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine 2012. godine, pokazali da osobe koje su imale ili imaju u bližem okruženju osobu s psihijatrijskim poremećajem, izražavaju manju socijalnu distancu. Također,

ispitanici koji imaju više znanja o činjenicama vezanim za psihijatrijske poremećaje imali su manju potrebu za socijalnom distancom.

Smanjenje osjećaja straha prema psihičkim bolesnicima se može ostvariti pružanjem adekvatnih informacija javnosti o potencijalnom riziku i ostvarivanju kontakta između javnosti i osoba s psihijatrijskim oboljenjima (24) čemu u prilog idu i rezultati našeg istraživanja koji pokazuju razliku u stavu studenata u prvom i drugom mjerenu jer je jedna od najvećih razlika u stavovima zabilježena baš u tvrdnji „*Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su*“. Međutim, nameće se pitanje je li promjena negativnih stavova u prosjeku od 6 bodova što iznosi oko 8% na ukupnoj ljestvici zadovoljavajuća? Pitanje je zašto nije postignuta veća promjena negativnih stavova? Mogući razlozi su da su studenti bili usmjereni više na zadovoljavanje formalnih uvjeta za pristup ispitu iz kolegija „Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika“ te da nisu iskoristili situaciju za osvještavanje svojih stavova (introspekciju) i promjenu i samim tim nisu bili motivirani za upoznavanje s dubljom problematikom ove teme. Također, mogući razlog je neiskustvo u vođenju razgovora kao i preopterećenost mentora na kliničkom usavršavanju i samim time mogućeg nedovoljnog posvećivanja studentima. Grupa od deset studenata na jednog mentora koji obavlja i svoj redovni posao u isto vrijeme je očito prevelika da bi se u potpunosti razvile potrebne komunikacijske i druge vještine kod studenata sestinstva. Budući je veličina grupe na kliničkom usavršavanju regulirana zakonskim aktom, ovakva istraživanja su možda prvi korak u dokazivanju potrebe za revizijom vježbovne skupina na visoko specifičnim područjima rada. Do tada, treba razmisliti o osiguravanju prisustva vođenom intervjuu od strane kliničkog psihologa koji bi studente educirao o načinu vođenja intervjua i omogućio stvaranje ispravne slike o životu s psihičkim bolestima. Također, postavlja se pitanje o potrebi dodatne edukacije i samih mentora kliničkih vježbi kako bi se osigurao ispravan didaktičko metodički pristup studentima, motiviranje i usmjeravanje studenata a sve u svrhu postizanja najviše razine kvalitete kliničkog usavršavanja.

Brojna istraživanja o stigmatizaciji psihijatrijskih bolesnika dokazala su da ljudi mijenjaju negativne stavove nakon provedene edukacije i/ili kontakta s psihijatrijskim bolesnicima što nas, zdravstvene djelatnike, obvezuje da ulažemo u samoinspekciju i promjenu negativnih stavova ali i da senzibiliziramo javnost provođenjem zdravstvenog

prosvjeđivanja i zdravstvenog odgoja. Nastavnici imaju pravo i dužnost neprekidno se pedagoški i stručno usavršavati, pratiti znanstvena dostignuća i unapređivati pedagošku praksu kako bi dodatno motivirali učenike i studente na savladavanje gradiva, napredovanje i razvijanje pozitivnih stavova. Provođenje istraživanja na studentskoj populaciji su učestala, ali nismo našli radove gdje su istraživanja provedena na studentima sestrinstva koja su se bavila ovom temom.

Smatramo da bi se istraživanje trebalo ponoviti i uključiti sve studente sestrinstva u Republici Hrvatskoj uz nadopunu upitnika kako bismo saznali na osnovu čega su studenti prije formirali svoje stavove te što je bilo presudno u promjeni istih. Je li negativni stav studenata sestrinstva posljedica negativnog medijskog izvještavanja i/ili nedostatka direktnog iskustva? Ukupno 20% ispitanika je imalo ili još uvijek ima direktno iskustvo s oboljelima od psihičkih bolesti, ali s obzirom na mali uzorak nije pronađena statistički značajna razlika u stavovima. Također, bilo bi ispravno provesti kvalitativno istraživanje s fokus grupama kako bi studenti/ispitanici bili više uključeni u sam proces istraživanja i kako bi se identificirali razlozi koji ne dovode do smanjenja negativnih stavova. Jedan od ciljeva suvremenih učilišta je prema mogućnostima uključiti Alumni udruga u inoviranje izvedbenih planova postojećih kolegija vezanih uz područja istraživanja te bi možda na ovaj način bilo moguće pratiti promjenu stavova i nakon diplomiranja.

Najveći nedostatak provedenog istraživanja je relativno mali uzorak ispitanika te nemogućnost objašnjenja postignute razlike u stavovima samo provedenim intervencijama na kolegiju. Unatoč smanjenju negativnog stava prema oboljelima, predrasude i dalje postoje. Negativan stav u populaciji zdravstvenih radnika koji bi trebali imati razvijeniju empatiju od ostalih ima direktnu posljedicu za oboljele. Stigmatizirajući stavovi osoblja mogu grubo narušavati prava pacijenata i dovesti do manjka suradnje bolesnika, odbijanja pomoći i lošijeg ishoda liječenja.

Sam stav studenata sestrinstva da su psihijatrijske bolesti neizlječive utječe na motiviranost zdravstvenih radnika, a samim time ima izravni utjecaj i na motiviranost i predanost bolesnika liječenju. Zašto studenti sestrinstva imaju takav stav? Prosjek broja bolničkog liječenja kod praćenih bolesnika je 7 sto nas upućuje na zaključak da su studenti imali kontakt sa socijalno neintegriranim bolesnicima, bez obiteljske podrške obitelji i okoline. Stav da su psihički bolesnici opasni sami za sebe je utemeljen na tome

što je 80% praćenih bolesnika pokušalo suicid te su zbog toga sada na hospitalizaciji (43%) ili su bili ranije zbog toga hospitalizirani. Vidljivo je da nije preporučivo da se usavršavanje iz ovog kolegija obavlja samo u bolnici već bi trebalo organizirati usavršavanje i kroz suradnju s udrugama, klubovima i komunama gdje se provodi socijalizacija i integracija u okolinu. Nakon intervencije studentici izražavaju kontradiktoran stav: ovisnici nisu krivi za svoje probleme, a ostaje tvrdnja da ovisnosti nisu bolesti. Očigledno su jako neobrazovani glede tog aspekta psihičkih bolesti te im treba osigurati duže iskustvo s ovom kategorijom bolesnika.

„Psihijatrija se danas nalazi pred velikim izazovima i novim definiranjem vlastita identiteta. Ona jest medicinska disciplina, ali ona je i više od toga. Stoga ne smije biti zatvorena u sebe nego mora biti prisutna u zajednici gdje nastaju i očituju se psihički problemi i poremećaji i tamo djelovati kako bi se oni prevenirali, ispravno prepoznali i liječili uspješno i na vrijeme. Između ostalog, postoji sve veća potreba organiziranja psihijatrije da djeluje kroz druge, tu se prije svega misli na obiteljske liječnik i liječnike primarne zdravstvene zaštite. Stoga je nužna dobra edukacija budućih liječnika iz psihološke medicine da budu osposobljeni prepoznati duševne poremećaje u ranoj fazi kao i uspješno liječiti većinu anksioznih i depresivnih poremećaja, poremećaje sna i prehrane, seksualne disfunkcije, alkoholizam, poremećaje obiteljskih odnosa... Na ovaj način može se izbjeći skupe hospitalizacije, dugotrajna bolovanja, kodificiranje bolesti, gubici radne sposobnosti, i za društvo uštedjeti ne samo golema materijalna sredstva nego i spasiti mnogi životi. Zdrav duh u zdravom društvu predstavlja veliki izazov za transdisciplinarnu integrativnu psihijatriju 21. stoljeća. Povjerenje, partnerstvo, prijateljstvo i solidarnost su temelji bolje budućnosti“ (4).

6. ZAKLJUČCI

Provedene analize pokazuju:

1. čestice kod kojih se pojavio najviši rezultat u prvom mjerenju su: „*Ljudi s poremećajima svijesti (delirijum, katatonija...) nisu svjesni događanja okolo sebe*“ (3,9±0,7), „*Najčešće se glumi PTSP*“ (3,77±1,1) te „*Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme*“ (3,41±1,0). U drugom mjerenju tvrdnje s najvišim rezultatom su „*Najčešće se glumi PTSP*“ (3,64±1,3), „*Voljela/o bih više bolovati od maligne bolesti nego od psihičke*“ (3,31±1,1) te „*Psihički bolesnici su opasni sami za sebe*“ (3,28±0,7).
2. Tvrdnje kod kojih je dobivena najveća razlika između prvog i drugog mjerenja, odnosno kod kojih je najveća promjena stava su „*Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme*“ ($\Delta M=1,28$), „*Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su*“ ($\Delta M=1,28$) te „*Veliki broj ljudi glumi psihičke bolesti*“ ($\Delta M=1,28$). Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u rezultatima prvog i drugog mjerenja stavova prema osobama oboljelima od psihičkih bolesti i poremećaja ($p<0,05$).
3. Dobiveni rezultati pokazuju da je došlo do umjerenog smanjenja negativnog stava ($r=0,404$) kod studenata sestrinstva nakon odslušane nastave na kolegiju „*Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*“.

LITERATURA

1. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
2. Pejnović Franelić I. Odjel za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
<http://www.hzjz.hr/sluzbe/sluzba-za-promicanje-zdravlja/odjel-za-mentalno-zdravlje-i-prevenciju-ovisnosti/>
3. Bajas M. Stavovi srednjoškolaca prema psihičkim bolesnicima, narkomanima i alkoholičarima i njihovo predviđanje na osnovu kauzalnih atribucija, kontakta i samoprocjene znanja. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu. Filozofski fakultet. Odsjek za psihologiju. Zagreb, 2003.
<http://darhiv.ffzg.unizg.hr/10/1/MartinaBajs.pdf>
4. Jakovljević M, Sartorius N, Cifrić I, Letica S, Nikić M, Gabrić N, Lang S. Duševno zdravlje, kultura i život: psihijatrija pred izazovima. Zagreb: Pro Mente, 2014. 106-107.
5. Prpić M. Konstrukcija skale za mjerenje stavova o ulasku Republike Hrvatske u NATO savez. Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet. Odsjek za psihologiju. Zagreb, 2005.
<http://darhiv.ffzg.unizg.hr/478/1/Prpi%C4%87Maja.pdf>
6. Pennington, D.C. Osnove socijalne psihologije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2001.
7. Rot N. Osnove socijalne psihologije. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva. Beograd, 1983.
8. Perišlin R. Kada se i kako naše ponašanje slaže s našim stavovima? U Kolesarić V. (Ur.): Uvod u psihologiju – suvremena, znanstvena i primijenjena psihologija. Grafički zavod Hrvatske, Zagreb, 1991.; 175-213.
9. Petz B. (Ur.), Psihologijski riječnik. Zagreb. Prosvjeta; 1992.

10. Puljak A. Stigma mentalnog poremećaja. Centar za promicanje zdravlja, Služba za javno zdravstvo.
11. Corrigan P. W, River L. P, Lundin R. K, Penn D. L, Champion J, Mathisen J, Gagnon C, Bergman M, Goldstein H, Kubiak M.A. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2001; 27, 187-195.
12. Lane C. DSM 5 - Fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
<http://www.psyweb.com/content/main-pages/dsm-5-fifth-edition-of-the-diagnostic-and-statistical-manual-of-mental-disorders>
13. Pescosolido, B.A. The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems, *American Journal of Public Health*. 1999; 89:1339–45.
14. Moro Lj, Frančišković T. Psihijatrija, udžbenik za više zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.
15. Matković T, Starc N, Ofak L, Šelo Šabić S. Istraživanja socijalne isključenosti – empirijska analiza socijalne isključenosti. Siromaštvo, nezaposlenost i socijalna isključenost. Zagreb: UNDP, 2006.
16. Gruber P. W, Medina P. A, Keoleian G. A, Kesler S. E, Everson M. P, Wallington T. J. *Journal of Industrial Ecology* . 2011; 15 (5) 760–775.
17. Halgin R. P, Whitbourne S. K. *Abnormal Psychology*. Dubuque: Brown & Benchmark Publishers, 1994.
18. Crisp A. H, Gelder M. G, Rix S, Meltzer H. I, Rowlands O. J. Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*; 2000; 177, 4-7.
19. Puljak A. Stigma mentalnog poremećaja. Centar za promicanje zdravlja, Služba za javno zdravstvo. Zagreb, 2011.

20. Franković S. Komunikacija medicinske sestre s bolesnikom. Pliva med.net. 2009.
<http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/2837/Komunikacija-medicinske-sestre-s-bolesnikom.html>
21. Brockington I, Hall P, Levings J, Murphy C. The community's tolerance of the mentally ill, *British Journal of Psychiatry*. 1993;162:93-9.
22. Gruber E. N. Što ugrožava sigurnost duševnih bolesnika, što oni pritom mogu. Udruga za unapređenje duševnog zdravlja i kvalitete života duševnog bolesnika i njegove obitelji „Sretna obitelj“. „Vemako Tisak«. Zagreb; 2008.
http://bib.irb.hr/datoteka/686679.knjiga08_internetizdanje.pdf
23. Priebe S., Badesconyi A, Fioritti A. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 2005; 330:123–126.
24. Angermeyer M. C, Matschinger H. The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From Representative Survey in Germany. *Schizophrenia Bulletin*, 2004 (30); 4.

8. SAŽETAK

Cilj: Ciljevi ovog istraživanja su utvrditi najčešće predrasude prema psihijatrijskim bolesnicima studenata sestrinstva treće godine koji program prate pri Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija te ispitati dovodi li edukacija studenata sestrinstva do smanjenja predrasuda prema psihičkim bolesnicima. Hipoteza istraživanja: nakon provedene formalne edukacije o zdravstvenoj njezi psihičkih bolesnika studenata 3. godine preddiplomskog studija sestrinstva koji obrazovni program prate pri Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija u Splitu imat će pozitivne stavove prema psihijatrijskim bolesnicima u odnosu na stavove istih studenata prije provođenja edukacije.

Metode: Uzorak ispitanika sačinjavaju studenti sestrinstva 3. godine preddiplomskog studija sestrinstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu, N=39. Istraživanje je provedeno na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu u prosincu 2014. godine. Za istraživanje su korišteni originalni upitnici za prikupljanje sociodemografskih karakteristika ispitanika te odgovori na pitanja o iskustvu s ljudima oboljelima od psihičkih bolestima te je ponuđeno šesnaest tvrdnji koje se odnose na stavove ispitanika prema oboljelima od psihijatrijskih bolesti i poremećaja, za koje ispitanici trebaju procijeniti u kojoj se mjeri s njima slažu na Likertovoj ljestvici od 1 do 5. Upitnik s tvrdnjama ispitanici ispisuju na prvom satu teoretske nastave iz kolegija „Zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika“, te na zadnjem satu nakon održane teorijske i kliničke nastave nastave iz kolegija „Zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika“. Za analizu podataka korišten je program SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Za podatke o uzorku prikazane su frekvencije i postotci. Za rezultate na skali stavova prema osobama oboljelim od psihičkih bolesti i poremećaja prikazane su aritmetičke sredine i standardne devijacije te postotci ispitanika koji su dali pojedini odgovor za svaku tvrdnju. Ove mjere centralne tendencije upotrijebljene su kako bi omogućile preciznije razlikovanje odgovora ispitanika. Rezultat na skali stavova prema osobama oboljelim od psihičkih bolesti i poremećaja formiran je kao suma odgovora na pojedinim česticama na način da veći rezultat označava negativniji stav prema osobama oboljelim od psihičkih bolesti i

poremećaja. Normalitet distribucija provjeren je Kolmogorov-Smirnovljevim testom te kako se pokazalo da obje distribucije oblikom odstupaju od normalne, za analizu razlika u stavu u različitim mjerenjima upotrijebljen je Wilcoxonov test kao neparametrijska alternativa t-testu za zavisne uzorke i pripadajući indeks veličine efekta prema formuli $r=Z/\sqrt{2N}$.

Rezultati: Provedene analize pokazuju kako su čestice kod kojih se pojavio najviši rezultat u prvom mjerenju su: „Ljudi s poremećajima svijesti (delirijum, katatonija...) nisu svjesni događanja okolo sebe“ (3,87±0,7), „Najčešće se glumi PTSP“ (3,77±1,1) te „Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme“ (3,41±1,0). Ispitanici najveće slaganje u procjeni iskazuju za tvrdnje „Ljudi s poremećajima svijesti (delirijum, katatonija...) nisu svjesni događanja okolo sebe.“ (SD=0,7), „Psihički bolesnici su slabići, sami su krivi za svoju bolest“ (SD=0,74) te „Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su“ (SD=0,78). Najmanje slaganje u procjenama dobiveno je za tvrdnje „Psihičke bolesti su neizlječive“ (SD=1,25), „Psihički bolesnici su nesposobni za samostalan život“ (SD=1,24) te „Voljela/o bih više bolovati od maligne bolesti nego od psihičke“ (SD=1,23). U drugom mjerenju tvrdnje s najvišim rezultatom su „Najčešće se glumi PTSP“ (3,64±1,3), „Voljela/o bih više bolovati od maligne bolesti nego od psihičke“ (3,31±1,1) te „Psihički bolesnici su opasni sami za sebe“ (3,28±0,7). Ispitanici su se najviše slagali u procjenama kod tvrdnji „Psihički bolesnici su slabići, sami su krivi za svoju bolest.“ (SD=0,16), „Depresivna osoba je luda osoba“ (SD=0,6) te „Svaki shizofreni bolesnik je opasan“ (SD=0,64). Tvrdnje kod kojih je dobivena najveća razlika između prvog i drugog mjerenja, odnosno kod kojih je najveća promjena stava su „Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme“ ($\Delta M=1,28$), „Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su“ ($\Delta M=1,28$) te „Veliki broj ljudi glumi psihičke bolesti“ ($\Delta M=1,28$). Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u rezultatima prvog i drugog mjerenja stavova prema osobama oboljelima od psihičkih bolesti i poremećaja ($p<0,05$). Pokazuje se da je došlo do umjerenog smanjenja negativnog stava kod studenata sestrinstva nakon odslušane nastave na kolegiju „Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika“.

Zaključci: Provedene analize pokazuju: čestice kod kojih se pojavio najviši rezultat u prvom mjerenju su: „*Ljudi s poremećajima svijesti (delirijum, katatonija...) nisu svjesni događanja okolo sebe*“, „*Najčešće se glumi PTSP*“ te „*Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme*“. U drugom mjerenju tvrdnje s najvišim rezultatom su „*Najčešće se glumi PTSP*“, „*Voljela/o bih više bolovati od maligne bolesti nego od psihičke*“ te „*Psihički bolesnici su opasni sami za sebe*“. Tvrdnje kod kojih je dobivena najveća razlika između prvog i drugog mjerenja, odnosno kod kojih je najveća promjena stava su „*Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme*“ ($\Delta M=1,28$), „*Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su*“ ($\Delta M=1,28$) te „*Veliki broj ljudi glumi psihičke bolesti*“ ($\Delta M=1,28$). Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u rezultatima prvog i drugog mjerenja stavova prema osobama oboljelima od psihičkih bolesti i poremećaja ($p<0,05$). Dobiveni rezultati pokazuju da je došlo do umjerenog smanjenja negativnog stava kod studenata sestrinstva nakon odslušane nastave na kolegiju „*Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*“.

9. SUMMARY

Aim: To determine the most common type of discrimination against psychiatric patients of the third year students of Nursing enrolled at the University Department of Health Studies and examine whether student education reduce discrimination against the mentally ill patients.

Research Hypothesis: After completion of formal education on nursing care of psychiatric patients the third year undergraduate nursing students at the University Department of Health Studies, University of Split will have positive attitudes towards psychiatric patients compared to the same students' attitudes before the implementation of education.

Methods: The sample consisted of the third year undergraduate nursing students at the University Department of Health Studies, University of Split, N = 39. The study was conducted at the University Department of Health Studies, University of Split in December, 2014. It used the original questionnaire to collect sociodemographic characteristics of the subjects and questions about experience with people suffering from mental illness and sixteen statements related to attitudes toward people suffering from psychiatric diseases and disorders were offered to the subjects to assess their degree of agreement with each statement on the 5 point Likert scale. The students filled in the questionnaire with statements during the first hour of theoretical instruction for the course "Nursing care of psychiatric patients" and during the last hour following the theoretical and clinical instruction for the course "Nursing care of psychiatric patients". SPSS 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) program was used for the statistical analysis. Sample data are shown in frequencies and percentages. The results on a scale of attitudes towards people suffering from mental illnesses and disorders were interpreted by arithmetic means and standard deviations and the percentages of answers for each statement were shown. The measures of central tendency were used in order to deliver more precise differentiation of answers. The result on the scale of attitudes toward people suffering from mental illnesses and disorders was formed as the sum of responses to the individual items in a way that higher score indicates more negative attitude towards people suffering from mental illnesses and disorders. Normality was

tested by Kolmogorov-Smirnov test and it showed that both distributions deviate from normal in shape, Wilcoxon test was used as a nonparametric alternative to the paired samples t-test and the related effect size index according to the formula $r=Z/\sqrt{2N}$ for the analysis of the difference in attitude in different measurements.

Results: The analyses show that items with the highest scores in the first measurement were: "People with disorders of consciousness (delirium, catatonia ...) are not aware of events around them" ($3.87\pm 0,7$), „PTSD is most often played“($3.77\pm 1,1$) and "People with addictions (drugs, gambling, alcohol) have themselves to blame for their situation and problems" ($3.41\pm 1,0$). Subjects indicated the greatest degree of agreement in evaluating statements "People with disorders of consciousness (delirium, catatonia ...) are not aware of events around them." ($SD=0,7$), "Mental patients are weak, they have themselves to blame for their disease" ($SD=0.74$) and "Mentally ill are dangerous to the environment, they are aggressive" ($SD=0.78$). The least degree of agreement in evaluating was indicated for statements "Mental illnesses are incurable" ($SD=1.25$), "Mental patients are incompetent" ($SD=1.24$), and "I would rather suffer from malignant disease than psychic" ($SD=1.23$). In the second measurement the statements with highest score were "PTSD is most often played" ($3.64\pm 1,3$), " I would rather suffer from malignant disease than psychic " ($3.31\pm 1,1$) and "Mentally ill are dangerous to themselves"($3.28\pm 0,7$). Subjects indicated the greatest degree of agreement in evaluating statements "Mental patients are weak, they have themselves to blame for their disease“($SD=0.16$), "A depressed person is a crazy person" ($SD=0.6$), and "Every schizophrenic patient is dangerous" ($SD=0.64$). The biggest difference between the first and second measurements i.e. where the biggest change in attitude occurred, were obtained for statements "People with addictions (drugs, gambling, alcohol) have themselves to blame for their situation and problems" ($\Delta M=1.28$), "Mentally ill are dangerous to the environment, they are aggressive " ($\Delta M=1.28$) and "A large number of people pretend to have a mental illness" ($\Delta M=1.28$). The results showed statistically significant difference in the results of the first and second measurements in attitudes toward people suffering from mental illnesses and disorders ($p < 0.05$). They showed a modest decrease in negative attitudes in students of Nursing after completing the course "Health care of psychiatric patients."

Conclusions: Items with the highest scores in the first measurement were: "People with disorders of consciousness (delirium, catatonia ...) are not aware of events around them", „PTSD is most often played“ and “People with addictions (drugs, gambling, alcohol) have themselves to blame for their situation and problems“. In the second measurement statements with highest score were "PTSD is most often played“, "I would rather suffer from malignant disease than psychic“ and “Mentally ill are dangerous to themselves". The biggest difference between the first and second measurements i.e. where the biggest change in attitude occurred, was shown in the statements " People with addictions (drugs, gambling, alcohol) have themselves to blame for their situation and problems ", “Mentally ill are dangerous to the environment, they are aggressive" and "A large number of people pretend to have a mental illness". The results showed a statistically significant difference in the results of the first and second measurements in attitudes toward people suffering from mental illnesses and disorders. The results showed a modest decrease in negative attitudes among the students of Nursing after completing the course "Nursing care of psychiatric patients."

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime	Matea Šarić
Elektronička pošta	matea.saric@ozs.unist.hr matea.kbc@gmail.com
Državljanstvo	hrvatsko
Datum rođenja	27.10.1980.

ŠKOLOVANJE

Godina	2015.
Mjesto	Split
Ustanova	Sveučilište u Splitu; Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; Diplomski studij sestrinstva
Zvanje	

Godina	2010.
Mjesto	Zagreb
Ustanova	Zdravstveno Veleučilište; Specijalistički diplomski stručni studij Javno zdravstvo
Zvanje	Diplomirana medicinska sestra

Godina	2007.
Mjesto	Split
Ustanova	Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu; Stručni studij sestrinstva
Zvanje	Stručna prvostupnica (baccalaurea) sestrinstva

Godina	1999.
Mjesto	Split
Ustanova	Zdravstvena škola Split
Zvanje	Medicinska sestra/tehničar općeg smjera

USAVRŠAVANJE

Godina	2007.
Mjesto	Bjelolasica, Hrvatska
Ustanova	Klinički bolnički centar Split
Područje	Europske smjernice kardiopulmonalne reanimacije

KONGRESI, SIMPOZIJI,**POSTER SEKCIJE**

Godina	2008.
Mjesto	Split, Hrvatska
Ustanova	Klinički bolnički centar Split
Područje	Hrvatska komora medicinskih sestara
Sudjelovanje	Aktivno; Zdravstvena njega bolesnika sa srčanim udarom

Godina	2008.
Mjesto	Opatija
Ustanova	Zdravstveno veleučilište Zagreb, Hrvatska
Područje	Promjene u sestrinstvu
Sudjelovanje	Aktivno

Godina	2009
Mjesto	Zagreb, Hrvatska
Ustanova	Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara
Područje	Simpozij
Sudjelovanje	Aktivno; Stres na radnom mjestu medicinskih sestara

Godina	2010.
Mjesto	Zagreb, Hrvatska
Ustanova	Hrvatski nacionalni savez sestrištva
Područje	Međunarodni kongres
Sudjelovanje	Aktivno; Etičke dvojbe u informatizaciji medicinske dokumentacije

Godina	2010.
Mjesto	Opatija, Hrvatska
Ustanova	Hrvatsko kardiološko društvo i Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara
Područje	Međunarodni kongres
Sudjelovanje	Aktivno; Zdravstvena njega bolesnika s privremenom i trajnom elektrostimulacijom

Godina	2012.
Mjesto	Split, Hrvatska
Ustanova	Dječji vrtić “Čarobni pianino”, Split; Dječji vrtić “Mrvica”, Supetar
Područje	Stručno – znanstveni skup
Sudjelovanje	Aktivno; Prvostupnica sestrištva – zdravstvena voditeljica u dječjem vrtiću

Godina	2012.
Mjesto	Opatija, Hrvatska
Ustanova	Hrvatsko kardiološko društvo
Područje	Kongres hrvatskog kardiološkog društva
Sudjelovanje	Aktivno; Neovisni utjecaj ejakcijske frakcije i bubrežne funkcije na serumske razine elektrolita

Godina	2012.
Mjesto	Opatija, Hrvatska
Ustanova	Hrvatsko kardiološko društvo
Područje	Kongres hrvatskog kardiološkog društva
Sudjelovanje	Aktivno; Povezanost serumskih razina kortizola s ejakcijskom frakcijom lijeve klijetke ovisno o postojanju sindroma niskog trijodtironina

Godina	2012.
Mjesto	Mostar, Bosna i Hercegovina
Ustanova	Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar
Područje	Simpozij s međunarodnim sudjelovanjem
Sudjelovanje	Aktivno; Mjere za sprječavanje i suzbijanje širenja bolničkih infekcija s osvrtom na pravnu regulativu u Republici Hrvatskoj

Godina	2014.
Mjesto	Mostar, Bosna i Hercegovina
Ustanova	Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar
Područje	Simpozij s međunarodnim sudjelovanjem
Sudjelovanje	Aktivno; Standardi i smjernice za osiguranje kvalitete u Europskom prostoru visokog obrazovanja medicinskih sestara.

Godina	2015.
Mjesto	Mostar, Bosna i Hercegovina
Ustanova	Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Mostaru i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar
Područje	Simpozij s međunarodnim sudjelovanjem
Sudjelovanje	Aktivno; Prepoznatljivost rada medicinskih sestara/tehničara u sustavu zdravstva

RADNO ISKUSTVO

• Datumi (od – do)	01.12.2012. -
Ustanova zaposlenja	Sveučilište u Splitu
Naziv radnog mjesta	Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Funkcija	Predavač
Područje rada	Sestrinstvo, primaljstvo

• Datumi (od – do)	2003. – 2012.
Ustanova zaposlenja	Klinički bolnički centar Split
Naziv radnog mjesta	Klinički odsjek za bolesti srca i krvnih žila; Jedinica za intenzivno liječenje srčanih bolesnika (koronarna jedinica)
Naziv radnog mjesta	Medicinska sestra

• Datumi (od – do)	2001. – 2003.
Ustanova zaposlenja	Zdravstvena ustanova za zdravstvenu njegu u kući „Vita“
Naziv radnog mjesta	Medicinska sestra

NASTAVNE AKTIVNOSTI

2011. – 2012. - Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; vanjski suradnik u nastavi

2009. – 2011. - Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet; Stručni studij sestrinstva; vanjski suradnik u nastavi

Voditeljica kolegija: Zdravstvena njega majke i novorođenčeta, Zdravstvena njega internističkih i neuroloških bolesnika; Zdravstvena njega bolesnika sa zaraznim bolestima, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

Suradnica u kolegijima: Proces zdravstvene njege, Zdravstvena njega u sestrinstvu, Zdravstvena njega u zajednici, Primaljska skrb VIII, Povijest i modeli sestrinstva, Zdravstvena njega, Zdravstvena njega osoba s posebnim potrebama

ZNANSTVENO**ISTRAŽIVAČKI PROJEKTI**

Aktivno sudjelovanje u kliničkom istraživanju „Razina spolnih hormona u muškaraca sa zatajivanjem srčane funkcije.“ Klasa: 500-03/10-01/16, ur.br.: 2181-147-10-01/01.

**ORGANIZACIJSKE I OSTALE
AKTIVNOSTI**

2003. Voditeljica humanitarne akcije za klimatizaciju Kliničkog odjela za bolesti srca i krvnih žila, KBS Split, lok. Križine
2010. Voditeljica humanitarne akcije za postavljanje električnih ulaznih vrata s videoparlafonom na Kliničkom odjelu za bolesti srca i krvnih žila, KBC Split, lok. Križine
2012. Organizator i koordinator predavljanja Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija na Smotri Sveučilišta u Splitu (nagrada za najatraktivniji štand)
2013. Koordinator humanitarne akcije „Za Mia Lanin prvi korak“, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
2013. Organizator i koordinator humanitarne akcije „Darivanje“, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
2013. Organizator i koordinator predavljanja Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija na Smotri Sveučilišta u Splitu (nagrada za najatraktivniji štand)
2013. Koordinator diplomske nastave Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija
2013. Koordinator izvannastavnih aktivnosti Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu
2014. Organizator i koordinator humanitarne akcije „Darivanje“, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
2014. Organizator i koordinator predavljanja Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija na Smotri Sveučilišta u Splitu

(nagrada za najatraktivniji štand)

2014. Koordinator diplomske nastave Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija

2014. Koordinator izvannastavnih aktivnosti Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu

2015. Organizator i koordinator humanitarne akcije "Ditetu o' JUBAVI", Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

2015. Sudjelovanje u javnozdravstvenoj manifestaciji "Zdravlje je moj đir"

2015. Koordinator diplomske nastave Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija

2015. Koordinator izvannastavnih aktivnosti Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu

ČLANSTVA

Hrvatska komora medicinskih sestara (član)

Hrvatska udruga informatike u sestrinstvu (dopredsjednica)

Hrvatska udruga medicinskih sestara „Bijelo srce“ (dopredsjednica)

Hrvatska udruga kardioloških medicinskih sestara (član)

Udruge diplomiranih studenata Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu - Alumni OZS Split (predsjednica)

PUBLIKACIJE

1. Šarić M. Proces zdravstvene njege bolesnika s akutnim srčanim udarom. *Sestrinski edukacijski magazin* 2007:4(3)
2. Šarić M, Mijač B, Radan R. i sur. Perinatalna dijagnostika i terapija s etičkog gledišta. *Sestrinski edukacijski magazin* 2007:4(4)
3. Šarić M. Porod i dojenje – prirodni procesi. *Sestrinski edukacijski magazin* 2007:4(5)
4. Buljubašić A, Šarić M, Oreščanin V. i sur. Zadovoljstvo i položaj medicinskih sestara u zdravstvenom sustavu. *Zbornik radova Zagrebačkog veleučilišta*, 2009.
5. Šarić M, Livaja A. Stres na radnom mjestu medicinske sestre. *Zbornik radova Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara*, 2009.
6. Šarić M. Stavovi i znanja zdravstvenih djelatnika o zlostavljanju i zapaštanju djece. *HČZJZ* 2010:7(25)
7. Šarić M, Romić M. i sur. Zdravstvena njega bolesnika s privremenom i trajnom elektrostimulacijom. *Liječnički vjesnik* ISSN 1330-4917, 2010.
8. Brkljačić Pavelin E, Buljubašić A, Šarić M. Prvostupnica sestriinstva – zdravstvena voditeljica u dječjem vrtiću. *Zbornik radova stručno – znanstvenog skupa*. Split, 2012. ISSN 1845-7728. UDK 373.2; 2012.117-124
9. Šarić M, Buljubašić A, Žunić Lj, Orlandini R, Vardo A. Mjere za sprječavanje i suzbijanje širenja bolničkih infekcija s osvrtom na pravnu regulativu u Republici Hrvatskoj. *HČZJZ* 2013:1(35)
10. Šarić M, Buljubašić A, Žunić Lj, Orlandini R, Vardo A. Mjere za sprječavanje i suzbijanje širenja bolničkih infekcija s osvrtom na pravnu regulativu u Republici Hrvatskoj. *Zbornik radova I. simpozija s međunarodnim sudjelovanjem Fakulteta zdravstvenih studija i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar*. Mostar, Bosna i Hercegovina

2013. 30-41

11. Orlandini R, Švaljug D, Ančić M, Šarić M. Upravljanje rizicima za nastanak upale pluća povezane s mehaničkom ventilacijom u jedinici intenzivnog liječenja. Zbornik radova I. simpozija s međunarodnim sudjelovanjem Fakulteta zdravstvenih studija i Sveučilišne kliničke bolnice Mostar. Mostar, Bosna i Hercegovina 2013. 48-53

MENTORSTVA

1. Čirić M. Zdravstvena njega nedonesenog djeteta. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
2. Božić Pavletić M. Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od srčanog udara. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
3. Nižić R. Zdravstvena njega životno ugroženog novorođenčeta. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
4. Luetić M. Pojavnost urinarnih infekcija na odjelu za urologiju KBC Split nakon endoskopskih operacija mokraćnog mjehura i prostate. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
5. Marušić M. Utjecaj tjelesne aktivnosti i prehrane na tjelesnu masu dvanaestogodišnjaka/kinja na području Splita školske godine 2012./2013. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
6. Rožić M. Stav roditelja djece prvog razreda osnovne škole o zdravstvenom odgoju u školi. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
7. Kušeta T. Aktivnosti medicinskih sestara u prevenciji upala pluća povezanih s mehaničkom ventilacijom u jedinici intenzivnog liječenja. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
8. Prančić A. Zdravstvene njega trudnica s visokorizičnom trudnoćom. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.

9. Nikić M. Zdravstveni odgoj u antenatalnoj zaštiti. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
10. Babić M. Zdravstvena njega bolesnika s ugrađenim elektrostimulatorom srca. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
11. Mrdeža A. Aktivnosti medicinske sestre u promicanju dojenja. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
12. Silić M. Rizik za kardiovaskularne bolesti kod studenata sestrinstva. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
13. Mešić T. Zdravstvena njega bolesnika sa šećernom bolesti tipa 1. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
14. Guć J. Zastupljenost sestrinskih dijagnoza kod bolesnika s imunološkim bolestima. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
15. Dželalija M. Zdravstvena njega trudnice s preeklampsijom. Stručni studij sestrinstva Split, 2012.
16. Vraća A. Zdravstvena njega bolesnika s agranulocitozom. Stručni studij sestrinstva Split, 2013.
17. Krivić K. Zdravstveni odgoj osoba oboljelih od šećerne bolesti drugog tipa. Stručni studij sestrinstva Split, 2013.
18. Vranković D. Zdravstvena njega bolesnika s fobijama. Stručni studij sestrinstva Split, 2014.
19. Dorčić I. Skrb za ženu u procesu potpomognute oplodnje i trudnoće. Stručni studij sestrinstva Split, 2014.
20. Raguž D. Sigurnost bolesnika na bubrežnom nadomjesnom liječenju hemodijalizom te pojavnost sestrinsko medicinskih problema. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Split, 2014.
21. Juratić K. Adolescentne trudnoće u splitsko-dalmatinskoj županiji i postupci medicinske sestre u prevenciji i skrbi. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Split, 2014.
22. Poša I. Zastupljenost kliničkih znakova i simptoma u

bolesnika s autizmom i njihov utjecaj na sestrinsku skrb. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Split, 2014.

23. Junaković L. Utjecaj zloupotrebe psihoaktivnih tvari na osobno i društveno funkcioniranje pojedinca. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Split, 2014.
24. Luketin I. Identificiranje rizičnih faktora za razvoj kroničnog alkoholizma i preventivno djelovanje sestrinske profesije. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Split, 2014.
25. Podnar M. Zastupljenost sestrinskih dijagnoza kod bolesnika sa cirozom jetre. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Split, 2015.
26. Rožić D. Hitni medicinski transport helikopterom u splitsko-dalmatinskoj županiji. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Split, 2015
27. Modrić I. Zastupljenost depresije u bolesnika na nadomjesnom bubrežnom liječenju hemodijalizom u splitskom kliničkom bolničkom centru. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Split, 2015
28. Delonga L. Strah i uzroci straha kod majki prvorođke. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija. Split, 2015

OSOBNJE VJEŠTINE I**KOMPETENCIJE**

Materinji jezik

Hrvatski jezik

Strani jezici

Jezik

Engleski jezik

Govori

Da

Piše

Da

Čita

Da

TEHNIČKE VJEŠTINE I**KOMPETENCIJE**

Rad na osobnom računalu.

VOZAČKA DOZVOLA

B kategorija.

PRILOG 1

Poštovani studenti,

molim Vas da ispunite ovu anketu te na taj način sudjelujete u istraživanju stavova studenata Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu o psihijatrijskim bolesnicima. Ova obavijest će Vam pružiti podatke čija je svrha pomoći Vam odlučiti želite li sudjelovati. Prije nego što odlučite, želimo da shvatite zašto se to istraživanje provodi i što ono uključuje. Zato Vas molimo da pažljivo pročitate ovu obavijest.

1. Naziv istraživanja

Stavovi studenata sestrinstva prema psihijatrijskim bolesnicima

2. Cilj istraživanja

Utvrđiti stavove prema psihijatrijskim bolesnicima studenata sestrinstva 3. godine preddiplomskog studija sestrinstva koji program prate pri Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija. Ispitati dovodi li edukacija studenata sestrinstva do promjene stavova prema psihijatrijskim bolesnicima.

3. Vaša uloga ispitanika u ovom istraživanju

Vaša uloga je iskreno odgovoriti na postavljena pitanja i odabrati tvrdnju koja najbolje opisuje Vaš stav.

4. Morate li sudjelovati?

Niste dužni sudjelovati u provođenju ovog istraživanja, sudjelovanje je dobrovoljno.

5. Anonimnost

Jamčimo Vam potpunu privatnost prilikom sudjelovanja u istraživanju. Upitnici nisu označeni ni numerirani. Nakon prvog ispunjavanja, Vi ih čuvate te ih predajete nepotpisane na zadnjem satu kolegija.

6. Za što će se koristiti podaci dobiveni u ovom znanstvenom istraživanju?

Podaci dobiveni istraživanjem koristit će se za pisanje stručnog rada.

7. Tko je pregledao ovo ispitivanje?

Ovo istraživanje odobreno je od strane etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija

8. O pisanoj suglasnosti za sudjelovanje u istraživanju

U slučaju da se odlučite sudjelovati u ovom Istraživanju nije potrebno potpisivanje suglasnost za sudjelovanje u istraživanju.

Unaprijed zahvaljujem

Matea Šarić, dipl.med.techn.

Dob

1. 20 – 25
2. 26 – 30
3. 31 – 35
4. 36 i više

Spol

1. Ž
2. M

Srednjoškolsko obrazovanje

1. Opće (gimnazije)
2. Zdravstveno
3. Ostale strukovne škole

Mjesto rođenja

Mjesto boravka

Kako biste procijenili socioekonomski status Vaše obitelji

1. Lošije od ostalih
2. Prosječno, kao i druge obitelji
3. Bolje od ostalih

Procijenite svaku navedenu tvrdnju ocjenom na skali od 1 do 5, gdje 1 znači "uopće se ne slažem", a 5 "u potpunosti se slažem".

1 - uopće se ne slažem

2 - uglavnom se ne slažem

3 - ne znam

4 - uglavnom se slažem

5 - u potpunosti se slažem

Na prvom satu

Psihički bolesnici su slabiji, sami su krivi za svoju bolest.	1	2	3	4	5
Psihički bolesnici su opasni sami za sebe.	1	2	3	4	5
Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su.	1	2	3	4	5
Svaki shizofreni bolesnik je opasan.	1	2	3	4	5
Dementni ljudi su teret društva.	1	2	3	4	5
Psihički bolesnici su nesposobni za samostalan život.	1	2	3	4	5
Ljudi s poremećajima svijesti (delirijum, katatonija...) nisu svjesni događanja okolo sebe.	1	2	3	4	5
Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme.	1	2	3	4	5
Ovisnosti nisu bolesti.	1	2	3	4	5
Depresivna osoba je luda osoba.	1	2	3	4	5
Osoba s manijom je zabavna, smiješna. Čovjek se zabavi s njom.	1	2	3	4	5
Psihički bolesnici su nesposobni za samostalno donošenje odluka (liječenje, financije...), život i zarađivanje.	1	2	3	4	5
Veliki broj ljudi glumi psihičke bolesti.	1	2	3	4	5
Najčešće se glumi PTSP.	1	2	3	4	5
Voljela/o bih više bolovati od maligne bolesti nego od psihičke.	1	2	3	4	5
Psihičke bolesti su neizlječive.	1	2	3	4	5

Procijenite svaku navedenu tvrdnju ocjenom na skali od 1 do 5, gdje 1 znači "uopće se ne slažem", a 5 "u potpunosti se slažem".

1 - uopće se ne slažem

2 - uglavnom se ne slažem

3 - ne znam

4 - uglavnom se slažem

5 - u potpunosti se slažem

Na zadnjem satu

Psihički bolesnici su slabiji, sami su krivi za svoju bolest.	1	2	3	4	5
Psihički bolesnici su opasni sami za sebe.	1	2	3	4	5
Psihički bolesnici su opasni za okolinu, agresivni su.	1	2	3	4	5
Svaki shizofreni bolesnik je opasan.	1	2	3	4	5
Dementni ljudi su teret društva.	1	2	3	4	5
Psihički bolesnici su nesposobni za samostalan život.	1	2	3	4	5
Ljudi s poremećajima svijesti (delirijum, katatonija...) nisu svjesni događanja okolo sebe.	1	2	3	4	5
Ljudi s ovisnostima (droge, kocka, alkohol) su sami krivi za svoje stanje i probleme.	1	2	3	4	5
Ovisnosti nisu bolesti.	1	2	3	4	5
Depresivna osoba je luda osoba.	1	2	3	4	5
Osoba s manijom je zabavna, smiješna. Čovjek se zabavi s njom.	1	2	3	4	5
Psihički bolesnici su nesposobni za samostalno donošenje odluka (liječenje, financije...), život i zarađivanje.	1	2	3	4	5
Veliki broj ljudi glumi psihičke bolesti.	1	2	3	4	5
Najčešće se glumi PTSP.	1	2	3	4	5
Voljela/o bih više bolovati od maligne bolesti nego od psihičke.	1	2	3	4	5
Psihičke bolesti su neizlječive.	1	2	3	4	5

